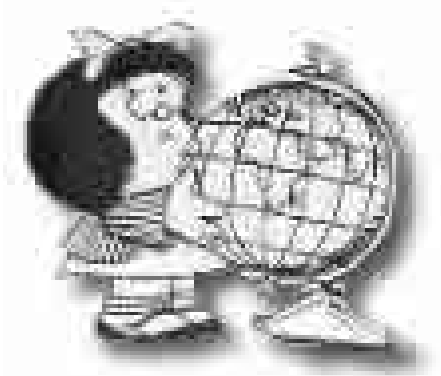


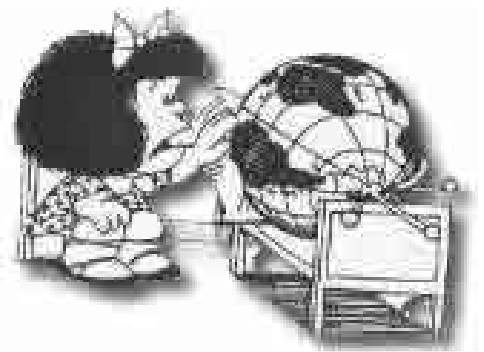
- Reunión de Expertos:
Los determinantes de la Mortalidad Materna en México y América Central: Hacia un enfoque multisectorial.
- Experiencias y perspectivas de la Oficina regional de UNICEF: UNICEF en la revitalización de la APS para reducir las disparidades en salud Materno Infantiles
- Enrique Paz, Asesor de Salud y Nutrición América Latina y el Caribe



Principios Rectores de la Convención sobre los Derechos del Niño



- 1. No discriminación**
- 2. El interés superior del niño**
- 3. El derecho a la vida, la sobre vivencia y el desarrollo**
- 4. Participación - respeto de las opiniones del niño.**



Convención sobre los Derechos del Niño

Artículo 24 CDN

- Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud.
- Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente.

Convención sobre los Derechos del Niño (contd.)

- **Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos.**

Conclusiones para reducción de Inequidades en la perspectiva de derechos

- Lograr un **compromiso político** para la supervivencia infantil y la igualdad en salud
- Fortalecer las **alianzas** a todos niveles
- **Estadísticas desagregadas** para identificar las lagunas
- **Innovación técnica** en atención de la salud y comunicaciones
- Invertir en la **atención primaria** de la salud y salvaguardia
- Crear un **entorno protector para la salud** de la madre y el hijo y la igualdad entre los géneros
- Dar carácter prioritario a la **igualdad de la salud** de la madre y de los niños a escala regional

Areas de UNICEF TACRO LAC

- FA1. Supervivencia Infantil. Salud y Nutricion, WASH
- FA2. Educacion y genero
- FA3. Politicas Publicas
- FA4. Proteccion Infantil
- FA5. HIV AIDS
- Temas Transversales
 - Genero, Afrodescendientes –Indigenas,
 - Monitoreo y Evaluacion
 - PPP Public Private Partnerships
 - C4D Son de Tambora
 - Emergencias (NiE), cambio climatico
 - Early Child Development ECD
 - Operaciones, IT, Logistica

Capacidades Globales de UNICEF NY

- EMONC: Emergencias Obstetricas y cuidado del recién nacido con UNFPA and Universidad de Columbia
- Manejo de Cuidados Comunitarios
- Enfocarse en Adolescentes < 15 y
- Comunicacion para el Desarrollo
- Insumos para la cadena de suministros

Gráfico 1.1

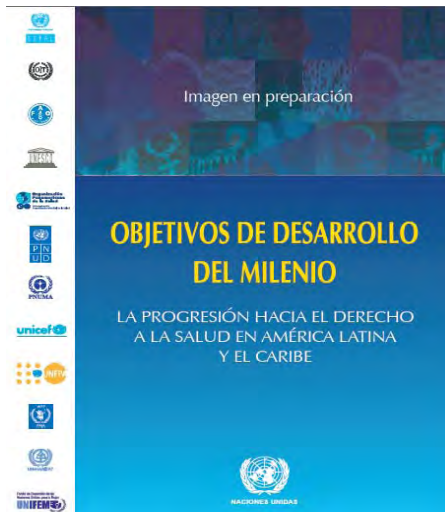
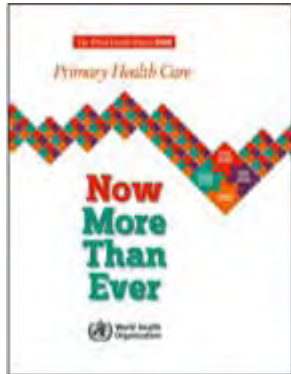
Objetivos de Desarrollo del Milenio relativos a la salud materna e infantil

Objetivo de Desarrollo del Milenio 4: Reducir la mortalidad en la infancia	
Metas	Indicadores
4.A: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años	4.1 Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años 4.2 Tasa de mortalidad infantil 4.3 Proporción de niños de 1 año vacunados contra el sarampión
Objetivo de Desarrollo del Milenio 5: Mejorar la salud materna *	
Metas	Indicadores
5.A: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes.	5.1 Tasa de mortalidad materna 5.2 Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado
5.B: Lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva	5.3 Tasa de uso de anticonceptivos 5.4 Tasa de natalidad entre las adolescentes 5.5 Cobertura de atención prenatal (al menos una consulta y al menos cuatro consultas) 5.6 Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar

* El marco revisado de los Objetivos de Desarrollo del Milenio aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en la Cumbre Mundial de 2005, cuya nueva lista oficial de indicadores entró en vigor en enero de 2008, ha añadido una nueva meta (5.B) y cuatro nuevos indicadores para el seguimiento del Objetivo de Desarrollo del Milenio 5.

Fuente: Naciones Unidas, Indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: Sitio web oficial de los Indicadores de los ODM, <<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Indicators%2fOfficialList.htm>>, consultado el 1 de agosto de 2008.

Atencion Primaria en Salud



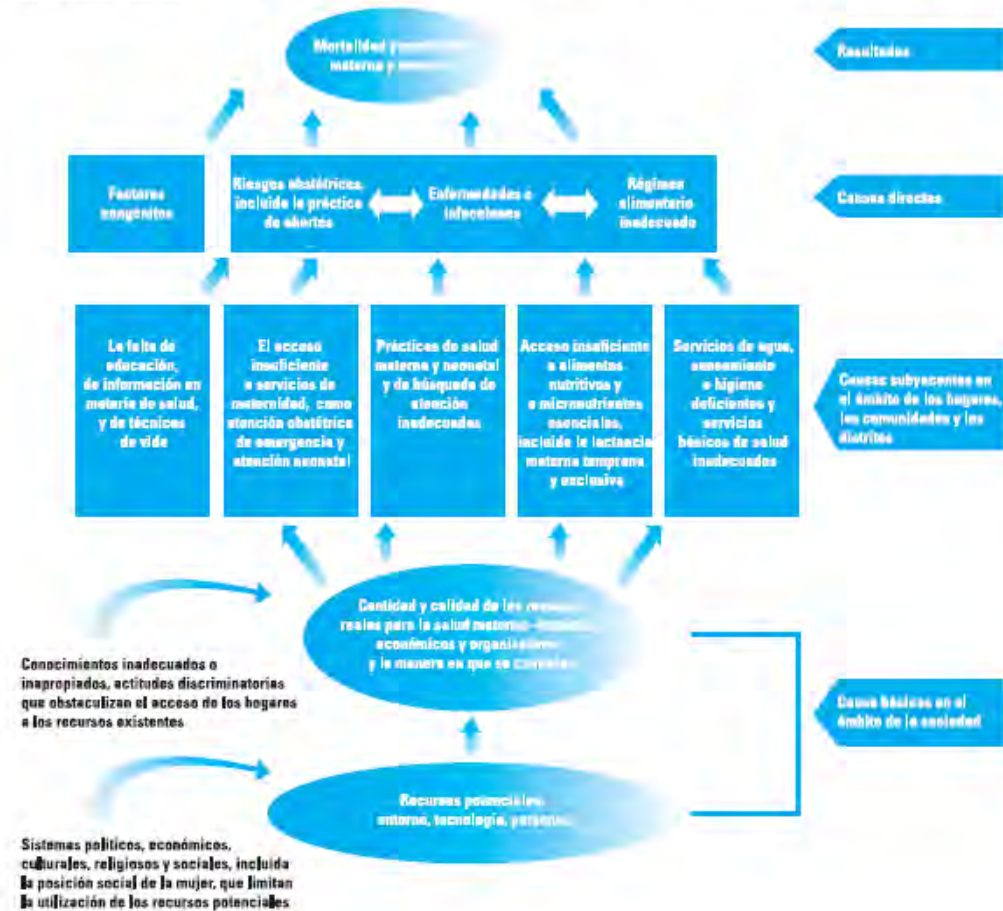
For every child
Health, Education, Equality, Protection
ADVANCE HUMANITY

unicef 

Gráfico 1.7

Marco conceptual de la mortalidad y morbilidad materna y neonatal

Este marco conceptual sobre las causas de la mortalidad materna y neonatal pone de manifiesto que los resultados en materia de salud están determinados por factores interrelacionados, que comprenden, entre otros, la nutrición, el agua, el saneamiento y la higiene, los servicios de atención sanitaria y la práctica de unos hábitos saludables, y el control de las enfermedades. Estos factores se definen como inmediatos (que provienen del individuo), subyacentes (que provienen de los hogares, las comunidades y los distritos) y básicos (que provienen de la sociedad). Los factores de un ámbito influyen en los ámbitos restantes. Este marco se ha concebido para que resulte de utilidad a la hora de valorar y analizar las causas de la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal, así como en la planificación de acciones concretas para mejorar la salud materna y neonatal.



Fuente: UNICEF

Programas que apoya UNICEF en Centro America y Mexico

For every child
Health, Education, Equality, Protection
ADVANCE HUMANITY



NICARAGUA

- Programa de Cuidados de Salud
- HCI-USAID
- Adaptando culturalmente los procedimientos de parto institucional y apoyo a las guías de su implementación nacional

HONDURAS

- Promoviendo lactancia materna, inmunizaciones y otras intervenciones basadas en evidencia.
- Esfuerzos de armonización entre ONGs, MOH, y las NU.
- Apoyo a la Estrategia Nacional de Reducción de la Mortalidad Materno Infantil (RAMNI)

PANAMA

- Apalancamiento en la compra de diagnósticos rápidos para SIDA en mujeres embarazadas
- Fundación Clinton
- Desafíos: A medida que los tratamientos para SIDA están disponibles, no se tienen protocolos definidos

MEXICO

EL MODELO MEXICANO DE REFORMA SANITARIA: UNA ESTRATEGIA DIAGONAL

Según uno de sus principales defensores, Jaime Sepúlveda, del Instituto Nacional de Salud de México, la estrategia diagonal consiste en una "provisión proactiva basada en la prestación a gran escala de una serie de intervenciones altamente rentables que tiendan un puente de unión entre los centros de atención sanitaria y los hogares". Esta estrategia integra y coordina intervenciones verticales, iniciativas de ámbito comunitario y servicios de atención en establecimientos sanitarios y de divulgación, abordando cuestiones clave mediante la aplicación de intervenciones específicas, como el suministro de medicamentos, la planificación de establecimientos sanitarios, la financiación, el desarrollo de recursos humanos y la supervisión de la calidad y la racionalidad del régimen de prescripciones.

En los 25 años transcurridos desde 1980 a 2005, México puso en marcha con éxito una serie de programas verticales que se ampliaron posteriormente. Estos programas tenían como objetivo las enfermedades diarreicas (distribución de sales de rehidratación oral y el Programa de Agua Limpia); las enfermedades prevenibles mediante vacunas (días nacionales de inmunización, campañas de vacunación contra el sarampión, Programa de Vacunación Universal, semanas nacionales de salud); la administración de suplementos de vitamina A; y el tratamiento de eliminación de parásitos (semanas nacionales de salud).

El programa Oportunidades (anteriormente llamado Progreso), un programa de transferencia de fondos condicionales concebido para llegar a las familias más pobres del país, aporta incentivos económicos para la mejora de las prácticas de salud y nutrición y para que los niños y niñas permanezcan en la escuela. Los beneficiarios perciben las prestaciones bajo la condición de acudir de forma periódica a clínicas de salud en las que se prestan servicios esenciales de salud y nutrición. Se administran suplementos nutricionales a todos los

niños y niñas de entre 6 y 23 meses, y a los niños y niñas de entre 2 y 4 años de todos los hogares comprendidos en el programa que registran un peso inferior al normal. Este programa tiene un efecto muy positivo en el estado nutricional de los niños y niñas.

Con la puesta en marcha en 2001 por parte del Ministerio de Sanidad del programa Arranque Parejo en la Vida, se introdujo un módulo más completo que abarcaba la salud materno, neonatal e infantil continuada. Esta iniciativa, que ha alcanzado un elevado nivel de cobertura, consiste, entre otras iniciativas, en promover la participación social y comunitaria, en fortalecer y ampliar la atención prenatal y neonatal, y en administrar suplementos de ácido fólico a las mujeres. Gracias al Seguro Popular, un programa de sanidad pública, la salud materna e infantil se han convertido en derechos.

La estrategia diagonal es en parte el resultado de los estudios realizados durante los últimos 25 años en relación con el sistema sanitario de México y su desarrollo. Contrario a

otras estrategias, surgió en respuesta a la creciente complejidad del perfil de las enfermedades y a la presión que pesaba sobre México para crear mecanismos y sistemas que permitieran la prestación de unos servicios de calidad asequibles para las poblaciones más pobres y marginadas. Gracias a su aplicación, México va camino de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La estrategia diagonal es ya oficial; su principal adalid es el antiguo Ministro de Sanidad de México, Julio Frenk, quien cree que debería integrarse dentro de una política sanitaria más amplia. El propósito de esta estrategia es tender un puente de unión para las dicotomías que existen entre los enfoques horizontales y verticales, las políticas intersectoriales y sectoriales, y los esfuerzos realizados a escala nacional e internacional, aportando una "tercera vía" en la que las iniciativas eficaces sean el motor del desarrollo del sistema de salud.

Véase la sección Referencias, página 40.



México: un niño indígena a espaldas de su madre, en el estado de Chiapas.

Alianzas comunitarias, atención continuada y desarrollo de los sistemas sanitarios 29

MÉXICO: EN CAMINO DE ALCANZAR LOS ODM 4 Y 5, AUNQUE LA EXCLUSIÓN SOCIAL CONTINÚA SIENDO UN PROBLEMA

El compromiso político asumido por el Gobierno de México de implantar una política social ha contribuido a impulsar la consecución de las metas sociales del país, de las cuales una de las más importantes es la salud de las madres y de su progenie.

Las intervenciones en materia de salud pública implantadas a gran escala desde la década de 1980 –como por ejemplo, el Programa Universal de Vacunación, el Programa Agua Limpia y las Semanas Nacionales de Salud– han contribuido de manera importante a reducir los índices de mortalidad en la infancia. La mortalidad de menores de cinco años descendió de 53 a 35 muertes por cada 1.000 nacidos vivos entre 1990 y 2006, lo que indica que el país va por buen camino para alcanzar el ODM 4. Si bien la capacidad nacional para prestar servicios de atención sanitaria e inmunización a la infancia es en general adecuada, llegar a los niños y niñas vulnerables y excluidos continúa siendo un reto institucional.

En 2000, el 53% de todas las muertes de menores de cinco años acaecidas en México se debieron a causas neonatales. Este elevado porcentaje impone la necesidad de realizar esfuerzos continuados dirigidos a disminuir el número de muertes durante los primeros 28 días de la vida del bebé y, simultáneamente, mejorar la salud materna. Otras de las causas

principales de muertes prevenibles de menores de cinco años fueron la neumonía (19%), las lesiones (7%) y el síndrome diarreico (5%). Se calcula que en 2006 sólo un 5% de las mujeres embarazadas con VIH recibieron tratamiento antirretroviral para reducir el riesgo de transmisión materno-infantil.

Al igual que muchos de los países de la región, México se enfrenta al desafío que supone reducir las desigualdades entre los estados y satisfacer el derecho a la salud de muchos niños y niñas indígenas. Por ejemplo, en 2006, un bebé nacido en el estado sureño de Guerrero, cuya población es indígena, tenía el doble de probabilidades de morir antes de cumplir su primer año de vida que otro nacido en el estado noroeste de Nuevo León.

México va camino de alcanzar el ODM 1, que consiste en reducir a la mitad el número de personas que padecen hambre entre 1990 y 2015. En 2006 más del 40% de los hogares mexicanos se beneficiaron de programas de nutrición o de alimentación suplementaria, lo que supone un notable incremento en comparación con el 23% en 1999. No obstante, mejorar el estado nutricional de todos los niños y niñas continúa siendo la asignatura pendiente del programa de atención sanitaria, dado que según datos obtenidos entre 1999 y 2006, el 13% de los niños y niñas sufren retraso en el crecimiento.

La pobreza es un factor crítico de la salud y la supervivencia infantil. En 2002, 906.000 niños, niñas y adolescentes menores de 18 años vivían en condiciones de pobreza extrema (con menos de 1 dólar al

día). En consecuencia, la política social del Gobierno se ha centrado en la reducción de la pobreza mediante el programa Oportunidades (anteriormente llamado PROGRESA), un programa de transferencia de fondos condicionales dirigido a fomentar la educación y los hábitos preventivos en materia de salud y nutrición. El objetivo del programa Oportunidades, implantado en 1997, es proporcionar a los progenitores los medios para que inviertan en la educación y la salud de su progenie con el fin de mitigar la carga que supone la pobreza y romper el círculo vicioso que se transmite de una generación a otra. A finales de 2007 el programa llegaba a 5 millones de familias de 2.444 municipios de todo el país.

Según las conclusiones de un estudio realizado en 2003, publicado por *The Lancet* en marzo de 2008, las transmisiones de fondos realizadas en el contexto del programa Oportunidades se habían traducido en unos mejores resultados en materia de salud, crecimiento y desarrollo infantil en el caso de los 2.400 niños y niñas que fueron objeto de examen (véase el Recuadro, página 29).

Una nueva y prometedora iniciativa del Gobierno de México es el Seguro Médico para una Nueva Generación, un programa iniciado en 2007 cuyo objeto es ofrecer cobertura sanitaria a todas las familias cuya descendencia haya nacido después del 1 de diciembre de 2006, y que no sean ya beneficiarias de otros sistemas de seguridad social mexicanos.

Véase la sección Referencias, página 38.

- Apoyo a la Reunión de Expertos: Los determinantes de la Mortalidad Materna en México y América Central: Hacia un enfoque multisectorial.
- Apoyo a la Reunión de armonización de datos para el seguimiento de la Mortalidad infantil, de la niñez y materna hacia el logro de los ODMs 4 y 5. SSA, INEG, Consejo Nacional de Población, OPS-OMS, CEPAL. Febrero 2009

For every child
Health, Education, Equality, Protection
ADVANCE HUMANITY



El Salvador

- Financiamiento parcial de la línea de base de la Mortalidad Materna.
- Se apoya técnicamente en la Comisión Nacional de Seguimiento de la Mortalidad Materna.
- Min Salud Pública y AS, OPS, USAID, Ducado de Luxemburgo, ISSS y UNFPA

Guatemala

- Implementación de un Plan de de Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal.
- Agencias del Sistema de NU, Cooperación Bilateral, Sociedad Civil, Min Salud.

Haiti

- Capacitación
- Gobierno Canadiense y UNFPA
- Capacitado a 60 profesionales en emergencias obstétricas
- Establecimiento de programas de referencia y contrareferencia de manejo de casos
- Parteras entrenadas para identificar riesgos obstetricos
- Rehabilitación de 5 casas de maternidad

HAITÍ: UN PROGRESO INSUFICIENTE HACIA LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO 4 Y 5

Haití, la nación isleña del Caribe, es el país más pobre del hemisferio occidental, en el que más de la mitad de la población vive con menos de 1 dólar al día. Un historial de violencia e inestabilidad política ha debilitado los sistemas sanitarios, impidiendo la prestación de servicios básicos y de asistencia humanitaria a los más vulnerables.

La situación ha mejorado desde 2006, año en que se restauró el gobierno democrático. No obstante, el proceso de desarme inconcluso, el tráfico de drogas, las dificultades en la reforma de la esfera judicial y de seguridad del país y la ineficacia del gobierno están menoscabando la confianza en una estabilidad a largo plazo. Además, Haití es un país propenso a padecer los efectos de desastres naturales tales como inundaciones, deslizamientos de tierra y huracanes, que se cobran numerosas vidas y dañan su ya de por sí frágil infraestructura física. El elevadísimo índice de deforestación es uno de los más graves factores de origen humano que contribuyen a aumentar la probabilidad de que ocurran desastres naturales.

Haití ha experimentado una importante reducción en el número de muertes de menores de cinco años, que ha pasado de 152 por cada 1.000 nacidos vivos en 1990, a 80 por cada 1.000 nacidos vivos en 2005; no obstante, el país continúa registrando los índices de mortalidad en la infancia más elevados de la región. Un alto porcentaje de las muertes de menores de cinco años ocurren durante el período neonatal. La mortalidad derivada de la maternidad constituye asimismo un grave problema: se calcula que en 2005 el número de muertes maternas por causas relacionadas con el embarazo fue, nada menos, que de 870 por cada 100.000 mujeres.

La falta de medidas preventivas adecuadas desempeña un papel tan crucial en el bajo índice de supervivencia infantil de los menores de cinco años como la disponibilidad

de opciones oportunas y eficaces. Según los datos más recientes de que se dispone, sólo un poco más de la mitad de la población total tiene acceso a fuentes de agua potable, y apenas el 30% emplean instalaciones sanitarias mejoradas. En las zonas rurales esta cifra desciende hasta el 14%.

No resulta sorprendente que las enfermedades diarreicas sean una de las principales causas de muerte entre los niños y niñas menores de cinco años, al estar directamente relacionadas con el consumo de agua no potable y con un saneamiento inadecuado. Sin embargo, en 2006 menos de la mitad de los niños y niñas que padecían diarrea recibieron terapia de rehidratación oral, el tratamiento más sencillo y rentable si se combina con una alimentación continuada. El índice de desnutrición entre los niños y niñas menores de cinco años, que se manifiesta en un retraso en el crecimiento moderado o grave, se sitúa en un alarmante 34%. La neumonía y el SIDA son también causa de un elevado porcentaje de muertes.

Haití presenta los mayores índices de VIH de toda la región del Caribe, si bien las pruebas indican una tendencia al descenso en los índices de infección, y la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas parece haberse estabilizado durante los dos últimos años. Aun así, es necesario redoblar los esfuerzos para prevenir el contagio y para administrar tratamiento antirretroviral que disminuya el riesgo de transmisión

a los recién nacidos. En 2006 sólo cerca de una quinta parte de las mujeres con VIH recibían tratamiento antirretroviral para prevenir la transmisión materno-infantil. A fin de continuar frenando la epidemia es necesario también abordar la cuestión de la promoción de la autonomía de las mujeres, en especial en lo que se refiere a su escaso poder de decisión en materia de salud sexual y reproductiva.

Junto con el derecho a la salud, el derecho a la protección es un problema acuciante para los niños y niñas de Haití. El trabajo infantil y la trata de menores son prácticas habituales. La deficiencia en la recogida de datos y los sistemas de análisis de los mismos constituyen otro obstáculo que dificulta el seguimiento de los avances y retrocesos relativos a la salud y la protección infantil.

Si bien los esfuerzos por lograr mejoras tangibles en la vida de los ciudadanos más jóvenes de Haití parecen haberse acelerado, tanto en el sector público como en el privado, el alcance de las políticas y actuaciones continúa siendo limitado. En un país en el que 1 de cada 13 niños y niñas muere antes de cumplir los 5 años, está claro que las medidas habituales no bastan para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio y los restantes compromisos relacionados con la salud y la supervivencia materna e infantil.

Véase la sección Referencias, página 39.



Haití: barrio de tugurios de la ciudad de Puerto Príncipe.

Supervivencia infantil en América Latina y el Caribe: situación actual 7

Cuba

- Apoyo a las casas de maternidad para identificar mujeres con riesgo prenatal
- Min Salud Publica, Oficina Municipal de Salud
- 5397 mujeres obtuvieron cuidados prenatales

Republica Dominicana

- Sepsis neonatal
- Min Salud Basic/USAID,PAHO/WHO
- Universalización de la aplicación de parto limpio en todos los hospitales
- 2 hospitales elegidos como demostrativos

Peru y Ecuador

DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE EN RÍO SANTIAGO: UNA ESTRATEGIA ESPECÍFICA ORIENTADA A PRESTAR SERVICIOS A LOS GRUPOS INDÍGENAS QUE HABITAN LA REGIÓN FRONTERIZA ENTRE EL PERÚ Y EL ECUADOR

El proyecto "Desarrollo humano sostenible en Río Santiago" se dirige a las comunidades indígenas que viven a ambos lados de la frontera que separa el Perú y el Ecuador, en el distrito de Río Santiago, provincia de Cotacachi, en la región amazónica. El proyecto se inició en 2002 con la ayuda económica del Gobierno de Finlandia y el apoyo técnico de UNICEF, como parte del Plan Binacional para el fortalecimiento de la paz entre el Perú y el Ecuador.

Las comunidades indígenas de los Awajum y los Wampis del Perú viven en una zona aislada de la selva tropical del distrito de Río Santiago. La pobreza y la falta de acceso a los servicios sociales, en especial de salud, habían supuesto resultados deficientes en el caso de las madres y los niños y niñas de estas comunidades, que en algunos casos eran drásticamente inferiores al promedio nacional.

Disparidades muy pronunciadas

Un estudio de base practicado en 2002 revelaba que el 58% de las mujeres embarazadas padecían anemia; los índices de mortalidad materna presentaban cifras muy desalentadoras en comparación con el promedio nacional; y sólo el 8% de los partos asocados en Río Santiago tenían lugar en clínicas. El promedio del departamento de Amazonas fue del 27% ese mismo año y del 58% a escala nacional. Los principales motivos para no acudir a la atención en centros sanitarios eran las dificultades económicas, el suministro inadecuado de medicamentos y la distancia a los establecimientos sanitarios.

Cerca de la mitad de los niños y niñas menores de tres años de esta comunidad mostraban síntomas de

desnutrición crónica. La inscripción de estadísticas vitales era también escasa en esta comunidad; sólo el 51% de todos los encuestados contaban con un certificado de nacimiento. Además, los índices de analfabetismo eran más elevados que en otras partes del país, y el acceso a una educación de calidad representaba un problema.

Una estrategia específica de intervención multisectorial

Con el objeto de abordar estas preocupantes estadísticas sanitarias y sociales, los Ministerios de Salud, Educación y Asuntos de la Mujer, el gobierno regional de Amazonas, el Registro Nacional de Identidad y Datos Estadísticos, el gobierno municipal del distrito de Río Santiago y UNICEF, con la ayuda económica del Gobierno de Finlandia, pusieron en marcha una estrategia multisectorial que hacía hincapié en la salud, la nutrición, la protección, la educación y la identidad. El proyecto se puso en práctica en dos fases, prestando especial atención a que fuera culturalmente adecuado. Así pues, la escuela se convirtió en el lugar en el que los miembros se reunían e intercambiaban mensajes clave en materia de salud, mientras que los profesores recibían formación sobre métodos de aprendizaje participativo y se les suministraba material educativo apropiado para las culturas de los Awajum y los Wampis.

Estas fueron algunas de las intervenciones clave:

- Capacitar a miembros de la comunidad para prestar servicios de salud esenciales como la atención prenatal, y formar a personas que lleven a cabo el registro oportuno de los nacimientos.
- Ofrecer a las madres información clave acerca de cómo prevenir, gestionar y tratar enfermedades infantiles comunes tales como la diarrea y las infecciones respiratorias.
- Vacunar a todos los niños y niñas menores de un año contra las enfermedades infantiles habituales.
- Promover alimentación y prácticas de higiene saludables en relación con la infancia a través de recursos locales y comunitarios.
- Impulsar la protección de los derechos de las mujeres y la infancia.

- Establecer centros de asesoramiento legal para las mujeres y la infancia en las comunidades, como mecanismo para resolver contiendas.

- Integrar a las mujeres en los distintos aspectos de la vida comunitaria.

- Promover la educación intercultural y bilingüe.

Resultados prometedores

En los últimos cinco años aproximadamente, este proyecto ha alcanzado mejoras considerables en lo que se refiere a la atención sanitaria primaria en la comunidad. Mientras que en 2002 sólo cerca de un 45% de la comunidad recurrió a la atención en establecimientos sanitarios, en 2006 la proporción había aumentado a un 62%. Además, el número de establecimientos sanitarios regionales ha aumentado de tal manera en la región, que la distancia ya no supone una barrera tan importante como lo era antes. La cobertura de la atención prenatal pasó de tan sólo el 57% en 2002 al 81% en 2006, gracias a lo cual muchas más mujeres son capaces de reconocer los síntomas de riesgo en el embarazo. Se alcanzó la cobertura universal de la vacunación de los niños y niñas contra la tuberculosis, el tétanos y la hepatitis B. Los resultados obtenidos en cuanto a los niveles educativos fueron igualmente prometedores, si bien las niñas y los adolescentes continúan en posición de desventaja (su índice de asistencia a la escuela es inferior al 89%, mientras que en el caso de los varones es del 94%). Esto es en gran medida resultado de los embarazos prematuros y de problemas económicos. Por último, al alentar a las mujeres a participar en las actividades comunitarias se les ha dotado de los medios para convertirse en portavoces de las estrategias de intervención. Muchas mujeres se han transformado en dirigentes de sus comunidades, participando en programas municipales de salud materna e infantil, y colaborando también en la supervisión de sus niños y niñas, y en la prestación de servicios de atención prenatal.

Véase la sección Referencias, página 40.

Objetivo

Adaptar los servicios de maternidad a las culturas del Perú rural

El Perú, un país con un nivel de renta medio-bajo donde el 73% de la población vive en zonas urbanas, ha logrado enormes avances en la reducción del número de muertes infantiles, que ha pasado de ser el 1 por cada 6 niños en 1970, a 1 por cada 50 en 2006. Entre 1990 y 2007, el índice nacional de mortalidad de menores de cinco años disminuyó en un 74%, lo que supone el descenso más acusado registrado en toda América Latina y el Caribe en ese periodo. Por lo que se refiere a la salud materna, en cambio, el éxito alcanzado ha sido menor: el índice de mortalidad materna, calculado en 240 muertes maternas por cada 100.000 nacimientos vivos en 2005, se sitúa entre los más elevados de la región. Además, las mujeres peruanas enfrentan un riesgo de por vida de morir por razones derivadas de la maternidad, que en 2006 se situaba en 1 por cada 140 mujeres, el doble de la media regional, de 1 por cada 200.

Debido a la relativa falta de progreso de este país en lo tocante a reducir las muertes maternas, el Perú ha sido incluido en la lista ampliada de países prioritarios de la iniciativa Cuenta Regresiva para 2018, cuyos criterios se han ampliado en la actualidad para incluir unos umbrales de mortalidad materna, además de los umbrales de mortalidad infantil que se fijaron en 2005. Según el Ministerio de Sanidad, las mujeres de las zonas rurales presentan el doble de probabilidades que las de las zonas urbanas de morir por causas relacionadas con el embarazo. En 2000, sólo en el 20% de los partos se contaba con la presencia de un trabajador sanitario capacitado, mientras que en las zonas urbanas la cifra era del 69%.

Al igual que otros países de América Latina y el Caribe, el desafío mayor que enfrenta el Perú a la hora de mejorar la salud materna y neonatal —y de aumentar por ende su potencial para el progreso— reside en abordar las disparidades debidas a motivos étnicos y geográficos o a la pobreza extrema. Para ello será necesario prestar servicios de atención a las mujeres y los bebés en sus lugares de residencia, así como dispensar unos servicios integrales de atención materna y neonatal, tanto habituales como de emergencia.

Parte del desafío consiste en adaptar los servicios sanitarios actuales —que por lo general consisten en servicios prestados en establecimientos sanitarios o en servicios de extensión— a las costumbres de las comunidades que en la actualidad no reciben los suficientes servicios de atención sanitaria. Por ejemplo, según la tradición y las prácticas culturales, las mujeres de las zonas rurales suelen preferir dar a luz de pie y en sus casas, bajo supervisión de una partera tradicional, antes que hacerlo en la sala de partos de un centro sanitario. Además, incluso si estas madres decidieran buscar atención médica, la distancia hasta el establecimiento sanitario, el coste de los servicios, las barreras lingüísticas y otros obstáculos problemáticamente las disuadirían.

Garantizar que las madres tengan la opción de dar a luz en sus hogares contando con la presencia de un trabajador sanitario capacitado y, de ser necesario, con un sistema eficaz de remisión de pacientes a los servicios de atención ginecológica de emergencia, puede ser un método adecuado de integrar los servicios de carácter público con las prácticas tradicionales. A tal fin, el Ministerio de Sanidad, en conjunción con la oficina de UNICEF

en el Perú, ha concebido un proyecto de salud materna que comprende cuatro estrategias clave:

- Crear casas de espera materna con el fin de subsanar la dificultad que supone la distancia geográfica de los establecimientos sanitarios.
- Fomentar el apoyo familiar y comunitario al objeto de hacer de la maternidad y del estado de salud de la madre una prioridad.
- Incrementar el acceso de las familias pobres al Servicio Integral de Salud, que abarca los gastos de la atención prenatal, la atención durante el parto y la atención posparto.
- Adaptar los servicios de maternidad con miras a eliminar las barreras existentes entre el personal de los establecimientos sanitarios y las madres que poseen costumbres muy arraigadas con respecto al alumbramiento.

Las casas de espera materna, popularmente conocidas como "Manawasi", tienen como propósito animar a las mujeres a que cochen por dar a luz en un establecimiento sanitario en lugar de hacerlo en sus hogares. Actualmente existen casi 400 de estas casas situadas en parcelas pertenecientes a los establecimientos sanitarios u hospitalarios; otras se encuentran en edificios arrendados en las regiones de Aupurimac, Ayacucho y Cusco. Las mujeres embarazadas procedentes de comunidades cercanas y distantes pueden alojarse en las habitaciones de estas casas hasta que dan a luz. Las mujeres de aldeas remotas pueden permanecer en ellas durante semanas o meses. Los Manawasi están pensados siguiendo el modelo de una típica casa indígena de una aldea rural. Las futuras madres están autorizadas a llevar consigo a miembros de su familia, lo cual las hace sentirse más confiadas y seguras al hacer uso de este servicio.

Los centros sanitarios han modificado también sus prácticas, por ejemplo admitiendo la posición de parto vertical, permitiendo que un miembro de la familia o una partera tradicional acompañen a la mujer durante el alumbramiento, y manteniendo una temperatura ambiente más elevada en los centros.

Este programa ha transformado los servicios de salud habituales fomentando la sensibilidad cultural en materia de atención sanitaria. El distrito de Huancaran, situado en la provincia andina de Paucartambo, en la región de Cusco, es el que ha experimentado un mayor éxito con la aplicación de esta nueva estrategia. En terrenos generales, aproximadamente así 3 de cada 4 mujeres embarazadas visitan los establecimientos de salud existentes en las regiones en que operan, sobre todo para recibir servicios relacionados con el parto, mientras que anteriormente la proporción era de 1 de cada 4 mujeres. Este programa se ha incorporado a los seguros sanitarios de distrito y provinciales, y en 2004 fue adoptado por el Ministerio de Sanidad como norma nacional para su aplicación en todo el país. El Ministerio de Sanidad ha creado asimismo unos módulos de formación para instruir al personal sanitario sobre cómo lograr la adecuación cultural de los servicios prestados.

Véanse las referencias, pág. 108.

Bolivia

- Seguro Básico de Salud
- Seguro Básico de Salud Indígena y Originario
- Seguro Universal Materno Infantil



Bolivia

**SEGURO BASICO DE SALUD
INDIGENA Y ORIGINARIO**

2002

Las 10 nuevas Prestaciones del SBS IO

1. Bronquitis aguda - Ch'aki ch'oju
2. Diarrea - K'echa onkoy
3. Parasitosis - Khurus o K'uyk'as
4. Conjuntivitis- Mal de ojo

Las 10 nuevas Prestaciones del SBS IO

5. Folliculitis – Ch'upu

6. Mal de susto- ánimo sarjkata o mal de ajayu

7. Sarcoptosis – Rasca rasca - Rasca palomita

Las 10 nuevas Prestaciones del SBS IO

8. Referencia de pacientes embarazadas a establecimientos de salud, para atención del parto °

9. Entrega de la Placenta*

10. Libre elección de posición de parto**

Mortalidad Materna



1. Situación de la Salud Materna y Neonatal

Embarazo de Adolescentes

EMBARAZOS EN LA ADOLESCENCIA: UN MOTIVO DE PREOCUPACIÓN

Los índices de embarazo en la adolescencia son elevados en América Latina y el Caribe, en particular en Bolivia, Colombia, la República Dominicana, Haití, Honduras, Nicaragua y el Perú. El embarazo prematuro acarrea riesgos significativos tanto para la madre como para el bebé, y a pesar del descenso del índice de fertilidad en la región, la incidencia continuada de un número relativamente elevado de embarazos infantiles constituye un motivo de preocupación.

Las jóvenes adolescentes de entre 15 y 19 años tienen el doble de probabilidades de morir durante el embarazo o el parto que las mujeres que han cumplido los 20 años; en el caso de las niñas menores de 15 años, el riesgo es cinco veces mayor. Los bebés nacidos de una madre adolescente tienen más probabilidades de morir durante el primer mes de vida que aquellos nacidos de madres de más edad. Asimismo, son más propensos a padecer los efectos de una nutrición deficiente, así como un retraso en el desarrollo físico y cognitivo.

Los factores determinantes del embarazo prematuro son en su mayor parte socioeconómicos. La pobreza se considera uno de los factores de riesgo: las niñas más pobres, que cuentan con menos oportunidades, a menudo son menos capaces y se hallan menos motivadas para evitar embarazos imprevistos en la adolescencia. Las normas relativas a los géneros y la posición de desventaja en que se hallan las jóvenes frente a

sus compañeros, así como la falta de educación y de conocimientos sobre salud sexual y medidas preventivas entre las adolescentes, son otros factores que pueden dar lugar a embarazos prematuros.

Invertir en la educación, la salud y la subsistencia de las niñas adolescentes a fin de consolidar sus derechos y su potencial contribuye enormemente a abordar este problema. Varios gobiernos de distintas naciones de la región han adoptado medidas concretas a tal fin. En la Argentina y Cuba, por ejemplo, se han implantado programas patrocinados por el Gobierno consistentes en impartir educación y ofrecer servicios de asesoramiento y de salud a las adolescentes.

Debido a que el embarazo y la maternidad en la adolescencia con

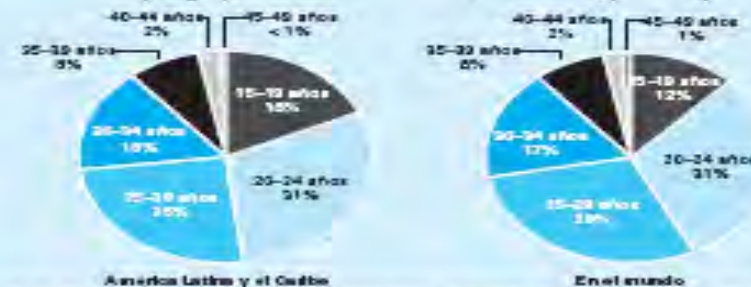
frecuencia obligan a las niñas a abandonar la escuela, cada vez es más importante que existan leyes y políticas referidas a la maternidad en la adolescencia para garantizar que las oportunidades educativas de las niñas no se vean limitadas. Un ejemplo positivo es el de Chile, país que en 2000 aprobó una ley nacional que garantiza el derecho de las adolescentes embarazadas y las que son madres a permanecer en la escuela. Conforme a esta ley, no se puede obligar a una adolescente embarazada o a una madre adolescente a cambiar de horario o de escuela como consecuencia de su condición, y las escuelas deben facilitar el acceso de las jóvenes a los servicios de salud durante el embarazo y después del parto.

Véase la sección Referencias, página 32

Gráfico 1.7

América Latina y el Caribe registra un índice de alumbramientos por parte de madres adolescentes de entre 15 y 19 años mayor que el promedio mundial

Nadamientos por grupo de edad de la madre, 2000-2005, porcentaje acumulado

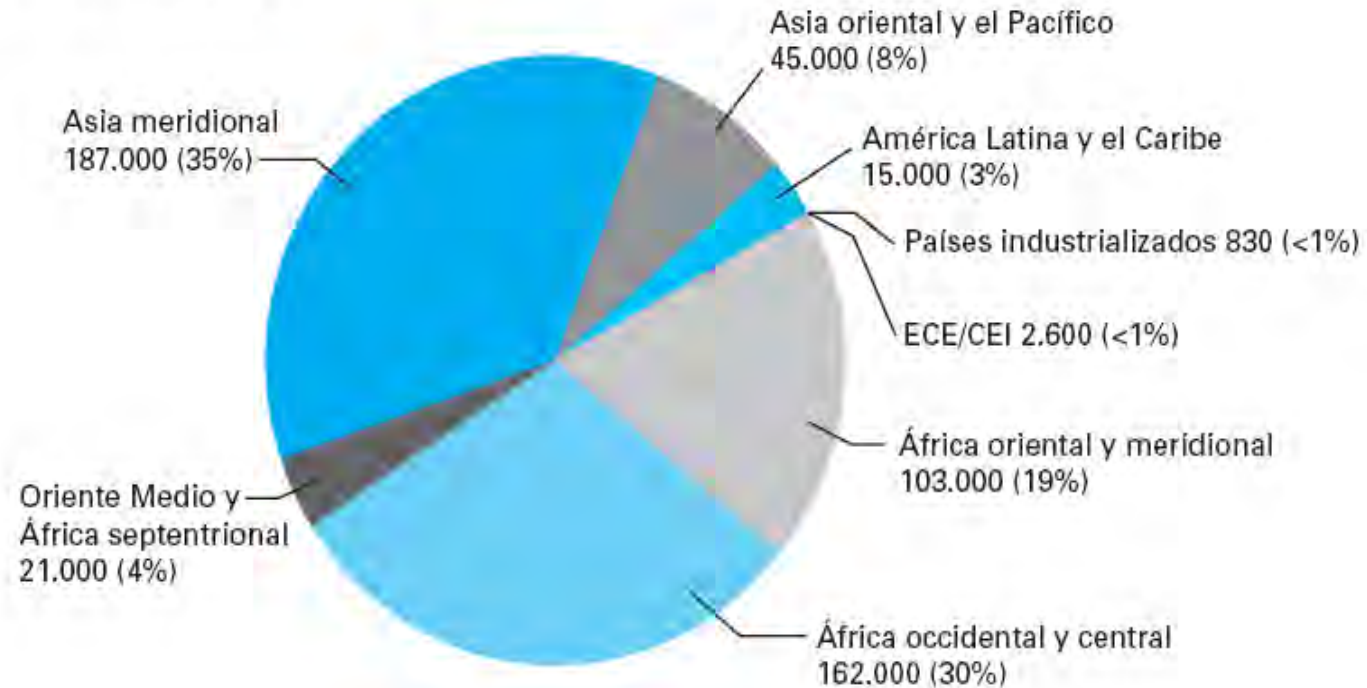


Fuente: Cálculos de UNICEF basados en las Perspectivas de la Población Mundial de las Naciones Unidas, Perspectivas de la población mundial: revisión 2004 de la base de datos sobre población, «http://esa.un.org/unpp/index», consultada el 21 de marzo de 2005.

Gráfico 1.1

Distribución por regiones de las muertes maternas*

Muertes maternas, 2005

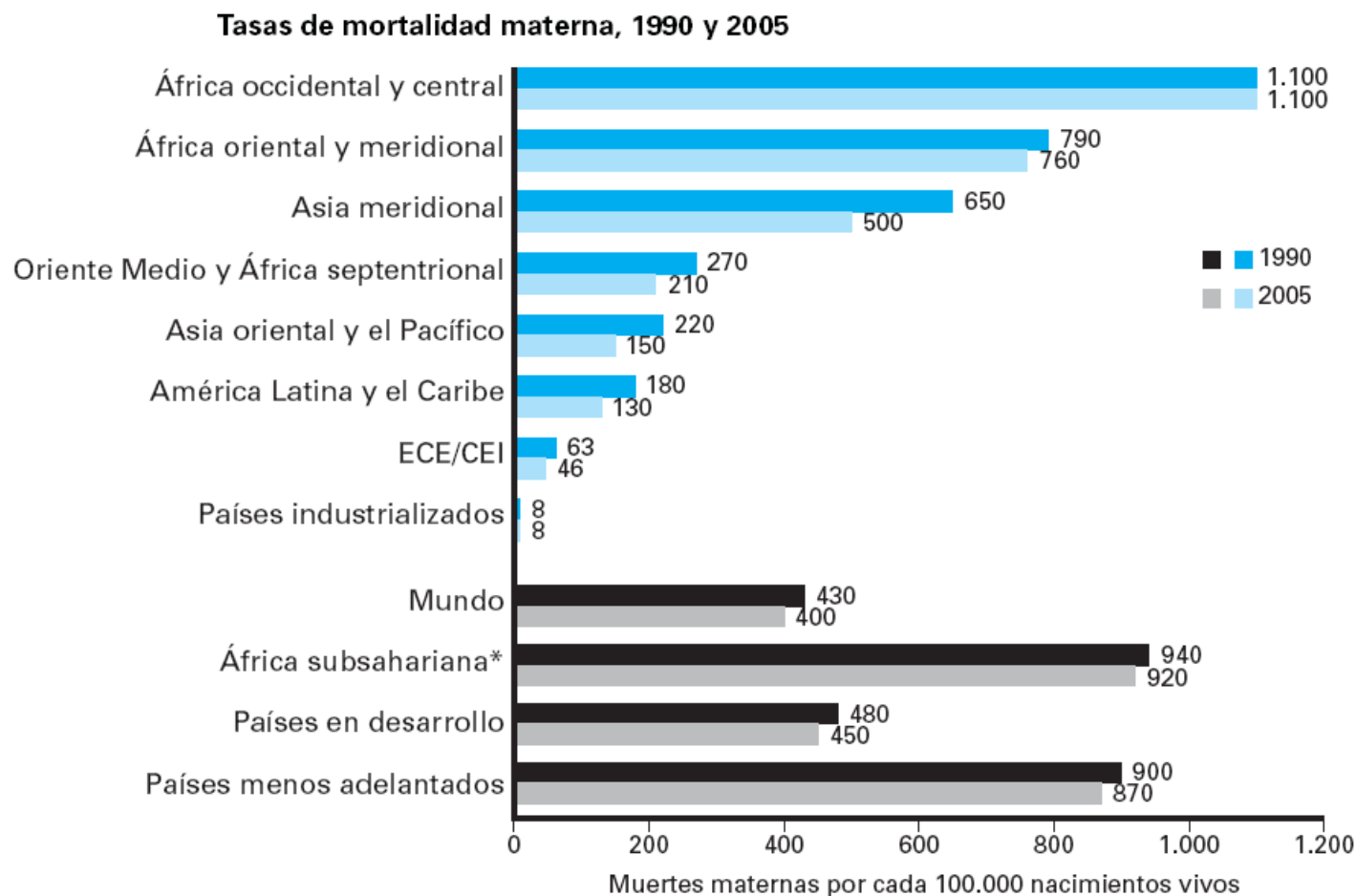


* Los porcentajes podrían no sumar 100% debido al redondeo

Fuente: Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Banco Mundial, *Mortalidad materna en 2005: estimaciones de la OMS, UNICEF, FPNUP y el Banco mundial*, OMS, Ginebra 2007, pág. 35

Gráfico 1.2

Tendencias, niveles y riesgo de por vida de mortalidad materna

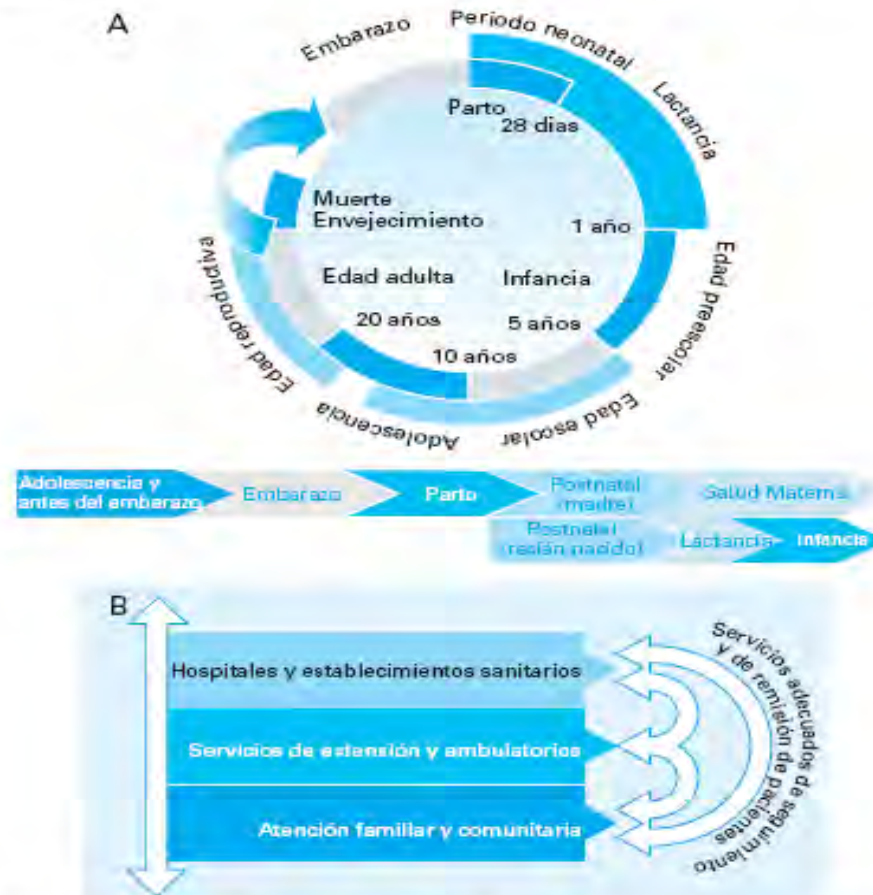


2. Crear un entorno propicio para la salud materna y neonatal

Gráfico 2.1

La atención continua

Conectar los servicios de atención prestados durante el ciclo vital (A) y en los lugares en que se dispensan (B). Adaptado de la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, con autorización.



Fuente: Kevbes, Kate J., et. al., 'Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery', *The Lancet*, vol. 370, número 9595, 13 de octubre 2007, pág.1360.

Promover comportamientos sanos para las madres, los recién nacidos y los niños: la guía *Para la Vida*

Crear un entorno propicio para la salud de las madres y los recién nacidos requiere alterar los comportamientos que discriminan a las mujeres y las niñas y adoptar prácticas sanas que las protejan contra la enfermedad y las lesiones. Las prácticas sanas, como la lactancia materna exclusiva de un recién nacido durante los primeros seis meses de vida o lavarse las manos con jabón, debe estar basada en pruebas empíricas y establecidas por expertos médicos.

Describir estas prácticas a los progenitores y otros cuidadores mediante un lenguaje sin tecnicismos es fundamental para promover la autonomía de las mujeres y las niñas y apoyar la salud de las madres y los recién nacidos. Hace 20 años, ocho organismos de las Naciones Unidas –UNICEF, OMS, UNFPA, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, el Programa Mundial de Alimentos y el Banco Mundial– publicaron conjuntamente una guía para difundir este tipo de conocimientos vitales a todo el mundo. La guía, titulada *Para la Vida*, estaba dirigida a comunicadores, trabajadores de salud, los medios de comunicación, funcionarios gubernamentales, organizaciones no gubernamentales, maestros, dirigentes religiosos, empresarios, sindicatos, grupos de mujeres, organizaciones comunitarias y otras personas. En su tercera edición, publicada en 2002, abordó una amplia gama de temas:

- Espaciamiento de los nacimientos
- Maternidad sin riesgos
- Desarrollo y aprendizaje temprano del niño
- Lactancia materna
- Nutrición y crecimiento
- Inmunización
- Enfermedades diarreicas
- Tos, resfriados y otras enfermedades graves
- Higiene
- Paludismo
- VIH y SIDA
- Prevención de lesiones
- Desastres y situaciones de emergencia

Mediante mensajes fundamentales claros, breves y prácticos, se explicaban las medidas recomendadas y se ofrecía información complementaria.

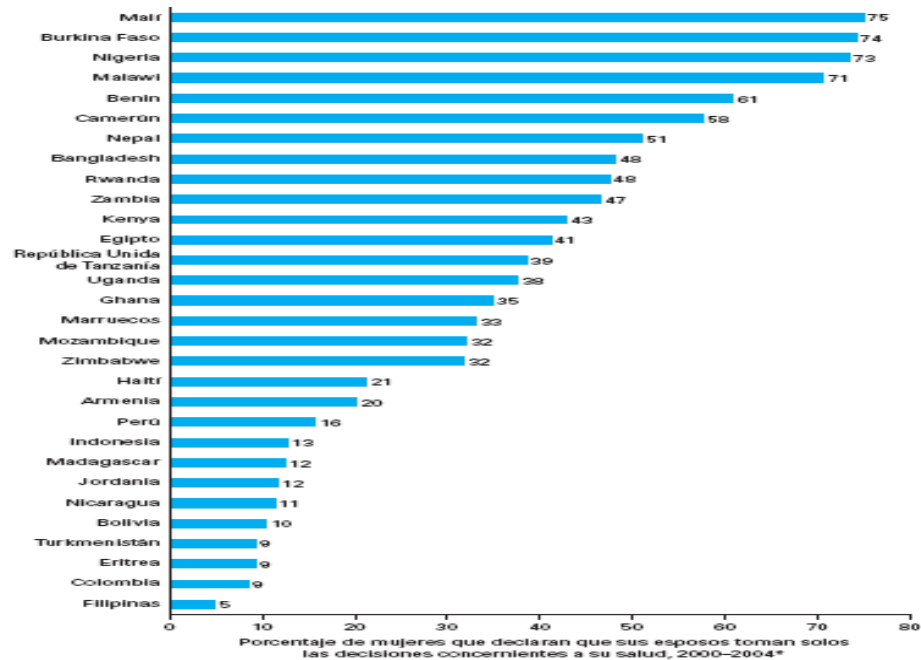
Uno de los principios fundamentales de la guía es que la comunicación requiere algo más que proporcionar simplemente información. Exige también presentar la información de manera interesante y accesible y ayudar a las personas a comprender su pertinencia. La guía analiza también modalidades para adoptar medidas y superar embotellamientos y barreras.

Para la Vida se ha distribuido ampliamente, y en 2002 había más de 15 millones de ejemplares en circulación en 215 idiomas. En la actualidad se está preparando una nueva edición de la guía.



Gráfico 2.8

Muchas mujeres de los países en desarrollo no tienen voz ni voto en lo que atañe a sus propias necesidades sanitarias



* Los datos se refieren a los últimos años del periodo especificado para los que se dispone de datos.
Fuente: Cálculos de UNICEF basados en datos obtenidos a partir de Encuestas Demográficas y de Salud.

3. La Atención continua a través del tiempo y del espacio: riesgos y oportunidades

3.1 Prestación de servicios en momentos claves:

Servicios de la salud reproductiva de calidad

Mejorar la nutrición

Agua Potable, saneamiento e instalaciones y practicas higiénicas

Prevención y tratamiento de las enfermedades

Atención prenatal adecuada

Asistencia obstetricia por personal capacitado

Servicios básicos y amplios de atención al recién nacido y de atención obstétrica de emergencias

Atención postnatal para las madres y los recién nacidos

3.2 Vinculo de unión entre las vidas y los lugares

Salud en el hogar

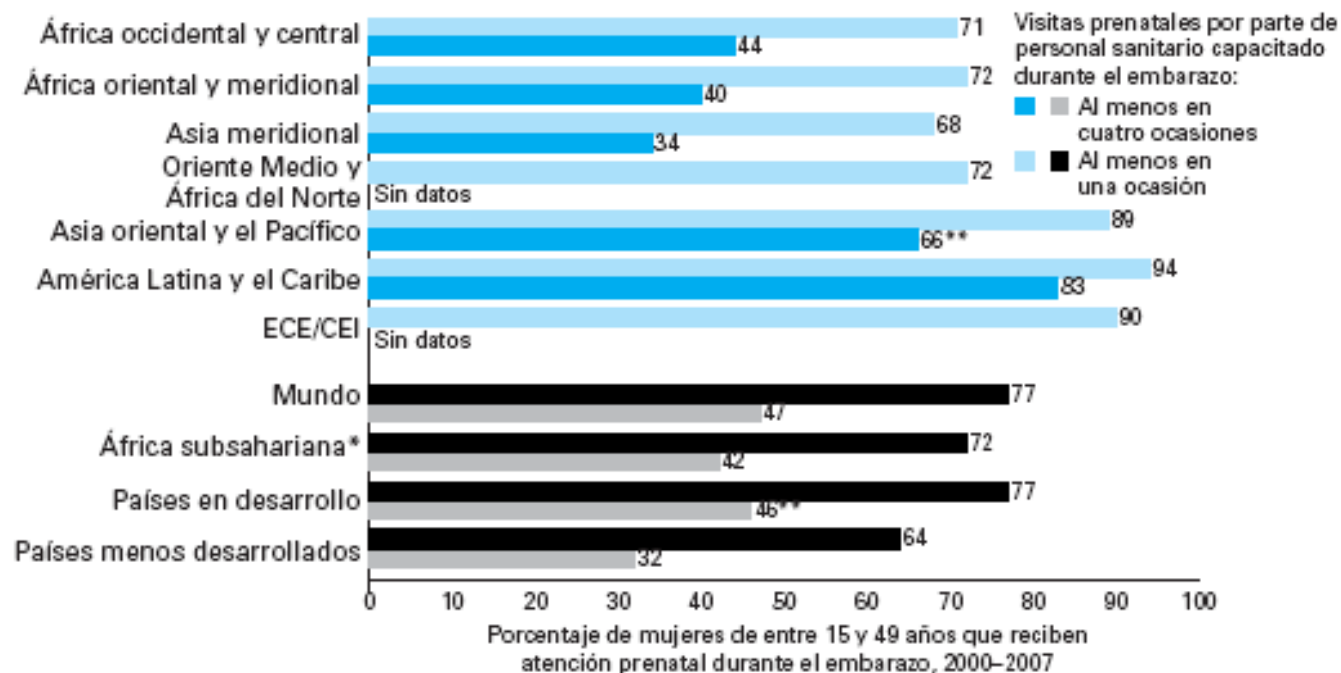
Alianzas comunitarias

Servicios de extensión y ambulatorios

La atención de establecimientos sanitarios

Gráfico 3.1

Cobertura de la atención prenatal



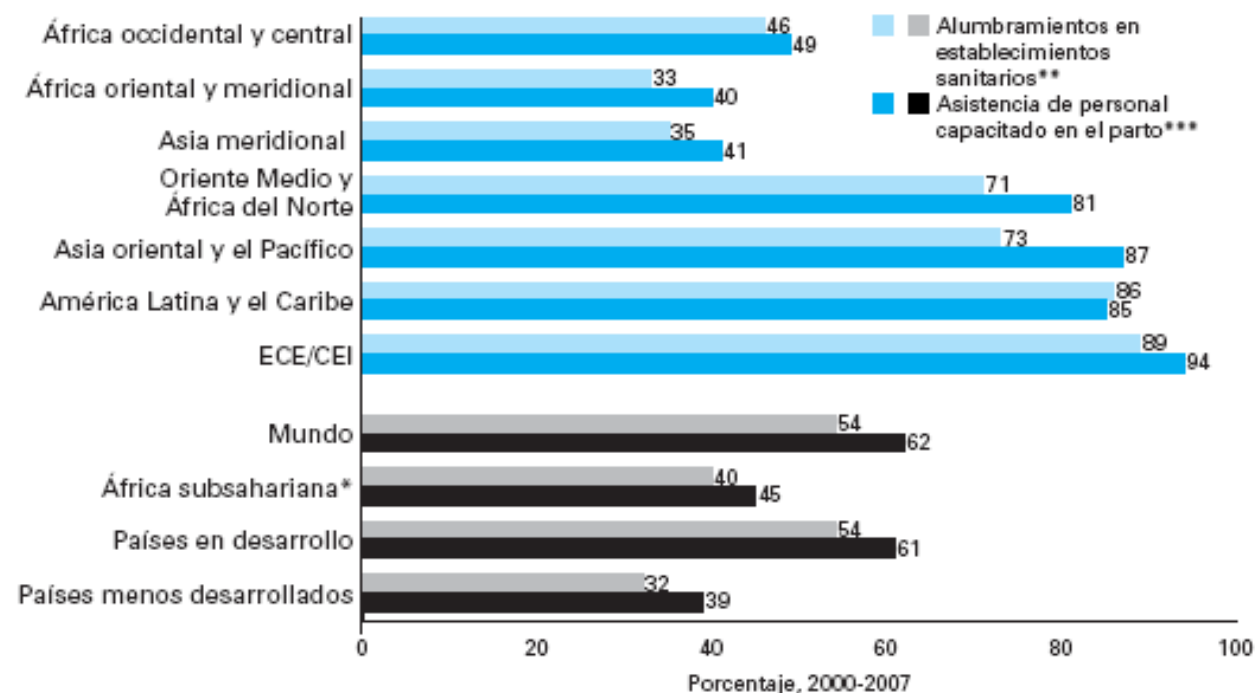
* África subsahariana comprende las regiones de África oriental y meridional y África occidental y central.

** Excluida China.

Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados y otras encuestas del hogar de ámbito nacional.

Gráfico 3.2

Cobertura de la atención en el parto



* África subsahariana comprende las regiones de África oriental y meridional y África occidental y central.

** Los alumbramientos en establecimientos sanitarios se refieren a la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años que dieron a luz en los dos años previos a la práctica de la encuesta y lo hicieron en un establecimiento sanitario.

*** La asistencia de personal capacitado en el parto se refiere al porcentaje de nacimientos atendidos por personal sanitario capacitado (médicos, auxiliares de enfermería y parteras).

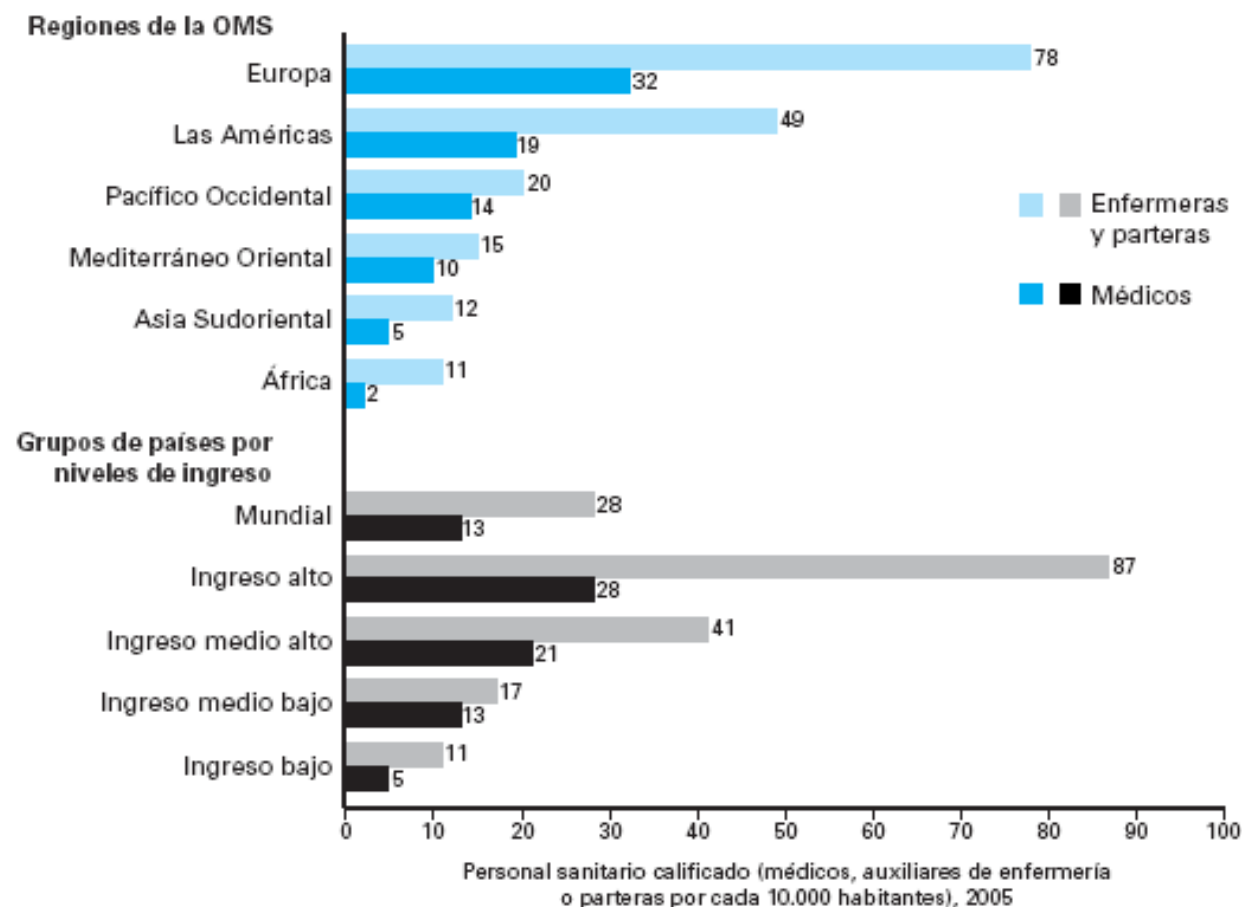
Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados, Organización Mundial de la Salud y UNICEF.

4. Fortalecer los sistemas sanitarios para mejorar la salud de la madre y del recién nacido

- 4.1. Mejorar la recopilación y el análisis de los datos
- 4.2 Aumentar los recursos humanos y mejorar la capacitación
- 4.3 movilizar a la sociedad
- 4.4 Establecer una financiación práctica, equitativa y sostenible
- 4.5 Invertir en infraestructura, logística, instalaciones y la capacidad de gestión
- 4.6 Mejorar la calidad de la atención a la madre al recién nacido y al niño

Gráfico 4.1

La escasez de personal sanitario calificado es muy grave, particularmente en África y Asia sudoriental

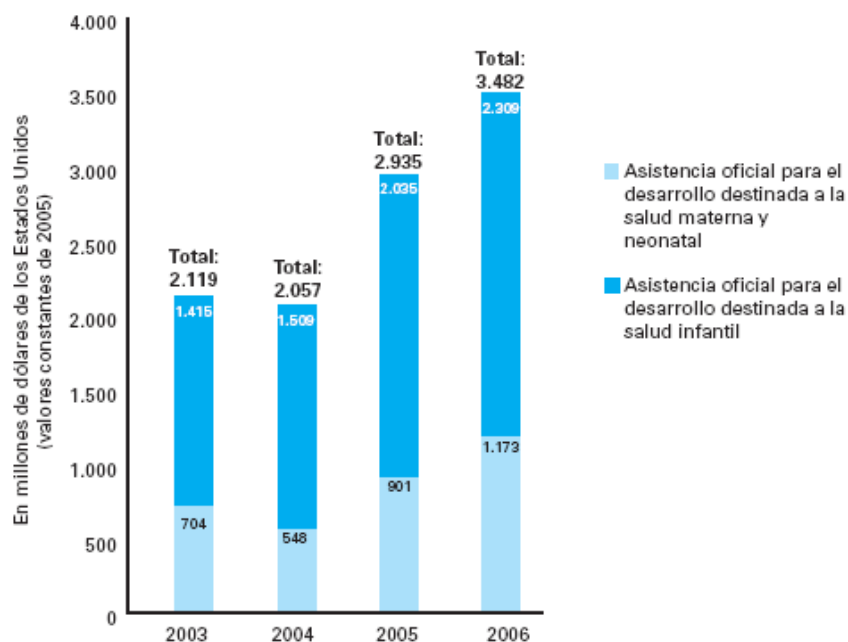


Fuente: Organización Mundial de la Salud, *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2008*, OMS, Ginebra, 2008, págs. 82–83.

5. Trabajar de manera coordinada en beneficio de la salud de la madre y del recién nacido

Gráfico 5.1

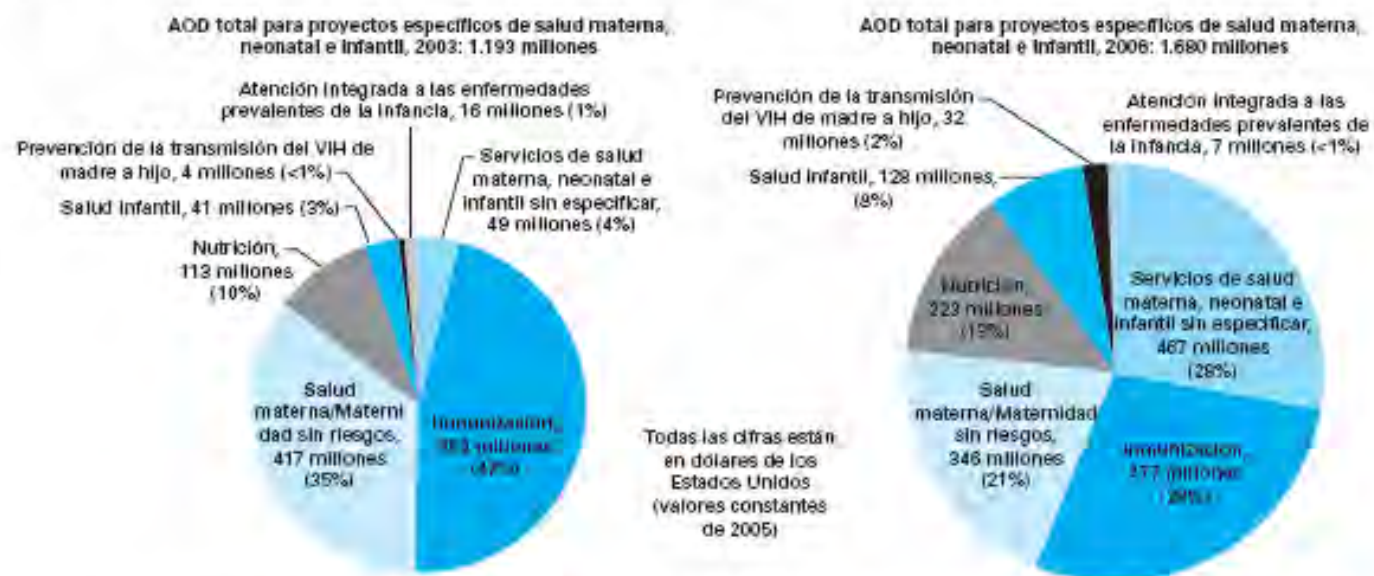
La asistencia oficial para el desarrollo destinada a la salud de la madre y del recién nacido ha aumentado rápidamente desde 2004



Fuente: Greco, Giulia, et al., 'Countdown to 2015: Assessment of donor assistance to maternal, newborn, and child health between 2003 and 2006', *The Lancet*, vol. 371, 12 de abril de 2008, p. 1269.

Gráfico 5.3

La financiación para la nutrición, la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo y la salud infantil ha aumentado sustancialmente

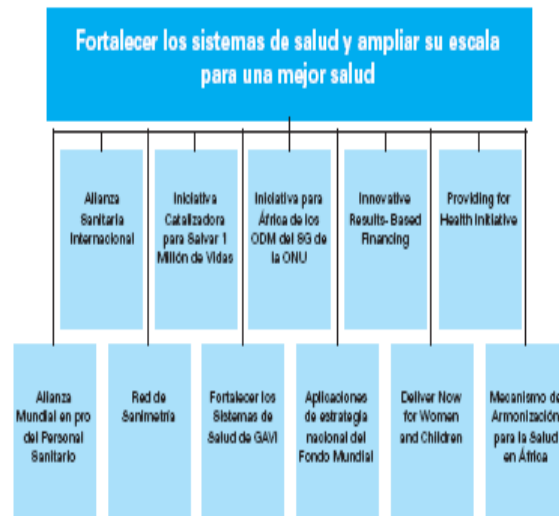


Fuente: Greco, Giulia, et al., 'Countdown to 2015: Assessment of donor assistance to maternal, newborn, and child health between 2003 and 2006', *The Lancet*, vol. 371, 12 de abril de 2008, p. 1269.

Alianzas Globales, Regionales, Subregionales y Locales

Gráfico 5.1

Iniciativas mundiales clave que buscan fortalecer los sistemas de salud y ampliar la escala de las intervenciones esenciales



Fuente: Alianza Sanitaria Internacional, <www.internationalhealthpartnership.net/ihp_plus_about_initiatives.html>, consultado el 1 de septiembre de 2008.

- Alianza por la Nutrición y el Desarrollo
- Alianza por la salud neonatal
- Alianza por la salud materna

Gráfico 5.5

Organismos coordinadores y aliados de cada componente del proceso continuo de atención de la madre y del recién nacido y funciones conexas

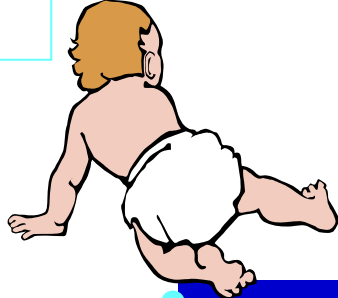
Esfera	Organismos coordinadores	Aliados
Proceso continuo de atención de la salud materna y neonatal		
Planificación familiar	UNFPA, OMS	UNICEF, Banco Mundial
Atención prenatal	UNICEF, OMS	UNFPA, Banco Mundial
Asistencia calificada durante el parto	OMS, UNFPA	UNICEF, Banco Mundial
Servicios de atención básica de urgencia en obstetricia y neonatología	UNFPA, UNICEF	OMS, Banco Mundial
Servicios de atención básica y global de urgencia en obstetricia y neonatología	OMS, UNFPA	UNICEF, Banco Mundial
Atención posparto	OMS, UNFPA	UNICEF, Banco Mundial
Atención neonatal	OMS, UNICEF	UNFPA, Banco Mundial
Nutrición de la madre y del recién nacido	UNICEF, OMS, Banco Mundial (para la nutrición materna)	UNFPA
Esferas adicionales de trabajo en beneficio de la salud materna y neonatal		
Educación de las niñas	UNICEF	UNFPA, Banco Mundial
Género/cultura/participación de los hombres	UNFPA, UNICEF	OMS, Banco Mundial
Violencia por razón de género	UNFPA, UNICEF	OMS
Salud sexual y reproductiva en la adolescencia – gente joven	UNFPA, UNICEF, OMS	Banco Mundial
Comunicaciones para el desarrollo	UNFPA, UNICEF	OMS, Banco Mundial
Fistula obstétrica	UNFPA	OMS
Prevención del aborto en condiciones de riesgo/cuidados posteriores al aborto	OMS	UNFPA
Mutilación genital femenina	UNFPA, UNICEF, OMS	Banco Mundial
Salud materna y neonatal en las situaciones de crisis humanitaria	UNFPA, UNICEF, OMS	Banco Mundial
Infecciones de transmisión sexual	OMS	UNFPA, UNICEF
VIH/SIDA e integración con la planificación familiar	Según la División del trabajo de apoyo técnico al ONUSIDA	
Capacitación de los recursos humanos en atención de la salud materna y neonatal, en el empleo y antes del empleo	OMS, UNFPA	UNICEF, Banco Mundial
Reglamentos/leyes sobre recursos humanos del sector de la salud	OMS	UNFPA, UNICEF, Banco Mundial
Lista de medicamentos esenciales	OMS	UNFPA, UNICEF
Elaboración y aplicación de las guías generales	OMS, UNFPA, Banco Mundial	UNICEF

Fuente: OMS-UNFPA-UNICEF-Banco Mundial, Joint Country Support for Accelerated Implementation of Maternal and Newborn Continuum of Care, 22 de julio de 2008.

Actividades de UNICEF en la Alianza???

- **M&E**
 - Elaboracion de indicadores
 - Mapeo de vulnerabilidades y disparidades
- **Programas Materno Infantiles**
 - Sistematizacion de experiencias comunitarias exitosas
 - Capacitacion, diseminacion de informacion , investigacion, abogacia
 - EMONC: Emergency Obstetric and new born care con UNFPA and Universidad de Columbia
 - Manejo de Cuidados Comunitarios
 - Enfocarse en Adolescentes < 15 y
 - Insumos para la cadena de Suministros
- **C4D en salud**
 - Iniciativas de comunicacion H1N1, Lactancia Materna
 - Mantenimiento de websites
- **Políticas Públicas: Scaling up, masificando las intervenciones**
 - Sistematizacion de politicas publicas nacionales estatales y locales
 - Traslado de politicas publicas a nivel local como el programa sello, buen inicio
- **Mobilizacion de Recursos**
 - compromisos de donantes
- **Abogacia**
 - Organizacion de una reunion annual y

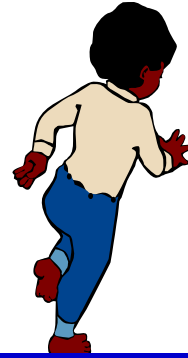
- Parto atendido por personal capacitado
- Pinzamiento tardío del cordón umbilical
- AIEPI Neonatal
- Visitas domiciliarias a RN de riesgo



**Niños/as
2 a 6 m**



**Niños/as
6 a 24 m**



**Niños/as
de 2 a 5 años**



**Niños/as
Escolares**



Parto y recién nacidos



Embarazadas

- Atención pre-natal adecuada
- Suplementación con hierro, yodo y vit A
- Vacunación antitetánica
- Hogares maternos para embarazadas de riesgo
- Prevención del consumo de alcohol y tabaco

- Consejería en Lact. Materna
- Suplementación micronutr.
- Control de C y D
- Vacunación
- AIEPI
- Cuidado infantil

- Control de C y D y Vacunación
- Educación integral
- Fortificación de alimentos
- Promoción de actividad física

- Alimentación nutritiva
- Control de C y D y Vacunación
- Suplementación micronutrientes
- AIEPI
- Cuidado infantil



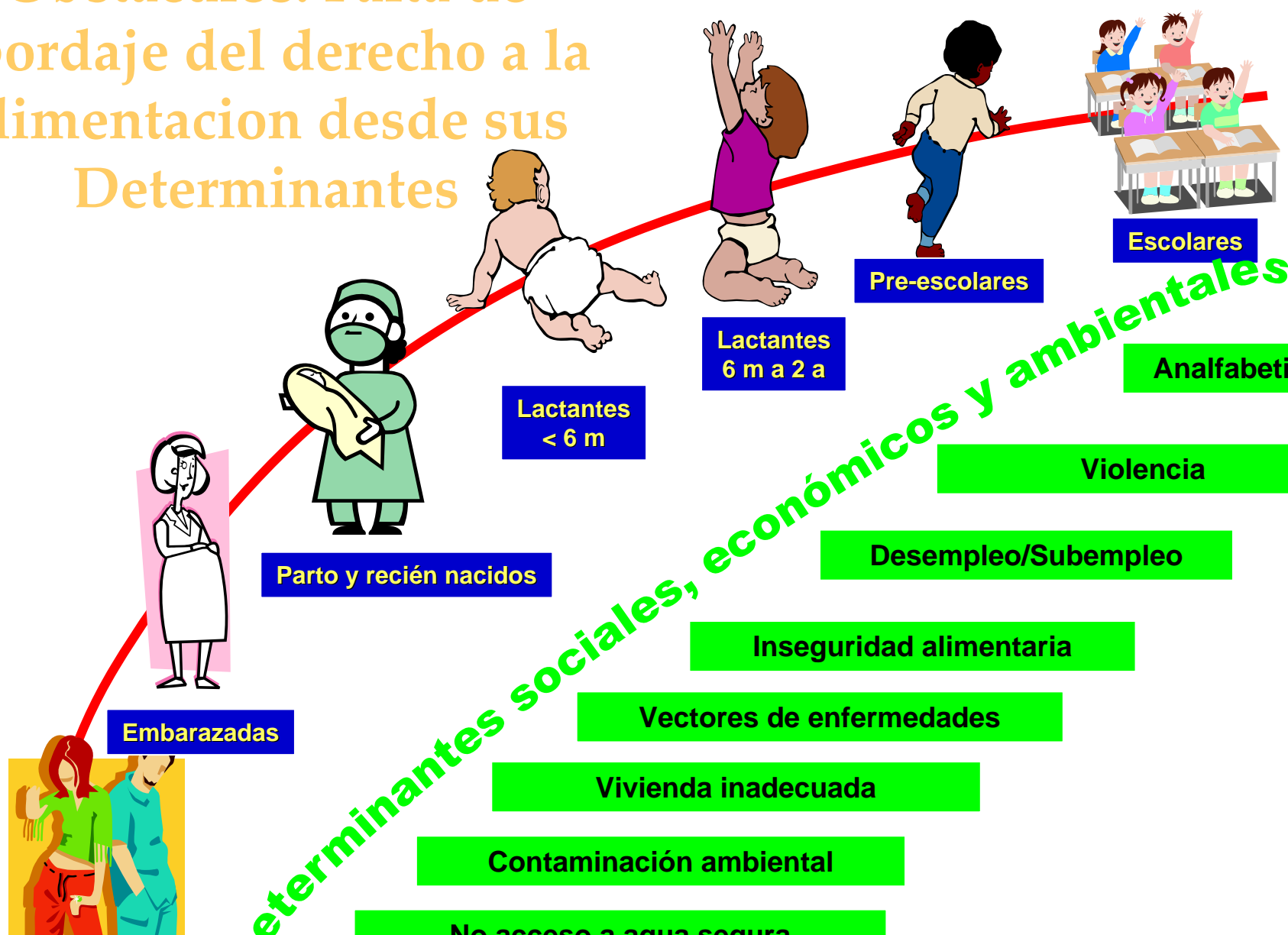
Jóvenes

- Salud Sexual y Reproductiva
- Suplementación hierro y folato
- Prevención de embarazo adolescente

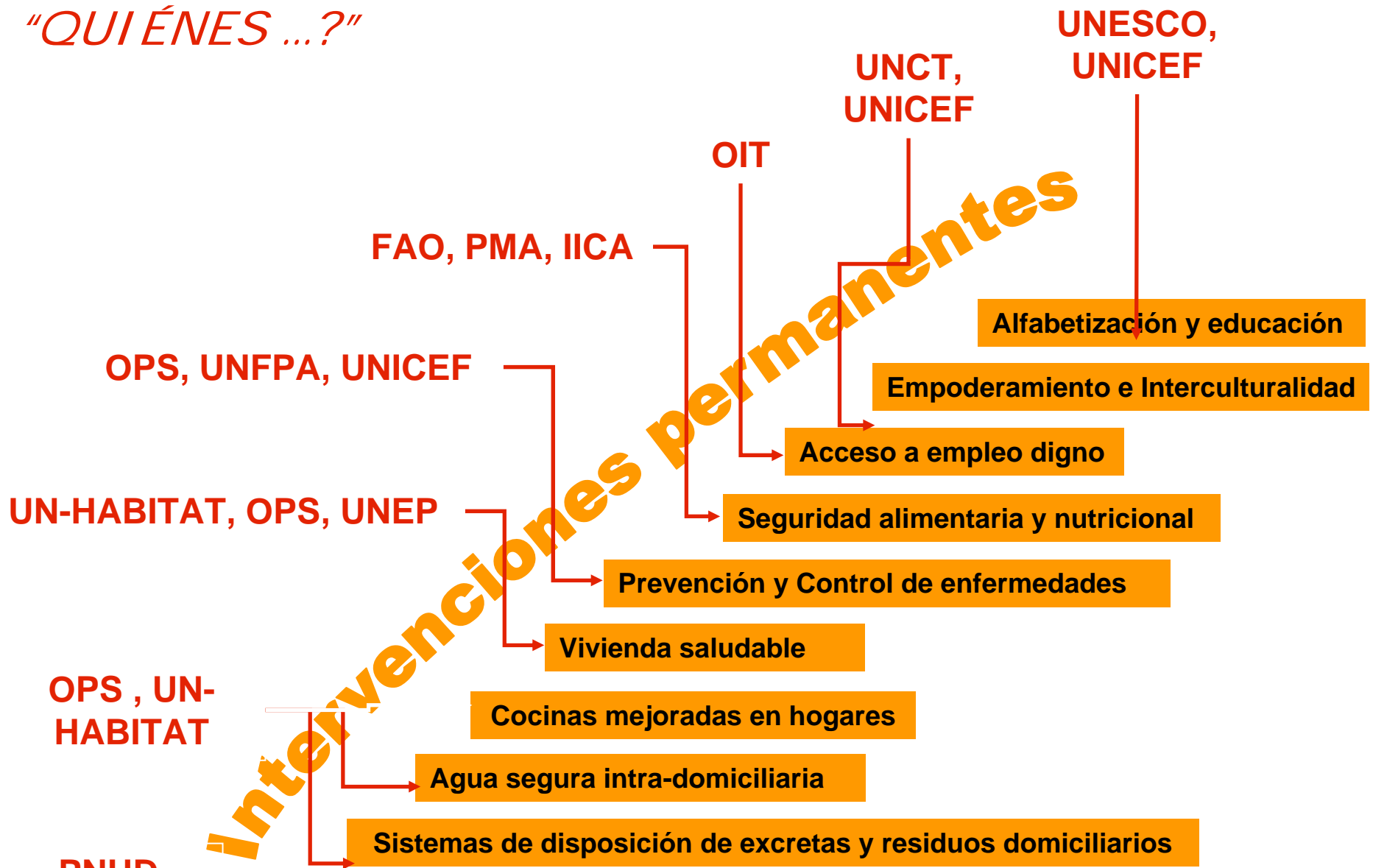
...ion, Equality, Protection
UMANITY



Obstaculos. Falta de abordaje del derecho a la alimentacion desde sus Determinantes



"QUIÉNES ...?"



Obstaculos: Falta de Abordaje de las Inequidades alimentarias en el continuo de atencion del Niño y de la madre: “Debemos actuar antes y despues del parto en especial en las adolescentes”



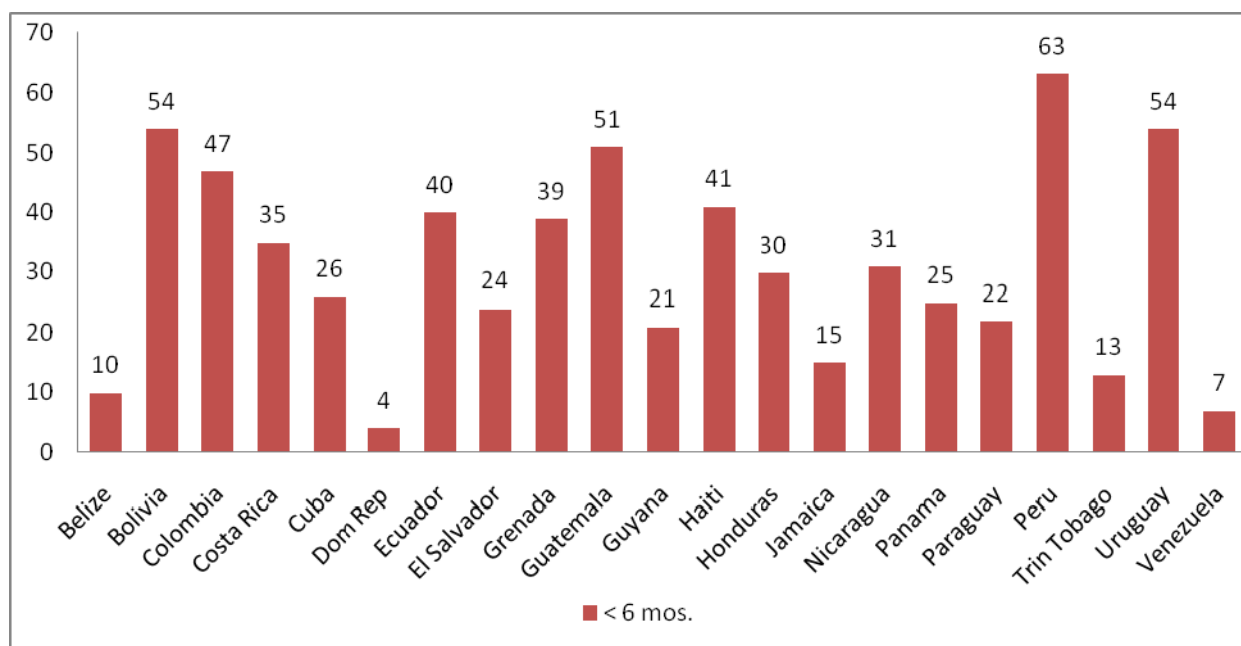
En lactancia materna



Derecho a la salud y nutricion en situacion de emergencias por ejemplo, inundaciones etc

codigo de comercializacion de sucedaneos de la leche materna.

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA LOS SEIS MESES DE EDAD POR PAISES DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE. UNICEF, Estado Mundial de la Infancia 2009



Baby Friendly Hospital Initiative
Alimentación complementaria >2y
Abordaje con corresponsabilidad social Estado -
Privado - Sociedad Civil

•**Immunizations:**

- Develop the GAVI Funds working Plan
- Design the UNICEF Strategy for the Introduction of new vaccines with PAHO
- Design the H and N and HIV Workshop: Health Services Strengthening September 2009

•**Neonatal Health:**

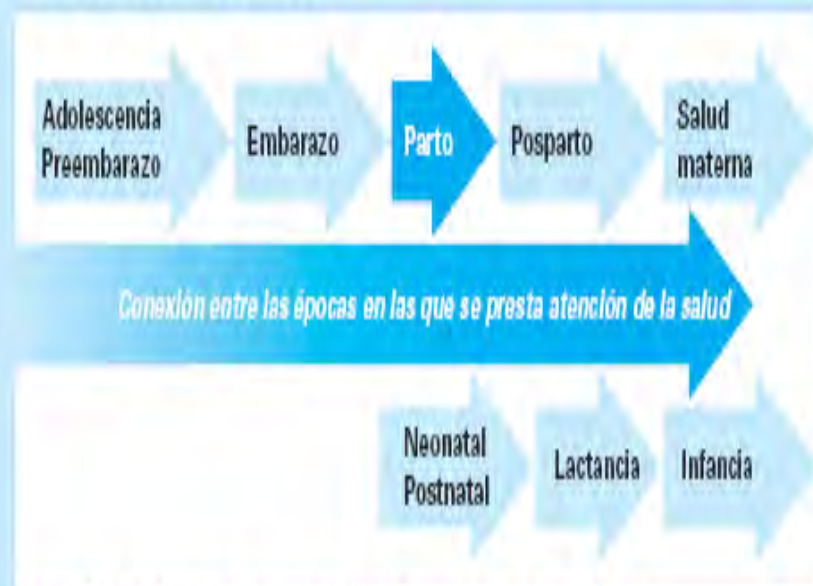
- Conduct the Neonatal Workshop in September 15 and 16
- Document the Neonatal Policies and Practices
- Develop the Mega cities study protocol with UNFPA and partners of the Alliance

•**Maternal Health:**

- Partner with UNFPA and ORAS for the developed of guidelines of pregnancy deliveries for Adolescent less than 15 years old.

Gráfico 1.18

Conectar la salud materna, neonatal e infantil con la atención continua



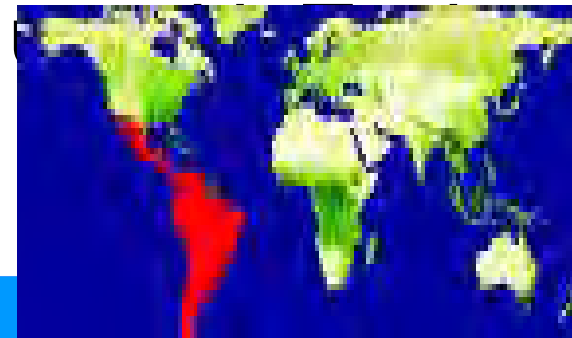
Fuente: Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, <www.who.int/pmnch/about/continuum_of_care/en/index.html>, consultado el 30 de septiembre de 2007.

- **Chronic Malnutrition:**
- Alliance for Nutrition and Developed presented in PAHO Executive Meeting September 29
- Food Crises Studies and Consultancies started with INCAP-FUNCAP, ORAS and UGW and TACRO Nutrition Survey Developed by Interns.
- Promote Neural Tube Defects Surveillance with Folic Acid FANCAP IDB, CDC
- Mass media campaigns on Breastfeeding, neonatal and maternal health and Infant Young Feeding launched
- Search a new Nutritionist as a consultant
- Emergency and Nutrition workshop conducted
- ECD nutrition component defined

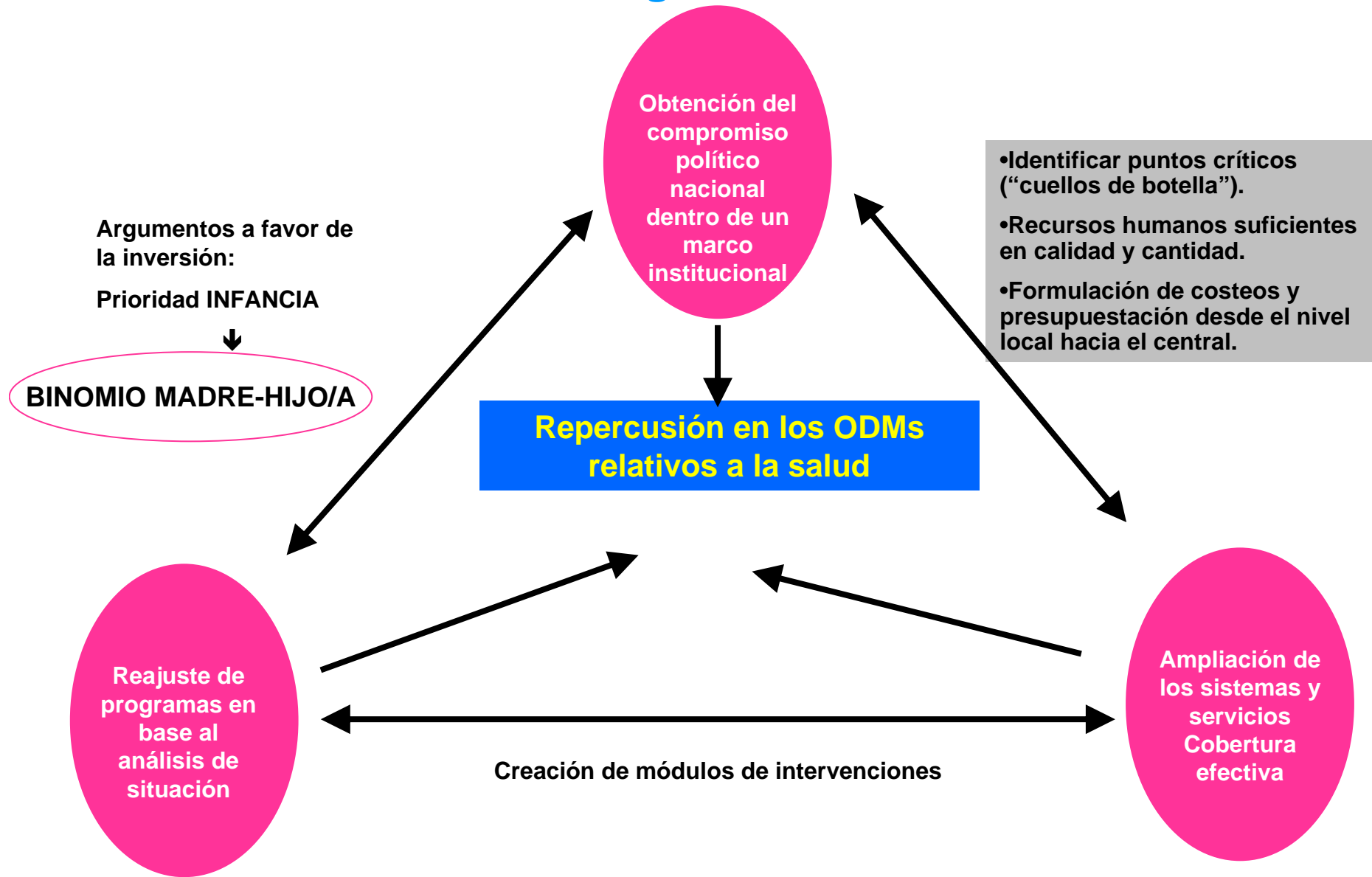


Enfermedades Tropicales Olvidadas y Agua y Saneamiento

- **Alianzas:** Proposal developed with CDC Sub regional Office in Guatemala.
- **Desparasitacion:** WASH Sanitation Proposals for Nutrition Security including deworming control, basic sanitation and safe water in excluded populations
- **H1N1** Proposals and follow



Estrategias de UNICEF



Fuente: “Joint Health and Nutrition Strategy for 2006-2015” UNICEF, NY, noviembre 2002, pág. 10.

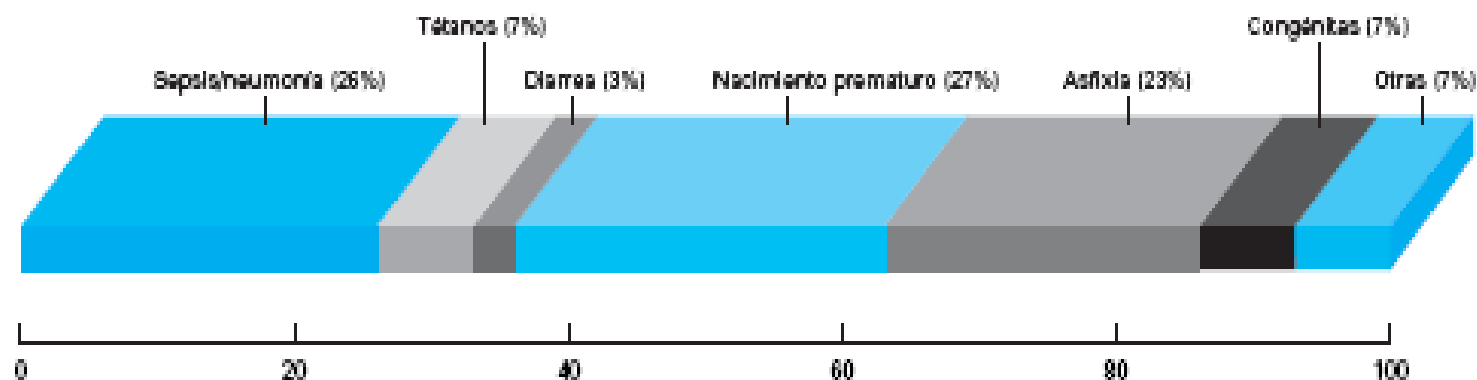
Conclusiones para reduccion de Inequidades en la perspectiva de derechos

- Lograr un **compromiso politico** para la supervivencia infantil y la igualdad en salud
- Fortalecer las **alianzas** a todos niveles
- **Estadisticas desagregadas** para identificar las lagunas
- **Innovacion tecnica** en atencion de la salud y comunicaciones
- Invertir en la **atencion primaria** de la salud y salvaguardia
- Crear un **entorno protector para la salud** de la madre y el hijo y la igualdad entre los generos
- Dar caracter prioritario a la **igualdad de la salud** de la madre y de los niños a escala regional

Gráfico 1.6

Causas directas de las muertes neonatales, 2000*

El bajo peso al nacer, que guarda relación con la desnutrición materna, es un factor causal en el 60–80% de las muertes neonatales.



*Los porcentajes podrían no sumar 100% debido al redondeo.

Fuente: Lawn, Joy E., Simon Cousens y Jelka Zupan, '4 million neonatal deaths: When? Where? Why?', *The Lancet*, vol. 365, núm. 9462, 5 de marzo 2005, pág. 895.