

## 162.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, del 18 al 22 de junio del 2018

---

*Punto 7.12 del orden del día provisional*

CE162/INF/12  
7 de mayo del 2018  
Original: español

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

#### **Antecedentes**

1. En el 2011, el 51.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobó el *Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave* (documento CD51/12), mediante la resolución CD51.R12, con tres objetivos principales: *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 la mortalidad maternas (1, 2). En el 2014, y de conformidad con la herramienta de monitoreo y evaluación aprobada en el 2011 (3), el 53.º Consejo Directivo de la OPS tomó nota del informe de progreso (documento CD53/INF/6) (4).

#### **Análisis del progreso alcanzado**

2. En este informe se presenta la manera en que se actualizaron los planes nacionales de salud materna de los Estados Miembros, de acuerdo con la resolución CD51.R12. Asimismo, se mide la evolución de los cinco indicadores de impacto y de los 19 indicadores de progreso o resultado, de acuerdo con el plan de monitoreo aprobado. En el análisis se utilizó información oficial por parte de los Estados Miembros. La publicación de esta información tuvo cierto retraso, por ello, los datos iniciales para construir la línea de base se recabaron a inicios del año 2012, pero corresponden a datos del año 2010. Los datos finales se recabaron entre diciembre del 2016 y octubre del 2017 y corresponden a datos del año 2015. Se usaron dos fuentes de datos: *a*) para los indicadores que consideraban a todos los países de la Región, se empleó la publicación de la OPS, *Indicadores Básicos* (5, 6); *b*) para los datos de proceso, se usó la herramienta de monitoreo y evaluación dirigida a los 27 países con más de 7.000 nacimientos por año. En especial, estos últimos datos tienen limitaciones para el análisis debido a diversos problemas, como por ejemplo, la notificación de cobertura baja, incongruencias o países que solo notificaron sus datos al inicio (2010) o al final (2015), lo que impidió, en esos casos, elaborar informes de las tendencias.

---

3. En el período abarcado por el plan de acción, 38% de los países de la Región actualizaron sus planes nacionales de reducción de las muertes maternas: hasta el 2013 lo habían hecho siete países, otros siete lo hicieron en el 2015, y cuatro de ellos en los dos últimos años (2016-2017). A pesar de la aprobación unánime del plan, los Estados Miembros se alinearon parcialmente con sus contenidos, por lo que el componente de sensibilización deberá ser clave a la hora lograr una convergencia más importante en los futuros planes. Esta sensibilización deberá centrarse especialmente en aquellos países que registran las cifras más altas de razón de mortalidad materna (RMM), porque son los que necesitan lograr mejores resultados y presentan más desafíos.

4. Durante el período evaluado (2010-2015), se logró mantener la tendencia hacia la reducción de la mortalidad materna y se constató una reducción de 11,1% en la RMM, reducción que se verificó en todos los grupos etarios. Sin embargo, esta reducción tuvo lugar en los países que se encuentran en mejor situación, ya que los países con la RMM más alta redujeron apenas un punto porcentual por encima de la reducción media regional.

5. La tasa de notificación de algunos indicadores propuestos en el plan fue baja y algunos no fueron medidos ni notificados por los países, sobre todo cuando se recaba información desglosada en diferentes subgrupos poblacionales. Se observó una mejora en lo que se refiere a la notificación por zonas geográficas (estados, provincias, municipios), así como por lugar de residencia; sin embargo, no hubo mejoras en la notificación por grupos étnicos. La falta de información en estas áreas esconde las inequidades que existen entre grupos poblacionales; esta información es necesaria para hacer más eficaces las acciones que reduzcan la morbilidad materna. Esto es aún más grave en los diez países con las cifras más altas de RMM donde la disponibilidad de esta información es muy limitada o inexistente.

6. Debido a la disparidad en los criterios de definición de la morbilidad materna grave (MMG) que usan los países, la notificación de la MMG muestra una gran variabilidad en los datos presentados, por lo que es necesario estandarizar y utilizar definiciones precisas a nivel regional. En los diez países<sup>1</sup> con mayor RMM aún no se ha avanzado en esta línea.

7. La falta de datos institucionales a nivel nacional sobre la aplicación de intervenciones de demostrada eficacia para la reducción de la mortalidad materna en sus componentes más frecuentes (hemorragia, estados hipertensivos y violencia de género) pudieran haber impedido el desarrollo de los procesos de mejora.

8. Los sistemas de información y vigilancia de la salud materna y perinatal no mejoraron de manera suficiente en la Región en el período evaluado. El número de países que notificaron disponer de sistemas de información perinatal y de morbilidad materna en funcionamiento permanece casi invariable al 2015 y, en el caso de los diez países con

---

<sup>1</sup> Diez países con mayor RMM: Bolivia, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana y Suriname.

mayor RMM, solo cuatro de diez dicen tener un sistema en funcionamiento. La rendición de cuentas sobre salud materna también ha registrado progresos mínimos en el período estudiado.

9. A continuación, se presenta las tablas con el monitoreo, análisis y evaluación de los indicadores de impacto, así como de los indicadores de las cuatro áreas estratégicas.

<b>Monitoreo, análisis y evaluación de los indicadores de impacto</b>	
<b>Indicador de impacto, línea de base y meta</b>	<b>Estado de cumplimiento del indicador</b>
<p><b>a) Razón de mortalidad materna (RMM) total por causas y edad.</b></p> <p>Línea de base: 63,6 x 100.000 (2010). Meta: Reducción de 21% en el período 2010-2017</p>	<p>Desde la aprobación del plan hasta el presente (2015), la RMM se redujo en un 11%, pasando de 63,6 por 100.000 nacidos vivos (2010) a 56,6 por 100.000 nacidos vivos (2015), según datos de 23 de los 27 países que informaron acerca de la RMM en el 2010 y el 2015. El análisis de la RMM en los 10 países de América Latina y el Caribe (ALC) con mayor mortalidad materna se llevó a cabo en 8 de ellos (Guatemala, Guyana, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana y Suriname), que presentaron datos nacionales para todo el período. En estos países, el descenso de la RMM fue de 12%, menos que lo proyectado ya que estos países debieron tener una reducción más importante que el promedio regional. La muerte materna por diversas causas indica que la hipertensión y la hemorragia continúan siendo las causas más frecuentes y se ha observado una reducción de las muertes por la tercera causa (muertes vinculadas al aborto), que pasaron de 9% en el 2010 a 7% en el 2015; mientras que las muertes por causas directas representaron casi el 70% de todas las muertes; por otro lado, las muertes por causas indirectas correspondieron a un 28% en todo el período. De los 20 países que presentaron informes solo 2 de ellos pertenecen al grupo de 10 países con una alta RMM, lo que no permite un análisis específico.</p> <p>De los 10 países con mayor RMM en la Región, solo dos contaban con datos de muerte materna por grupos de edades.</p>
<p><b>b) Razón de morbilidad materna grave, total, por causas y por edad.</b></p> <p>Línea de base: 8 países notifican la RMMG a nivel nacional. Meta: 16 países notificarán datos sobre la RMMG para el 2017</p>	<p>Cómo una forma de avanzar en la identificación de la morbilidad materna grave se construyó el indicador Razón de morbilidad materna grave (RMMG) por causa y por edad, que fue notificado por 11 de 27 países (41%), que dijeron tener datos nacionales, siendo desglosada la información por causa y edad en 10 de los 27 países (37%). La variabilidad de la RMMG fue de gran magnitud, ya que existen no solo variaciones entre los países, sino en diferentes años para un mismo país (Colombia, Guyana, Haití y Honduras).</p> <p>Las cifras demuestran grandes variaciones vinculadas a diferentes criterios de categorización de la morbilidad materna grave. Independientemente de la baja confiabilidad de estos datos, hubo una preocupación de los países por vigilar y notificar este dato, con lo cual se incrementó la notificación en un 45% entre el 2010 y el 2015.</p>

Monitoreo, análisis y evaluación de los indicadores de impacto	
Indicador de impacto, línea de base y meta	Estado de cumplimiento del indicador
	Ninguno de los 10 países con alta RMM cuenta con registros de RMMG.
<p><b>c)</b> Tasa de mortalidad materna (muertes maternas por cien mil mujeres de 15 a 44 años).</p> <p>Línea de base: 4,4 por 100.000 mujeres de 15 a 44 años Meta: Reducción del 10% para el 2017</p>	<p>La tasa de mortalidad materna (TMM) para mujeres de 15 a 44 años en ALC disminuyó de 4,4 (2010) a 4,1 (2015) por 100.000 mujeres en edad fecunda (reducción de 7%), mientras que para el grupo de mujeres de 15 a 49 años la TMM descendió de 3,9 (2010) a 3,4 en el 2015.</p>
<p><b>d)</b> Número de países con RMM menor de 75 x 100.000 nacidos vivos.</p> <p>Línea de base: 16 países cumplen con el indicador Meta: 20 países cumplirán con este indicador para el 2017</p>	<p>Se consiguió una mejora del 7,4%, pasando de 16 países que cumplían con este indicador en el 2010 a 18 países en el 2015.</p>
<p><b>e)</b> Número de países con subpoblaciones (según etnia o localización geográfica o división subnacional con RMM mayor de 125 x 100.000 nacidos vivos).</p> <p>Línea de base: 15 países que tienen por lo menos un subgrupo con RMM mayor de 125 x 100.000 nacidos vivos. Meta: 10 países que tienen por lo menos un subgrupo con RMM</p>	<p>Este indicador se incluyó en el plan de acción con la intención de analizar las inequidades dentro de los países. En el subgrupo “Departamentos, provincias o estados”, se identificaron grupos por departamentos o provincias con RMM mayor de 125 por 100.000 nacidos vivos en 11 países en el 2015.</p> <p>El análisis del subgrupo “zona rural y urbana”, a pesar de una muy baja notificación (5 y 2 países respectivamente), mostró que la muerte materna en los pocos países que informaron sobre este indicador era cuatro veces más frecuente en las áreas rurales que en las urbanas. Esa proporción de muertes maternas se redujo casi a la mitad para el año 2015.</p> <p>En la categoría “grupos étnicos” tres países notificaron grupos con muertes por encima de 125 por 100.000 nacidos vivos en la población afrodescendiente e indígena, y dos lo hicieron en la población mestiza. Ninguno de los países que contaba con información constataron grupos de población blanca/caucásica en este indicador.</p>

Monitoreo, análisis y evaluación de los indicadores de impacto	
Indicador de impacto, línea de base y meta	Estado de cumplimiento del indicador
	En los 10 países con las cifras más altas de RMM, se comprobó que el 80% de ellos tienen identificadas las muertes maternas según divisiones políticas (departamentos, provincias, etc.) y la mitad de estos países identifica las muertes según residencia rural o urbana; apenas un 20% identifica las muertes según etnias, lo cual afecta la posibilidad de conocer mejor el impacto de la inequidad y establecer medidas más específicas para reducir las muertes en esos grupos.

<i>Área estratégica 1: Prevención de embarazos no deseados y de las complicaciones derivadas de ellos</i>		
Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Estado
1. Aumentar el uso de métodos anticonceptivos modernos en las mujeres en edad fecunda, haciendo énfasis en el grupo de adolescentes.	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%	La falta de información en este indicador, en las fuentes disponibles, no permitió saber si se cumplió o no el mencionado indicador. Solo se contó con información de 4 países.
	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: 30% de los países Meta: 90% de los países.	Este es un indicador complejo, que incluye 4 indicadores en uno. Por ello se recalculó la línea de base para cada uno de ellos. En el año 2010 la consejería posparto era de 25,9% (7/27 países); la consejería postaborto era de 18,5% (5 en 27 países), la entrega de insumos anticonceptivos posparto era de 37% (10 en 27 países) y la postaborto era de 29,6% (8 en 27 países). La meta estuvo lejos de cumplirse en los 4 indicadores, habiéndose conseguido mejoría en 3 de ellos, mientras que uno se mantuvo igual.
	Porcentaje de muertes maternas debidas al aborto reducidas en 50%. Línea de base: 13%. Meta: 7%.	La línea de base debió ser corregida de 13% a 8,6% ya que solo 22 países brindaron información que permitió recalcular la mencionada línea de base. En 2015, aunque la proporción de muertes por aborto disminuyó y pasó a 6,5%, no se alcanzó a cumplir la meta establecida.

<b>Área estratégica 2: Acceso universal a servicios de maternidad asequibles y de calidad dentro del sistema coordinado de atención de salud</b>		
<b>Objetivo</b>	<b>Indicador, línea de base y meta</b>	<b>Estado</b>
<b>2.</b> Contar con servicios de atención materna de calidad dentro de los sistemas integrados de servicios de salud.	Número de países que tienen 70% de cobertura prenatal con cuatro o más controles. Línea de base: 50% Meta: 90%	La evolución de los países con respecto a este indicador mostró que 24 países aseguraban estar por encima del 70% en el 2010 y 36 en el 2015. Hubo una marcada mejoría en este indicador, pero solo se llegó a un 73%. Se estima que la meta pudo haber sido alcanzada porque se conoce que algunos de los 8 países que no brindaron información, tienen niveles de cuidado antenatal con 4 o más visitas, cercano o superior al 90%. Más allá de esta mejoría en el indicador, el plan de monitoreo no analizó la calidad de los controles brindados.
	Cobertura institucional del parto. Línea de base: 89,8% Meta: 93%	El porcentaje de cobertura institucional del parto fue medido según datos de la publicación de la OPS, <i>Indicadores Básicos</i> (5, 6), pasando de una línea de base de 89,8% en el 2010 al 94,8% en el 2015. Hay una mejora del indicador de partos institucionales, pero no hay elementos para evaluar la calidad con la que son atendidos.
	Número de países que tienen como mínimo un 60% de cobertura de control del puerperio a los 7 días del parto. Línea de base: 5 países Meta: 22 países (80%)	No hubo información disponible sobre este indicador, ya que la información no se presenta de forma habitual por los países.
	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: 2 países Meta: 24 países (90%)	La información sobre este y los siguientes indicadores que contribuyen a medir la calidad de la atención materna no se han podido obtener en la casi totalidad de los países. Esto tiene especial pertinencia porque estos indicadores se relacionan directamente con las muertes maternas que ocurren en el puerperio, o que responden a causas como trastornos hipertensivos y hemorragia, o a violencia de género, tema que ha adquirido una gran relevancia en América Latina, algunas de las cuales se

Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Estado
	<p>Número de países que usan sulfato de magnesio, además de interrumpir el embarazo en el 95% de los casos de preeclampsia grave/eclampsia atendidos en establecimientos de salud.</p> <p>Línea de base: 1 país Meta: 24 países (90%)</p>	relacionan con las principales causas de mortalidad materna.
	<p>Número de países con disponibilidad de sangre segura en el 95% de los establecimientos que suministran cuidados de urgencia en el parto.</p> <p>Línea de base: 5 países Meta: 27 países (100%)</p>	
	<p>Número de países que vigilan la violencia intrafamiliar durante el embarazo en 95% de los partos institucionales.</p> <p>Línea de base: 0 Meta: 22 países (80%)</p>	
	<p>Número de países con tasa de cesárea superior a 20% que reducen su tasa en por lo menos 20% para el 2017.</p> <p>Línea de base: 17 países Meta: 100%</p>	En el transcurso de la ejecución del plan se observó un índice de cesáreas estable o levemente en aumento. El indicador fue notificado por 17 países en el 2010, cuando 14 países tenían tasas de cesáreas superiores al 20%. En el 2015, 18 países notificaron su tasa de cesáreas y se observó un empeoramiento, ya que 3 países más (total 17) habían superado el 20% de cesáreas. Solo en el año 2015, y con respecto al 2014, un país tuvo un descenso superior al 20% (32%), el cual no se mantuvo.
	<p>Número de países con muertes maternas debidas a trabajo de parto obstruido.</p> <p>Línea de base: 15. Meta: 0</p>	En el 2010, tres países registraron muertes por parto obstruido y siete en el 2015 con una evolución no favorable, ya que se pretendía eliminar las muertes por esta causa.

<b>Área estratégica 3: Recursos humanos calificados</b>		
<b>Objetivo</b>	<b>Indicador, línea de base y meta</b>	<b>Estado</b>
<b>3.</b> Aumentar el número de recursos humanos calificados para la atención pregestacional, prenatal, durante el parto y el puerperio en los establecimientos de salud	Número de países que tienen cobertura de la atención del parto de 80% por personal calificado, de acuerdo con la definición de la OMS.  Línea de base: 43 Meta: 48	Este indicador que en 2010 contaba con 43 países en su línea de base, pasó a 44 países en 2015. Solo Aruba no presentó datos de este indicador y cuando lo hizo en años previos siempre estuvo cerca del 100%. Por lo tanto, este indicador no se cumplió y su progreso fue leve.
	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	Su medición no fue consistente, debido a que la mayoría de los países no recabó esta información en forma sistemática. La línea de base se ajustó de 23 para 10 países y en el año 2015, aunque se incrementó el número de países que lo reportaron, el cumplimiento empeoró, bajando de 10 a 9 países que cumplían este indicador. Esto es especialmente grave, cuando un alto porcentaje de las muertes maternas se produce en el puerperio.
	Porcentaje de instituciones de atención obstétrica de urgencia (básica y ampliada) que llevan a cabo auditorías de todas las muertes maternas.  Línea de base: 22,5% Meta: 90%	La respuesta de los países para la medición de este indicador fue muy baja y poco confiable. Considerando a todos los países, en el año 2010, 1.576 instituciones (total 12 países) realizaron auditorías de las muertes maternas de un total de 7020 instituciones de atención obstétrica de urgencia (22,5%). En el año 2015 se recibió información de 1.606 instituciones (11 países) que hicieron auditorías de las muertes maternas de un total de 6.692 instituciones (24%), por lo que casi no hubo mejoría. A pesar de las dificultades de obtener datos de calidad, ya mencionados, el indicador tuvo una mejora marginal, casi despreciable en términos estadísticos.
	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: 60% Meta: 100%	Este indicador permaneció constante. En el 2010, de 27 países consultados solo 18 brindaron información y 16 informaron haber presentado informes públicos anuales de mortalidad materna y, en el 2015, 21 países brindaron la información solicitada pero seguían cumpliendo los mismos 16 países.



<i>Área estratégica 4: Información estratégica para la acción y la rendición de cuentas</i>		
<b>Objetivo</b>	<b>Indicador, línea de base y meta</b>	<b>Estado</b>
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.	Número de países donde el sistema de salud tiene un sistema de información perinatal funcionando. Línea de base: 16 Meta: 27	La línea de base debió ser ajustada y de 16 países pasó a 12 países de acuerdo a la información disponible. En el año 2015, se recibieron informes de 24 países y de ellos solo 14 cumplían el indicador. La mejora del indicador fue muy pobre, y apenas se superó la mitad de la meta propuesta. De los 14 países que cuentan con sistema de información perinatal operativo, solo 4 pertenecían al grupo de 10 países de alta RMM.
	Número de países donde el sistema de salud lleva un registro de la morbilidad materna grave. Línea de base: 2 países notifican este dato. Meta: 80%	En cuanto a los países que presentaron un registro de la morbilidad materna grave (independientemente de que se clasifique como grave o extremadamente grave) de un total de 23 países para el año 2015, solo tres informaron tenerlo. Este dato no es coherente con el informe de datos sobre morbilidad materna grave que fue elaborado por 10 países (3 países confirmaron tener un sistema de registro de morbilidad materna grave, pero 10 notificaron datos para el 2015).
	Número de países cuya cobertura de muertes maternas en los sistemas de registros vitales es de 90% o más. Línea de base: No llegó a establecerse Meta: 100%	No hubo información disponible para evaluar el progreso.

#### **Acción necesaria para mejorar la situación**

10. En virtud de los resultados alcanzados y los desafíos persistentes, es esencial el mantenimiento del compromiso y los esfuerzos, tanto de los Estados Miembros como de la Oficina Sanitaria Panamericana para mantener y profundizar los logros alcanzados, y avanzar en la agenda inconclusa.

11. Debido a las inequidades existentes en la región y la necesidad diferentes de cuidado en los grupos con mayores condiciones de vulnerabilidad, se hace necesario que los Estados Miembros incorporen a sus sistemas de vigilancia y monitoreo, y a los

análisis epidemiológicos medidas de los indicadores según diferentes variables epidemiológicas tales como (edad, etnicidad, residencia, ingresos, etc.). Esto facilitará focalizar acciones que contribuyan a superar las brechas existentes, en particular en los diez países con las RMM más altas, por medio del diseño de intervenciones dirigidas a las mujeres (preconcepcional, parto y puerperio), a fin de reducir la morbilidad materna grave y la mortalidad materna. A manera de ejemplo, la OPS ha liderado procesos que han contribuido a la reducción de las muertes maternas como aconteció con: *a)* el proyecto Cero Muertes Maternas por Hemorragia, destinado a regiones de países con altos niveles de muerte materna por hemorragia post parto; *b)* los procesos de búsqueda intencionada de muertes maternas que contribuyeron a reducir el subregistro de muertes; *c)* la implementación de la vigilancia y respuesta de las muertes maternas, para aquellos países donde existe una repetición de las muertes maternas aún por las mismas causas; y *d)* el fortalecimiento del uso de métodos anticonceptivos de larga duración, especialmente dirigido a poblaciones de adolescentes en mayores condiciones de vulnerabilidad.

12. El aseguramiento y la medición de la calidad son insumos necesarios que deberán tenerse en cuenta en el diseño y ejecución de futuras intervenciones.

13. En vista de los datos obtenidos por los Estados Miembros para todo el período, se recomienda establecer indicadores de monitoreo que provengan de fuentes ya establecidas en los países, que permitan mejorar la información recabada de modo rutinario y ampliar el análisis del proceso de la atención de salud de la mujer. El monitoreo de los determinantes sociales, por ejemplo, permitiría establecer medidas más eficientes para las poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad.

14. Se pretende que los resultados de este informe, así como las diversas iniciativas y estrategias regionales y mundiales en las que se enfatiza la necesidad de centrar las actividades en la salud de las mujeres, como la *Estrategia mundial de salud de la mujer, del niño y el adolescente 2016-2030*, los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030, estén en consonancia con los futuros planes regionales que aborden la salud de las mujeres, incluyendo el Plan de Acción para la Salud de la Mujer, Niño y Adolescente 2018-2030 (7-9).

### **Intervención del Comité Ejecutivo**

15. Se invita al Comité Ejecutivo a que tome nota del presente informe y haga las observaciones que considere pertinentes.

### **Referencias**

1. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave [Internet]. 51.º Consejo Directivo de la OPS, 63.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2011; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2011 (resolución CD51.R12) [consultado el 11 de enero del 2018]. Disponible en:

[https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=15034&Itemid=270&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=15034&Itemid=270&lang=es)

2. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave [Internet]. 51.º Consejo Directivo de la OPS, 63.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2011; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2011 (documento CD51/12) [consultado el 11 de enero del 2018]. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=14677&Itemid=270&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14677&Itemid=270&lang=es)
3. Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave: estrategia de monitoreo y evaluación [Internet]. Montevideo; 2010. (CLAP/SMR. Publicación Científica 1593) [consultado el 11 de enero del 2018]. Disponible en: [http://www.paho.org/clap/index.php?option=com\\_content&view=article&id=173:estrategia-de-monitoreo-y-evaluacion-plan-reduccion-morbimortalidad-materna-grave&catid=667:publicaciones&Itemid=234](http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=173:estrategia-de-monitoreo-y-evaluacion-plan-reduccion-morbimortalidad-materna-grave&catid=667:publicaciones&Itemid=234)
4. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2014 (documento CD53/INF/6) [consultado el 11 de enero del 2018]. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=27157&Itemid=270](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27157&Itemid=270)
5. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores Básicos. Situación de Salud en las Américas. Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2013 [consultado el 11 de enero del 2018]. Disponible en: [http://www.paho.org/salud-en-las-americanas-2012/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=documentos-relacionados-39&alias=232-indicadores-basicos-2013-232&Itemid=231&lang=es](http://www.paho.org/salud-en-las-americanas-2012/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos-relacionados-39&alias=232-indicadores-basicos-2013-232&Itemid=231&lang=es)
6. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores Básicos. Situación de Salud en las Américas. Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2017 [consultado el 11 de enero del 2018]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34330>
7. Todas las mujeres, todos los niños. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030). Sobrevivir, prosperar, transformar. [Internet] S.I., 2015 [consultado el 11 de enero del 2018]. Disponible en: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/es/)

8. Naciones Unidas. Sustainable Development Knowledge Platform [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas; 2016 [consultado el 11 de enero del 2018]. Disponible en: <https://sustainabledevelopment.un.org>
9. Organización Panamericana de la Salud. Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030: *Un llamado a la acción para la salud y bienestar en la Región* [Internet]. 29.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana, 69.<sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 25 al 29 de septiembre del 2017; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2017 (documento CSP29/6, Rev. 3) [consultado el 11 de enero del 2018]. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=41947&Itemid=270&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=41947&Itemid=270&lang=es)

---