



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



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

*Washington, D.C., EUA, 23-27 de junio de 2003*

*Punto 4.11 del orden del día provisional*

CE132/19 (Esp.)

28 abril 2003

ORIGINAL: INGLÉS

### **MONITOREO DE LA REDUCCIÓN DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNAS**

La prevención de las defunciones maternas se ha convertido actualmente en una prioridad internacional. Las Naciones Unidas reafirmaron este objetivo en la Cumbre del Milenio, celebrada en el año 2000, y la 26.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó en septiembre de 2002 una nueva estrategia para la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas en América Latina y el Caribe (ALC). Tanto la Conferencia como el grupo de trabajo sobre la mortalidad materna del comité coordinador interinstitucional regional recomendaron una meta regional a medio plazo para reducir la mortalidad materna a menos de 100 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos, como manera de colmar la brecha a nivel regional y nacional. Un sinnúmero de países han hecho progresos significativos para ampliar y mejorar los servicios de salud materna. Sin embargo, la evaluación del progreso hacia las metas sigue siendo difícil, particularmente debido a la mala calidad de los datos, la clasificación errónea y el subregistro fomentado por la falta de sistemas nacionales integrales de registro de estadísticas vitales para monitorear los niveles de mortalidad materna. Los sistemas de monitoreo de los países de ALC han mejorado en los últimos años, y en los años noventa surgieron nuevas maneras de medir la mortalidad materna. Sin embargo, es preciso progresar más, en particular para elaborar indicadores intermedios, de proceso o sustitutivos para favorecer el monitoreo regular. En el presente documento se ofrecen orientaciones básicas para idear un sistema de monitoreo.

Facultar e involucrar a las comunidades para la recolección de datos de salud, su análisis y la toma de decisiones son estrategias clave de cara al progreso en la reducción de la mortalidad materna. Entre los elementos esenciales para la creación de sistemas de monitoreo a escala local figuran un marco conceptual compartido, la capacidad de plasmar los datos en información que sirva para la intervención, y el compromiso de alcanzar un consenso entre los diferentes socios interesados.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) se compromete a prestar apoyo a los países para fortalecer y establecer normas de monitoreo y evaluación, y a trabajar con otros organismos y gobiernos para aplicarlas. La OPS se propone liderar el establecimiento de una propuesta regional para monitorear los avances hacia la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas y ayudar a los países a elaborar estrategias nacionales y locales de reducción de la mortalidad materna.

Se pide al Comité Ejecutivo que estudie de qué maneras cabe determinar indicadores apropiados, compatibles con las necesidades regionales, nacionales y locales; cómo lograr una amplia participación de los socios interesados; y cómo alentar a los Estados Miembros para que incorporen el monitoreo a los planes de reducción de la mortalidad materna.

## CONTENIDO

	<i>Página</i>
Introducción .....	3
Análisis de la situación .....	4
Iniciativas regionales y mundiales para monitorear la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas .....	5
Aplicación de los sistemas de monitoreo de la morbilidad y la mortalidad maternas a escala regional, nacional y local .....	8
El monitoreo regional .....	8
El monitoreo nacional.....	8
El monitoreo local .....	9
Componentes clave de un sistema de monitoreo de la mortalidad y la morbilidad maternas .....	10
Formulación y aplicación de políticas, planes y programas.....	10
Asignación de recursos para la inversión pública .....	11
Prestación y utilización de los servicios obstétricos esenciales (básicos e integrales) y la asistencia calificada del parto .....	11
Sistemas de registro de estadísticas vitales y de vigilancia.....	12
Estrategias para empoderar a las mujeres, las familias y las comunidades (MFC) .....	13
Creación de asociaciones.....	14
La función de la OPS en el monitoreo de la reducción de la mortalidad materna.....	14
Temas clave para debate .....	16
Intervención del Comité Ejecutivo .....	16

## **Introducción**

1. Reducir la mortalidad materna sigue planteando serios desafíos de la salud, la ética y la equidad de género, pues las mujeres siguen muriendo innecesariamente por causas relacionadas con el embarazo y el parto. Estas defunciones evitables y, por consiguiente, injustas reflejan la desigualdad de la situación de las mujeres y de su acceso a los servicios básicos de salud. Además, la educación de las mujeres, su control de los recursos y su participación en la toma de decisiones son menores, lo que también determina la salud materna. Pero la maternidad sin riesgo no puede lograrse sólo mejorando los servicios de atención de salud materna. También hay que empoderar a las mujeres, sus familias y las comunidades para que sean participantes activas en la búsqueda de soluciones y el control del progreso.

2. La prevención de las defunciones maternas se reconoce actualmente como prioridad internacional, y muchos países se han comprometido a mejorar y ampliar los servicios de salud materna. La Conferencia Internacional sobre la Maternidad sin Riesgo (1987), la Cumbre Mundial en favor de la Infancia (1990), la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) establecieron la reducción de la mortalidad materna en 50% para el año 2000 como objetivo principal y reafirmaron la importancia de monitorear el progreso.

3. Más recientemente, las Naciones Unidas, en la Cumbre del Milenio (2000), instaron a la comunidad internacional a reducir la mortalidad materna en 75% para el año 2015, frente a los niveles de 1990. Para América Latina y el Caribe (ALC), la 26.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana adoptó una meta a medio plazo para reducir la mortalidad materna a menos de 100 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos. El grupo de trabajo sobre la mortalidad materna del comité coordinador interinstitucional regional recurre a esta meta como manera de colmar la brecha a nivel regional y nacional.

4. Para monitorear el progreso hacia estas metas se requieren cálculos exactos de la mortalidad materna y es preciso crear procesos de monitoreo de las acciones para promover la maternidad sin riesgo. La falta actual de datos confiables sobre las defunciones maternas amenaza el monitoreo de las tendencias con el transcurso del tiempo. En la mayoría de los países en desarrollo, las defunciones maternas son subregistradas o se clasifican mal, y los registros de estadísticas vitales son aún ineficientes. El subregistro es patente en el caso de mujeres de zonas rurales o aisladas y en el de miembros de grupos desfavorecidos, étnicos y de bajos ingresos. Las defunciones maternas consecutivas a abortos siguen siendo un tema candente. Además, los socios interesados rara vez participan en los sistemas de monitoreo locales, nacionales y regionales. En los años noventa surgieron nuevas maneras de medir la mortalidad materna, en las que se tienen en cuenta las necesidades y los imperativos de los países en

desarrollo por lo que respecta a la recopilación de datos. Estos sistemas recurren a indicadores intermedios, de proceso o sustitutivos que están íntimamente relacionados con la mortalidad materna, pero son más sencillos de medir, más fáciles y baratos de recopilar, más sensibles al cambio y, por consiguiente, más útiles para el monitoreo periódico y a corto plazo.

5. La 26.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó la nueva estrategia para la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas; en ella se pide que la OPS ayude a los Estados Miembros a reforzar sus sistemas de información y vigilancia del progreso de la reducción de la morbilidad y la mortalidad maternas, como estipula la Declaración de la Cumbre del Milenio. La estrategia también comprende intervenciones basadas en evidencias, como los cuidados obstétricos esenciales (COE), la promoción de la salud, la asistencia calificada del parto y la acción de la comunidad para que las mujeres, las familias y las comunidades puedan evitar las complicaciones obstétricas, identificar tempranamente los problemas y responder a ellos adecuadamente.

### **Análisis de la situación**

6. La décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) define la defunción materna como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. Las defunciones maternas pueden subdividirse en dos grupos: las defunciones obstétricas directas y las defunciones obstétricas indirectas. La clasificación también da una definición de defunción materna tardía y de defunción relacionada con el embarazo.

7. A pesar de estas definiciones y de los esfuerzos por mejorar la recopilación de datos, los datos exactos de defunciones maternas siguen siendo deficientes. En 1990, el Plan Regional de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna, de la OPS, propuso varias estrategias para establecer sistemas nacionales de vigilancia epidemiológica de las defunciones maternas: a) mejorar la recopilación de datos y los sistemas de registro de todas las medidas sanitarias relacionadas con el embarazo, el puerperio y la planificación familiar ampliando el registro, la recogida y la utilización de la información a todos los niveles; b) establecer un sistema nacional de vigilancia epidemiológica de las mujeres en edad fértil con datos sobre las causas y los determinantes sociales de las defunciones maternas, y c) crear comités de reducción de la mortalidad materna a escala regional, nacional y locales para monitorear el progreso y promover la participación de los socios interesados. En respuesta a ello, los países han creado gradualmente sistemas de vigilancia epidemiológica y comités de seguimiento.

8. Para evaluar la ejecución del Plan de Acción de 1990, la OPS realizó una encuesta regional en 2000 para determinar lo bien que los países estaban registrando los nacimientos y las defunciones maternas. De los 26 países encuestados, casi la mitad (12) comunicó haber registrado todas las defunciones maternas; 5 declararon que notificaron la mayoría de las defunciones maternas, y una tercera parte (9) tenía un registro deficiente. Los resultados indican, sin embargo, que hay poca uniformidad en la recopilación de datos para notificar las defunciones maternas, falta de coordinación entre el sistema de salud y el sistema de registro de estadísticas vitales, especialmente en los países y las zonas con mayor mortalidad materna, y existe una participación comunitaria mínima.

9. Los comités de auditoría de las defunciones maternas a nivel local, provincial y nacional desempeñan una función crucial al determinar cómo y por qué falleció una mujer y si la defunción podría haberse prevenido. Las autopsias verbales y la participación de los socios interesados son también componentes importantes del sistema. Si bien estos comités son comunes a nivel nacional, existen pocos en las comunidades donde las auditorías tienen lugar. Sólo 18 países encuestados afirmaron disponer de un comité en funcionamiento a nivel nacional, y 5 países tenían comités en funcionamiento a nivel local, pero con mínima participación comunitaria o de las mujeres. Sólo seis países declararon tener un representante de la comunidad en el comité. Rara vez se recurre a la autopsia verbal, y la información sobre la mortalidad materna no se trata a nivel local ni se emplea para la toma de decisiones.

10. Otros resultados muestran que, pese a que se dispone de la definición estándar de muerte materna de la CIE y de normas de la OPS para su utilización, casi no hay uniformidad en la manera de recoger y registrar la información sobre mortalidad materna. Casi nunca se desglosan los datos de mortalidad materna por grupo étnico, ubicación o nivel de ingresos. Esto dificulta elaborar políticas y planes para reducir las disparidades que afectan a los grupos más necesitados de atención y servicios de salud materna.

### **Iniciativas regionales y mundiales para monitorear la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas**

11. Hay iniciativas regionales y mundiales para mejorar la recopilación y el análisis de datos. La OPS tiene una base de datos de mortalidad relativa a 19 países<sup>1</sup>, pero la calidad de estos datos es aún deficiente. En muchos países, la proporción de las “causas indeterminadas” alcanza el 25%-30%, lo que se considera alto; en algunos de ellos, también las tasas de subregistro de defunciones son elevadas.

---

<sup>1</sup> Argentina, Barbados, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, Puerto Rico, Trinidad y Tobago, Estados Unidos y Venezuela.

12. El Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) de la OPS viene desarrollando desde 1983 el Sistema de Información Perinatal (SIP) para mejorar el monitoreo de la salud maternoinfantil. Como la mortalidad perinatal y la materna están relacionadas con la calidad de la atención obstétrica y perinatal y el acceso a la misma, muchos países de América Latina y el Caribe recurren al SIP para monitorear la atención perinatal y la morbilidad y mortalidad perinatales y maternas a escala nacional y local. El sistema, actualizado en el año 2000, comprende una historia clínica, una tarjeta de la madre, y software especial con ayuda para el adiestramiento, y compara la información con estándares de salud equivalentes, tanto para la madre como para el bebé.

13. El SIP permite también monitorear la garantía de la calidad, pues ofrece a los trabajadores de salud y a los supervisores información inmediata sobre la atención. Asimismo informa inmediatamente a los trabajadores de salud sobre el mejor tipo de atención para una situación dada y facilita la garantía de la calidad y la supervisión.<sup>2</sup>

14. Las múltiples encuestas de demografía y salud (EDS) llevadas a cabo en algunos países de América Latina y el Caribe también se consideran una fuente valiosa de información sobre la salud y la nutrición de las mujeres y sus bebés. Sin embargo, estas encuestas son muy costosas y no deben reemplazar a los esfuerzos por mejorar las estadísticas demográficas nacionales y los sistemas nacionales de información de salud. En muchos de esos países todavía se consideran la fuente primaria de información y han contribuido a los primeros cálculos de la mortalidad materna y de la información de referencia.

15. En respuesta a las convenciones de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) formaron un grupo de estudio que elaboró una serie de indicadores de proceso relativos al acceso, la utilización y la disponibilidad de servicios obstétricos, con datos recogidos y analizados en los establecimientos de salud. En el siguiente cuadro se dan ejemplos de estos indicadores:

---

<sup>2</sup> El SIP se utiliza mucho en Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú, Uruguay y el Caribe.

<b>Salud materna</b>	
<b>Indicador</b>	<b>Finalidad</b>
Razón de mortalidad materna	Mide el progreso en la provisión de atención de salud materna
<b>Cobertura y acceso</b>	
Número de puntos asistenciales, por 500.000 habitantes, que ofrecen cuidados obstétricos esenciales (COE) básicos	Mide el acceso a los COE básicos
Porcentaje de puntos asistenciales que pueden ofrecer COE básicos	Mide la oferta de COE básicos
Porcentaje de hospitales de primer nivel que han practicado cesáreas en los 6 últimos meses	Mide la oferta de servicios obstétricos integrales
Porcentaje de embarazadas a las que se atendió por lo menos una vez durante el embarazo por razones relacionadas con el mismo	Mide la cobertura de la atención prenatal
Porcentaje de partos que tiene lugar en centros de salud	Mide la cobertura del parto sin riesgo
Porcentaje de partos asistidos por personal de salud calificado en partería (excluyendo parteras tradicionales)	Mide el acceso y el recurso a la atención calificada del parto
<b>Calidad de la atención</b>	
Porcentaje de embarazadas que acudieron a consultas prenatales sometidas a tamizaje de la sífilis	Mide la calidad de la atención de salud materna
Porcentaje de cesáreas en los centros de salud	Mide la cobertura y la calidad de los COE integrales
Porcentaje de embarazadas que acuden a los servicios prenatales y tomaron hierro o folatos	Mide la calidad de la atención prenatal
Porcentaje de embarazadas que acuden a los servicios prenatales y fueron vacunadas contra el tétanos (TT2 o refuerzo)	Mide la calidad de la atención prenatal

16. Aunque estos indicadores son mayoritariamente aceptados, a nivel local no siempre se dispone de las fuentes de datos ni de los propios datos.

17. En mayo de 1996, la OMS convocó una reunión oficiosa de expertos en indicadores y monitoreo de la salud reproductiva para elaborar una breve guía de indicadores de la maternidad sin riesgo, destinada a directores de programa y planificadores de salud. Estos indicadores abarcan cinco categorías de atención: general, prenatal, intraparto, esencial obstétrica y puerperal (OMS, 1997).

### **Aplicación de los sistemas de monitoreo de la morbilidad y la mortalidad maternas a escala regional, nacional y local**

18. Los promotores de estas iniciativas estuvieron de acuerdo en que, para monitorear más eficazmente la maternidad sin riesgo, los procesos deben integrarse y establecerse a diferentes niveles.

#### ***El monitoreo regional***

19. Los esfuerzos para mejorar la vigilancia regional y nacional deben aprovechar los sistemas existentes descritos. Estos sistemas podrían compartir la pericia y las herramientas de recopilación de datos regionales, como el SIP del CLAP, en cada país y entre países para facilitar la comparación de los datos y las intervenciones.

20. Hay que compartir las prácticas más adecuadas y las enseñanzas extraídas de las intervenciones de maternidad sin riesgo, y proseguir los esfuerzos de promoción de la causa para mejorar el compromiso nacional y la capacidad de reducir la mortalidad materna. Un sistema regional eficaz de monitoreo de la mortalidad materna podría reforzar las alianzas institucionales, establecer normas para los sistemas de monitoreo nacionales, y optimizar los recursos técnicos y financieros.

#### ***El monitoreo nacional***

21. A escala nacional, hay que monitorear las políticas y los planes relativos a la mortalidad materna, con inclusión de la legislación y las reformas, las políticas y los programas que promueven el embarazo sano, los servicios anticonceptivos y la prevención de la violencia de género. La misma importancia tienen los indicadores de la participación de los socios interesados para determinar y monitorear el progreso, su función en la comunicación, la organización, el adiestramiento, la supervisión, la planificación, la gestión local y social, las redes de emergencia y los sistemas de referencia, y las asignaciones presupuestarias.



22. Por todo ello, los sistemas nacionales de monitoreo deberán:

- hacer comprender a las autoridades nacionales y locales la importancia de tener sistemas para el monitoreo regular de la mortalidad materna;
- seleccionar, por consenso, indicadores y procedimientos;
- diseñar y aplicar planes locales y nacionales de monitoreo de la mortalidad materna, y
- efectuar auditorías del rendimiento y de los procesos de monitoreo de la mortalidad materna.

### ***El monitoreo local***

23. El monitoreo a escala local proporciona información para planificar y mejorar las intervenciones y para generar consenso entre los socios interesados: proveedores de servicios, formuladores de políticas, mujeres, líderes de la comunidad y autoridades locales. Para el monitoreo local es preciso disponer de indicadores del acceso a cuidados obstétricos esenciales de calidad y de los factores determinantes socioeconómicos del riesgo de defunción materna, como la infraestructura sanitaria, las responsabilidades institucionales y sociales, los niveles de compromiso de las autoridades locales y la participación comunitaria.

24. El monitoreo de las defunciones maternas es responsabilidad de los trabajadores de salud y los miembros de la comunidad, que deben representar a diversos sectores y grupos (por edad, sexo y grupo étnico) para lograr la participación de las poblaciones más afectadas por las defunciones maternas.

25. Estos socios interesados deben organizar comités que proporcionen información inmediata y faciliten la intervención de las autoridades y los directores de programas a escala local, distrital y de centro de salud. Los comités de monitoreo desempeñan una función importante en:

- el fortalecimiento de los sistemas de información, involucrando a organizaciones comunitarias;
- la selección de las áreas prioritarias de intervención;
- el refuerzo de las estructuras administrativas y los recursos para la ejecución de intervenciones, y
- la aplicación de métodos complementarios de análisis, como la investigación cualitativa.

26. ALC cuenta con experiencias exitosas de comités intersectoriales de maternidad sin riesgo en Bolivia, la República Dominicana, México y Nicaragua, que monitorean la mortalidad materna. Por ejemplo, en Bolivia, el Ministerio de Salud y Previsión Social ha organizado comités para el análisis de la información (CAI), a escala tanto comunitaria como de centro de salud.

27. En los CAI comunitarios se reúnen periódicamente personal de salud, líderes de la comunidad y autoridades, representantes de las organizaciones comunitarias y trabajadores comunitarios de salud para analizar la información de salud y tomar decisiones. Estas experiencias han contribuido a: a) sostener la formulación de planes comunitarios de acción, b) promover la atención a las familias y las comunidades, y c) estrechar los vínculos y la comunicación entre el centro de salud, los trabajadores de salud y la comunidad.

### **Componentes clave de un sistema de monitoreo de la mortalidad y la morbilidad maternas**

28. En esta sección se describen los componentes de la estrategia regional para la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas, aprobada por la 26.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre de 2002, así como los indicadores del monitoreo y las cuestiones relacionadas con este. Es importante velar por que, en todos los indicadores, los datos estén desglosados por grupo social, étnico o geográfico, para poder identificar las disparidades con exactitud y orientar las intervenciones.

### ***Formulación y aplicación de políticas, planes y programas***

29. Es importante medir el compromiso de los gobiernos de reducir la mortalidad materna mediante el tipo y la naturaleza de las políticas aplicadas; los recursos asignados; el acceso a servicios y suministros de salud materna y neonatal de calidad; las inversiones en infraestructura, equipos y sistemas de emergencia; el adiestramiento y despliegue de los recursos humanos; el aumento de la capacidad institucional, y el monitoreo y la evaluación de sus planes.

### ***Preguntas pertinentes para el monitoreo***

30. Políticas y voluntad política: ¿Quién determinó y quién determina las orientaciones políticas y legislativas en el sector público? ¿Hay participación pública? ¿Responden estas políticas adecuadamente a las necesidades de la población? ¿En qué medida se hacen cumplir y se monitorean estas políticas? ¿Hay políticas sociales o económicas que influyen en el acceso a los servicios (educación, empleo y seguridad social) o a las políticas de salud (seguro, cobertura de mujeres de ingresos bajos)?

***Asignación de recursos para la inversión pública***

31. La asignación de los recursos públicos es un indicador fundamental del compromiso del gobierno de reducir la mortalidad materna.

*Preguntas pertinentes para el monitoreo*

32. Asignación de recursos: ¿Cuáles son la magnitud y la asignación de recursos financieros y técnicos? ¿Se dispone de equipos y suministros? ¿Se asignan los recursos a intervenciones rentables para reducir la mortalidad y la morbilidad maternas?

***Prestación y utilización de los servicios obstétricos esenciales (básicos e integrales) y la asistencia calificada del parto***

33. Una de las intervenciones más importantes para reducir la mortalidad y la morbilidad maternas es la prestación de servicios de cuidados obstétricos, básicos e integrales, y la capacidad de responder a las emergencias. Estos servicios deben ser de calidad adecuada, ha de prestarlos personal calificado y tienen que ser accesibles a todas las embarazadas. Si son eficaces, habrá mayor demanda de dichos servicios.

34. Hoy en día se reconoce ampliamente que la manera más importante de reducir las defunciones maternas es la asistencia calificada del parto. Por lo tanto, un indicador fundamental para evaluar la reducción de la mortalidad materna es la proporción de partos asistidos por personal calificado. Este indicador ha quedado establecido como meta internacional de desarrollo. Por ello, al monitorear los indicadores hay que ver si todas las mujeres tienen acceso a personal calificado y a los centros de COE básicos, así como al transporte de emergencia en caso de complicaciones.

*Preguntas pertinentes para el monitoreo*

35. Idoneidad de la atención: ¿Cuál es el alcance de las intervenciones regulares y de las acciones específicas relacionadas con los servicios y las redes de servicios de anticoncepción, atención del embarazo, el parto y el puerperio, así como con la atención neonatal? ¿Cuáles son los conocimientos y los niveles de desempeño del personal de salud? ¿Cuáles son los mecanismos de remisión de las embarazadas con complicaciones? ¿Cuál es la proporción de cesáreas en un establecimiento de COE? ¿Cuál es la tasa de letalidad en un establecimiento de COE integrales?

36. En el siguiente cuadro se da un ejemplo de información sobre los servicios de salud materna:

<b>Parámetro</b>	<b>Pregunta</b>	<b>Ejemplo de indicadores</b>
Prestación	¿Hay servicios y son accesibles?	Número y distribución de los establecimientos de COE Funciones de COE que ofrece el establecimiento Costo de los servicios
Calidad	¿Es adecuada la calidad del servicio?	Tasa de letalidad Proporción de los casos que satisfacen los criterios predefinidos de calidad
Utilización	¿Se utilizan los servicios?	Porcentaje de partos asistidos por personal de salud calificado Porcentaje de partos que tiene lugar en los establecimientos de COE Porcentaje de cesáreas frente al total de nacimientos
Utilización por quienes lo necesitan	¿Utiliza los servicios el subgrupo con necesidades específicas?	Proporción las mujeres con complicaciones que se tratan en los establecimientos de COE Porcentaje de intervenciones obstétricas fundamentales por indicaciones maternas específicas, frente al total de partos Complicaciones obstétricas observadas, frente a las previstas
Repercusiones	¿Hay mejoras de la morbilidad o la mortalidad?	Proporción de partos con morbilidad grave Razón de mortalidad materna

Fuente: Ronsmans, Carine (2001). How can we monitor progress towards improved maternal health? *Studies in Health Services Organization & Policy* 17, 317-340.

### ***Sistemas de registro de estadísticas vitales y de vigilancia***

37. El sistema de registro de estadísticas vitales debería ser la mejor fuente permanente de datos de nacimientos y defunciones para determinar las tasas de mortalidad neonatal y las razones de mortalidad materna. Sin embargo, como hemos mencionado, estos registros suelen ser deficientes y no llegan a seguir la incidencia de las defunciones maternas y los nacidos vivos, con lo que se favorece que surjan sistemas paralelos de información, como las encuestas de demografía y salud, para llenar el vacío.

38. Es importante crear registros de estadísticas vitales para el monitoreo y la vigilancia; se necesitan metodologías de fácil uso y personal adiestrado para llevar a cabo

las actividades de monitoreo y vigilancia, incluida la auditoría de todas las defunciones maternas, el análisis y la toma de decisiones.

*Preguntas pertinentes para el monitoreo*

39. Fuentes de información: ¿Cuáles son los sistemas permanentes de información, como censos, registros de estadísticas vitales, sistemas de información de servicios, etc.? ¿En qué medida funcionan? ¿Cuáles son las principales encuestas domiciliarias y en qué medida aportan datos significativos para medir la salud de las mujeres y la mortalidad materna? ¿Cuántos son los estudios e investigaciones recientes, y cuál es su alcance, sobre la situación de salud de las mujeres? ¿Se desglosa la información por grupo étnico, edad y disparidad pobres-ricos?

40. Acceso y utilización de los datos y la información para hacer planes y formular políticas: ¿Quién tiene acceso a la información sobre mortalidad materna? ¿Se sirven las autoridades locales de esta información para tomar decisiones, establecer políticas y prioridades públicas y distribuir los recursos?

41. Auditoría de las defunciones maternas: ¿Están llevándose a cabo auditorías de las defunciones maternas? ¿De todas las defunciones maternas? ¿Se toman decisiones en función de los resultados de las auditorías? ¿Se realizan autopsias verbales y, en caso afirmativo, se examinan las causas no médicas? ¿Están llevándose a cabo auditorías, basadas en criterios preestablecidos, para mejorar la calidad de la prestación de servicios? ¿Se estudian los casos de morbilidad grave, como septicemia y eclampsia, entre otros?

***Estrategias para empoderar a las mujeres, las familias y las comunidades (MFC)***

42. Trabajar con las mujeres, las familias y las comunidades se considera el eslabón fundamental para garantizar la continuidad de la asistencia en el embarazo, el parto y el puerperio, como recomienda la estrategia regional (OPS, 2002) y la iniciativa “Reducir los riesgos del embarazo” (OMS). El concepto de esta iniciativa, y del trabajo con las mujeres, las familias y las comunidades, es que estas últimas se asocian y participan en la recopilación, el análisis y la utilización de la información, por ejemplo, revisando las auditorías de las defunciones maternas y perinatales, las autopsias verbales y demás investigaciones sobre cuestiones de salud materna y perinatal.

43. Las estrategias con participación de MFC refuerzan la capacidad de las comunidades para acceder a la información y el conocimiento, con lo que pueden reconocer los signos de peligro y los riesgos en el hogar (como la violencia contra las embarazadas, las púerperas y los lactantes), buscar apoyo médico y social y beneficiarse de los programas de educación para la salud. Esto se relaciona con la capacidad de la

comunidad de buscar la atención oportuna y de calidad con la participación de la familia en la atención a las mujeres embarazadas y a sus bebés.

44. El conocimiento y la concientización de la comunidad también fomentan el diálogo entre los proveedores de servicios de salud y la comunidad, y permiten a los socios interesados establecer estrategias integrales y servirse de los datos para proponer cambios de la política de salud o a nivel de los proveedores.

*Preguntas pertinentes para el monitoreo*

45. Educación y adiestramiento de los ciudadanos: ¿Existen sistemas educativos y de comunicación para aumentar la concientización y desarrollar aptitudes para empoderar a la población, en particular a los grupos de mujeres, a cuidar de su salud?

46. Participación comunitaria y control social: ¿Qué función desempeñan los diversos agentes de la comunidad, especialmente los grupos de mujeres, en el diseño, la aplicación y el monitoreo de los servicios de salud? ¿Cuál es el nivel de la participación de las mujeres y las comunidades en el diseño y la evaluación de las leyes y las políticas? ¿Qué iniciativas toman estos socios interesados para velar por una respuesta apropiada del gobierno y del sector de la salud?

*Creación de asociaciones*

47. La reducción de la mortalidad materna requiere el compromiso a largo plazo de muchos socios, que deben compartir sus puntos fuertes y colaborar para promover la maternidad sin riesgo en los países y las comunidades: gobierno, organizaciones no gubernamentales, grupos de mujeres, organismos asistenciales internacionales, donantes y otros. Por consiguiente, es importante establecer coaliciones destinadas a reducir la mortalidad materna, lo que conlleva monitorear los sistemas.

*Preguntas pertinentes para el monitoreo*

48. Coaliciones: ¿Funcionan comités de maternidad sin riesgo a nivel nacional y de la comunidad? ¿Participan las mujeres en estos comités?

**La función de la OPS en el monitoreo de la reducción de la mortalidad materna**

49. La función de la OPS es apoyar a los Estados Miembros a formular políticas que promuevan la maternidad sin riesgo y trabajar con otros organismos para su aplicación. La OPS colaborará con los ministerios de salud para coordinar grupos de trabajo nacionales y locales de formuladores de políticas y representantes de comités nacionales

de mortalidad materna, universidades, asociaciones profesionales y organizaciones de mujeres para planificar e implantar sistemas de monitoreo de la mortalidad y morbilidad maternas, generar consenso y fijar cronogramas, recursos, fuentes de financiamiento y responsabilidades. Las experiencias y los resultados del monitoreo, como también otras experiencias de programas para reducir la mortalidad materna, se compartirán con otros socios.

50. Para fortalecer la capacidad de los Estados Miembros de monitorear la morbilidad y la mortalidad maternas, la OPS propone aplicar un proceso de monitoreo en 11 países prioritarios durante cuatro años. Durante esos cuatro años, la OPS convocará grupos de trabajo de expertos regionales para debatir con los países su progreso en materia de monitoreo, definir el monitoreo regional de la mortalidad materna a partir de la experiencia de los 11 países y monitorear el progreso en la aplicación de estos sistemas en ALC, a la vez que se incorporan los sistemas regionales existentes.

51. Las oficinas de país de la OPS apoyarán el desarrollo de los sistemas de monitoreo y vigilancia de la mortalidad y morbilidad maternas y perinatales a escala nacional y local. El proceso implicará la colaboración de diversas organizaciones internacionales, de los gobiernos del país anfitrión, de organizaciones locales incluidos las ONG y los representantes de las comunidades y todos los interesados directos que trabajan en la cuestión, y se institucionalizará en los sistemas de monitoreo de los ministerios de salud. Aunque la OPS puede liderar este esfuerzo, otros socios internacionales deben desempeñar una importante función colaborativa. Los planes de monitoreo de los países englobarán:

- los antecedentes de los sistemas de monitoreo anteriores o existentes;
- los objetivos, en conformidad con los objetivos de los planes nacionales de reducción de la mortalidad materna;
- las estrategias para monitorear determinados indicadores de la recopilación y el análisis de datos, y para aplicar los resultados;
- los cronogramas para el desarrollo del sistema de monitoreo;
- los recursos institucionales y financieros para la ejecución y la evaluación, así como los mecanismos para la difusión de información;
- el adiestramiento del personal de salud en el análisis de los resultados, y

- el establecimiento de comités de seguimiento del monitoreo, coordinados por los ministerios de salud, con participación comunitaria.

### **Temas clave para debate**

52. Para fortalecer la capacidad de la OPS de apoyar a los países en el seguimiento del progreso de la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas, la OPS invita a los Estados Miembros a debatir los siguientes puntos:

- La pertinencia de los componentes y las estrategias que se presentan en este documento para poner en funcionamiento los sistemas de monitoreo.
- La importancia de establecer planes nacionales y locales de monitoreo de la reducción de la mortalidad materna, si aún no existen. Los países que ya tienen dichos planes deberán revisarlos para procurar que recojan las últimas recomendaciones de la 26.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana.
- El compromiso de los gobiernos para invertir recursos en el monitoreo de los planes de reducción de la mortalidad materna.
- La función de la OPS consistente en prestar la cooperación técnica necesaria para la ejecución de los planes nacionales y regionales de monitoreo.
- La ampliación del recurso al SIP a nivel local y la oferta del adiestramiento necesario para que la información recabada pueda utilizarse en el proceso decisorio local y nacional.

### **Intervención del Comité Ejecutivo**

53. A partir de la información contenida en este documento, se pide al Comité Ejecutivo que:

- a) asesore a la Oficina en cuanto a la cooperación técnica apropiada para poner en práctica sistemas regionales y nacionales de monitoreo de la mortalidad materna;
- b) estudie posibles maneras de alentar a los Estados Miembros a que incorporen un componente de monitoreo en sus planes de reducción de la mortalidad materna;
- c) haga recomendaciones con vistas a lograr la participación activa de los interesados directos, en particular los grupos de mujeres, en las iniciativas nacionales, locales y de la comunidad, y
- d) ayude a determinar indicadores compatibles con los mandatos internacionales, los planes nacionales y locales, y los objetivos de los socios interesados.