

PREVENCIÓN Y
ABORDAJE DE LOS
BEBÉS MORTINATOS
EN EL CONTINUO
DE LA ATENCIÓN :
UNA GUÍA GLOBAL PARA LA
ABOGACÍA E IMPLEMENTACIÓN

PREVENCIÓN Y ABORDAJE DE LOS **BEBÉS MORTINATOS** EN EL CONTINUO DE LA ATENCIÓN:

UNA GUÍA GLOBAL PARA LA
ABOGACÍA E IMPLEMENTACIÓN

Versión 1

MAYO DEL 2023



CITA SUGERIDA:

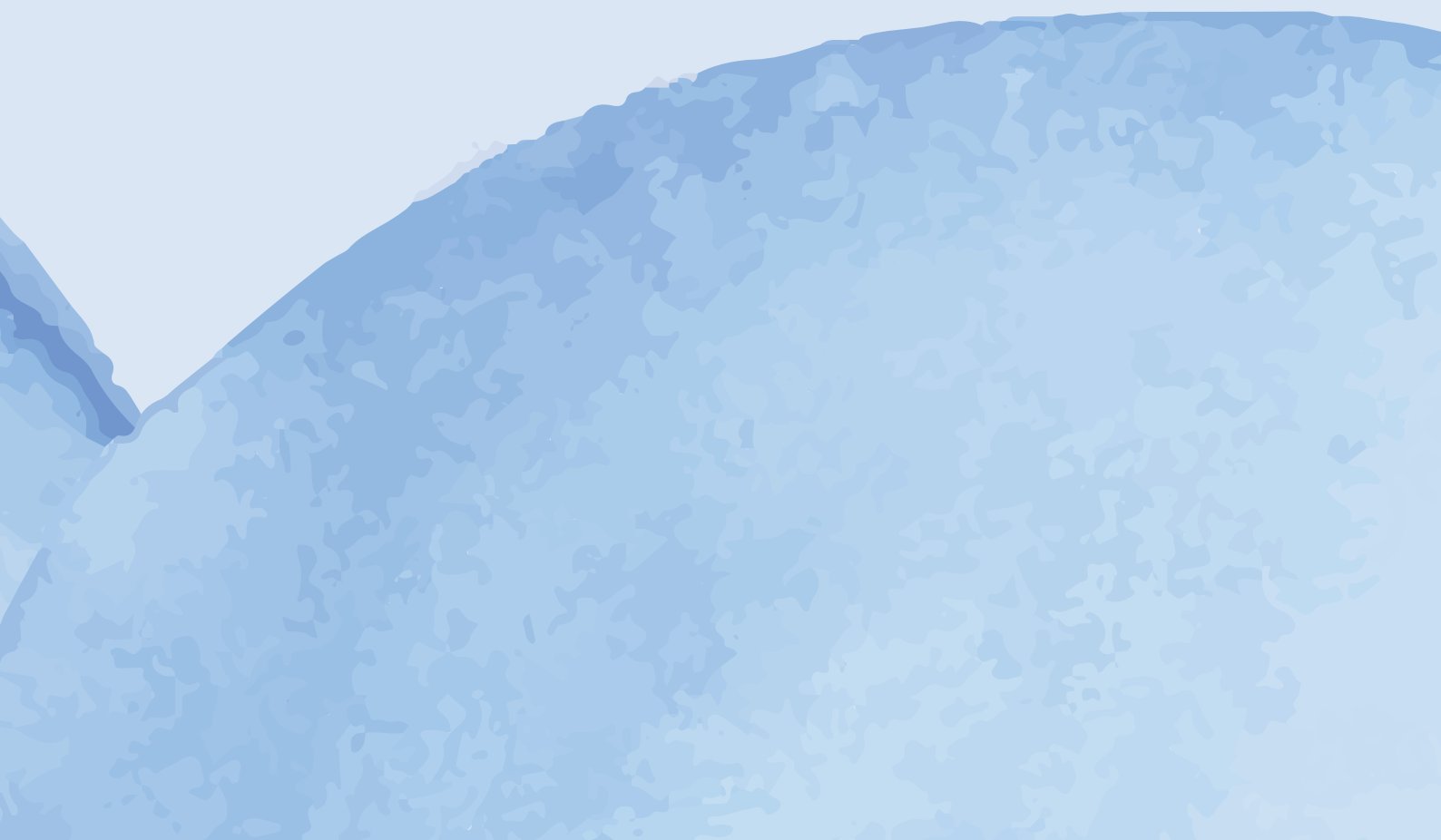
Prevención y abordaje de los bebés mortinatos en el continuo de la atención : una guía global para la abogacía e implementación. Versión 1. Nueva Jersey: international stillbirth alliance Stillbirth Advocacy Working Group; 2023..

CONTENIDO

LA VISIÓN	IV	4. ABOGACÍA	19
PREFACIO	V	Introducción a la defensa de los mortinatos	19
MENSAJE CONJUNTO DE LAS ORGANIZACIONES COLABORADORAS	VI	Fundamentos de abogacía	19
RECONOCIMIENTOS	VII	Guía para el desarrollo de una estrategia de abogacía	22
ABREVIATURAS	VIII	5. PROGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN A LO LARGO DE LA ATENCIÓN MÉDICA CONTINUA	32
CÓMO USAR ESTA GUÍA	IX	Acceso a la atención médica	32
1. CONTEXTO	1	Liderazgo	40
El impacto de la muerte fetal	1	Infraestructura, equipamiento y suministros	44
Factores de riesgo subyacentes asociados con la muerte fetal	6	Personal de salud	47
2. OPORTUNIDADES PARA SUPERAR LOS DESAFÍOS AL ABORDAR LOS MORTINATOS	8	6. INDICADORES DE PROGRESO	55
¿Cuáles son los desafíos?	8	¿Por dónde empezar?	55
Oportunidades a lo largo del continuo de la atención	11	Vigilancia de bebés mortinatos	56
3. LOS CUIDADOS DURANTE EL DUELO SON ESENCIALES	15	7. ALCANZAR EL OBJETIVO	61
¿Cuáles son los cuidados y el apoyo de un duelo respetuoso?	15	Acciones requeridas a nivel nacional	61
		Factibilidad de progreso	66
		8. REFERENCIAS	68
		9. ANEXOS	74

LA VISIÓN

Vislumbramos un mundo sin muertes gestacionales evitables, con atención humanizada de alta calidad y culturalmente apropiada a las familias y los profesionales de la salud que se enfrentan a una muerte fetal.



PREFACIO



El impacto de una muerte fetal puede ser devastador en las madres, padres, familias y los trabajadores de la salud que participaron en su atención. El dolor resultante puede ser tan intenso como el que surge de la pérdida de cualquier hijo. Sin embargo, la falta de reconocimiento y la escasa relevancia atribuida a su nacimiento y los embarazos que resultaron en una muerte gestacional, combinados con el estigma, la culpa y el silencio, continúan limitando la aceptación y legitimación de estas trágicas experiencias en todo el mundo.

La mala calidad de la atención prestada durante el embarazo, el parto y el nacimiento afectan a la prevención de la muerte fetal. La visión compartida de International Stillbirth Alliance y de nuestros miembros es mejorar el acceso a servicios de salud de calidad durante la atención continua de madres y sus recién nacidos. Esto incluye el apoyo a las madres, los padres y los miembros de la familia, así como a las personas que los cuidan, a través de una variedad de estrategias de salud y comunitarias.

Como muchas personas de las que contribuimos a este prólogo ya hemos experimentado el dolor resultante de la muerte de un bebé, nos gustaría dar la bienvenida a esta guía y extender nuestro agradecimiento a la Fundación Bill & Melinda Gates por el financiamiento integral otorgado, así como a los autores y colaboradoras que han dedicado su tiempo y experiencia para hacer posible el desarrollo de esta guía.

Las voces, experiencias e imágenes de las muchas familias en duelo que colaboraron en cada paso del camino para coproducir un documento singular son de suma importancia para esta guía. A estas familias y a sus bebés, también les extendemos nuestra más profunda gratitud y aprecio.

Esperamos que esta guía sea leída y utilizada por todas las personas que trabajan para que la prevención y el cuidado de los bebés mortinatos se integren en los programas y políticas nacionales, subnacionales y de los centros de salud — porque cada embarazo y cada bebé cuenta. Al adoptar un enfoque holístico y colaborativo para el desarrollo y la implementación de políticas públicas, que incluyan las voces de familias en duelo, es posible garantizar que todas las mujeres y los bebés tengan acceso a la atención segura, respetuosa y de calidad que merecen durante el continuo de su atención.

Claire Storey, Directora de Duelo, Comunidad y Portavoz de mamás y papás, en nombre de la Junta de International Stillbirth Alliance

Marti Perhach, CEO y cofundadora del Group B Strep International

Grace Mwashigadi, Coordinadora de Investigación, Universidad Aga Khan, Kenia

MENSAJE CONJUNTA DE LAS ORGANIZACIONES COLABORADORAS

Cada día, más de 5,000 bebés mueren antes de su nacimiento, lo que afecta a casi 2 millones de familias cada año. Dos de cada cinco de estas muertes ocurren durante el trabajo de parto, y la mayoría de los casos se pueden prevenir con atención obstétrica de alta calidad.

Aunque se han logrado algunos avances en la reducción de la tasa mundial de mortinatalidad, todavía existen disparidades significativas entre regiones y al interior de los distintos países, de modo que las poblaciones más vulnerables siguen experimentando desigualdades a nivel mundial. Proporcionar atención y asistencia oportunas puede mitigar los impactos conocidos de los casos de muerte fetal en mujeres, familias, comunidades y trabajadores de la salud. Sin embargo, la disponibilidad de dicha asistencia es escasa y se ha avanzado poco para llenar las brechas de acceso a la salud. El progreso ha sido lento, a pesar de los llamados a la acción previos.

Podemos y debemos hacerlo mejor.

En su último informe, Jamás Olvidados: La Situación de Mortinatos alrededor del Mundo, el Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas

para la Estimación de la Mortalidad Infantil describe la grave situación de los mortinatos en todo el mundo. El informe señala que, para impulsar cambios en la prevención de bebés mortinatos, debe haber políticas sólidas e inversiones específicas durante la atención continua.

En nombre del equipo de voluntarios que representan a los distintos organismos de las Naciones Unidas, donantes, académicos, asociaciones profesionales, directores de instituciones de salud, administradores, personal de salud, organizaciones de la sociedad de madres y padres, entre otros, que han estado trabajando en esta guía global para la implementación y abogacía esperamos apoyar y capacitar al lector para usar esta información e inspirar el cambio necesario para prevenir la muerte intrauterina prevenible, así como garantizar una atención respetuosa y humana para todas las mujeres y sus familias después de una muerte fetal. Al actuar como una comunidad global de defensores, podremos garantizar una atención respetuosa y de calidad para los recién nacidos de manera continua, convirtiendo la visión de esta guía en realidad.

Esperamos que tú también te unas a nosotros.



AGRADECIMIENTOS

Grupo técnico

Hannah Blencowe, Susannah Hopkins Leisher, Joolan Saroor, Theresa Shaver, Claire Storey e Aleena Wojcieszek.

Autora principal

Aleena Wojcieszek

Portavoz de mamás y papás

Claire Storey

Equipo de redacción

Bethany Atkins, Hannah Blencowe, Aliko Christou, Alka Dev, Asheber Gaym, Alexander Heazell, Caroline Homer, Susannah Hopkins Leisher, Lucia Hug, Olga Joos, Lennie Kamwendo, Mary Kinney, Tomomi Kitamura, Rebecca Levine, Margaret Murphy, Anne Rerimoi, Francesca Sadler, Theresa Shaver y Aleena Wojcieszek.

Colaboradores del equipo de redacción

Neelam Aggarwal, Elena Ateva, Sarah Bar-Zeev, Amy Boldosser-Boesch, Kel Currah, Rakhi Dandona, Alka Dev, Vicki Flenady, Mandy Forrester, Anna Gruending, Gagan Gupta, Tsakane Hlongwane, Bo Jacobsson, Salome Maswime, Lori McDougall, Allisyn Moran, Margaret Murphy, Lyudmila Nepomnyashchii, Inês Nunes, Monica Oguttu, Robert Pattinson, Emma Sacks, Joolan Saroor, Bharti Sharma, Sue Steen, Claire Storey, Marleen Temmerman y Petra ten Hoop-Bender.

Estudio de casos

Mohamed Afifi, Neelam Aggarwal, Mamadou Berthé, Billie Bradford, Vicki Flenady, Mandy Forrester, Karima Gholbzouri, Clea Harmer, Marc Harder, Tsakane Hlongwane, Kristi Izod, Diana Jepkosgei, Wanjiru Kihusa, Tomomi Kitamura, Farzana Maruf, Monica Oguttu, Marti Perhach, Neena Raina, Bharti Sharma, Khalid Siddeeg, Ilana Siegal, Modibo Soumaré, Sue Steen y Lorena Suárez-Idueta.

Comité Asesor

Caroline Homer (Burnet Institute); Carole Kenner (Consejo Internacional de Enfermeros Neonatal; Consejo Internacional de Enfermeros); Bo Jacobsson, Cornélie Martin, Wanda Nicholson, Inês Nunes y Monica Oguttu (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia); Mandy Forrester (Confederación Internacional de Matronas); Fitsum

Belay y Anne Rerimoi (Asociación Internacional de Pediatría); Paula Quigley (International Stillbirth Alliance); Lori McDougall (Alianza para la salud materna, del recién nacido e infantil); Gagan Gupta, Tedbabe Degefe Hailegebriel, Lucia Hug, Tomomi Kitamura y Danzhen You (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]); Sarah Bar-Zeev y Petra ten Hoop-Bender (Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA]); Chandani Anoma Jayathilaka, Allisyn Moran y Neena Raina (Organización Mundial de la Salud [OMS]); Lennie Kamwendo (White Ribbon Alliance); y Mary Ellen Stanton (consultora).

Apoyo y contribuciones técnicas

El UNFPA ofreció apoyo para webinarios de consulta. Estamos particularmente agradecidos con Danielle Okoro por la administración y el soporte técnico con respecto a los webinarios. También agradecemos a UNICEF, Stacey Fletcher (fotógrafa de cuidados al duelo) y White Ribbon Alliance por su apoyo en la obtención de las imágenes utilizadas en esta guía.

Edición y maquetación

Agradecemos a Scriptoria la edición y a REC Design el diseño y maquetación de esta guía.

Apoyo financiero

La Fundación Bill & Melinda Gates ha proporcionado fondos integrales para el desarrollo de esta guía. UNFPA proporcionó financiación y apoyo para el diseño y la maquetación.

Coordinación de la traducción al portugués y al español

Heloisa de Oliveira Salgado

Revisión de la traducción al español

Lorena Suarez Idueta

Equipo responsable de la traducción al español

Bianca Damacena y Laila Compan

Revisión

Lorena Suarez Idueta

Diagramación

Vanessa Lima

ACRÓNIMOS

CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CRVS	Civil Registration and Vital Statistics (Registro civil y estadísticas vitales)
EmOC	Emergency Obstetric Care (Atención obstétrica de emergencia)
EmONC	Emergency Obstetric and Newborn Care (Atención obstétrica y neonatal de emergencia)
ENAP	Every Newborn Action Plan (Plan de acción para todos los recién nacidos)
EPMM	Ending Preventable Maternal Mortality (Eliminando la muerte materna prevenible)
HIC	High-income country (País de ingresos altos)
ICM	International Confederation of Midwives (Confederación Internacional de Matronas)
IMPROVE	Improving Perinatal Mortality Review and Outcomes Via Education (Mejora de los análisis y resultados de la mortalidad perinatal a través de la educación continua)
ISA	International Stillbirth Alliance (Alianza internacional para la concientización de la mortinatalidad)
ISA-SAWG	International Stillbirth Alliance Stillbirth Advocacy Working Group (Grupo de trabajo para la abogacía (o defensa) de los bebés mortinatos)

LMIC	Low-and middle-income country (País de bajos y medianos ingresos)
MOH	Ministry of Health (Ministerio de Salud)
MPDSR	Maternal and perinatal death surveillance and response (Vigilancia y respuesta ante la muerte materna y perinatal)
NBCP	Organización Mundial de la Salud
OMS	National Bereavement Care Pathway (Política pública nacional de Reino Unido para abordaje al duelo)
PMNCH	Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (Alianza para la salud materna, del recién nacido e infantil)
VPI	Parent Voices Initiative (Iniciativa portavoz de madres y padres)
RMNCAH	Reproductive maternal, newborn, child and adolescent health (Salud reproductiva materna, neonatal, infantil y del adolescente)
UN-IGME	United Nations Population Fund (Fondo de Población de las Naciones Unidas)
UNFPA	Reproductive maternal, newborn, child and adolescent health (Salud reproductiva materna, neonatal, infantil y del adolescente)
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia)

CÓMO USAR ESTA GUÍA



Objetivo de la guía

Esta guía tiene como objetivo proporcionar recursos técnicos y orientación práctica para la abogacía y la planificación de programas a nivel nacional y subnacional enfocados a la prevención y atención de la muerte fetal. La guía no presenta información inédita, sino que reúne los recursos existentes, las pautas globales y las herramientas de acción en un solo lugar, con el fin de informar la planificación, el financiamiento y los programas de acción destinados a eliminar la muerte intrauterina prevenible y mejorar la atención ofrecida a mujeres y familias que experimentan una muerte fetal. Durante el proceso, destacamos las brechas existentes.



Público objetivo

El público objetivo de esta guía incluye:

- Gobiernos e instituciones clave del nivel nacional y subnacional, que incluyen a los ministerios de salud, autoridades del registro civil y las oficinas de estadística.
- Organizaciones de la sociedad civil que incluyen al personal médico, de obstetricia, enfermería y organismos afines.
- Personal de salud que trabaja en la dirección, gestión y administración de hospitales y unidades de salud.

Además, también se espera que esta guía sea útil para madres y padres, organizaciones de madres y padres, líderes comunitarios, profesionales de la práctica privada y todos los que abogan por que la prevención de la muerte fetal y la atención respetuosa y humana para las personas que experimentan la muerte intrauterina se integren en la atención continua de la salud materno infantil.



Definición de personajes clave

A veces, el contenido de esta guía está dirigido a personajes clave de los distintos niveles de organización. Se utilizaron las siguientes definiciones:

- **Elaboradores de políticas públicas:** Personas que trabajan en ministerios o agencias de las Naciones Unidas en el país que toman decisiones o influyen directamente en la elaboración de políticas públicas.
- **Ejecutores de políticas públicas:** Personas que trabajan en ministerios o agencias de las Naciones Unidas en el país, pero no crean ni influyen directamente en las directrices de las políticas públicas.
- **Personal comunitario:** Personas que no trabajan en ministerios o agencias de las Naciones Unidas, sino a nivel comunitario (ciudades, territorios, barrios y unidades de salud).



Recursos incluidos

En esta guía se han incluido enlaces a pautas globales, herramientas de acción, iniciativas clave, recursos de capacitación, fuentes de información y publicaciones sobre mortinatos y atención materno infantil en el continuo de la atención. También se incluyeron estudios de caso de una amplia gama de contextos geográficos para ilustrar algunos ejemplos de lo que se puede lograr.

Algunas características específicas de la guía se organizaron a través de un sistema codificado por colores:

- **Cajas azules:** reflexiones, definiciones de términos y datos importantes y sus respectivas fuentes (estos últimos presentados como “Datos destacados”).
- **Cajas lila:** estudios de caso, generalmente presentados como “Compartiendo lo que funciona”.
- **Cajas verdes:** enlaces de materiales, presentados como “Fuentes”.
- **Cajas azul claro:** enlaces a informaciones adicionales, presentados como “Más información”.
- **Cajas naranjas:** contenido específico para el cuidado del duelo.



Navegación por el documento

Esta guía incluye hipervínculos a fuentes externas en la web, así como hipervínculos internos a secciones específicas de la propia guía. Para volver a la sección de la guía en la que se encontraba después de usar un hipervínculo interno, presione

ALT + flecha a la izquierda (PC) o **Command + flecha a la izquierda** (MAC) en el teclado.



Retroalimentación y actualizaciones

Cualquier comentario o sugerencia de recursos adicionales para ser incluidos en futuras ediciones de éste documento, serán muy bienvenidos.

Para hacerlo, comuníquese con el **International Stillbirth Alliance Stillbirth Advocacy Working Group (ISA-SAWG)** a través del correo electrónico: sawg@stillbirthalliance.org.



1.CONTEXTO

El impacto de un bebé mortinato

Tasas de muerte fetal

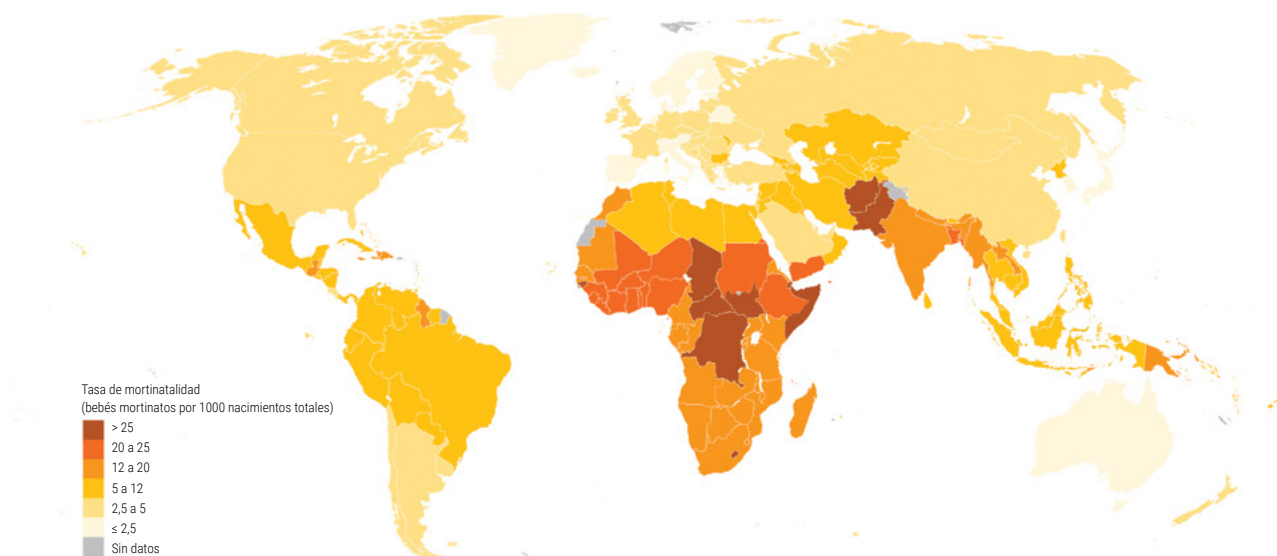
El mortinato, el bebé que muere en las últimas etapas del embarazo o durante el parto, es un resultado devastador del embarazo. En todo el mundo, se produce una muerte fetal cada 17 segundos, lo que equivale a aproximadamente 1.9 millones de bebés mortinatos solo en el 2021. Son bebés cuyas familias esperaban que nacieran vivos. Más de tres cuartas partes del total de mortinatos ocurren en África subsahariana y Asia meridional ([Figura 1.1](#)). Los países de ingresos bajos y medianos concentran el 89% de todos los mortinatos y solo el 71% de todos los nacidos

vivos. El 45% de los mortinatos mueren después del inicio del trabajo de parto. Muchas de estas muertes ocurren en bebés nacidos a término y se evitarían mediante el acceso equitativo a la atención de alta calidad durante el embarazo y el parto ([1](#)). En las últimas dos décadas, los avances en la reducción de las tasas de muerte fetal no han seguido el ritmo de los logros obtenidos para salvar la vida de las madres y sus recién nacidos en los primeros 28 días de vida. Entre 2000 y 2021, la tasa global de muertes fetales disminuyó solo un 2% anual, en comparación con una reducción del 2.7% en la mortalidad neonatal (muertes ocurridas en el primer mes después del nacimiento) y del 3.9% en la mortalidad de niñas y niños entre 1 y 59 meses de edad ([1](#)). Mientras tanto, entre 2000 y 2020, la razón de mortalidad materna (MMR) disminuyó un 2,1% anual a nivel mundial ([2](#)).

© UNICEF/UNI73176/Holtz

Nadège Ndi Rose, de 20 años, en trabajo de parto en la sala de maternidad del Hospital Saint Luc, un hospital privado de la ciudad de Mbalmayo (Camerún). Dos profesionales de la salud la están cuidando. Nadège Ndi Rose dará a luz a su quinto bebé prematuro y mortinato. Ella nunca tuvo una consulta prenatal.



FIGURA 1.1: TASAS DE MUERTE FETAL POR PAÍS (2021)

Fuente: [Jamás olvidados: la situación de los bebés nacidos muertos en todo el mundo](#). Informe del Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil, 2022. Nota: El mapa no refleja la postura de UNICEF, ni de ninguna organización que colabora en esta guía, sobre el estado legal de ningún país o territorio o la delimitación de ninguna frontera. Las últimas cifras sobre tasas nacionales de mortalidad de 195 países están disponibles en www.childmortality.org.



Una nota sobre terminología de género

Esta guía reconoce la diversidad de género entre personas gestantes y en trabajo de parto. Dicho esto, los términos “mujer” y “madre” se emplearon a lo largo del documento de forma práctica. Esta guía tiene como objetivo incluir a todas las personas gestantes y que dan a luz, aunque algunas pueden no identificarse como mujer o madre (3).

El nacimiento de bebés fallecidos es un problema de salud global cada vez más grave. En 2000, los mortinatos representaron el 23% de todas las muertes de niños menores de 5 años. En 2021, este número aumentó al 27% (1). En África subsahariana, el número estimado de mortinatos aumentó de 765,000 en 2000 a 847,000 en 2021, ya que el aumento en el número total de nacimientos superó la reducción en la tasa de bebés mortinatos en la región (1). En algunos países de ingresos altos, hay más mortalidad que muertes neonatales, y el número de muertes fetales supera incluso el de muertes infantiles (ocurridas en niñas y niños entre 1 y 12 meses de edad).

En 2014, 194 Estados Miembros aprobaron el [Plan de Acción para Todos los Recién Nacidos](#) (ENAP, por sus siglas en inglés) (4) durante la 67ª Asamblea Mundial de la Salud. ENAP ha establecido un objetivo para que todos los países tengan 12 o menos muertes fetales por cada 1,000 nacimientos hacia 2030. Para lograr este objetivo, más de 45 países deben avanzar más del doble su progreso actual (1). ENAP también tuvo como objetivo eliminar las brechas de inequidad, es decir, las diferencias en las tasas de bebés mortinatos entre los grupos más vulnerables. Sin embargo, pocos países, incluso aquellos con baja mortalidad general, han progresado en el uso de datos y acciones específicas para cerrar estas brechas.

Impacto emocional y psicológico

La experiencia de tener un bebé mortinato es un evento que puede cambiar la vida de madres, padres y familias debido a impactos psicológicos, psicosociales y emocionales complejos (5). Para ellos, la pérdida inesperada de un bebé, así como el cuidado experimentado después de esta pérdida, afecta la forma en que lidian con la vida y la muerte, así como su autoestima e identidad (6).



Nadie te dice que te sentirás completamente perdida. Que perderás tu vida, tu identidad, tus intereses, tus relaciones -se siente como si lo estuvieras descubriendo todo por primera vez.” – Alex, madre del hijo mortinato Robin

Fuente: whatsyourgrief.com/loss-of-identity-after-stillbirth

Aunque el impacto en la salud mental de las personas que experimentan una muerte fetal varía, las emociones incluyen recordar el nacimiento, choque, culpa, una profunda necesidad de comprender la causa de la muerte, pensamientos irracionales y aterradores (7). Varios estudios demuestran que, este impacto parece ser más frecuente e intenso en los primeros meses después de la muerte, sin embargo, existen secuelas emocionales y psicológicas complejas y prolongadas entre las mujeres y sus parejas. Estas secuelas incluyen una mayor morbilidad psicológica en embarazos posteriores y un mayor riesgo de trastornos mentales graves (8).



La pérdida de mi bebé cambió muchas cosas en mí. Decirle a la gente era tan vergonzoso. La gente [dijo] que era mi culpa que el bebé falleciera, y comencé a culparme a mí misma también, diciéndome a mí misma que no había sido lo suficientemente cuidadosa. Me iba a casa [del trabajo] todos los días llorando.” – Oyele, Nigeria

Fuente: blogs.unicef.org/evidence-for-action/shrouded-in-silence-the-untold-story-of-stillbirths

La evidencia muestra que las consecuencias emocionales de tener un bebé mortinato a menudo están significativamente influenciadas por las normas y contextos sociales y culturales. En algunas culturas, las mujeres son responsables de las muertes gestacionales, lo que resulta en humillación pública y discriminación futura. En otros contextos, los mortinatos no se reconocen del todo o se consideran muertes menos significativas, lo que puede afectar considerablemente la capacidad de un individuo para vivir el proceso de duelo (9, 10). Diversos estudios han descrito que el ambiente dinámico y alegre de las salas de maternidad son lugares extremadamente dolorosos para los padres y las familias que han tenido un bebé mortinato, y los intentos bien intencionados de los profesionales de la salud para proporcionar comodidad a menudo tienen el efecto contrario (11).

Aunque nada pueda prevenir el dolor y el duelo de tener un bebé mortinato, la disponibilidad de atención y apoyo psicosocial, culturalmente apropiado y centrado en la persona puede ayudar a reducir la severidad, la magnitud y la duración de la carga psicológica y emocional en las mujeres y sus familias.



Crystal y LP Nielsen se despidieron de su hija Aleia Nielsen después de su funeral el 8 de julio de 2020.

Aleia es su única hija.

Fuente: Stacey Fletcher

¿Qué entendemos por cuidados culturalmente apropiados?

Esta guía define la atención culturalmente apropiada como aquella que está basada en un trato respetuoso y alineado con las creencias y normas culturales de la mujer, al mismo tiempo, que se adhiere a las normas aceptadas a nivel mundial sobre derechos humanos y atención materna respetuosa, como la [Declaración Internacional de Derechos Humanos](#) y la [Carta de Atención Materna Respetuosa](#).

Costo Financiero y Social

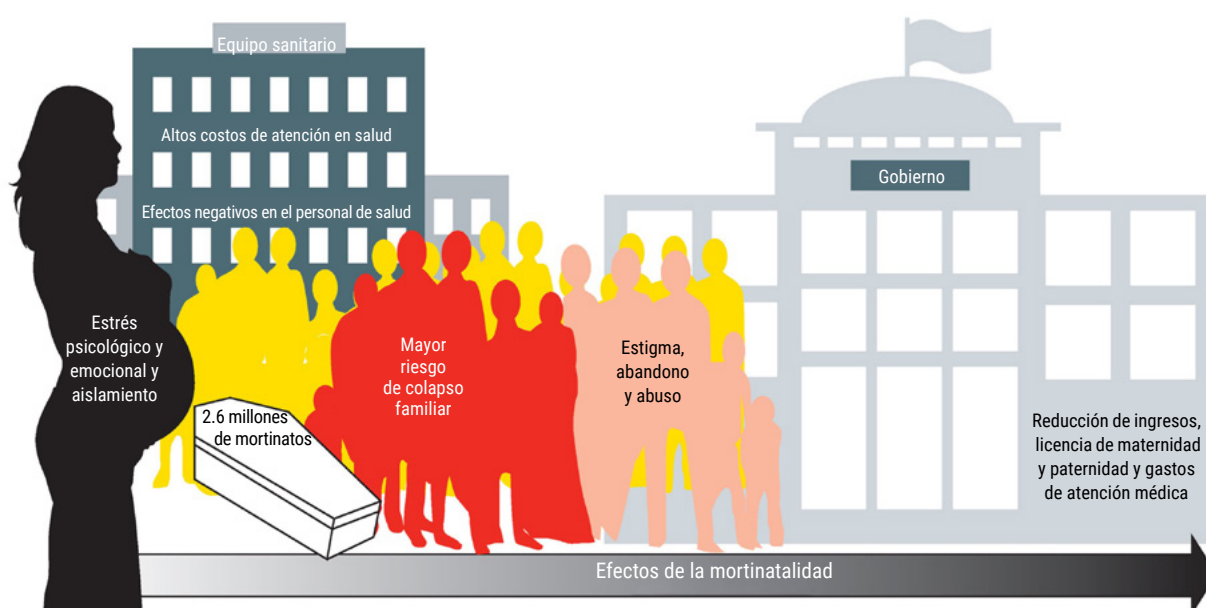
Estimar el costo económico y social de la muerte intrauterina es un desafío, pero es necesario para comprender la relación costo-beneficio de las intervenciones preventivas y enfocadas a mejorar la atención ofrecida a las mujeres y sus familias después de la pérdida de un bebé.

Las pérdidas atribuidas a la muerte intrauterina pueden ser difíciles de estimar porque incluyen

costos tanto directos (el costo financiero de usar los servicios de salud cuando muere un bebé), como indirectos (debidos a la pérdida de productividad o recursos humanos) e intangibles (los costos no monetarios que reflejan en gran medida el impacto emocional de la muerte) (12). La [Figura 1.2](#) muestra el impacto de una muerte intrauterina, incluidos los costos directos, indirectos e intangibles asociados con el bebé, la madre, la familia, los servicios de salud, la sociedad y los gobiernos.

En 2018, Campbell y colaboradores estimaron el costo directo promedio por mortinato en 802 libras esterlinas. Corregido a los valores de 2022, y convertido a dólares estadounidenses para la comparación internacional, este valor corresponde a aproximadamente 1,000 dólares por mortinato (13). El costo directo de la ansiedad y la depresión de los padres fue de aproximadamente 820 dólares por mortinato (10). Los costos de la atención en embarazos posteriores variaron según la causa de la muerte, siendo más altos para casos inexplicables: aproximadamente 5,500 dólares por caso (14). Adicionalmente, el impacto negativo en el equipo médico se estimó en 900 dólares por caso (13).

FIGURA 1.2: EFECTO DE LA MUERTE DEL BEBÉ MORTINATO EN LA MADRE, LA FAMILIA, LOS SERVICIOS DE SALUD, LA SOCIEDAD Y EL GOBIERNO



Fuente: Reimpreso de The Lancet, Vol. 387, Heazell, Siassakos, Blencowe, et al., Stillbirth: economic and psychosocial consequences, páginas 604–616, Copyright (2016), con el permiso de Elsevier. Nota. 2.6 millones de bebés mortinatos al año corresponden a la estimación al momento de la publicación de la figura (2016); la estimación para el 2021 es de 1.9 millón de bebés mortinatos.

Una revisión sistemática agrupó los costos intangibles asociados a la mortalidad fetal en ocho temas: duelo profundo, depresión, aislamiento social, problemas de relación de pareja, problemas con los hermanos, regreso a la normalidad, necesidad de apoyo y acontecimiento que cambia la vida (12). Estos costos intangibles son experimentados por las madres, los padres/parejas, los hermanos, los abuelos y otros miembros de la familia. Pueden ser mucho mayores que los costos directos e indirectos y dar lugar a gastos financieros adicionales, que normalmente son cubiertos únicamente por los padres.

Pocos países conceden permisos de maternidad o paternidad tras la muerte de un bebé, lo que conlleva una pérdida de ingresos o presentismo (estar presente en el trabajo, pero con una productividad reducida) (10). Teniendo en cuenta el impacto de la muerte gestacional, la inversión necesaria para desarrollar intervenciones que salven la vida de los bebés se reduce a 2,143 dólares estadounidenses por vida salvada, que es menor en comparación con los 3,994 dólares que se necesitan al considerar las muertes neonatales de forma aislada (10). La comprensión de todos estos aspectos de la carga de la mortalidad fetal pone de manifiesto el elevado costo económico de la muerte gestacional, que recae sobre los gobiernos y las sociedades.

Impacto en los profesionales sanitarios

El personal de salud corre el riesgo de desarrollar agotamiento profesional debido al impacto psicológico de trabajar en situaciones estresantes, como la atención a mujeres que dan a luz a bebés mortinatos (15). Para los profesionales de la salud, el impacto negativo posterior a la atención brindada a las familias tras la muerte de un bebé incluye angustia personal, sentimientos de sobrecarga, intento de «mantener la compostura», dificultad para concentrarse y dificultad para volver al trabajo tras el evento (16-20). Los profesionales sanitarios

que atienden partos complicados, incluidos los de bebés nacidos muertos, también han manifestado síntomas de trastorno por estrés postraumático (21). Un estudio realizado en Kenia y Uganda mostró que la tristeza, la frustración, la culpa y la vergüenza eran sentimientos comunes, y que los profesionales sanitarios mostraban culpa, miedo y comportamientos negativos, como transferir a otras personas la responsabilidad de comunicarse con las familias (22). Otro estudio realizado en Papúa Nueva Guinea mostró que los profesionales sanitarios que atendían partos de bebés nacidos muertos se sentían en riesgo de sufrir violencia física por parte de los familiares (23).



Cada vez que atiendo a una mujer que ha tenido un mortinato, es devastador para la mujer y su familia, pero también para mí como cuidadora. Tengo que lidiar con mi propio dolor y el de la mujer y su familia y, sin embargo, culturalmente, no es aceptable lamentarse en público, ya que la sociedad no considera al feto como un ser humano...” – Partera de Malawi

Fuente: Homer, Malata, ten Hoope-Bender (2016) (24)

Sin embargo, hay pruebas de algunos efectos positivos, especialmente cuando los profesionales sanitarios sienten que pueden ofrecer un apoyo de calidad en el duelo. Cuidar de las familias puede ser gratificante cuando los profesionales sanitarios son capaces de conectar con ellas, ofrecerles oportunidades para crear recuerdos especiales, escuchar —y compartir— el duelo y marcar una diferencia positiva (25).

© UNICEF/UNI59991/Nesbitt

Una mujer desempaca ropa y mantas de bebé en Lusaka (Zambia).
Acaba de regresar a casa tras la muerte de su bebé. Ella cree
que nació muerto debido a complicaciones relacionadas con su
diabetes y su seropositividad al VIH.



Factores de riesgo subyacentes asociados a la mortalidad fetal

Los factores de riesgo son condiciones o características que aumentan el riesgo o la probabilidad de que una persona desarrolle una enfermedad o una afección de salud adversa, como el nacimiento de un bebé sin vida. Estos factores pueden actuar de forma directa o indirecta, aumentando el riesgo de otras causas más directas de muerte. Por ejemplo, la infección es un factor de riesgo que puede causar directamente la muerte, mientras que la falta de profesionales capacitados es un factor de riesgo indirecto que puede contribuir a una muerte. Los mismos riesgos que conducen a la muerte intrauterina pueden aumentar el riesgo de otros eventos adversos al nacimiento, como el parto prematuro, el bajo peso al nacer y la muerte neonatal. La [Figura 1.3](#) muestra un modelo de

riesgo para la mortalidad fetal (denominado modelo ecológico social) y el modelo estratificado de factores de riesgo que desencadenan complicaciones fetales, incluidos los factores maternos, familiares, comunitarios, del sistema de salud y estructurales. En la [Tabla 1.1](#), se muestran ejemplos de estos factores, de acuerdo con el modelo. La tabla proporciona una lista de factores de riesgo, que no es exhaustiva. Es importante destacar que estos factores pueden interactuar entre sí de forma compleja, lo que puede amplificar el riesgo (26).

FIGURA 1.3: MODELO ECOLÓGICO SOCIAL DEL RIESGO DE MORTALIDAD FETAL

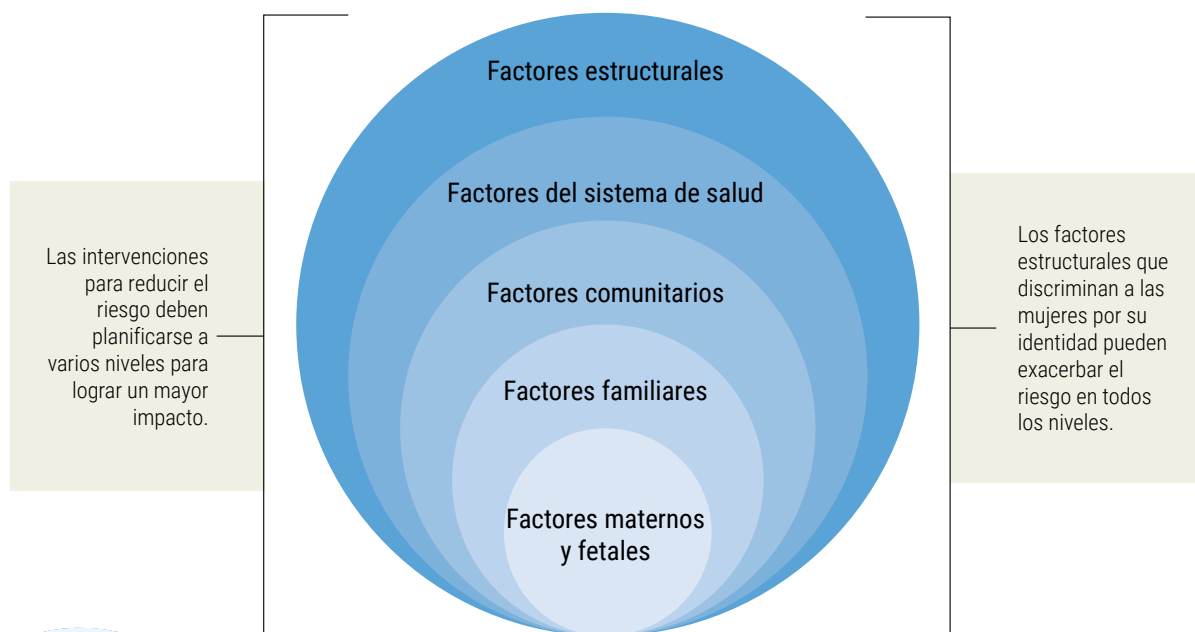


TABLA 1.1: FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD FETAL SEGÚN EL MODELO SOCIOECOLÓGICO

Componente del modelo	Ejemplos de factores de riesgo
FACTORES DE RIESGO ESTRUCTURALES	
Discriminación y desigualdad	Por motivos de raza, etnia, religión, orientación sexual, identidad de género u otras características personales
	Rechazo de servicios o mala calidad de la atención; falta de atención respetuosa
	Falta de políticas públicas que protejan la salud reproductiva
FACTORES DEL SISTEMA DE SALUD	
Personal sanitario	Falta de personal de salud capacitado, especialmente durante turnos nocturnos y en zonas rurales
	Falta de capacitación inicial y continua en gestión de riesgos
	Supervisión y rendición de cuentas deficientes
Calidad de la atención	Falta de comunicación a lo largo del continuo de la atención
	Factores relacionados con la baja calidad de la atención, que incluyen (pero no se limitan a) la falta de capacidad de los profesionales sanitarios para reconocer y gestionar el riesgo, el incumplimiento de las guías de práctica clínica y la mala comunicación
	Ausencia o retraso en la referencia de embarazos de alto riesgo
	Ausencia o baja calidad de la atención obstétrica durante el parto y el alumbramiento
Infraestructura y suministros sanitarios	Falta de infraestructura sanitaria, como agua potable, electricidad y suministros médicos
	Cadena de suministro deficiente para insumos esenciales, como oxígeno y anestesia
FACTORES DE RIESGO COMUNITARIOS	
Larga distancia a recorrer y acceso limitado a la atención	Falta de atención especializada en las zonas rurales
	Largas distancias, falta de infraestructura vial y de transporte, costo del viaje
Comunidades inseguras	Altos niveles de delincuencia, violencia e inseguridad en las calles
Exposición a factores ambientales	Falta de servicios de agua potable y saneamiento; contaminación ambiental y de interiores
FACTORES DE RIESGO FAMILIARES	
Estructuras y dinámicas familiares	Abuso emocional y físico
	Falta de autonomía en la toma de decisiones sobre salud y atención sanitaria
FACTORES MATERNOS Y FETALES	
Estrés financiero, emocional e interpersonal	Pobreza o bajos ingresos e inseguridad alimentaria o de vivienda
	Falta de apoyo social o familiar
Distancia y ruralidad	Falta de acceso al transporte
	Falta de acceso y disponibilidad de servicios obstétricos de emergencia
Falta de autoeficacia	Bajo nivel de alfabetización en materia de salud, lo que conduce a una mala comprensión de la información sanitaria relevante
Fisiológicos y biomédicos	Edad materna de 35 años o más
	Índice de masa corporal elevado/obesidad
	Afecciones preexistentes, como trastornos hipertensivos, malaria, infección por el VIH
	Pobre consumo nutricional; consumo de sustancias como tabaco, alcohol, opiáceos
Placentarios/fetales	Restricción del crecimiento intrauterino; preeclampsia/eclampsia; infección
	Hemorragia anteparto o intraparto

Nota: esta lista proporciona ejemplos de factores de riesgo; no pretende ser exhaustiva

2. OPORTUNIDADES PARA SUPERAR LOS RETOS EN EL ENFOQUE DE LA MORTALIDAD FETAL

¿Cuáles son los desafíos?

A pesar de los recientes avances en la inclusión de muertes fetales en el seguimiento de indicadores sobre mortalidad infantil (1), los datos correspondientes a los mortinatos siguen rezagados en términos de reconocimiento social, financiamiento y acción programática, debido a deficiencias en cinco grandes rubros (27): falta de equidad en el acceso a la atención; falta de calidad de la asistencia; percepción social; brechas de información y desafíos operativos (Figura 2.1). Estas amplias categorías describen por qué siguen produciéndose muertes intrauterinas que podrían evitarse mediante acciones del sistema de salud. También demuestran cómo la atención de calidad tras la muerte suele ser inadecuada. En el Anexo 1 se muestran ejemplos de retos específicos.

Desigualdad en el acceso a la atención

La equidad en la salud materna significa que todas las personas tienen acceso a una atención adecuada y oportuna, y pueden hacer uso de ella, independientemente de su raza, condición social, origen étnico, religión, edad, sexualidad u otras características individuales. Las autoridades sanitarias deben adoptar medidas para garantizar que los servicios obstétricos estén disponibles para todas las personas, especialmente para aquellas con mayor probabilidad de necesitarlos, pero con menor probabilidad de utilizarlos. Por ejemplo, las poblaciones migrantes, refugiadas, así como las mujeres y familias que viven en contextos frágiles y en emergencias humanitarias.

FIGURA 2.1: ESTRUCTURA DE LOS DESAFÍOS EN EL ENFOQUE DE LA MORTALIDAD FETAL



© UNICEF/UNI166910/d'Aki

El 25 de julio de 2014, en el Estado de Palestina, Soha Mosleh yace en una camilla mientras se recupera en la maternidad del Hospital Al-Shifa, en Gaza. En el segundo día de la reciente escalada de violencia entre Israel y Gaza, la Sra. Mosleh, que estaba en su noveno mes de embarazo, abandonó su hogar en el distrito de Zeitoun en busca de un lugar más seguro donde refugiarse. «Era como una piedra», dijo refiriéndose al dolor vaginal que comenzó a sentir. En el hospital, dio a luz a una niña muerta. Según sus médicos, la muerte fue causada por el estrés inducido por el conflicto.



La pobreza me ha devastado; he tenido cuatro mortinatos seguidos. La mayoría de la gente aquí es pobre y analfabeta. Son conservadores, no permiten que sus mujeres se hagan revisiones médicas. Pero las mujeres ricas no tienen estos problemas, tienen más libertad que nosotras.”

Fonte: Zakar, Zakar, Mustafa, et al. (mujer en Pakistán, 2018) (28)

Deficiencias en la calidad de la atención

La tasa de mortalidad fetal es un indicador clave de la calidad de la atención durante el embarazo y el parto.



La OMS define la calidad de la atención como «el grado en que los servicios de salud prestados a los individuos y las poblaciones de pacientes mejoran los resultados de salud deseados... la atención de salud debe ser segura, eficaz, oportuna, eficiente, equitativa y centrada en las personas» (29).

La evidencia demuestra que las mujeres y las adolescentes que acuden con mayor frecuencia a la consulta prenatal tienen menor probabilidad de tener una muerte fetal. Esta reducción del riesgo se debe, en gran medida, al aumento de las oportunidades que tienen los profesionales sanitarios de detectar y, junto con las mujeres, gestionar las posibles complicaciones. En comparación con cuatro visitas, realizar ocho o más visitas de atención prenatal puede reducir las muertes perinatales (mortinatos y muertes de recién nacidos) hasta en ocho muertes por cada 1000 nacimientos (30). Sin embargo, aún existen muchas barreras para ofrecer una atención prenatal de alta calidad. Aproximadamente la mitad de todos los mortinatos son el resultado de complicaciones durante el parto y el alumbramiento (31). Existen muchos desafíos para mejorar la calidad de la

atención relacionados con factores emocionales, de capacitación sanitaria y estructurales del sistema de salud, que incluyen dificultades en materia de recursos humanos y financieros (32).

Percepción social

La pérdida significativa de vidas debido a la muerte intrauterina a menudo no se reconoce y se invisibiliza. Los desafíos comunes que enfrentan los países y las sociedades incluyen el estigma y los tabúes persistentes que mantienen oculta la mortalidad fetal (33), así como la falta de reconocimiento y disponibilidad de marcos legales y jurídicos sobre la mortalidad fetal en muchos países. También es necesario sensibilizar más a la comunidad sobre el duelo y el trauma de la mortalidad fetal y sobre cómo responder a ellos, lo cual es un paso crucial para reducir el aislamiento, el duelo y el estigma de muchas familias (véase el [Capítulo 1](#) y [«El duelo reprimido: un estudio de caso de la India»](#)).



A nuestra sociedad le resulta muy difícil hablar de la muerte y le cuesta mucho hablar de emociones intensas, y la muerte de un bebé o un niño es un tema muy doloroso y conflictivo para las personas.” – Deborah de Wilde, voluntaria de la Stillbirth Foundation Australia

Fuente: [Comité Especial del Senado para la Investigación y Educación de Muertes Fetales. Reporte 2018](#)

El duelo reprimido: un estudio de caso de la India

La Sra. S, una mujer de 29 años, disfrutaba de su primer embarazo en 2019. En el octavo mes, un ultrasonido rutinario reveló hinchazón en la cabeza del bebé, con destrucción de masa cerebral (hidrocefalia con adelgazamiento del córtex cerebral). Se informó a la Sra. S y al padre sobre el pronóstico del bebé. El apoyo de la familia ayudó a la Sra. S mientras esperaba el parto espontáneo. Después de nueve meses de gestación, nació un hermoso niño muerto. Se le preguntó a la Sra. S si quería ver y sostener a su bebé. Estaba bien vestido, con el gorrito puesto (para ocultar las marcas del procedimiento), pero la Sra. S se negó. Le pidió al obstetra que le hiciera una foto al bebé, por si quería verla en el futuro. En ese momento, no hubo una expresión aparente de duelo. Tras la muerte del bebé, la pareja quedó tan angustiada que dejó su trabajo y se marchó al extranjero, con la esperanza de escapar de los dolorosos recuerdos. La Sra. S volvió a quedar embarazada y dio a luz a una niña sana. Casi dos años y medio después, la Sra. S llamó al obstetra anterior y le pidió las fotos de su hijo nacido muerto. Compartió que, en el momento de la muerte de su hijo, estaba bajo una intensa presión sociocultural para evitar verlo. Su familia la apoyó, pero pensaba que el bebé era un mal presagio y que verlo podría traer mala suerte para el próximo embarazo. Cuando el obstetra le envió las fotos, la Sra. S comenzó a llorar. No había llorado por su hijo hasta ese momento, lo que provocó que acumulara culpa hacia sí misma durante su duelo tardío. El obstetra comprendió su situación y le dijo que era normal llorar. Le sugirió que buscara ayuda psicológica a largo plazo.

Brechas de información

Uno de los desafíos para la realización de estudios epidemiológicos sobre la mortinatalidad, así como para el desarrollo de intervenciones basadas en evidencia, programas de formación y políticas de salud que reduzcan las pérdidas gestacionales, es la falta de datos oficiales precisos, de alta calidad y completos sobre muertes fetales. La falta de atención al problema, junto con recursos financieros y humanos insuficientes, contribuye a estas deficiencias. La imposibilidad de desagregar los datos disponibles ha provocado la pérdida de oportunidades para prevenir la mortinatalidad. Por ejemplo: sin datos detallados sobre el momento de la muerte, no es posible monitorear las muertes ocurridas durante el trabajo de parto (intraparto), que son ampliamente prevenibles.

Muchos bebés nacidos muertos no se registran debido al estigma social o a la falta de requisitos legales para su reporte. Incluso cuando los datos están disponibles, su aprovechamiento a menudo se ve obstaculizado por la falta de comunicación eficaz sobre los costos emocionales y financieros de la mortinatalidad con el público, los organismos gubernamentales, donantes, los profesionales de la salud, entre otros (10, 31).

Los datos oficiales también son necesarios para orientar acciones preventivas específicas y para monitorear los cuidados posteriores al fallecimiento. Los datos que ya se recopilan rutinariamente para rastrear los cuidados prenatales e intraparto, incluido su contenido,

calidad, cobertura y equidad, podrían utilizarse mejor para la prevención de la mortinatalidad. Se necesita más información para cuantificar todos los costos directos e indirectos relacionados con la muerte fetal (véase el [Capítulo 1](#)).

Desafíos operativos

Las brechas programáticas, como la falta de protocolos locales claros para la investigación de las causas de la muerte fetal ([Anexo 1](#)), agravan los desafíos para enfrentar el problema. Estas lagunas pueden reflejar una falta de compromiso organizacional y político con la prevención de la mortinatalidad y con la prestación de cuidados respetuosos y de apoyo a las familias tras la pérdida, así como la creencia errónea de que la muerte intrauterina no es evitable. Las políticas y guías para la atención tras la muerte fetal (incluido el apoyo al duelo y la atención en embarazos posteriores) son fundamentales y requieren [liderazgo](#) en múltiples niveles.

Oportunidades a lo largo del continuo de la atención

El continuo de la atención se refiere a la secuencia de atención que cada individuo necesita a lo largo del ciclo vital, desde el nacimiento hasta la muerte, entre los diferentes niveles y unidades, con el objetivo de garantizar la supervivencia y una buena salud. Tiene como objetivo principal reducir las muertes maternas, neonatales, infantiles y gestacionales, además de mejorar los cuidados a nivel mundial ([34, 35](#)). El continuo de la atención implica la prestación de integral de servicios, que incluyen atención clínica, servicios ambulatorios y atención comunitaria, brindada por personal de partería, enfermería, medicina, con especialidad en ginecología, obstetricia, pediatría, neonatología o medicina familiar, así como personal comunitario, equipos técnicos y otros profesionales afines.

Abarca la adolescencia, la etapa preconcepcional, el embarazo, el parto, el puerperio y la primera infancia, así como la atención inmediata posterior a la muerte, con énfasis en la reducción de desigualdades ([34](#)). La integración entre los programas y a lo largo de las distintas etapas del proceso es fundamental para garantizar la calidad de la atención, de modo que ninguna mujer, bebé, niña o niño sea desatendido en ninguna fase ([34](#)).

Guías y buenas prácticas

Las guías existentes de la OMS proporcionan un resumen completo de las intervenciones a lo largo del continuo de la atención. Aunque no están específicamente dirigidas a la prevención de la mortinatalidad, muchas de las intervenciones recomendadas para la atención preconcepcional, prenatal e intraparto ayudan a prevenirla. Algunas recomendaciones sobre los cuidados posnatales pueden aplicarse a la atención física de mujeres que han dado a luz a un bebé sin vida. **Sin embargo, no existen directrices específicas de la OMS para la atención tras la muerte intrauterina.**



Atención preconcepcional

- [Atención preconcepcional de la OMS para reducir la mortalidad y morbilidad materna e infantil \(36\)](#)

Atención prenatal

- [Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo \(30\)](#)

Atención durante el trabajo de parto

- [Recomendaciones de la OMS: Para los cuidados del parto, para una experiencia para una experiencia de parto positiva \(37\)](#)
- [OMS: Manejo de complicaciones en el embarazo y el parto: Una guía para obstetras y médicos – 2ª edición \(38\)](#)
- [Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto: manual del usuario \(39\)](#)

Atención posnatal

- [Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva \(3\)](#)

¿Y qué hacer específicamente si el bebé nace sin vida?

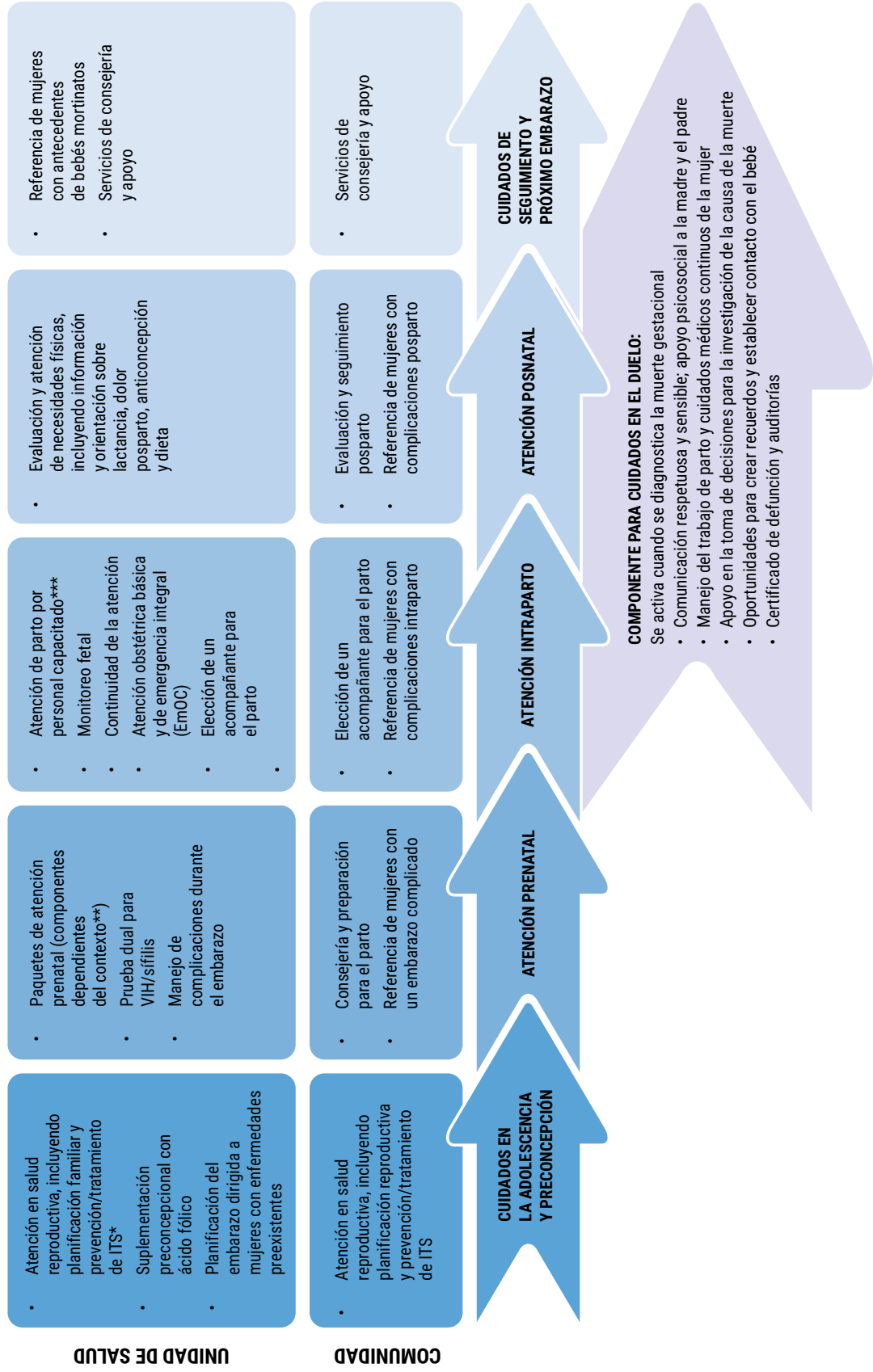
El continuo de la atención, cuando se realiza por profesionales capacitados en un entorno acogedor, es fundamental tanto para prevenir complicaciones como para ofrecer atención adecuada en caso de que ocurra la muerte gestacional, promoviendo la mejora de la salud de cada mujer y cada bebé. La [Figura 2.2](#) ilustra las acciones dirigidas a la prevención de la mortinatalidad y los cuidados en cada etapa del proceso, basadas en las directrices y buenas prácticas existentes. Los elementos esenciales de la atención al duelo también están contemplados, y se abordan con más detalle en el [Capítulo 3](#).

El [Cuadro 2.1](#) describe los elementos esenciales de la atención clínica, que no debe pasar por alto el apoyo al duelo, especialmente porque la muerte de un bebé suele estar relacionada con las condiciones de salud materna. Es fundamental que la atención física a la mujer se proporcione con sensibilidad y compasión.

¿QUÉ PUEDE HACER USTED?:

- **A nivel local:** Garantizar el acceso a guías de práctica clínica pertinentes y actualizadas; implementar las intervenciones recomendadas.
- **A nivel intermedio:** Establecer contacto con políticos locales para desarrollar una campaña de sensibilización dirigida a las mujeres sobre los servicios a los que tienen derecho, y exigir rendición de cuentas al gobierno y a los profesionales de salud por su desempeño.
- **A nivel político:** Asegurar financiamiento para implementar y adaptar las guías al contexto local.
- Plan de acción con el apoyo de la guía de abogacía incluida en el [Capítulo 4](#).

FIGURA 2.2: LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN: ACCIONES DE PREVENCIÓN Y CUIDADO PARA EL BEBÉ MORTINATO



ANC: antenatal care (atención prenatal); EmOC: emergency obstetric care (atención obstétrica de emergencia); STI: sexually transmitted infection (ITS - infección de transmisión sexual)

* Además de otras medidas de salud pública para mejorar la salud general y el bienestar de todas las mujeres en edad reproductiva.

** Puede incluir intervenciones como ecografía Doppler de la arteria umbilical, cese del tabaquismo materno, concienciación sobre los movimientos fetales, vacunación materna, medidas ambientales

(como mosquiteros), decisiones informadas sobre el momento del parto, pruebas para detección de estreptococo del grupo B, entre otras.

*** Incluye el monitoreo del trabajo de parto y del estado materno, según la [Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto: Manual del usuario \(39\)](#).

CUADRO 2.1: ELEMENTOS ESENCIALES DEL CUIDADO FÍSICO DE LA MUJER TRAS EL DIAGNÓSTICO DE MUERTE GESTACIONAL**Trabajo de parto y nacimiento:**

- Decisión compartida y cuidadosa sobre las opciones para elegir el momento ideal y la vía del parto (vaginal o cesárea).
- Discusión sobre las opciones para el manejo y alivio del dolor durante la tercera etapa del trabajo de parto (en partos vaginales).
- Planificación de un acompañante para el parto, según las preferencias de la gestante.
- Tratamiento para cualquier enfermedad materna.

Atención posnatal

- Evaluación fisiológica posnatal integral.
- Manejo del dolor perineal y uterino posterior al parto vaginal.
- Manejo del dolor y tratamiento de la herida quirúrgica posterior a una cesárea.
- Recomendaciones e información nutricional para prevenir el estreñimiento.
- Manejo de la lactancia, incluida su supresión, cuando sea necesario.
- Tratamiento de la ingurgitación mamaria y prevención de la mastitis.
- Servicios integrales de información y planificación reproductiva.
- Tratamiento continuo de cualquier enfermedad materna y consejería sobre la planificación de un embarazo futuro.



© UNICEF/UNI48209/Khemka

Un médico examina a Hameeda Abdul, de 25 años, recostada en la cama tras una cesárea en el Hospital Qatar, en la ciudad portuaria de Karachi. El bebé de Hameeda nació muerto, y ella estuvo a punto de morir debido a complicaciones por anemia grave, hipotensión y hepatitis C. Este fue su octavo embarazo; tiene cuatro hijos con vida. Todos sus partos anteriores ocurrieron en casa. Los médicos dijeron que fue muy afortunada al salvar su vida.

3. EL CUIDADO EN EL DUELO ES ESENCIAL

La atención al duelo, respetuosa, solidaria y de calidad, que abarque los cuidados prenatales, intraparto y posnatales, es esencial para todas las personas en duelo, en cualquier lugar. Este capítulo presenta y define el cuidado en el duelo, y describe los principios de atención respetuosa en este contexto. También proporciona enlaces a las guías disponibles y enumera consideraciones adicionales de cuidado durante el duelo, según los deseos de la familia. Otras orientaciones se presentarán a lo largo del capítulo sobre la implementación del programa ([Capítulo 5](#)), destacadas en recuadros naranjas, como el que se muestra a continuación.

Para más información y orientaciones sobre el cuidado durante el duelo, consulte el [Capítulo 5](#).

¿Qué es la atención respetuosa y solidaria del duelo?

La atención del duelo posterior a una muerte gestacional abarca cuidados clínicos integrales, sociales y psicológicos, desde los primeros indicios de preocupación por el bienestar del bebé hasta el diagnóstico, el parto, el nacimiento y el período posnatal de largo plazo. La atención al duelo incluye el cuidado de la mujer, su pareja, el bebé y los miembros de la familia. El equipo de salud integrado por personal de partería, enfermería, trabajadores comunitarios, así como médicos/as obstetras, familiares o generales son fundamentales en las acciones de cuidado del duelo, junto con organizaciones de apoyo y profesionales no médicos, como doulas especializadas en duelo.

Adam y JC Unferdorfer sostienen a su hija Emmalee. Es la única hija de la pareja y nació sin vida el 30 de septiembre de 2017.
Fuente: Stacey Fletcher

Principios de la atención respetuosa durante el duelo

Se ha desarrollado un conjunto de ocho principios, aplicables a nivel global, para la atención al duelo de mujeres, bebés y familias ([40](#)):

1. Reducir el estigma
2. Ofrecer cuidados respetuosos
3. Apoyar la toma de decisiones compartida e informada
4. Hacer todo lo posible por investigar y ofrecer una explicación aceptable sobre la muerte del bebé
5. Reconocer la profundidad y diversidad de las respuestas al duelo y ofrecer apoyo
6. Brindar información y cuidados posnatales que respondan a las necesidades físicas, prácticas y psicológicas
7. Proporcionar información sobre la planificación de futuros embarazos en el momento más adecuado
8. Garantizar una atención de alta calidad mediante la capacitación y el apoyo al personal de salud (consulte el [Capítulo 5](#)).



El Grupo de Trabajo sobre Duelo de la International Stillbirth Alliance (ISA) actualmente está trabajando para ampliar estos principios, garantizando que reflejen plenamente la experiencia y la voz de los padres afectados y del personal de salud, especialmente de aquellos en países de ingresos bajos y medianos (PIBM).

Guías para la atención al duelo perinatal

Las guías para la atención al duelo perinatal deben promover cuidados culturalmente apropiados, reconociendo las necesidades específicas de grupos minoritarios y marginados, al mismo tiempo que aseguran que todos los padres tengan opciones. Aunque la OMS ha emitido directrices sobre la atención en otras etapas dentro de la continuidad del cuidado (véase el [Capítulo 2](#)), actualmente no existen normas o guías globales específicas sobre el duelo. Algunos países de ingresos altos han desarrollado guías nacionales, y varias otras guías brindan orientaciones relevantes. A continuación, se presenta una lista comentada de estos recursos, organizada por orden cronológico de publicación:

- [OMS: Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guided for Midwives and Doctors, 2nd Edition](#). (2017) **(38)**. (Manejo de las complicaciones en el embarazo y el parto: una guía para obstetrices y médicos) Esta guía aborda la atención a una gestante y su familia tras el diagnóstico o la confirmación de la muerte intrauterina. Hace énfasis en las necesidades emocionales, en la creación de recuerdos, la asignación de nombre al bebé, la prevención de la sedación de la mujer durante el parto, y la organización de una conversación sobre la muerte del bebé y las posibles medidas preventivas para embarazos futuros.
- [Sands Australian Principles of Bereavement Care](#) (Australia, 2018) **(41)**. (Principios Australianos de Atención al Duelo de Sands) Este documento presenta 10 principios para la atención en casos de aborto espontáneo, muerte fetal o muerte neonatal: atención individualizada en el duelo; comunicación adecuada; toma de decisiones

compartida; reconocimiento de la parentalidad; reconocimiento del duelo del/la compañero/a y de la familia; reconocimiento del duelo como una experiencia individual; información y sensibilidad sobre entierros, cremaciones y funerales; apoyo emocional y práctico continuo; personal de salud capacitado en atención al duelo; autocuidado para profesionales de la salud.

- [Perinatal Society of Australia and New Zealand Clinical Practice Guideline for Care Around Stillbirth and Neonatal Death](#) (2020) **(42)**. (Guía de práctica clínica de la Sociedad Perinatal de Australia y Nueva Zelanda): Esta guía incluye un capítulo dedicado al cuidado respetuoso y de apoyo tras una muerte fetal o neonatal. Define 10 fundamentos de atención y presenta un marco organizativo con cuatro objetivos generales: buena comunicación; toma de decisiones compartida; reconocimiento de la parentalidad; apoyo eficaz, también en embarazos futuros.
- [Management of Stillbirth](#) (American College of Obstetricians and Gynecologists and the Society for Maternal-Fetal Medicine, 2020) **(43)**. (Manejo de la muerte fetal intrauterina – Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos y Sociedad de Medicina Materno-Fetal): Este documento describe el enfoque recomendado para el manejo de la muerte fetal, e incluye principios de atención al duelo adaptados de los “Principios Australianos de Atención al Duelo de Sands”.
- [National Bereavement Care Pathway \(NBCP\)](#) (UK, 2022). (Trayectoria Nacional de Cuidados en el Duelo:) Se recomienda un plan de atención al duelo liderado por los propios padres para mujeres y sus familias, con el fin de garantizar cuidados de calidad tras un aborto espontáneo, embarazo ectópico, embarazo molar, interrupción del embarazo por razones médicas, muerte fetal, muerte neonatal o muerte súbita e inesperada de un/a niño/a hasta los 12 meses de edad. Se enfatiza la necesidad de capacitar al personal de salud en atención al duelo. Puede encontrar más información sobre el desarrollo e implementación del NBCP en [Compartir lo que funciona \(Capítulo 4\)](#).

- [National Standards for Bereavement Care](#) (Ireland, 2022) (44). (Estándares Nacionales para la Atención al Duelo en Irlanda): Estos estándares nacionales se estructuran en torno a cuatro temas clave relacionados con la pérdida gestacional y la muerte perinatal: el duelo; el hospital, el bebé y sus padres; y el equipo de atención.
- [Parent Voices Initiative toolkits](#) (India/Kenya, 2022). (Kits de herramientas de la Iniciativa Parent Voices): El objetivo de la iniciativa Parent Voices (PVI) es amplificar la voz y la participación de los padres y madres en duelo por un bebé mortinato, con el fin de fortalecer la defensa de acciones para la prevención de la mortinatalidad y la mejora del cuidado en el duelo. Véase también [Compartir lo que funciona](#).
- [NEST360 UNICEF newborn kit](#) (Kenya, Malawi, India, 2022). (Kit NEST360 recién nacido de UNICEF) NEST360 promueve un cuidado en el duelo centrado en la familia. Este enfoque gira en torno a una relación mutua entre la familia y el personal de salud, en el cuidado de niñas y niños sanos, enfermos o en proceso de fallecimiento.

Todos estos documentos transmiten un mensaje coherente: la necesidad de una comunicación eficaz y de una atención respetuosa en el duelo para cada mujer y familia.



REFLEXIÓN

La evidencia base sobre buenas prácticas en el cuidado del duelo en países de ingresos bajos y medianos (PIBM) sigue siendo muy limitada. Dado ese contexto, ¿qué puede hacerse a corto y medio plazo para mejorar la atención al duelo en su entorno?

Consideraciones adicionales

En ausencia de directrices globales para la atención en el duelo, aún es posible tomar medidas para garantizar que las mujeres y las familias reciban una atención respetuosa tras el nacimiento de un bebé muerto. Junto con los recursos presentados en este capítulo, las recomendaciones y reflexiones

de madres, padres y familias que han vivido la pérdida de un bebé son de un valor incalculable. Algunas de estas recomendaciones se basan en evidencia; otras son de carácter informal, reflejando la escasez de estudios sobre el tema. Todas podrían incorporarse a la formación del personal de salud, a los protocolos institucionales o a iniciativas de defensa de la causa.

- **Qué decir a la madre o el padre** al comunicar que su bebé ha fallecido. Véase el [Cuadro 3.1](#) para ejemplos de frases recomendadas y otras que deben evitarse.
- El valor que tiene para el proceso de duelo que los padres puedan **ver, sostener y fotografiar** a su bebé. Muchas familias consideran que crear recuerdos tangibles ayuda en el proceso de despedida y desarrollo del duelo.
- La importancia del **apoyo entre pares** y de poder conocer a otras familias que han atravesado pérdidas similares. El [Global Registry of Stillbirth Support Organizations and Individuals](#) de ISA es una base de datos de organizaciones que brindan apoyo a quienes han sufrido la pérdida de un bebé. Muchas organizaciones locales y nacionales también organizan grupos de apoyo comunitario. Estos servicios podrían llegar a más familias si fueran integrados y visibilizados como parte de la atención posnatal al duelo en los centros de salud.

Ruthie Mae Unkovic nació sin vida el 16 de septiembre de 2020. Su madre es Rachel Unkovic. Fuente: Stacey Fletcher



La importancia **del acompañamiento continuo**. Las familias a menudo se encuentran en estado de choque durante su estancia en el centro de salud tras recibir la noticia de la muerte. Por eso, es fundamental el seguimiento durante las semanas, meses e incluso años posteriores. El acceso y referencia a recursos terapéuticos adicionales en psicológica o psiquiátrica, pueden ser vitales e incluso salvar vidas. Comprender

que el duelo no “se supera” rápidamente. El personal de salud debe estar consciente de que las mujeres y sus parejas suelen necesitar apoyo emocional y físico adicional en embarazos futuros (véase el [Cuadro 3.2](#)).

Rituales de entierro, cremación y memoria.

Aunque no son universales, estas prácticas son comunes en muchas culturas y pueden brindar gran consuelo a las familias.

CUADRO 3.1: COMUNICÁNDOSE CON LA MADRE O EL PADRE

Lo que puede decirles:

- ✓ «No puedo encontrar el latido del corazón de su bebé. Su bebé no está vivo. Lamento mucho tener que decirles que ha fallecido. Mi más sentido pésame por su pérdida».
- ✓ «Siento mucho la pérdida que están sufriendo. Haremos algunas pruebas para tratar de entender las razones de la muerte de su bebé».
- ✓ «¿Han pensado en un nombre para el bebé? (si es así) ¿Puedo usar ese nombre cuando hable de él?».
- ✓ «Muchas personas han encontrado reconfortante ver y sostener a su bebé fallecido después del nacimiento. ¿Les gustaría hacerlo?».

Lo que nunca se debe decir a la madre o el padre:

- ✗ «No se preocupen, solo era una niña».
- ✗ «Esto ha pasado porque llegaron tarde al parto».
- ✗ «Al menos sabes que puedes volver a quedar embarazada».
- ✗ «Ese bebé estaba enfermo. Menos mal que ha fallecido».
- ✗ «Fue culpa suya: llegó tarde a la consulta».
- ✗ «Quizás le pasaba algo».
- ✗ «Ha sido mejor así».

Adaptado del Raising Parent Voices Advocacy Toolkit – Versión para proveedores de servicios en la India.

CUADRO 3.2: ATENCIÓN EN EMBARAZOS POSTERIORES

La mayoría de las mujeres vuelven a quedar embarazadas después de tener un bebé nacido sin vida, a menudo en los 12 meses siguientes (45). Estas mujeres corren un mayor riesgo de muerte intrauterina, además de sufrir altos niveles de ansiedad, miedo y estrés durante los embarazos posteriores.

Actualmente, no existe evidencia suficiente sobre la mejor manera de brindar atención a estas mujeres y sus familias (46). Sin embargo, se ha llegado a un consenso sobre 12 recomendaciones esenciales, que enfatizan la importancia de atender las necesidades psicosociales y el valor del apoyo entre pares.

Acceda a la declaración de consenso:

[N.º 369 – Manejo del embarazo después del nacimiento de un bebé mortinato \(47\)](#).

4. ABOGACÍA

Introducción a defensa de la causa en materia de mortinatalidad

Poner fin a la tragedia que suponen las muertes prenatales evitables y garantizar una atención respetuosa y de apoyo tras la pérdida de un bebé (incluida la atención del duelo y embarazos posteriores) no se logrará únicamente mediante programas e intervenciones; será necesario abordar las causas sistémicas, como la sensibilización, los cambios políticos y el financiamiento para corregir las desigualdades y mejorar la calidad de la atención. Este nivel de cambio requiere abogacía.

El término abogacía «del inglés *advocacy*» se utiliza en salud pública para referirse a la defensa de derechos y causas en un tema determinado.

Este capítulo proporciona un nivel básico de conocimientos sobre abogacía. Dentro sus fundamentos, incluye la determinación de prioridades y la elaboración de una estrategia para el proceso de trabajo en pro de la defensa de los derechos en materia de mortinatalidad. Al mismo tiempo, se incluyen estudios de caso, recomendaciones de comunicación y ejemplos de herramientas que pueden utilizarse para construir un argumento concreto para la acción en políticas públicas. Se proporcionan estudios de casos adicionales en un

[repositorio en línea](#). La lista de temas tratados en estos estudios de caso se muestra en el [Anexo 2](#).

Fundamentos

La abogacía en materia de mortinatalidad es el proceso de influir en los responsables de la toma de decisiones para que adopten o modifiquen políticas públicas o medidas específicas con el fin de alcanzar mejor un objetivo deseado, generalmente para resolver un problema. Puede realizarse mediante diversas estrategias como la presión/ acción política directa, peticiones, grandes mítines o manifestaciones, entre otras. Un actor o defensor de la causa es una persona que argumenta, recomienda o apoya un objetivo determinado a través de acciones concretas. Muchas personas se involucran en actividades de abogacía en su trabajo y en su vida cotidiana, ya sea convenciendo a un ministro de salud para que adopte un nuevo programa de salud o invierta en una nueva área de trabajo, o defendiendo un mejor suministro de agua en la comunidad.

Tipos de abogacía

Existen tres tipos principales de abogacía para la prevención y el apoyo en casos de muerte prenatal: la abogacía técnica, política y de sensibilización (o «voz»). Cada estrategia tiene un propósito diferente, requiere la participación de diferentes actores y exige tácticas diferentes, pero todas son necesarias para que la mortinatalidad sea un tema importante en la agenda política. La [Tabla 4.1](#) describe los tipos de abogacía, sus grupos objetivo, ejemplos de tácticas y herramientas que pueden utilizarse en cada caso. Otros ejemplos se muestran en el [repositorio en línea](#).



Iniciativa de salud materna del Wilson Center y del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en un debate sobre el papel de las parteras para lograr la Cobertura Universal de Salud (CUS). El evento enfatizará los obstáculos para el logro de la CUS, la contribución de las parteras a la salud sexual, reproductiva, materna y neonatal, y las estrategias para contrarrestar las brechas en la provisión de servicios de salud en todo el mundo. Fuente: White Ribbon Alliance.

TABLA 4.1: TIPOS DE ABOGACÍA SEGÚN PÚBLICO OBJETIVO, EJEMPLOS DE ESTRATEGIAS Y HERRAMIENTAS

TIPO	OBJETIVO	PÚBLICOS OBJETIVO	EJEMPLOS DE ESTRATEGIAS
VOZ	Sensibilizar sobre la prevención y el apoyo en casos de muerte gestacional; aumentar la demanda y acción de actores clave	- Políticos o personas influyentes (<i>influencers</i>) - Medios de comunicación - Madres y padres afectados - Líderes comunitarios	- Desarrollar mensajes contundentes y culturalmente relevantes para combatir el estigma y transmitir los mensajes a través de liderazgos inspiradores → Utilizar las herramientas de padres para la abogacía, disponibles en inglés Voices Initiative advocacy toolkits - Establecer alianzas con madres y padres afectados por una muerte prenatal y aprovechar sus poderosas voces como actores de cambio. Amplificar sus voces a través de una plataforma para compartir sus experiencias y conocimientos (artículos de opinión, paneles, conversaciones, reuniones con autoridades). Apoyar la formación y capacitación de madres y padres en materia de defensa e integrarlos en la planificación e implementación de las políticas de salud. Facilitar el intercambio anónimo de historias, cuando sea necesario (por ejemplo, mediante envíos en línea) → Identificar grupos de madres y padres a través del Registro de Parent Voices.
TÉCNICA	Introducir o mejorar la implementación de políticas o medidas relevantes, como la inclusión de nuevos indicadores sobre mortalidad fetal, el uso de datos para identificar poblaciones con un riesgo desproporcionado de mortalidad fetal, incorporar la sensibilización sobre la mortalidad fetal en los programas de capacitación de profesionales de la salud	- Equipos de los ministerios (salud, finanzas, educación) y departamentos de registro civil y estadísticas vitales - Gobierno local - Otras instituciones relevantes	- Solicitar una reunión con las autoridades para compartir datos mediante presentaciones o resúmenes → Considerar la posibilidad de revisar los datos de UNICEF stillbirth profiles - Sugerir posibles cambios o intervenciones, como invitar a las autoridades a una visita de aprendizaje a una institución que haya implementado medidas clave → Considerar las recomendaciones de Every Newborn Action Plan (ENAP) - Elaborar un caso de inversión. → Usar como referencia a The Lancet Ending Preventable Stillbirths Series
POLÍTICA	Aumentar el nivel de prioridad y financiamiento gubernamentales con relación a la muerte gestacional; movilizar a las distintas instituciones del aparato de gobierno para fomentar las acciones de prevención y apoyo en casos de mortinatalidad	- Actores de la política - Autoridades que definen la agenda política o aprueban los presupuestos	- Presentar a las autoridades pruebas de la necesidad de actuar → Considerar el uso de los compromisos nacionales con la iniciativa Every Women Every Child (Todas las mujeres, todos los niños) - Garantizar la responsabilidad y el compromiso con los acuerdos internacionales (como el Every Newborn Action Plan [ENAP] o los Objetivos de Desarrollo Sostenible) así como los avances actuales a nivel nacional. Enfatizar que el gobierno es responsable de cumplir los objetivos globales acordados. → Utilizar estrategias y metas nacionales relacionadas con la causa de la mortalidad gestacional

Compartir lo que funciona

El Protocolo Nacional de Cuidados de Luto del Reino Unido ([UK National Bereavement Care Pathway, NBCP por sus siglas en inglés](#)) se desarrolló e implementó con éxito mediante estrategias clave de abogacía. A continuación, se detallan los pasos esenciales y cómo se lograron:

- **Demostrar la magnitud del problema:** El grupo principal del NBCP integró informes como [auditorías anuales de Sands](#) para aportar evidencia sobre la baja calidad e inconsistencia en los cuidados de duelo. Posteriormente, se realizaron eventos de escucha con madres y padres, en los que se compartieron historias reales. La recolección regular de datos en puntos clave ayudó a enfatizar cómo las familias se ven afectadas, y una evaluación independiente sirvió para demostrar las necesidades persistentes.
- **Definir la dirección de una solución:** el grupo principal del NBCP formuló un camino acordado a nivel nacional y obtuvo el respaldo de organizaciones de profesionales y no gubernamentales. Las campañas de concientización [Baby Loss Awareness Week](#) (Semana de [Concienciación sobre la Pérdida de Bebés](#)) y otras iniciativas mantuvieron la necesidad de cuidados de duelo respetuosos y de calidad en la agenda pública.
- **Describir cómo puedes ayudar a implementar la solución:** [Sands UK](#) se ofreció para presidir el grupo principal del NBCP, liderar en nombre de la colaboración y ser la voz principal en la comunicación con el gobierno.

Más información: el NBCP para la pérdida del embarazo y la muerte de un bebé proporciona orientación y recursos para profesionales de la salud que trabajan con familias que han experimentado un aborto espontáneo, interrupción médica del embarazo, muerte gestacional, muerte neonatal o muerte súbita del infante. El protocolo ha sido adoptado por más de 100 hospitales en Inglaterra y está en fase de prueba en Escocia.

Prioridades para la abogacía en mortinatalidad

Las prioridades y el enfoque de las actividades dependerán de los principales problemas identificados, el contexto, los recursos disponibles y otros factores específicos de cada escenario. Sin embargo, una estructura que puede ayudar a definir prioridades para el trabajo es el llamado a la acción de la serie [Ending Preventable Stillbirths, de la revista The Lancet \(27\)](#), presentada en [Anexo 3](#) y resumida en [Recuadro 4.1](#). Este llamado a la acción incluye metas e hitos para acabar con las muertes prevenibles, reducir las desigualdades y mejorar el apoyo al duelo tras la muerte prenatal.

RECUADRO 4.1: RESUMEN DEL LLAMADO A LA ACCIÓN DE LA SERIE ENDING PREVENTABLE STILLBIRTHS (27)

Metas de mortalidad para 2030

- Tasa nacional de muerte fetal tardía: 12 muertes o menos por cada 1.000 nacimientos totales en todos los países
- Equidad: todos los países deben establecer y cumplir metas para reducir las brechas de inequidad y utilizar datos para monitorear la mortinatalidad

Cobertura universal de salud para 2030

- Salud sexual y reproductiva: acceso universal a los servicios de salud y articulación con estrategias y programas nacionales
- Atención prenatal: cobertura universal con atención prenatal integral y de calidad
- Atención durante el parto: cobertura universal de cuidados intraparto eficaces y respetuosos

Hitos para 2025 (actualizado)

- Hitos del [Every Newborn Action Plan \(ENAP\) \(4, 48\)](#) y de la [Ending Preventable Maternal Mortality \(EPMM\) \(49, 50\)](#).
- Atención respetuosa, que incluya un consenso global sobre un paquete de cuidados tras una muerte durante el embarazo o el parto
- Reducción del estigma: todos los países deben reconocer el impacto de la muerte de bebés e identificar mecanismos para reducir el estigma asociado

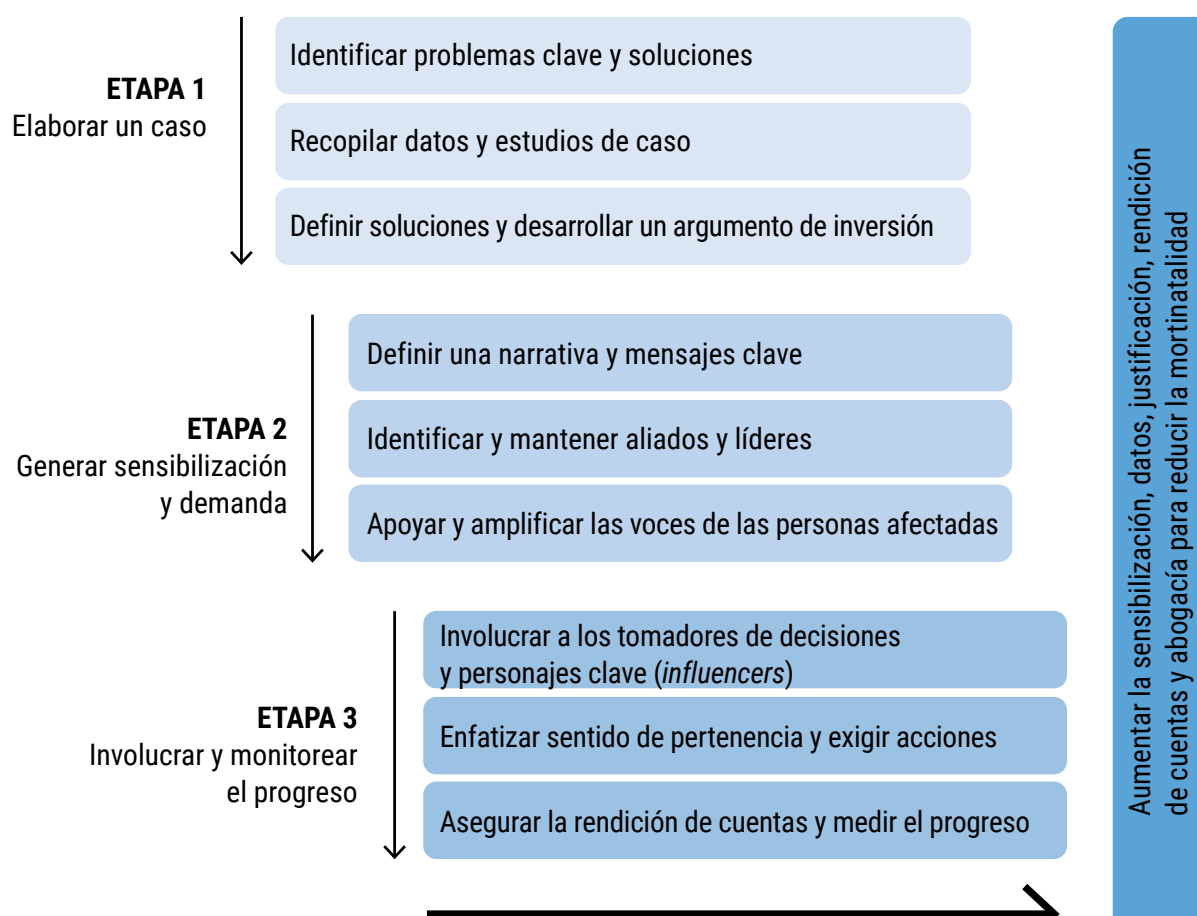
Orientación para el desarrollo de una estrategia de abogacía

En esta sección, se detallan los pasos que componen una estrategia de abogacía, con el fin de proporcionar una comprensión clara de lo necesario para presentar un argumento convincente a favor del cambio.

Independientemente de la duración de la estrategia, es útil considerar las siguientes preguntas: ¿Cuál es el problema? ¿Cuál es la solución? ¿Quiénes toman las decisiones que pueden resolver el problema? ¿Qué deben hacer esos tomadores de decisiones y cuándo? ¿Cómo se les puede influir para que actúen?

El diseño de una estrategia de abogacía es un proceso iterativo (de prueba y ajuste). Aunque los pasos se presentan aquí en un orden específico, pueden llevarse a cabo de forma diferente o simultánea. Además, algunos pasos pueden repetirse o no ser necesarios.

Una estrategia de abogacía eficaz debe construir un argumento sólido, generar conciencia y demanda, involucrar a las personas tomadoras de decisiones, y monitorear los avances ([Figura 4.1](#)). Sin embargo, dado que se trata de un proceso iterativo y continuo, estas etapas no siempre se desarrollan de forma lineal. Por ejemplo, puede ser útil iniciar con un mapa de actores clave antes de construir el argumento, para que ellos puedan aportar al proceso.

FIGURA 4.1: ETAPAS PARA UN PROCESO EFICAZ DE ABOGACÍA

La abogacía puede utilizarse para alcanzar objetivos menores o bien como medio para lograr metas mayores. Por ejemplo: obtener una invitación para que un padre o madre en duelo hable en una conferencia nacional de salud, con el objetivo de incluir una meta sobre mortalidad en una estrategia nacional de salud. No obstante, incluso estos objetivos más pequeños requerirán financiamiento (incluidos viajes y gastos adicionales), así como apoyo al progenitor en duelo (mientras se reduce el trauma).

Etapa 1: Elaborar un caso

PREGUNTA:	ACCIÓN:
¿Cuál es el problema?	Realice un análisis de situación.
¿Cuál es el objetivo?	Identifique el/los objetivo(s) principal(es) para resolver el problema.
¿Qué información está disponible para explicar el problema y construir un caso en favor del cambio?	Recopile evidencias, incluidos datos y estudios de caso. Defina soluciones que respalden el llamado a la acción. Cree un argumento de inversión, incluyendo las principales peticiones que se harán a los tomadores de decisiones.

Identificar problemas y posibles soluciones

La prevención y el apoyo en casos de muerte gestacional son cuestiones complejas, que implican a múltiples actores, desafíos y oportunidades (ver [Capítulo 2](#)). Puede resultar difícil identificar un único problema para centrar una estrategia de abogacía, ya que probablemente existan varios problemas interrelacionados. Identificar esos problemas y desglosarlos en objetivos más pequeños y viables. Así como definir qué objetivos deben abordarse primero ayudará a determinar las preguntas: es decir, las acciones específicas que las personas tomadoras de decisiones deben emprender. Un análisis de situación puede ser útil.

Para ello, es importante considerar los problemas específicos de cada contexto y qué información está disponible. Algunos retos pueden ser la carencia de datos, falta de conciencia sobre la mortinatalidad, ausencia de visibilidad (escucha) hacia las personas afectadas, escasa asignación de fondos y estrategias débiles para cuantificar y abordar las causas. Es fundamental colaborar con madres y padres afectados durante el desarrollo del análisis de situación y al definir las peticiones clave.



Trabajo en grupo del Diálogo Nacional – Pakistán.
Fuente: White Ribbon Alliance

Recopilar datos y estudios de caso

La recopilación de datos y estudios de caso implica reunir la información clave relacionada con el problema identificado y analizarla y presentarla de una manera que pueda ser comprendida por los tomadores de decisiones e influir en ellos. Es útil utilizar ejemplos del mundo real o estudios de caso para ilustrar el problema, ya que los datos por sí solos raramente generan acción. Políticos y tomadores de decisiones reciben grandes cantidades de información a diario, por lo tanto, tu material debe estar acompañado de peticiones concretas.



REFLEXIÓN

¿Cuáles son los problemas comunes para la prevención y el apoyo ante la mortinatalidad en tu entorno? ¿Los ejemplos presentados aquí son pertinentes? ¿Hay otros adicionales? Considere la equidad: ¿estos problemas afectan sistemáticamente a un grupo poblacional más que a otros?



RECURSOS

- Sección V del [Every Newborn Toolkit](#): Herramientas para el análisis de situación: ejemplos de países y lecciones aprendidas (51)
- [Página de ISA sobre advocacy](#)

RECURSOS

- [Perfiles nacionales y regionales del Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil \(UN-IGME\)](#)
- [Guía para desarrollar estudios de caso](#)



Definir soluciones y desarrollar un argumento para inversión

Para definir soluciones al problema, deben identificarse las oportunidades y brechas en las políticas públicas. Esto implica conocer las políticas y metas nacionales relacionadas con la

mortinatalidad. También se pueden aprovechar iniciativas globales sobre muerte fetal y neonatal para impulsar la acción a nivel nacional y regional. Existen dos iniciativas globales principales que incluyen la mortinatalidad:

1. [Every Newborn Action Plan \(ENAP\) \(4, 48\)](#) adoptado como resolución de la Asamblea Mundial de la Salud (WHA 67.10) en 2014, que se centra en poner fin a las muertes neonatales y fetales prevenibles.
2. [Ending Preventable Maternal Mortality \(EPMM\) \(49, 50\)](#), lanzada en 2015, tiene como objetivo poner fin a las muertes maternas evitables.

ENAP y EPMM incluyen metas globales y nacionales de mortalidad y de cobertura (es decir, acceso a servicios de salud de calidad a lo largo del continuo de atención), así como recomendaciones sobre cómo los países pueden reducir la mortalidad y la morbilidad y disminuir las desigualdades regionales mediante planes de trabajo armonizados, coordinados por la OMS. El [Anexo 4](#) presenta las metas de mortalidad y cobertura del ENAP y de la EPMM, además de una guía de preguntas que deben considerarse al crear una estrategia de abogacía. Al analizar estas iniciativas globales, hágase las siguientes preguntas:

[¿Su país/distrito/institución tiene metas nacionales o regionales sobre mortinatalidad?](#)

- Si la respuesta es sí, ¿cuáles son? ¿Están alineadas con las metas nacionales y regionales del ENAP y la EPMM? Utilice los [datos más recientes del UN-IGME](#) para determinar diferentes escenarios que permitan alcanzar dichas metas para el año 2030.

[¿Su país/distrito/institución tiene metas nacionales o regionales de cobertura en salud materna y neonatal?](#)

- Si la respuesta es sí, ¿cuáles son? ¿Están alineadas con las metas nacionales y regionales del ENAP y la EPMM?
- Si no existen metas relacionadas con la mortinatalidad, la salud materna y neonatal, considere incorporar el desarrollo de dichas metas en la estrategia de abogacía.

[¿Su país/distrito/institución ha establecido metas para reducir las brechas de equidad?](#)

- Si la respuesta es sí, ¿cuáles son? Si no existen metas de equidad, considere incorporarlas en la estrategia de abogacía.

Por último, la(s) solución(es) también deberá(n) abordar los desafíos que puedan obstaculizar el éxito. Será importante identificar y mapear objetivos para alcanzar dichas soluciones, así como anticipar los posibles desafíos. Si los objetivos son de muy largo plazo, divídalos en objetivos más pequeños con metas intermedias a corto y mediano plazo.

RECURSOS

- [La serie Ending Preventable Stillbirths](#) presenta un argumento de triple retorno sobre la inversión en la prevención de muertes gestacionales, que también previene muertes maternas y neonatales y mejora los resultados en salud. Vea los detalles en [The Lancet \(52\)](#).



Etapa 2: Generar conciencia y demanda

PREGUNTA:	ACCIÓN:
¿Cómo puedo explicar y compartir mis objetivos?	Defina una narrativa y desarrolle mensajes clave basados en evidencia.
¿Quién puede abordar el problema? ¿Quién puede tomar decisiones para resolverlo?	Identifique y mapee los principales objetivos y públicos (aliados y defensores) y mantenga el compromiso con ellos.
¿Quién influye en estas personas? ¿Quién puede ser un líder comunitario (champion)?	Realice un análisis de poder.
¿Cómo apoyar e involucrar las voces de las personas afectadas?	Identifique e involucre a líderes comunitarios, que incluyan familias afectadas y profesionales de la salud.

Definir una narrativa y mensajes clave

Una vez identificado el problema y los objetivos de su estrategia, es momento de desarrollar mensajes que transmitan la urgencia, magnitud e impacto del problema.

Estos mensajes deben resaltar la complejidad del tema y establecer el tono de la iniciativa. Las estrategias de abogacía suelen incluir un mensaje principal amplio acompañado de hasta cuatro mensajes secundarios de apoyo. A continuación, se presentan ejemplos de mensajes posibles sobre mortinatalidad, que pueden adaptarse al contexto local:

- **Cada bebé nacido sin vida es una tragedia.** estima que ocurren [AGREGAR AQUÍ los datos más recientes antes de usar esta guía] muertes prenatales por año, muchas de las cuales son evitables y la mayoría ocurren durante el trabajo de parto o el nacimiento.
- **Las muertes prenatales son ignoradas de muchas formas, en detrimento del progreso y de las familias en duelo.** Son subestimadas en los sistemas de información y los sistemas de salud con frecuencia no están preparados para brindar apoyo a mujeres y familias en duelo.

- **Las mujeres de grupos desfavorecidos enfrentan al menos el doble de riesgo de muerte prenatal** en comparación con los grupos más favorecidos. Las políticas y programas dirigidos pueden ayudar a corregir estas desigualdades y reducir las muertes fetales.
- **El progreso en la reducción de las muertes prenatales es demasiado lento**, pero la experiencia demuestra que es posible lograr avances con un liderazgo sólido y las inversiones adecuadas.
- **Líderes, responsables políticos y defensores deben aprovechar con urgencia la oportunidad de visibilizar la mortinatalidad** e integrarla en las políticas y programas de salud materna e infantil. Estas acciones tienen el potencial de salvar millones de vidas.
- **En todos los niveles de la sociedad, necesitamos más abogacía y sensibilización** para enfrentar los tabúes dañinos y el fatalismo en torno a la mortinatalidad, reducir el estigma y garantizar que las mujeres y familias en duelo reciban el apoyo necesario.

Para obtener información sobre lo que los líderes pueden hacer, consulte la sección [Liderazgo](#) en el [Capítulo 5](#).



RECURSOS

- Recuadro 2: La desmitificación de la muerte prenatal en [deBernis et al. 2016 \(27\)](#) es un buen punto de partida para guiar la comunicación de hechos clave sobre el tema.
- El [modelo de mapeo, la hoja de cálculo y la lista de verificación](#), elaborados por la Agencia para el Registro de Sustancias Tóxicas y Enfermedades, pueden ser herramientas útiles.

Identificar y mantener aliados y líderes comunitarios

Al elaborar una estrategia de abogacía sobre la muerte prenatal, es importante identificar el público objetivo, los aliados, los líderes comunitarios y las personas o grupos que serán influenciados. Un análisis de poder puede ayudar a comprender los procesos de toma de decisiones y formulación de políticas, identificar a las partes interesadas involucradas y definir hasta qué punto pueden influir en el resultado (los cambios que queremos ver).

Para llevar a cabo un análisis de poder, considere tres preguntas clave:

- ¿Quién puede cambiar la situación actual? Estas son las *personas objetivo* o los individuos clave que están en una posición o tienen el poder de generar cambios.
- ¿Quiénes son las personas *influyentes*? Son las que tienen cierta influencia sobre los objetivos y pueden utilizarla a favor o en contra de los cambios deseados.
- ¿Qué les importa a estas personas? ¿Qué las motivaría a apoyar un llamado a la acción (las "peticiones")?

Los principales objetivos de las iniciativas de abogacía relacionadas con la mortinatalidad incluyen:

- Personas que formulan políticas de salud de alto nivel en agencias gubernamentales y de las Naciones Unidas (tomadores de decisiones/influenciadores)
- Responsables de programas y formuladores de políticas en otras agencias fuera del sector salud
- Parlamentarios/as (con foco en asignación presupuestaria, rendición de cuentas, representación)
- Sociedad civil, incluidas organizaciones de padres afectados (para fomentar la presión externa sobre el gobierno para que actúe)
- Agencias donantes
- Organizaciones no gubernamentales.
- Asociaciones profesionales de obstetras y otros médicos/as, parteras, enfermeros/as y otros profesionales de la salud (para influir en directrices y protocolos, y colaborar con el gobierno)
- Medios de comunicación (para la difusión de mensajes basados en evidencia)

La [Tabla 4.2](#) presenta ejemplos de objetivos de abogacía y posibles estrategias.

RECURSOS

- [Stakeholder power analysis](#)
- [Power analysis briefing](#)



TABLA 4.2: IDENTIFICAR Y COMPRENDER LOS OBJETIVOS DE ABOGACÍA

OBJETIVO	QUIÉN LOS INFLUYE	QUÉ LES IMPORTA	ESTRATEGIAS POSIBLES
Funcionario/a ministerial	Ministros/as, <i>think tanks</i> , universidades, exministros/as, figuras destacadas, donantes, personajes clave en materia de desarrollo social e implementación	Elaborar buenas políticas públicas, evidencia sólida para justificar acciones	Publique un informe en coautoría con una institución reconocida; organice una reunión con profesionales de salud y padres afectados para presentar un argumento de inversión y posibles soluciones
Político nacional	Medios de comunicación, otros legisladores, votantes clave, políticos regionales, colegas parlamentarios	Reelección, imagen pública (lo que piensa el electorado)	Organice una reunión con legisladores aliados; redacte una carta firmada por defensores nacionales; publique un artículo de opinión en los medios de comunicación
Político local	Líderes comunitarios, religiosos, votantes, medios de comunicación	Una comunidad fuerte, reelección	Escriba un artículo de opinión en el diario local, en coautoría con un padre y un líder religioso

Apoyar y amplificar las voces de las personas afectadas

El rol de los líderes comunitarios (madres/ padres en duelo u otras personas prominentes comprometidas con el tema) puede ser muy influyente y útil para el éxito de una estrategia de abogacía. Esto es particularmente relevante en el caso de la mortinatalidad, dada la fuerte carga de tabúes y estigmas culturales que la rodean. Involucrar y apoyar a un defensor o defensora para que se exprese —ya sea directamente ante el público objetivo o a través de medios de comunicación— puede ayudar a aumentar la conciencia sobre el problema y reducir parte del estigma que frena el progreso. Los políticos suelen verse influenciados por historias reales y

los mensajes transmitidos durante reuniones entre defensores y tomadores de decisiones pueden ser muy eficaces. La iniciativa de padres ISA PVI ofrece recomendaciones sobre cómo lograr esto (véase [Compartir lo que funciona](#)).

RECURSOS

- [Saving Newborn Lives Champions Toolkit, segunda edición y formularios editables del kit de herramientas](#)
- [Raising Parents' Voices Stillbirth Advocacy Toolkit: versión para el país – Kenya](#)
- [Raising Parent Voices Advocacy Toolkit – Versión para profesionales sanitarios de la India](#)



Compartir lo que funciona

La Iniciativa Voces de Madres y Padres (PVI) de la International Stillbirth Alliance (ISA) tiene como objetivo amplificar la voz y aumentar la participación de los padres que han perdido un hijo por muerte fetal, con el fin de fortalecer la defensa de la prevención de la muerte fetal y el apoyo al duelo. Sus dos kits de herramientas proporcionan una formación breve y sencilla en materia de defensa a las organizaciones de apoyo a los padres que han perdido un hijo por muerte fetal y a profesionales de la salud. En Kenia, el [kit de herramientas de defensa para madres y padres](#) que han sufrido una muerte fetal tiene como objetivo ayudar a los padres a luchar por sí mismos y por otras personas afectadas, como profesionales de la salud, familiares, amigos y líderes comunitarios, para obtener una atención de calidad. En la India, el [kit de herramientas de defensa para los profesionales de la salud](#) tiene como objetivo aumentar su conciencia sobre la mortalidad fetal, mejorar la atención después de los mortinatos y promover defensores, allanando el camino para que madres y padres hagan trabajo de defensa en su propio nombre.

Etapa 3: Involucrar y monitorear el progreso

PREGUNTA:	ACCIÓN:
¿Cuál es la mejor táctica o combinación de tácticas para lograr la máxima influencia?	Involucra a las personas que toman las decisiones y a quienes influyen en ellas
¿Qué acciones deben llevarse a cabo y en qué plazo para implementar estas tácticas?	Defina el tipo de participación: reuniones, foros, informes y artículos, peticiones, movilización
¿Cuáles son los mejores momentos para implementar las tácticas?	Desarrolle un plan de acción con objetivos y responsabilidades claros; asegúrese de enfatizar la responsabilidad y exigir acciones
¿Cómo supervisamos el progreso y definimos los siguientes pasos?	Defina el calendario: utilice eventos relevantes, aniversarios y otros «ganchos» que ayuden a enfatizar los objetivos Documente las acciones mediante informes, blogs, resúmenes de eventos, informes de redes sociales y comentarios a las partes interesadas pertinentes

Involucra a las personas con poder de decisión y a quienes influyen en ellas

El siguiente paso de una estrategia de promoción es involucrar a las personas con poder de decisión directamente o a través de quienes influyen en ellas o de cuestiones que les preocupan. Utilice el argumento a favor de la inversión y la mayor

concienciación creada a través de los mensajes para presionarlos a actuar. El [Anexo 5](#) presenta ejemplos de actividades para involucrar a quienes toman las decisiones y a quienes influyen en ellos.

Recuerde el objetivo: es fundamental adaptar la «solicitud» a lo que puede hacer quien toma la decisión. Por ejemplo, un funcionario de salud

no puede decidir el presupuesto de salud del gobierno, que es competencia del ministro de finanzas. Un legislador no puede resolver el problema de los mortinatos, pero puede pedir a los ministros que presionen a los ministerios para que recopilen mejores datos u organicen una revisión gubernamental del tema.

Una vez desarrollados los mensajes, identificados los defensores y definidas las tácticas, elabore una parrilla de mensajes que identifique el medio que se utilizará para mensajes específicos. Algunas de estas plataformas pueden ser las redes sociales (como X, Instagram y Facebook), una orientación política o un artículo de opinión en la prensa ([Tabla 4.3](#)). Tenga en cuenta el momento en que se envían los mensajes. Por ejemplo, puede ser mejor construir el argumento a lo largo del tiempo, en varias etapas.

RECURSOS

- [Kit de herramientas de lanzamiento](#) de la serie *Ending Preventable Stillbirths* de The Lancet.
- Cuadro de resultados *Ending Preventable Stillbirths do ISA Stillbirth Advocacy Working Group* (ISA-SAWG), que supervisa el progreso global en relación con el llamamiento a la acción de The Lancet. Véase el cuadro de resultados de 2018 publicado en las páginas 88-89 del [Informe de progreso de Every Newborn de 2019 \(53\)](#).
- [Resumen técnico conjunto Stillbirth Situation and Way Forward in the Middle East](#) (Situación de la mortinatalidad y camino a seguir en Oriente Medio) (más información sobre cómo se elaboró este resumen en [Compartir lo que funciona](#)).



TABELA 4.3: EJEMPLO DE UNA PARRILLA DE MEDIOS

OBJETIVO	AGENTE	CONTENIDO DEL MENSAJE	MÉTODO DE DIFUSIÓN	TIEMPO Y FRECUENCIA
Aumentar la sensibilización y el sentido de urgencia sobre la reducción de mortinatalidades	Madres y padres afectados Profesionales de la salud	Las muertes fetales son ignoradas y el progreso es lento (incluir datos)	Serie de tuits, publicaciones en Instagram, publicaciones en Facebook, vídeos en TikTok (y/u otras plataformas de redes sociales)	Una vez, al lanzar la estrategia
Aumentar la sensibilización sobre las desigualdades que aumentan el riesgo de mortinatalidad	Instituciones académicas Organizaciones profesionales	(Por ejemplo) La mortinatalidad afecta de manera desproporcionada a las familias que viven en zonas rurales y remotas	Informes, infografías, entrevistas en radio o televisión, redes sociales	Una vez, al lanzar la estrategia
Reducir el estigma relacionado con los mortinatos	Madres y padres afectados Profesionales de salud	No podemos reducir la mortinatalidad si no podemos hablar sobre el tema	Entrevistas en radio o televisión, redes sociales, inclusión de paneles de madres y padres en eventos comunitarios y religiosos	En el lanzamiento de la estrategia y seis meses previos al nuevo presupuesto del Ministerio de Salud

Compartir lo que funciona

La [Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental \(OMS EMRO\)](#), la [Oficina Regional de las Naciones Unidas para el Fondo de Población de los Estados Árabes \(UNFPA ASRO\)](#), el [Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia \(UNICEF\)](#) y la [Oficina Regional de UNICEF para Oriente Medio y África del Norte \(UNICEF MENARO\)](#) han elaborado conjuntamente el [resumen técnico *Stillbirth Situation and Way Forward*](#) con el fin de unir sus voces. En las regiones combinadas del Mediterráneo Oriental, los Estados Árabes y Oriente Medio y Norte de África, alrededor de 380 000 bebés nacen muertos cada año, con una tasa de 19 mortinatos por cada 1000 nacidos vivos, lo que supera la media mundial de 14 por cada 1000 nacidos vivos. La sede de UNICEF contribuyó con la consolidación y el análisis de los datos, ya que los países cubiertos por las tres organizaciones en la región son ligeramente diferentes. Debido a la pandemia de COVID-19, se celebraron reuniones y debates virtuales entre las tres agencias y se organizó un seminario web regional para crear conciencia sobre la situación de la mortalidad neonatal, los principales desafíos y el camino a seguir. El resumen está disponible en inglés, árabe y francés [en el sitio web de UNICEF](#).

Asegurar la rendición de cuentas y medir el progreso

Una estrategia de abogacía debe contar una historia. Debe mostrar cómo las actividades planificadas generarán los cambios deseados. Identifíquelas e incluya hitos para hacer seguimiento del progreso. El [Anexo 6](#) proporciona un modelo de plan de acción. Revise su plan de acción, hitos e indicadores para cada objetivo. A través de discusiones y retroalimentación sobre qué mensajes y tácticas están funcionando y cuáles no, la estrategia puede mejorarse.

Al final del proceso, dedique un tiempo a evaluar la estrategia: los resultados alcanzados, el esfuerzo invertido y las lecciones aprendidas, para contribuir al diseño de la próxima estrategia. El trabajo de abogacía no es fácil. Celebrar incluso los logros pequeños puede mantener el impulso y demostrar que los esfuerzos están marcando la diferencia.

RECURSOS



- [Global Health Advocacy Incubator](#) ofrece una amplia gama de orientaciones y herramientas para promover la incidencia.
- La [Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño \(PMNCH\)](#) ha recopilado varios kits de herramientas para promover la abogacía, incluidos algunos específicos sobre muertes prenatales, que proporcionan más orientación e ideas útiles para la práctica. Véase el [Anexo 7](#).
- El [National Stillbirth Action and Implementation Plan \(Plan Nacional de Acción y Ejecución sobre Natimortalidad de Australia \(54\)\)](#) es otro recurso muy útil. (Lea sobre cómo se elaboró este plan en el [repositorio en línea](#).)

5. IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA A LO LARGO DE LA ATENCIÓN CONTINUA



© UNICEF/UNI81224/Pirozzi

Awa Sontao, sentada en una cama del hospital regional de Djenne, en la región de Mopti (Mali), se está recuperando de unas complicaciones durante el parto que provocaron que su bebé naciera sin vida. Había pasado tres días de doloroso trabajo de parto antes de que la llevaran a un centro médico rural en la aldea de Mougna, a 15 km de su casa, en un carro tirado por dos bueyes —el único medio de transporte disponible—. Luego, una ambulancia la trasladó desde el centro médico hasta el hospital regional. Cuando llegó, su útero se había roto y el bebé ya había fallecido.

Poner fin a los mortinatos prevenibles y proporcionar atención respetuosa y de apoyo después de los mortinatos -incluyendo los cuidados de duelo y los cuidados en embarazos posteriores- requiere la implementación de programas en todo el continuo de atención. Este capítulo describe estrategias y elementos esenciales para la implementación de dichos programas. El capítulo se estructura en torno a cuatro áreas de acción:

- ACCESO A LA ATENCIÓN
- LIDERAZGO
- INFRAESTRUCTURA, EQUIPOS Y SUMINISTROS
- MANO DE OBRA SANITARIA

Orientaciones adicionales para el cuidado del duelo, que se introdujeron en el [Capítulo 3](#), se destacan a lo largo de este capítulo en cajas naranjas, como se muestra a continuación. Esa estructura se adoptó para transmitir el importante mensaje de que la atención del duelo no es un elemento opcional o adicional, sino un componente crucial de la atención continua para las familias cuyo bebé nace muerto.

A lo largo de este capítulo, busque más especificaciones para el cuidado del duelo como lo indican esas cajas naranjas.

Acceso a la atención

Para prevenir los mortinatos, todas las mujeres deben tener acceso a la atención médica desde la preconcepción hasta el período posnatal. Esto requiere la eliminación de barreras físicas, socioeconómicas y culturales a los servicios de salud. Garantizar el acceso a la atención clínica ayudará a lograr un “retorno de la inversión de más del triple” (52): menos muertes maternas y neonatales, menos mortinatos y un mejor desarrollo infantil y salud de por vida.

Seis estrategias a lo largo de todo el continuo de atención

ESTRATEGIA 1: Fortalecer los sistemas e intervenciones de salud basados en la comunidad

Los sistemas de salud basados en la comunidad acercan geográficamente los servicios a las mujeres y ayudan a eliminar otras barreras al servicio.

LO QUE SE PUEDE HACER:

- Involucrar a los proveedores comunitarios formales e informales como aliados clave en el aumento de la demanda y la oferta de servicios de salud. Incluya parteras indígenas, doulas, trabajadores de salud comunitarios, parteras tradicionales, voluntarios de salud, parteras y acompañantes de la comunidad. Estos proveedores pueden ayudar a reducir las desigualdades en el acceso a la atención (55-57).
 - **Nivel local:** Facilitar la comunicación entre el personal del centro de salud y los trabajadores de salud comunitarios.
 - **Nivel de política:** Cuando corresponda, explorar cómo integrar a las parteras tradicionales en los sistemas de salud para que estén mejor equipadas para conectar a las mujeres con los centros de salud formales y brindar apoyo. Este [artículo de BMC \(58\)](#) puede ayudar.
- Promover un entorno normativo propicio para fortalecer la integración de los proveedores comunitarios en el sistema de salud.
 - **Nivel medio:** Reúnase con los proveedores de la comunidad para conocer qué obstáculos impiden su integración en el sistema de salud.
 - **Nivel de política:** Incluir representantes de proveedores basados en la comunidad en revisiones periódicas del progreso y desarrollo de políticas nuevas y más inclusivas. Verifique sistemáticamente con los proveedores de la comunidad para evaluar la efectividad de las políticas mejoradas.

- Invertir en clínicas móviles y servicios de divulgación. Estos servicios proporcionan vínculos cruciales entre la comunidad y el sistema de salud, particularmente en áreas remotas. Consulta [Compartir lo que funciona](#).
- Involucrar a los líderes comunitarios y religiosos para promover la demanda de atención médica y grupos de apoyo para la mortalidad, transmitir importantes mensajes de salud y ayudar a reducir el estigma y los conceptos erróneos sobre la mortalidad.
 - **Nivel local:** Invitar a los líderes a hablar sobre mortinatos en la radio pública.
 - **Nivel medio:** Identificar líderes influyentes e incluirlos en campañas de prevención de mortinatos.
- Asociarse con los padres y las comunidades, aprendiendo a colaborar con ellos, dándoles un asiento en la mesa y asegurando el equilibrio de poder necesario para coproducir programas de trabajo y servicios significativos y accesibles.

CONOCER MÁS

- Lee sobre [los modelos basados en la comunidad para mejorar los resultados de salud materna y promover la equidad en salud \(59\)](#) en los EE UU.
- Lee sobre [la atención basada en la comunidad para mejorar la salud materna, neonatal e infantil en entornos de bajos ingresos \(60\)](#).
- Revisa el [Manual de Campo Interagencial sobre Salud Reproductiva en Contextos Humanitarios \(61\)](#).
- Lee [un estudio \(62\)](#) que demuestra un ejemplo de servicios móviles de extensión para madres y niños en Afganistán afectado por conflictos.
- Accede a la [Guía de la OMS sobre Política de salud y apoyo al sistema para optimizar los programas de trabajadores de salud comunitarios \(63\)](#).



Compartir lo que funciona

En Kenia, los voluntarios de salud comunitaria trabajan directamente con las familias en sus aldeas. Ellos identifican y remiten casos según sea necesario y educan a las mujeres sobre los servicios disponibles, incluyendo el programa Linda Mama (Protege a una Madre) de Kenia. Este programa ofrece servicios básicos de maternidad gratuitos y ha mejorado el comportamiento de búsqueda de salud durante el embarazo y el parto.

→ [Leer más sobre Linda Mama](#)

Además, los servicios integrados de extensión móvil sirven a las comunidades de difícil acceso a través de asociaciones público-privadas y comunitarias, superando las barreras de acceso, incluyendo la incapacidad de pagar el transporte y las largas colas en las instalaciones. Estos servicios permiten a los ministerios de salud y a las organizaciones no gubernamentales colaborar para ampliar el alcance de ambos tipos de socios para lograr los objetivos de salud materna. Las asociaciones facilitan un enfoque holístico al llenar las brechas de servicio o proporcionar asistencia técnica donde los servicios son limitados. Se alienta la planificación del trabajo conjunto para garantizar un alcance bien coordinado.

→ [Leer más sobre los servicios de extensión móvil de Kenia.](#)

ESTRATEGIA 2: Establecer flujos claros de referencia y escalonamiento

Los flujos de referencia y escalonamiento (para situaciones en las que existe preocupación por una complicación aguda en el embarazo) son fundamentales para minimizar retrasos y garantizar que las mujeres reciban, lo más rápido posible, los servicios que necesitan. Esto incluye la articulación con servicios especializados que pueden estar fuera del alcance de las parteras (matronas), así como el transporte necesario para viabilizar la implementación de estos flujos.

LO QUE SE PUEDE HACER:

→ Verificar si su Ministerio de Salud cuenta con un paquete de calidad de la atención. Asegúrese de que incluya una política de referencia y escalonamiento. De no ser así, colabore en el desarrollo de dicha política y apoye su inclusión en el paquete.

→ Fortalecer los vínculos de referencia:

- **Nivel local:** Divulgar, discutir e implementar las directrices de referencia. Si no es posible implementarlas, identifique y comunique los obstáculos existentes.
- **Nivel político:** Asegurar que los vínculos de referencia formen parte de la política de calidad de la atención.

→ Fortalecer las estrategias y los sistemas de transporte de la comunidad. Cuando se combinan con intervenciones móviles, estas estrategias y sistemas pueden reducir los retrasos en la búsqueda de atención y aumentar el número de asistencias realizadas en las unidades de salud (consulte [Experiencias exitosas](#)).



Asma Begum, una mujer embarazada que busca atención médica en un hospital – Bangladesh. Fuente: White Ribbon Alliance.

Compartir lo que funciona

En Kenia, las políticas de escalada están claramente integradas en los servicios de salud. Para reducir los retrasos, la mayoría de los condados están fortaleciendo las asociaciones público-privadas y las derivaciones inversas (cuando el médico se traslada a la unidad de derivación para el tratamiento oportuno de la complicación). Algunos condados también tienen referencias entre instalaciones (públicas o privadas) (cuando el médico se traslada con el paciente a la nueva instalación si la instalación original no tiene los suministros necesarios o un quirófano funcional).

→ Mira [este breve clip](#) y lee [este artículo del boletín](#) para obtener más información.

ESTRATEGIA 3: Desarrollar un paquete mínimo de mensajes de salud para las mujeres

Garantizar que las mujeres conozcan los servicios a los que tienen derecho es fundamental para aumentar la demanda, mejorar la calidad de la atención y, en última instancia, reducir la mortinatalidad (muertes fetales).

LO QUE SE PUEDE HACER:

- Identificar e integrar mensajes clave en los programas de educación y promoción de la salud ofrecidos como parte de los paquetes de atención o a través de mHealth (salud móvil) (consulte la [Estrategia 4](#)).
- Promover un enfoque de autocuidado, garantizando que las mujeres sepan qué acciones pueden realizar para gestionar y apoyar su propia salud (consulte [Más información](#)).
- Asegurarse de incluir mensajes específicos sobre la mortinatalidad en los mensajes relacionados con la salud. Consulte [“Establezca una narrativa” en el Capítulo 4](#).

MÁS INFORMACIÓN



- Cuando se utilizan de forma adecuada, las intervenciones de autocuidado pueden ampliar el acceso a la atención y mejorar los resultados de salud. La [Directriz de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar, revisión de 2022 \(64\)](#) incluye acciones de autocuidado en los periodos prenatal, intraparto y posnatal, así como en la planificación familiar.
- El [Safer Baby Bundle](#) es una iniciativa nacional para reducir las tasas de mortinatalidad en Australia. Lea sobre cómo se implementó el Safer Baby Bundle en un hospital regional australiano en la sección [Experiencias exitosas](#).

Compartir lo que funciona

El [Safer Baby Bundle](#) es una iniciativa nacional en Australia que incorpora cinco elementos basados en evidencias para reducir las tasas de mortinatos en el final del embarazo. En Townsville, Australia, uno de los mayores desafíos que anticipó el equipo del proyecto Safer Baby Bundle fue transmitir los importantes mensajes de salud del Safer Baby Bundle a la comunidad en general. Townsville Hospital and Health Service cubre un área geográfica muy amplia, que incluye comunidades regionales y remotas. Para garantizar que el mensaje fuera claro y coherente en toda la región, el equipo comenzó con un despliegue local, incluyendo un padre con una experiencia vivida de mortinato, relaciones públicas del hospital y el ministro de salud del estado. El lanzamiento tuvo éxito en llegar a la comunidad más amplia de Townsville y promover el Safer Baby Bundle. Para ayudar con la implementación, el equipo compró un televisor para la sala de espera de la clínica prenatal, que mostraba contenido educativo proporcionado por el [Centro Australiano para la Excelencia en la Investigación de Mortinatos](#). Se compraron otros materiales promocionales, incluidos pancartas, carteles e imanes que describen los elementos de cuidado del Safer Baby Bundle. Se distribuyó material promocional a las clínicas prenatales y a las mujeres y sus familias. El lanzamiento y la promoción continua del Safer Baby Bundle crearon conversaciones sobre los mortinatos, reduciendo el estigma de la mortinatalidad y educando a las mujeres y sus familias sobre cómo reducir el riesgo.

→ [Lee más sobre el lanzamiento del Safer Baby Bundle en Townsville](#)

ESTRATEGIA 4: Adoptar estrategias innovadoras de salud móvil para facilitar el acceso a la atención

Los modelos innovadores de prestación de servicios, incluyendo la mHealth (salud móvil) y otras tecnologías, pueden ayudar a superar las barreras clave para acceder a la atención a nivel comunitario.



La salud móvil es el uso de dispositivos móviles para mejorar la salud de la población, por ejemplo, a través de la entrega de mensajes de salud, la recopilación de datos de salud, el monitoreo de biomarcadores o incluso la prestación de atención médica.

REALCE DE LOS DATOS

Las tasas de mortinatos son más altas entre los grupos más pobres y marginados y en las regiones más rurales y remotas (31). Incluso en los países de ingresos altos, **las mujeres de grupos desfavorecidos enfrentan al menos el doble de riesgo de mortinatos en comparación con los grupos más favorecidos (65).**

LO QUE DE PUEDE HACER:

- Descubra cómo integrar mHealth en la atención proporcionada en su entorno (consulte [Compartiendo lo que funciona](#)).
- Adapte la salud móvil para proporcionar información y recordatorios a los grupos marginados. Asóciese con los líderes para garantizar una adaptación apropiada para estos grupos.

Compartir lo que funciona

El Ministerio de Salud de Kenia está adoptando progresivamente una plataforma digital de salud que conecta a las mujeres con consejos y referencias para atención vital. Las mujeres reciben recordatorios a través de mensajes masivos sobre los días de la clínica, las señales de peligro del embarazo y las acciones necesarias. Estas advertencias por SMS han impulsado importantes cambios de comportamiento, como la mejora de la atención prenatal y la aceptación de la lactancia materna, la planificación familiar y la vacunación infantil. También se ha mejorado la referencia y valoración de casos urgentes, conectando a las mujeres y sus bebés que enfrentan enfermedades potencialmente mortales con las instalaciones mejor equipadas que se encuentran más cercanas.

ESTRATEGIA 5: Preguntar a las mujeres qué es lo que desean

La base de las primeras cuatro estrategias debe ser un diálogo abierto con las mujeres sobre sus experiencias, necesidades y expectativas en relación con el acceso a la atención.

Atención en el duelo

Preguntar a las mujeres y a las familias qué es lo que desean es esencial para ofrecer una atención en el duelo que sea respetuosa y acogedora (consulte [Experiencias exitosas](#) para ver un estudio de caso sobre ver y sostener al bebé mortinato).

LO QUE SE PUEDE HACER:

- Garantizar que las mujeres sean tratadas como expertas en la identificación de obstáculos para el acceso a la atención y también en las posibles soluciones. Una forma de lograrlo es incluirlas en la revisión de borradores de políticas públicas.
- Utilizar las demandas de [What Women Want](#) (Lo que las mujeres quieren) de la White Ribbon Alliance para orientar las prioridades en la oferta de servicios (consulte [Más información](#)).
- Incluir a mujeres que han tenido un bebé mortinato o que han pasado por una muerte neonatal para identificar formas de garantizar el acceso a la atención. Las opiniones y experiencias de estas mujeres pueden orientar mejoras en el

cuidado, asegurando que sea respetuoso tanto durante como después de la pérdida.

- [Ponerse en contacto con la ISA](#) (International Stillbirth Alliance) para conectar con mujeres que han vivido la mortinatalidad en su región.

MÁS INFORMACIÓN

- La campaña de la White Ribbon Alliance, [What Women Want](#), preguntó a 1.3 millones de mujeres de más de 115 países cuáles eran sus demandas sobre la calidad de la atención reproductiva y materna. Las cinco peticiones principales fueron:

1. Atención respetuosa y digna.
2. Disponibilidad de agua, saneamiento e higiene.
3. Disponibilidad de medicamentos y suministros (equipos).
4. Disponibilidad de parteras (matronas) y enfermeras, además de un mejor apoyo para estas profesionales.
5. Unidades de salud cercanas y en pleno funcionamiento.

Atención materna respetuosa — Pakistán.
Fuente:
White Ribbon Alliance.



ESTRATEGIA 6: Abordar los prejuicios inconscientes en las interacciones entre profesionales de salud y mujeres

Una estrategia fundamental para ampliar el acceso a la atención es abordar el prejuicio implícito entre los profesionales de salud.

El prejuicio implícito ocurre cuando creencias y suposiciones inconscientes sobre la raza, condición social, etnia, religión, edad, género u otras características individuales influyen en el juicio y en las interacciones de una persona con otra. Estas creencias y suposiciones pueden ser perjudiciales y contribuir a las inequidades en la atención de salud, resultando en peores resultados de salud para determinados grupos poblacionales (66). Estos prejuicios no se limitan a los individuos; también pueden estar arraigados en las instituciones, manifestándose en políticas y prácticas institucionales que conducen a una menor calidad de la atención y a una utilización inadecuada de los servicios de salud (67).

LO QUE SE PUEDE HACER:

- Integrar el aprendizaje sobre prejuicios inconscientes en las políticas institucionales.
- **Nivel local:** Realizar simulacros o juegos de rol (role-playing) con profesionales de salud para identificar cómo el prejuicio puede influir en el trato. Discutir las observaciones e [introducir capacitaciones](#).
- **Nivel intermedio:** Analizar las políticas relevantes junto a representantes de poblaciones marginadas para identificar posibles puntos que, inadvertidamente, permitan prejuicios implícitos. Promover un debate sobre estos análisis.

MÁS INFORMACIÓN

- Lea sobre la [legislación de California](#) que aborda los prejuicios implícitos en la atención de la maternidad.



Compartir lo que funciona

En los países de ingresos bajos y medios, ver o sostener a un bebé mortinato es culturalmente inapropiado, ¿es esto cierto? La perspectiva de un obstetra en India.



Una madre sostiene a su bebé mortinato en PGIMER Chandigarh, India. Nos pidió que ocultáramos sus ojos. Imagen compartida por Bharti Sharma, Consultora del Proyecto SEARO de OMS, Departamento de Obstetricia y Ginecología, con permiso.

Como obstetra que trabaja en una sala de partos concurrida, nunca pensé que ver o sostener a un bebé mortinato le ayudaría a una madre a sobrellevar la situación. La creación de memoria en esta situación parecía ser inapropiada, algo que podría exacerbar el trauma. Pero evidencias crecientes han demostrado que ver y sostener a un bebé mortinato puede ser beneficioso para los padres afligidos. Debido a pruebas limitadas y una gran carga para nuestro medio ambiente, un bebé mortinato generalmente se envuelve y se entrega a los miembros de la familia. Las decisiones sobre el bebé mortinato y madre se dejan en su mayoría a la familia; las madres generalmente no están involucradas.

Recientemente, cuidé a una mujer que tenía un bebé mortinato.

Cuando le preguntamos directamente a la madre y a su familia si querían ver o sostener al bebé, la familia consintió. Entonces, en lugar de envolver al bebé mortinato con una tela, el bebé fue limpiado y vestido adecuadamente, como lo hacemos con un bebé nacido vivo. Después de sostener al bebé, ambos padres se mostraron satisfechos y expresaron su agradecimiento a los profesionales de la salud.

Desde entonces, otras mujeres han aceptado ver, sostener y pasar tiempo de calidad con su bebé mortinato. Estas madres me enseñaron que el dolor de una madre después de un mortinato no es específico de un país: es el mismo en todo el mundo. El contacto y el tiempo de calidad con un bebé mortinato son poderosos, y todos los padres, sin importar dónde vivan, merecen esa oportunidad. Como profesionales de la salud, es nuestra responsabilidad moral brindar estas oportunidades y respetar las preferencias de los padres en duelo.

Liderazgo

Un buen liderazgo promueve y cataliza los esfuerzos hacia un objetivo común.

El liderazgo reúne a personas y recursos, inspirando, apoyando y permitiendo a las personas alcanzar un objetivo común como un equipo unido. El liderazgo es empoderar y servir a los demás hasta un punto en el que las personas desarrollen una “mentalidad de propiedad” (68).

¿Cómo es el liderazgo para la prevención y el apoyo de los mortinatos?

A nivel comunitario

Las mujeres que experimentan la muerte fetal son miembros de una familia y forman parte de una comunidad. Por lo tanto, el liderazgo a nivel comunitario es crucial para la prevención y el cuidado de los mortinatos.

Los líderes comunitarios pueden desempeñar un rol importante en la difusión de mensajes de salud a los miembros de la comunidad y a los trabajadores de salud de la comunidad. Esto capacita las comunidades para exigir acceso a servicios y atención de salud de calidad y respetuosos.

RECURSOS



- Llamada de la Alianza Lazo Blanco [Un conjunto de herramientas de organización comunitaria \(69\)](#) puede ayudar a guiar la acción a nivel comunitario en torno a la salud y los derechos a la salud y la atención respetuosa de la maternidad.

LO QUE SE PUEDE HACER:

- Identificar líderes comunitarios que [defiendan](#) en varios niveles de atención para garantizar que ninguna mujer o familia se quede atrás.
- Proporcionar a los líderes comunitarios información de salud relacionada con la prevención y atención de mortinatos. Echa un vistazo a estos [ejemplos del Centro Australiano de Excelencia en la Investigación de Mortinatos de recursos de información sobre la prevención de mortinatos](#) en varios idiomas.
- Con los líderes comunitarios, aliente a las mujeres a asistir a la atención prenatal para la salud y bienestar de ellas y el de sus bebés.
- Considere establecer clínicas de extensión donde no estén disponibles (lee más en [Acceso a la atención](#)).

© UNICEF/UN0727700/Abdul Esther Achieng, miembro del Equipo de Salud de la Aldea (VHT) y movilizadora que llega a un en el pueblo de Olibai y usando su megáfono para movilizar a las madres y cuidadores en la comunidad a unirse para el alcance mensual de inmunización.





CONOCER MÁS

- Los esfuerzos de liderazgo deben reflejar una comprensión de los determinantes estructurales de la salud. Lee sobre [como el pensamiento sistémico ayuda a resolver los desafíos mundiales de salud \(70\)](#), incluyendo los mortinatos.

En el nivel de atención clínica

Los líderes de nivel intermedio deben garantizar la asignación adecuada de parteras que sean no solo competentes, sino también comprometidas en ofrecer una atención obstétrica respetuosa y de calidad. Un liderazgo claro y consistente, aliado a la rendición de cuentas, puede contribuir a la reducción de los casos de mortinatos.

LO QUE SE PUEDE HACER:

- Asegurarse de que las profesionales que atienden a las mujeres en la continuidad de la atención estén formadas, calificadas y debidamente registradas para ejercer los cuidados obstétricos. Esto requiere capacitar, brindar apoyo y empoderar a más parteras.
- Garantizar que profesionales con más experiencia estén siempre disponibles para brindar apoyo a quienes tienen menos experiencia.



MÁS INFORMACIÓN

- El fortalecimiento del liderazgo y la rendición de cuentas puede salvar vidas. [Lea sobre el hospital en Zimbabwe \(71\)](#) que presentó una reducción de mortinatos intraparto tras la designación de parteras competentes y la realización de cesáreas de manera oportuna.

Un liderazgo eficaz a nivel clínico puede facilitar la vigilancia y la respuesta a los mortinatos, como se hace con las muertes maternas. Esto significa

identificar las causas de los mortinatos, los factores contribuyentes y los cambios en la práctica.

LO QUE SE PUEDE HACER:

- Promover la colaboración entre los profesionales de la salud en las maternidades y con las mujeres usuarias de los servicios.
- Promover la apertura entre el personal con respecto a las preocupaciones de los padres y las familias. Dar a los padres la opción de ser incluidos en la revisión a nivel del centro de salud de la muerte de su bebé (revisión de mortalidad perinatal).
- Colaborar con instituciones de enseñanza para el desarrollo de competencias previas al ejercicio profesional y para la educación continua o en servicio, según se identifique como necesario con base en la vigilancia.
- Monitoreo y evaluación de la calidad del servicio. Utilice los hallazgos para informar el cambio en la práctica.

MÁS INFORMACIÓN

- 
- El liderazgo debe ofrecer apoyo continuo y consistente, además de retroalimentación (feedback) positiva y motivadora a los profesionales de salud. [Lea más sobre cómo invertir en parteras y en la obstetricia \(72\)](#) representa una estrategia con una buena relación costo-beneficio para reducir la mortinatalidad, además de mejorar la salud materna y neonatal.

A nivel político

Para tener un impacto a nivel de políticas, es valioso tener una persona asignada para proporcionar liderazgo general en la prevención y atención de mortinatos.

© UNICEF/UNI171779/Paul

El Ministerio de Salud y Bienestar Familiar lleva a cabo una reunión de concientización social sobre la muerte materna, la mortalidad infantil, mortinatos y otros problemas de salud en Pirganj, Thakurgaon (Bangladesh) el 8 de septiembre de 2014.



LO QUE SE PUEDE HACER:

- Utilice sus redes para identificar a una persona que conozca los problemas de salud materna, neonatal e infantil, así como las políticas gubernamentales y no gubernamentales. Esta persona debe ser alguien que tenga la capacidad de establecer relaciones de colaboración con organizaciones locales e internacionales, para reunir recursos financieros y humanos para un mayor impacto.
- Educarlos sobre las necesidades de prevención de mortinatos de su país o región. Haga un brainstorming sobre una lista de políticas que defiende.
- Una vez más, asegúrate de que los padres tengan una plataforma para compartir sus historias; estas historias pueden ser muy poderosas para impulsar la acción a nivel político. Asegúrate de involucrar a los padres interesados más allá de la narrativa, para ayudar a informar la política y la práctica a través de sus conocimientos.



TIP

- Un embajador de la salud de la mujer puede unirse a los responsables políticos e impulsar estrategias de prevención y atención de mortinatos.
- Lee sobre el papel y el impacto de la comadrona jefe de Kirguistán en [Compartir lo que funciona](#).



REFLEXIÓN

*¿Conoce a alguien en su región o entorno que haya presionado por cambios en la salud de las mujeres y de los niños?
¿Qué crees que se necesitaría para que también presionaran las autoridades por la prevención y atención de mortinatos?*

Finalmente, los esfuerzos para prevenir o reducir la incidencia de mortinatos requerirán defensa. El rol del líder designado es, en parte, garantizar que se escuchen las voces de los defensores. Esto incluye las voces de las organizaciones profesionales relevantes, que representan a la fuerza laboral de la salud.

RECURSO



- Este [Kit de Herramientas de defensa para las matronas \(73\)](#), desarrollado por la Confederación Internacional de Matronas (ICM), incluye información y orientación sobre cómo defender el aumento de recursos para las matronas, crear conciencia sobre temas de salud, aumentar los derechos y protecciones de las matronas, y más.

LO QUE SE PUEDE HACER:

- Revisa el [Capítulo 4](#) para obtener orientación sobre cómo tener un impacto a diferentes niveles, incluso a nivel político.
- Utiliza los recursos y consejos proporcionados en la siguiente sección sobre [la fuerza de trabajo en salud](#) para guiar y apoyar los esfuerzos de liderazgo.
- Trabaja para desarrollar estándares de atención clínica para su entorno para enseñar áreas clave de mejora de la calidad. El [Australian Stillbirth Clinical Care Standard \(74\)](#) es un ejemplo, que describe 10 declaraciones de calidad y siete indicadores para reducir la mortinatalidad y mejorar la atención después de la muerte fetal, incluso en embarazos posteriores/subsecuentes.

Compartir lo que funciona

En 2016, la ICM trabajó con la Alianza de Parteras de Kirguistán (KAM), el Ministerio de Salud de Kirguistán y otras partes interesadas para introducir la Estructura de Servicios de [Obstetricia](#). Se han desarrollado planes de trabajo para fortalecer la educación, la regulación y el KAM en obstetricia, incluyendo el nombramiento de una partera jefa por parte del Ministerio de Salud. Asel Orozalieva se convirtió en la segunda partera jefa en 2022. La partera jefa promueve y apoya a las parteras y matronas en Kirguistán, defendiendo la profesión políticamente a nivel del Ministerio de Salud de la República de Kirguistán. Es visible por su participación en conferencias, talleres y seminarios organizados por el Ministerio de Salud y otros socios para el desarrollo. Como líder de obstetricia, la partera jefa ha tenido un impacto positivo en las relaciones con los socios de desarrollo y las partes interesadas. Ella promueve activamente a las parteras, nominándolas para los premios del Ministerio de Salud. Desde que se introdujo el rol, se ha producido una mejora del marco normativo y legal de las parteras en la República. En 2018, el Ministerio de Salud aprobó competencias para parteras adaptadas de las [Competencias Esenciales de Práctica de Obstetricia de ICM](#). La práctica autónoma de las parteras ha mejorado en las regiones donde prestan servicios independientes para la gestión del embarazo, así como el parto y el período posnatal.

→ Lee más sobre la Estructura de Servicios de Obstetricia en la sección [Fuerza Laboral de Salud](#) en [Modelos de atención](#).

Cuidados del duelo

El apoyo organizacional dentro de una unidad de salud es fundamental para garantizar la calidad de la atención en el duelo, creando las estructuras, los procesos y las condiciones necesarias en todo el servicio de salud para viabilizar un cuidado acogedor y respetuoso. Lo que los directores de unidades de salud pueden hacer:

- Buscar políticas, protocolos y directrices relevantes basados en evidencia y garantizar que estén accesibles para todo el equipo.
- Identificar portavoces locales para liderar el desarrollo y la implementación de iniciativas de apoyo al duelo.
- Defender el derecho de que todos los profesionales —incluyendo estudiantes y recién graduados— reciban capacitación para ofrecer atención perinatal en el duelo de acuerdo con las mejores prácticas.
- Garantizar que existan mecanismos de apoyo formales e informales, como reuniones de análisis de resultados (consulte la sección [Fuerza de trabajo en salud](#)).
- Promover la mentoría clínica y la supervisión para fortalecer la capacidad del equipo y asegurar la continuidad de una atención de alta calidad.
- Disponer de espacios específicos para ofrecer la atención en el duelo (consulte [Infraestructura](#)).
- Establecer procesos de recolección de datos para el monitoreo de la calidad de la atención en el duelo.
- Crear alianzas locales y mecanismos de referencia en la comunidad (como grupos de apoyo para padres).
- Identificar y colaborar con líderes comunitarios, incluyendo líderes tradicionales, cooperativas de mujeres, organizaciones de padres y grupos religiosos.

Sónia Felizberto Camilo, de 24 años, es madre de gemelos, Junito y Junior, que tienen 9 meses. Los gemelos nacieron en el Centro de Salud Ramiane (RHC) después de la construcción de las nuevas instalaciones de agua y saneamiento. Sus hijos mayores nacieron cuando estas instalaciones aún no existían y fueron dos experiencias muy diferentes. nacieron cuando estas instalaciones aún no existían y fueron dos experiencias muy diferentes



Infraestructura, equipos y suministros

Se necesita infraestructura, equipos y suministros para la prevención y atención de mortinatos. Proporcionar recursos completos para que los centros de salud brinden atención de calidad a lo largo del continuo de la atención -incluso como parte de la prevención y atención de mortinatos- requiere innovación, educación, inversión y voluntad política.

Infraestructura

Las necesidades de infraestructura para la prevención y atención de mortinatos incluyen (pero no se limitan a):

- Rutas para facilitar el acceso, referencia y entrega de suministros;
- Electricidad para instalaciones y equipos en operación;
- Suministro de agua potable para la prestación de atención;
- Servicios médicos de emergencia;
- Rutas de referencia establecidas;
- Servicios de patología y diagnóstico.

Asegurar que la infraestructura necesaria esté disponible requiere que un departamento u organización dedicada a nivel nacional sea responsable de identificar y priorizar las necesidades, así como de recopilar datos y planificar, implementar y mantener la infraestructura en sí. El departamento también debe tener la autoridad para coordinar las necesidades de infraestructura con otros sectores gubernamentales y organizaciones no gubernamentales a nivel nacional, distrital y local.

REFLEXIÓN



¿Qué departamento gubernamental es responsable de las necesidades de infraestructura relacionadas con la prevención de mortinatos en su entorno? ¿Hay más de uno? ¿Cómo uno podría conectarse con alguien de este departamento para planificar mejoras?

LO QUE SE PUEDE HACER:

- Colaborar con colegas para identificar problemas locales con infraestructura, equipos y suministros. [Pruebe esta herramienta de solución de problemas.](#)
- Presionar (ya sea que trabaje a **nivel local** o intermedio) u obtener fondos (ya sea que trabaje a **nivel local** o **político**) para adoptar nuevas herramientas, tecnologías y estrategias de suministro para ampliar el alcance de la atención médica y superar las deficiencias de infraestructura. Las pautas de la [Estrategia 4: Adoptar estrategias innovadoras de salud móvil para facilitar el acceso a la atención](#) en el Capítulo 4 pueden ayudar.
- Promover la colaboración entre los diferentes ministerios gubernamentales responsables de garantizar que se satisfagan las necesidades de infraestructura relacionadas con la mortinatalidad:
 - **Nivel local:** Invite a las autoridades locales a un foro para discutir los éxitos y desafíos de la infraestructura.
 - **Nivel intermedio:** Organizar una mesa redonda de colegas de otros ministerios para compartir soluciones viables a los desafíos en la provisión de infraestructura.



RECURSO

- El [Plan de Transformación del Sector de la Salud de Etiopía \(75\)](#) describe un plan estratégico quinquenal para garantizar que el sistema de salud ofrezca excelencia en la prestación de servicios de salud, la mejora y el aseguramiento de la calidad, el liderazgo y la gobernanza, y la capacidad del sistema de salud. Busque y use la documentación existente como esta para informar la planificación de la infraestructura.

Cuidados del duelo

Las principales recomendaciones para preparar el entorno físico, de manera que se garantice una atención en el duelo respetuosa y acogedora, incluyen la identificación de un espacio dedicado para comunicar malas noticias y realizar todas las conversaciones con los padres. Estos espacios deben ser:

- Privados y silenciosos.
- Suficientemente amplios para acomodar a familiares y personas de apoyo.
- Siempre que sea posible, estar libres de equipos médicos o materiales que puedan causar malestar o angustia a los padres en duelo (buscando equilibrar las necesidades



emocionales con cualquier necesidad clínica posparto).

- Adecuados para una atención personalizada, con tiempo suficiente y sin interrupciones.
- Separados de otras familias, ya sea en salas exclusivas o, en contextos con recursos limitados, en áreas aisladas por cortinas.

Equipos y suministros

La [Tabla 5.1](#) muestra ejemplos de equipos e insumos críticos a lo largo de la atención continua. Ya sea catalogando lo que falta en esta lista e identificando cuellos de botella o presionando a sus colegas para que presupuesten la disponibilidad de estos suministros esenciales, puede tomar medidas sin importar en qué nivel trabaje.

RECURSOS



- Consulte la guía [Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care Guide for Essential Practice](#) (Guía de atención para el embarazo, el parto, el posparto y el recién nacido para la práctica esencial). La Sección L: "Equipment, supplies, drugs, and laboratory tests" (Equipos, suministros, fármacos y pruebas de laboratorio) contiene listas detalladas de insumos para la atención prenatal, intraparto y posparto (76).
- Las directrices de la OMS sobre la atención [intraparto \(37\)](#) y [posparto \(3\)](#) también pueden ser útiles. Estas directrices incluyen tablas de requisitos de los principales recursos, con las necesidades de equipos e insumos para intervenciones específicas.

© UNICEF/UNI239934/Adriko

La partera Paulina Chepkumun, del Kartita Health Centre III, prepara el equipo de reanimación neonatal en la sala de maternidad. "El programa de mentoría de UNICEF significó mucho para mí. Recibí capacitación y ahora tengo la habilidad. He salvado la vida de muchos bebés. Antes, intentaba reanimar a un bebé por 10 minutos y me rendía. Ahora, puedo continuar hasta por 40 minutos —y el bebé vuelve a la vida", comentó ella.

TABLA 5.1: IDENTIFICAR ALGUNOS EJEMPLOS DE EQUIPOS E INSUMOS NECESARIOS EN LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

LO QUE SE NECESITA	QUÉ HAY DISPONIBLE	¿QUÉ FALTA?
Período previo a la concepción		
	Equipos y suministros integrales de planificación familiar	
	Suministros para facilitar el diagnóstico y tratamiento de enfermedades no transmisibles e infecciones de transmisión sexual	
Período previo al parto		
	Suministros para permitir la prueba dual de infecciones graves como el VIH y sífilis	
	Medicamentos profilácticos como suplementos de hierro y ácido fólico, calcio y aspirina	
	Equipos para medición de la presión arterial y tira reactiva de orina para identificar proteinuria	
	Otros suministros según el contexto y las necesidades, como mosquiteros, vacunación materna	
Período intraparto		
	Equipo para monitorear el bienestar materno y fetal	
	Kits de parto con clip de cordón estéril, dispositivos de bolsa y máscara, partograma y tubo de succión neonatal	
	Medicamentos vitales como antibióticos, líquidos intravenosos, oxitocina sintética y medicamentos para tratar la hipertensión	
	Equipo quirúrgico para facilitar las cesáreas	
Período posparto		
	Material y equipo para una adecuada evaluación física postnatal, incluyendo manguitos para la presión arterial, termómetros, balanzas infantiles	
	Medicamentos y suministros para el control del dolor, como paracetamol oral y paquetes de enfriamiento y medicamentos que salvan vidas, como antibióticos para tratar infecciones	
	Suministros para pruebas de VIH y TB y suplementos de hierro	

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana; IV: intravenosa, TB: tuberculosis

Personal de salud

La atención de alta calidad se basa en un personal de salud competente, capacitado, motivado y bien apoyado. Las estrategias de la fuerza laboral de salud para la prevención y atención de mortinatos a lo largo de la atención continua deben abarcar la dotación de personal, la capacitación, los modelos de atención y el apoyo.

Personal

A lo largo de todo el proceso de atención continua

La disponibilidad de **personal de salud calificado (77)** es fundamental, incluyendo parteras, enfermeras, obstetras, ginecólogos, pediatras, anestesiólogos, patólogos, profesionales de la salud aliados y otros. Las matronas son especialmente críticas porque proveen diversos servicios a lo largo del continuo de la salud reproductiva y neonatal.

RECURSOS

- Las inversiones en enfermería y obstetricia son vitales. El informe [The State of the World's Midwifery 2021](#) (El estado de las parteras en el mundo 2021) **(78)** destaca la escasez global de profesionales de salud orientados a la salud sexual, reproductiva, materna, neonatal y de adolescentes —principalmente de parteras—. Este informe presenta inversiones importantes para que estos profesionales alcancen todo su potencial. De manera similar, el informe [The State of the World's Nursing 2020](#) (Situación de la enfermería en el mundo 2020) **(79)** destaca la importancia de invertir en educación, empleos y liderazgo en enfermería.
- Invertir en obstetricia significa construir un entorno favorable. El documento [Building the Enabling Environment for Midwives: A Call to Action for Policymakers](#) (Creación de un entorno propicio para las parteras: un llamado a la acción para los responsables de la formulación de políticas) **(80)** define

políticas que permiten que las parteras actúen con autonomía y responsabilidad en todo su alcance profesional, dentro de un sistema de salud seguro, justo y eficiente.

- La escasez crítica de cirujanos, ginecólogos obstetras y anestesiólogos contribuye a un acceso y calidad inadecuados de la atención obstétrica y quirúrgica en los países de ingresos bajos y medio **(81)**. El [Observatorio Mundial de la Salud de la OMS](#) realiza un seguimiento de los datos sobre el número de cirujanos, obstetras y anestesiólogos con licencia y destrezas que trabajan activamente en los países.
- Llevar trabajadores de la salud al campo y áreas remotas pueden mejorar la atención en entornos desatendidos. La [Directriz de la OMS sobre el Desarrollo, la Atracción, la Contratación y la Retención del Personal de Salud en el campo y zonas remotas \(82\)](#) establece políticas clave sobre educación, regulación, incentivos y apoyo para desarrollar equipos de personal de salud en áreas rurales y remotas.
- La acción en los países de ingresos bajos y medianos (LMICs) es una obligación. [Estrategias de recursos humanos para mejorar al recién nacido La Atención en Centros de Salud en Países de Ingresos Bajos y Medios \(83\)](#) proporciona estrategias para equipar mejor a los trabajadores de la salud en estos países para que brinden atención de maternidad de alta calidad a través de políticas de fuerza laboral a nivel nacional.

© UNICEF/UN0687940/Panjwani

Dimple Ghetia, enfermera obstetra, trabaja en la sala de partos liderada por parteras y recibió capacitación de apoyo ofrecida por UNICEF. Lugar: Hospital Civil PDU, Rajkot, India.



LO QUE SE PUEDE HACER:

- Utiliza el modelo del [Anexo 8](#) para mapear las políticas y recomendaciones relevantes en relación con lo que está disponible en su propio entorno.

Formación

A lo largo de todo el proceso de atención continua

Todas las mujeres y los bebés tienen derecho a una atención médica respetuosa y digna, sin faltas de respeto ni abusos durante el embarazo y el parto. Esto requiere capacitación.



RECURSOS

- El [RESPECT Toolkit \(84\)](#) incluye orientaciones prácticas sobre cómo realizar talleres de capacitación para profesionales de salud con el fin de promover una atención materna respetuosa. Estos talleres ayudan a los profesionales de salud a comprender mejor qué significa la atención materna respetuosa (consulte el [Recuadro 5.1](#)) y cómo lidiar con situaciones desafiantes en la práctica.
- El programa de capacitación de March of Dimes, [Awareness to Action: Dismantling Bias in Maternal and Infant Healthcare](#) ofrece formación y capacitación específicas para reconocer y reflexionar mejor sobre estereotipos arraigados y otros prejuicios implícitos que comprometen la equidad en la atención. Lea más en el Capítulo 5, [Estrategia 6: Abordar los prejuicios inconscientes en las interacciones entre profesionales de salud y mujeres](#).
- La oferta de una atención respetuosa puede ser especialmente difícil en contextos frágiles o de respuesta humanitaria. El Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises creó el documento: [Approaching Implementation of Respectful Maternity Care in Humanitarian Settings \(85\)](#) con información y enlaces útiles.

CUADRO 5.1: SIETE DERECHOS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL KIT DE [HERRAMIENTAS DE RESPETO \(84\)](#)

1. Estar libre de daños y maltrato
2. Información, consentimiento informado, derecho de negarse, respeto por sus elecciones y preferencias, incluyendo quien será su acompañante durante la atención de maternidad
3. Privacidad y confidencialidad
4. Ser tratada con dignidad y respeto
5. Igualdad, atención equitativa y libre de discriminación
6. Asistencia sanitaria y el mayor nivel de salud posible
7. Libertad, autonomía, autodeterminación y libertad de coerción.

LO QUE SE PUEDE HACER:

- Considerar la posibilidad de realizar un taller sobre atención materna respetuosa en su institución.
- Incluir capacitación y actividades de concientización sobre prejuicios implícitos en los planes de estudio (currícula) para la formación de los profesionales de salud.

© UNICEF/UN0151411/Voronin

La madre, Uyalkan Abibila kyzy, y el padre, Jamshidbek uulu Altynbek, con su bebé Tolgonay en la yurt (tienda) de la familia. La pequeña sobrevivió a un parto difícil gracias a la intervención técnica de un obstetra y de una partera capacitada por UNICEF. Kirguistán.



REALCE DE LOS DATOS

Para ser eficaces en la prevención de mortinatos, los cuidadores deben creer que es posible reducir las tasas de mortinatos. La serie [The Lancet Ending Preventable Stillbirths](#) mostró que incluso en los países de altos recursos, **solo alrededor de un tercio de los cuidadores, estuvieron de acuerdo con la afirmación “Muchos mortinatos se pueden prevenir” (65)**. Una mejor educación y capacitación puede combatir las opiniones fatalistas de los proveedores sobre la inevitabilidad de la mortinatalidad. Las historias de éxito también pueden ayudar a reforzar el mensaje de que se pueden reducir los mortinatos mediante una mejor atención.

LO QUE SE PUEDE HACER:

- Identifique una historia de éxito de su propio entorno y compártala con colegas de su red.
- Contacte a su red para obtener historias de éxito en sus unidades y considere cómo se puede implementar un enfoque similar en su lugar de trabajo.

Durante la atención prenatal e intraparto

La formación y la educación sobre la comunicación efectiva y el trabajo en equipo son vitales para promover y apoyar el buen funcionamiento de los equipos multidisciplinarios de maternidad.

RECURSOS



- [Cada bebé cuenta + aprender y apoyar](#) (EBC L&S) tiene como objetivo mejorar las prácticas de escalamiento clínico a través de la promoción de la excelencia en el trabajo en equipo y una mejor comunicación. Tres intervenciones – Personal del Turno, Enseñanza o Tratar y Aconsejar Informar y Hacer (AID) – tienen como objetivo crear una cultura de apoyo en el lugar de trabajo, aumentar la seguridad psicológica entre los empleados y reducir la toma de decisiones jerárquica.
- Los programas [PROMPT](#) tienen como objetivo reducir el daño prevenible a las madres y los bebés a través de la capacitación obstétrica práctica multiprofesional. La capacitación se centra en mejorar el trabajo en equipo a través de una mejor comunicación, roles de equipo y liderazgo y conciencia situacional.

Compartiendo lo que funciona

Pasos Esenciales en el Manejo de Emergencias Obstétricas (ESMOE) es un programa de capacitación de habilidades y simulaciones implementado en Sudáfrica. Fue desarrollado para capacitar a los obstetras para combatir la gran tasa de morbilidad y mortalidad materna y neonatal en todo el país. ESMOE tiene como objetivo mejorar la calidad de la atención para las mujeres que sufren emergencias obstétricas, fomentar las mejores prácticas, desarrollar habilidades y conocimientos a través de la capacitación y la confianza de los profesionales de la salud, y lograr mejores resultados maternos y neonatales.

→ [Lee más sobre ESMOE](#)

LO QUE SE PUEDE HACER:

- Trabajar con colegas, administradores de salud y otros tomadores de decisiones clave para promover la comunicación efectiva y el trabajo en equipo a través de la capacitación basada en evidencia.
- Para obtener habilidades clínicas obstétricas específicas, implemente sesiones de capacitación y ejercicios basados en evidencia científica (consulta [Compartir lo que funciona](#)).

Durante el período posnatal

La capacitación para brindar atención respetuosa y soporte de duelo después de la muerte fetal sigue siendo crucial. También es imperativo proporcionar atención sensible y asesoramiento individualizado, que incluya el manejo de la lactancia, el dolor y el cuidado de las heridas.

Como parte de las mejores prácticas que abarcan la atención después de mortinatos o la muerte neonatal, el [taller IMimproving Perinatal Mortality Review and Outcomes Via Education \(IMPROVE\)](#) incluye capacitación sobre el manejo de los síntomas fisiológicos en el contexto de la atención posmortinato. Obtén más información sobre los talleres de IMPROVE en [Compartir lo que funciona](#).

Cuidados del duelo

La atención de duelo suele ser proporcionada por enfermeras y matronas, especialmente en entornos hospitalarios. Dependiendo del entorno específico, los obstetras, los trabajadores de salud comunitarios y otros también pueden proporcionar atención de duelo.

En [Recursos](#) se proporciona una lista de programas formales de capacitación para el cuidado del duelo. Estos programas suelen estar disponibles en países con un uso intensivo de recursos, pero puedes adaptarlos a otros entornos.

RECURSOS

- [Obtenga más información sobre la educación digital y los talleres de IMPROVE.](#)
- [Lea sobre la capacitación para la atención en el duelo de Resolve Through Sharing Bereavement Training.](#)
- [Acceda a la capacitación para el apoyo en caso de muerte neonatal o mortinatalidad de SANDS UK.](#)
- [Visite el sitio web de UK National Bereavement Care Pathway.](#)



© UNICEF/UNI32026/Pirozzi

Kadiatu Sama, quien no recibió atención prenatal y cuyo hijo nació muerto, es consolada por una enfermera en la sala de maternidad del hospital público de Bo, ciudad al sur de Sierra Leona.

Compartir lo que funciona

IMproving Perinatal Mortality Review and Outcomes Via Education (IMPROVE) es un taller interactivo que ofrece capacitación sobre las mejores prácticas en la atención después de mortinatos o la muerte neonatal, desarrollado y administrado por [la Sociedad Perinatal de Australia y Nueva Zelanda](#) y el [Centro Australiano de Excelencia en Investigación de Mortinatos](#). El taller está disponible para todos los profesionales de la salud, médicos, enfermería, partería y afines (incluidos ecografistas, trabajadores sociales y otros). Después de una breve charla introductoria, pequeños grupos de participantes giran en torno a seis estaciones de aprendizaje, cada una facilitada por un educador experimentado, antes de completar una evaluación formal. Las estaciones de aprendizaje IMPROVE abarcan: comunicación con los padres sobre la autopsia perinatal; autopsia y examen placentario; investigación de mortinatos; examen de bebés que mueren en el período perinatal; auditoría y clasificación institucional de la mortalidad perinatal; y atención respetuosa y de apoyo al duelo (incluyendo dar malas noticias y atención en embarazos posteriores). El taller está alineado con la [Guía de Práctica Clínica de Australia y Nueva Zelanda para la Atención de Mortinatos y Muerte Neonatal](#), pero se puede adaptar a entornos internacionales con la ayuda de ISA. Los talleres de IMPROVE se llevaron a cabo en lugares en toda Australia, así como en Fiji, Irlanda, los Países Bajos, España, Vancouver y Vietnam.

→ [Obtén más información sobre el IMPROVE eLearning y los talleres](#)

→ Lee la [evaluación formal del taller IMPROVE por Gardiner y colegas \(86\)](#)

→ [Contacta a ISA](#) para obtener informaciones sobre la creación de un taller IMPROVE en tu región

Incluso si trabajas en un entorno donde no hay programas formales de atención del duelo, se pueden implementar los componentes de la atención del duelo con recursos adicionales mínimos. Estos componentes incluyen una comunicación sensible y respetuosa con los padres como se describe en el [Kit de herramientas de defensa de voces de los padres – Versión de Los proveedores de India](#) (consulta el [Cuadro 3.1](#) e [Compartir lo que funciona](#)).

TIP



- Desarrolle guías locales para la comunicación, garantizando la privacidad de los padres, permitiendo espacio para la familia y las personas de apoyo elegidas y el manejo respetuoso del cuerpo del bebé.
- No importa cuál sea su entorno, brinde oportunidades para ver y sostener al bebé muerto y apoye las preferencias de los padres (revise [Compartir lo que funciona](#)).

Compartir lo que funciona

En Uganda, una mujer de 30 años y su esposo vinieron para un chequeo de 20 semanas. Esta pareja había sufrido un aborto espontáneo antes y estaba notablemente ansiosa. Sintieron que las cosas no estaban bien. Después de capacitarse en el cuidado del duelo, la enfermera supo escuchar atentamente lo que esta pareja le estaba diciendo y reconocer sus miedos. Ella hizo contacto visual con la pareja y dijo que haríamos un examen completo para ver cómo estaba progresando el bebé. En la auscultación, no se encontraron latidos cardíacos. Los padres comenzaron a llorar. Si bien simpatizaba con su dolor, la enfermera quería ser sincera y dijo que el bebé había muerto. La pareja continuó llorando y ella les dio un tiempo a solas. Luego, la enfermera discutió las opciones sobre cómo dar a luz al bebé, así como otras decisiones que se deben tomar. La capacitación de la enfermera la ayudó a darse cuenta de que estar activamente presente, escuchar y reconocer las preocupaciones, y comunicarse de manera clara y respetuosa ayudó tanto a la familia como a la enfermera a sobrellevar esta difícil situación. Dejar sufrir a la familia, dedicar tiempo y apoyar a la pareja en la toma de decisiones les permitió estar activos en el cuidado de su bebé. La enfermera se sintió más capaz de hacer frente sabiendo que les brindó la mejor atención posible y al mismo tiempo los apoyó como familia.

Modelos de atención

Durante la atención prenatal, intraparto y posnatal

Modelos de continuidad de la atención dirigidos por parteras - donde se asigna una partera primaria/designada a cada mujer desde el comienzo del embarazo, coordinar la colaboración con otros profesionales de la salud cuando

sea necesario (87) – son recomendados por la OMS desde el prenatal hasta el posnatal en entornos con programas de obstetricia que funcionan bien (3, 30, 37). La evidencia ha demostrado específicamente que las mujeres que son atendidas por modelos de atención de continuidad dirigidos por parteras tienen menos probabilidades de experimentar mortinatos y muertes neonatales (88).

Compartir lo que funciona

En Nueva Zelanda, la continuidad de la atención dirigida por parteras es el estándar nacional de atención, con el [93,5% de las mujeres embarazadas reservando con una partera líder](#). La atención de obstetricia se financia con fondos públicos, se brinda en gran medida en la comunidad y está respaldada por una guía de derivación acordada a nivel nacional que garantiza el acceso a servicios hospitalarios de nivel secundario y terciario cuando sea necesario. Debido a que las parteras están integradas en la comunidad, ellas desarrollan relaciones con las mujeres y se vuelven conocidas y de confianza, no solo con ellas, sino también con sus familias.

→ [Lee más sobre la continuidad de la atención de partería en Aotearoa, Nueva Zelanda](#)

REALCE LOS DATOS

Las tasas de mortinatos entre las mujeres indígenas en Canadá, EE.UU. y Australia son de 1,5 a 2 veces más altas que sus contrapartes no indígenas (89-91). Pero en Nueva Zelanda, donde la continuidad de la atención de partería es el estándar, **las tasas de mortinatos a las 20 semanas de gestación o más entre las mujeres Māori son similares a las de Nueva Zelanda contrapartes europeas (5,50 frente a 5,15 por cada 1.000 nacimientos) (92).** Estos datos no se explican fácilmente por las variaciones en los determinantes sociales de la salud, lo que plantea la posibilidad de que la continuidad de la atención de partería pueda mitigar algunos de los efectos adversos de la disparidad para las madres indígenas en Nueva Zelanda. Obtén más información en [Compartir lo que funciona](#).

LO QUE SE PUEDE HACER:

- Promover y ampliar la continuidad de la atención aumentando el número de profesionales capacitados en su región (priorizando a las parteras si el contexto lo permite, o utilizando otros perfiles de salud disponibles) para elevar la calidad del servicio. Se recomienda utilizar el [Midwifery Services Framework](#) como guía de apoyo.

RECURSOS

- El [Midwifery Services Framework](#) puede utilizarse como una herramienta para orientar a los países en el proceso de desarrollo y fortalecimiento de sus servicios de partería.
- Para un breve resumen, vea [este vídeo](#) que describe la trayectoria del Midwifery Services Framework.

Atención en embarazos posteriores a mortinatos

Los servicios especializados, incluyendo las clínicas multidisciplinarias, pueden ofrecer un enfoque individualizado de la atención en embarazos posteriores a mortinatos, con atención médica y psicosocial adaptada a las necesidades únicas de las mujeres y las familias (93).

LO QUE SE PUEDE HACER:

- Si es posible en su entorno, cree un caso para un servicio dedicado que brinde atención en embarazos posteriores a mortinatos. Ve ejemplos de estos servicios en [Más información](#).
- Si un servicio dedicado no está disponible o no es factible, invierta en capacitación para profesionales de la salud individuales para la atención del embarazo después de la pérdida. El taller de IMPROVE es un ejemplo (revisa [Compartir lo que funciona](#) en [Formación](#)).

MÁS INFORMACIÓN

- Lea sobre la [Rainbow Clinic](#) del St Mary's Hospital en Manchester, Reino Unido.
- Lea sobre las clínicas [Stillbirth and Reproductive Loss \(STAR\)](#) y [Integrated Support After Infant Loss \(iSAIL\)](#) en Melbourne y Sydney, Australia.
- Lea sobre el [Subsequent Pregnancy Program](#) en el Sunnybrook Health Sciences Centre en Toronto, Canadá.



Apoyo a la fuerza laboral en el sector de la salud

A lo largo de todo el proceso de atención continua

El apoyo al personal sanitario requiere el reconocimiento mundial de la importancia de la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil y su función en la configuración de la sociedad en general.

LO QUE PUEDES HACER:

- **Abogar** por roles de servicios de salud debidamente respetados y remunerados, con oportunidades para el desarrollo continuo y el avance profesional.
- Realizar iniciativas de sensibilización y educación pública para comunicar la importancia de la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil y destacar las trayectorias profesionales.

Durante la atención prenatal, intraparto y posnatal

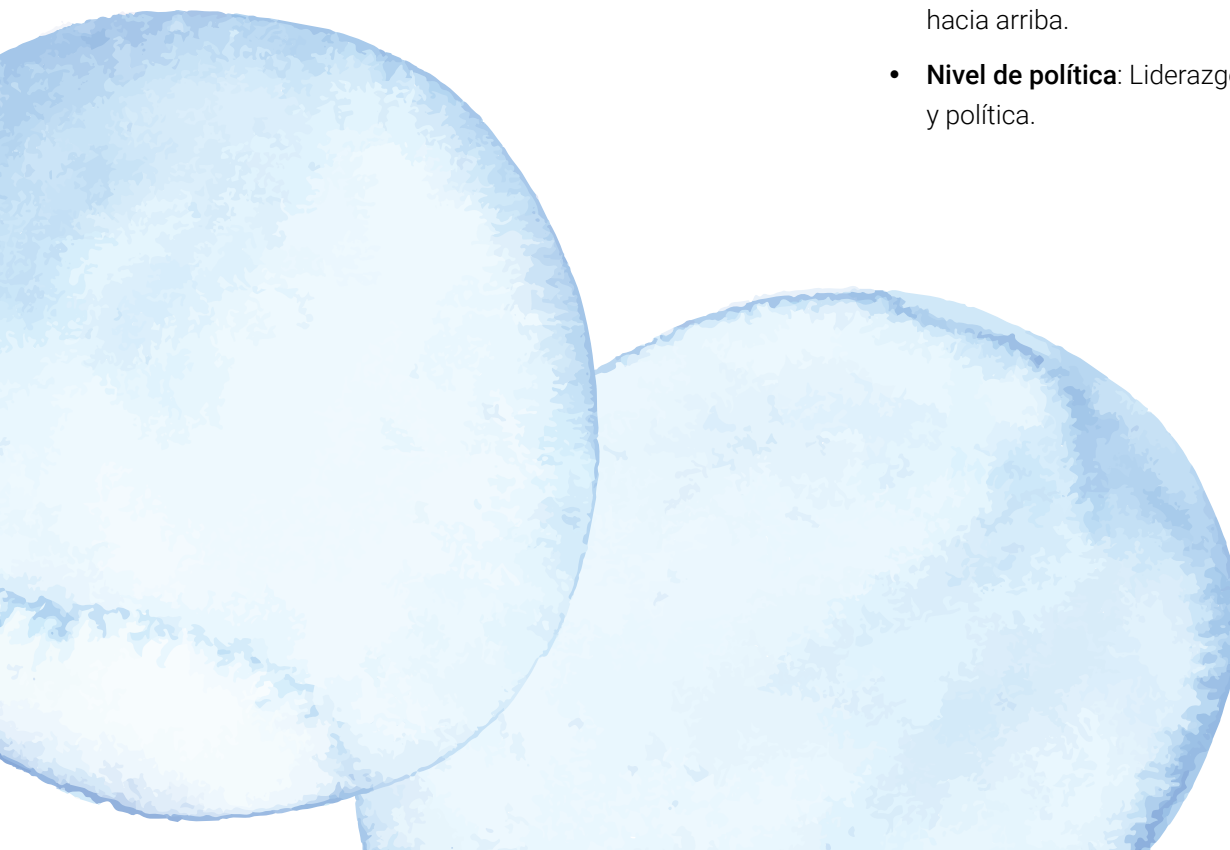
Como se describe en el [Capítulo 1](#), los profesionales de la salud, así como las mujeres y las familias, sienten los efectos psicológicos adversos de la mortalidad (94). La falta de apoyo para los trabajadores de la salud, en particular las parteras, como las que brindan apoyo social y emocional a las familias (24), exacerbará la escasez de mano de obra existente. La atención específica al bienestar de las personas también es crucial.

LO QUE PUEDES HACER:

- Promover una cultura en el lugar de trabajo que permita y apoye el autocuidado a través del uso de modelos, la educación y la capacitación.

Recuerde, independientemente del nivel en el que trabajes y de la iniciativa que tomes, puedes actuar. Los ejemplos incluyen:

- **Nivel local:** Obtenga apoyo de colegas, trabaja con líderes comunitarios y participa en [abogacía](#) formal.
- **Nivel medio:** Contribuya en la creación y planificación de casos para abogar hacia arriba.
- **Nivel de política:** Liderazgo en financiación y política.



6. MEDICIÓN DEL PROGRESO

Por dónde empezar

El progreso hacia la reducción de la mortinatalidad y los objetivos de equidad requiere investigación e información específica. Este capítulo proporciona recursos y datos sobre las causas de muerte, así como orientación sobre cómo acompañar el progreso y por qué es crucial contabilizar todos los mortinatos.



RECURSOS

- [UN-IGME](#) publica estimaciones periódicas de la mortalidad neonatal y las tasas de mortinatos. Encuentra los [datos más recientes y las estimaciones y tendencias modeladas](#).
- Los datos para cada contexto pueden estar disponibles en sistemas nacionales de vigilancia y respuesta a la muerte materna perinatal o en los sistemas de estadísticas vitales.

INFORMACIÓN DESTACADA

Actualmente existen estimaciones nacionales y mundiales sobre las causas de muerte ocurridas en el primer mes de vida (muerte neonatal) [\(95\)](#). **Las causas principales de muerte neonatal en todos los países incluyen complicaciones por parto prematuro, complicaciones del parto (también llamadas intraparto) y causas infecciosas.** En contextos de baja mortalidad, las anomalías congénitas son factores relevantes que contribuyen a la mortalidad neonatal y continúan en incremento.

Actualmente no existen estimaciones nacionales y mundiales comparables para las etiologías de la mortinatalidad, pero las causas más importantes incluyen complicaciones en el embarazo (incluidas afecciones maternas como trastornos hipertensivos y hemorragia antes del parto) y complicaciones en el parto asociadas con hipoxia e infección fetal (como sífilis, malaria y estreptococo del grupo B).

Seguimiento del progreso

- **Investigue:** ¿Tiene su país un objetivo de reducción de mortinatalidad? Recuerde que podría estar incluido como parte de su ENAP u otros planes nacionales.
 - De lo contrario, utilice el objetivo de ENAP, que busca reducir la mortinatalidad tardía (mortinatos de 28 semanas o más) a 12 muertes o menos por cada 1.000 nacimientos totales hasta 2030, con la concomitante reducción de las desigualdades.
- **Investigue:** ¿Se está realizando la trazabilidad o seguimiento del progreso hacia dicho objetivo?
 - Si no es así, utilice datos locales (consulta [Recursos](#)) o [estimaciones nacionales](#) para dar seguimiento al progreso.

El logro de los objetivos de ENAP en todos los escenarios requerirá servicios de alta calidad a lo largo del continuo de atención. Por lo tanto, la trazabilidad del progreso en la prevención de mortinatalidad y atención clínica, requiere una comprensión más amplia de la atención de la salud materno infantil en cualquier contexto. Esto incluye la cobertura en el continuo de la atención y los indicadores de salud relacionados, como la mortalidad materna.



RECURSOS

- El informe [Ending Avoidable Newborn Deaths and Stillbirths by 2030](#) proporciona objetivos de cobertura ENAP revisados para 2020 a 2025 (48).
- Otros indicadores que se refieren a la salud del recién nacido a lo largo del continuo, como la atención prenatal, la atención especializada en el parto y la tasa de cesáreas, están disponibles en [UNICEF](#), [OMS-Global Health Observatory](#) y [Red de Recién Nacidos Saludables](#).
- Consulta el [Kit de herramientas de evaluación de la equidad en salud](#) para obtener más detalles y recursos sobre equidad.
- Los recursos sobre la Cuenta regresiva para 2030 también producen excelentes [perfiles de país](#) y [perfiles de equidad](#) que pueden ser una herramienta útil para la acción.

Contabilidad de mortinatos

Todos los bebés, ya sean nacidos vivos o mortinatos, deben incluirse en los sistemas de información que capturan los nacimientos, con información sobre el peso al nacer y la edad gestacional. Estos datos son necesarios para medir las tasas de mortinatalidad con precisión y acompañar el progreso hacia los objetivos de su reducción.

Si bien quedan muchos mitos sobre la contabilidad de mortinatos (consulte el [Cuadro 6.1](#)), la captura de datos de mortinatos es posible en todos los entornos (consulte [Compartir lo que funciona](#)). La siguiente sección proporciona información y recursos para mejorar y utilizar estos datos de manera efectiva.

Compartir lo que funciona

La gran variación en las tasas de mortinatalidad notificadas es el principal desafío en el abordaje de los mortinatos en Malí. Dado que aproximadamente tres de cada cinco bebés nacen en el hogar, las brechas en el reporte de casos a nivel comunitario son una barrera importante para obtener información precisa. Para mejorar la notificación de estas muertes, en 2019 el Ministerio de Salud y Asuntos Sociales de Malí creó la Guía de Auditoría Perinatal y Neonatal, con estándares de vigilancia epidemiológica. A pesar de que los desafíos culturales y de acceso a la salud resultaron en un subregistro de mortinatalidad, los investigadores de salud pública de la región se sorprendieron por el alto número de mortinatos reportados semanalmente. Conscientes de que esto era solo una pequeña fracción del número total de mortinatos, y que muchos bebés nacidos muertos en el hogar permanecen ocultos, estos investigadores ahora tienen como objetivo fortalecer la vigilancia de la mortalidad perinatal a nivel comunitario. Los trabajadores de salud comunitarios están siendo capacitados para utilizar una herramienta electrónica para recopilar, registrar y reportar datos en tiempo real sobre muertes perinatales en dos distritos sanitarios. Si la herramienta es exitosa, este sistema se implementará en otros distritos de la región.



REFLEXIÓN

*¿Se registran los datos sobre mortinatalidad en todos los sistemas de datos relevantes de su realidad? ¿Presentan estos datos una **calidad adecuada (96)**? ¿Se han presentado en tableros de control (dashboards), informes u otras plataformas para orientar acciones? En caso afirmativo, ¿se categorizaron adecuadamente los datos para ofrecer información suficiente que respalde las acciones? ¿Se están utilizando los datos para monitorear el progreso hacia las metas del ENAP (Plan de Acción para Todos los Recién Nacidos) en su contexto local?*

CUADRO 6.1: DESMITIFICANDO EL CONTEO DE MORTINATOS

✗ MITO: No existen definiciones estándar de mortinatalidad.

✓ HECHO: La OMS tiene definiciones estándar como parte de la [Clasificación Internacional de Enfermedades \(CIE\)](#).

✗ MITO: No es posible capturar información sobre mortinatos en los sistemas de datos de rutina de los países de ingresos bajos y medios.

✓ HECHO: Los mortinatos se pueden incluir en todos los sistemas de información que incluyen nacidos vivos.

✗ MITO: No es importante contar los mortinatos.

✓ HECHO: Los mortinatos son importantes para las mujeres y las familias, y los datos son fundamentales para dirigir la acción y hacer un seguimiento del progreso hacia la reducción de la mortinatalidad prevenible. Las tasas de mortinatalidad también son marcadores importantes de acceso a una atención prenatal e intraparto de alta calidad, y están estrechamente relacionadas con la mortalidad y la salud materna. Debido a la clasificación errónea entre mortinatos y muertes neonatales, especialmente en torno a los umbrales de viabilidad, la contabilidad de mortinatos también es fundamental para el seguimiento de la mortalidad neonatal.

Definiciones e indicadores

Las definiciones estándar para la mortinatalidad se incluyen en la [Clasificación Internacional de Enfermedades \(CID-11\)](#):

Nacido vivo: la expulsión o extracción completa de un feto de una mujer, independientemente de la duración del embarazo, que, después de esta separación, muestra signos de vida.

Muerte fetal: la muerte de un feto antes de la expulsión o extracción completa de una mujer. Se puede diagnosticar en el útero por la ausencia de latidos cardíacos fetales, confirmados por técnicas de imagen, cuando estén disponibles, o en el parto por la ausencia de signos de vida al nacer o después de un intento de reanimación.

Mortinato: Un bebé nacido después de una muerte fetal a los 154 días (22+0 semanas) o más de gestación.

Mortinato precoz: Mortinato a los 154 a 195 días de gestación (22+0 a 27+6 semanas).

Mortinato tardío: Mortinato a los 196 días o más de gestación (≥28+0 semanas).

Mortinato anteparto: Un mortinato que ocurre antes del inicio del trabajo de parto.

Nacimientos totales: El número de nacidos vivos más el número de mortinatos.

Tasa de mortinatos:

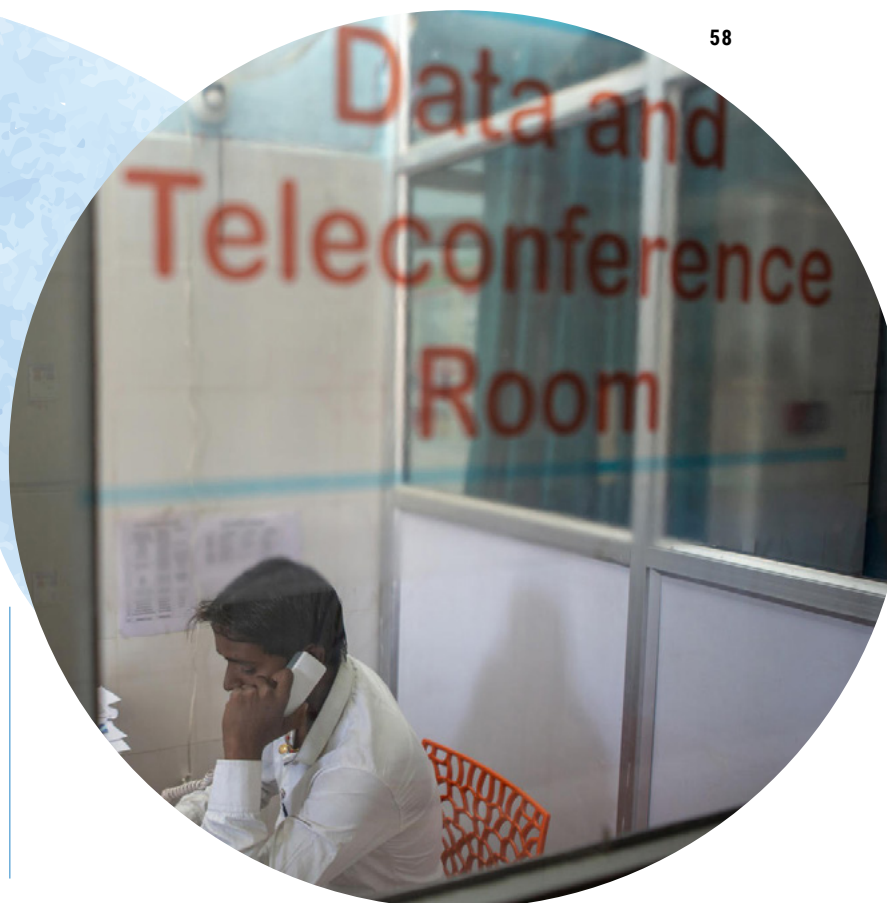
$$\left(\frac{\text{Número de mortinatos}}{\text{Número total de nacimientos}} \right) \times 1,000$$

OMS recomienda que la información sobre todos los mortinatos se recopile en los sistemas de datos nacionales y que se informen los datos sobre mortinatos al final del embarazo para realizar comparaciones mundiales.

© UNICEF/UN0318855/Latif

Deepak Kumar desempeña una función fundamental como operador de datos en la Unidad Especial de Cuidados del Recién Nacido del Hospital Prabhawati, Gaya, Bihar (India).

Deepak es responsable de la recolección, organización y análisis de datos de todos los casos que llegan diariamente a su Unidad. Esta información se convierte en datos concretos, utilizados por médicos y personal del hospital para la atención de los casos, según sea necesario.



Recopilar información para la acción

Los datos sobre mortinatalidad pueden ser capturados en todos los sistemas nacionales que recopilan información sobre nacimientos, incluido el registro civil y estadísticas vitales (CRVS) y los sistemas de recolección de información sanitaria de rutina. El registro de mortinatalidad en un sistema CRVS debe garantizar que todos los mortinatos se notifiquen a la oficina de estadística que recopila y difunde estadísticas vitales, ya sea que los mortinatos se notifiquen a través del registro civil o bien directamente al Ministerio de Salud. Todos los países de los Estados Miembros de las Naciones Unidas deben contar con un marco jurídico que defina la inscripción continua, permanente, obligatoria y universal de los nacidos vivos y la inscripción o notificación de los nacidos muertos al registro civil o a los sistemas de salud, respectivamente, de conformidad con las recomendaciones acordadas en todo el mundo (97). Los datos de mortinatalidad también se pueden obtener a través de encuestas en hogares, pero los problemas de subregistro y calidad de los datos son comunes con este método (96, 98).

Para garantizar que se recopilen todos los datos relevantes para medir con precisión las tasas de mortinatalidad, la OMS recomienda que el sistema de salud registre un conjunto mínimo de datos perinatales estándar para cada nacimiento desde la unidad de salud (véase el [Anexo 9](#)). El registro preciso de estos datos, incluido el estado vital al inicio del trabajo de parto y al nacer, la edad gestacional y el peso al nacer, es esencial para clasificar correctamente los resultados del nacimiento. La apariencia “macerada o fresca” de la piel no debe utilizarse para clasificar el momento en el que ocurrió la muerte fetal (98). En cambio, la hora de la muerte evaluada por última vez a partir de los latidos del corazón o el movimiento fetal debe usarse para dicha clasificación.

Los desafíos comunes con el manejo de los datos de mortinatalidad incluyen la omisión de eventos y la clasificación errónea entre abortos espontáneos y mortinatos (que requieren una evaluación precisa de la edad gestacional y la aplicación de definiciones estándar) y entre mortinatos y muertes neonatales (que requieren una evaluación precisa del estado vital al nacer y el intento de reanimación de todos los bebés sin maceración que no respiran al nacer). Las evaluaciones/auditorías de la

calidad de los datos deben realizarse de forma rutinaria para detectar y abordar estos desafíos. Las herramientas de verificación de autopsias verbales pueden ser útiles para evaluar la posible clasificación errónea entre muertes fetales y neonatales en las encuestas en hogares (99).

Es importante incluir a todos los bebés, nacidos vivos y mortinatos, en un único sistema de datos, teniendo en cuenta la frecuente clasificación errónea entre mortinatos y muertes neonatales prematuras extremas. A pesar de las similitudes entre los factores de riesgo subyacentes, las causas de muerte y las intervenciones de salud pública pueden diferir de las de las muertes neonatales muy precoces.

Siempre que sea posible, también se debe recopilar información sobre los factores contextuales y contribuyentes y las causas de muerte para guiar las intervenciones dirigidas a prevenir la mortinatalidad evitable. OMS recomienda que se registre la causa de muerte de cada mortinato utilizando el formulario de [Certificación Médica Internacional de Causa de Muerte \(MCCD\)](#), [Auditoria perinatal \(100\)](#), [sistemas de vigilancia](#)

[y respuesta a la muerte perinatal materna \(MPDSR\) \(101\)](#) y la autopsia verbal también proporciona información importante sobre las causas de muerte y los factores contribuyentes, especialmente en entornos sin cobertura universal de mortinatalidad en CRVS.

Uso de datos para la acción

Aunque los datos de mortinatalidad se recopilan en la mayoría de los contextos, las plataformas de información no siempre incluyen informes relevantes para informar las acciones en salud pública.

La desagregación de datos ayuda a identificar ubicaciones geográficas y grupos de población que tienen una mayor carga de mortinatalidad. La desagregación de datos permite dirigir los recursos a las poblaciones más necesitadas. La desagregación relevante varía según el contexto, pero los ejemplos incluyen género, edad gestacional, peso al nacer, edad materna, ubicación urbana / rural, región geográfica y tipo de institución.

Compartir lo que funciona

La [Oficina Regional de la OMS para el Sudeste Asiático \(OMS SEARO\)](#) estableció un Grupo Asesor Técnico regional en 2015 para proporcionar orientación sobre la reducción de la mortinatalidad, incluyendo el establecimiento de objetivos nacionales y regionales, abordando las desigualdades y el desarrollo de planes de acción nacionales. Se incluyeron sus recomendaciones en el [Marco Estratégico Regional para Acelerar el Acceso Universal a la Salud Sexual y Reproductiva en la Región del Sudeste Asiático \(2020-2024\)](#) como estrategias clave para reducir la mortinatalidad en la región. Seis de los 11 países de la región lograron la meta nacional de ENAP 2030 y todos los países de la región incluyeron la prevención de mortinatalidad como parte del ENAP del país, mientras que siete países identificaron metas nacionales para 2020 y 2025. OMS SEARO también estableció un registro hospitalario, apoyó las directrices nacionales de MPDSR y los paquetes de capacitación en varios países, y desarrolló un [programa virtual de capacitación en vigilancia y respuesta a la muerte materna](#) en asociación con el Liderazgo Global de MOMENTUM en el País, UNFPA y UNICEF.

RECURSOS

CRVS

La muerte fetal es uno de los diez eventos vitales que debe capturarse de forma continua, permanente, obligatoria y universal de los sistemas CRVS.

- El [reporte WHO y UNICEF \(102\)](#) ofrece una guía operativa dirigida a prestadores de servicios de salud, personal encargado del registro de información y expertos en desarrollo para mejorar el reporte de muertes fetales hacia autoridades del registro civil.
- El Capítulo 5 del [Civil Registration, vital Statistics and Identity Management \(CRVSID\): Legal and Regulatory Review Toolkit \(103\)](#) es también de utilidad.
- UNFPA ha desarrollado una guía práctica para la integración de sistemas CRVS y MPDSR en contextos de desarrollo social y la respuestas humanitarias en su reporte [Reinforcing Civil Registration and Vital Statistics and Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response Systems Interlinkages \(104\)](#).

SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE RUTINA

- El reporte de UNICEF [Stillbirth Definition and Data Quality Assessment for Health Management Information Systems \(96\)](#) ofrece una guía práctica para la recolección de información, medición de calidad de los datos y estrategias para mejorar la información disponible para la toma de decisiones.

AUDITORÍAS Y OTROS RECURSOS

- Los materiales de referencia de la OMS [Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response \(101\)](#), [Making Every Baby Count Audit Guide \(100\)](#) y [The WHO Application of ICD-10 to Deaths During the Perinatal Period: ICD-PM \(105\)](#) ofrecen apoyo para la implementación de protocolos de estudio y respuesta ante la muerte perinatal.
- Las autopsias verbales pueden ser implementadas en casos de muerte perinatal ocurrida fuera de las unidades de salud, aunque estas pueden ofrecer una validez limitada al asignar la causa de la muerte fetal. Para asesoría específica, revisar [Institute for Health Metrics and Evaluation \(IHME\)](#) y el Anexo 10 del documento [Making Every Baby Count Audit Guide \(100\)](#).



© UNICEF/UN0361622/Naftalin

Harriet Karij, una partera de 27 años apoyada por UNICEF, atiende a Monica John en la sala de partos del Hospital Universitario de Malakal, Sudán del Sur, el 26 de octubre de 2020. Los dos últimos bebés de Monica murieron trágicamente durante el parto, así que —tras una semana de dolores abdominales— decidió acudir a la maternidad del hospital, donde, según cuenta Monica (de 28 años), sabía que “la vigilarían de cerca y recibiría una atención de primer nivel”.

7. LOGRAR LA META

Este último capítulo detalla las acciones necesarias a nivel nacional ahora, en 2025 y hacia 2030, para poner fin a las muertes prenatales prevenibles y garantizar una atención respetuosa para mujeres y familias cuando un bebé muere en el útero. Finaliza reafirmando la visión de esta guía de abogacía e implementación, incluyendo experiencias de campo.

Acción necesaria a nivel nacional

Poner fin a la mortinatalidad prevenible no requiere necesariamente nuevas intervenciones. En cambio, los países deben garantizar atención prenatal e intraparto de calidad y respetuosa para todas las mujeres, niñas y familias, a lo largo del continuo de atención. Esto puede lograrse mediante el fortalecimiento de los sistemas de salud existentes, tal como se ha descrito. El fortalecimiento de los sistemas de salud también permitirá escalar el apoyo eficaz y los cuidados de duelo para todas las personas afectadas por la mortinatalidad, incluidas las familias de bebés nacidos sin vida y sus cuidadores **(1)**.

Acciones para implementar AHORA

Identificar líderes nacionales, defensores y aliados

Si bien es posible que ciertos defensores individuales lideren e impulsen una meta nacional sobre mortinatalidad en su país, se necesita un liderazgo fuerte e intencional para generar cambios sostenidos en problemas de salud desatendidos, como la muerte intrauterina **(106)**. Un liderazgo eficaz en mortinatalidad puede facilitar el análisis de situación, la definición y priorización de la agenda, así como la formulación de políticas y lineamientos de salud **(106)**. Estos pasos proporcionan las bases necesarias para implementar intervenciones, así como monitoreo y evaluación que garanticen rendición de cuentas con respecto a los hitos y metas nacionales y globales (véase el [Capítulo 4](#)).

Dar voz a las familias

Las madres, padres y familias en duelo deben recibir apoyo para expresar sus voces en la formulación de políticas y acciones. Esto ayudará a:

- Comprender y eliminar tabúes sociales, estigmas y conceptos erróneos que silencian a las familias.
- Facilitar oportunidades para que mujeres y familias exijan y reciban atención materna y neonatal de alta calidad y respetuosa, incluso cuando se trate de bebés nacidos sin vida.
- Asegurar que las opiniones de las familias sean consideradas en las evaluaciones de muertes infantiles.
- Garantizar que actores y gobiernos a nivel nacional y organizaciones globales incluyan la mortinatalidad en financiamientos, políticas y programas relevantes de Salud Reproductiva, Materna, Neonatal, Infantil y del Adolescente (SRMNIA).
- Mejorar la disponibilidad y calidad de los datos sobre la carga de la mortinatalidad, sus causas y factores de riesgo **(1)**.

Aumentar la concientización

Como se describe en el [Capítulo 2](#), las muertes fetales suelen estar excluidas de la agenda de salud pública a nivel nacional. El estigma, el tabú y el fatalismo han contribuido a esta falta de atención, que ha sido perpetuada por la falta de datos precisos y oportunos sobre el número y las causas de las muertes fetales **(1)**. Para aumentar la rendición de cuentas en torno a la mortinatalidad, los sistemas de datos deben fortalecerse en su capacidad para recolectar, analizar y promover el uso de datos oportunos, desagregados y de calidad, incluyendo causas de muerte, factores de riesgo y desigualdades **(1, 27)** (véase el [Capítulo 6](#) y el [Cuadro 7.1](#)).



CUADRO 7.1: ACCIONES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN (1)

- Alinear las definiciones e indicadores de mortinatalidad con los estándares internacionales
- Integrar componentes específicos sobre mortinatalidad dentro de planes relevantes para el fortalecimiento y mejora de los sistemas de información
- Registrar las muertes fetales en todos los programas relevantes de SRMNIA (registros, formularios de informes mensuales y sistemas de información en salud de rutina)
- Mejorar las capacidades del personal de salud en cuanto a la notificación de muertes fetales y auditorías perinatales
- Brindar formación y apoyo para incluir las muertes fetales en el sistema de registros civiles y estadísticas vitales
- Incluir información sobre el momento de la muerte fetal (ocurrida anteparto o intraparto) en todos los sitios de registro así como las causas y factores que contribuyeron a la muerte, siempre que sea posible
- Informar y revisar los datos sobre mortinatalidad a nivel local (en instituciones de salud o distritos), junto con datos de mortalidad neonatal

Definir la agenda

Los [Objetivos de Desarrollo del Milenio](#) y la [Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente \(2016–2030\)](#) (107) demuestran que es posible acelerar la acción nacional para mejorar la salud materna y neonatal (106). Se puede lograr aún más progreso si se establecen metas claras y se nacionalizan o localizan los objetivos de reducción de la mortinatalidad (1, 48, 106, 108).

Formular políticas

La agenda sanitaria y las acciones priorizadas deben estar respaldadas por una fuerte voluntad política y una inversión sostenida a nivel nacional. Los países deben facilitar la integración de la mortinatalidad en las políticas de SRMNIA a lo largo del continuo de atención, así como en las políticas de monitoreo y recolección de datos, vinculadas a mecanismos sólidos de rendición de cuentas (1, 27).

Implementar programas

La [Tabla 7.1](#) muestra las intervenciones de alto impacto para la prevención de la mortinatalidad y la orientación correspondiente de la OMS a lo largo del continuo de atención. Dado que el 45% de todas las muertes fetales ocurren durante el trabajo de parto, es fundamental mejorar la provisión y el acceso a una atención intraparto de alta calidad para todas las mujeres y bebés, en todas partes (1, 31). Las muertes fetales y neonatales también deben considerarse en la preparación de los países ante escenarios de vulnerabilidad y durante crisis humanitarias, como desastres naturales, pandemias y conflictos (véase el [Manual de Campo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Contextos Humanitarios](#)) (61).

TABLA 7.1: ORIENTACIÓN E INTERVENCIONES DE ALTO IMPACTO A LO LARGO DEL CONTINUO DE ATENCIÓN

ETAPA DEL CONTINUO	RECOMENDACIONES DE LA OMS E INTERVENCIONES DE ALTO IMPACTO
Cuidados en la adolescencia y preconcepción	Recomendación de la OMS: Atención preconcepcional de la OMS para reducir la mortalidad y morbilidad materna e infantil (36) Intervenciones de alto impacto: • Planificación familiar y anticoncepción (incluidas adolescentes) • Suplementación con hierro y ácido fólico • Prevención, detección y tratamiento de enfermedades infecciosas (como ITS, VIH)
Atención prenatal	Recomendación de la OMS: Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo (30) Intervenciones de alto impacto: • Modelos de atención prenatal con un mínimo de ocho consultas • Suplementación con hierro y ácido fólico • Prevención de enfermedades infecciosas (malaria, VIH) • Tamizaje y manejo de enfermedades maternas y factores de riesgo (diabetes mellitus gestacional (DMG), VIH, tuberculosis (TB), uso de tabaco y otras sustancias)
Atención intraparto	Recomendación de la OMS: Recomendaciones de la OMS: Atención intraparto para una experiencia positiva del parto (37), Manejo de complicaciones en el embarazo y el parto: una guía para parteras y médicos, 2ª edición (38) y Guía de atención del parto de la OMS: Manual del usuario (39) Intervenciones de alto impacto: • Atención obstétrica básica y de emergencia integral • Atención institucional de nacimientos por personal de salud capacitado • Evaluación del bienestar fetal al ingreso a la sala de partos (uso de ultrasonido Doppler o estetoscopio de Pinard) • Parto vaginal instrumentado y cesárea indicado por complicación fetal • Sistemas de referencia funcionales

DMG: diabetes mellitus gestacional; ITS: infección de transmisión sexual; TB: tuberculosis

La concientización es fundamental para aumentar la demanda de servicios, mientras que la integración de intervenciones para la prevención de la mortinatalidad en la comunidad y en la atención primaria de salud ayudará en el acceso a estos servicios.

Como se abordó en el [Capítulo 5](#), para proporcionar cuidados de calidad y respetuosos, los países deben contar con instituciones de salud funcionales con infraestructura, equipamiento y suministros adecuados, así como sistemas de referencia las 24 horas, con un número adecuado de profesionales de la salud capacitados ([1](#), [109](#)). Los profesionales de salud necesitan más capacitación y apoyo profesional, principalmente

en relación con la atención psicosocial y la comunicación respetuosa con las familias después de la muerte ([10](#)). Los profesionales de salud también necesitan apoyo para mitigar los impactos psicológicos adversos de cuidar a familias que viven una muerte prenatal (ver [Capítulo 1](#)).

Acciones a implementar en 2025

Involucrar a las comunidades

Las comunidades pueden ser movilizadas por madres y padres, familias, líderes locales y aliados nacionales en respuesta a las actividades

propuestas en [Elevar las voces](#) y [aumentar la concientización](#). La complacencia y el fatalismo relacionados con el embarazo y el parto deben abordarse dentro de las comunidades, y los países deben identificar mecanismos para reducir el estigma entre los principales actores a nivel comunitario (1). Las intervenciones comunitarias son un método para cambiar normas y deben ser probadas para valorar su escalamiento (27).

Formular políticas

Se necesita un esfuerzo continuo para identificar, comprender y corregir las desigualdades mediante análisis exhaustivos de la situación. Además de la formulación de políticas para integrar la mortinatalidad en las políticas de SRMNIA, los países también deben desarrollar estándares relacionados con la mortinatalidad, incluida la integración del apoyo familiar y el asesoramiento en las estrategias nacionales de salud, con referencia a los [Principios de cuidados respetuosos en el duelo](#) descritos en el [Capítulo 3](#).

Ampliar las intervenciones, monitorear y evaluar

El monitoreo y la evaluación de los cuidados y servicios deben seguir a la implementación de intervenciones inmediatas. El marco normativo sobre calidad de la atención y las herramientas de evaluación describen ocho dominios que deben ser monitoreados en el sistema de salud (108). También deben considerarse enfoques innovadores, incluidas las intervenciones de salud digital. Los países pueden buscar colaboración con asociaciones profesionales y el sector privado para mejorar la competencia de los profesionales de la salud y la prestación de servicios, así como con el ámbito académico para actualizar la agenda de estudios de investigación necesarios para llenar vacíos de conocimiento en materia de prevención y cuidados de mortinatos.

Acciones a implementar en 2025

Revisar la agenda y priorizar acciones

Con base en los resultados del monitoreo, la evaluación y las investigaciones continuas, la agenda de salud y las acciones prioritarias deben revisarse siempre que sea necesario.

Formular políticas

Los países deben asegurar que la prevención de la mortinatalidad se integre en las políticas nacionales de salud. Las metas de mortalidad y acceso universal a la atención de salud del ENAP y del EPMM son fundamentales, junto con la atención respetuosa y la reducción del estigma. Deben considerarse otras políticas para apoyar a madres, padres y familias, incluidas aquellas que trascienden el sector salud. Áreas importantes incluyen la licencia laboral remunerada y el apoyo financiero, como el subsidio para gastos funerarios (10).

Implementar programas

Deben considerarse estrategias e intervenciones de largo plazo, como la integración de la educación y la atención relacionadas con la mortinatalidad en la formación inicial (pregrado) de profesionales de la salud, trabajadores sociales y otros grupos profesionales. También podrá considerarse la creación de centros de excelencia para apoyar el asesoramiento profesional y el seguimiento individual, el análisis detallado de las defunciones y el asesoramiento genético. En la [Tabla 7.2](#) se presenta un resumen de las acciones.

TABLA 7.2: RESUMEN DE LAS ACCIONES NACIONALES

		ACCIONES		
ACTORES	Ahora	Hasta 2025	Hasta 2030	
GOBIERNOS	- Identificar liderazgos nacionales, defensores y aliados en salud materno-infantil - Establecer o revisar metas nacionales y regionales de mortinatalidad - Realizar un análisis rápido de la situación de los programas, políticas, protocolos, sistemas de información, capacitación y preparación de las instituciones de salud en materia de mortalidad fetal - Revisar el marco legal del registro civil o la notificación sanitaria de los mortinatos y fortalecer los sistemas de información para recopilar datos sobre la mortinatalidad - Integrar la mortinatalidad en la estrategia RMNCAH y en grupos relacionados - Identificar estrategias clave basadas en la situación nacional (entre instituciones y profesionales de la salud)	- Integrar la mortinatalidad en estrategias nacionales de salud (financiamiento, recursos humanos, calidad de la estructura de cuidados, etc.) con una meta clara - Integrar la mortinatalidad en la RMNCAH: supervisión de apoyo, sistemas de información (HMIS, MPDSR, CRVS, encuestas), marco de comunicación, protocolos, capacitación previa y durante el servicio, monitoreo y evaluación - Fortalecer la atención primaria y los cuidados basados en la comunidad para incluir la atención de la mortalidad fetal - Buscar la colaboración de consejos profesionales, universidades y el sector privado para fortalecer la competencia de los proveedores de cuidados y para el seguimiento y la evaluación, incluyendo la realización de estudios científicos - Realizar análisis de situación sobre la equidad para identificar áreas geográficas y grupos de población prioritarios	- Asegurarse de que la mortinatalidad se incluya en todas las políticas, estrategias, directrices y capacitación en materia de salud - Considerar el apoyo multisectorial para madres y familias - Identificar centros de excelencia en la prevención y el apoyo a la mortalidad fetal mediante tutorías, coaching, revisión de defunciones, pruebas genéticas y otras áreas clave	
	MUJERES, FAMILIAS Y COMUNIDADES	- Alzar la voz: compartir conocimientos y experiencias - Implicarse en el ámbito de la salud para recibir la atención esencial a lo largo de todo el proceso - Exigir una atención materno-infantil de alta calidad, respetuosa y equitativa, si no está disponible	- Exigir una atención de alta calidad y respetuosa más cerca de casa, incluidas intervenciones basadas en la comunidad - Exigir apoyo y asesoramiento para las familias - Exigir medidas para reducir las desigualdades	- Exigir una atención de alta calidad y respetuosa a lo largo de todo el proceso y una cobertura sanitaria universal - Exigir apoyo para mujeres y familias más allá del sector de la salud
PRESTADORES DE SERVICIOS	- Adherirse a los protocolos nacionales de atención de calidad y respetuosa a lo largo de todo el continuo de atención - Compartir información sobre la mortalidad fetal con las mujeres, las familias y las comunidades - Participar en cursos de formación previos y durante el servicio, incluida la atención al duelo	Colaborar con el Ministerio de Salud, las asociaciones profesionales, las universidades y el sector privado para fortalecer la competencia y compartir información y lecciones aprendidas	Actualizar la atención basada en la evidencia mediante cursos de formación para actualizaciones y el establecimiento de redes con centros de referencia	

CRVS: Registro Civil y Estadísticas Vitales; SIGS: Sistema de Información de Gestión en Salud; MPDSR: Vigilancia y Respuesta a la Muerte Materna Perinatal
SRMNIA: Salud Reproductiva, Materna, Neonatal, Infantil y del Adolescente

El progreso puede lograrse

En todo el mundo, ocurre un mortinato cada 17 segundos. Esto se traduce en alrededor de 1.9 millones de bebés mortinatos cada año y, trágicamente, la mayoría de estas muertes podrían haberse evitado con atención de alta calidad durante los períodos prenatal e intraparto (1).

El ISA-SAWG tiene una visión clara de *“Un mundo en el que los mortinatos prevenibles ya no ocurran, y la atención a las familias y a los profesionales de la salud tras una muerte intrauterina sea compasiva, de alta calidad y culturalmente apropiada”*. Esta visión se alinea bien con la serie sobre mortinatalidad evitable de The Lancet, ENAP, The Lancet Every Newborn Series, y el informe de UNICEF, OMS, Grupo del Banco Mundial y Estados Unidos Naciones Unidas olvidadas: la situación de la mortinatalidad en todo el mundo (1). Brindar atención respetuosa y reducir el estigma son componentes clave de esta visión, según se destaca específicamente en el artículo final de la serie The Lancet Ending Preventable Stillbirths (27). La visión es alcanzable, pero requerirá una acción urgente con colaboración internacional.

A lo largo de esta guía se presentan los componentes esenciales para abordar la mortinatalidad, incluyendo: abogacía; implementación de programas en torno al acceso a la atención, liderazgo, infraestructura y fuerza laboral en salud; cuidados relacionados con el duelo; y recopilación, monitoreo y evaluación de datos. La orientación incluye las voces de mujeres, grupos de padres y familias en todo el continuo de atención.

Para captar las voces de los profesionales — incluidos miembros del público objetivo de esta guía— se realizó una encuesta a inicios de septiembre de 2022. Respondieron un total de

178 profesionales de siete países, provenientes de una amplia gama de organizaciones globales, gubernamentales, intergubernamentales y no gubernamentales, agencias donantes, asociaciones profesionales, instituciones académicas y de investigación, centros de salud públicos y privados, y sociedad civil.

Muchos de los desafíos para la prevención de la mortinatalidad identificados en las respuestas de los países a la encuesta, enfatizan los descritos en las secciones anteriores de esta guía de abogacía e implementación. Los resultados de la encuesta muestran que:

- Profesionales de la salud no reciben capacitación en consejería para el duelo.
- La sobrecarga laboral y el gran agotamiento se agravaron con la pandemia de COVID-19.
- Sigue habiendo falta de financiamiento para infraestructura, fortalecimiento del sistema de salud y prestación de servicios a comunidades rurales.
- El transporte deficiente y la atención precaria en las instituciones aumentan los “tres retrasos”: retraso en la decisión de buscar atención, retraso en llegar a un centro de salud y retraso en la provisión de cuidados adecuados (110). También se incluyen los desafíos relacionados con los compromisos financieros para el seguimiento.
- Persiste una falta general de apoyo psicosocial para los profesionales de la salud, las mujeres y sus familias tras una muerte intrauterina.

Los resultados de la encuesta mostraron una clara necesidad de apoyo en mortinatalidad, incluyendo recursos comunitarios, apoyo entre pares, empatía, cuidados de duelo, así como privacidad y confidencialidad. Los participantes de la encuesta identificaron de manera coherente y clara las principales prioridades nacionales y acciones que pueden implementarse ahora para abordar la mortinatalidad (Cuadro 7.2).

La serie Lancet Ending Preventable Stillbirths enfatizó que el liderazgo es necesario a todos los niveles, pero será crucial el mejoramiento de habilidades técnicas así como información programática para cerrar brechas en materia de calidad y equidad.

El progreso en la tragedia oculta de las muertes prenatales puede llevarse a cabo globalmente, pero se le debe dar mayor prioridad; de esta forma, podríamos avanzar con acciones claras como se ha enfatizado en esta guía de abogacía e implementación.

Sabemos que la mayoría de las muertes prenatales son prevenibles, particularmente aquellas que ocurren intraparto. Como comunidad global, y con nuestras crecientes alianzas gubernamentales, aseguremos que la evidencia e información sean ampliamente visibles, y que nuestros compromisos financieros e inversiones estén alineados y vinculados a la rendición de cuentas a nivel nacional y global.

¡El tiempo para actuar es ahora! Por favor, consulta esta guía como una herramienta y trabaja con nosotros para asegurar su uso como un

documento para el cambio catalítico a lo largo del continuo de la atención. Juntos como comunidad global con agendas de aprendizaje dispuestas por ENAP y EPMM, trabajamos por poner fin a estas muertes prevenibles.

CUADRO 7.2: ACCIONES NACIONALES CLAVE PARA ABORDAR MUERTES PRENATALES, SEGÚN PERSONAS ENTREVISTADAS

- Mejorar la calidad de la atención prenatal e intraparto
- Establecer políticas y procedimientos para el manejo de muertes prenatales en las unidades de salud
- Proveer atención accesible y asequible de planificación familiar y salud reproductiva
- Proveer medicamentos, equipamiento y servicios de calidad
- Expandir servicios de primer nivel de atención
- Mejorar la capacidad para el estudio de las muertes prenatales
- Mejorar la atención prestada a los profesionales de la salud, incluidas parteras.
- Mejorar la educación en salud y apoyo psicológico a familias



Una madre sonriente y su niña en India
Fuente: Alianza lienzo blanco

8. REFERENCIAS

- United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN-IGME). Never forgotten: the situation of stillbirth around the globe. Documento del Grupo Interagencial de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil, 2022. New York: United Nations Children's Fund; 2023.
- Trends in maternal mortality 2000 to 2020. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. Geneva: World Health Organization; 2023.
- World Health Organization. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva: World Health Organization; 2022.
- World Health Organization, United Nations Children's Fund. Every newborn: an action plan to end preventable newborn deaths. Geneva: World Health Organization; 2014.
- Campbell-Jackson L, Horsch A. The psychological impact of stillbirth on women: a systematic review. *Illn Crisis Loss*. 2014;22(3):237-56. doi: 10.2190/IL.22.3.d.
- United Nations Children's Fund. What you need to know about stillbirths. Answers to common questions about this tragic loss of life: United Nations Children's Fund; 2020 [actualizado en 10/01/2023, acceso en 06/03/2023]. Disponible en: <https://www.unicef.org/stories/what-you-need-to-know-about-stillbirths>.
- De Frain J, Martens L, Stork J, et al. The psychological effects of a stillbirth on surviving family members. *Omega*. 1991;22(2):81-108. doi: 10.2190/a8vb-08xr-acgh-2gyg.
- Turton P, Evans C, Hughes P. Long-term psychosocial sequelae of stillbirth: phase II of a nested case-control cohort study. *Arch Womens Ment Health*. 2009;12(1):35-41. doi: 10.1007/s00737-008-0040-7.
- Gopichandran V, Subramaniam S, Kalsingh MJ. Psycho-social impact of stillbirths on women and their families in Tamil Nadu, India – a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):109. doi: 10.1186/s12884-018-1742-0.
- Heazell AEP, Siassakos D, Blencowe H, et al. Stillbirths: economic and psychosocial consequences. *Lancet*. 2016;387(10018):604-16. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00836-3.
- Kelley MC, Trinidad SB. Silent loss and the clinical encounter: parents' and physicians' experiences of stillbirth – a qualitative analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012;12(1):137. doi: 10.1186/1471-2393-12-137.
- Ogwulu CB, Jackson LJ, Heazell AEP, et al. Exploring the intangible economic costs of stillbirth. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15(1):188. doi: 10.1186/s12884-015-0617-x.
- Campbell HE, Kurinczuk JJ, Heazell A, et al. Healthcare and wider societal implications of stillbirth: a population-based cost-of-illness study. *BJOG*. 2018;125(2):108-17. doi: 10.1111/1471-0528.14972.
- Mistry H, Heazell AEP, Vincent O, et al. A structured review and exploration of the healthcare costs associated with stillbirth and a subsequent pregnancy in England and Wales. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13(1):236. doi: 10.1186/1471-2393-13-236.
- Ravaldi C, Carelli E, Frontini A, et al. The BLOSSoM study: Burnout after perinatal LOSS in Midwifery. Results of a nation-wide investigation in Italy. *Women Birth*. 2022;35(1):48-58. doi: 10.1016/j.wombi.2021.01.003.
- Ellis A, Chebsey C, Storey C, et al. Systematic review to understand and improve care after stillbirth: a review of parents' and healthcare professionals' experiences. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16(1):16. doi: 10.1186/s12884-016-0806-2.
- Kerkman T, Dijkman LM, Baas MAM, et al. Traumatic experiences and the midwifery profession: a cross-sectional study among Dutch midwives. *J Midwifery Womens Health*. 2019;64(4):435-42. doi: 10.1111/jmwh.12946.
- Margulies SL, Benham J, Liebermann J, et al. Adverse events in obstetrics: impacts on

- providers and staff of maternity care. *Cureus*. 2020;12(1):e6732. doi: 10.7759/cureus.6732.
19. Ravaldi C, Levi M, Angeli E, et al. Stillbirth and perinatal care: are professionals trained to address parents' needs? *Midwifery*. 2018;64:53-9. doi: 10.1016/j.midw.2018.05.008.
 20. Sheen K, Spiby H, Slade P. Exposure to traumatic perinatal experiences and posttraumatic stress symptoms in midwives: prevalence and association with burnout. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(2):578-87. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.11.006.
 21. Beck CT, LoGiudice J, Gable RK. A mixed-methods study of secondary traumatic stress in certified nurse-midwives: shaken belief in the birth process. *J Midwifery Womens Health*. 2015;60(1):16-23. doi: 10.1111/jmwh.12221.
 22. Mills TA, Ayebare E, Mweteise J, et al. "There is trauma all round": a qualitative study of health workers' experiences of caring for parents after stillbirth in Kenya and Uganda. *Women Birth*. 2023;36(1):56-62. doi: 10.1016/j.wombi.2022.02.012.
 23. Cheer KD. Balancing it out: the process by which midwifery students provide care to women following stillbirth in Papua New Guinea. Doctoral dissertation, James Cook University. doi: 10.25903/5d4a750c7d880 2019.
 24. Homer CSE, Malata A, ten Hoope-Bender P. Supporting women, families, and care providers after stillbirths. *Lancet*. 2016;387(10018):516-7. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01278-7.
 25. Fenwick J, Jennings B, Downie J, et al. Providing perinatal loss care: satisfying and dissatisfying aspects for midwives. *Women Birth*. 2007;20(4):153-60. doi: 10.1016/j.wombi.2007.09.002.
 26. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN-IGME), United Nations Children's Fund, London School of Hygiene & Tropical Medicine. Stillbirth in low- and middle-income countries: a conceptual framework. New York: United Nations Children's Fund; 2022.
 27. de Bernis L, Kinney MV, Stones W, et al. Stillbirths: ending preventable deaths by 2030. *Lancet*. 2016;387(10019):703-16. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00954-X.
 28. Zakar MZ, Zakar R, Mustafa M, et al. Underreporting of stillbirths in Pakistan: perspectives of the parents, community and healthcare providers. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):302. doi: 10.1186/s12884-018-1924-9.
 29. Tunçalp Ö, Were WM, MacLennan C, et al. Quality of care for pregnant women and newborns – the WHO vision. *BJOG*. 2015;122(8):1045-9. doi: 10.1111/1471-0528.13451.
 30. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization; 2016.
 31. Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *Lancet*. 2016;387(10018):587-603. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00837-5.
 32. Heazell AEP. Stillbirth – a challenge for the 21st century. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16(1):388. doi: 10.1186/s12884-016-1181-8.
 33. Haws RA, Mashasi I, Mrisho M, et al. "These are not good things for other people to know": how rural Tanzanian women's experiences of pregnancy loss and early neonatal death may impact survey data quality. *Soc Sci Med*. 2010;71(10):1764-72. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.03.051.
 34. Kerber KJ, de Graft-Johnson JE, Bhutta ZA, et al. Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery. *Lancet*. 2007;370(9595):1358-69. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61578-5.
 35. Asratie MH, Muche AA, Geremew AB. Completion of maternity continuum of care among women in the post-partum period: magnitude and associated factors in the northwest, Ethiopia. *PLOS ONE*. 2020;15(8):e0237980. doi: 10.1371/journal.pone.0237980.
 36. World Health Organization. Preconception care to reduce maternal and childhood mortality and morbidity. Geneva: World Health Organization; 2013.
 37. World Health Organization. WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018.

38. World Health Organization. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors – 2nd edition. Geneva: World Health Organization; 2017.
39. World Health Organization. WHO labour care guide: user's manual. Geneva: World Health Organization; 2021.
40. Shakespeare C, Merriel A, Bakhbakhi D, et al. The RESPECT Study for consensus on global bereavement care after stillbirth. *Int J Gynaecol Obstet.* 2020;149(2):137-47. doi: 10.1002/ijgo.13110.
41. Sands. Sands Australian principles of bereavement care: miscarriage, stillbirth and newborn death. 1st edition. Box Hill: Sands; 2018.
42. Flenady V, Oats J, Gardener G, et al. Clinical practice guideline for care around stillbirth and neonatal death. Version 3.4. Brisbane: NHMRC Centre of Research Excellence in Stillbirth; 2020.
43. American College of Obstetricians and Gynecologists, Society for Maternal-Fetal Medicine. Management of stillbirth. *Obstet Gynecol.* 2002;135: e110-32.
44. Health Service Executive. National standards for bereavement care following pregnancy loss and perinatal death. Ireland: Health Service Executive; 2022.
45. Wojcieszek A, Boyle F, Belizán J, et al. Care in subsequent pregnancies following stillbirth: an international survey of parents. *BJOG.* 2018;125(2):193-201. doi: 10.1111/1471-0528.14424.
46. Wojcieszek AM, Shepherd E, Middleton P, et al. Care prior to and during subsequent pregnancies following stillbirth for improving outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018(12). doi: 10.1002/14651858.CD012203.pub2.
47. Ladhani NNN, Fockler ME, Stephens L, et al. No. 369-Management of pregnancy subsequent to stillbirth. *J Obstet Gynaecol Can.* 2018;40(12):1669-83. doi: 10.1016/j.jogc.2018.07.002.
48. World Health Organization and United Nations Children's Fund. Ending preventable newborn deaths and stillbirths by 2030. Moving faster towards high-quality universal health coverage in 2020-2025. Geneva: World Health Organization, United Nations Children's Fund; 2020.
49. World Health Organization and United Nations Population Fund. Ending Preventable Maternal Mortality (EPMM). A renewed focus for improving maternal and newborn health and well-being. Geneva: World Health Organization, United Nations Population Fund; 2021.
50. World Health Organization. Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM). Geneva: World Health Organization; 2015.
51. United Nations Children's Fund. Defining 'N' in RMNCAH – Every Newborn Action Plan country planning and costing toolkit and user guide. Geneva: United Nations Children's Fund; 2017.
52. Ten Hoop-Bender P, Stenberg K, Sweeny K. Reductions in stillbirths – more than a triple return on investment. *Lancet.* 2016;387(10018):e14-e6. doi: 10.1016/s0140-6736(15)01277-5.
53. World Health Organization and United Nations Children's Fund. Every newborn progress report: 2019. Geneva: World Health Organization, United Nations Children's Fund; 2020.
54. Department of Health. National stillbirth action and implementation plan. Canberra: Australian Government Department of Health; 2020.
55. Garces A, McClure EM, Espinoza L, et al. Traditional birth attendants and birth outcomes in low–middle income countries: a review. *Semin Perinatol.* 2019;43(5):247-51. doi: 10.1053/j.semperi.2019.03.013.
56. International Confederation of Midwives. Position statement: partnership between Indigenous and non-Indigenous midwives. The Hague: International Confederation of Midwives; 2021.
57. International Confederation of Midwives. Position statement: partnerships between professional midwives and traditional caregivers with midwifery skills. The Hague: International Confederation of Midwives; 2008.
58. Miller T, Smith H. Establishing partnership with traditional birth attendants for improved maternal

- and newborn health: a review of factors influencing implementation. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):365. doi: 10.1186/s12884-017-1534-y.
59. 59. Zephyrin L, Seervai S, Lewis C, et al. Community-based models to improve maternal health outcomes and promote health equity. *Commonwealth Fund*. 2021. doi: 10.26099/6s6k-5330.
 60. Lassi ZS, Kumar R, Bhutta ZA. Community-based care to improve maternal, newborn, and child health. In: Black RE, Laxminarayan R, Temmerman M, et al, editors. *Reproductive, maternal, newborn, and child health: disease control priorities, third edition (volume 2)*. Washington: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank; 2016.
 61. Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises. *Inter-agency field manual on reproductive health in humanitarian settings*. New York: Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises; 2018.
 62. Edmond K, Yousufi K, Naziri M, et al. Mobile outreach health services for mothers and children in conflict-affected and remote areas: a population-based study from Afghanistan. *Arch Dis Child*. 2020;105(1):18-25. doi: 10.1136/archdischild-2019-316802.
 63. World Health Organization. *WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes*. Geneva: World Health Organization; 2018.
 64. World Health Organization. *WHO guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision*. Geneva: World Health Organization; 2022.
 65. Flenady V, Wojcieszek AM, Middleton P, et al. Stillbirths: recall to action in high-income countries. *Lancet*. 2016;387(10019):691-702. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01020-X.
 66. Sabin JA. Tackling implicit bias in health care. *NEJM*. 2022;387(2):105-7. doi: 10.1056/NEJMp2201180.
 67. Attanasio L, Kozhimannil KB. Health care engagement and follow-up after perceived discrimination in maternity care. *Med Care*. 2017;55(9):830-3. doi: 10.1097/mlr.0000000000000773.
 68. Kaplan RS. *What you really need to lead: the power of thinking and acting like an owner*. Boston: Harvard Business Review Press; 2015.
 69. White Ribbon Alliance. *Power on: a toolkit for community organizing*. Washington, D.C.: White Ribbon Alliance; 2021.
 70. Vallières F, Mannan H, Kodate N, et al., editors. *Systems thinking for global health. How can systems-thinking contribute to solving key challenges in global health?* Oxford: Oxford University Press; 2022.
 71. Ngwenya S. Reducing fresh full term intrapartum stillbirths through leadership and accountability in a low-resource setting, Mpilo Central Hospital, Bulawayo, Zimbabwe. *BMC Res Notes*. 2017;10(1):246. doi: 10.1186/s13104-017-2567-z.
 72. Homer CS, Friberg IK, Dias MA, et al. The projected effect of scaling up midwifery. *Lancet*. 2014;384(9948):1146-57. doi: 10.1016/s0140-6736(14)60790-x.
 73. International Confederation of Midwives. *ICM advocacy toolkit for midwives*. The Hague: International Confederation of Midwives.
 74. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. *Stillbirth Clinical Care Standard*. Sydney: Australian Commission on Safety and Quality in Health Care; 2022.
 75. Ministry of Health – Ethiopia. *Health Sector Transformation Plan II (HSTP II)*. Addis Ababa: Government of Ethiopia; 2021.
 76. World Health Organization. *Integrated management of pregnancy and childbirth: pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice, third edition*. Geneva: World Health Organization; 2015.
 77. World Health Organization. *Definition of skilled health personnel providing care during childbirth: the 2018 joint statement by WHO, UNFPA, UNICEF, ICM, ICN, FIGO and IPA*. Geneva: World Health Organization; 2018.
 78. United Nations Population Fund, International Confederation of Midwives, World Health Health

- Organization. The state of the world's midwifery. New York: United Nations Population Fund; 2021.
79. World Health Organization. State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. Geneva: World Health Organization; 2020.
 80. International Confederation of Midwives. Building the enabling environment for midwives: a call to action for policymakers. The Hague: International Confederation of Midwives; 2021.
 81. Hoyler M, Finlayson SRG, McClain CD, et al. Shortage of doctors, shortage of data: a review of the global surgery, obstetrics, and anesthesia workforce literature. *World J Surg.* 2014;38(2):269-80. doi: 10.1007/s00268-013-2324-y.
 82. World Health Organization. WHO guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas. Geneva: World Health Organization; 2021.
 83. World Health Organization. Human resource strategies to improve newborn care in health facilities in low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 2020.
 84. International Confederation of Midwives. RESPECT workshops: a toolkit ICM. The Hague: International Confederation of Midwives; 2020.
 85. Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises. Approaching implementation of respectful maternity care in humanitarian settings. New York: Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises; 2022.
 86. Gardiner PA, Kent AL, Rodriguez V, et al. Evaluation of an international educational programme for health care professionals on best practice in the management of a perinatal death: IMproving Perinatal mortality Review and Outcomes Via Education (IMPROVE). *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016;16(1):376. doi: 10.1186/s12884-016-1173-8.
 87. Grigg CP, Tracy SK. New Zealand's unique maternity system. *Women Birth.* 2013;26(1):e59-e64. doi: 10.1016/j.wombi.2012.09.006.
 88. Sandall J, Soltani H, Gates S, et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;4(4). doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub5.
 89. Gilbert NL, Auger N, Tjepkema M. Stillbirth and infant mortality in Aboriginal communities in Quebec. *Health Rep.* 2015;26(2):3-8.
 90. Centers for Disease Control and Prevention. Stillbirth data and statistics [webpage]: U.S. Department of Health & Human Services; 2022 [actualizado en 04/10/2022, acceso en 06/03/2023]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/ncbddd/stillbirth/data.html>.
 91. Australian Institute of Health and Welfare. Health of mothers and babies [webpage]: Australian Government; 2022 This is Portuguese [actualizado en 07/07/2022, acceso en 06/03/2023]. Disponible en: <https://www.aihw.gov.au/reports/mothers-babies/health-of-mothers-and-babies>.
 92. Perinatal and Maternal Mortality Review Committee. Fourteenth annual report of the Perinatal and Maternal Mortality Review Committee: reporting mortality and morbidity 2018. Wellington: Health Quality & Safety Commission; 2021.
 93. Heazell A, Wojcieszek AM, Graham N, et al. Care in pregnancies after stillbirth and perinatal death. *IJBPE.* 2019;6(2):22-8.
 94. Javid N, Hyett JA, Homer CSE. The experience of vasa praevia for Australian midwives: a qualitative study. *Women Birth.* 2019;32(2):185-92. doi: 10.1016/j.wombi.2018.06.020.
 95. Perin J, Mulick A, Yeung D, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-19: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet Child Adolesc Health.* 2022;6(2):106-15. doi: 10.1016/S2352-4642(21)00311-4.
 96. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN-IGME), United Nations Children's Fund, London School of Hygiene & Tropical Medicine. Stillbirth definition and data quality assessment for health management information systems (HMIS): a guideline. New York: United Nations Children's Fund; 2022.
 97. United Nations Statistics Division and Vital Strategies. Guidelines on the legislative framework for civil registration, vital statistics and identity

- management: second draft (incorporating EGM comments). New York: United Nations; 2019.
98. Gold KJ, Abdul-Mumin AR, Boggs ME, et al. Assessment of “fresh” versus “macerated” as accurate markers of time since intrauterine fetal demise in low-income countries. *Int J Gynaecol Obstet.* 2014;125(3):223-7. doi: 10.1016/j.ijgo.2013.12.006.
 99. Blencowe H, Bottecchia M, Kwesiga D, et al. Stillbirth outcome capture and classification in population-based surveys: EN-INDEPTH study. *Popul Health Metr.* 2021;19(1):13. doi: 10.1186/s12963-020-00239-8.
 100. World Health Organization. Making every baby count. Audit and review of stillbirths and neonatal deaths. Geneva: World Health Organization; 2016.
 101. World Health Organization. Maternal and perinatal death and surveillance and response. Materials to support implementation. Geneva: World Health Organization; 2021.
 102. Health sector contributions towards improving the civil registration of births and deaths in low-income countries: guidance for health sector managers, civil registrars and development partners. Geneva: World Health Organization, United Nations Children's Fund; 2021.
 103. Schwid A, Sferrazza L, Frederes A, et al. Civil registration, vital statistics and identity management (CRVSID): legal and regulatory review toolkit. New York: Bloomberg Philanthropies Data for Health Initiative; 2021.
 104. United Nations Population Fund. Improving data for evidence-based decision-making: reinforcing civil registration and vital statistics and maternal and perinatal death surveillance and response systems interlinkages. Guidance note for development and humanitarian settings. New York: United Nations Population Fund; 2021.
 105. World Health Organization. The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD-PM. Geneva: World Health Organization 2016.
 106. Frøen JF, Friberg IK, Lawn JE, et al. Stillbirths: progress and unfinished business. *Lancet.* 2016;387(10018):574-86. doi: 10.1016/s0140-6736(15)00818-1.
 107. Every Woman Every Child. Global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016-2030). New York: Every Woman Every Child; 2015.
 108. World Health Organization. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Geneva: World Health Organization; 2016.
 109. Robertson T, Carter ED, Chou VB, et al. Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study. *Lancet Glob Health.* 2020;8(7):e901-e8. doi: 10.1016/s2214-109x(20)30229-1.
 110. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Soc Sci Med.* 1994;38(8):1091-110. doi: 10.1016/0277-9536(94)90226-7.

9. ANEXOS

Anexo 1:

Desafíos en el abordaje de la mortalidad fetal 75

Anexo 2:

Otros estudios de caso disponibles en el repositorio en línea 76

Anexo 3:

Llamado a la acción de la serie Lancet Ending Preventable Stillbirths (actualizado) 77

Anexo 4:

Metas de mortalidad y cobertura de la ENAP y la EPMM 78

Anexo 5:

Ejemplos de actividades para involucrar a los responsables
de la toma de decisiones y a su público objetivo 80

Anexo 6:

Plantilla para un plan de acción de abogacía 81

Anexo 7:

Kits de herramientas de promoción para la salud de las mujeres,
los niños y los adolescentes 82

Anexo 8:

Plantilla para el mapeo de políticas relevantes y recomendaciones 84

Anexo 9:

Conjunto mínimo de datos perinatales de la OMS 85

ANEXO 1

DESAFÍOS EN EL ABORDAJE DE LA MORTALIDAD FETAL

CATEGORÍA	EJEMPLOS DE CUESTIONES CLAVE
EQUIDAD Y ACCESO AL CUIDADO	Tríada: bajo nivel socioeconómico, analfabetismo y atención prenatal inadecuada
	Desigualdad de riqueza
	Discriminación en la atención sanitaria
CALIDAD DE LA ATENCIÓN	Información inadecuada sobre prácticas saludables recomendadas durante el embarazo
	Falta de atención respetuosa
	Intervenciones inaccesibles para la promoción de la salud de la mujer, la prevención de enfermedades, el tamizaje y el diagnóstico oportuno
	Falta de infraestructura y de equipos/suministros para ofrecer atención de buena calidad
	Escasez de personal para brindar atención adecuada (por ejemplo, falta de continuidad en los cuidados dirigidos por parteras, lo que lleva a pocos contactos y a una atención potencialmente de baja calidad)
	Financiamiento y recursos insuficientes para herramientas esenciales de monitoreo (como registros portátiles o digitales para mujeres)
	Ausencia de atención al duelo
SOCIAL PERCEPCIONES	Estigma y ostracismo hacia las madres tras un mortinato (en algunas regiones, las mujeres son culpadas, maltratadas o incluso repudiadas mediante el divorcio)
	Prácticas de duelo ocultas tras la pérdida perinatal en diversos contextos culturales (por ejemplo, donde los padres tienen prohibido expresar su dolor)
	Tabús, fatalismo y falsas creencias (como la idea de que la brujería o los espíritus malignos causan los mortinatos)
BRECHAS DE DATOS	Falta de inclusión sistemática de metas o indicadores globales sobre mortinatos en las iniciativas posteriores a 2015
	Disponibilidad limitada de datos confiables en la vigilancia epidemiológica a nivel poblacional
	Falta de indicadores para medir el impacto y monitorear el progreso
	Falta de desagregación de datos, incluyendo análisis por tiempo, causa y grupos marginados
	Carencia de indicadores de cobertura programática
	Medición imprecisa de los mortinatos, con omisión de casos y clasificación errónea entre mortinatos y muertes neonatales tempranas
	Clasificación inconsistente: las definiciones de mortinato varían entre contextos y a lo largo del tiempo, lo que limita la comparabilidad y evaluación con datos precisos
DESAFÍOS PROGRAMÁTICOS	Falta de implementación de políticas o guías sobre mortinatos
	Capacitación insuficiente del personal de salud en las guías clínicas correspondientes de manejo
	Metodología poco organizada y estructurada para la investigación de los mortinatos
	Falta de garantía de disponibilidad de personal especializado en las políticas de gestión (por ejemplo, ausencia de patólogos capacitados –incluidos especialistas en patología placentaria– para realizar investigaciones/ exámenes diagnósticos apropiados)

ANEXO 2

OTROS ESTUDIOS DE CASO DISPONIBLES EN EL REPOSITORIO EN LÍNEA

Consulte el repositorio en línea en:
www.stillbirthalliance.org/global-guide

Abogacía

- Abogacía técnica: priorización de los mortinatos prevención a nivel nacional
Uganda
- Abogacía política: cómo los legisladores pueden ayudar después de un mortinato
EE. UU.
- Sensibilización o voz de abogacía: Still a mum
Kenia
- Iniciativa Still A Mum Parent Voices
Kenia
- Creación del Centro de Investigación Excelencia en Mortinatos
Australia
- Abogacía e implementación para apoyar el abordaje de los mortinatos
Afganistán
- Grupo B Strep Internacional (Iniciativa de concientización internacional sobre el estreptococo del grupo B)
EE. UU.

Ejecución del programa

- Tamizaje de la insuficiencia placentaria en mujeres embarazadas de alto riesgo
Sudáfrica
- Fortalecimiento de la atención prenatal mediante listas de verificación de cuidados prenatales
Sudáfrica
- Programa de atención materna CLEVER
Sudáfrica
- Cuidados de duelo en los **Emiratos Árabes Unidos**: contexto y ejemplos de casos

Medición del progreso

- Uso de datos para reducir las muertes evitables de bebés y niños y niñas
México

ANEXO 3

THE LANCET – SERIE “ENDING PREVENTABLE STILLBIRTHS”: LLAMADO A LA ACCIÓN

(ACTUALIZADO)

METAS DE MORTINATALIDADE HASTA 2030

- Tasa nacional de mortinatalidad: Máximo de 12 mortinatos por cada 1.000 nacimientos totales en todos los países
- Equidad: todos los países deben establecer y cumplir metas para reducir las brechas de equidad y utilizar datos para monitorear la mortinatalidad

COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD HASTA 2030

- Salud sexual y reproductiva: acceso universal a los servicios y articulación con programas y estrategias nacionales
- Atención prenatal: atención prenatal universal, integral y de calidad.
- Atención durante el trabajo de parto y el nacimiento: Atención intraparto universal, eficaz y respetuosa, que incluya: monitoreo intraparto de alta calidad; intervenciones obstétricas oportunas y apropiadas (incluida la cesárea); y clínica y manejo respetuoso de los mortinatos.

HITOS HASTA 2025 (ACTUALIZADO)

- Hitos incluidos en el [Plan de acción para todos los recién nacidos \(ENAP\)](#) y [Eliminando la muerte materna prevenible \(EPMM\)](#)
- Atención respetuosa, que incluye el consenso global sobre un paquete de cuidados después de una muerte durante el embarazo o el parto (de una madre, un recién nacido o un mortinato) para la familia, la comunidad y el personal de salud afectado, en todos los entornos.
- Reducir el estigma: todos los países deben reconocer el impacto de los mortinatos e identificar mecanismos para reducir el estigma asociado para todas las partes interesadas, incluidos profesionales de salud y comunidades.

El cumplimiento de estas metas exigirá que la comunidad global de salud, los líderes de los países y las personas colaboren de manera más eficaz en:

- Liderazgo intencionado a nivel global y nacional, especialmente por parte de los formuladores de políticas.
- Amplificación de la voz, especialmente de las mujeres, para romper el silencio y reducir el estigma y el tabú en torno a la mortalidad fetal.
- Implementación de intervenciones integradas a lo largo del continuo de salud materno-infantil, con inversiones proporcionales a la magnitud de la carga global de mortinatos.
- Definición y uso de indicadores para medir el progreso y la calidad de la atención.
- Investigación sobre las brechas de conocimiento relativas a la prevención de mortinatos y al apoyo en el duelo.

ANEXO 4

MORTALIDAD ENAP Y EPMM

METAS Y COBERTURA

META	ENAP	EPMM
MORTALIDAD Y METAS HASTA 2030	Todos los países tendrán 12 o menos mortinatos por cada 1.000 nacimientos totales, y continuarán mejorando la equidad Todos los países tendrán 12 o menos muertes neonatales por 1.000 nacidos vivos, y seguirán reduciendo la mortalidad y la discapacidad, garantizando que ningún recién nacido quede atrás (ODS 3.2)	La RMM global se reducirá a menos de 70 por 100,000 nacidos vivos, sin ningún país por encima de 140 por 100,000 (meta del ODS 3.1)
COBERTURA GLOBAL METAS HASTA 2025	Atención durante el embarazo 90% de cobertura global de cuatro o más contactos de atención prenatal Atención al nacer 90% de cobertura global de partos atendidos por personal de salud calificado Al menos 60% de la población con acceso físico a la unidad EmONC más cercana en menos de dos horas de viaje (solo para EPMM) Atención posnatal y cuidado del recién nacido 90% de cobertura global de atención posnatal temprana 80% de países con un plan nacional de implementación en ejecución en al menos la mitad del territorio, con suficientes unidades de internación funcionales de nivel 2 vinculadas a unidades de nivel 1 para el cuidado de recién nacidos pequeños o enfermos, con atención centrada en la familia (solo ENAP) Determinantes sociales 65% de mujeres tomando decisiones informadas y empoderadas sobre relaciones sexuales, uso de anticonceptivos y atención de salud reproductiva (solo EPMM)	
COBERTURA NACIONAL METAS HASTA 2025	Atención durante el embarazo 90% de países con >70% de cobertura de cuatro o más contactos prenatales Atención al nacer 90% de países con >80% de partos atendidos por personal calificado 80% de países con >50% de la población con acceso físico a la unidad EmOC más cercana en menos de dos horas de viaje (solo EPMM) Atención posnatal y cuidado del recién nacido 90% de países con >60% de atención posnatal temprana 80% de los distritos (o la unidad subnacional equivalente) tendrán al menos una unidad de internación de nivel 2 para atender a recién nacidos pequeños y enfermos, con soporte respiratorio, incluyendo el suministro de presión positiva continua en las vías aéreas (solo ENAP) Determinantes sociales 80% de países que adopten cambios legales y políticas que garanticen acceso pleno e igualitario a mujeres y hombres de 15 años o más para servicios, información y educación en salud sexual y reproductiva (solo EPMM)	

COBERTURA SUBNACIONAL HASTA 2025	Atención durante el embarazo 80% de distritos con >70% de cuatro o más contactos prenatales.
	Atención al nacer 80% de distritos con >80% de partos atendidos por profesionales calificados.
	Atención posnatal y cuidado del recién nacido 80% de distritos con >60% de atención posnatal temprana (dentro de dos días).

Siglas EmOC: Atención obstétrica de emergencia; EmONC: Atención obstétrica y neonatal de emergencia; ENAP: Every Newborn Action Plan (Plan de Acción para Todos los Recién Nacidos); EPMM: Ending Preventable Maternal Mortality (Acabando con la Mortalidad Materna Prevenible)
RMM: Razón de mortalidad materna; ODS: Objetivo de Desarrollo Sostenible.

ANEXO 5

EJEMPLOS DE ACTIVIDADES PARA INVOLUCRAR A LOS TOMADORES DE DECISIONES Y A SU PÚBLICO OBJETIVO

ENFOCADO EN...	POSIBLES FORMAS DE PARTICIPAR	PÚBLICO OBJETIVO
DATOS	Proponer proyectos piloto para apoyar una mejor recolección de datos en los establecimientos	Grupos de reflexión y organismos profesionales
	Proponer un sistema para incluir los desenlaces de los embarazos en las encuestas	Funcionarios del ministerio
INTERVENCIONES	Trabajar con la autoridad competente para desarrollar directrices sobre mortinatos	Profesionales de la salud
	Crear y difundir intervenciones claras y simples para los mortinatos	Funcionarios del ministerio
	Compartir aprendizajes de informes o estudios de manera accesible formas de fácil comprensión	Academia
INVERSIÓN	Proponer que la tasa de mortinatos sea considerada un indicador de calidad de la atención.	Autoridades de salud Funcionarios del ministerio
MESAJES	Organizar encuentros sobre mortinatos – incluir especialistas en el tema en paneles y mesas redondas – debates	Los medios de comunicación El público, incluidos madres y padres
CAMPEONES	Crear oportunidades para compartir experiencias y los impactos de intervenciones eficaces – mesas redondas, diálogos, actividades en medios	Los medios de comunicación Funcionarios del gobierno Academia y profesionales de salud
ESTIGMA	Involucrarse con grupos de padres para compartir lecciones aprendidas	Los medios de comunicación
RECONOCER	Presionar a las autoridades relevantes para que reconozcan el problema y asuman la responsabilidad sobre los mortinatos	Políticos locales y nacionales
	Mostrar la interconexión de los mortinatos con las metas y objetivos gubernamentales	Líderes gubernamentales
RENDICIÓN DE CUENTAS	Asociarse con un think tank o agencia confiable para medir mortinatos – publicar un informe de progreso.	Líderes gubernamentales Ministros
MANDATO	Utilizar las voces de los padres y aliados para mostrar a los políticos que cuentan con un mandato para actuar	Políticos locales y nacionales
	Construir una coalición sólida de ONG, asociaciones profesionales y fundaciones para realizar abogacía conjunta y demostrar profundidad de solidaridad	Líderes gubernamentales y ministros

ONG: organización no gubernamental

Nota: Las actividades enumeradas no son exhaustivas; se presentan para ilustrar la variedad de enfoques disponibles.

ANEXO 6

PLANTILLA PARA REALIZAR UN PLAN DE ACCIÓN DE ABOGACÍA

Meta de abogacía:

Objetivo(s) de abogacía:

[illegible]

ANEXO 7

KITS DE HERRAMIENTAS DE ABOGACÍA PARA LA SALUD DE LAS MUJERES, NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

Desarrollado por Kelly Thomson, Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (PMNCH)

TOOLKIT	ORGANIZACIÓN	ÁREAS DE ENFOQUE
Defendiendo el cambio para Adolescentes: un kit de herramientas práctico para que los jóvenes sepan defenderse para mejorar la salud de los/las adolescentes bienestar	PMNCH y Women Deliver	Adolescentes y jóvenes; Salud para todos; Salud mental; Servicios de salud sexual y reproductiva
Power On: un kit de herramientas para comunidad organización	White Ribbon Alliance	Salud y derechos en salud; Carta de Atención Respetuosa en la Maternidad: Derechos universales de madres y recién nacidos
Desmitificando los datos: usando evidencias para mejorar la salud sexual de las personas y los derechos – Taller y toolkit	Instituto Guttmacher	Derechos de salud sexual y reproductiva de jóvenes; Uso de datos para resolver problemas; Desarrollo de estrategias de abogacía
Kit de herramientas de abogacía del ICM para parteras	Confederación Internacional de Matronas (ICM)	Aumento de recursos para parteras; Sensibilización sobre temas de salud; Ampliación de derechos y protección para parteras
Every Newborn: una defensa Kit de herramientas y manual de orientación para acabar con la prevención	OMS y UNICEF	Herramientas prácticas para que los programas nacionales y las partes interesadas apoyen la abogacía para mejorar la salud neonatal, materna y prevenir los mortinatos
Advoc Saúde para Todos	UHC2030 Civil Society Engagement Mechanism (CSEM)	Enfocado en alcanzar la cobertura universal de salud, pero incluye referencia a la salud materna
La Guía de Jóvenes Defensores sobre la abogacía en salud y derechos sexuales y reproductivos	Bem aqui, certo Now and YUWA	Derechos sexuales y reproductivos de adolescentes; Abogacía digital
Every Mother Counts Advocacy Toolkit	Every Mother Counts – Advocacy Toolkit	Salud materna y equidad en salud; Crisis de mortalidad materna en Estados Unidos

TOOLKIT	ORGANIZACIÓN	ÁREAS DE ENFOQUE
Ampliación de las voces de madres y padres Kit de herramientas de abogacía - Kenia Paren versio	ISA	Mortinatos; voces de madres y padres
Toolkit de abogacía sobre lactancia materna	UNICEF y OMS	Lactancia materna
Presupuesto en salud Alfabetización, abogacía y rendición de cuentas en presupuesto de salud (UHC)	UHC2030 y PMNCH	Capacitación en presupuesto de salud; Cobertura Universal de Salud; Rendición de cuentas (accountability)
Movilizando comunidades en salud y derechos de los jóvenes: un kit de herramientas de abogacía	Family Care International	Salud y derechos sexuales y reproductivos de jóvenes
Black Mamas Matter: Promoviendo el derecho humano a una maternidad segura y respetuosa	Black Mamas Matter Alliance y Center for Reproductive Rights	Mortalidad materna en Estados Unidos; Acceso a la atención de salud reproductiva; Atención de calidad; Atención materna respetuosa

[illegible]

ANEXO 9

CONJUNTO MÍNIMO DE DATOS PERINATALES DE LA OMS

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DEBE RECOGERSE EN TODOS LOS NACIMIENTOS:

ID n.º de la madre:

ID n.º del bebé:

Nombre del establecimiento:

Nombre del distrito:

Historia obstétrica: número de gestaciones, número de nacidos vivos

Edad de la madre:

Tipo de embarazo: único, gemelar, múltiple superior

Número de consultas prenatales:

Estado del VIH:

Última menstruación de la madre:

Fecha y hora del nacimiento:

Edad gestacional (semanas) y método de determinación:

Lugar del parto:

Atendido por: partera, enfermera, médico, otro, o se desconoce la información

Modo de parto: vaginal cefálico, vaginal podálico, cesárea

Sexo del bebé:

Peso al nacer (gramos):

SI EL BEBÉ FALLECIÓ, SE DEBE RECOGER LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ADICIONAL:

Fecha y hora de la muerte:

Tipo de muerte: neonatal, mortinato intraparto, mortinato anteparto, mortinato de tiempo desconocido

Aliados

BILL & MELINDA
GATES foundation



