
Panorama de la Situación de la Morbilidad y Mortalidad Maternas: *América Latina y el Caribe*

Diciembre 2017

Contenido

2 **AGRADECIMIENTO**

3 **ACRÓNIMOS Y SIGLAS**

5 **RESUMEN EJECUTIVO**

9 **PANORAMA DE LA SITUACIÓN DE LA MORBILIDAD
Y MORTALIDAD MATERNAS: AMÉRICA LATINA
Y EL CARIBE**

9 Introducción

11 Contexto de la Morbilidad y Mortalidad
Maternas en América Latina y el Caribe

14 Lecciones Aprendidas en el Periodo
2004-2014

23 Conclusiones

25 **REFERENCIAS ADICIONALES**

25 Anexo A: Glosario

27 Anexo B: Contexto Internacional de la
Reducción de la Mortalidad y la Morbilidad
Maternas

30 Anexo C: Tendencias Regionales en la
Mortalidad Materna

31 Anexo D: Los ODS y la Nueva Estrategia
Mundial para la Salud de las Mujeres, los
Niños y los Adolescentes

32 **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Agradecimiento

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo de todas las organizaciones que conforman el Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna: el Fondo de Población de las Naciones Unidas, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Jhpiego y el Maternal and Child Survival Program, ONU Mujeres, Management Sciences for Health, el Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial, el Grupo Parlamentario Interamericano sobre Población y Desarrollo, la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, la Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región del Hemisferio Occidental, la Confederación Internacional de Matronas, la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia, Ginecología y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía y la Organización de Estados Americanos. Se agradece a todas las personas que contribuyeron sus valiosos aportes, observaciones y sugerencias para enriquecer y mejorar este documento. En especial se agradece a los representantes de los

ministerios de salud de Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Surinam, Uruguay y Venezuela, que participaron en las reuniones de revisión y validación del Consenso Estratégico (República Dominicana, 2013 y Panamá, 2015), así como al Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue y al Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y la República Dominicana. Nuestro reconocimiento especial a los y las colegas de los organismos de cooperación internacional en los países y expertos regionales que participaron en la discusión y revisión de este documento de consenso.

Este documento constituye un marco basado en la evidencia para abordar el grave problema de la mortalidad y morbilidad maternas en América Latina y el Caribe. Cada agencia se rige por los principios y políticas dictados por sus cuerpos directivos y por lo tanto implementa las intervenciones descritas en este documento según sus propios principios y políticas, y en concordancia con su mandato.

Acrónimos y Siglas

ACNUDH	<i>Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, Naciones Unidas</i>	IEB	<i>Institutos de Estudios Brasileños</i>
AEICD	<i>Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo</i>	MMEIG	<i>Grupo Interagencial de Estimación de la Mortalidad Materna (del inglés, Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group)</i>
AISRR	<i>Aseguramientos de Insumos para la Salud Reproductiva (Programa Global)</i>	MSH	<i>Management Sciences for Health</i>
CARICOM	<i>Comunidad del Caribe (sigla del inglés)</i>	ODM	<i>Objetivos de Desarrollo del Milenio</i>
CIPD	<i>Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo</i>	ODS	<i>Objetivos de Desarrollo Sostenible</i>
CLAP	<i>Centro Latinoamericano de Perinatología</i>	OMS	<i>Organización Mundial de la Salud</i>
CMR	<i>Cuidados maternos respetuosos</i>	OPS	<i>Organización Panamericana de la Salud</i>
COMISCA	<i>Comisión de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana</i>	PBI	<i>producto bruto interno</i>
CONE	<i>Cuidado obstétrico y neonatal esencial</i>	PLANEA	<i>Plan Andino para Prevención del Embarazo en Adolescentes</i>
CUS	<i>Cobertura universal de salud</i>	RELACISIS	<i>Red Latinoamericana y del Caribe para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información en Salud</i>
DNI	<i>Documento nacional de identidad</i>	RMM	<i>razón de mortalidad materna</i>
DSS	<i>[factores] determinantes sociales de la salud</i>	SVEMMN	<i>sistemas de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y neonatal</i>
FCI	<i>Family Care International</i>	UNFPA	<i>Fondo de Población de las Naciones Unidas</i>
FLASOG	<i>Federación Latino-Americana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología</i>		
GTR	<i>Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna</i>		



Resumen Ejecutivo

Desde 1998, el Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna (GTR) promueve la colaboración y sinergia interagenciales para aplicar políticas y poner en marcha programas de reducción de la mortalidad materna en América Latina y el Caribe. Está constituido por organismos técnicos de las Naciones Unidas, organizaciones bilaterales y multilaterales de cooperación, organizaciones no gubernamentales y redes profesionales. Su valor añadido surge del hecho de que representa una visión conjunta y cohesiva sobre la manera de combatir las defunciones maternas, a través de la optimización de la cooperación técnica y la colaboración en los países y entre organismos. En 2003, el GTR impulsó un amplio proceso de consulta, que culminó con la firma de una declaración política, el *Consenso estratégico interagencial para la reducción de la morbilidad y mortalidad en América Latina y el Caribe*. Ese documento, avalado por los gobiernos de la región, reúne pautas consensuadas, con base en la evidencia disponible, que tuvieron por objeto ayudar a reducir la morbilidad y mortalidad maternas durante el período 2004-2014. El Consenso Estratégico sirvió de marco de referencia para elaborar y poner en marcha planes nacionales de reducción de la mortalidad materna, además de armonizar y optimizar la cooperación técnica en los países y entre los distintos organismos participantes.

El presente documento de Consenso Estratégico presenta una visión actualizada del estado de la mortalidad materna en la región, y busca reafirmar lo avanzado en la década anterior señalan nuevas prioridades y desafíos relacionados con la reducción de la mortalidad materna en el marco de la agenda 2030. Este panorama surge en un momento crítico. A nivel regional, los países hicieron compromisos significativos en relación

a la mortalidad materna durante la Primera Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo en Montevideo (2013). Los gobiernos renovaron estos compromisos en 2015 cuando se adoptó la Guía Operacional para el Consenso de Montevideo, donde se describe la ruta para la reducción de la mortalidad materna en la región. Adicionalmente, el Consenso de Santo Domingo aprobado durante la Conferencia Regional sobre la Mujer en 2013, y la Agenda Regional de Género emanada de la XIII Conferencia sobre la Mujer en 2015, son documentos que ayudan a incorporar la perspectiva de género en la implementación de los Objetivos de Desarrollo Sustentable. A nivel global, el 2015 marcó el plazo para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), y ningún país de la región cumplió con la meta ODM 5A, de reducir la mortalidad materna en 75% entre 1990 y 2015.

En nuestra región, miles de mujeres cada año aun pierden su vida por causas prevenibles relacionadas al embarazo y el parto. Muchas más sufren complicaciones que resultan en daños que afectan su salud a largo plazo. Las mujeres indígenas y afrodescendientes, aquellas de menores ingresos y menos años de escolaridad tienen a menudo mayores dificultades para acceder a servicios de planificación familiar y a una atención calificada de sus partos. En muchas comunidades, las mujeres indígenas tienen tres veces más probabilidad de morir por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio que sus congéneres no indígenas. Estas inequidades en el acceso a la salud y las pérdidas de vida resultantes, violan el derecho de las mujeres a la salud, derecho que también incluye la maternidad segura. La muerte de una madre tiene repercusiones emocionales, sociales y económicas importantes en la familia y la comunidad, aumenta el riesgo de muerte del

recién nacido, disminuye el desempeño escolar de los niños sobrevivientes y representa una pérdida de la productividad económica y de los ingresos familiares.

El GTR reafirma las estrategias para prevenir las muertes maternas basadas en evidencia que fueron postuladas en el consenso anterior: fortalecer los sistemas de salud nacionales a todo nivel; asegurar el financiamiento de los servicios públicos de salud, y garantizar servicios de calidad, accesibles y asequibles. Asimismo, el Consenso actual resalta algunos de los problemas más relevantes en la región, y destaca la necesidad urgente de

reducir las inequidades. Para ello, sugiere dirigir la inversión en salud hacia la población más vulnerable, atender las necesidades de adolescentes y jóvenes para garantizar su derecho a una vida saludable, fortalecer los mecanismos de rendición de cuentas y de vigilancia de la mortalidad materna, y tener como marco políticas públicas con un claro abordaje de derechos y de género. Las agencias que integran el GTR respaldan los principios básicos de derechos y rendición de cuentas, de determinantes sociales, gobernabilidad e interculturalidad en salud, y promueven el trabajo intersectorial.





Panorama de la Situación de la Morbilidad y Mortalidad Maternas: América Latina y el Caribe

1. Introducción

La salud es un derecho humano cuya base jurídica se expresa en diversas obligaciones que los Estados deben cumplir, de conformidad con convenciones, protocolos y declaraciones internacionales por ellos suscritos; ello se refleja de diversas maneras en las constituciones de los países. La salud materna es parte del derecho a la salud,[†] y la muerte materna— junto con la muerte infantil— se considera una expresión de la condición social inequitativa de las mujeres y del débil funcionamiento de los sistemas de salud. En 2009, el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas aprobó una resolución que establece que la muerte materna es una violación grave de los derechos humanos y que más que un problema de índole individual, es un problema social.¹ (En el Anexo A figura la terminología específica sobre este tema, según se utiliza en este documento.)

La región de América Latina y el Caribe es de las más inequitativas del mundo en términos de ingreso. Si bien muchos países han logrado un desarrollo económico significativo, el 10% de las personas más ricas de la región poseen el 71% de las riquezas.² Estas desigualdades tremendas en el ingreso continúan limitando el acceso a servicios de salud de calidad de grupos de población en condiciones de vulnerabilidad o mayor exclusión social, tales como indígenas y afrodescendientes, personas con menos años de escolaridad, personas de los quintiles de menor ingreso y personas que viven en zonas rurales o en la periferia de grandes ciudades. La mayoría de los países de la región se clasifican en la categoría de medianos

ingresos y, por lo tanto, no califican para recibir un financiamiento externo significativo. En teoría, estos países tienen recursos propios suficientes para cubrir sus necesidades nacionales en salud. En consecuencia, los gobiernos deben enfrentar el reto de fijar sus prioridades en salud, aumentar sus compromisos y mejorar la eficiencia de sus servicios y sistemas de salud mediante la adopción de buenas prácticas basadas en la evidencia.

Desde 1998, el Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna (GTR) promueve la colaboración y sinergia interagenciales para aplicar políticas y poner en marcha programas de reducción de la mortalidad materna en América Latina y el Caribe. El GTR está constituido por organismos técnicos de las Naciones Unidas, organizaciones bilaterales y multilaterales de cooperación, organizaciones no gubernamentales y redes profesionales.

En 2003, el GTR impulsó un amplio proceso de consulta que culminó con la firma de la declaración política, el *Consenso estratégico interagencial para la reducción de la morbilidad y mortalidad en América Latina y el Caribe*. Ese documento, avalado por los gobiernos de la región, reúne las prioridades consensuadas, con base en la mejor evidencia disponible, para lograr reducir la morbilidad y mortalidad maternas durante el período 2004-2014. El Consenso Estratégico ha servido de marco de referencia para elaborar y poner en marcha planes nacionales de reducción de la mortalidad materna, además de armonizar y optimizar la cooperación técnica entre los distintos organismos participantes.

† Los elementos esenciales del derecho a la salud son disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios.

Para el período 2004-2014, los objetivos del Consenso Estratégico fueron:

- Fomento del diálogo interagencial y desarrollo de un marco estratégico común para la reducción de la morbilidad y mortalidad maternas;
- Logro de una mejor coherencia de las políticas e intervenciones nacionales con base en la mejor información científica disponible;
- Focalización estratégica en la atención y prestación de servicios de calidad, priorizando la atención calificada del parto y promoviendo las intervenciones basadas en la evidencia;
- Fortalecimiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna, y
- Fortalecimiento de la colaboración intersectorial y del intercambio de lecciones aprendidas entre países.

Este nuevo documento de Consenso Estratégico busca reafirmar los avances y lecciones aprendidas de la década anterior y apoyar a los gobiernos en la identificación de nuevas prioridades para la reducción de la mortalidad materna en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sustentable (ODS) y la agenda 2030. Asimismo, ofrece directrices para que los gobiernos y otros actores institucionales armonicen sus esfuerzos para la reducción de la mortalidad materna en el próximo decenio 2015-2025.

El GTR presenta este nuevo Consenso en un momento clave en el que el desarrollo internacional sufrió un cambio de paradigma. Llegamos a 2015, el término de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y ningún país de la región logró alcanzar la meta propuesta para el ODM 5A de reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes. La región tuvo avances significativos en algunos indicadores de los ODM tales como la planificación familiar y anticoncepción, la atención prenatal y la atención calificada del parto.³ No obstante, en 2016, la región en su conjunto presentó una razón de mortalidad materna (RMM) de 60.8 por 100,000 nacidos vivos⁴ lo que equivale a una reducción del

56.6% del valor de ese indicador en 1990 (140 por 1,000 nacidos vivos), bastante menor del 75% propuesto.[†]

En septiembre de 2015, los países miembros de las Naciones Unidas adoptaron los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en los que la reducción de la mortalidad materna continúa siendo una prioridad. La *Estrategia mundial para la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes (2016-2030)* es un marco para operativizar esa prioridad.

En lo regional, se destaca la Primera Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo, sostenida en Montevideo en 2013, en la cual se acordaron compromisos conjuntos para reducir la mortalidad materna. Más tarde, en 2015, se renovó el compromiso de los países con la adopción de una guía operacional, que da seguimiento a los compromisos regionales. Por otra parte, el Consenso de Santo Domingo, logrado durante la Conferencia Regional de la Mujer en 2013, y la Agenda Regional de Género adoptada durante la XIII Conferencia de la Mujer en 2016 constituyen documentos de política que ayudan a incorporar la perspectiva de género en la implementación de la agenda de desarrollo sustentable. (véase el Anexo B sobre “El contexto internacional de la reducción de la morbilidad y mortalidad maternas: marcos conceptuales y estrategias globales y regionales”).

El panorama de la mortalidad materna descrito en el presente documento busca contribuir al éxito de estas iniciativas regionales y globales, a la vez que destaca los nuevos retos y desarrollos conceptuales, y construye una base de evidencia científica. Se consolidan los conceptos de derechos y de rendición de cuentas, de determinantes sociales de la salud, de gobernanza y de interculturalidad, así como la relevancia de la colaboración intersectorial. Este documento está alineado con la Estrategia de Acceso y Cobertura Universal de Salud, El Consenso de Montevideo y la Estrategia Mundial para la Salud de las Mujeres, los Niños y los Adolescentes, adoptada en septiembre de 2015.^{5,6,7}

Persisten aún un sinnúmero de retos que debe afrontar la región para mejorar la salud sexual y

† Cada país reporta su RMM a la OPS. El Grupo Interagencial para la Estimación de la Mortalidad Materna de las Naciones Unidas, de acuerdo con los estándares internacionales definidos para garantizar la comparabilidad entre los países, estima la RMM de América Latina y el Caribe en 68 por 100,000 nacidos vivos.

reproductiva de las mujeres y abatir la morbilidad y mortalidad maternas. Entre ellos destacan: una razón de mortalidad materna y una tasa de embarazos en adolescentes persistentemente altos; baja calidad y trato poco respetuoso en la atención durante el embarazo, el parto y el posparto, y; el acceso limitado aun a los servicios de planificación familiar y anticoncepción. Dentro de su territorio, cada país debe abordar las enormes inequidades

en el acceso a la salud, siendo los grupos en condiciones de marginalización los que enfrentan mayores barreras de acceso a los servicios de salud. Este documento llama a la acción concertada entre los países de América Latina y el Caribe para desarrollar, adaptar e implementar los ODS, y cumplir con los compromisos regionales y globales de alcanzar la cobertura universal en salud y el acceso a la salud reproductiva.

2. Contexto de la Morbilidad y Mortalidad Maternas en América Latina y el Caribe

En 2015, el MMEIG estimó el número absoluto de muertes maternas en ALC en 7,300. Los avances han sido disímiles dentro de cada país y entre los países. Del total, 13 países (Bahamas, Bolivia, Guatemala, Guyana, Haití, Jamaica, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Surinam y Venezuela) tienen una RMM más alta que el promedio regional, es decir, entre 89 y 359 por 100,000 nacidos vivos. Se trata, en particular, de países con tasas de fecundidad altas, niveles elevados de pobreza y cobertura y calidad de atención deficientes. Por otro lado, aunque ningún país llegó a mostrar una reducción de 75% de ese indicador entre 1990 y 2015, 12 países lograron una reducción de más de 50% en ese mismo período.⁸

La mayor parte de esas muertes son evitables. El acceso a cuidados maternos de calidad podría prevenir el 54% de esas muertes y el acceso universal a la planificación familiar podría prevenir un 29% adicional de defunciones maternas.⁹ Entre las causas más frecuentes de mortalidad materna en la región están la hemorragia (23.1%), la hipertensión inducida por el embarazo (22.1%), las causas indirectas (18.5%), otras causas directas (14.8%), las complicaciones relacionadas con el aborto en condiciones de riesgo (9.9%) y la sepsis (8.3%).¹⁰ Se estima que en 2016 hubo unos 3.6 millones de embarazos en adolescentes en la región, de los cuales 1.4 millones (39%) terminaron en aborto, en su mayoría de carácter clandestino e inseguro.¹¹ Las causas indirectas de mortalidad materna han aumentado desproporcionadamente

en algunos países, en parte, debido a una cobertura y calidad de atención prenatal insuficientes y a la falta de acceso a anticonceptivos modernos de mujeres que no desean o no pueden—por razones de salud—tener más hijos. Por ejemplo, 36% de las adolescentes en América Latina y el Caribe tienen necesidad insatisfecha de anticonceptivos. En El Salvador, las mujeres del quintil de ingresos más bajo tienen 3.9 veces más necesidades insatisfechas de anticonceptivos que aquellas en el quintil de ingresos más alto; de igual manera las mujeres en el nivel de ingresos más bajo tienen 3.8 más necesidad insatisfecha en Guatemala, y 3.6 en Bolivia y Panamá. En Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Panamá, Perú y Surinam, la necesidad insatisfecha de anticonceptivos es más del doble entre las mujeres sin escolaridad que entre las mujeres que completaron por lo menos su educación secundaria.¹²

Se estima que por cada mujer que muere por complicaciones del embarazo, el parto o el puerperio en la región, otras 20 (alrededor de 1.2 millones de mujeres) cada año sufren complicaciones que tienen impacto a largo plazo y que pueden eventualmente costarles la vida.¹³ El número de mujeres que sufren morbilidad grave relacionada con el embarazo y el parto varía entre 3 y 38 casos por cada muerte materna según el establecimiento de salud. En algunos hospitales, la tasa demorbilidad es casi el doble del promedio mundial de 20 casos de morbilidad severa por cada muerte materna. Por otro lado, si bien se está avanzando en el registro—de la morbilidad

materna grave[†]—una estrategia fundamental para prevenir las muertes maternas, no son muchos los países que han implementado una estrategia para el registro y análisis periódico de ese indicador. El Anexo C muestra las diferencias entre el número de muertes maternas registradas en 1990 y las muertes maternas estimadas en 2015.

La inequidad en el acceso a servicios de atención materna de calidad y respetuosos dentro de los países sigue siendo un desafío y algo que debe entenderse como una cuestión de derechos humanos. América Latina y el Caribe es una de las regiones más desiguales. En ella se encuentran 10 de los 15 países con mayor nivel de desigualdad en el ingreso del mundo.¹⁴ La morbilidad y mortalidad maternas se agravan con la inequidad en los ingresos (ingreso per cápita), el bajo resultado escolar, la desnutrición, la falta de acceso a agua potable, el gasto público en salud bajo o poco equitativo, la ubicación geográfica desventajosa, la pertenencia a población indígena o afrodescendiente y la discapacidad, entre otros factores. La inequidad al interior de los países se refleja claramente en el hecho de que 11 de 23 países de la región notificaron cifras de mortalidad materna de 125 por 100,000 nacidos vivos o mayor en diferentes circunscripciones nacionales, y 7 países informaron que ese indicador era aún más alto entre poblaciones indígenas.¹⁵ A lo anterior se suma la debilidad persistente de los sistemas de información en salud y la falta de desglose de sus datos para complicar los esfuerzos para medir y remediar estas inequidades.

Con mayor frecuencia, las mujeres pobres y pertenecientes a comunidades indígenas y afrodescendientes de la región reciben una atención de salud inadecuada y discriminatoria. Deben hacer frente a múltiples obstáculos para acceder a servicios de calidad, entre ellos: barreras geográficas, económicas, culturales y sociales y suelen sufrir mayores tasas de morbilidad y mortalidad.¹⁶ Al solicitar servicios de salud, las mujeres encuentran

que los proveedores no reconocen o respetan su cultura y no se comunican en su lengua. Luego de recibir un trato discriminatorio y a veces ofensivo, las mujeres sienten rechazo y no regresan al centro de salud. Los países con mayor presencia indígena y afrodescendiente (Bolivia, Brasil, Guatemala, Ecuador, Haití, México, Perú y República Dominicana) son los que tienen la mortalidad materna más alta en la región, ya sea medida como RMM, o como número absoluto de defunciones, como es el caso de Brasil y México. Incluso al interior de los países, la RMM entre las mujeres indígenas y afrodescendientes es significativamente mayor que en el resto de la población. Por ejemplo, según el estudio nacional de mortalidad materna realizado en Bolivia en 2011, 68% de las muertes maternas fueron de madres indígenas y en Guatemala, se notificó una RMM tres veces más alta entre mujeres indígenas que entre las mujeres no indígenas.¹⁷ Igualmente, en estudios realizados en Brasil se encontró que en el estado de Paraná, las mujeres de ascendencia africana tenían tres veces más probabilidades de morir por causas relacionadas con la maternidad que otras mujeres.

En la mayor parte de los países, no se ha alcanzado la meta de acceso universal a servicios integrales de salud reproductiva. La región mantiene una la tasa más alta del mundo en embarazo no deseado (56%),¹⁸ y presenta una necesidad insatisfecha en anticoncepción que oscila entre 31% para mujeres del quintil de ingresos más bajo y 19% para las del quintil más alto. Se estima que 32% de los embarazos en la región termina en aborto.¹⁹

Por otro lado, hasta el 2017, la epidemia de infección por Zika ha afectado a 48 países y territorios de las Américas por transmisión autóctona vectorial del virus.* En otros 5 países se han notificado casos de Zika de transmisión sexual (Argentina, Canadá, Chile, Estados Unidos de América y Perú). En el mismo período, 26 países y territorios de las Américas notificaron 3,125 casos confirmados de

† El Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) ha diseñado un nuevo modelo de registro -basado en variables definidas por la OMS- que permite a los profesionales de la salud tener una hoja de ruta que los guíe en la atención de las mujeres embarazadas, con la finalidad de anticipar y evitar la aparición de estos casos.

* Anguila, Antigua y Barbuda, Argentina, Aruba, Barbados, Belice, Bolivia, Bonaire, San Eustaquio y Saba, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Curazao, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Granada, Guadalupe, Guatemala, Guayana Francesa, Guyana, Haití, Honduras, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes (EUA), Jamaica, Martinica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana, San Bartolomé, San Martín, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, St. Kitts y Nevis, Saint Maarten, Surinam, Trinidad y Tobago y Venezuela.

síndrome congénito asociado a la infección por el Zika, de los cuales la gran mayoría (2,653) se observaron en el Brasil.²⁰

La respuesta a la epidemia de Zika se ha centrado en el control sobre el vector para reducir así las posibilidades de infección entre la población en general y en las mujeres embarazadas, más específicamente para prevenir daño potencial en fetos y neonatos. Sin embargo, los gobiernos deben intensificar los esfuerzos para proveer servicios de salud integral, incluyendo servicios de salud mental a las madres y a cuidadoras de niños y niñas con síndrome congénito. No se conocen las repercusiones financieras sobre las madres y familias afectadas por el síndrome congénito.

La tasa global de fecundidad en América Latina es de 2.15 hijos por mujer considerablemente menor que los 3.02 del período de 1990 a 1995²¹, y también más baja que el promedio mundial de 2.53 hijos por mujer. Sin embargo, tal descenso no ha sido igual en todos los grupos de edad. Por ejemplo, la tasa de fecundidad entre adolescentes ha permanecido relativamente estable durante las últimas dos décadas. Cerca de 2 millones o 13% de los nacimientos en la región son de madres adolescentes. La tasa general de fecundidad entre el grupo de edad de 15 a 19 años de edad en América Latina y el Caribe es de 73.2 por 1,000 mujeres en edad fértil, bastante más elevada que la tasa a nivel mundial de 48.9 por 1,000 y de 52.7 por 1,000 en los países en desarrollo. Esa tasa prácticamente duplica la del resto de las regiones, con la excepción del África, donde alcanza 103 por 1,000 mujeres entre 15-19 años. Estas altas tasas están estrechamente vinculadas con el abuso y la violencia sexual lo cual constituye una doble deuda social con las adolescentes.²²

El embarazo de adolescentes constituye un riesgo para la salud biopsicosocial de las mujeres jóvenes y sus hijos e hijas, en particular, cuando se trata de adolescentes más jóvenes. De hecho, en América Latina y el Caribe, el embarazo y el parto están entre las principales causas de muerte en adolescentes de 15 a 19 años de edad.²³ El riesgo de muerte materna de las niñas de ≤ 15 años de edad puede ser el doble o triple del de las mujeres de 15 a 19 años de edad; las causas de muerte materna más

importantes son los trastornos hipertensivos, las muertes maternas tardías por complicaciones del embarazo o el parto, y el aborto inseguro.²⁴

Por efecto del bono demográfico, el tamaño de la población de adolescentes aumentará durante las próximas décadas, con lo cual la disponibilidad de educación y servicios de salud sexual y reproductiva pasan a ser indispensables para el logro de las metas de desarrollo.²⁵ En la región, todavía hay barreras de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, y se estima que menos de 10% de las adolescentes usa regularmente métodos anticonceptivos eficaces. Estudios diagnósticos en la región muestran que, aunque la amplia mayoría de los países cuenta con marcos legales y programáticos actualizados en derechos sexuales y reproductivos para adolescentes, en general, ellos no están respaldados por presupuestos etiquetados ni por estrategias basadas en la evidencia para mejorar la oferta de servicios adecuados y oportunos. Asimismo persisten barreras legales en algunos países y se verifica la necesidad de fortalecer los enfoques intersectoriales y establecer alianzas para fomentar entornos favorables a los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente.

La calidad de la atención en salud reproductiva en la región todavía requiere ser mejorada. En particular, se destaca la necesidad de corregir el abuso de las tecnologías e intervenciones médicas. Por ejemplo, la operación cesárea es una intervención obstétrica clave para salvar vidas, pero su frecuencia ha aumentado desproporcionadamente en la región, generando riesgos innecesarios para las mujeres y sus bebés. En América Latina, casi 4 de 10 partos son por cesárea (38.9%), un nivel muy por encima de lo recomendado por la OMS, de entre 10% y 15%.²⁶ En el Brasil, por ejemplo, 54% de los partos son por cesárea. La proporción de partos por cesárea ha crecido incluso en países donde históricamente ha habido predominio de partos normales, como Bolivia, donde los partos por cesáreas pasaron de 14.6% en 2008 a 19% en 2012; también en Perú, donde esa modalidad de parto aumentó de 15.8% a 25% en el mismo período. Por otra parte, en Haití, el país con la razón de mortalidad materna más alta de la región, solo 5.5% de los partos son por cesárea, es decir, por debajo de lo recomendado, y un reflejo

de la inequidad del acceso a servicios de atención obstétrica esencial.

El aborto continúa siendo un grave problema de salud pública en la región. Se estima que anualmente se realizan unos 6.5 millones de abortos, muchos en condiciones inseguras y de alto riesgo.²⁷ La tasa de aborto en condiciones de riesgo en la región es 31 por 1,000 entre mujeres de 15 a 44 años, frente a 22 por 1,000 en el resto del mundo. Es más, la RMM por aborto en condiciones de riesgo es tres veces mayor en América Latina y el Caribe que en las regiones desarrolladas (10 y 3 por 100,000 nacidos vivos, respectivamente).²⁸ El grado de seguridad

del procedimiento se relaciona directamente con la condición socioeconómica de la mujer, la capacidad del proveedor del servicio y las condiciones en que se efectúa el aborto, por lo tanto, constituye un elemento más de la inequidad en el acceso a la salud. Según un análisis del Instituto Guttmacher,²⁹ el Caribe es la región con la tasa de aborto más alta (6.5 por 1,000 mujeres de 15 a 44 años de edad). Si bien la tasa de abortos en los países desarrollados se ha reducido de 46 por 1,000 mujeres en el período 1990-1994 a 27 por 1,000 mujeres en 2000-2014, la reducción ha sido insignificante en los países en desarrollo en el mismo período (de 39 a 37 por 1,000 mujeres).³⁰

3. Lecciones Aprendidas en el Periodo 2004-2014

3.1 Abordajes y Políticas Que Han Propiciado la Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Maternas

DERECHO A LA SALUD

La falta de acceso de las mujeres embarazadas a servicios de salud que sean aceptables, asequibles y de calidad es una violación de sus derechos a la vida, la salud, la equidad y la no discriminación. Las muertes y lesiones graves sufridas por las mujeres durante el embarazo y el parto son generalmente evitables y, por lo tanto, son un resultado directo de leyes y prácticas discriminatorias, de la incapacidad para establecer y mantener sistemas y servicios de salud operativos y de la falta de rendición de cuentas.

En los últimos 10 años, muchos países de la región han incorporado principios y estándares de derechos humanos en sus constituciones y sus leyes: 18 de ellos refieren específicamente al derecho a la salud y otros 5 que incluyen la protección social en salud como principio básico del sistema sanitario. Los países que dieron prioridad a la mortalidad materna han experimentado reducciones significativas y sostenidas de las tasas de mortalidad correspondientes. Sin embargo, y a pesar de las exigencias planteadas por el ODM5 antes y por la nueva meta de ODS 3.1, la prevención y el abordaje

de la mortalidad materna todavía tienen una prioridad muy baja en muchos países de la región.³¹

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

El concepto de determinantes sociales de la salud (DSS) se refiere a los distintos factores que pueden incidir positiva o negativamente en la salud de las personas y comunidades.^{32,33} Se trata de determinantes estructurales, relacionados con la situación socio-económica de las personas y el contexto político y de determinantes intermedios, que tienen que ver con las circunstancias materiales y psicosociales, factores biológicos y relacionados con el comportamiento de las personas, así como el propio sistema de salud.

La distribución desigual de los factores determinantes de la salud entre los distintos grupos sociales establece una jerarquización: cuanto más baja es la posición socioeconómica de una persona, peor tiende a ser su salud (gradiente social de la salud).[†] Los países pueden conseguir la reducción y consiguiente eliminación de las inequidades en salud modificando los determinantes sociales de la salud; eso implica, fundamentalmente, el compromiso con el acceso universal y la cobertura universal de salud, la inclusión de un abordaje de salud en todas las políticas y la priorización explícita

† El sistema de salud y la manera en la que se estructura como factor intermediario puede contribuir de manera significativa a las desigualdades en salud. Así, el menor acceso a los servicios de salud y los planes de atención limitados o de menor calidad para las personas de clases sociales menos favorecidas constituye, además de un determinante, una vulneración de sus derechos humanos.

de intervenciones para reducir la brecha de salud de las poblaciones más desfavorecidas. En ese sentido, los países de la región se han ubicado a la vanguardia al haber aprobado dos documentos fundamentales: la Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud,³⁴ y el Plan de Acción sobre la Salud en Todas las Políticas.³⁵ Sin embargo, para abordar las inequidades aún presentes se debe identificar los grupos de población más vulnerados diseñando estrategias afines a sus necesidades, y estableciendo mecanismos y plataformas apropiadas de entrega de servicios. También habrá que asignar los recursos necesarios.

En Bolivia y el Ecuador, por ejemplo, el derecho a la salud abarca también los conceptos de equidad, género, diversidad e interculturalidad y determinantes sociales. En las nuevas constituciones de esos países se ha proclamado la relación entre salud y desarrollo integral, se reconoce la interculturalidad y se garantiza el acceso gratuito de toda la población a los servicios sanitarios en todos los ámbitos de la atención sanitaria. En la Constitución del Ecuador, la reducción de la mortalidad materna es una de las prioridades establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo del Buen Vivir 2009-2013.[†]

POLÍTICAS DIRIGIDAS A ELIMINAR BARRERAS FINANCIERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Hay por lo menos tres estrategias fundamentales para mejorar el acceso a la salud, elemento esencial para la reducción de la mortalidad materna: aumentar la inversión en salud (como porcentaje del PBI), reducir el gasto de bolsillo, y políticas públicas de protección social para lograr la atención universal de la salud.³⁶ Los países que han aplicado este tipo de políticas (Chile, Costa Rica, Cuba y Uruguay) han reducido exitosamente sus tasas de mortalidad materna e infantil. Sin embargo, la aplicación efectiva de tales políticas en otros países con poblaciones más heterogéneas y mayores inequidades ha enfrentado numerosos obstáculos.

Desde el año 2000 los países de la región han experimentado avances notables en cuanto a desarrollo económico y disminución de la pobreza extrema. En el período 2005 a 2010, el gasto total en salud como porcentaje del PBI creció de 6.8% en 2005 a 7.2% en 2010.³⁷ Ese incremento estuvo correlacionado con el establecimiento o ampliación de programas para reducir o eliminar barreras financieras de acceso a los servicios para el segmento más pobre de la población.*

Estudios realizados en seis países—Brasil, Chile, Colombia, Jamaica, México y Perú—registran que más de 90% de la población cuenta con algún tipo de seguro para su atención sanitaria. Los métodos empleados para ampliar la cobertura han sido diversos: la descentralización de los servicios (Brasil y Perú); seguro de salud gratuito para las personas de bajos ingresos (Bolivia, México, Perú); el reconocimiento del derecho constitucional a la atención de salud universal y la extensión de programas existentes (Brasil y Chile); y la participación del sector privado (Colombia).³⁸

Queda pendiente realizar un análisis del impacto de otras políticas sociales, como las transferencias condicionadas de dinero a las familias que viven en pobreza, en el incremento de la demanda de servicios de salud materna en esta última década (ejemplos de Bolivia, Ecuador, México y Perú).

MEJORAR LA DISPONIBILIDAD DE DATOS PARA LA TOMA DE DECISIONES

Para contar con sistemas de que sean salud fuertes y sustentables, es necesario contar con datos de calidad.

A lo largo de los últimos años, el fortalecimiento de los sistemas nacionales de estadísticas vitales ha mejorado la calidad de los datos de mortalidad en la región: la información es más oportuna y de mejor calidad; ha disminuido el número de defunciones por causas mal definidas y ha mejorado el acceso a la información (transparencia). En general, se dispone de información más fidedigna para el análisis de situación y la toma de decisiones sobre

† Buen Vivir (*Sumaq Kawsay*) es un valor que proviene de la tradición de los pueblos ancestrales, convoca a construir una nueva sociedad basada en valores distintos, donde la vida sea lo más importante y el capital no esté por sobre el ser humano.

‡ Argentina, cuyo Plan Nacer se extendió en 2007 a todo el país; Bolivia, con el Seguro Universal Materno Infantil, SUMI-2002; Brasil, con la extensión del Programa Salud de la Familia a las áreas más remotas del país; México, cuyo Seguro Popular ha logrado una expansión importante de aseguramiento a servicios de salud, y Perú, con la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, 2009.

políticas públicas.[†] Algunos países cuentan con un sistema de registro en línea del certificado de nacimiento y acceso inmediato al documento de identidad, lo cual facilita el ingreso del recién nacido a una serie de programas sociales. Sin embargo, aún hay desigualdad entre los países con respecto a la fiabilidad de sus estadísticas de mortalidad materna y neonatal, y existen situaciones de subregistro importante.³⁹

Varios países de la región han dedicado esfuerzos y recursos específicos para mejorar sus sistemas de información y registros administrativos. Sin embargo, persisten brechas en la recopilación de datos y análisis de la situación social y de salud en las poblaciones más vulnerables, tales como las indígenas y afrodescendientes, sobre todo en los niveles sub nacionales. En el último decenio las encuestas y los censos han incorporado estas variables y los sistemas de información nacionales han comenzado a incluir los datos desagregados por edad, sexo, etnicidad, lugar de residencia y factores socio-económicos. Para respaldar dichos esfuerzos, las agencias de las NNUU y las instituciones multilaterales han realizado encuestas y brindado asistencia técnica para analizar los determinantes sociales de las poblaciones indígenas y afrodescendientes de la región desde una óptica de equidad, derechos humanos y de género. Esta información es fundamental para guiar las políticas públicas y los programas y para asegurar un acceso más equitativo a la salud.

Finalmente, vigilancia epidemiológica y respuesta es esencial para comprender por qué, cómo y dónde ocurren las muertes maternas y poder evitarlas en el futuro. La región ha demostrado enorme progreso en la implementación de estos sistemas. Por ejemplo, Colombia utiliza un sistema de vigilancia epidemiológica on-line, que está vinculado con los registros de estadísticas vitales.

A pesar de estos avances en la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna, los países

aun tienen que descentralizar los procesos de evaluación y análisis de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal hacia los contextos locales de manera de poder identificar los determinantes locales de estos sucesos y proponer soluciones específicas.⁴⁰

Para apoyar estos esfuerzos, el GTR elaboró las Guías de Vigilancia Epidemiológica y Respuesta de la Mortalidad Materna: Región de las Américas,⁴¹ documento basado en las Guías de Vigilancia Epidemiológica.⁴² La nueva versión se adapta a las necesidades y desafíos actuales de América Latina y el Caribe, e incorpora estudios de caso de Brasil, Colombia, El Salvador, Jamaica, México y Perú. Actualmente están siendo utilizadas ampliamente en la región para fortalecer la capacidad de los países de monitorear y responder a las muertes maternas y neonatales, especialmente en las comunidades rurales e indígenas.*

POLÍTICAS ESPECÍFICAS PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA

Durante el último decenio, muchos países de la región establecieron políticas para reducir la mortalidad materna, cuyos elementos clave se describen a continuación.

Calidad de atención y personal calificado para la atención materna

La disponibilidad de una red de recursos humanos calificados, integrados y adecuadamente distribuidos en los distintos niveles de atención son elementos clave de un sistema de salud funcional. Por otra parte, la efectividad de los trabajadores de salud depende de contar con un entorno habilitante. Esto implica establecimientos bien equipados, medicamentos esenciales, insumos para la salud sexual y reproductiva, mecanismos de referencia y contrareferencia, y medios de transporte asequibles para que las emergencias puedan resolverse. La región no cuenta con suficientes recursos humanos calificados en salud para satisfacer sus necesidades,

† Por medio del Plan Regional para el Fortalecimiento de las Estadísticas Vitales y de Salud, la OPS acompaña los procesos de fortalecimiento de los sistemas de información en salud en los países de la región. La cooperación técnica prestada cubre temas como la calidad y la cobertura, la cooperación entre países y la coordinación entre las agencias internacionales e interesadas que trabajan en el mejoramiento de la información. La Red Latinoamericana y del Caribe para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información en Salud (RELACSIS) fue lanzada oficialmente en el 2010 como apoyo al fortalecimiento de los SIS del proyecto OPS/USAID y en alianza con MEASURE-Evaluation.

‡ Conjuntamente con la Alianza Neonatal y la Universidad de las Indias Occidentales (Jamaica), el GTR desarrolló además una encuesta sobre el funcionamiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna de la región. Esto permitirá hacer recomendaciones concretas sobre cómo abordar las brechas y mejorar los servicios de atención materna y neonatal.

lo cual además se agrava por la tendencia de los profesionales a concentrarse en zonas urbanas, en desmedro de los sectores rurales, y a migrar a países que ofrecen condiciones laborales más atractivas. El atraer y retener al personal calificado en las comunidades pobres o rurales, donde se registran las tasas más altas de mortalidad materna continua siendo un desafío. La formación y contratación de parteras o parteros profesionales es una estrategia probada y costo-efectiva para suplir la falta de personal calificado y mejorar la calidad de la atención.⁴³ Se requiere de incentivos adecuados y mejoras en las condiciones laborales para retener al personal de salud en entornos de bajos recursos.

Aceptabilidad y pertinencia cultural de los servicios

El concepto de pertinencia cultural guarda relación con el respeto a las tradiciones culturales de las personas indígenas y afrodescendientes de forma que se sientan cómodas dentro del servicio de salud y acepten las recomendaciones del personal de salud. En 2014, el UNFPA en alianza con Family Care International (FCI) y otros socios, apoyó el desarrollo de Estándares de Salud Materna Intercultural en seis países de la región: Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Panamá y Venezuela. Estos estándares han devenido una herramienta muy útil en la promoción de buenas prácticas para eliminar las barreras culturales y fortalecer los servicios de salud materna en las poblaciones indígenas.

La atención del parto por parteras o parteros tradicionales es aun frecuente en zonas rurales de América Latina y el Caribe. En países como Bolivia y el Ecuador se han puesto en marcha estrategias para integrar a las parteras tradicionales en los equipos de salud y se articula su trabajo en coordinación con los centros de salud como parte de la misma red de salud. Muchos países como Bolivia y Perú han abordado las barreras culturales incorporado formas tradicionales de atención al parto, incluyendo entre otras el parto vertical, la ingesta de infusiones y el acompañamiento, y además construyendo casas maternas cerca de hospitales de segundo nivel.

Calidad y servicios amigables de salud para adolescentes

Si bien las necesidades especiales de las jóvenes embarazadas no han sido siempre abordadas de manera específica en los programas nacionales de reducción de la mortalidad materna, se ha hecho progreso significativo en el desarrollo de políticas y programas para la prevención del embarazo en adolescentes. De 2008 a 2012, se implementó el Plan Andino para Prevención del Embarazo en Adolescentes (PLANEA) en seis países: Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela.[†] Ese Plan permitió avanzar en el fortalecimiento de los servicios amables, la participación juvenil e intersectorial y la inserción del tema de derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes en las agendas políticas en la Región Andina. Los aprendizajes y buenas prácticas de este Plan se han compartido con los países de América Central y la República Dominicana, donde a partir de 2015 se comenzó a implementar el Plan Estratégico Regional de Prevención del Embarazo Adolescente, bajo la coordinación de la Comisión de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA) con el apoyo de múltiples donantes.[‡]

Tanto en el Caribe como en el Cono Sur se han adoptado marcos estratégicos para responder al embarazo no deseado en adolescentes. Estas políticas y planes han permitido introducir estrategias basadas en la evidencia en el abordaje de los derechos sexuales y reproductivos, los servicios y espacios amigables, el acceso a consejería y anticoncepción, prevención del VIH, educación en la sexualidad y la prevención de la violencia sexual, particularmente en menores de 15 años, usando a su vez enfoques multisectoriales.

Para las personas adolescentes es particularmente difícil el acceso a servicios anticonceptivos de manera universal y oportuna. El uso reducido de anticoncepción se expresa en una fecundidad adolescente alta (75.5 nacidos vivos por cada 1,000 mujeres de 15 a 19 años de edad), solo superada por África Subsahariana (117.8 por 1,000). No obstante, se ha avanzado mucho en la región en cuanto a políticas y programas de prevención del embarazo

† Aplicado por UNFPA con fondos AECID y en alianza con ORAS-CONHU, la OIJ y FCI.

‡ Participan UNFPA, OPS, CLAP, UNICEF y el Banco Mundial.

en adolescentes. Durante el muchos países han desarrollado políticas, programas y estándares dirigidos a las necesidades específicas en salud sexual y reproductiva de las mujeres y varones adolescentes.

Para respaldar estos esfuerzos, en 2014, con el apoyo de UNFPA, OPS y FCI y la participación de expertos y representantes de los ministerios de salud de 21 países de la región, se elaboraron los Estándares para Servicios de Salud Reproductiva para Adolescentes. Ellos constituyen una guía para implementar y monitorear la calidad de la atención en los servicios amigables.[†] La estrategia se replicó en el Caribe anglófono donde se aplicó a nivel local a lo largo de 2015 y 2016. En octubre de 2015 se llevó a cabo una reunión técnica de los ministerios de salud de Chile y Colombia donde se diseñó un estudio para evaluar la calidad y la cobertura efectiva de los servicios amigables en función de los estándares mencionados.

Sistemas de monitoreo y rendición de cuentas

Existen numerosos ejemplos de buenas prácticas de monitoreo de programas de salud materna en la región. Por ejemplo, en el Ecuador, siguiendo las directrices del Ministro se lleva a cabo el monitoreo de indicadores vinculados con la salud materna a nivel local, y estos datos se reportan mensualmente al nivel central. En Costa Rica se implementaron comités locales de mortalidad materna donde se discuten las causas y las estrategias para prevenirlas. Co comisión nacional y comisiones locales de monitoreo y discusión, que incluyen a todo el equipo de salud para detectar factores de prevención. En la Argentina se colectan los datos online a través del Sistema de Información Perinatal (SIP). En Brasil, existe la auditoría de la Red Cigüeña, que recibe llamadas telefónicas de pacientes comentando su experiencia en los establecimientos de salud. Este programa utiliza los informes de pacientes para monitorear la calidad de los servicios.*

La participación de la comunidad ayuda a mejorar el registro de la mortalidad materna y neonatal, en especial en los sectores más alejados de los centros

urbanos y sirve para señalar los posibles factores asociados a estos eventos.⁴⁴ En la región existen varios ejemplos de iniciativas exitosas de rendición de cuentas en salud materna a nivel nacional, como son los observatorios de salud reproductiva o salud materna en Argentina, Chile, Guatemala, México, República Dominicana y Uruguay. Estos espacios de interacción entre la sociedad civil y el gobierno tenido éxito en posicionar el derecho a la salud de la mujer en las agendas nacionales y consolidar la demanda por un mayor compromiso político, financiero y programático con la salud de la mujer. La experiencia del Observatorio de México es por demás interesante, ya que integra el análisis de los presupuestos dedicados a la salud materna. Asimismo, existen otras iniciativas de carácter más local, como la de los Comités de Usuarías en Ayacucho, Perú, que demuestran la enorme capacidad de la ciudadanía de involucrarse en procesos de rendición de cuentas en salud materna y neonatal, y su poder para introducir mejoras en la oferta de servicios y aumentar la demanda.

En el marco de la Estrategia Mundial para la Salud de las Mujeres y los Niños, en seis países de la región (Bolivia, Brasil, Guatemala, Haití, México y Perú, elegidos por la Estrategia Mundial) se elaboró y puso en práctica una hoja de ruta, que sirvió para impulsar procesos de rendición de cuentas multisectoriales y para la prevención de la mortalidad materna e infantil.

3.2 Prestación y Demanda de Servicios de Salud Reproductiva, Materna y Neonatal

EL ENFOQUE DE CURSO DE VIDA, INTEGRACIÓN Y ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Este abordaje reconoce de qué manera los eventos y situaciones sociales ocurridas a lo largo del ciclo vital impacta la salud y el riesgo de enfermedad de un individuo, una población o las generaciones futuras. Entre los factores que afectan la trayectoria de salud de una persona o una población se encuentran el estatus económico, la condición nutricional, los comportamientos de salud, la

† Se trata de una adaptación de los Estándares Globales de la OMS: *Global Standards for quality health care services for adolescents, 2015*. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global-standards-adolescent-care/en/

‡ Informes IEB, disponibles en <http://ieb.usp.br>

Figura 1: Intervenciones Esenciales en Salud Según Etapas Críticas de Vida

Propuestas por la Estrategia Mundial para la Salud de las Mujeres, los Niños y los Adolescentes, 2015

	HOSPITALES	ATENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA	ATENCIÓN EN LA COMUNIDAD
Adolescentes y Mujeres	<p>Salud sexual y reproductiva, incluida la provisión completa de métodos de planificación familiar</p> <p>Atención hospitalaria de enfermedades y lesiones de adolescentes</p> <p>Servicio de salud sexual y reproductiva</p>	<p>Salud sexual y reproductiva, incluida la provisión completa de métodos de planificación familiar</p> <p>Promoción del desarrollo en la adolescencia</p> <p>Prevención de conductas de riesgo, enfermedades y accidentes</p> <p>Exámenes periódicos y respuesta a demanda de atención</p>	<p>Servicios anticonceptivos</p> <p>Atención previa a la concepción: nutrición, vacunas, prevención del uso de tabaco, drogas y alcohol, de la violencia de género y de prácticas dañinas</p> <p>Promoción de conductas saludables en la adolescencia</p> <p>Políticas de protección de los adolescentes de ambos sexos</p> <p>Educación sexual integral</p>
Embarazo	<p>Atención integral para la prevención y el manejo de las complicaciones del embarazo</p>	<p>Atención del embarazo para prevenir y manejar complicaciones</p> <p>Atención del aborto espontáneo o incompleto</p>	<p>Consejería y preparación para el parto, suplementos nutricionales, educación sobre espaciamiento de los hijos, planificación familiar/ anticoncepción dentro de la atención prenatal</p>
Trabajo de Parto y Nacimiento	<p>Atención calificada del parto</p> <p>Atención integral a las madres y recién nacidos con complicaciones</p>	<p>Atención calificada del parto</p> <p>Atención básica para madres y recién nacidos con complicaciones</p>	<p>Promoción del parto institucional, albergues maternos en áreas remotas, derivación y apoyo, que abarque comunicaciones y transporte</p>
Posparto, Mujer y Recién Nacido	<p>Cuidados esenciales a los recién nacidos</p> <p>Atención para los recién nacidos de bajo peso o enfermos</p> <p>Atención a las madres con complicaciones</p>	<p>Cuidados esenciales para recién nacidos</p> <p>Atención a recién nacidos de bajo peso o enfermos</p> <p>Atención posnatal para las madres</p>	<p>Cuidados esenciales para recién nacidos</p> <p>Atención posparto en los servicios</p> <p>Planificación familiar y salud reproductiva como parte de la atención posnatal</p> <p>Visitas domiciliarias de atención posnatal para madres y recién nacidos</p>
Niño/Niña	<p>Atención hospitalaria a niños y niñas con enfermedades graves</p>	<p>Prevención y manejo de las enfermedades de la infancia</p>	<p>Promoción de prácticas óptimas de cuidado de los niños en el hogar</p>

Intervenciones intersectoriales: mejoras en las condiciones de vida y laborales, entre ellas, vivienda, agua potable y saneamiento, educación, oportunidades para las mujeres y niñas, ácido fólico, ambientes de trabajo saludables y seguros para los hombres, las mujeres (embarazadas incluidas), protección de los derechos humanos, intervenciones humanitarias

exposición a toxinas o desastres ambientales y el estrés. En salud materna, el enfoque de ciclo de vida integra las intervenciones efectivas y los servicios de salud para las mujeres, varones, niñas y niños desde antes de la concepción, pasando por el embarazo, el parto, el posparto inmediato y la salud infantil, y luego la atención al adolescente.⁴⁵ En este contexto, la atención al recién nacido es crítica, ya que en América Latina y el Caribe 60% de las muertes infantiles (antes de los 5 años) ocurren durante el primer año de vida, y de éstas, 50% durante los primeros 28 días de vida. En el Figura 1 se describe este abordaje de curso de vida que es parte de la nueva versión de la Estrategia Mundial por la Salud de las Mujeres, los Niños y los Adolescentes.

De las lecciones aprendidas durante la última década conocemos cuáles son las intervenciones de eficacia comprobada para salvar la vida de las mujeres y sus recién nacidos. Se requiere profundizar el esfuerzo para ofrecer esas intervenciones en los servicios de salud, a lo largo del continuo de atención: desde antes de la concepción, pasando por la atención prenatal, del parto y del posparto, tanto para la madre como para el recién nacido.

La región ha avanzado en integrar atención primaria de la mujer con los servicios de planificación familiar, desde el control prenatal hasta la prevención de la transmisión vertical del VIH en mujeres seropositivas embarazadas y sus bebés. Ahora es necesario concentrarse en sistematizar e institucionalizar esta integración de forma que se convierta en una práctica estándar, con todos los servicios utilizando las herramientas disponibles para la planificación, prestación, monitoreo y evaluación, asegurando así su integración universal.

ACCESO, USO Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ANTICONCEPCIÓN

En América Latina y el Caribe 65% de las mujeres en edad reproductiva desean prevenir un embarazo. Sin embargo, 24 millones de mujeres tienen

necesidad insatisfecha de anticoncepción y 18 millones no utilizan ningún método.⁴⁶ De acuerdo a estimaciones actuales, si toda la población adolescente sexualmente activa y las mujeres tuvieran acceso a métodos anticonceptivos modernos habría una reducción de 400 mil en los embarazos no deseados y 600 mil en abortos realizados en condiciones de riesgo. Como resultado, se evitarían muchas muertes maternas. Por consiguiente, el acceso a métodos de anticoncepción, incluyendo métodos reversibles de larga duración es fundamental para asegurar el derecho a decidir libremente el número, espaciamiento y momento de sus hijos y contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna.

Actualmente el uso de anticonceptivos[†] varía enormemente dentro de los países, por lo que la región debe trabajar para reducir estas inequidades y asegurar que las mujeres y sus parejas tengan acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva de calidad,[‡] oportunos y culturalmente pertinentes de manera que puedan tomar decisiones libres acerca de si tener hijos o no, cuántos y en qué momento tenerlos. Una estrategia exitosa para promover el acceso a anticonceptivos es el Programa Global de Aseguramientos de Insumos para la Salud Reproductiva. La iniciativa que ha proporcionado a la región una estructura racional, planificada y sostenible para garantizar el uso de métodos anticonceptivos modernos y eficaces. Apoyada por múltiples socios y actores clave se suma a esta iniciativa el Foro LAC,[§] que promueve estrategias de incidencia política y vigilancia ciudadana para mejorar el aseguramiento de insumos de salud reproductiva en la región.

ACCESO, USO Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL

Las cifras de atención prenatal son relativamente altas en la región, ya que 97% de las mujeres de 15 a 49 años con un nacido vivo en 2014 recibieron atención prenatal por personal de salud capacitado (médicos, enfermeras y asistentes de parto) al menos una vez durante el embarazo.⁴⁷ Sin embargo,

† En Brasil, México y República Dominicana prevalecen los métodos modernos y más eficaces, como la anticoncepción hormonal y quirúrgica, mientras que en los países de la región andina se usa todavía una proporción importante de métodos naturales.

‡ Los elementos de la calidad de servicios son la disponibilidad, asequibilidad y aceptabilidad. Véase también el glosario al final de este documento.

§ El Foro Latinoamericano y del Caribe para el Aseguramiento de Insumos de SR (ForoLAC) ofrece la oportunidad a los socios de la región de reunirse para intercambiar experiencias y analizar barreras comunes para buscar y aplicar conjuntamente soluciones técnicas adaptadas a la problemática específica de la región. Para mayor información, consúltese en: <http://www.rhsupplies.org/working-groups/forolac.html>

se considera que una única consulta prenatal es insuficiente; la OMS recomienda un mínimo de cuatro visitas de control prenatal, con el fin de garantizar mejores resultados para la madre y su recién nacido. Por otro lado, considerando que la reducción de la mortalidad materna ha sido lenta y que ha aumentado la proporción de muertes maternas por causas indirectas, es preciso reflexionar sobre la calidad de la atención y diseñar intervenciones que permitan incrementar su cobertura. La atención prenatal es además la puerta de entrada para la atención calificada del parto y el acceso a la atención obstétrica y neonatal de emergencia. La región ha tenido avances en esta área también. Entre las estrategias que los ministerios y la comunidad han puesto en práctica están los protocolos basados en la evidencia para acordar (proveedor y mujer) un plan de parto; redes de salud que incorporan a las mujeres embarazadas para integrarlas a las actividades comunitarias; la capacitación permanente del personal de salud en trato materno respetuoso. En Argentina, el programa “Te escucho” capacita al personal de salud en trato respetuoso y equidad de género; en Ucayali, Perú se institucionalizó el plan de parto con un enfoque intercultural, vinculando la atención prenatal con atención del parto con personal calificado. Estos esfuerzos han resultado en un aumento de las visitas prenatales. Sin embargo, la calidad de la atención sigue siendo un desafío. Los servicios de salud deben incluir procesos de formación continua para su personal de forma de asegurar el cumplimiento con las guías y protocolos basados en la evidencia más actualizados y responder a las necesidades de cada persona.

ACCESO, USO Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN DEL PARTO POR PERSONAL CALIFICADO

La discrepancia observada entre las altas coberturas de atención calificada del parto[†] y la persistencia de razones elevadas de mortalidad materna en varios países sugiere problemas con la calidad de los servicios prestados. Si bien existe suficiente evidencia sobre las intervenciones efectivas para mejorar la salud materna y reducir la morbilidad

y mortalidad maternas, hay una brecha entre esa evidencia y la práctica clínica. De hecho, hay diversos estudios que muestran una baja proporción de uso de las intervenciones efectivas, lo cual resulta en la mala calidad de la atención.⁴⁸

Aplicando el modelo analítico de las *tres demoras* que resultan en una muerte materna, en muchos países de la región predomina la *tercera demora* que ocurre dentro del sistema de salud y corresponde a falta de calidad en la atención, o al retraso en brindar atención obstétrica de emergencia. Por ejemplo, en México y la República Dominicana esas deficiencias del sistema de salud explican entre 75% y 80% de los casos de mortalidad materna.

En algunas zonas postergadas países, como Ecuador, El Salvador, Honduras, Guatemala, México (Chiapas) y Nicaragua,[‡] se está llevando a cabo una intervención para la mejora continua de los servicios de atención materna y neonatal. Específicamente, esos países están mejorando los servicios esenciales de atención obstétrica y neonatal en hospitales de segundo y tercer nivel. Los establecimientos han establecido sistemas para monitorear los servicios, el equipamiento y los insumos de una manera rutinaria, y han establecido planes para mejorar la calidad de atención, por ejemplo, relacionada con el manejo activo de la tercera etapa del parto y la atención del recién nacido (tamizajes, calor, profilaxis).

ACCESO, USO Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN DURANTE LA EMERGENCIA OBSTÉTRICA

El manejo adecuado y oportuno de la urgencia obstétrica con riesgo vital para la madre reduce significativamente la morbilidad y mortalidad maternas. La hipertensión inducida por el embarazo, la hemorragia posparto y las complicaciones relacionadas con el aborto en condiciones de riesgo explican más del 60% de las muertes maternas en la región. La mayoría de las muertes por hemorragia ocurren en las primeras 24 horas posteriores al parto.⁴⁹ Prevenir y tratar la hemorragia posparto reduciría de manera significativa la mortalidad

† En América Latina y el Caribe, la proporción de partos asistidos por personal calificado ha aumentado 11% desde 1990, y en 2014, 92% de los partos de la región contaron con la asistencia de un profesional capacitado. En total, 18 países presentan valores superiores a 95% y 10, entre 90% y 95%; Bolivia, Honduras y Nicaragua, entre 80% y 90%, y Guatemala y Haití, menos de 70% y, por lo tanto, necesitan redoblar sus esfuerzos en este tema.

‡ Iniciativa Salud Mesoamérica 2015, Banco Interamericano de Desarrollo.

materna. Las mujeres que desarrollan una morbilidad materna grave requieren acceso inmediato a tratamiento especializado.

Las mujeres que desarrollan complicaciones graves durante el embarazo comparten muchos factores patológicos y circunstanciales. Además de las defunciones maternas, las mujeres que sobreviven pueden poner en evidencia algunos elementos importantes que se habrán de abordar en los servicios de alta complejidad, como la morbilidad materna grave/extrema (véase el glosario al final de este documento). Se estima que por cada muerte materna hay de 20 a 30 mujeres que sufren morbilidad materna extrema.

La atención primaria en salud es la puerta de entrada a los servicios especializados con capacidad para responder a casos complejos, y brindan atención oportuna y adecuada según las necesidades de cada mujer. Los cuidados obstétricos esenciales deben estar disponibles para todas las mujeres en el nivel primario y secundario ya que facilitan la derivación a servicios más complejos y a la atención de los casos complicados, consecuentemente reduciendo la mortalidad materna.⁵⁰ La puesta en marcha de sistemas de atención en redes funcionales—en base a modelos como el de las tres demoras y el de maternidad segura[†]—coordinando entre establecimientos de salud y servicios de atención comunitaria, han permitido diagnosticar, dar tratamiento oportuno y derivar adecuadamente a los casos afectados por las principales causas de muerte materna y neonatal. Adicionalmente, la adopción de protocolos que incluyen el monitoreo activo de casos de morbilidad materna grave ha facilitado la detección temprana de complicaciones fatales y ha mejorado el manejo efectivo de esas complicaciones.*

El Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) y la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), UNFPA y el Centro NACER de la Universidad de Antioquía elaboraron un modelo de capacitación para

el manejo de las emergencias obstétricas, particularmente la prevención y el manejo de las hemorragias obstétricas. Como parte de esta estrategia, la OPS incorporó simuladores de alta y baja fidelidad al proyecto Cero muertes maternas por hemorragia y llevó a cabo capacitaciones en Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras, Perú y República Dominicana con muy buenos resultados.⁵¹ El UNFPA ha apoyado la creación de centros de capacitación en Cuba y Panamá. Asimismo, se han desarrollado e implementado varios cursos online sobre este tema.

En la región todavía predomina un modelo biomédico centrado en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades a nivel individual, que relega la atención primaria de salud y los enfoques de salud pública centrados en la prevención y la promoción de comportamientos saludables. En verdad, el desarrollo de redes de prestación de servicios integrados es aún incipiente. Es necesario reforzar más la atención primaria en salud, una vinculada con organizaciones y procesos comunitarios, que responda más eficientemente a los derechos, las necesidades y las demandas de los ciudadanos.

CUIDADOS MATERNOS RESPETUOSOS (CMR)

Existe evidencia creciente sobre las repercusiones que puede tener el trato poco respetuoso y abusivo en los resultados para la salud de madres y neonatos y en la utilización futura de atención obstétrica con personal calificado. La violencia obstétrica⁵² tiene consecuencias graves para la madre, sus hijos y familias e, incluso, para los propios proveedores de los servicios. En septiembre de 2014, la OMS emitió una declaración: *La prevención y eliminación del abuso y trato irrespetuoso durante la atención del parto en las instituciones de salud*. Otras organizaciones han propuesto iniciativas y elaborado instrumentos para abordar de manera explícita ese obstáculo para acceder a una atención materna de calidad y a derechos humanos básicos.⁵³

En 2012, Jhpiego/USAID[§] realizaron una encuesta en 19 países (9 de América Latina y el Caribe),

† Argentina: El fortalecimiento de las redes provinciales obstétricas a través del impulso de la Iniciativa Maternidad Segura y el modelo centrado en la familia que propone una seguridad del paciente y el cumplimiento de la humanización del parto, atención prenatal y postnatal.

‡ En el Uruguay se puso en efecto un programa piloto para reducir la mortalidad materna de las madres asistidas por parteras tradicionales. Ese programa se inspira en la experiencia de un programa piloto que se llevó a cabo en Rubel Tzul, una comunidad aislada en Guatemala.

§ Jhpiego es una organización internacional sin fines de lucro dedicada a la salud de las mujeres y sus familias, afiliada a la Universidad John Hopkins de Estados Unidos.

con el fin de examinar la experiencia relativa a las intervenciones que facilitan los CMR. Principalmente, la encuesta permitió identificar algunas experiencias prometedoras.[†] Una de ellas en Brasil, donde se puso en marcha el Programa Nacional de Humanización del Parto, una campaña

4. Conclusiones

La región de América Latina y el Caribe ha tenido avances significativos en la reducción de la morbilidad y mortalidad maternas en las dos últimas décadas. La mayor parte de los gobiernos reconocen que la mortalidad materna constituye un grave problema de salud pública y han ido desarrollando e incorporando políticas, programas e intervenciones para abordar y reducir las muertes maternas y las incapacidades producto de la morbilidad materna. El éxito de la cobertura universal en salud depende del compromiso al más alto nivel político con el fortalecimiento de los servicios de salud, así como con políticas basadas en la evidencia, el aumento del presupuesto para intervenciones efectivas y de bajo costo en salud reproductiva, materna e infantil, la asignación de personal calificado, incluyendo a las parteras profesionales y el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia y respuesta a la mortalidad materna.

Al mismo tiempo, la región ha experimentado un crecimiento de los movimientos sociales demandando una perspectiva intercultural para transformar el parto en una experiencia humana satisfactoria y grata, a la vez que se asegura la transparencia y la rendición de cuentas. Muchos países se han comprometido en los últimos años con el descenso de los embarazos no deseados en la adolescencia abordando sus principales determinantes: el matrimonio precoz, la violencia sexual y la falta de acceso a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, incluyendo los servicios de anticoncepción y la educación sexual.

Sin embargo, a pesar de estos enormes avances, aún persisten brechas profundas en los resultados de salud. Las poblaciones más vulneradas y excluidas no tienen acceso a servicios de salud reproductiva,

de promoción de la atención respetuosa de la maternidad, incluido el modelo Red Cigüeña, que otorga premios para reconocer los esfuerzos realizados para mejorar la humanización y la calidad de la atención materna.

salud materna y neonatal de calidad. En algunos países, la legislación todavía prohíbe el acceso de las y los adolescentes a servicios integrados de salud sexual y reproductiva, limitando así el ejercicio de sus derechos reproductivos. Los sistemas de salud no están adecuadamente equipados y preparados para responder a las mayores causas directas de mortalidad materna: el aborto en condiciones inseguras, ni tampoco hacer frente a la creciente contribución de las enfermedades preexistentes—que se agravan durante el embarazo—a la mortalidad materna. El abuso de las intervenciones médicas también es un desafío en la región. Las tasas excesivas de cesáreas pueden constituir un factor de riesgo para la mortalidad materna, y, finalmente, la región no ha abordado con seriedad el acceso inequitativo a los servicios de salud. Si bien muchos países ofrecen servicios gratuitos o de bajo costo, muchas mujeres aun no acceden a intervenciones de calidad que pueden salvar sus vidas. Para garantizar una cobertura universal de salud, los gobiernos deberán aumentar los recursos humanos en salud asegurando un despliegue adecuado de personal calificado, particularmente parteras profesionales; fortalecer los sistemas de salud, promover la implementación de enfoques basados en derechos humanos, y mejorar la calidad de la atención.

El GTR reafirma su compromiso de apoyar a los países y a los actores clave en la consecución de los objetivos de desarrollo sustentable, particularmente para que el acceso universal a la salud y la cobertura de los servicios de salud sexual y reproductiva de calidad sean una realidad en los países de América Latina y el Caribe.

Nadie se quedara atrás.

[†] <http://www.k4health.org/toolkits/rmc>



Referencias Adicionales

Anexo A: Glosario

ACCESIBILIDAD

se refiere a que los establecimientos de salud y los bienes y servicios que ellos prestan deben llegar a toda la población. La accesibilidad se mide en cuatro dimensiones: la ausencia de discriminación, la accesibilidad física, la **accesibilidad económica** (asequibilidad) y el acceso a información pertinente.

ACEPTABILIDAD

todos los establecimientos de salud, así como los bienes y servicios que ellos prestan deben respetar la ética médica y ser culturalmente apropiados; esto significa que sean también sensibles a las cuestiones de género y a las necesidades a lo largo del ciclo de vida.

ADOLESCENTES

siguiendo la definición de las Naciones Unidas, en este documento los adolescentes son las personas de 10 a 19 años de edad; los jóvenes comprenden la población de 15 a 24 años.

COMPLICACIONES POTENCIALMENTE FATALES

son problemas que comprenden una amplia variedad de situaciones clínicas que pueden poner en peligro la vida de la mujer durante el embarazo, el parto o el puerperio. Una guía resumida de la OMS menciona cinco complicaciones de este tipo: hemorragia grave posparto, preeclampsia grave, eclampsia, sepsis o infección sistémica grave y rotura uterina.

CUIDADO MATERNO RESPETUOSO

es un derecho humano de todas las mujeres embarazadas en todos los sistemas de salud. El trato que reciben las mujeres puede empoderarlas y confortarlas o resultar en daño o trauma emocional. En muchos contextos las mujeres no utilizan los servicios por miedo al maltrato.

DISPONIBILIDAD

se trata de que haya un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios, así como de programas de salud.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

corresponden a las características específicas y las vías mediante las cuales las condiciones sociales de una persona afectan su salud. Los determinantes sociales son tanto de carácter socio-individual, tales como las prácticas de salud, la capacidad y las aptitudes para la adaptación de la persona, como aquellos derivados de la estructura de una sociedad, entre los que están la pobreza, la educación, el trabajo, el género y el nivel socioeconómico. A los primeros se les conoce como determinantes próximos, a los segundos como determinantes lejanos o estructurales. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades en salud—las diferencias injustas y evitables observadas dentro de un país o entre países en lo que respecta a la situación de salud.

ENFOQUE DE DERECHOS

se basa en el reconocimiento de todas las personas como sujetos de derecho. Esto significa que la persona se visualiza como sujeto activo y no simple receptor de acciones; se busca con ello romper con los esquemas caritativos, asistenciales y las intervenciones arbitrarias o discrecionales. Se deben eliminar los hechos discriminatorios, ya sea por distinción, exclusión o restricción, que tengan por objeto o como resultado la violación de un derecho humano. En ese contexto, los servicios de salud deben contemplar el respeto a la dignidad de las personas y el derecho a su autonomía y a su participación, entre otros.

ENFOQUE DE DIVERSIDAD

se trata de reconocer las diferentes capacidades, características y necesidades que tienen las personas y los múltiples grupos humanos que configuran una sociedad y una cultura determinada. Así, se debe garantizar la ausencia de exclusión y de discriminación en la atención de la salud que dependa de algún tipo de diferencia entre las personas o grupos, ya sea su edad, sexo, etnia, discapacidad u otra condición. Asimismo, los servicios deben ser adecuados a las capacidades funcionales de las personas. En el ámbito de la salud sexual y reproductiva, por ejemplo, es fundamental que el personal de salud reconozca que todos los seres humanos son seres sexuados y que existen diversas orientaciones e identidades sexuales. La aplicación de este abordaje plantea el respeto, la tolerancia y no usar violencia sobre las personas por sus diferencias.

ENFOQUE DE EQUIDAD

es aquel que permite compensar y corregir determinadas injusticias en el acceso a recursos y oportunidades, favorecer la inclusión e integración social, así como el desarrollo humano de aquellas personas que históricamente han sido discriminadas y excluidas del desarrollo social y económico. La aplicación de este enfoque conlleva la aplicación de medidas que favorezcan a las personas que están en condición de mayor vulnerabilidad y requieren condiciones especiales para disminuir los riesgos diferenciados en salud.

ENFOQUE DE GÉNERO

es el que promueve el cuestionamiento y la ruptura de aquellos patrones socioculturales que sostienen desigualdades basadas en las diferencias entre los sexos y generan espacios que facilitan la construcción de identidades—tanto de hombres como de mujeres—cuyo sentido esencial sea la autorrealización y la superación de las inequidades. Para ello, el personal de salud deberá evitar reproducir estereotipos de género, relaciones de subordinación y discriminación entre hombres y mujeres y, en su lugar, comprometerse a fortalecer relaciones igualitarias que contribuyan a superar las brechas de género.

INTERCULTURALIDAD

referida a la salud, se entiende como la capacidad de actuar equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y a la enfermedad, a la vida y la muerte y a los aspectos biológicos, sociales y relacionales. Los últimos no solo se refieren a los entornos visibles, sino también a la dimensión espiritual, cósmica de la salud. El diálogo y el reconocimiento de esta diversidad constituyen un derecho humano fundamental. Lo esencial de este concepto consiste en garantizar que las diferencias no se conviertan en discriminación, sino que sean reconocidas y aprovechadas como fuentes de saber, de pensamiento y de experiencias para la vida en sociedad.

MORBILIDAD MATERNA GRAVE

consiste en una complicación grave que ocurre durante el embarazo, el parto o el puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer o requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte.[†] Es sinónimo, morbilidad materna extrema, morbilidad materna extremadamente grave (del inglés *near miss*). Su estudio complementa la investigación de las muertes maternas para mejorar la calidad de los servicios de salud.

MORTALIDAD MATERNA

es la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con el embarazo mismo o agravada por él o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. La razón de mortalidad materna (RMM) es el número de defunciones maternas por 100,000 nacidos vivos.

MUJER EN EDAD REPRODUCTIVA

se refiere a toda mujer de 15 a 49 años de edad. En algunas estimaciones de censos y encuestas, el límite superior es 44 años de edad. Recientemente, se ha recomendado que la razón total de fertilidad incluya las edades de 15 a 44 y 15 a 49. Es común agregar los partos de menores de 15 años de edad al grupo de 15 a 19 años y aquellos de mujeres mayores de 49 años, a los nacimientos entre el grupo de 45 a 49 años de edad.⁵⁴

† Comité de Mortalidad Materna FLASOG. Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, abril de 2007.

Anexo B: Contexto Internacional de la Reducción de la Mortalidad y la Morbilidad Maternas

Marcos Conceptuales y Estrategias Globales y Regionales

La reducción de la mortalidad materna ha sido priorizada en la agenda internacional para el desarrollo de los últimos 15 años. Con base en los Objetivos de Desarrollo del Milenio acordados por la comunidad internacional, la salud materna se concibe no solo como derecho humano, sino también como sinónimo de desarrollo. El marco internacional brinda respaldo ético y político a la reducción de la mortalidad materna, además de fortalecer el compromiso y aportar oportunidades para elaborar estrategias de trabajo conjuntas en el ámbito mundial y de la región. Esto tiene por objeto garantizar el cumplimiento de los acuerdos y cumplir las metas sobre la salud materna y la salud sexual y reproductiva en las diversas agendas nacionales.[†]

A lo largo de los últimos 15 años, la comunidad internacional ha incorporado nuevos abordajes para mejorar la salud materna, entre ellos los derechos humanos, la equidad y rendición de cuentas, el de curso de vida y los determinantes sociales en salud, con una perspectiva de género e intercultural. Esta nueva mirada permite poner a la persona, sus condiciones y sus necesidades en el centro de las políticas y programas de salud.

La Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres y Niños y Niñas lanzada en 2010[‡] destaca la importancia de usar intervenciones eficaces para fortalecer el continuo de la atención, revisa lo avanzado y promueve nuevos esfuerzos para facilitar la marcha de las metas propuestas en los ODM 4 y 5. Brindando continuidad a dicha iniciativa y procurando lograr el máximo rendimiento de los recursos existentes—financieros, humanos, materiales o información, en 2011, la OMS estableció una Comisión de Información y Rendición de Cuentas sobre la salud de las mujeres, las niñas y

los niños, para acelerar los progresos en relación con la Estrategia Mundial Todas las Mujeres, Todos los Niños.⁵⁵ En 2015 se lanzó una nueva versión de la Estrategia, como se verá más adelante.⁵

Para contribuir al mejoramiento del trabajo que se realizaría en la región en el período 2011-2015, la OPS formuló el Plan de Acción Regional para Acelerar la Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Materna, con cuatro áreas estratégicas: (a) prevención de embarazos no deseados y las complicaciones derivadas de ellos; (b) acceso universal a redes integradas de servicios de maternidad de calidad; (c) recursos humanos calificados, y (d) información estratégica para la acción y la rendición de cuentas.⁵⁶

El Consejo de Derechos Humanos proporcionó respaldo fundamental a la prevención de la mortalidad materna con la publicación de un informe con recomendaciones técnicas sobre el abordaje de derechos humanos y la rendición de cuentas sobre la maternidad y morbilidad maternas.⁵⁷ Ese informe incluye los conceptos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad, sostenibilidad y participación, que son indispensables en el enfoque integral de derechos humanos. Asimismo, da cuenta del enorme potencial de ese abordaje para mejorar la equidad en salud para las mujeres y brinda una serie de recomendaciones para el trabajo en todos los niveles. Sostiene que la salud sexual y reproductiva, incluida la maternidad segura, exigen reconocer que la mortalidad y la morbilidad maternas son cuestión de derechos humanos y, por lo tanto, habrá de reconocerse que las muertes y lesiones graves que resultan del embarazo y el parto son hechos evitables.

Durante la Conferencia *Women Deliver* realizada en Bangkok en 2013, un grupo de organizaciones e interesados clave realizaron una consulta técnica

† En particular la agenda regional CIPD después de 2014 -el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (2013), y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

‡ Para información adicional ver: http://www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/201009_gswch_sp.pdf

§ Para más información consultar: <http://www.everywomaneverychild.org/global-strategy-2argentina>

sobre metas y estrategias para terminar con la mortalidad materna prevenible (EPMM, del inglés *ending preventable maternal mortality*). Ese movimiento subraya la importancia de que la sobrevivencia materna sea parte del derecho a la atención de la salud y sea de máxima prioridad sanitaria a lo largo del curso de vida. Las metas de la estrategia EPMM se basan en los derechos humanos y en el imperativo de acabar con las inequidades que llevan a disparidades en el acceso y la calidad de los servicios. A nivel global, la estrategia EPMM estableció para 2030 una meta promedio de 70 por 100,000 nacidos vivos para la razón de mortalidad materna. Para ese mismo año, ningún país debería tener una razón de mortalidad materna > 140 por 100,000 equivalente al doble del promedio mundial. Los países cuya RMM fuera < 420 por 100,000 nacidos vivos en 2010 (la mayoría) deberán reducirla en al menos dos tercios para el 2030.⁵⁸

En la región, se destaca la Primera Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo sostenida en Montevideo en 2013, durante la cual se negociaron compromisos conjuntos para reducir la mortalidad materna. Entre los acuerdos plasmados en el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, sobresalen los siguientes: aprobar una agenda regional sobre población y desarrollo para América Latina y el Caribe, sobre la base del Programa de Acción de El Cairo, su seguimiento y las medidas clave para seguir su aplicación más allá de 2014; garantizar la participación efectiva de la sociedad civil y los movimientos sociales en la marcha, el monitoreo y la evaluación de ese plan de acción después de 2014, incorporando las medidas acordadas en el Consenso; en la próxima reunión de la Conferencia Estadística de las Américas, elevar una propuesta de armonización de los indicadores de salud para la región, en particular los relacionados con salud sexual y reproductiva, con el fin de facilitar la comparación y el análisis de las tendencias regionales.[†] En 2015 se renovó el compromiso de los países que participaron en esa reunión, con la adopción de una guía operativa que da seguimiento a los conceptos y compromisos regionales.

El Consenso de Santo Domingo de la Conferencia Regional de la Mujer alcanzado en 2013, comprende el compromiso de los países en materia de salud materna y reducción de la mortalidad materna. Por otra parte, desde 1977, las conferencias regionales sobre la mujer de América Latina y el Caribe han servido de foros intergubernamentales esenciales para avanzar y consolidar la igualdad de género y derechos humanos de las mujeres en la región. En 2016 coinciden la celebración de los 40 años de las conferencias regionales sobre la mujer con la recién estrenada Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Durante la XIII Conferencia celebrada en octubre de 2016, en Montevideo, Uruguay, se previó el diseño de una estrategia operativa en coherente con la Agenda 2030 y los consensos previos de esa Conferencia.

La iniciativa Una Promesa Renovada en las Américas: Reducir las Inequidades en Salud Reproductiva, Materna y del Niño (2013), es un movimiento regional centrado en abordar las inequidades que afectan a las poblaciones más desfavorecidas, mediante el mejoramiento de la vigilancia y el análisis de la información y mayor colaboración de los sectores público y privado. Al día de hoy, 32 gobiernos de las Américas han firmado este compromiso, que busca eliminar las muertes infantiles evitables y asegurar un inicio saludable de la vida de niños y niñas.

En alianza con el UNFPA y la OMS, la Confederación Internacional de Matronas preparó la publicación *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014*,⁵⁹ donde se analiza la práctica de esa profesión en el mundo. La publicación viene acompañada de una estrategia de abogacía y de una caja de herramientas para fortalecer la función de las parteras profesionales (matronas) en los servicios de salud y subraya su capacidad para reducir la mortalidad materna e infantil.*

En los últimos años, la OMS ha estado trabajando para avanzar la promoción de los cuidados maternos respetuosos. Con ese fin se realizaron cuatro investigaciones. Asimismo, se llevó a cabo el lanzamiento de la declaración Prevención y

† http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/8/50708/2013-595-consenso_montevideo_pyd.pdf

‡ http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/SomWMy_Toolkit_Spanish_Dec3_2014.pdf

Erradicación de la Falta de Respeto y el Maltrato Durante la Atención del Parto en Centros de Salud, en la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2014, que fue traducida a 12 idiomas y fue respaldada por más de 80 organizaciones, entre ellas, la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras, la Confederación Internacional de Matronas y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. La declaración señala que *“Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación”*.⁶⁰

En el 2015, países miembros de las Naciones Unidas acordaron la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, entre los que figura el Objetivo número 3 relativo a garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Ese objetivo contempla la necesidad de lograr cobertura sanitaria universal, acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, así como a vacunas y medicamentos de calidad y asequibles. Reducir la mortalidad materna e infantil sigue siendo un reto central en la nueva agenda.

La versión actualizada de la Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres, los Niños y los Adolescentes, lanzada en septiembre de 2015, respalda los

Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS) relacionados con la salud de las mujeres, los niños, las niñas y los adolescentes como parte de un desarrollo más integrado, en el que todos los países recibirán apoyo para alcanzar y mantener sus objetivos de salud. También tiene un abordaje más integral, que trasciende la reducción de la mortalidad, con una visión de vida saludable para todos a lo largo del ciclo vital. Esta nueva versión se ha discutido en una amplia consulta desde inicio de 2015, que culminó con su aprobación en septiembre de 2015 (Anexo D).

En cuanto al acceso equitativo para grupos más vulnerables y en situación de exclusión, el Grupo Internacional de Expertos en Salud Intercultural de las Naciones Unidas adoptó la promoción del acceso igualitario a los servicios de salud y los Estándares son una importante contribución a este objetivo en la región. Asimismo, se ha trabajado con la Comisión de Salud Intercultural de Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue para la adopción de los Estándares de Salud Materna Intercultural a nivel ministerial (Reunión de Ministras y Ministros de Salud del Área Andina, marzo 2015). Este trabajo se enmarca en los acuerdos alcanzados en el Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas de la ONU.

Anexo C: Tendencias Regionales en la Mortalidad Materna

Figura 2: Número de Defunciones Maternas y Razón de Mortalidad Materna (por 100,000) Nacidos Vivos Registrados y Estimados, 1990 y 2015[†]

	Razón de Mortalidad Materna, 1990 (por 100,000 nacidos vivos)	Número Total de Muertes, 1990	Razón de Mortalidad Materna Estimada, 2015 (por 100,000 nacidos vivos)	Número Total de Muertes Estimadas, 2015
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	135	16,000	67	73,000
AMÉRICA LATINA	126	14,000	60	66,000
CARIBE	276	2,300	175	1,300

[†] Fuente: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division.
En: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/194254/1/9789241565141_eng.pdf

Anexo D: Los ODS y la Nueva Estrategia Mundial para la Salud de las Mujeres, los Niños y los Adolescentes[†]

Cumplido el plazo de implementación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en la Cumbre Especial sobre Desarrollo Sostenible que se celebrara en septiembre de 2015 en Nueva York se presentaron los Objetivos de Desarrollo Sustentable (ODS), que van a guiar la agenda del desarrollo por los próximos 15 años, a 2030. A diferencia de los ODM, estos nuevos Objetivos pasaron por un proceso de consulta mundial con expertos y gobiernos, la sociedad civil, los jóvenes, las empresas y otros sectores interesados, cristalizando en 17 objetivos interrelacionados que cubren todas las áreas del quehacer humano.*

Acompañando ese proceso, en mayo de 2015 se presentó públicamente la primera versión de la nueva Estrategia Mundial para las Mujeres, los Niños y los Adolescentes, una plataforma de acción centrada en las personas, que permitirá llevar a cabo la agenda de los ODS, particularmente en relación a los tres objetivos vinculados directamente con la salud sexual, reproductiva, materna y neonatal.

Objetivo 3: Garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos para todas las edades.

Objetivo 5: Alcanzar la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y niñas.

Objetivo 10: Reducir las desigualdades entre países y dentro de ellos.

Dentro de los ODS, tres temas engloban las metas más urgentes: (a) la sobrevivencia, es decir, terminar con la mortalidad materna, infantil y adolescente prevenible; (b) el desarrollo saludable, para permitir que recién nacidos, niñas, niños y adolescentes alcancen su potencial físico, mental y social, y (c) la transformación, con el fin de generar un movimiento centrado en las personas para el cambio en la salud y el desarrollo sostenible de mujeres, niños, niñas y adolescentes.

La Estrategia Mundial propone siete acciones transformadoras basadas en principios de derechos humanos y equidad, que reconocen el derecho de cada persona en todo el mundo de disfrutar sus derechos humanos y vivir con dignidad, seguridad y sin discriminación, opresión y persecución. Esas siete acciones son:

1. Realizar el potencial y aumentar las oportunidades.
2. Obtener y sostener el progreso mediante el liderazgo de los países y sus recursos.
3. Fortalecer la resiliencia y la efectividad de los sistemas de salud.
4. Lograr alianzas intersectoriales para la salud y el desarrollo sostenible.
5. Abordar las inequidades y fragilidades en todos los sectores.
6. Acelerar el progreso a través de la innovación y la investigación.
7. Expandir la rendición de cuentas con datos nacionales e iniciativas de todos los niveles.

Las acciones transformadoras influyen sobre los múltiples factores que afectan la realización de los derechos, entre ellos, los factores determinantes de la salud, el abordaje de ciclo de vida en la salud y la función de los sectores que respaldan la salud. Si bien la salud reproductiva, materna, del recién nacido, el niño, la niña y el adolescente son el núcleo de la Estrategia, su alcance es mucho más amplio e intersectorial, como lo requiere el abordaje de prioridades. Por lo tanto, abarca la atención del retraso de crecimiento de los bebés, la violencia de género y el embarazo adolescente, entre otros asuntos.

[†] <http://crowd360.org/shaping-the-future-for-healthy-women-and-children/>

[‡] <http://www.nu.org.bo/objetivos-de-desarrollo-sostenible-ods/>

Referencias Bibliográficas

- 1 Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos (2012). Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad. Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. A/HRC/21/22. Disponible en: http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session21/A-HRC-21-22_sp.pdf
- 2 Bárcena A. Byanyima, W. América Latina es la región más inequitativa del mundo. ¿Cómo solucionarlo? CEPAL, enero 2016. Disponible en: <https://www.weforum.org/es/agenda/2016/01/america-latina-es-la-region-mas-desigual-del-mundo-asi-es-como-lo-solucionamos/>
- 3 Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Una mirada al futuro desde los Objetivos de Desarrollo del Milenio: informe regional de monitoreo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en América Latina y el Caribe, 2015 (LC/G.2646), Santiago, 2015. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/11362/38923/5/S1500709_es.pdf
- 4 Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud/Información y Análisis de Salud: Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2016. Washington, D.C., Estados Unidos de América, 2016. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31288/IndicadoresBasicos2016-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 5 Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave (CD51/12). Reunión 51º Consejo Directivo/63ª Sesión del Comité Regional. Septiembre de 2011. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=14677&Itemid=270
- 6 Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Reunión 53.o Consejo Directivo 55ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. CD53/5, Rev. 2. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=27273&Itemid=270&lang=es
- 7 Organización Panamericana de la Salud. Informe de Progreso: Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave. 154ª Sesión del Comité Ejecutivo. CE154/INF/6. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9415%3A2014-154th-session-executive-committee&catid=1258%3Aabout&Itemid=40704&lang=es
- 8 World Health Organization. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. Geneva: WHO, 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/194254/1/9789241565141_eng.pdf
- 9 Chou D, Daelmans B, Jolivet R, Kinney M, Say L. Ending preventable maternal and newborn mortality and stillbirths. BMJ 2015; 351:h4255.
- 10 Say L, Chou D, Tuncalp O, Moller A-B, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. The Lancet; 2016; Vol 2, No. 6, e302-e302. Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(14\)70227-X/abstract](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(14)70227-X/abstract)
- 11 Guttmacher Institute. Darroch JE, Woog V, Bankole A and Ashford L. Adding it up: costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents. May 2016. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/report/adding-it-meeting-contraceptive-needs-of-adolescents>

-
- 12** United Nations Children’s Fund. Health Equity Report 2016: Analysis of reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health inequities in Latin America and the Caribbean to inform policymaking. Summary Report. Disponible en: https://www.unicef.org/lac/20160906_UNICEF_APR_HealthEquityReport_SUMMARY.pdf
- 13** Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave (CD51/12). Reunión 51º Consejo Directivo/63ª Sesión del Comité Regional. Septiembre de 2011. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=14677&Itemid=270
- 14** Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe 2010: Actuar sobre el futuro: romper la transmisión intergeneracional de la desigualdad . -1a. ed. - San José, C.R.: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2010. Disponible en: <http://hdr.undp.org/sites/default/files/rhdr-2010-rblac.pdf>
- 15** Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos 2015: Situación de salud en las Américas. Washington DC, Estados Unidos, D.C., Estados Unidos de América, 2015. Disponible en: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=756:situacion-salud-americas-indicadores-basicos&Itemid=260
- 16** Banco Interamericano de Desarrollo (2010). Salud de la Mujer Indígena: intervenciones para reducir la muerte materna. Cordero L, Luna A, Vattuone M. Washington D.C., Estados Unidos de América. Disponible en: <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/246/Salud+de+la+mujer+ind%C3%ADgena.pdf?sequence=1>
- 17** United Nations Children’s Fund. Health Equity Report 2015: Analysis of reproductive, maternal, newborn, child, and adolescent health inequities in Latin America and the Caribbean to inform policy making. Summary report. Panama City, Panama, 2016. Disponible en: http://www.unicef.org/lac/20160906_UNICEF_APR_HealthEquityReport_SUMMARY.pdf
- 18** Guttmacher Institute. Sedgh G, Singh S, and Hussain, R. Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. September 2014. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/news-release/2014/new-study-finds-40-pregnancies-worldwide-are-unintended>.
- 19** Sedgh, G, Bearak J, Singh S, et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: Global, regional, and subregional levels and trends. The Lancet; 2016; Vol 388, No. 10041, 258-267. Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)30380-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30380-4/abstract)
- 20** OPS/OMS . Casos de Zika y síndrome congénito asociado reportado por los países de las Américas 2015-2016: casos acumulados. Mayo 4, 2017. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=39831&lang=en
- 21** Comisión Económica para América Latina (CEPAL). Panorama Social de América Latina, 2015, (LC/G.2691-P), Santiago, 2016. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39965/4/S1600175_es.pdf
- 22** Fondo de Población de las Naciones Unidas. Fecundidad y maternidad adolescente en el Cono Sur. Binstock G. UNFPA, 2016. Disponible en: <http://lac.unfpa.org/sites/lac.unfpa.org/files/pub-pdf/Fecundidad%20y%20Maternidad%20Adolescente%20en%20el%20Cono%20Sur-Ultima%20version.pdf>
- 23** Organización Mundial de la Salud. La salud para los adolescentes del mundo: una segunda oportunidad en la segunda década. Disponible en: http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/WHO_FWC_MCA_14.05_spa.pdf
- 24** Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG). Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos. Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y El Caribe. Lima, Perú, 2011. Disponible en: <http://www.unal.edu.co/bioetica/documentos/2011/Maternidad.pdf>
- 25** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2008) El bono demográfico: una oportunidad para avanzar en materia de cobertura y progresión en educación secundaria. Panorama social de América Latina 2008. Disponible en: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/1229-panorama-social-de-america-latina-2008>
- 26** Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre las tasas de cesáreas, OMS, Ginebra, 2015. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/

-
- 27** Guttmacher, Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional abortion levels and trends, May 11, 2016. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/article/2016/05/AWW-levels-and-trends-abortion-incidence-1990-2014>
- 28** World Health Organization (2011). Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. Sixth edition. Geneva. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501118_eng.pdf
- 29** Guttmacher Institute. Intended and Unintended Pregnancies Worldwide in 2012 and Recent Trends. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/article/2014/09/intended-and-unintended-pregnancies-worldwide-2012-and-recent-trends>
- 30** Guttmacher, Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional abortion levels and trends, May 11, 2016. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/article/2016/05/AWW-levels-and-trends-abortion-incidence-1990-2014>
- 31** The Lancet (2015) La reforma de los sistemas de salud y la cobertura universal de salud en América Latina. Rifat Atun et al. Disponible en: <http://www.medicc.org/mediccreview/index.php?issue=33>
- 32** Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe Final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra: OMS; 2008. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf
- 33** World Health Organization. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Commission on Social Determinants of Health, WHO, 2007. Disponible en: http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf
- 34** OPS/OMS. Estrategia hacia el acceso universal a salud y a la cobertura universal. Hacia el consenso en la Región de las Américas. Octubre 2014. Washington, DC: OPS, 2014. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=27442&lang=es
- 35** Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción sobre la Salud en Todas las Políticas. CD 53/10, Rev. 1. Septiembre de 2014. Washington DC: OPS; 2014. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9774&Itemid=41062&lang=es
- 36** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Buenas prácticas en el monitoreo y reporte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: lecciones nacionales desde América Latina. Pauline Stockins, Serie de Estudios Estadísticos, CEPAL 2012. Disponible en: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/4785-buenas-practicas-en-el-monitoreo-y-reporte-de-los-objetivos-de-desarrollo-del>
- 37** Banco Mundial. Indicadores de desarrollo. Disponible en: <http://databank.worldbank.org/>
- 38** Etienne E. Equidad en los sistemas de salud. Rev Panam Salud Pública 2013; 33(2):81-82. Disponible en: http://www.paho.org/journal/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=pdfs-february-2013&alias=551-equidad-en-los-sistemas-de-salud&Itemid=847&lang=en
- 39** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Buenas prácticas en el monitoreo y reporte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: lecciones nacionales desde América Latina. Pauline Stockins, Serie de Estudios Estadísticos, CEPAL 2012. Disponible en: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/4785-buenas-practicas-en-el-monitoreo-y-reporte-de-los-objetivos-de-desarrollo-del>
- 40** Organización Panamericana de la Salud/Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna. Articulando acuerdos intersectoriales para la reducción de la mortalidad materna en América Latina y el Caribe: lecciones aprendidas en la aplicación del Documento de Consenso Estratégico Interagencial. GTR, 2010. Disponible en: <http://gtrvidasmaternas.org/GTR/?q=es/node/159>
- 41** Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna. Guías para la vigilancia epidemiológica y respuesta a la mortalidad materna: Región de las Américas. GTR, 2015. Disponible en: <http://gtrvidasmaternas.org/GTR/?q=es/node/167>

-
- 42** World Health Organization. Maternal death surveillance and response: technical guidance. Information for action to prevent maternal death. World Health Organization, Geneva, 2013. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/maternal_death_surveillance/en/
- 43** UNFPA. El estado de las parteras en el mundo 2014. UNFPA. Disponible en: http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SoWMy2014_complete-Spanish.pdf
- 44** Thaddeus, S., Maine, D. (1994) Too Far to walk: Maternal mortality in context. *Sm. Sci. Med.* Vol. 38. No. 8, pp. 1091-1110, 1994.
- 45** Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. ¡Cada madre y cada niño contarán! OMS. Ginebra, 2005. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2005/es/>
- 46** UNFPA & Guttmacher. (2017). Family planning in Latin America and the Caribbean. (no publicado)
- 47** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Una mirada al futuro desde los Objetivos de Desarrollo del Milenio: informe regional de monitoreo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en América Latina y el Caribe, 2015 (LC/G.2646), Santiago, 2015.
- 48** Karolinski A, Mazzoni A, Belizán JM, Althabe F, Bergel E, Buekens P. Lost opportunities for effective management of obstetric conditions to reduce maternal mortality and severe maternal morbidity in Argentina and Uruguay. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Vol. 110, Issue 2, p175-180.
- 49** Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones sobre la prevención y tratamiento de la hemorragia posparto- OMS, Ginebra, 2012. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/120085/1/WHO_RHR_14.20_spa.pdf?ua=1&ua=1
- 50** Organización Panamericana de la Salud/Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna. Reducción de la mortalidad y morbilidad maternas. Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe. Washington D.C., PAHO, 2003. Disponible en: <http://gtrvidasmaternas.org/GTR/sites/default/files/DCEI%20CONSENSO%20ESTRATEGICO.pdf>
- 51** CLAP/SMR (2012). Fescina R, De Mucio B, Ortiz E, Jarquín D. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. Montevideo: CLAP/SMR; 2012. Publicación Científica; 1594.
- 52** Universidad de Chile (2014) Diario UChile. Violencia Obstétrica: la herida invisible del parto. Internet. 6 de octubre del 2014. Disponible en: <http://radio.uchile.cl/2014/10/06/violencia-obstetrica-la-herida-invisible-del-parto>
- 53** Naciones Unidas. Comité de Derechos Humanos. Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad. Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. A/HRC/21/22. Disponible en: http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session21/A-HRC-21-22_sp.pdf
- 54** World Health Organization. Reproductive health indicators: guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring. WHO, Geneva: 2006. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43185/1/924156315X_eng.pdf
- 55** World Health Organization. Every Woman, Every Child: From Commitments to Action. First Report of the Independent Expert Review Group (IERG) on Information and Accountability for Women's and Children's Health. WHO, Geneva: 2012. Disponible en: http://www.who.int/woman_child_accountability/ierg/reports/2012/IERG_report_low_resolution.pdf
- 56** Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave (CD51/12). Reunión 51º Consejo Directivo/63ª Sesión del Comité Regional. Septiembre de 2011. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=docview&gid=14677&Itemid=270
- 57** United States Agency for International Development. Bowser D, and Hill K. Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-based Childbirth: Report of a Landscape Analysis. USAID-TRAction Project, University Research Corporation, LLC, and Harvard School of Public Health. Disponible en: http://www.tractionproject.org/sites/default/files/Respectful_Care_at_Birth_9-20-101_Final.pdf
- 58** World Health Organization. Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM). WHO, Geneva: 2015. Disponible en: http://who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/epmm/en/

59 World Health Organization. Maternal Death Surveillance and Response: Technical Guidance. Information for Action to Prevent Maternal Death. World Health Organization, Geneva, 2013. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/maternal_death_surveillance/en/

60 World Health Organization. Every Woman, Every Child: From Commitments to Action. First Report of the Independent Expert Review Group (IERG) on Information and Accountability for Women's and Children's Health. WHO, Geneva: 2012. Disponible en: http://www.who.int/woman_child_accountability/ierg/reports/2012/IERG_report_low_resolution.pdf

