



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



## **51.º CONSEJO DIRECTIVO**

### **63.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL**

*Washington, D.C., EUA, del 26 al 30 de septiembre del 2011*

---

*Punto 4.9 del orden del día provisional*

CD51/12 (Esp.)

1 de agosto del 2011

ORIGINAL: ESPAÑOL

### **PLAN DE ACCIÓN PARA ACELERAR LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA Y LA MORBILIDAD MATERNA GRAVE**

#### **Introducción**

1. El “Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad y la morbilidad materna grave” es un paso más para mejorar la salud de las mujeres, que contribuye indirectamente a los esfuerzos de los países para cumplir el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) 5 (1).
2. El Plan se fundamenta en el preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que establece que “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (2). Está relacionado con el Plan de acción regional para la reducción de la mortalidad materna en las Américas (1990) (3), la resolución sobre “Población y Salud Reproductiva (1998) (4), la Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas (2002) (5), la Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño (2008) (6), y el Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes (2009) (7). También aborda otros temas como hospitales seguros y redes integradas de servicios de salud (2009) (8).
3. Luego de que los Estados Miembros asumieron estos compromisos, la mortalidad materna disminuyó considerablemente en toda la Región entre 1990 y 2010. Según datos oficiales de los Estados Miembros que la OPS publica en los Indicadores Básicos de Salud, esa reducción fue de 29% (9), en tanto que según los cálculos de la OMS la

disminución fue de 41% (10). Pero, en ambos casos, este descenso sigue siendo insuficiente para que la Región de las Américas cumpla el ODM 5 para el año 2015.

4. En este Plan de acción se propone que en el período 2012-2017 se intensifiquen las intervenciones clave de eficacia comprobada para reducir la morbilidad materna en áreas estratégicas que promuevan el acceso ilimitado en los países a la atención pregestacional (que abarque la planificación familiar) de alta calidad, así como a la atención prenatal, del parto y del puerperio prestada por personal calificado, que adopta un enfoque intercultural en su trabajo.

### **Antecedentes**

5. La salud de la mujer y, en particular los aspectos vinculados con la maternidad, se han abordado en varios foros internacionales como la Conferencia sobre Maternidad sin Riesgo, celebrada en Nairobi (Kenia) en 1987 (11), la Conferencia internacional sobre la población y el desarrollo, celebrada en El Cairo (Egipto) en 1994 (12), la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, en Beijing (China) en 1995 (13) y la Cumbre del Milenio (2000) (1).

6. En el 2002 y el 2004, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó dos resoluciones que abordan el tema de la salud reproductiva: la WHA55.19 (14) y la WHA57.13 (15); por su parte, el Consejo Ejecutivo de la OMS aprobó la resolución EB113.R11 (16), que también guarda relación con este tema. Recientemente, en la resolución R11/8 del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (2009) (17) se reconoce que la morbilidad materna prevenible abarca una gama de determinantes vinculados a la salud, el desarrollo, los derechos humanos y las libertades fundamentales. La adopción de medidas que garanticen estos derechos de conformidad con las normas internacionales ayudaría a reducir la mortalidad materna (18-24).

7. A nivel regional, la mortalidad materna se ha tratado en varias reuniones de los cuerpos directivos de la OPS. En 1990, la 23.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana (3) aprobó el Plan de acción regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas en las Américas; La resolución CSP25.R13 sobre población y salud reproductiva (documento CSP25/15) (4) se aprobó en 1998, y en el 2002, la Estrategia Regional para la Reducción de la Mortalidad y la Morbilidad Maternas (documento CSP26/14) (5).

8. Quedan solamente cuatro años para la consecución de las metas del ODM 5. Según los datos de los indicadores básicos de salud publicados por la OPS (9), haría falta una reducción de 46% más para alcanzar esas metas, o de 34% de acuerdo a los modelos de cálculo de la OMS (10). Dos reuniones que se organizaron en el 2010 sobre el tema la

Conferencia Regional de Mujeres Líderes (26) y la Conferencia Women Deliver II (27) pusieron de relieve lo poco que se había invertido hasta la fecha para abordar la mortalidad materna. Por otra parte, el Grupo de los Ocho se hizo escuchar con la Iniciativa de Muskoka (28), mientras que el Secretario General de las Naciones Unidas hizo un llamamiento a favor de la ejecución de un plan que promoviera la reducción de la mortalidad materna (29), y la Comisión de Información y Rendición de Cuentas sobre Salud de las Mujeres y los Niños 2011 formuló sus recomendaciones sobre el problema (30). La OPS se sumó a estas iniciativas en el 50.º Consejo Directivo, celebrado en el 2010, al darle nuevo impulso a la Iniciativa Maternidad Segura.

9. Los ministros de salud de la Región declararon en el párrafo 53 de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 (31), que “La salud sexual y reproductiva es un tema prioritario en esta Región. Es imprescindible proveer a la mujer una atención continua, que se inicia con los cuidados en la etapa preconcepcional y prosigue durante el embarazo, el parto y el puerperio; incluyendo la atención del recién nacido”, para disminuir las desigualdades en materia de salud entre los países y en el interior de los mismos.

### **Análisis de la situación**

10. Según las cifras oficiales publicadas en los Indicadores Básicos de salud del 2010 (9) para los países de América Latina y el Caribe (ALC), hubo 9.500 muertes maternas, lo que representa una razón de mortalidad materna (RMM) de 88,9 por 100 mil nacidos vivos. Nueve países de la región muestran cifras de RMM por encima del promedio regional: Bolivia, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Paraguay, Perú, República Dominicana y Suriname. La mayoría de las muertes acontecen en el parto y en las primeras horas del puerperio. Casi ningún país muestra una adecuada velocidad de descenso de la mortalidad materna para lograr la meta del ODM 5, incluso aquellos con RMM más bajas, como Canadá y Estados Unidos de América.

11. Alrededor del 95% de la mortalidad materna en ALC puede prevenirse con los conocimientos que tienen los países hoy en día. Las causas más frecuentes son hipertensión inducida por el embarazo (26%), hemorragia (21%), complicaciones relacionadas con el aborto en condiciones peligrosas (13%), trabajo de parto obstruido (12%), sepsis (8%), y otras causas directas (15%).

12. La violencia contra la mujer es otro factor de riesgo de muerte materna. La OMS ha demostrado que de 15 a 71% de las mujeres sufren de violencia física y sexual perpetrada por su pareja (32); en el caso de las embarazadas esta cifra varía de 4 a 32%. En 90% de los casos de violencia contra embarazadas, el agresor es el padre biológico (33). Aunque la violencia no suele considerarse como una de las causas de mortalidad

materna, en tres ciudades de Estados Unidos se constató que había sido la causa principal en 20% de los casos (34). Una publicación reciente aduce que la falta de respeto y el abuso de los proveedores de salud constituye otra forma de violencia contra la embarazada, lo cual implica que esto constituye una barrera al acceso a los cuidados de salud (35).

13. Muchas muertes maternas surgen de embarazos no deseados y de las limitaciones en el acceso a los métodos anticonceptivos; esto puede observarse en el elevado porcentaje de necesidades insatisfechas en materia de métodos anticonceptivos que oscila entre 20 y 40% (9) para la población general y es más alto en los adolescentes. El problema se agrava porque muchos países tienen marcos legislativos que limitan el acceso a los métodos anticonceptivos; un ejemplo concreto de esta situación es la prohibición de los anticonceptivos orales de emergencia (36). La legislación restrictiva vinculada al aborto en muchos países de América Latina hace que las mujeres recurran al aborto en condiciones de riesgo como método anticonceptivo. La tasa de aborto en condiciones de riesgo en América Latina y el Caribe es de 31 por 1.000 mujeres de 15 a 44 años, en contraste con 22 en el resto del mundo. La razón de mortalidad materna debida al aborto en condiciones de riesgo es tres veces mayor en América Latina y el Caribe que en las regiones desarrolladas (10 en comparación con 3 por 100.000 nacidos vivos, respectivamente) (37).

14. Las cifras de cobertura de atención prenatal y del parto quizás parezcan elevadas, pero ellas esconden inequidades. Por ejemplo, solo 46% de las mujeres embarazadas en las poblaciones rurales acuden a cuatro visitas antenatales, en comparación con 74% de las mujeres urbanas (38). Otras comunidades marginadas como los pobres, los indígenas y los afrodescendientes muestran coberturas menores, atención de mala calidad, y tasas altas de RMM. En Brasil, por ejemplo, se observó que 67% de las mujeres caucásicas habían recibido controles prenatales adecuados, 44,7% de las afrodescendientes y 23,1% de las mujeres indígenas (39).

15. A menudo, la atención que está al alcance de las mujeres en el período prenatal y en el parto no cumple con las normas internacionales. El control pregestacional prácticamente no existe en la Región. Además, los servicios obstétricos esenciales no están distribuidos en forma homogénea y muchas veces son de mala calidad, porque no hay personal capacitado con las competencias necesarias. Asimismo, no todas las instituciones pueden cumplir con los requisitos básicos ni suministrar todos los medicamentos e insumos necesarios, como reactivos de laboratorio y sangre segura. En resumen, puede decirse que hay fallas en cuanto a cobertura, calidad y continuidad de la atención; en la disponibilidad de insumos; y en el acceso igualitario a servicios de salud sensibles a las particularidades culturales, independientemente de dónde vive la mujer o de su situación socioeconómica. La operación cesárea es una práctica que salva vidas. La

OMS estima que la tasa óptima de cesárea debería situarse en alrededor de 15%. El aumento de las cesáreas observado en la Región en los últimos años a niveles más altos que la tasa óptima ha intensificado el riesgo de morbimortalidad materna y perinatal (40).

16. En América Latina y el Caribe, la morbilidad materna grave se ha estudiado menos que la mortalidad materna. Se calcula que ocurren hasta 20 casos de morbilidad materna por cada muerte materna registrada (36). De estos casos, hasta una cuarta parte de las mujeres podrían sufrir secuelas graves y permanentes. La morbilidad materna se concentra en ciertas zonas geográficas y poblaciones de algunos países, por lo que es necesario concentrar allí las iniciativas regionales y nacionales para reducirla.

17. El análisis de la situación y el Plan de Acción propuesto están en consonancia con los resultados previstos del Objetivo Estratégico 4 del Plan estratégico a plazo medio 2008-2013 de la OMS, en particular en sus Resultados Previstos a nivel de toda la Organización 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.6, 4.7 y 10.1, que tienen su contraparte en los Resultados Previstos a nivel regional del Plan estratégico de la OPS para la Región (ver Anexo C).

### **Propuesta**

18. La mortalidad y morbilidad materna evitable que existen actualmente son expresión de inequidad y desigualdad y de falta de empoderamiento de las mujeres. Si bien es cierto que los determinantes socioeconómicos, culturales y ambientales son factores clave que intervienen en la disminución de la morbilidad y mortalidad maternas, en el sector de la salud pueden tomarse ciertas medidas concretas destinadas directamente a su disminución. Algunas de ellas son la organización de los servicios de salud para mejorar los servicios para la mujer en cuestiones de planificación familiar, atención antes del embarazo, en el período prenatal, en el parto y el puerperio. Con este Plan de Acción se abordan directamente elementos críticos que pueden ayudar a prevenir las muertes maternas y la morbilidad grave.

19. El Plan de Acción tiene como objetivos generales los siguientes:

- a) contribuir a acelerar la reducción de la mortalidad materna,
- b) prevenir la morbilidad materna grave, y
- c) fortalecer la vigilancia de la morbilidad y mortalidad maternas.

20. Se han identificado y priorizado cuatro áreas estratégicas y nueve intervenciones que han demostrado ser beneficiosas para la salud materna y perinatal (ver anexo A).

21. El Plan se ejecutará entre el 2012 y 2017 mediante el fortalecimiento de las alianzas a diferentes niveles, como por ejemplo con el Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna, las sociedades científicas, las revistas académicas y la sociedad civil.

**Área estratégica 1:** Prevención de embarazos no deseados y de las complicaciones derivadas de ellos.

**Objetivo 1:** Aumentar el uso de métodos anticonceptivos modernos en las mujeres en edad fecunda, haciendo énfasis en el grupo de adolescentes.

*Intervenciones de impacto*

- Aumentar la cobertura de métodos anticonceptivos (incluyendo los métodos anticonceptivos de emergencia) y la disponibilidad de servicios de consejería en planificación familiar antes de la concepción y luego de un suceso obstétrico.

*Meta 1:* Para el 2017, los países de la región habrán disminuido en 20% la prevalencia de necesidades insatisfechas en materia de métodos anticonceptivos.

**Indicadores**

- Tasa de uso de métodos anticonceptivos modernos por mujeres en edad fecunda, desglosados según la edad y residencia rural/urbana. (Línea de base 60%. Meta: 70%.)
- Número de países que tienen datos nacionales sobre consejería y suministro de anticonceptivos posparto y/o posaborto por los servicios de salud. (Línea de base: por definirse<sup>1</sup>. Meta: 90%.)
- Porcentaje de muertes maternas debidas al aborto reducidas en 50%. (Línea de base: 13%. Meta: 7%.)

*Actividades a nivel regional*

- 1.1 Participar en actividades de promoción con una gama amplia de actores, que contemplen los factores de información, cultural, social y religiosos que inciden en la prestación de servicios de planificación familiar.

---

<sup>1</sup> En este momento, la información es parcial y por ello no se pueden definir plenamente las líneas de base ni las metas con respecto a algunos indicadores. Al finalizar el primer año de ejecución del plan, se realizará un examen para completar la información y, al mismo tiempo, el plan se hará concordar con los objetivos estratégicos y los indicadores del plan estratégico de la Organización para el período 2013-2017.

- 1.2 Difundir los manuales a) *Planificación familiar: un manual mundial para proveedores*; b) *Herramienta de toma de decisiones para clientes y proveedores de planificación familiar*; y c) *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos*, elaborados por la Organización Mundial de la Salud.
- 1.3 Organizar talleres de capacitación con los instrumentos enunciados.
- 1.4 Apoyar la iniciativa de seguridad anticonceptiva para la compra de insumos anticonceptivos.

*Actividades a nivel nacional (Estados Miembros con apoyo de la OPS y otros recursos regionales)*

- 1.5 Formular y/o adoptar leyes y marcos reglamentarios nacionales para garantizar el acceso universal a métodos anticonceptivos modernos.
- 1.6 Velar por que los adolescentes tengan acceso a la información sobre salud sexual y reproductiva, en especial sobre la postergación del inicio de las relaciones sexuales y tomen decisiones informadas; colaborar con socios claves para favorecer la disponibilidad de recursos de información.
- 1.7 Promover planes y programas que favorezcan el espaciamiento de los embarazos.
- 1.8 Formular un plan nacional de planificación familiar con su correspondiente presupuesto, de acuerdo a las necesidades de los distintos grupos de personas, con un enfoque que tenga en cuenta las particularidades culturales.
- 1.9 Ejecutar talleres de capacitación para el personal de salud con especial énfasis en la atención primaria de salud y en los métodos anticonceptivos, entre ellos los métodos de emergencia.
- 1.10 Promover el suministro y la logística del suministro de anticonceptivos, en especial en los establecimientos de atención primaria de salud.
- 1.11 Promover el fortalecimiento de los comités nacionales y locales sobre mortalidad materna e instarlos a incluir la prevención de los embarazos no deseados.
- 1.12 Poner en práctica estrategias de comunicación social en materia de salud sexual y reproductiva.

**Área estratégica 2:** Acceso universal a servicios de maternidad asequibles y de calidad dentro del sistema coordinado de atención de salud.

**Objetivo 2:** Contar con servicios de atención materna de calidad dentro de los sistemas integrados de servicios de salud.

*Intervenciones de impacto*

- Acceso a la atención asequible y de calidad para los períodos pregestacional, prenatal, del parto y puerperal, por nivel de atención materna y perinatal,

considerando un enfoque por regiones en el marco de la regionalización de la asistencia materna y perinatal.

- Hogares maternos, cuando sea apropiado.
- Utilización de prácticas basadas en pruebas científicas.
- Asegurar la derivación y contraderivación oportunas.
- Prevención y detección de la violencia intrafamiliar durante el embarazo.

*Meta 2.1:* Para el 2017, los países de la Región habrán alcanzado la cifra de 70% de embarazos con cuatro o más controles prenatales programados.

*Meta 2.2:* Para el 2017, los países de la Región habrán alcanzado la cifra de 60% de control puerperal en los primeros siete días siguientes al alta.

*Meta 2.3:* Para el 2017, las zonas con dificultades de acceso geográfico habrán adoptado la estrategia de hogares maternos.

*Meta 2.4:* Para el 2017, la prevalencia del uso de intervenciones eficaces seleccionadas para disminuir la morbilidad y mortalidad materna habrá aumentado.

### ***Indicadores***

- Número de países que tienen 70% de cobertura prenatal con cuatro o más controles. (Línea de base: 50%. Meta: 90%.)
- Cobertura institucional del parto. (Línea de base: 89.8%. Meta: 93%.)
- Número de países que tienen como mínimo un 60% de cobertura de control del puerperio a los 7 días del parto. (Línea de base: por definirse. Meta: 80%.)
- Número de países que usan oxitócicos en el 75% de los nacimientos institucionales durante el tercer período del trabajo de parto, una vez que ha cesado de latir el cordón umbilical. (Línea de base: por definirse. Meta: 90%.)
- Número de países que usan sulfato de magnesio, además de interrumpir el embarazo en el 95% de los casos de preclampsia grave/eclampsia atendidos en establecimientos de salud. (Línea de base: por definirse. Meta: 90%.)
- Número de países con disponibilidad de sangre segura en el 95% de los establecimientos que suministran cuidados de urgencia en el parto. (Línea de base: por definirse. Meta: 100%.)
- Número de países que vigilan la violencia intrafamiliar durante el embarazo en 95% de los partos institucionales. (Línea de base: por definirse. Meta: 80%.)
- Número de países con tasa de cesárea superior a 20% que reducen su tasa en por lo menos 20% para el 2017. (Línea de base: 17. Meta: 100%.)
- Número de países con muertes maternas debidas a trabajo de parto obstruido. (Línea de Base: 15. Meta: 0.)

*Actividades a nivel regional*

- 2.1 Difundir las guías basadas en pruebas científicas de la OMS, que abarcan desde los cuidados pregestacionales hasta el puerperio, así como las *Guías para el Continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido, focalizadas en APS*.
- 2.2 Difundir las tecnologías perinatales elaboradas por el CLAP/SMR y la OPS.
- 2.3 Difundir la propuesta de Hogares Maternos.
- 2.4 Difundir manuales de urgencias obstétricas y de mejoramiento de la eficiencia.
- 2.5 Difundir guías sobre detección precoz, prevención y tratamiento de la violencia intrafamiliar.
- 2.6 Difundir la biblioteca virtual de salud sexual y reproductiva de la OMS.
- 2.7 Dar a conocer los modelos exitosos en la Región, relacionados con la salud materna y perinatal además de los recabados en la Iniciativa Maternidad Segura.
- 2.8 Promover la vacunación de las embarazadas contra el virus de la gripe por H1N1 u otros virus emergentes de la gripe.

*Actividades a nivel nacional*

- 2.9 Formular y adoptar leyes y marcos reglamentarios nacionales para el acceso universal a servicios de maternidad de buena calidad.
- 2.10 Formular y ejecutar un plan nacional de maternidad segura que comprenda un enfoque intercultural y su correspondiente presupuesto, que incluya sistemas de derivación y contraderivación.
- 2.11 Organizar talleres de capacitación para el personal de salud basados en la atención primaria de salud, desde los cuidados pregestacionales hasta el puerperio.
- 2.12 Poner en funcionamiento los Hogares Maternos, cuando sea apropiado.
- 2.13 Velar por que en los controles prenatales se registre la tensión arterial, altura uterina, peso materno, anemia y proteinuria; tamizaje de sífilis/VIH; y se brinde consejería en nutrición e información sobre signos de alarma; y se aumente la cobertura de vacunación contra el virus de la influenza H1N1 y el tétanos.
- 2.14 Evaluar las condiciones de eficiencia de los servicios de atención primaria, maternidad y de salud perinatal, y promover su mejoramiento.
- 2.15 Velar por la presentación de informes, el seguimiento y la supervisión de los servicios prestados.
- 2.16 Organizar encuestas de satisfacción de usuarios.
- 2.17 Establecer políticas que promuevan los cuidados humanizados a través del ciclo reproductivo, lo que comprende el acompañamiento por personas que la mujer seleccione durante el trabajo de parto y el parto.

### **Área estratégica 3:** Recursos humanos calificados

**Objetivo 3:** Aumentar el número de recursos humanos calificados para la atención pregestacional, prenatal, durante el parto y el puerperio en los establecimientos de salud.

#### *Intervenciones de impacto*

- Aumentar la disponibilidad de personal de salud calificado para la atención pregestacional, prenatal, del parto y del puerperio, en entornos de atención obstétrica de urgencia y básicos.
- Aumentar la disponibilidad de recursos humanos durante 24 horas para la atención del parto y las complicaciones obstétricas.

**Meta 3:** Para el 2017, el 90% de los países de la Región habrán logrado coberturas de atención del parto y el puerperio de 80% con recursos humanos calificados, de acuerdo a la definición de la OMS.

#### **Indicadores**

- Número de países que tienen coberturas de la atención del parto de 80% por personal calificado, de acuerdo con la definición de la OMS. (Línea de base: 43. Meta: 48.)
- Número de países que tienen tasas de cobertura de la atención del puerperio iguales o superiores al 80% por personal calificado, capaz de cuidar tanto a la madre como al recién nacido, de acuerdo con la definición de la OMS. (Línea de base: 23. Meta: 48.)
- Porcentaje de instituciones de atención obstétrica de urgencia (básica y ampliada) que llevan a cabo auditorías de todas las muertes maternas. (Línea de base: por definirse. Meta: 90%.)
- Número de países que presentan anualmente informes públicos sobre salud materna que incluyen estadísticas de mortalidad materna y la RMM a nivel nacional. (Línea de base: por definirse. Meta: 100%.)

#### *Actividades a nivel regional*

- 3.1 Apoyar la formulación y el fortalecimiento de los programas de pregrado y posgrado que capacitan a los trabajadores de salud para la atención pregestacional, materna (lo que comprende urgencias obstétricas) y perinatal.
- 3.2 Elaborar material para la capacitación de los recursos humanos que abarque el empleo de las nuevas tecnologías de la información, con enfoque intercultural cuando sea necesario.

- 3.3 Apoyar los programas de capacitación en partería profesional y de enfermería especializada en atención de la madre y el niño, e incluir este modelo de atención con su correspondiente presupuesto y actividades específicas en los planes nacionales de salud.

*Actividades a nivel nacional*

- 3.4 Identificar el número de personal de salud en ejercicio por categoría profesional y competencias, y determinar la brecha existente entre los niveles actuales y los que se necesitan para lograr una atención de calidad.
- 3.5 Definir las competencias esenciales en materia de atención pregestacional, materna y perinatal que deben tener los trabajadores de salud según las necesidades del país.
- 3.6 Formular un plan nacional de recursos humanos con su correspondiente presupuesto.
- 3.7 Formular y poner en práctica estrategias para la capacitación continua en salud pregestacional, materna y perinatal de los trabajadores de salud, a diferentes niveles de la atención.
- 3.8 Crear incentivos para la captación y retención del personal para las poblaciones desatendidas y las zonas rurales y de difícil acceso.

**Área estratégica 4:** Información estratégica para la acción y la rendición de cuentas

**Objetivo 4:** Fortalecer los sistemas de información y vigilancia de la salud materna y perinatal y las estadísticas vitales en el marco de los sistemas de información y estadísticas vitales.

*Intervenciones de impacto*

- Implantar y consolidar sistemas de información y de vigilancia materna y perinatal.
- Establecer comités de análisis de la mortalidad materna con participación comunitaria y ofrecer soluciones, cuando sea necesario.

**Meta 4:** Para el 2017, el 60% de los países de la Región tendrán sistemas capaces de producir información sobre la salud materna y perinatal dentro de un sistema de atención integrado y coordinado.

### *Indicadores*

- Número de países donde el sistema de salud tiene un sistema de información perinatal funcionando. (Línea de base: 16. Meta: 29.)
- Número de países donde el sistema de salud lleva un registro de la morbilidad materna grave. (Línea de base: por definirse. Meta: 80%.)
- Número de países cuya cobertura de muertes maternas en los sistemas de registros vitales es de 90% o más. (Línea de base: por definirse. Meta: 100%.)

### *Actividades a nivel regional*

- 4.1 Promover el uso de registros clínicos perinatales con apoyo informático que permitan el análisis automatizado de la información y la gestión de los servicios.
- 4.2 Promover la difusión de modelos de sistemas de vigilancia, tales como el Sistema Informático Perinatal CLAP/OPS.
- 4.3 Elaborar material para capacitación en la interpretación de la información sobre vigilancia.
- 4.4 Promover el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y la formación de comités de análisis de la morbilidad grave y de la mortalidad materna.

### *Actividades a nivel nacional*

- 4.5 Formular y adaptar marcos reglamentarios para el uso de los registros clínicos perinatales.
- 4.6 Ejecutar un plan nacional con su correspondiente presupuesto para el fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia de la salud materna y perinatal.
- 4.7 Organizar talleres de capacitación para el personal de salud en materia de preparación de historias clínicas, certificados de estadísticas vitales, análisis y uso de la información.
- 4.8 Constituir o fortalecer los comités intersectoriales, con participación comunitaria, para analizar y auditar la morbilidad grave y la mortalidad materna y proponer soluciones para los servicios, cuando sea necesario.
- 4.9 Asignar el presupuesto y el personal adecuados para supervisar el cumplimiento de las normas de atención.

22. Para el desarrollo de estas áreas estratégicas, la OPS, junto con otras organizaciones, aplicará un enfoque interprogramático para asignar prioridad a los países con las necesidades más urgentes y a las intervenciones de mayor impacto, construirá redes y movilizará recursos. La OPS prestará cooperación técnica para la ejecución, el seguimiento y la evaluación del Plan de Acción y lo divulgará. Además, la Organización

dará apoyo a la sistematización de las mejores prácticas, alentará el intercambio de las mejores experiencias y promoverá el intercambio de información entre los países.

### **Monitoreo, análisis y evaluación**

23. Este Plan de Acción contribuye al logro de los Objetivos Estratégicos 4<sup>2</sup> y 10<sup>3</sup> del Plan Estratégico de la OPS. Los resultados previstos a nivel regional relacionados con el Plan se detallan en el anexo C. El seguimiento y la evaluación de este Plan se alinearán con el marco de la gerencia basada en resultados de la Organización, así como con sus procesos de seguimiento y evaluación del desempeño. En este sentido se prepararan informes de progreso cada dos años, sobre la base de la información disponible.

24. Las fuentes de verificación de datos incluirán estadísticas vitales, encuestas nacionales de salud y estudios específicos para este plan. Además, se registrarán los siguientes indicadores de impacto:

- a) Razón de mortalidad materna (RMM), total por causas y por edad.
- b) Razón de morbilidad materna grave, total y por causas.
- c) Tasa de mortalidad materna (muertes maternas por cien mil mujeres de 15 a 44 años).
- d) Número de países con RMM menor de 75 por 100.000 nacidos vivos para el año 2017 (meta 100%).
- e) Número de países con subpoblaciones [según etnia (indígena y no indígena) o localización geográfica (rural o urbana) o división subnacional (departamento, provincia, estado)] con RMM mayor a 125 p. 100.000 nacidos vivos.

25. Se prevé efectuar valoraciones durante el proceso, con miras a aplicar medidas correctivas, de ser necesario. Al final del período del Plan, se llevará a cabo una evaluación, con el fin de determinar las fortalezas y debilidades de su ejecución general, así como los factores causales de los éxitos y los fracasos, y las acciones futuras.

### **Conclusión**

26. A pesar de que el tema de la reducción de la morbimortalidad materna se ha abordado en la Región, los resultados siguen siendo insuficientes. Aunque se cuente con el conocimiento sobre las intervenciones costoeficaces para evitar más de 80% de la mortalidad materna, las mujeres y sus hijos aún se enfrentan a barreras financieras,

---

<sup>2</sup> OE4: Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de la vida, como el embarazo, el parto, el período neonatal, la infancia y la adolescencia, mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable de todas las personas.

<sup>3</sup> OE10: Mejorar la organización, gestión y prestación de los servicios de salud.

geográficas, sociales, legales y actitudinales que les impiden el acceso a servicios de calidad. La OPS espera que la aprobación y ejecución de este Plan de Acción, con el más amplio compromiso de los países de las Américas, permita a las mujeres y a los niños el ejercicio de sus derechos fundamentales y la justicia social.

### **Intervención del Consejo Directivo**

27. Se solicita al Consejo Directivo que examine el documento que se presenta y considere aprobar la resolución que figura en el anexo B.

### **Referencias**

1. Naciones Unidas. Declaración del Milenio [Internet]. Quincuagésimo quinto período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas; 18 de septiembre del 2000. Nueva York: ONU; 2000 (resolución A/RES/55/2) [consultado el 24 de febrero del 2011]. Disponible en:  
<http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>.
2. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Internet]. En: OMS Documentos básicos. Ginebra, Suiza: OMS; 2010. p. 1. [Consultado el 25 de abril del 2011]. Disponible en:  
<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf>.
3. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción regional para la reducción de la mortalidad materna en las Américas. 23.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana; del 24 al 28 de septiembre de 1990, Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 1990 (documento CSP23/10).
4. Organización Panamericana de la Salud. Población y salud reproductiva [Internet]. 25.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana; del 21 al 25 de septiembre de 1998; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 1998 (documento CSP25/15) [Consultado el 24 de febrero del 2011]. Disponible en:  
[http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp25\\_15.pdf](http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp25_15.pdf).
5. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas [Internet]. 26.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana; del 23 al 27 de septiembre del 2002; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2002 (documento CSP26/14) [consultado el 24 de febrero del 2011]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp26-14-s.pdf>.

6. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño [Internet]. 48.<sup>a</sup> Reunión del Consejo Directivo; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2008; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2008 (documento CD48/7). [consultado el 24 de febrero del 2011]. Disponible en:  
<http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd48-07-s.pdf>.
7. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes [Internet]. 49.<sup>a</sup> Reunión del Consejo Directivo; del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2009 (documento CD49/12) [consultado el 24 de febrero del 2011]. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-12-s.pdf>.
8. Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud [Internet]. 49.<sup>a</sup> Reunión del Consejo Directivo; del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2009 (resolución CD49.R22) [consultado el 2 de marzo del 2011]. Disponible en:  
[http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R22%20\(Esp.\).pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R22%20(Esp.).pdf).
9. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos 2010: situación de salud en las Américas: indicadores básicos 2010 [Internet]. Washington (DC), Estados Unidos: OPS; 2011 [Consultado el 24 de febrero del 2011]. Disponible en:  
[http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=9048&Itemid=](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=9048&Itemid=).
10. World Health Organization / UNICEF/ UNFPA/World Bank. Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. [Internet]. Ginebra, Suiza; 2010. [consultado el 4 de agosto del 2011] Disponible en:  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265_eng.pdf)
11. Organización Mundial de la Salud / Banco Mundial / Fondo de Población de las Naciones Unidas. Conferencia sobre Maternidad sin Riesgo: Iniciativa por una maternidad sin riesgos, Nairobi, Kenya, 1987. Ginebra, Suiza: OMS; 1988.
12. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo; septiembre de 1994, El Cairo, Egipto. Resumen del programa de acción. [Internet]. Nueva York: FNUAP; 1994 [consultado el 24 de febrero del 2011]. Disponible en:  
<http://www.un.org/spanish/conferences/accion2.htm>.

13. Naciones Unidas. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer: La mujer indígena se hace cargo de su destino; 4 de septiembre de 1995; Beijing, China [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas; 1995 [consultado el 24 de febrero del 2011]. Disponible en: <http://www.cinu.org.mx/biblioteca/documentos/dh/ConfBeijing1995.htm>.
14. Organización Mundial de la Salud. WHO's contribution to achievement of the development goals of the United Nations Millennium Declaration [Internet]. 55.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud; del 13 al 18 de mayo del 2002; Ginebra, Suiza. Ginebra, Suiza: OMS; 2002 (resolución A55/19) [consultado el 24 de febrero del 2002]. Disponible[en inglés] en: [http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/WHA55/ewha5519.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ewha5519.pdf).
15. Organización Mundial de la Salud. Salud reproductiva [Internet]. 57.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud; del 17 al 22 de mayo del 2004; Ginebra, Suiza. Ginebra: OMS; 2004 (documento A57/13) [consultado el 24 de febrero del 2011]. Disponible en: <http://www.cptech.org/ip/health/who/wha57.html>
16. Organización Mundial de la Salud. Salud reproductiva: proyecto de estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo [Internet]. 113.<sup>a</sup> Reunión del Consejo Ejecutivo; del 19 al 24 de enero del 2004; Ginebra, Suiza. Ginebra: OMS; 2004 (resolución EB113/R11). [http://whqlibdoc.who.int/eb/2004/EB113\\_R11\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/eb/2004/EB113_R11_spa.pdf).
17. Naciones Unidas. La mortalidad y morbilidad materna prevenibles y los derechos humanos [Internet]. Décimo primer período de sesiones del Consejo de Derechos Humanos; del 2 al 19 de junio del 2009, Ginebra, Suiza. Ginebra: OMS; 2009 (resolución R11/8) [consultado el 24 de febrero del 2011]. Disponible en: [http://ap.ohchr.org/documents/S/HRC/resolutions/A\\_HRC\\_RES\\_11\\_8.pdf](http://ap.ohchr.org/documents/S/HRC/resolutions/A_HRC_RES_11_8.pdf).
18. Organización Panamericana de la Salud. Objetivo Estratégico 7: Abordar los factores sociales y económicos determinantes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad en salud e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos. En: Propuesta del Plan Estratégico 2008-2010 [Internet]. 27.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana; del 1 al 5 de octubre del 2007; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2007 (Documento oficial 328) [consultado el 2 de marzo del 2011]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/od328-full-s.pdf>.
19. Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos [Internet]. Vigésimo primer período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas; 16 diciembre de 1966; Nueva York: ONU; 1966 (resolución 2200 A [XXI])

- entrada en vigor el 23 de marzo de 1976) [consultado el 2 de marzo del 2011]. Disponible en: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/0015.pdf>.
20. Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [Internet]. Vigésimo primer período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas; 16 diciembre de 1966; Nueva York: ONU; 1966 (resolución 2200 A [XXI] entrada en vigor el 3 de enero de 1976) [consultado el 2 de marzo del 2011]. Disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>.
  21. Naciones Unidas. Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer [Internet]. Trigésimo cuarto período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas; 18 de diciembre de 1979; Nueva York: ONU; 1979 (resolución 34/180, en vigor el 3 de septiembre de 1981) [consultado el 2 de marzo del 2011]. Disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cedaw.htm>.
  22. Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos del Niño [Internet]. Cuadragésimo cuarto período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas; 20 noviembre de 1989; Nueva York: ONU; 1989 (resolución 44/25, en vigor el 3 de septiembre de 1990) [consultado el 2 de marzo del 2011]. Disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>.
  23. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). Convención Americana sobre Derechos Humanos “Pacto de San José de Costa Rica” [Internet]. Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos; del 7 al 22 de noviembre de 1969; San José, Costa Rica. Depositario: Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos, Washington (DC) Estados Unidos (Serie sobre Tratados OEA No. 36 – Registro ONU 27/08/1979 N° 17955) [consultado el 2 de marzo del 2011]. Disponible en: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/0001.pdf>.
  24. Organización de los Estados Americanos. Protocolo Adicional a la Convención Americana en el Área de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Protocolo de San Salvador [Internet]. Decimooctavo período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la OEA, Comisión Interamericana de Derechos Humanos; del 14 al 19 de noviembre de 1988; San Salvador, El Salvador. Washington (DC): OEA; 1992 (tratado A/52 en vigor el 16 de noviembre de 1999) [consultado el 2 de marzo del 2011]. Disponible en: <http://www.cidh.org/Basicos/Spanish/Basicos4.htm>.
  25. Organización Panamericana de la Salud. La salud y los derechos humanos [Internet]. 50°. Consejo Directivo de la OPS, 62.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2010; Washington (DC),

Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2010 (documento CD50/12, y resolución CD50.R8) [consultado el 2 de marzo del 2011]. Disponibles en:  
[http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=3149&Itemid=2401&lang=es](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=3149&Itemid=2401&lang=es).

26. Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna/Fondo de Población de las Naciones Unidas. Conferencia Regional de Mujeres Líderes: Muerte materna: “Romper el silencio, sumar nuestras voces” [Internet]; del 27 al 28 de mayo del 2010; Lima, Perú. FNUAP; 2010 [consultado el 24 de febrero del 2011]. Disponible en:  
<http://lac.unfpa.org/public/cache/offonce/pid/5692;jsessionid=F8AF32A0363D827C0EAD333690C9BB8BE>.
27. Women Deliver. Delivering solutions for girls and women [Internet]. En: The Women Deliver 2010 Conference; 9 de junio del 2010; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): Women Deliver [consultado el 24 de febrero del 2011]. Disponible en: <http://www.womendeliver.org/conferences/-2010-conference/>.
28. Muskoka 2010 G-8 Summit. Major initiative to improve the health of women and children in the world's poorest regions [Internet]. Muskoka, Ontario, Canadá, del 25 al 26 de junio del 2010 [consultado el 24 de febrero del 2011]. Disponible en: <http://www.canadainternational.gc.ca/g82010/index.aspx>.
29. Naciones Unidas. Secretario Estrategia mundial para la salud de la mujer y el niño del Secretario General Ban Ki-moon [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas; 22 de septiembre del 2010 [consultado el 24 de febrero del 2011]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/sg/globalstrategy.shtml>.
30. Naciones Unidas. Commission on Information and Accountability for Women’s and Children’s Health. [Internet]. Working group on Accountability for Resources (Final Report) New York: UN; 2011 [consultado el 28 de junio del 2011]. Disponible en: [http://www.everywomaneverychild.org/upload/Working\\_Group\\_on\\_Resources\\_Final\\_Paper625267.pdf](http://www.everywomaneverychild.org/upload/Working_Group_on_Resources_Final_Paper625267.pdf)
31. Organización Panamericana de la Salud. Agenda de Salud para las Américas: 2008-2017 presentada por los ministros de salud de las Américas en la Ciudad de Panamá, junio del 2007 [Internet]. Washington (DC) Estados Unidos: OPS; 2007 [consultado el 24 de febrero del 2011]. Disponible en: [http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Agenda\\_de\\_Salud.pdf](http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Agenda_de_Salud.pdf).
32. Garcia Moreno C, Jansen H, Ellsberg M, Heise L, Watts C. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on

prevalence, health outcomes and women's responses [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2005 [consultado el 2 de marzo del 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/24159358X/en/index.html>.

33. Garcia-Moreno C, Ed. Addressing violence against women and achieving the Millennium Development Goals [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2005 [consultado el 2 de marzo del 2011]. Disponible en: [http://www.who.int/gender/documents/violence/who\\_fch\\_gwh\\_05\\_1/en/](http://www.who.int/gender/documents/violence/who_fch_gwh_05_1/en/).
34. Campbell J, Garcia-Moreno C, Sharps P. Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries. *Violence Against Women* 2004;10(7):770-789.
35. Bowser D, Hill K. Exploring Evidence for disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth. Report of a Landscape Analysis. USAID-TRAction Project, Harvard School of Public Health, University Research Co., LLC. [Internet]. 2010. [consultado el 4 de agosto del 2011]. Disponible en: <http://www.tractionproject.org/sites/default/files/upload/RFA/Respectful%20Care%20at%20Birth%209-20-101%20Final.pdf>
36. Heise L, Garcia-Moreno C. En: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. (eds.). Informe Mundial sobre la violencia y la salud [Internet]. Washington (DC), Estados Unidos: OPS; 2003 (Publicación Científica y Técnica No. 588) p. 95-124. Edición original en inglés; Ginebra: OMS; 2002. [consultado el 2 de marzo del 2011]. Disponible en: [http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/Violencia\\_2003.htm](http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/Violencia_2003.htm).
37. World Health Organization. Unsafe Abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. Sixth edition. [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2008 [consultado el 4 de agosto del 2011]. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501118\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501118_eng.pdf)
38. Abou-Zahr CL, Wardlaw TM. Antenatal care in developing countries: promises, achievements and missed opportunities: an analysis of trends, levels and differentials, 1990-2001 [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2003 [consultado el 2 de marzo del 2011]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241590947.pdf>.
39. Ministerio da Saude. Tematico Saude da Mulher/Brasil. Ministério da Saúde. Brasília. OPAS, [Internet] 2007 [consultado el 4 de agosto del 2011]. Disponible en: <http://www.fiocruz.br/redeblh/media/painelmulher.pdf>

40. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, et al. WHO 2005 global survey on maternal and perinatal health research group. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet*. 2006;367(9525):1819-29
41. Organización Mundial de la Salud. Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group. Maternal near miss and maternal death in the World Health Organization's 2005 global survey on maternal and perinatal health. *Bull World Health Organ* [Internet] 2010;88(2):113-119 [consultado el 24 de febrero del 2011]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v88n2/v88n2a12.pdf>.

Áreas estratégicas	Intervenciones de impacto	Indicadores
<p>1. Prevención de embarazos no deseados y de las complicaciones derivadas de ellos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar la cobertura de métodos anticonceptivos (incluyendo los métodos anticonceptivos de emergencia) y la disponibilidad de servicios de consejería en planificación familiar antes de la concepción y luego de un suceso obstétrico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tasa de uso de métodos anticonceptivos modernos por mujeres en edad fecunda, desglosados según la edad y residencia rural/urbana. (Línea de base 60%. Meta: 70%.)</li> <li>• Número de países que tienen datos nacionales sobre consejería y suministro de anticonceptivos posparto y/o posaborto por los servicios de salud. (Línea de base: por definirse. Meta: 90%.)</li> <li>• Porcentaje de muertes maternas debidas al aborto reducidas en 50%. (Línea de base: 13%. Meta: 7%.)</li> </ul>
<p>2. Acceso universal a servicios de maternidad asequibles y de calidad dentro del sistema coordinado de atención de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso a la atención asequible y de calidad para los períodos pregestacional, prenatal, del parto y puerperal, por nivel de atención materna y perinatal, considerando un enfoque por regiones en el marco de la regionalización de la asistencia materna y perinatal.</li> <li>• Hogares maternos, cuando sea apropiado.</li> <li>• Utilización de prácticas basadas en pruebas científicas.</li> <li>• Asegurar la derivación y contraderivación oportunas.</li> <li>• Prevención y detección de la violencia intrafamiliar durante el embarazo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países que tienen 70% de cobertura prenatal con cuatro o más controles. (Línea de base: 50%. Meta: 90%.)</li> <li>• Cobertura institucional del parto. (Línea de base: 89.8%. Meta: 93%.)</li> <li>• Número de países que tienen como mínimo un 60% de cobertura de control del puerperio a los 7 días del parto. (Línea de base: por definirse. Meta: 80%.)</li> <li>• Número de países que usan oxitócicos en el 75% de los nacimientos institucionales durante el tercer período del trabajo de parto, una vez que ha cesado de latir el cordón umbilical. (Línea de base: por definirse. Meta: 90%.)</li> <li>• Número de países que usan sulfato de magnesio, además de interrumpir el embarazo en el 95% de los casos de preclampsia grave/eclampsia atendidos en establecimientos de salud. (Línea de base: por definirse. Meta: 90%.)</li> <li>• Número de países con disponibilidad de sangre segura en el 95% de los establecimientos que suministran cuidados de urgencia en el parto. (Línea de base: por definirse. Meta: 100%.)</li> <li>• Número de países que vigilan la violencia intrafamiliar durante el embarazo en 95% de los partos institucionales. (Línea de base: por definirse. Meta: 80%.)</li> <li>• Número de países con tasa de cesárea superior a 20% que reducen su tasa en por lo menos 20% para el 2017. (Línea de base: 17. Meta: 100%.)</li> <li>• Número de países con muertes maternas debidas a trabajo de parto obstruido. (Línea de Base: 15. Meta: 0.)</li> </ul>

Áreas estratégicas	Intervenciones de impacto	Indicadores
<p>3. Recursos humanos calificados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar la disponibilidad de personal de salud calificado para la atención pregestacional, prenatal, del parto y del puerperio, en entornos de atención obstétrica de urgencia y básicos.</li> <li>• Aumentar la disponibilidad de recursos humanos durante 24 horas para la atención del parto y las complicaciones obstétricas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países que tienen coberturas de la atención del parto de 80% por personal calificado, de acuerdo con la definición de la OMS. (Línea de base: 43. Meta: 48.)</li> <li>• Número de países que tienen tasas de cobertura de la atención del puerperio iguales o superiores al 80% por personal calificado, capaz de cuidar tanto a la madre como al recién nacido, de acuerdo con la definición de la OMS. (Línea de base: 23. Meta: 48.)</li> <li>• Porcentaje de instituciones de atención obstétrica de urgencia (básica y ampliada) que llevan a cabo auditorías de todas las muertes maternas. (Línea de base: por definirse. Meta: 90%.)</li> <li>• Número de países que presentan anualmente informes públicos sobre salud materna que incluyen estadísticas de mortalidad materna y la RMM a nivel nacional. (Línea de base: por definirse. Meta: 100%.)</li> </ul>
<p>4. Información estratégica para la acción y la rendición de cuentas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantar y consolidar sistemas de información y de vigilancia materna y perinatal.</li> <li>• Establecer comités de análisis de la mortalidad materna con participación comunitaria y ofrecer soluciones, cuando sea necesario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países donde el sistema de salud tiene un sistema de información perinatal funcionando. (Línea de base: 16. Meta: 29.)</li> <li>• Número de países donde el sistema de salud lleva un registro de la morbilidad materna grave. (Línea de base: por definirse. Meta: 80%.)</li> <li>• Número de países cuya cobertura de muertes maternas en los sistemas de registros vitales es de 90% o más. (Línea de base: por definirse. Meta: 100%.)</li> </ul>



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



## **51.º CONSEJO DIRECTIVO**

### **63.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL**

*Washington, D.C., EUA, del 26 al 30 de septiembre del 2011*

---

CD51/12 (Esp.)  
Anexo B  
ORIGINAL: ESPAÑOL

### ***PROYECTO DE RESOLUCIÓN***

#### **PLAN DE ACCIÓN PARA ACELERAR LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA Y LA MORBILIDAD MATERNA GRAVE**

##### ***EL 51.º CONSEJO DIRECTIVO,***

Habiendo examinado el informe de la Directora, *Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave* (documento CD51/12);

Tomando en cuenta los mandatos internacionales propuestos en el Plan de acción regional para la reducción de la mortalidad materna en las Américas (documento CSP23/10 [1990]); la resolución sobre población y salud reproductiva (CSP25.R13 [1998]); la Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas (CSP26/14 [2002]), las resoluciones WHA55.19 (2002), WHA57.13 (2004) y EB113.R11 (2004) sobre salud reproductiva aprobadas por la Asamblea Mundial de Salud y el Consejo Ejecutivo de la OMS respectivamente; los foros de Nairobi (1987), El Cairo (Egipto) (1994), Beijing (1995); la Declaración del Milenio (2000) y la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017;

Teniendo en cuenta la resolución R11/8 del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (2009) y la resolución CD50.R8 del 50.º Consejo Directivo de la OPS (2010) y el documento técnico *La salud y los derechos humanos* (CD50/12), así como el alto grado de complementariedad entre este plan y otros objetivos establecidos en el *Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS Modificado* (Documento Oficial 328 [2009]);

Considerando la Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres y los Niños lanzada por el Secretario General de las Naciones Unidas en el 2010 y las recomendaciones de la Comisión de Información y Rendición de Cuentas sobre la Salud de las Mujeres y los Niños;

Resaltando que la mortalidad materna es una manifestación de inequidad que afecta a todos los países de la Región, que existen intervenciones costoeficaces dentro del sector que pueden tener un impacto real y en corto tiempo para su disminución;

Considerando la importancia de contar con un plan de acción que permita a los Estados Miembros responder en forma eficaz y eficiente,

***RESUELVE:***

1. Respalda el presente *Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave* y su consideración en las políticas, planes y programas de desarrollo, así como en las propuestas y la discusión de los presupuestos nacionales y que les permita dar respuesta a la mejora de la salud materna.
2. Instar a los Estados Miembros a que:
  - a) consideren la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 y el llamamiento del Secretario General de las Naciones Unidas en el 2010 a favor de la ejecución de un plan que contribuya a la reducción de la mortalidad materna;
  - b) adopten políticas, estrategias, planes y programas nacionales que aumenten el acceso de las mujeres a servicios de salud de calidad adaptados a sus necesidades con adecuación intercultural, incluidos especialmente los programas de promoción y prevención basados en la atención primaria de salud, atendidos por personal calificado, que integren la atención pregestacional (incluida la planificación familiar), del embarazo, del parto y del puerperio, y que contemplen además la gratuidad de todos esos servicios para las poblaciones más vulnerables;
  - c) promuevan un diálogo entre instituciones del sector público, privado y la sociedad civil, a fin de priorizar la vida de las mujeres como una cuestión de derechos y de desarrollo humano;
  - d) promuevan el empoderamiento de las mujeres y la participación y corresponsabilidad del hombre en la salud sexual y reproductiva;

- e) adopten una política de recursos humanos en términos de cantidad y calidad que brinde respuesta a las necesidades de las mujeres y los recién nacidos, involucrando a las entidades formadoras y acreditadoras de recursos humanos;
- f) fortalezcan la capacidad de generar información e investigación sobre salud sexual y reproductiva, mortalidad materna y morbilidad materna grave para el desarrollo de estrategias basadas en las evidencias que permitan el seguimiento y la evaluación de sus resultados, acorde con las recomendaciones de la Comisión de Información y Rendición de Cuentas sobre la Salud de las Mujeres y los Niños;
- g) pongan en marcha procesos de revisión y análisis internos sobre la pertinencia y viabilidad del presente plan en el contexto nacional, y en base a las prioridades, necesidades y capacidades nacionales;
- h) aboguen por presupuestos públicos específicos, donde sea aplicable, en función a resultados estratégicos tendientes a mejorar la cobertura y la calidad de atención a las mujeres y niños;
- i) promuevan el desarrollo de programas de protección social para mujeres y niños.

3. Solicitar a la Directora que:

- a) respalde a los Estados Miembros en la ejecución del presente Plan de acción, en conformidad con sus necesidades y contexto demográfico y epidemiológico;
- b) promueva la ejecución y coordinación de este Plan de acción, garantizando su transversalidad a través de las áreas programáticas, los diferentes contextos regionales y subregionales de la Organización y a través de la colaboración con los países y entre ellos en el diseño de estrategias e intercambio de capacidades y recursos para poner en práctica sus planes de salud de la mujer;
- c) estimule y fortalezca los sistemas de información y vigilancia de la salud materna, incluido un repositorio regional disponible para todos los interesados directos, y que promueva el desarrollo de investigaciones operativas para diseñar estrategias afines y llevar a la práctica intervenciones basadas en las necesidades específicas de los contextos de la Región;
- d) respalde a los Estados Miembros en el desarrollo y creación de capacidades para la preparación y distribución adecuada de los recursos humanos en salud materna y neonatal;

- e) consolide y fortalezca la colaboración técnica con los comités, órganos y relatorías de las Naciones Unidas y organismos interamericanos, además de promover alianzas con otros organismos internacionales y regionales, instituciones científico técnicas, la sociedad civil organizada, el sector privado y otros, en el marco del Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna;
- f) informe periódicamente a los Cuerpos Directivos de la OPS sobre los progresos y limitaciones en la ejecución del Plan de acción, así como las adaptaciones del mismo a nuevos contextos y necesidades, si fuese necesario.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
*Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la*  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

CD51/12 (Esp.)  
Anexo C

**Informe sobre las repercusiones financieras y administrativas para  
la Oficina de los proyectos de resolución**

**1. Punto del orden del día:** Punto 4:9: Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave

**2. Relación con el programa y presupuesto:**

**a) Área de trabajo:**

**Objetivo Estratégico 4:** “Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas claves de la vida, como el embarazo, el parto, el período neonatal, la infancia y la adolescencia, mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable de todas las personas”.

RPR 4.1 Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para formular políticas, planes y estrategias integrales que promuevan el acceso universal a la continuidad de la atención durante todo el ciclo de la vida; integrar la prestación de servicios; y fortalecer la coordinación con la sociedad civil y el sector privado, así como las alianzas con organismos de las Naciones Unidas y otros (por ejemplo, organizaciones no gubernamentales).

RPR 4.2 Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica a fin de fortalecer la capacidad nacional y local para generar nuevas evidencias e intervenciones; y para mejorar los sistemas de vigilancia e información sobre la salud sexual y reproductiva, la salud de la madre, del recién nacido, del niño, del adolescente y del adulto mayor.

RPR 4.3 Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para reforzar las medidas encaminadas para asegurar la atención diestra a todas las embarazadas y todos los recién nacidos durante el parto, el puerperio y el período posnatal.

RPR 4.4 Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para mejorar la salud neonatal.

RPR 4.6 Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para la aplicación de políticas y estrategias de salud y desarrollo del adolescente.

RPR 4.7 Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para aplicar Estrategias de Salud Reproductiva para mejorar la atención prenatal, perinatal, posparto, y neonatal, y ofrecer servicios de planificación familiar de alta calidad.

**Objetivo Estratégico 10:** Mejorar la organización, gestión y prestación de los servicios de salud.

RPR 10.1 Los Estados Miembros reciben apoyo por medio de la cooperación técnica para dar acceso equitativo a servicios de atención de salud de buena calidad, haciendo hincapié en los grupos vulnerables de la población.

### 3. Repercusiones financieras

**a) Costo total estimado de la aplicación de la resolución en todo su período de vigencia (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades):**

Este plan de acción no puede ser abordado por la OPS por sí sola en cuanto a las intervenciones y las repercusiones presupuestarias propuestas; por consiguiente, la colaboración con otros organismos de las Naciones Unidas y otros interesados directos fundamentales es esencial al nivel regional, subregional y nacional.

El costo calculado de la ejecución del plan de acción es de US\$ 10.000.000,00 para todo el plan.

Esto incluye mantener al personal actual, contratar al personal adicional a tiempo parcial, y ejecutar las actividades a los niveles regional, subregional y nacional.

**b) Costo estimado para el bienio 2012-2013 (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades):**

\$4.000.000.

**c) Del costo estimado que se indica en el apartado b), ¿qué parte se podría subsumir en las actuales actividades programadas?:**

\$600.000 se pueden subsumir en las actividades programáticas existentes previstas para el bienio 2012-2013.

### 4. Repercusiones administrativas

**a) Indicar a qué niveles de la Organización se tomarían medidas:**

El trabajo se emprenderá a nivel de los países, y se centrará en los países prioritarios y otros países que tengan un número alto de muertes maternas.

La integración con otros programas de las áreas de comunidad, familia, género, pueblos indígenas, así como de determinantes de la salud y servicios de salud, será esencial para el Plan.

**b) Necesidades adicionales de personal (indicar las necesidades adicionales en el equivalente de puestos a tiempo completo, precisando el perfil de ese personal):**

- 1 secretaria
- 11 profesionales nacionales a tiempo parcial

**c) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación y evaluación):**

2011: Aprobación del Plan de acción.

2012-2017: Puesta en práctica del Plan (en fases).

Fase 1 (2011): Elaborar del Plan de acción y Estrategia de seguimiento en los cuatro idiomas de la Región, y preparación de la línea de base.

Fase 2 (2012-2013): Establecer la línea de base, organización de dos reuniones regionales (en idioma español e inglés), 11 países de razón de mortalidad materna elevada ejecutan el Plan de acción (reuniones nacionales y apoyo técnico).

Fase 3 (2014-2015): Evaluación de mitad del período, 11 países continúan el Plan de acción, el seguimiento de la ejecución, reuniones nacionales.

Fase 4 (2016-2017): Evaluación final, presentación de resultados y recomendaciones.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
*Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la*  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

CD51/12 (Esp.)  
Anexo D

<b>PLANTILLA ANALÍTICA PARA VINCULAR LOS PUNTOS DEL ORDEN DEL DÍA CON LOS MANDATOS INSTITUCIONALES</b>
<b>1. Punto del orden del día:</b> 4.9: Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave.
<b>2. Unidad a cargo:</b> Salud Familiar y Comunitaria/ El Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP-SMR).
<b>3. Funcionario a cargo:</b> Esfuerzo colaborativo del Grupo de Trabajo de la OPS/OMS, organismos de las Naciones Unidas, expertos internacionales y otros asociados.
<b>4. Lista de centros colaboradores e instituciones nacionales vinculadas a este punto del orden del día:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ministerios de salud, de la mujer, educación, juventud y asuntos sociales de los países.</li><li>• Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (ACDI, Canadá)</li><li>• Agencia Española de Cooperación Internacional y Desarrollo (AECID, España)</li><li>• Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, Estados Unidos)</li><li>• Agencia de las Naciones Unidas para las Mujeres (ONU Mujeres)</li><li>• Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI, Suecia)</li><li>• Centro Nacional de Investigaciones en Salud. Materno-Infantil (CENISMI, República Dominicana)</li><li>• Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP, Argentina)</li><li>• Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)</li><li>• Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica y el Caribe (CODAJIC)</li><li>• Confederación Internacional de Matronas (ICM)</li><li>• Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins (Estados Unidos)</li><li>• Family Care International (Estados Unidos)</li><li>• Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG)</li><li>• Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO)</li><li>• Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)</li><li>• Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)</li><li>• Grupo Materno Perinatal de Caldas (Colombia)</li><li>• Grupo Parlamentario Interamericano (GPI) (Panamá)</li><li>• Instituto Alan Guttmacher (Estados Unidos)</li><li>• Instituto Especializado Materno Perinatal (IEMP) (Perú)</li><li>• Instituto Nacional de Perinatología (INPER) (México)</li><li>• Institutos Nacionales de Salud (NIH) (Estados Unidos)</li><li>• Pathfinder International (Estados Unidos)</li><li>• Population Council (Estados Unidos)</li><li>• Universidad de Antioquia (Centro Nacer, Colombia)</li></ul>

- Universidad de Cuenca, Instituto de Ciencias Médicas (Ecuador)
- Universidad de Chile (Chile)
- Universidad Emory (Estados Unidos)
- Universidad de Puerto Rico (Estados Unidos)
- Universidad del Valle (CEMIYA) (Colombia)

**5. Vínculo entre este punto del orden del día y la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017:**

Se vincula con los párrafos 2 y 7 del “Enunciado de la Intención”, y con la totalidad de los párrafos de los “Principios y Valores” (párrafos 9 a 12), así como con las áreas de acción descritas en la Agenda de Salud para las Américas.

**Enunciado de la Intención:**

Párrafo 2. Los Gobiernos reiteran su compromiso con la visión de una región más saludable y más equitativa en aspectos de salud, donde se aborden los determinantes de salud y se mejore el acceso a servicios y bienes de salud individuales y colectivos. Una región en la que cada individuo, familia y comunidad tenga la oportunidad de desarrollarse al máximo de su potencial.

Párrafo 7. Los Gobiernos de las Américas resaltan la importancia de que los socios que trabajan por la salud y las instituciones se beneficien de una agenda de salud concisa, flexible, dinámica y de alto nivel que oriente sus acciones, facilite la movilización de recursos e influencie las políticas de salud en la Región.

**Principios y valores:**

Párrafo 9. *Derechos humanos, universalidad, accesibilidad e inclusividad.* La Constitución de la Organización Mundial de la Salud establece que: “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política, condición económica o social”. Con el propósito de hacer realidad este derecho, los países deben procurar el logro de la universalidad, accesibilidad, integralidad, calidad e inclusividad en los sistemas de salud dispuestos para individuos, familias y comunidades. Los sistemas de salud deben rendir cuentas ante la ciudadanía respecto al grado en que cumplen estas condiciones.

Párrafo 10. *Solidaridad panamericana.* La solidaridad, definida como la colaboración entre los países de las Américas para el impulso de intereses y el avance de las responsabilidades compartidas para alcanzar metas comunes, es una condición indispensable para superar las inequidades observadas en materia de salud y fortalecer la seguridad sanitaria panamericana durante crisis, emergencias y desastres.

Párrafo 11. *Equidad en salud.* La búsqueda de la equidad en salud se manifiesta en el empeño por eliminar toda desigualdad de salud evitable, injusta y remediable entre poblaciones o grupos. Esta búsqueda debe enfatizar la necesidad ineludible de fomentar la equidad de género en salud.

Párrafo 12. *Participación social.* La oportunidad de toda la sociedad de participar en la definición y ejecución de las políticas públicas de salud y en la evaluación de sus resultados, es un factor esencial para la implementación y éxito de la Agenda de Salud.

**Áreas de acción:**

- Fortalecer la autoridad sanitaria nacional
- Abordar los determinantes de salud
- Aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad
- Disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades en el interior de los mismos
- Reducir los riesgos y la carga de enfermedad
- Fortalecer la gestión y desarrollo de los trabajadores de la salud
- Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología
- Fortalecer la seguridad sanitaria

#### **6. Vínculo entre este punto del orden del día y el Plan Estratégico 2008-2012:**

El plan de acción está directamente vinculado con Objetivo Estratégico 4: “Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de la vida, como el embarazo, el parto, el período neonatal, la infancia y la adolescencia, mejorar la salud sexual y reproductiva, y promover el envejecimiento activo y saludable de todas las personas”.

Más específicamente, este Plan de acción contribuirá al logro de los siguientes resultados previstos a nivel regional: 4.1 “Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para formular políticas, planes y estrategias integrales que promuevan el acceso universal a la continuidad de la atención durante todo el ciclo de vida; integrar la prestación de servicios; y fortalecer la coordinación con la sociedad civil y el sector privado, así como las alianzas con organismos de las Naciones Unidas y otros (por ejemplo, organizaciones no gubernamentales).”

4.2 “Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica a fin de fortalecer la capacidad nacional y local para generar nuevas evidencias e intervenciones; y para mejorar los sistemas de vigilancia e información sobre la salud sexual y reproductiva, la salud de la madre, del recién nacido, del niño, del adolescente y del adulto mayor”.

4.3 “Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para reforzar las medidas encaminadas a asegurar la atención diestra a todas las embarazadas y todos los recién nacidos durante el parto, el puerperio y el período posnatal”.

4.7 “Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para aplicar estrategias de salud reproductiva para mejorar la atención prenatal, perinatal, posparto, y neonatal, y ofrecer servicios de planificación familiar de alta calidad”.

Asimismo, el plan está vinculado con el Objetivo Estratégico 10: Mejorar la organización, gestión y prestación de los servicios de salud.

**RER 10.1:** Los Estados Miembros reciben apoyo por medio de la cooperación técnica para dar acceso equitativo a servicios de atención de salud de buena calidad, haciendo hincapié en los grupos vulnerables de la población.

#### **7. Prácticas óptimas en esta área y ejemplos de países de la Región de las Américas:**

Este plan además de basarse en experiencias exitosas ya comprobadas en la Región, utilizará los aportes de la sistematización de buenas prácticas utilizadas en el marco de la Iniciativa Maternidad Segura, promovida por la OPS en el presente año.

La Región cuenta con una amplia gama de experiencias exitosas en términos de reducción de la mortalidad materna, que se extiende desde Haití, donde se llevó a cabo una experiencia que redujo

la mortalidad materna en ciertas áreas, se garantizó el acceso gratuito a servicios y transporte y se aseguró que las parteras empíricas acompañaran a las parturientas (Servicios Obstétricos Gratuitos), hasta países como Brasil, donde mediante la adopción de un sistema de protección social universal mejoraron los resultados en cuanto a reducción de la mortalidad materna (*Sistema Único de Salud-SUS*). En Uruguay, a partir de la incorporación de pagos por cumplimiento de hitos vinculados a procesos y resultados en la atención materna y neonatal, en el marco del Sistema Integrado Nacional de Salud (SNIS), y sustentado por una herramienta informática desarrollada por la OPS (Sistema Informático Perinatal) se ha logrado mejorar la gestión en términos de atención materna y neonatal. Otra experiencia digna de mención por su impacto en la reducción de la mortalidad materna en áreas geográficas de difícil acceso fue el aumento del número de Hogares Maternos en Perú, los que al incorporarse a la red integrada de Servicios de Salud, han mejorado el acceso al parto institucional.

**8. Repercusiones financieras del punto del orden del día:**

Este plan de acción no puede ser abordado por la OPS aisladamente debido a las intervenciones propuestas y las repercusiones presupuestarias; por consiguiente, es esencial la colaboración con los organismos de las Naciones Unidas y otros interesados directos fundamentales en los niveles regional, subregional y nacional.

El costo calculado de la ejecución del plan de acción, integrando todos los niveles (interinstitucional, regional, subregional, nacional y local) es de US\$ 10.000.000,00 en todo el período. Esto incluye el mantenimiento del personal actual, la contratación de personal adicional y la puesta en práctica de las actividades previamente especificadas en todos los niveles, reuniones regionales y nacionales, apoyo directo a los países, así como el seguimiento y la evaluación del plan en su conjunto.