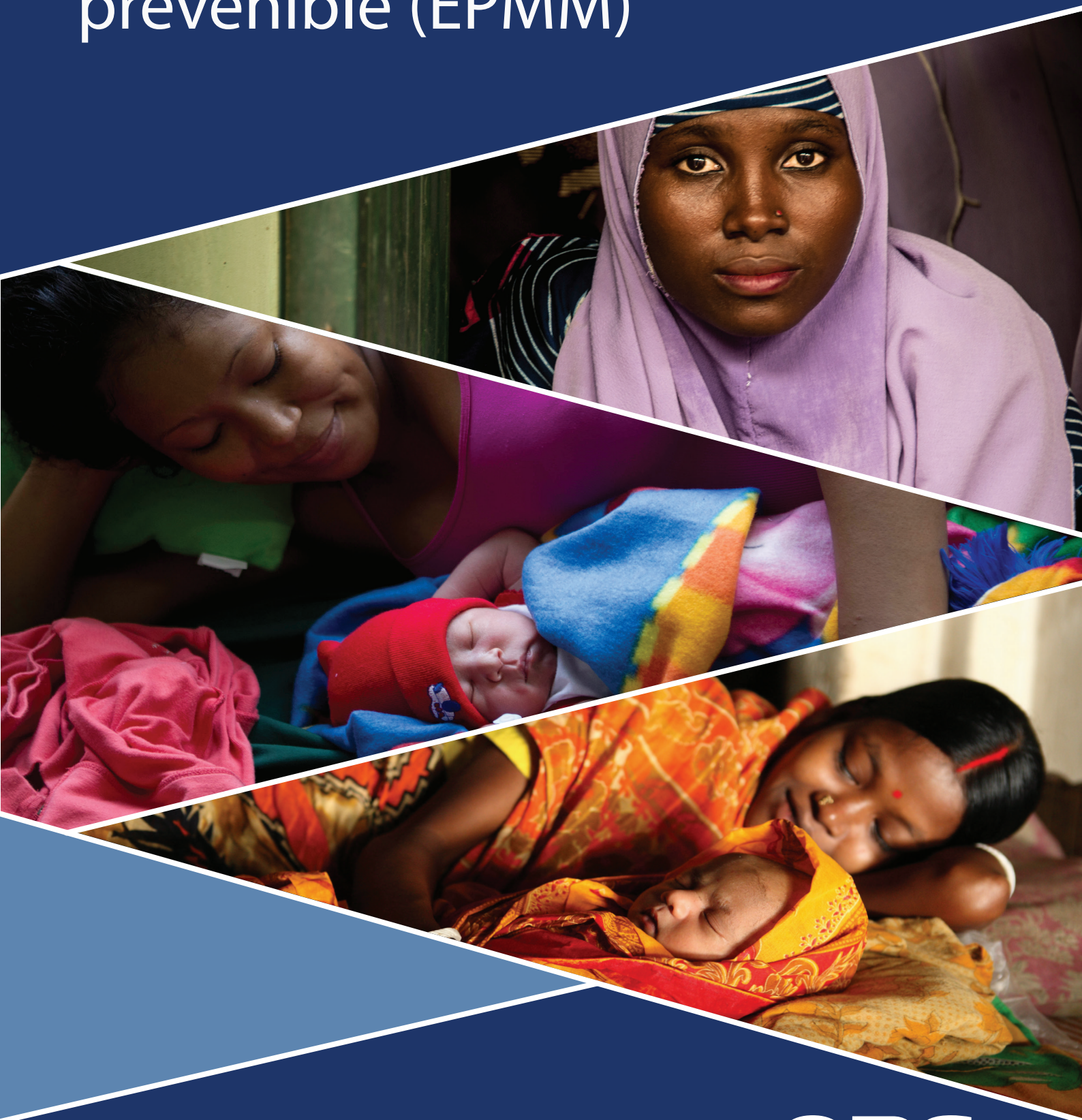


# Estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible (EPMM)



**Crédito de las fotos** (de arriba hacia abajo)

- Karen Kasmauski/MCSP
- UNICEF/Dormino
- Shafiqul Alam Kiron/MCHIP

# Estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible (EPMM)



Versión oficial en español de la obra original en inglés  
Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM)

© World Health Organization 2015

ISBN: 978-92-4-150848-3

Estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible (EPMM)

© **Organización Panamericana de la Salud, 2020**

ISBN: 978-92-75-32210-9

eISBN: 978-92-75-32211-6

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.es>).



Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

**Adaptaciones:** si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: "Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS".

**Traducciones:** si se hace una traducción de la obra, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: "La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción".

**Forma de cita propuesta:** Estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible (EPMM). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

**Datos de catalogación:** pueden consultarse en <http://iris.paho.org>.

Ventas, derechos y licencias: para adquirir publicaciones de la OPS, véase [www.publications.paho.org](http://www.publications.paho.org). Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase [www.paho.org/permissions](http://www.paho.org/permissions).

**Materiales de terceros:** si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, como cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

**Notas de descargo generales:** las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

OPS/FPL/CLP-2020

# Índice

<b>Abreviaturas</b>	<b>1</b>
<b>Introducción</b>	<b>2</b>
<b>Antecedentes</b>	<b>3</b>
Enseñanzas extraídas: éxitos y retos	3
El camino hacia adelante	4
<b>Metas de reducción de la mortalidad materna después del 2015</b>	<b>6</b>
Metas mundiales para aumentar la equidad en la reducción de la razón de mortalidad materna en el mundo	6
Metas nacionales para aumentar la equidad en la reducción mundial de la razón de mortalidad materna	6
Establecimiento de un hito provisional para hacer un seguimiento de los progresos realizados hacia el logro de la meta última relativa a la razón de mortalidad materna	7
<b>Marco estratégico de planificación de políticas y programas para alcanzar las metas relativas a la razón de mortalidad materna</b>	<b>8</b>
Sentar las bases para el marco estratégico	8
Principios rectores, intervenciones transversales y objetivos estratégicos para la planificación de políticas y programas	9
<b>Principios rectores para poner fin a la mortalidad materna prevenible</b>	<b>10</b>
Empoderar a las mujeres, las niñas, las familias y las comunidades	10
Integrar la atención materna y neonatal, proteger y apoyar la relación entre la madre y el bebé	10
Priorizar la implicación de los países, el liderazgo y mecanismos jurídicos, normativos y financieros propicios	11
Aplicar un marco de derechos humanos para garantizar la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la buena calidad de la atención de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal a todas las personas que la necesiten	12
<b>Intervenciones transversales para poner fin a la mortalidad materna prevenible</b>	<b>14</b>
Mejorar los parámetros, los sistemas de medición y la calidad de los datos	14
Dar prioridad a la asignación de recursos suficientes y a una financiación eficaz de la atención sanitaria	15

<b>Elaboración de los cinco objetivos estratégicos orientadores de la planificación programática encaminada a poner fin a la mortalidad materna prevenible</b>	<b>18</b>
1. Abordar las desigualdades en el acceso a los servicios de atención de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal y en la calidad de estos	18
2. Garantizar cobertura universal de salud para una atención integral a la salud sexual, reproductiva, materna y neonatal	19
3. Abordar todas las causas de mortalidad materna, morbilidad reproductiva y materna y discapacidad conexas	20
4. Fortalecer los sistemas de salud para responder a las necesidades y prioridades de las mujeres y las niñas	25
5. Asegurar la rendición de cuentas para mejorar la calidad de la atención y la equidad	27
<b>Conclusiones</b>	<b>28</b>
<b>Agradecimientos</b>	<b>29</b>
<b>Anexo 1. Establecimiento de objetivos para poner fin a la mortalidad materna prevenible: proceso y cronología</b>	<b>30</b>
<b>Anexo 2. Estrategias para acelerar la reducción de la mortalidad materna y metas para después del 2015: 8 al 9 de abril del 2013, Ginebra (Suiza)</b>	<b>31</b>
<b>Anexo 3. Metas y estrategias para poner fin a la mortalidad materna: 16 y 17 de enero del 2014, Ginebra (Suiza)</b>	<b>33</b>
<b>Anexo 4. Consulta de países sobre las metas y estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible. 14 al 16 de abril del 2014, Bangkok (Tailandia)</b>	<b>35</b>
<b>Referencias</b>	<b>41</b>
<i>Figura 1:</i> Razón de mortalidad materna (RMM por cada 100 000 nacidos vivos, estratificada según el nivel de RMM) (4)	3
<i>Figura 2:</i> Reducción de la razón de mortalidad materna a nivel de país	7
<i>Figura 3:</i> Estimaciones mundiales de las causas de mortalidad materna 2003-2009	20
<i>Recuadro 1:</i> Dinámica de las poblaciones	5
<i>Recuadro 2:</i> Objetivo último: poner fin a la mortalidad materna prevenible	9
<i>Recuadro 3:</i> Justificación y alcance de los objetivos estratégicos para poner fin a la mortalidad materna prevenible	16
<i>Recuadro 4:</i> Recursos basados en la evidencia para la planificación de intervenciones clave	22

# Abreviaturas

<b>ACNUDH</b>	Oficina Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
<b>AMDD</b>	Programa de prevención de la mortalidad y la discapacidad maternas (Universidad de Columbia)
<b>CDH</b>	Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas
<b>CEDAW</b>	Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (sigla en inglés)
<b>HRP</b>	Programa de Reproducción Humana
<b>MCHIP</b>	Programa Integrado de Salud Maternoinfantil de USAID (sigla en inglés)
<b>ODM</b>	Objetivo(s) de Desarrollo del Milenio
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ASMRNN</b>	Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño
<b>RHR</b>	Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas (OMS)
<b>RMM</b>	razón de mortalidad materna
<b>UNFPA</b>	Fondo de Población de las Naciones Unidas
<b>UNICEF</b>	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
<b>USAID</b>	Agencia de los EE.UU. para el Desarrollo Internacional
<b>VIH</b>	virus de la inmunodeficiencia humana
<b>WASH</b>	agua, saneamiento e higiene

# Introducción

Al aproximarnos a la fecha límite del 2015 para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), la mortalidad materna prevenible sigue siendo parte de una agenda inconclusa y uno de los desafíos más importantes del mundo, a pesar de los considerables progresos alcanzados en el último decenio. Aunque desde 1990 las muertes maternas se han reducido en 45% a nivel mundial, todavía mueren 800 mujeres cada día por causas en gran parte prevenibles, antes, durante y después de un parto. Un 99% de las muertes maternas prevenibles ocurren en países de ingreso bajo y mediano (1). Dentro de los países, el riesgo de muerte es desproporcionadamente mayor en los segmentos más vulnerables de la sociedad. Para que los progresos sigan y se aceleren, haciendo hincapié en reducir las desigualdades y la discriminación, es necesario que la salud, el bienestar y la supervivencia de las madres sigan siendo un objetivo central y una prioridad en materia de inversiones en el marco del desarrollo sostenible posterior al 2015. La atención a la morbilidad y la mortalidad maternas debe ir acompañada de mejoras en el proceso continuo de la atención a las mujeres y los niños, y compromisos con la salud sexual y reproductiva y la supervivencia neonatal e infantil.

Es hora de movilizar voluntades a nivel mundial, regional, nacional y comunitario para poner fin a la mortalidad materna prevenible. Los análisis indican que podemos alcanzar “una gran convergencia” si, mediante esfuerzos concertados, conseguimos eliminar las amplias disparidades actuales en esa esfera (tanto entre países como dentro de ellos) y reducir los niveles más elevados de mortalidad materna del mundo hasta alcanzar las tasas registradas actualmente en los países de ingresos medianos que muestran el mejor desempeño (2). Conseguirlo sería un gran logro en favor de la equidad mundial y reflejaría un compromiso compartido con el marco de los derechos humanos en pro de la salud.

Para que sean eficaces, los programas de salud materna deben tener presente que el panorama epidemiológico está cambiando y las principales causas de defunción materna se están modificando al tiempo que baja la razón de mortalidad materna; esto se llama “transición obstétrica” (3). En las estrategias para reducir la mortalidad materna se deben tener en cuenta las pautas cambiantes de la fecundidad y de las causas de muerte. La capacidad de contabilizar todas las muertes maternas y neonatales es esencial para entender las causas inmediatas y subyacentes de esas defunciones y desarrollar intervenciones programáticas basadas en datos científicos y adaptadas al contexto para evitar futuras defunciones.

Las metas y estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible se basan en un enfoque de la salud materna y neonatal centrado en los derechos humanos, y apuntan a eliminar las considerables inequidades que dan lugar a disparidades entre países y dentro de ellos en el acceso a la atención y en la calidad y los resultados de esta. Se requieren compromisos políticos concretos e inversiones financieras de los gobiernos nacionales y de los asociados para el desarrollo con objeto de alcanzar las metas y aplicar las estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible.

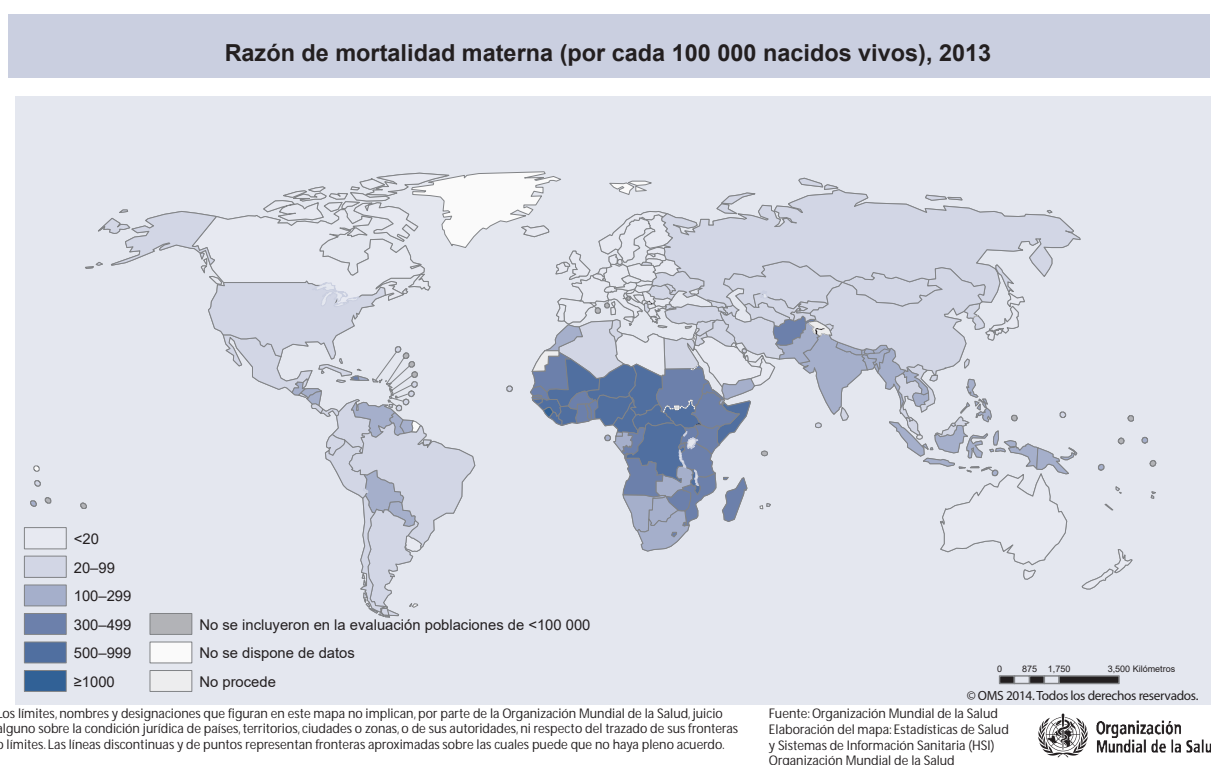


# Antecedentes

## Enseñanzas extraídas: éxitos y desafíos

La meta 5a de los ODM era reducir en 75% la tasa de mortalidad materna entre 1990 y el 2015. Para el 2013 se había alcanzado una reducción de 45% (se pasó de 380 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos en 1990 a 210 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos en el 2013), lo que significaba un adelanto considerable pero distaba mucho de la meta mundial.

**FIGURA 1: 1 Razón de mortalidad materna (RMM por cada 100 000 nacidos vivos, estratificada según el nivel de RMM) (4)**



Para alcanzar esa meta de los ODM, la razón de mortalidad materna de cada país debía registrar, en promedio, una tasa anual de reducción de 5,5%. En cambio, entre 1990 y el 2013 esta tasa fue de solo 2,6%. Sin embargo, los países indicaron que, con compromiso y esfuerzo, podrían acelerar el ritmo del progreso: en promedio, la tasa anual de reducción aumentó de apenas 1,1% durante el período 1990-2000 a 4,1% durante el período 2000-2010. Por otro lado, 19 países mantuvieron una tasa anual de reducción de más de 5,5% entre 1990 y el 2013; la tasa anual de reducción más alta osciló entre 8,1% y 13,2% (4).

La meta 5b de los ODM era lograr, para el 2015, el acceso universal de las mujeres a la salud reproductiva, determinado según la cobertura de atención prenatal, la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos, las necesidades desatendidas de planificación familiar y las tasas de natalidad entre adolescentes. Para el 2014, aunque se habían logrado adelantos en cada categoría, los progresos eran insuficientes y enormemente desiguales según la medición de cada

uno de estos indicadores (5). Queda mucho más por hacer para que todas las mujeres reciban servicios básicos de prevención y atención primaria de salud reproductiva, incluidas la atención durante la preconcepción y la interconcepción, la educación sexual integral, la planificación familiar y la anticoncepción, así como suficiente atención calificada durante el embarazo, el parto y el puerperio. Se necesita asimismo desarrollar parámetros válidos y mejorar la calidad de los datos para cuantificar el acceso de las mujeres y niñas a la salud reproductiva.

Los ODM movilizaron recursos así como voluntad política en los países, y dieron lugar a compromisos mundiales encaminados a mejorar la salud sexual y reproductiva y la supervivencia materno-infantil a un grado sin precedentes. Demostraron que las metas, objetivos y estrategias mundiales compartidos podían galvanizar los esfuerzos concertados necesarios para conseguir progresos cuantificables. Los países de ingreso bajo y mediano que han avanzado rápidamente hacia la consecución del ODM 5 implementaron estrategias singulares adaptadas a las necesidades y contextos locales. Todos ellos utilizaron enfoques multisectoriales y estrategias catalíticas para trasladar los datos científicos a una programación sólida basada en principios rectores claramente enunciados (6). Los progresos conseguidos han puesto de manifiesto la “gran convergencia” de los resultados de salud y permiten prever un mundo donde los países de ingreso bajo, mediano y alto tengan tasas comparables de mortalidad materna (2).

Al mismo tiempo, se pueden extraer enseñanzas considerables. El marco de los ODM ha recibido críticas por dar lugar a un enfoque fragmentado de la planificación sanitaria que no ha propiciado la colaboración intersectorial ni la integración de programas para mejorar la coordinación, la innovación y la eficiencia. Además, en los ODM no se prestaba suficiente atención a principios del desarrollo tales como los derechos humanos, la equidad, la reducción de la pobreza, el empoderamiento de mujeres y niñas y la igualdad de género. El énfasis en los promedios nacionales puede haber dado lugar a una asignación de prioridades a condiciones y poblaciones que eran muy fáciles de abordar, antes que a la eliminación de las disparidades de salud entre subgrupos vulnerables (7).

## El camino hacia adelante

La evolución de las tendencias demográficas y la carga mundial de morbilidad repercutirán en los riesgos maternos e influirán en las estrategias que los países apliquen para poner fin a la mortalidad materna prevenible.

El concepto de “transición obstétrica” se adaptó de modelos clásicos de transiciones epidemiológicas experimentadas por países en su trayectoria de desarrollo. Aplicado a la atención de salud de la madre y del recién nacido, significa que los países atraviesan una serie de etapas que reflejan el estado de su sistema de salud y cambios en las causas primarias de muerte a medida que se reduce la tasa de mortalidad materna. En teoría, el desarrollo va acompañado de disminuciones en las tasas de fecundidad y de mortalidad materna en general, y las causas de muerte pasan de ser principalmente causas directas y enfermedades transmisibles a ser en mayor proporción causas indirectas y enfermedades crónicas (3). En la práctica, este cambio es observable en las recientes estimaciones de las causas de muerte materna a nivel mundial (8). Las diferentes causas primarias de muerte requieren diferentes estrategias e intervenciones. Las etapas descritas en el modelo de la transición obstétrica pueden servir de orientación sobre las más urgentes prioridades de salud y áreas por mejorar en función de la razón de mortalidad materna. Un mejor conocimiento de las causas de muerte en cada contexto, conocimiento obtenible mediante un sistema de vigilancia y respuesta ante la mortalidad materna, averiguaciones confidenciales y otros métodos para contabilizar cada muerte, permitirá tener más información para planificar intervenciones específicas.

Un corolario importante de este modelo es la necesidad de una planificación dinámica que tenga en cuenta las prioridades inmediatas y prevea las necesidades futuras a medida que los países avanzan para poner fin a la mortalidad materna prevenible. Los países con una razón de mortalidad materna muy alta tendrían que centrar sus estrategias en la planificación familiar, las causas directas de la mortalidad materna, así como la mejora de la infraestructura básica del sistema social y de salud y de la calidad mínima de la atención.

Los países con una razón de mortalidad materna más baja se enfrentan con un conjunto diferente de riesgos primarios y desafíos para el sistema de salud; sus estrategias deben abordar las enfermedades no transmisibles y otras causas indirectas, los determinantes sociales de la mala salud, la humanización de la atención y el exceso de intervenciones. Los países con una razón de mortalidad materna dentro de los rangos medios afrontan simultáneamente las afecciones infecciosas y las no transmisibles que repercuten sobre la salud y la supervivencia maternas. Mientras que la equidad es importante en todos los niveles, al bajar las tasas de mortalidad promedio la atención se debe concentrar en eliminar las disparidades en los subgrupos vulnerables.

Por consiguiente, para poner fin a la mortalidad materna prevenible se requiere un marco específico que ofrezca a las instancias normativas y los planificadores de programas una orientación real para la planificación estratégica, pero que también sea flexible y pueda ser interpretado de manera significativa y adaptado a fin de conseguir una eficacia máxima en los diversos contextos de país en los que se deba aplicar. Con miras a lograr este objetivo, la elaboración de las metas y estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible ha ido precedida de un intenso proceso consultivo (véase el anexo 1).

### **Recuadro 1: Dinámica de las poblaciones**

Los cambios demográficos tendrán importantes consecuencias para la planificación de programas y la prestación de servicios en los decenios por venir. La migración hacia las ciudades y el creciente número de personas que viven en barrios pobres urbanos bien pueden cambiar la manera en que las personas demandan y obtienen acceso a los servicios de salud. Como consecuencia del aumento de la migración hacia las ciudades, desde el 2000 el número de residentes de los barrios pobres se ha incrementado en 55 millones. Esto genera nuevas necesidades que plantean un reto para los planificadores y los sistemas de salud de los países. Según las estadísticas del Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos, la población de los barrios pobres es de 199,5 millones en el África subsahariana, 190,7 millones en el Asia Meridional, 189,6 millones en el Asia Oriental, 110,7 millones en América Latina y el Caribe, 88,9 millones en el Asia Sudoriental, 35 millones en el Asia Occidental y 11,8 millones en África del Norte (9).

Factores tales como la urbanización acelerada, los disturbios políticos en áreas de conflicto, los cambios en las tasas de fecundidad o los crecientes números de partos atendidos en los centros de salud cambian el panorama de los riesgos maternos y requieren una reevaluación de la estrategia de salud materna y las prioridades programáticas de un país. La privatización y la descentralización de los sistemas de atención de salud son respuestas a los cambios demográficos cuyos efectos deben estudiarse (10). Los países necesitan herramientas para determinar las prioridades programáticas actuales en función de las causas directas y los determinantes más frecuentes de la mortalidad materna en los respectivos contextos. Es preciso planificar a corto, mediano y largo plazo para prever la infraestructura, los productos básicos y el personal de atención de salud materna que necesita el sistema de salud para satisfacer estas necesidades cambiantes, y se requiere un marco racional para asignar esos recursos. Una estrategia única de salud materna no será adecuada para todos los países, ni dentro de un mismo país a lo largo del tiempo ni para todas las subpoblaciones.

# Metas de reducción de la mortalidad materna después del 2015

En el ámbito de la salud materna, los interesados directos consideran necesaria una meta específica sobre la reducción de la mortalidad materna en el marco para el desarrollo después del 2015, con el objetivo último de poner fin a las muertes maternas prevenibles. Para ello es preciso acelerar los progresos, desplegar esfuerzos nacionales y mundiales concertados y establecer metas mundiales de reducción de las disparidades existentes entre los países en cuanto a la mortalidad materna. Dentro de los países, las metas y planes nacionales también deben abordar las disparidades entre los distintos subgrupos para ayudar a lograr la equidad a nivel nacional y mundial, así como una “gran convergencia” en favor de la supervivencia materna.

## Metas mundiales para aumentar la equidad en la reducción de la razón de mortalidad materna en el mundo

Para el 2030, todos los países deberían reducir la razón de mortalidad materna (RMM) en al menos dos tercios respecto de su nivel de referencia del 2010. La **meta mundial** promedio para el 2030 es una RMM de menos de 70 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos. La **meta nacional complementaria** para el 2030 es que *ningún* país tenga una RMM de más de 140 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos (un número que duplica el de la meta mundial).

El logro de la meta mundial indicada anteriormente para después del 2015 requerirá una tasa anual de reducción de la RMM de 5,5% a nivel mundial, similar a la meta 5a de los ODM. Para alcanzar la meta mundial todos los países deben contribuir al promedio mundial reduciendo su propia RMM a partir de los niveles estimados del 2010 (basados en cálculos de la mortalidad materna 1990–2015 realizados por el Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad Materna).

Se requiere una intensa acción en los países con las RMM más altas porque tendrán que reducir sus RMM a una tasa de reducción anual superior al 5,5%. Sin embargo, la meta secundaria es un mecanismo importante para reducir los extremos de inequidad entre países respecto de la supervivencia materna a nivel mundial. Los países con las RMM más bajas tienen dificultades para lograr una reducción de dos tercios respecto del nivel de referencia. Se reconoce que, cuando el número absoluto de muertes maternas es muy pequeño, las diferencias dejan de ser estadísticamente significativas y se dificultan las comparaciones. Sin embargo, en estos países también puede haber subpoblaciones con alto riesgo de mortalidad materna, por lo que la equidad en la supervivencia materna seguiría siendo una meta importante.

Estas metas son ambiciosas pero factibles habida cuenta de los datos científicos sobre los progresos logrados en los 20 últimos años. Las metas concentrarán la atención en la reducción de la mortalidad materna y en la salud de la madre y del recién nacido como componentes fundamentales de la agenda para el desarrollo después del 2015. El proceso para establecer estas metas y la selección de los indicadores se presentan en otros documentos (11,12).

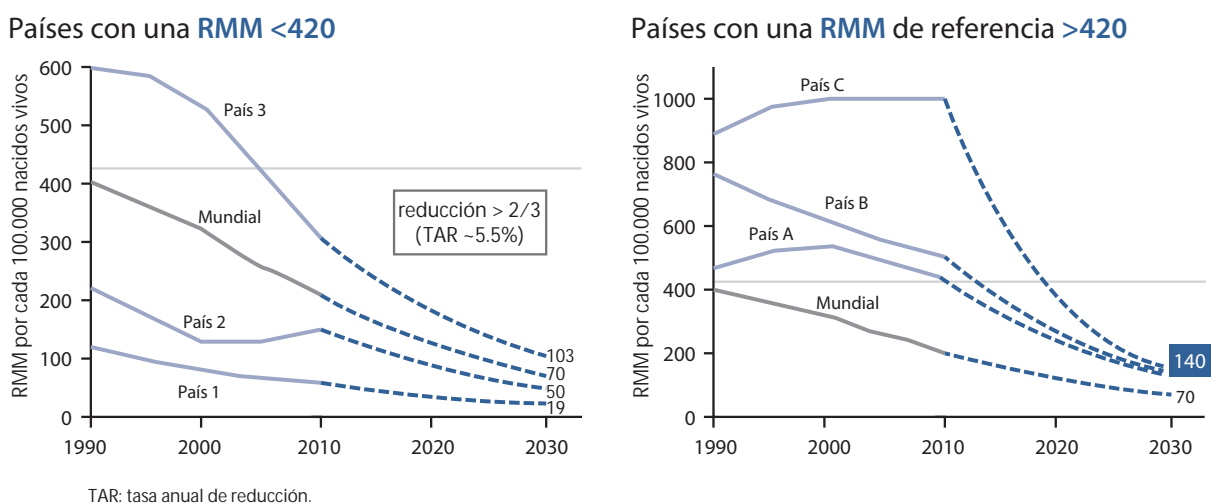
## Metas nacionales para aumentar la equidad en la reducción mundial de la razón de mortalidad materna

Para priorizar la equidad a nivel de país se deberían ampliar y mejorar los métodos de medición de la equidad con miras a un seguimiento preciso de los esfuerzos encaminados a eliminar las disparidades existentes en la RMM entre subpoblaciones en el interior de todos los países.

Metas nacionales: La meta de una RMM de menos de 70 para el 2030 se aplica a nivel mundial, pero no necesariamente a cada país. Se recomiendan los siguientes conjuntos de metas nacionales (figura 2).

- **Para países con una RMM de menos de 420 en el 2010** (la mayoría de los países del mundo): para el 2030, reducir la RMM en al menos dos tercios respecto del nivel de referencia del 2010.
- **Para todos los países con una RMM de referencia mayor que 420 en el 2010:** la tasa de disminución debe ser más pronunciada para que en el 2030 ningún país tenga una RMM de más de 140.
- **Para todos los países con una RMM baja en el 2010:** lograr la equidad a nivel subnacional en la RMM que afecta a los grupos vulnerables.

**FIGURA 2:** Reducción de la razón de mortalidad materna a nivel de país



A la hora de establecer las metas, **es necesario mejorar los métodos de medición y la calidad de los datos para hacer posible un seguimiento más preciso de los progresos realizados y las causas de mortalidad observadas en los países.** Para contextualizar las metas y posibilitar una planificación estratégica colaborativa y el intercambio de prácticas óptimas a nivel regional, tal vez sea apropiado definir metas más ambiciosas en algunas regiones.

## Establecimiento de un hito provisional para hacer un seguimiento de los progresos realizados hacia el logro de la meta última relativa a la razón de mortalidad materna

Con el fin de ayudar a los países a hacer un seguimiento de los progresos realizados hacia el logro de cada una de las metas nacionales de aquí al 2030 y a evaluar la eficacia de sus estrategias de reducción de la mortalidad, se propone establecer un importante hito intermedio para el 2020. Se basará en las estimaciones finales de la RMM del 2015, que determinarán la RMM de referencia del 2010 aplicable a las metas previstas para después del 2015 a nivel mundial y nacional.

# Marco estratégico de planificación de políticas y programas para alcanzar las metas relativas a la razón de mortalidad materna

## Sentar las bases para el marco estratégico

### La contribución de la salud de la madre, del recién nacido y del niño al desarrollo sostenible

La eliminación de la mortalidad materna prevenible es un pilar del desarrollo sostenible, habida cuenta del papel esencial que desempeñan las mujeres en las familias, las economías, las sociedades, así como en el desarrollo de las futuras generaciones y las comunidades. Las inversiones en la salud maternoinfantil darán importantes réditos sociales y económicos. Un análisis reciente indica que un aumento del gasto en salud de solo US\$ 5 por persona por año de aquí al 2035 en los 74 países que registran la mayor parte de las muertes maternas e infantiles podría aportar beneficios económicos y sociales por un valor nueve veces mayor (13).

### Énfasis en la eficacia de la aplicación como fundamento de un cambio de paradigma

El cambio de paradigma para el próximo programa de salud materna se basa firmemente en la eficacia de la aplicación, que concilia un marco estratégico de políticas bien estudiado con un énfasis en la eficacia de la aplicación en todos los niveles teniendo en cuenta los factores contextuales, la dinámica del sistema de salud y los determinantes sociales de la salud.

Una atención eficaz a la salud de las mujeres y las niñas, así como a la de las madres y los recién nacidos, debe sustentarse en la colaboración y la cooperación intersectoriales en todos los niveles, habida cuenta de los vínculos vitales existentes entre la RMM y los sistemas de abastecimiento de agua y saneamiento e higiene, la infraestructura de transporte y comunicación, así como los sistemas educativo, jurídico y financiero de un país. Debe adaptarse a las circunstancias, los aspectos positivos y las dificultades locales, y abordar las necesidades y los problemas de aplicación en todos los niveles. La planificación de los programas debe centrarse en las personas, es decir que debe guiarse por las aspiraciones, experiencias y decisiones de las personas y por las percepciones que estas tienen de la calidad (14). Los servicios asistenciales deben basarse en el respeto a la voluntad, la autonomía y las decisiones de las mujeres y las niñas.

Una planificación eficaz de los programas debe centrarse en el bienestar y basarse en la población; ha de brindarse una atención primaria y preventiva de apoyo a la mayoría de las mujeres, fundamentalmente sanas, para que puedan tener embarazos y partos planeados y sin complicaciones; al mismo tiempo, se debe velar por que los embarazos de riesgo y las complicaciones se detecten precozmente y las intervenciones indicadas se realicen de forma adecuada y oportuna. Así pues, por lo que respecta a la atención se debe destacar la importancia del marco de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios, junto con otras pautas de derechos humanos tales como la participación, la información y la rendición de cuentas, todo lo cual se consigue cultivando un entorno propicio sólido.

En una prestación eficaz de los servicios se integran intervenciones clave en todo el espectro de la salud sexual, reproductiva, de la madre, del recién nacido, del niño y del adolescente siempre que sea posible para bajar los costos aumentando la eficiencia y reduciendo la duplicación de

servicios (15). Al mismo tiempo, se satisfarán las necesidades sanitarias y sociales de las mujeres y las comunidades y se promoverá el objetivo de una atención centrada en las personas. Los formuladores de políticas y los planificadores en materia de salud reproductiva y materna deben priorizar que haya recursos adecuados y una financiación eficiente de la asistencia sanitaria velando simultáneamente por la costo-eficacia de los servicios que se dispensan.

Con el fin de que resulten eficaces para todas las mujeres, madres y recién nacidos, los servicios de atención de salud sexual, reproductiva, de la madre, del recién nacido, del niño y del adolescente deben planificarse e implementarse desde un enfoque basado en los derechos, y la atención de salud debe integrarse en un marco más amplio de equidad, transparencia y responsabilización e incluir mecanismos de participación, vigilancia y reparación. Por otro lado, es preciso mejorar los parámetros, los sistemas de medición y la calidad de los datos para que se contabilicen todas las muertes maternas y neonatales y los casos de mortinatalidad, y se haga un seguimiento de otros indicadores importantes de los procesos, las estructuras y los resultados en lo que respecta a la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad de los servicios.

## **Principios rectores, intervenciones transversales y objetivos estratégicos para la planificación de políticas y programas**

El siguiente marco estratégico refleja las contribuciones y el apoyo de una amplia base de partes interesadas y en él se han de enmarcar las principales intervenciones y las mediciones de la eficacia.

### **Recuadro 2: Objetivo último: poner fin a la mortalidad materna prevenible**

#### **Principios rectores de las estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible**

- Empoderar a las mujeres, las niñas y las comunidades.
- Proteger y apoyar el binomio madre-bebé.
- Garantizar la implicación de los países, el liderazgo y el establecimiento de marcos jurídicos, normativos y financieros propicios.
- Aplicar un marco de derechos humanos para garantizar la disponibilidad, la accesibilidad y la aceptabilidad de una atención a la salud reproductiva, materna y neonatal de gran calidad para todas las personas que la necesiten.

#### **Intervenciones transversales para poner fin a la mortalidad materna prevenible**

- Mejorar los parámetros y sistemas de medición y la calidad de los datos para que se contabilicen todas las muertes maternas y neonatales.
- Asignar suficientes recursos y una financiación eficaz de la asistencia sanitaria.

#### **Cinco objetivos estratégicos para poner fin a la mortalidad materna prevenible**

- Abordar las desigualdades en el acceso a los servicios de atención de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal y en la calidad de estos.
- Garantizar cobertura universal de salud para una atención integral a la salud sexual, reproductiva, materna y neonatal.
- Abordar todas las causas de mortalidad materna, morbilidad reproductiva y materna y discapacidad conexas.
- Fortalecer los sistemas de salud para responder a las necesidades y las prioridades de las mujeres y las niñas.
- Asegurar la rendición de cuentas para mejorar la calidad de la atención y la equidad.

# Principios rectores para poner fin a la mortalidad materna prevenible

## Empoderar a las mujeres, las niñas, las familias y las comunidades

La priorización de la supervivencia y de la salud de las mujeres y las niñas requiere el reconocimiento de su gran valor dentro de la sociedad, para lo cual hay que prestar atención a la igualdad de género y al empoderamiento. Esto incluye estrategias para garantizar la igualdad de acceso a los recursos, la educación (incluida la educación sexual integral) y la información, y esfuerzos concentrados en eliminar la violencia de género y la discriminación por razón de género, por ejemplo las faltas de respeto y el maltrato a las mujeres que utilizan los servicios de asistencia sanitaria. La violencia de género está generalizada en todo el mundo y afecta a la salud reproductiva de las mujeres y las niñas a lo largo de sus vidas. Sus consecuencias adversas comprenden embarazos no deseados, complicaciones de los embarazos, incluidos peso bajo al nacer y aborto espontáneo, lesiones y muertes maternas e infecciones de transmisión sexual, como la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (16).

Las estrategias para empoderar a las mujeres en el contexto de la atención a su salud reproductiva y materna deben asegurar que ellas tengan poder de decisión, pero también disponibilidad de opciones que les permitan elegir. El logro de una igualdad sustantiva requiere que los gobiernos aborden los determinantes estructurales, históricos y sociales de la salud y de la discriminación por razón de género, incluidas la desigualdad económica y la discriminación en lugares de trabajo, y velen por la igualdad de resultados para las mujeres y las niñas (17, 18). Los datos científicos muestran que, cuando las niñas ejercen sus derechos a retrasar el matrimonio y la maternidad y deciden continuar estudiando, la mortalidad materna baja por cada año adicional de estudios completado (19,20). Estas y otras intervenciones que promueven la capacidad de las mujeres para cuidarse y elegir por sí mismas contribuyen a su empoderamiento, que abarca autonomía respecto de sus propias vidas reproductivas y decisiones sobre atención de salud, acceso a los servicios y a opciones de atención de salud, y capacidad de influir en la calidad de los servicios mediante mecanismos participativos y responsabilidad social. El apoyo a la capacidad y al derecho de las mujeres a tomar decisiones activas también influye positivamente en la salud de sus hijos y familias.

Las personas están empoderadas para participar e influir en el funcionamiento del sistema de salud cuando están incluidas como verdaderas partes en los mecanismos de rendición de cuentas y cuando se establecen procesos participativos para identificar los factores que afectan a las mujeres y las niñas que solicitan atención. Numerosos estudios también han revelado que la participación de hombres y niños como defensores y agentes de cambio puede mejorar la salud de las familias y de comunidades enteras (21). Además de la educación, de la información y de las campañas por medios tradicionales o por redes sociales, estas dimensiones fundamentales de un marco de empoderamiento pueden ayudar a cambiar normas sociales en familias y comunidades.

## Integrar la atención materna y neonatal, proteger y apoyar la relación entre la madre y el bebé

Los resultados de salud de las madres, los recién nacidos y los niños están estrechamente vinculados; la muerte y las enfermedades de las madres afectan a la supervivencia, al crecimiento y al desarrollo de los recién nacidos y los niños (22). Así pues, forma parte intrínseca del marco proteger y respaldar la relación entre la madre y el bebé y fomentar la integración de las estrategias y de la prestación de



servicios para ambos, inclusive relacionar los datos vitales recogidos y registrados sobre las madres y sus hijos recién nacidos y prevenir la transmisión maternoinfantil de VIH. En efecto, toda política o programa que se centre en la salud de la madre o del recién nacido debe tener en cuenta al otro. Este es el principio de la “convergencia de la supervivencia” (23).

Es importante reconocer la importancia especial de la relación entre la madre y el bebé. Los resultados de salud de los recién nacidos mejoran cuando se les ofrece la atención que necesitan sin separarlos de la madre. Esta integración de la atención también resulta más aceptable para las mujeres y las familias y eficiente para el sistema de salud. Los servicios de salud a la madre y al recién nacido se deben dispensar de forma conjunta, siempre que sea posible, sin comprometer la calidad de la atención para ninguno de los dos.

## **Priorizar la implicación de los países, el liderazgo y mecanismos jurídicos, normativos y financieros propicios**

El marco estratégico para la salud materna y neonatal prioriza la implicación de los países, el liderazgo y mecanismos jurídicos, normativos y financieros propicios con objeto de velar por que las estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible vayan más allá de la política y se traduzcan en acción en los países. Uno de los puntos centrales de este principio es una buena gobernanza y una rectoría eficaz de toda la gama de herramientas políticas, capital social y recursos financieros disponibles para respaldar y hacer posible un sistema de salud sumamente eficaz. Es necesario contar con información transparente y disponible públicamente sobre los presupuestos y las políticas de salud materna a fin de promover la responsabilización y desalentar la corrupción.

La implicación de los países atañe a los dirigentes y a los formuladores de políticas, y se hace extensiva a la sociedad civil merced a las aportaciones y la participación de la comunidad. El compromiso y la movilización de la comunidad se refuerzan a través de mecanismos de responsabilización social que alientan a las mujeres y las comunidades a participar en el sistema y a desempeñar su función para velar por que haya una atención de salud materna y neonatal disponible, aceptable, accesible y de buena calidad, organizada para responder a sus necesidades de salud, así como a sus valores y preferencias (24).

Un liderazgo fuerte promueve un entorno propicio que facilita el compromiso político y económico de los dirigentes de los países, los asociados en el desarrollo y los financiadores. Un liderazgo fuerte también es fundamental para abogar en favor de las metas mundiales y nacionales en cuanto a la razón de mortalidad materna, hacer posible que todos los países avancen de forma continua por las fases de la transición obstétrica, e instaurar y mantener sistemas de atención de salud que puedan prestar con fiabilidad y equidad la atención necesaria para poner fin a la mortalidad materna prevenible.

Entre los mecanismos jurídicos propicios figuran leyes y políticas que defiendan los derechos humanos en el contexto de la atención a la salud materna, leyes que garanticen el acceso a una atención integral de la salud de la madre y prevean la cobertura universal de salud, mecanismos de reparación jurídica para las personas que hayan sufrido daños, maltrato o abandono cuando solicitaban atención, así como leyes laborales de apoyo y marcos jurídicos que rijan la autorización para el ejercicio de la actividad profesional del personal dedicado a la atención de maternidad en las jurisdicciones en las que se necesiten (25–28). Los mecanismos jurídicos propicios también van más allá del escenario de la organización y dispensa de servicios de salud para incluir leyes que aborden la discriminación por razón de género y empoderen a las mujeres y las niñas, por ejemplo al prohibir el matrimonio precoz.

Los mecanismos normativos propicios posibilitan una gestión eficaz del personal necesario; entre ellos figuran, por ejemplo, la normativa que regula la labor del personal de partería y de enfermería y la de los médicos, así como las normas que guían la distribución de tareas con objeto de incrementar el acceso oportuno a una atención de calidad, por ejemplo las intervenciones para prevenir y gestionar las complicaciones. La compilación de estadísticas vitales y de datos de mejor calidad sobre las causas de la mortalidad materna y neonatal y la mortinatalidad mediante vigilancia y respuesta ante las muertes maternas también se puede apoyar con mecanismos normativos de facilitación.

Entre los mecanismos financieros propicios encaminados a lograr cobertura universal de salud se incluyen las transferencias de efectivo condicionadas, los programas de vales, diversos tipos de seguro e incentivos basados en el desempeño. Los mecanismos financieros propicios pueden referirse también a una armonización entre los donantes y a esfuerzos de estos por garantizar que la financiación no imponga barreras estructurales frente a la consecución de resultados importantes que no puedan medirse fácilmente dentro de ciclos cortos de financiación o siguiendo líneas programáticas y técnicas verticales.

## **Aplicar un marco de derechos humanos para garantizar la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la buena calidad de la atención de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal a todas las personas que la necesiten**

La Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (ACNUDH) respalda los diversos mecanismos de seguimiento de los derechos humanos desde el sistema de Naciones Unidas. Sus órganos de vigilancia del cumplimiento de los tratados han considerado sistemáticamente la mortalidad materna como una cuestión de derechos humanos. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por su sigla en inglés), el Comité de Derechos Humanos y el Comité de los Derechos del Niño han interpretado cada uno explícitamente que el derecho a la vida comprende la obligación de prevenir y abordar la mortalidad materna (29–31). El CEDAW ha afirmado que un indicador importante de la realización de los derechos de las mujeres es si los Estados aseguran la igualdad de resultados de salud para las mujeres, incluida la disminución de la tasa de mortalidad materna (32). Las organizaciones de seguimiento de tratados también han destacado la prevención de la mortalidad materna y la prestación de los servicios de salud materna entre las obligaciones estatales de cumplir con el derecho a la salud (33, 34). El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha indicado explícitamente que los Estados tienen la obligación de garantizar a las mujeres una atención de salud materna, que abarca la atención prenatal y posnatal, como obligación central amparada por el derecho a la salud (35). Las organizaciones de vigilancia del cumplimiento de los tratados también han vinculado las tasas elevadas de mortalidad materna con falta de servicios integrales de salud reproductiva (36), leyes restrictivas sobre el aborto (37), abortos peligrosos o ilegales (38, 39), maternidad adolescente (40), matrimonio precoz y forzado (41) y acceso inadecuado a los métodos anticonceptivos (42).

El Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (CDH) también ha reconocido que las tasas elevadas de morbilidad y mortalidad maternas son inadmisibles y constituyen una violación de derechos humanos. En una resolución destaca que la mortalidad materna no es solo un problema de salud y desarrollo, sino también una manifestación de diversas formas de discriminación contra la mujer (26). Las normas internacionales de derechos humanos exigen que los gobiernos adopten medidas para mejorar la salud maternoinfantil, los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos el acceso a la planificación familiar, la atención pre y posnatal, los servicios obstétricos de urgencia y el acceso a la información, así como a los recursos necesarios

para actuar de acuerdo con esa información. Se espera que, donde los recursos sean limitados, los Estados prioricen determinadas intervenciones fundamentales, sobre todo las que ayuden a garantizar la salud materna y en particular la atención obstétrica de urgencia (43).

Sin embargo, un enfoque de la salud de la madre y del recién nacido basado en los derechos humanos va más allá de la prestación de servicios porque abarca una aplicación más amplia de principios basados en derechos con miras a proteger y apoyar la salud de la población. La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), en sus orientaciones para abordar la morbilidad y la mortalidad maternas aplicando un enfoque basado en derechos, incluye como principios fundamentales el empoderamiento, la participación, la no discriminación, la transparencia, la sostenibilidad, la rendición de cuentas y la asistencia internacional. Además, en esas orientaciones se destaca específicamente que mejorar la situación de la mujer, garantizar los derechos de salud sexual y reproductiva prestando atención también al problema de los abortos peligrosos, fortalecer los sistemas de salud y mejorar el seguimiento y la evaluación son elementos necesarios de un marco estratégico basado en derechos para reducir la morbilidad y la mortalidad maternas (44).

A medida que se hace posible prever el final de las muertes maternas y neonatales prevenibles, el alcance de la planificación estratégica debe dejar de centrarse exclusivamente en prevenir los peores resultados en las 'mujeres de más alto riesgo' y pasar en cambio a apoyar y alentar resultados óptimos para todas las mujeres. Por lo tanto, las mayores prioridades de un programa de acción sanitaria para un futuro sostenible deben incluir la educación y el empoderamiento de las mujeres y las niñas, la igualdad de género, la reducción de la pobreza, la cobertura y el acceso universales, y la equidad en el contexto general de un enfoque de la salud y de la atención de salud basado en los derechos. Esta reorientación hacia una salud óptima para todos requiere un cambio fundamental de paradigma.

# Intervenciones transversales para poner fin a la mortalidad materna prevenible

## Mejorar los parámetros, los sistemas de medición y la calidad de los datos

Un objetivo clave de la mejora de los sistemas de medición es lograr que se contabilicen todas las muertes maternas y neonatales. Se estima que solo un tercio de los países tiene capacidad para contabilizar o registrar las muertes maternas (45). Menos de las dos quintas partes de los países tienen un sistema de registro civil completo en el que conste la causa exacta de la muerte, que debe ser conocida para calcular con precisión la mortalidad materna (4). En el 2011, solo dos de los 49 países menos adelantados de las Naciones Unidas tenían una cobertura de registro de más de 50% de las defunciones (46).

Actualmente es necesario recurrir a estimaciones para inferir la razón de mortalidad materna en muchos países sobre los cuales se dispone de pocos datos o de ninguno; lamentablemente, estos países son los que suelen tener mayor mortalidad y morbilidad grave porque su infraestructura sanitaria es débil. Dado que diversos países del mundo no utilizan instrumentos e indicadores estandarizados para el seguimiento de la mortalidad materna, es necesario recurrir a estimaciones para hacer comparaciones internacionales y medir los progresos hacia las metas mundiales. Las estimaciones que se ajustan recurriendo a modelos que permiten la comparabilidad y compensan los datos faltantes arrojan estimaciones puntuales diferentes a las de los países que disponen de fuentes de datos propias, lo que provoca confusión y consternación.

Una prioridad transversal de la estrategia para después del 2015 a contabilizar cada defunción materna y perinatal previo establecimiento de sistemas nacionales eficaces de registro civil y de estadísticas vitales en todos los países, como se indica en la recomendación de la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas. (28). Esto requerirá la implementación de un certificado internacional de defunción revisado normalizado en el que se identifiquen claramente las defunciones de mujeres en edad fecunda y la relación de la defunción con el embarazo, y certificados normalizados de nacimiento y de defunciones perinatales (casos de mortinatos y de defunciones neonatales hasta los 28 días de edad). Lo ideal sería que en estos registros se vinculen los datos de las madres con los de sus hijos recién nacidos. Se deberían utilizar definiciones normalizadas entre países y dentro de ellos (con numeradores y denominadores estandarizados) para la codificación y notificación de las muertes maternas y las muertes obstétricas indirectas a fin de conocer exactamente las causas de muerte y posibilitar comparaciones válidas; por lo tanto, todos los países deberían adoptar definiciones que concuerden con el Manual de la vigente Clasificación Internacional de Enfermedades. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha aclarado la aplicación de estas definiciones a las defunciones ocurridas durante el embarazo, el parto y el puerperio (47). La vigilancia y respuesta ante las muertes maternas y una vigilancia similar de las muertes perinatales, incluidas averiguaciones confidenciales y la compilación de datos sobre la calidad de la atención en casos de near misses y de morbilidad grave, son también mecanismos importantes para garantizar que se contabilicen todas las muertes.

La mejora de los parámetros y los sistemas de medición tiene una utilidad igualmente importante para otros fines, por ejemplo rendir cuenta de la equidad y de la eficacia de los programas. Es necesario elaborar indicadores de equidad que no sobrecarguen los sistemas de compilación de

datos, en particular en los dispensarios. Se necesita un acuerdo sobre los indicadores de cobertura de los programas para medir la calidad y la eficacia de la atención (48); esos datos también podrían utilizarse para la rendición de cuentas, por ejemplo a través de auditorías y retroinformación. La normalización de fuentes de datos, indicadores e intervalos de recogida de datos para posibilitar mejores comparaciones mundiales, así como el uso local de los datos para velar por la calidad de la atención y la rendición de cuentas del sistema de salud en los programas clínicos, son componentes importantes de la eficacia de los programas. Las nuevas tecnologías empleadas en la recogida de datos (por ejemplo en el mapeo y el uso de teléfonos móviles), de eficacia demostrada, también pueden agilizar el acopio de datos para su uso efectivo en tiempo real.

## **Dar prioridad a la asignación de recursos suficientes y a una financiación eficaz de la atención sanitaria**

El imperativo de dar prioridad a la asignación de recursos suficientes y sostenibles para la salud de la madre y del recién nacido incumbe tanto a los asociados para el desarrollo y a los donantes de la comunidad mundial como a los dirigentes políticos y a los responsables de adoptar decisiones financieras en los países. Abarca la asignación presupuestaria de fondos suficientes mediante partidas presupuestarias específicas y transparentes destinadas a la salud de la madre y del recién nacido. Incluye la financiación de la atención para la cobertura universal de salud, así como mecanismos de financiación innovadores e incentivos para garantizar la equidad, aumentar la cobertura y mejorar la calidad. La colaboración intersectorial más allá del sector de la salud es un factor decisivo para poner fin a la mortalidad materna prevenible. Una asociación estrecha con el sector de las finanzas es un componente vital de la colaboración intersectorial y debe incluir a protagonistas privados y públicos de la atención nacional de salud, ministerios de finanzas, así como asociados para el desarrollo y donantes privados, bilaterales y mundiales.

Un grupo de financiamiento integrado por múltiples interesados directos y coordinado por el Banco Mundial ha emitido una nota conceptual sobre un Mecanismo Mundial de Financiamiento para la salud sexual, reproductiva, de la madre, del recién nacido, del niño y del adolescente del 2015 al 2030. Articulando con mayor detalle análisis publicados en dos informes recientes (13,49), ese Mecanismo establece un marco para lograr la “gran convergencia” ya mencionada entre los países de ingresos bajos y altos en favor de resultados de salud para el 2030. El marco prevé contribuciones nacionales y estima las necesidades de financiamiento por donantes para alcanzar una cobertura alta de salud sexual, reproductiva, de la madre, del recién nacido, del niño y del adolescente para el 2030 en los 75 países donde ocurren 98% de las muertes maternas y neonatales (50). Según este marco, los países de ingresos bajos y medianos deben asignar al menos 3% de su producto interno bruto a los gastos públicos en salud en general, y de ese porcentaje al menos 25% (y hasta 50%) se debe asignar a la salud sexual, reproductiva, de la madre, del recién nacido, del niño y del adolescente. Los financiadores mundiales deben cubrir la brecha de financiamiento, cuya estimación va de US\$ 5,24 por persona en el 2015 a US\$ 1,23 por persona en el 2030 (51).

La transparencia presupuestaria, garantizada mediante vigilancia, análisis y defensa del presupuesto, es importante para que los beneficiarios de la sociedad civil puedan verificar si los compromisos políticos adquiridos se cumplen de hecho. Un enfoque de derechos humanos aplicado a la vigilancia de los presupuestos destinados a la salud materna garantiza que las decisiones políticas, incluida la asignación de recursos financieros, se lleven a cabo con transparencia, rendición de cuentas, no discriminación y participación (52). La Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño recomienda que los países hagan un seguimiento e informen sobre al menos dos indicadores, a saber:

(i) el gasto total per cápita en salud, por fuente de financiamiento, y

- (ii) el gasto total per cápita en salud reproductiva, de la madre, del recién nacido y del niño, por fuente del financiamiento (28).

Una financiación efectiva de la atención de salud incluye la exploración de incentivos financieros y otras medidas económicas para mejorar la accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad de los servicios ofrecidos a las mujeres, las familias y las comunidades. Se ha demostrado que algunos incentivos económicos incrementan la utilización de los servicios de salud materna y neonatal, y es prometedora su capacidad de mejorar la calidad y la equidad, pero otros incentivos económicos han tenido consecuencias adversas indeseadas; es necesario emprender más estudios para determinar el efecto pleno de los incentivos económicos en los resultados de salud materna (53).

### **Recuadro 3: Justificación y alcance de los objetivos estratégicos para poner fin a la mortalidad materna prevenible**

Los adelantos para poner fin a la mortalidad materna prevenible requieren un enfoque integral a lo largo del proceso continuo de la atención a cada embarazo y a cada mujer en sus años reproductivos. El enfoque debe abordar no solo las causas de las muertes maternas, sino también los factores sociales y económicos determinantes de la salud y la supervivencia.

Hace falta un giro sistémico para pasar de una atención a la madre y al recién nacido centrada principalmente en la detección y el tratamiento de patologías de una minoría a una atención competente y centrada en el bienestar de todas las personas. Ello incluye una atención preventiva y de apoyo encaminada a: fortalecer las capacidades de las mujeres en el contexto de relaciones respetuosas, responder a sus necesidades, promover procesos reproductivos normales y proveer atención de primera línea a las complicaciones y tratamiento de urgencia accesible en caso necesario. Este enfoque requiere la colaboración efectiva e interdisciplinaria de un equipo y la integración entre los diferentes servicios y entornos comunitarios. Las conclusiones que se desprenden de una nueva serie especial de *The Lancet* sugieren que los servicios de partería son fundamentales en este enfoque (54).

El marco estratégico de salud materna integral presentado aquí para su incorporación en la agenda de desarrollo sostenible posterior al 2015 se aplica a todo el continuo de la atención de salud que es pertinente para el objetivo de poner fin a la mortalidad materna y neonatal prevenible y aumentar al máximo las posibilidades de que cada mujer y cada recién nacido gocen del nivel más alto realizable de salud. Esto incluye atención de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal y comprende la salud de los adolescentes, la planificación familiar y la atención a las enfermedades infecciosas y las crónicas no transmisibles que contribuyen directa e indirectamente a la mortalidad materna.

Es más, el enfoque de derechos humanos que es un principio rector fundamental de este marco estratégico va más allá de la mera organización y prestación de servicios clínicos para abarcar una atención centrada en cuestiones más amplias de derechos humanos que contribuyen a los determinantes sociales de la salud, como la condición jurídica y social de la mujer y la igualdad de género, la reducción de la pobreza, la cobertura y el acceso universales, la no discriminación y la equidad.

Este marco estratégico tiene por objeto ofrecer orientaciones significativas y útiles para modelar una planificación programática orientada a poner fin a la mortalidad materna prevenible y garantizar una salud materna y neonatal óptima. Como los recursos son finitos y las capacidades limitadas, no todas las intervenciones deseadas podrán emprenderse de inmediato y algunas intervenciones resultarán más eficaces que otras. Así pues, las instancias decisorias tienen que racionalizar las prioridades y el establecimiento de fases, teniendo presente el principio de derechos humanos de realización progresiva, a saber: la obligación de hacer todo lo que sea inmediatamente posible dadas las restricciones que imponen los recursos limitados. El principio de realización progresiva también destaca obligaciones que son inmediatas independientemente de los recursos, por ejemplo la obligación inmediata de tomar medidas para eliminar la discriminación.

Las intervenciones principales para poner fin a la mortalidad materna prevenible son bien conocidas; así pues, la estrategia de salud materna para después del 2015 no es una lista de intervenciones técnicas prescritas. Los países deben ir más allá y pasar de hacer cosas buenas a hacer bien las cosas. Además de realizar intervenciones clínicas eficaces es importante prestar atención a los aspectos no clínicos de una atención de maternidad que sea respetuosa. Es prioritario instaurar sistemas de salud que puedan ofrecer las intervenciones correctas de forma efectiva y equitativa, con una calidad elevada fiable en condiciones que son dinámicas. Es más, una base firme en la eficacia de la implementación es importante, puesto que las prioridades programáticas están sujetas a cambios a medida que los países pasan por diferentes fases en su transición hacia niveles más bajos de mortalidad materna.

El marco estratégico para poner fin a la mortalidad materna prevenible es intencionalmente no prescriptivo. Ofrece objetivos estratégicos amplios más que una lista pormenorizada de intervenciones clínicas; las intervenciones y las mediciones de la eficacia deben adaptarse a cada país y seleccionarse en función del contexto local, que abarca la epidemiología, la geografía, la capacidad de los sistemas de salud y los recursos disponibles. Cada objetivo estratégico incluye ejemplos ilustrativos de prácticas óptimas mundiales que deben adaptarse, adoptarse y vigilarse para velar por que sean efectivas en su contexto. Así pues, la estrategia pone de relieve la importancia de la planificación programática a corto, mediano y largo plazo para conseguir y mantener sistemas de alto desempeño que puedan ofrecer mejores resultados.

# Elaboración de los cinco objetivos estratégicos orientadores de la planificación programática encaminada a poner fin a la mortalidad materna prevenible

## 1. Abordar las desigualdades en el acceso a los servicios de atención de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal y en la calidad de estos

Todos los países deben redoblar esfuerzos para llegar a las poblaciones vulnerables con servicios primarios y de urgencia dedicados a la salud sexual, reproductiva, de la madre, del recién nacido, del niño y del adolescente. Las disparidades en el acceso a la atención sanitaria y en la calidad de esta van siempre asociadas a la presencia de algún factor (como la riqueza, la geografía, la etnia, la clase, la casta, la raza, la religión) que pone a algunas personas en desventaja social con respecto a otras y las expone al riesgo de sufrir estigmatización, discriminación y trato desigual. En el contexto de la salud reproductiva, materna y neonatal, ello incluye la falta de respeto y el maltrato a las mujeres que solicitan atención obstétrica en los dispensarios o a profesionales capacitados. Entre las poblaciones vulnerables se cuentan los residentes pobres de zonas rurales y urbanas, los adolescentes, los profesionales del sexo, las personas marginadas, las personas socialmente excluidas, las personas homosexuales, bisexuales y transgénero, las personas con discapacidad o las que viven con el VIH, los inmigrantes, los refugiados y quienes se encuentran en zonas de conflicto o posconflicto, así como otros grupos que experimentan disparidades sistemáticas. Esas disparidades deben primero reconocerse y analizarse a un nivel básico con objeto de determinar de qué modo el funcionamiento, la planificación y la programación de un sistema de salud en lo concerniente a la salud materna y la distribución de los servicios dan lugar a inequidad en los resultados de salud, a fin de poder abordar y eliminar esa desigualdad.

Los gobiernos y los expertos técnicos deberían mejorar la disponibilidad y el uso eficaz de datos sobre las desigualdades y sus repercusiones en la salud reproductiva y materna. Para ello es imperativo elaborar indicadores de equidad válidos. Deben compilarse de forma sistemática datos desglosados sobre el particular que deben utilizarse para entender los determinantes de las desigualdades y diseñar, aplicar y monitorear las intervenciones que permitan eliminarlas.

Para lograr una igualdad sustantiva, los planificadores de programas deben fomentar una cobertura equitativa y un acceso igualitario a los servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal y redoblar los esfuerzos por entender los problemas y necesidades especiales de determinadas subpoblaciones en diferentes sociedades. Ello incluye la detección y eliminación de barreras al acceso (sean barreras económicas, jurídicas, de género, de edad, culturales, geográficas o basadas en el miedo a una atención irrespetuosa), así como la comprensión de los factores, incluidos valores y preferencias, que hacen que la atención sea aceptable para todas las personas que la necesiten y aliente una demanda sostenida a escala. También significa asegurar la disponibilidad de personal adecuado para ofrecer el espectro completo de atención a la salud sexual, reproductiva, de la madre, del recién nacido, del niño y del adolescente en todas las subpoblaciones. Puede que ello conlleve un análisis de la fuerza de trabajo y planificación a largo plazo, subsidios a representantes de poblaciones vulnerables para la formación de profesionales



de la salud, o incentivos para alentar la colocación y retención de personal en comunidades subatendidas, y el intercambio de tareas para ampliar el alcance de los servicios esenciales.

La calidad de la atención refleja el grado en que los sistemas, servicios y suministros de salud aumentan la probabilidad de un resultado positivo en materia de salud (55). Al reconocer que la inequidad en la salud materna conlleva sistemáticamente una calidad desigual, y no solo un acceso desigual, también se debe procurar que la atención ofrecida a todas las poblaciones sea de una calidad comparativamente alta. A tal fin, los gobiernos deben planificar, aplicar y evaluar políticas, programas y estrategias contextualizados que tengan en cuenta las desigualdades y garanticen que los representantes de los grupos desfavorecidos tengan voz en esos procesos. Ello debe ser parte del esfuerzo por comprender la forma de conseguir que una práctica óptima mundial produzca resultados efectivos de alta calidad en el entorno en que vaya a aplicarse y para todas las poblaciones.

## **2. Garantizar cobertura universal de salud para una atención integral a la salud sexual, reproductiva, materna y neonatal**

La cobertura universal de salud se define como una situación en la que todas las personas reciben servicios de salud de calidad que satisfacen sus necesidades sin que queden expuestas a dificultades económicas por el pago de los servicios. Esa definición engloba dos dimensiones de la cobertura igualmente importantes: llegar a todas las personas con servicios de atención de salud esenciales, y protegerlas de las dificultades económicas derivadas del costo de los servicios de salud (56). Debe hacerse especial hincapié en garantizar el acceso sin discriminación, especialmente en el caso de los segmentos de población pobres, vulnerables y marginados (57).

La cobertura universal de salud comprende el acceso sin discriminación a medicamentos esenciales seguros, asequibles, eficaces, de buena calidad, así como a servicios de salud esenciales (57). Los gobiernos deben determinar el conjunto de servicios y productos esenciales para la salud sexual, reproductiva, de la madre, del recién nacido, del niño y del adolescente utilizando datos científicos sobre su costo-eficacia para escoger el conjunto prioritario. La planificación estratégica debe incluir la movilización de recursos y la prestación eficaz de los servicios para garantizar que se llegue a los más desfavorecidos con el conjunto de servicios esenciales, basándose en el conocimiento demográfico de la población y en una planificación que prevea la asignación de suficientes recursos humanos.

Una prioridad para ampliar la cobertura a un mayor número de personas consiste en identificar y eliminar las barreras a la utilización y fomentar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y buena calidad de los servicios. Los países deberían elaborar estrategias nacionales para mejorar la cobertura de atención al trabajo de parto y al parto, y ampliar la cobertura con servicios de alta calidad basados en la evidencia a fin de incluir la atención pregestacional e intergestacional, la planificación familiar, la atención prenatal y la atención posparto. Se necesitan normas para las indicaciones y el uso seguro de intervenciones médicas y quirúrgicas, incluidas las cesáreas. Es fundamental elaborar sistemas de derivación de pacientes que funcionen correctamente. Para conseguir esos objetivos, los gobiernos y los asociados para el desarrollo deben explorar mecanismos innovadores de financiación con objeto de impulsar mejoras tanto en la cobertura como en la calidad. Es especialmente importante contar con disposiciones específicas para proteger contra una catástrofe económica a las familias que accedan a una atención obstétrica de urgencia o a una atención neonatal de urgencia.

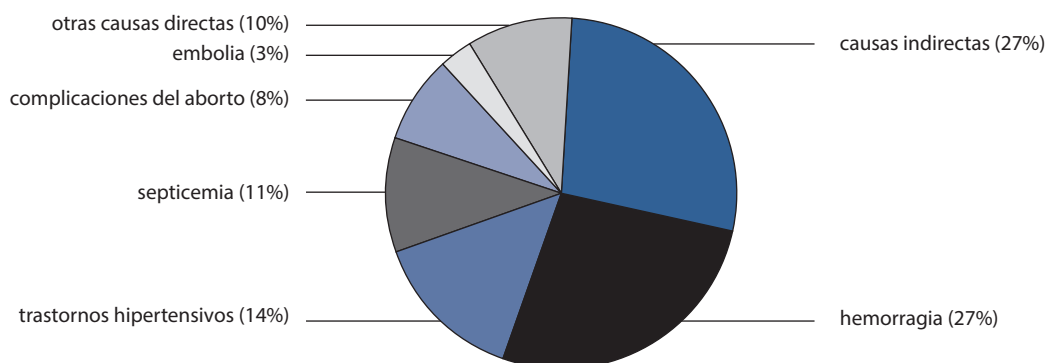
Aplicar a la cobertura universal de salud un enfoque basado en los derechos humanos apunta hacia una vía de universalismo progresivo. En varios informes de la OMS y de una Comisión Lancet se ha descrito un camino hacia la cobertura universal de salud que se podría recorrer en una generación. Se exhorta a los gobiernos a instituir primero un seguro financiado públicamente que ponga los servicios esenciales a disposición de todos sin desembolsos directos por los gastos, y ampliar posteriormente los servicios a través de un sistema de prepago obligatorio progresivo y mancomunación de fondos, con exenciones para las personas pobres, apuntalado por diversos

mecanismos de financiamiento para cubrir un conjunto de beneficios más amplio (49,56). La transparencia y mecanismos de participación para incluir a la sociedad civil en el proceso de adopción de decisiones y en el seguimiento y evaluación de los programas de cobertura universal de salud son necesarios para fomentar la implicación y promover la rendición de cuentas.

### 3. Abordar todas las causas de mortalidad materna, morbilidad reproductiva y materna y discapacidad conexas

La estrategia mundial de salud materna para después del 2015 no puede prescribir una lista de intervenciones que hagan avanzar a cada país lo más posible hacia el fin de la mortalidad materna prevenible. Cada país debe primero conocer las causas más importantes de muerte materna en su población. Posteriormente, en la planificación de los programas, debe establecer prioridades partiendo de un análisis de los determinantes de riesgos en cada contexto y de la capacidad del sistema de salud. Las fases de una transición obstétrica progresiva descritas por Souza y colaboradores ofrecen un marco y sugieren prioridades programáticas que podrían tener precedencia en cada etapa (3). Si bien ese marco no puede aplicarse de manera indiscriminada, sirve de base para un análisis de la situación del país y puede adaptarse teniendo en cuenta los resultados locales. Así pues, una prioridad clara en la planificación es mejorar en los países la calidad de la certificación, el registro, la notificación y la revisión de las causas de muerte materna.

**FIGURA 3: Estimaciones mundiales de las causas de mortalidad materna 2003-2009**



Mientras que la distribución de las principales causas de muerte materna difiere según el país y las diversas subpoblaciones de un mismo país, son causas bien conocidas (8).

Al mismo tiempo, informes recientes apoyan la idea de una transición de defunciones atribuibles a causas directas, con una razón de mortalidad materna alta, hacia una mayor proporción de defunciones debidas a causas indirectas a medida que disminuye la razón de mortalidad materna, y esto requiere un cambio de las estrategias nacionales para reducir la mortalidad materna (8, 58). Las causas de muerte materna que conllevan una estigmatización, como el aborto y la infección por el VIH, probablemente estén subnotificadas o mal clasificadas. No obstante, análisis recientes indican que el número de defunciones posteriores a abortos peligrosos ha aumentado significativamente en el África subsahariana, mientras que el número mundial de muertes maternas atribuibles a complicaciones de abortos ha bajado debido a las disminuciones importantes registradas en países desarrollados desde 1990. Aunque las defunciones relacionadas con el VIH en el embarazo representaban 2,6% de las muertes maternas mundiales en el 2013, en el África subsahariana ascendían a casi 4% del total de muertes maternas (4).

Las necesidades insatisfechas de planificación familiar también contribuyen sustancialmente a la mortalidad materna. Un análisis reciente basado en estimaciones de la mortalidad materna realizadas por la OMS y en datos del 2010 procedentes de la base de datos de las Naciones Unidas sobre el uso de métodos anticonceptivos en el mundo indicó que la mortalidad materna habría sido casi dos veces mayor en 172 países si no se hubieran utilizado métodos anticonceptivos en los niveles de ese momento, y proyectó que se podrían evitar otras 104 000 defunciones por año

si se cubrieran las necesidades insatisfechas de planificación familiar (una reducción anual de 29% a nivel mundial) (59).

Las barreras estructurales y sociales que contribuyen a la mortalidad materna incluyen retrasos a la hora de acudir a los servicios, de acceder a ellos y de recibir tratamiento apropiado, así como deficiencias del sistema de salud que comprometen la disponibilidad, la accesibilidad o la calidad de la atención.

Se calcula que, por cada muerte materna, unas 20 o 30 mujeres más experimentan alguna forma de morbilidad aguda o crónica relacionada con el embarazo, como fístula obstétrica o depresión, que perjudican su funcionamiento y su calidad de vida, a veces de forma permanente (60). Se desconoce el verdadero alcance del problema porque faltan sistemas precisos de medición. Un Grupo de Trabajo sobre morbilidad materna conducido por la OMS ha acordado la siguiente definición consensuada de morbilidad materna: todo problema de salud atribuido a un embarazo, una complicación de un embarazo, un parto o una consecuencia de un embarazo que tenga repercusiones negativas sobre el bienestar o el funcionamiento de la mujer. Dicho grupo está elaborando una herramienta de medición (61). Los países deben diseñar planes para seguir de cerca y tratar la morbilidad materna y, siempre que sea posible, deben emplear definiciones y métodos de medición normalizados.

Tras haber determinado las causas más importantes de las muertes maternas, la prevalencia de malnutrición y de las principales enfermedades, la morbilidad materna, las necesidades insatisfechas de planificación familiar, la capacidad y el alcance del sistema de salud y los recursos humanos y económicos disponibles, cada país debe planificar una estrategia adaptada al contexto para implementar intervenciones eficaces encaminadas a abordar esas cuestiones.

La coordinación intersectorial es un elemento fundamental en la planificación de los países para abordar todas las causas de mortalidad materna en cada etapa de la transición obstétrica. Donde la razón de mortalidad materna sea muy elevada, es fundamental mejorar la infraestructura básica, en particular los sistemas de abastecimiento de agua y saneamiento y de higiene, las carreteras y los establecimientos de salud, la planificación de la fuerza de trabajo y la educación de las niñas, con el fin de articular vínculos intersectoriales con la planificación de los programas de salud materna. Al bajar los países la razón de mortalidad materna, será necesario fortalecer el reconocimiento y el manejo de las causas indirectas de muerte materna y coordinar con otros sectores pertinentes y con los proveedores de servicios de salud la atención a enfermedades no transmisibles, el desarrollo de métodos innovadores de educación, así como de detección y manejo de esas enfermedades, y la elaboración de directrices y protocolos clínicos adecuados. La calidad y la idoneidad de la atención de salud siguen siendo cuestiones importantes, si bien es necesario centrarse en evitar la sobremedicalización y los perjuicios derivados de un exceso de intervenciones (3).

Cada estrategia debe adoptar un enfoque sistemático con relación a la aplicación de normas, directrices y protocolos basados en la evidencia, así como en cuanto al seguimiento y la evaluación de los resultados obtenidos. Los países y los asociados para el desarrollo se deben poner de acuerdo para recoger datos sobre indicadores que permitan a los ejecutores de las intervenciones evaluar la calidad y eficacia de los procesos asistenciales. Hasta la fecha, son pocos los programas de salud materna y neonatal de países con una alta carga de morbilidad que hayan puesto en marcha una iniciativa para mejorar sus procesos a gran escala. Ahora bien, se han aplicado diversos métodos para mejorar los procesos de forma sistemática que han dado lugar a aumentos positivos en el uso de intervenciones eficaces (62).

Si bien existen intervenciones eficaces para combatir las principales causas de muerte materna, en muchos contextos las mejores intervenciones disponibles, de bajo costo y gran impacto, no se aplican suficientemente bien ni de forma suficientemente amplia. Los gobiernos y los asociados para el desarrollo deberían facilitar la disponibilidad, a una escala significativa, de intervenciones eficaces que permitan abordar las causas más frecuentes de muerte en la población apoyándose en los servicios de salud reproductiva y materna existentes que obtienen buenos resultados y tomando en cuenta la eficacia y la costo-eficacia de los programas.

#### Recuadro 4: Recursos basados en la evidencia para la planificación de intervenciones clave

Aquí enumeramos fuentes fidedignas regularmente actualizadas para identificar intervenciones clínicas de gran impacto basadas en la evidencia y las mejores orientaciones disponibles sobre cuestiones decisivas para el fortalecimiento eficaz de los sistemas de salud.

Para ser eficaz en el contexto específico donde se implementará, el plan de cada país se debe ajustar a las necesidades de salud de la población, la capacidad del sistema de salud y los recursos disponibles. Por otro lado, es probable que las intervenciones consideradas prioritarias para cada país cambien con el transcurso del tiempo a medida que se vayan modificando las variables de las ecuaciones de planificación y que vayan evolucionando los mejores datos científicos disponibles sobre las intervenciones clínicas eficaces.

Por consiguiente, los planificadores de los países deben analizar sus necesidades específicas según el contexto, investigar los mejores datos científicos disponibles sobre las intervenciones eficaces para satisfacer esas necesidades, y aplicar un marco racional para priorizar los servicios esenciales y ampliarlos a mayor escala. El marco de cada país se deberá revisar a intervalos regulares para hacer un seguimiento de los progresos, reevaluar los supuestos fundamentales y ajustar el plan según sea necesario.

#### Intervenciones clínicas de gran impacto basadas en la evidencia

Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño (ASMRNN)	<a href="http://www.who.int/pmnch/es/">http://www.who.int/pmnch/es/</a>
Intervenciones esenciales, productos básicos y directrices para la salud reproductiva, de la madre, del recién nacido y del niño	<a href="http://www.who.int/pmnch/topics/part_publications/20120321_essential_interventions_sp.pdf">http://www.who.int/pmnch/topics/part_publications/20120321_essential_interventions_sp.pdf</a>
Publicaciones de la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño	<a href="http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/es/">http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/es/</a> <a href="http://www.who.int/pmnch/knowledge/search/en/">http://www.who.int/pmnch/knowledge/search/en/</a> <a href="http://www.who.int/pmnch/knowledge/tools/en/">http://www.who.int/pmnch/knowledge/tools/en/</a> <a href="http://www.who.int/pmnch/knowledge/databases/en/">http://www.who.int/pmnch/knowledge/databases/en/</a>
OMS Directrices sobre salud materna, reproductiva y de la mujer	<a href="http://www.who.int/publications/guidelines/reproductive_health/en/">http://www.who.int/publications/guidelines/reproductive_health/en/</a>
OMS Directrices sobre atención pregestacional	<a href="http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/concensus_preconception_care/en/">http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/concensus_preconception_care/en/</a>
OMS Biblioteca de Salud Reproductiva	<a href="https://extranet.who.int/rhl/es">https://extranet.who.int/rhl/es</a>
OMS, Programa de Reproducción Humana (HRP)/Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas(RHR) Orientaciones clínicas y sobre sistemas de salud, referentes a todos los aspectos de la salud reproductiva	<a href="http://www.who.int/reproductivehealth/about_us/es/">http://www.who.int/reproductivehealth/about_us/es/</a> <a href="http://www.who.int/reproductivehealth/about_us/hrp/es/">http://www.who.int/reproductivehealth/about_us/hrp/es/</a> <a href="http://www.who.int/reproductivehealth/publications/clinical/es/">http://www.who.int/reproductivehealth/publications/clinical/es/</a> <a href="http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/es/">http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/es/</a>
Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Programa de prevención de la mortalidad y la discapacidad maternas (AMDD). Seguimiento de los servicios obstétricos de urgencia. Manual	<a href="http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241547734/es/">http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241547734/es/</a> <a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44559/9789243547732_spa.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44559/9789243547732_spa.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y</a>
Maternal Health Task Force: PLOS collection on maternal health	<a href="http://www.ploscollections.org/static/maternalhealth">http://www.ploscollections.org/static/maternalhealth</a>

Geneva Foundation for Medical Education and Research /Fondation Genevoise pour la Formation et la Recherche Médicales	<a href="http://www.gfmer.ch/Guidelines/Obstetrics_gynecology_guidelines.php">http://www.gfmer.ch/Guidelines/Obstetrics_gynecology_guidelines.php</a>
Obstetricia, ginecología y medicina reproductiva: Directrices, revisiones, declaraciones de posición, recomendaciones, normas	
<b>Nutrición</b>	
OMS	<a href="http://www.who.int/elena/es/">http://www.who.int/elena/es/</a>
Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales (eLENA)	<a href="http://www.who.int/nutrition/publications/es/">http://www.who.int/nutrition/publications/es/</a> <a href="http://www.who.int/nutrition/topics/es/">http://www.who.int/nutrition/topics/es/</a> <a href="http://www.who.int/nutrition/gina/en/">http://www.who.int/nutrition/gina/en/</a> <a href="http://www.who.int/nutrition/nlis/en/">http://www.who.int/nutrition/nlis/en/</a>
<b>Agua, saneamiento e higiene (WASH, por su sigla en inglés)</b>	
OMS	<a href="http://www.who.int/water_sanitation_health/es/">http://www.who.int/water_sanitation_health/es/</a>
Agua, saneamiento e higiene	<a href="http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/es/">http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/es/</a>
Oficina del ACNUDH	<a href="https://www.ohchr.org/SP/Pages/Home.aspx">https://www.ohchr.org/SP/Pages/Home.aspx</a>
Derechos hacia el final. Buenas prácticas en la realización de los derechos al agua y al saneamiento	<a href="https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Water/BookonGoodPractices_sp.pdf">https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Water/BookonGoodPractices_sp.pdf</a>
<b>Productos básicos</b>	
Comisión de las Naciones Unidas sobre Productos Básicos de Supervivencia para Madres y Niños. Informe de los Comisionados	<a href="http://www.unfpa.org/public/home/publications/pid/12042">http://www.unfpa.org/public/home/publications/pid/12042</a>
<b>Trabajadores de salud materna</b>	
OMS	<a href="http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/978924504843/es/">http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/978924504843/es/</a>
Optimizar las funciones de los trabajadores de la salud para mejorar el acceso a las intervenciones clave para la salud materna y neonatal a través del cambio de tareas. Recomendaciones de la OMS	
OMS	<a href="http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243564012_spa.pdf?ua=1">http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243564012_spa.pdf?ua=1</a>
Aumentar el acceso al personal sanitario en zonas remotas o rurales mejorando la retención	
UNFPA	<a href="https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SoWMy2014_complete-Spanish.pdf">https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SoWMy2014_complete-Spanish.pdf</a>
El estado de las parteras en el mundo 2014	
Centro de Conocimientos (varias publicaciones)	<a href="https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/es/">https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/es/</a>
<b>Preparación de los servicios y de la infraestructura básica</b>	
OMS	<a href="http://www.who.int/healthinfo/systems/sara_reference_manual/en/">http://www.who.int/healthinfo/systems/sara_reference_manual/en/</a>
Disponibilidad de los servicios y evaluación de la preparación	<a href="http://www.who.int/healthinfo/systems/sara_implementation_guide/en/">http://www.who.int/healthinfo/systems/sara_implementation_guide/en/</a> <a href="http://www.who.int/healthinfo/systems/sara_introduction/en/">http://www.who.int/healthinfo/systems/sara_introduction/en/</a>

WHO Global Health Observatory Health infrastructure	<a href="http://www.who.int/gho/health_technologies/medical_devices/healthcare_infrastructure/en/">http://www.who.int/gho/health_technologies/medical_devices/healthcare_infrastructure/en/</a>
WHO Public health and infrastructure	<a href="http://www.who.int/trade/distance_learning/gpgh/gpgh6/en/">http://www.who.int/trade/distance_learning/gpgh/gpgh6/en/</a>
WHO Operations manual for delivery of HIV prevention, care and treatment at primary health centres in high-prevalence, resource-constrained settings	<a href="http://www.who.int/hiv/pub/imai/operations_manual/en/">http://www.who.int/hiv/pub/imai/operations_manual/en/</a>
<b>Aumento a mayor escala de las intervenciones eficaces</b>	
OMS, Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario Scaling Up, Saving Lives. Report	<a href="http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/scalingup/en/">http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/scalingup/en/</a>
OMS-ExpandNet Beginning with the end in mind: planning pilot projects and other programmatic research for successful scaling up	<a href="http://www.who.int/reproductivehealth/publications/strategic_approach/9789241502320/en/">http://www.who.int/reproductivehealth/publications/strategic_approach/9789241502320/en/</a>
K4Health Guide to fostering change to scale up effective health services	<a href="https://www.k4health.org/toolkits/fostering-change">https://www.k4health.org/toolkits/fostering-change</a>
Institute for Health care Improvement (IHI) The breakthrough series: IHI's collaborative model for achieving breakthrough improvement	<a href="http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/TheBreakthroughSeriesIHIsCollaborativeModelforAchievingBreakthroughImprovement.aspx">http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/TheBreakthroughSeriesIHIsCollaborativeModelforAchievingBreakthroughImprovement.aspx</a>
OMS, ONUSIDA, UNICEF Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/sida en el sector de la salud. Informe 2010 sobre los progresos realizados	<a href="http://www.who.int/hiv/pub/2010progressreport/es">http://www.who.int/hiv/pub/2010progressreport/es</a> <a href="http://www.who.int/hiv/pub/2010progressreport/report/en/">http://www.who.int/hiv/pub/2010progressreport/report/en/</a>
OMS Enfoque Estratégico de la OMS para fortalecer políticas y programas de salud sexual y reproductiva	<a href="http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69885/WHO_RHR_07.7_spa.pdf?sequence=1/">http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69885/WHO_RHR_07.7_spa.pdf?sequence=1/</a>
OMS, ExpandNet Practical guidance for scaling up health service innovations	<a href="http://www.who.int/reproductivehealth/publications/strategic_approach/9789241598521/en/">http://www.who.int/reproductivehealth/publications/strategic_approach/9789241598521/en/</a>
WHO, ExpandNet Scaling up health service delivery: from pilot innovations to policies and programmes	<a href="http://www.who.int/reproductivehealth/publications/strategic_approach/9789241563512/en/">http://www.who.int/reproductivehealth/publications/strategic_approach/9789241563512/en/</a>
WHO, ExpandNet Nueve pasos para formular una estrategia de ampliación a escala	<a href="https://www.who.int/reproductivehealth/publications/strategic_approach/9789241500319/es/">https://www.who.int/reproductivehealth/publications/strategic_approach/9789241500319/es/</a>
<b>Fortalecimiento de los sistemas de salud</b>	
PMNCH Success factors for women's and children's health: multisector pathways to progress	<a href="http://www.who.int/pmnch/successfactors/en/">http://www.who.int/pmnch/successfactors/en/</a>
OMS Temas relacionados con los sistemas de salud Publicaciones sobre los sistemas de salud	<a href="http://www.who.int/healthsystems/topics/en/">http://www.who.int/healthsystems/topics/en/</a> <a href="http://www.who.int/healthsystems/publications/en">http://www.who.int/healthsystems/publications/en</a> <a href="http://www.who.int/healthsystems/publications/es/">http://www.who.int/healthsystems/publications/es/</a>

Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud Publicaciones	<a href="http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/en/">http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/en/</a>
Alliance for Health Policy and Systems Research A compilation of institutions producing synthesis documents	<a href="Http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/synthesis/alliancehpsr_hpsrsynthesis.pdf?ua=1">Http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/synthesis/alliancehpsr_hpsrsynthesis.pdf?ua=1</a>
Alliance for Health Policy and Systems Research Implementation Research Platform	<a href="http://www.who.int/alliance-hpsr/projects/implementationresearch/en/">http://www.who.int/alliance-hpsr/projects/implementationresearch/en/</a>

## 4. Fortalecer los sistemas de salud para responder a las necesidades y prioridades de las mujeres y las niñas

Para que los sistemas de salud puedan responder a las prioridades y necesidades de las mujeres y las niñas, han de ser vistos como instituciones sociales, además de sistemas encargados de prestar atención clínica, con capacidad bien para marginar a un individuo o para posibilitarle el ejercicio de sus derechos. Esta complejidad refleja la conceptualización de los sistemas de salud como estructuras integradas por «un soporte físico y un soporte lógico». (63). El «soporte físico» de un sistema de salud consta de los elementos básicos de dicho sistema e incluye la prestación de servicios, el personal de salud, la información, los productos y tecnologías médicas, la financiación sanitaria y, por último, el liderazgo y la gobernanza o la rectoría (64). El «soporte lógico» abarca las relaciones humanas, los deseos y valores, las funciones y las normas, las estructuras de poder y los significados, tanto explícitos como implícitos, que los agentes y los usuarios atribuyen al sistema de salud. El fortalecimiento del sistema de salud debe englobar el soporte físico (por ejemplo, velar por la disponibilidad de infraestructura, comodidades y productos de salud esenciales) y el soporte lógico (como la atención al desarrollo institucional y a la gestión, la mejora de la transparencia y la lucha contra la corrupción, el establecimiento de mecanismos de participación y de compromiso comunitario, y la prioridad a las normas y valores asistenciales respetuosos).

El pensamiento sistémico puede ayudar a los países a comprender las limitaciones y las deficiencias de los sistemas de salud, y a aplicar esos conocimientos para idear y evaluar intervenciones que mejoren la salud y la equidad sanitaria. Es fundamental involucrar a todas las partes interesadas, pues en un sistema adaptativo complejo, toda intervención, desde la más sencilla hasta la más compleja, afecta al conjunto del sistema, y el conjunto del sistema tiene efectos en cada intervención (65). En el ámbito de la prestación de servicios cabe citar las prioridades siguientes: ampliar los servicios de promoción de la salud y prevención, y mejorar la integración de todas las formas de atención sanitaria destinada a las mujeres, los recién nacidos y los adolescentes. De especial importancia es integrar la prevención, el tamizaje y el tratamiento de las enfermedades infecciosas y las no transmisibles (por ejemplo, infección por VIH, malaria, enfermedades cardiovasculares, depresión) en la atención regular de salud sexual, reproductiva, de la madre, del recién nacido, del niño y del adolescente. Asegurar la disponibilidad y la preparación de los servicios básicos a nivel de establecimiento conlleva una evaluación y una verificación periódicas de la infraestructura sanitaria y las comodidades para determinar si su estado y su funcionamiento responden a las necesidades. Las comodidades

básicas abarcan un número suficiente de camas y de personal capacitado para atender a la población destinataria, así como un suministro fiable de energía eléctrica y de agua, saneamiento e higiene, habitaciones o separadores que posibiliten la privacidad, equipo de comunicación, computadoras con buena conectividad, y acceso al transporte de urgencia (66). Mientras que se ha hecho mucho hincapié en incrementar la atención dispensada en establecimientos, para un sistema de salud de alto desempeño es igualmente importante centrarse en la atención primaria de base comunitaria y en sistemas eficaces de derivación de pacientes, garantizando una coordinación sin fisuras entre los tiempos, los entornos y las disciplinas, así como entre establecimientos. En lo referente a los productos médicos y las tecnologías, los gobiernos deben garantizar la disponibilidad de los productos esenciales y las tecnologías apropiadas, basándose en consideraciones de equidad y costoeficacia.

En lo que respecta a la información sanitaria, los países deben poner en funcionamiento un sistema de información sanitaria amigable con el usuario que facilite la recopilación de datos y la comunicación y coordinación entre los distintos niveles asistenciales y entre profesionales de la salud y pacientes. La información sanitaria es uno de los componentes más importantes del sistema de salud dado que, cuando se la fortalece, se activa el «soporte lógico» del sistema de salud y contribuye a mejorarlo. Por ejemplo, se ha demostrado que la información procedente de encuestas confidenciales se puede aprovechar en actividades a nivel local mediante la participación de líderes de opinión locales y el fortalecimiento de la capacidad de los profesionales de la salud, y esto va asociado a una reducción de la razón de mortalidad materna en los establecimientos de salud. (67).

Para fortalecer al personal de salud, los gobiernos deben proporcionar un apoyo regulador apropiado, impartir capacitación previa al servicio y en el servicio y poner a disposición recursos suficientes para desplegar a los dispensadores de atención de salud (parteras, médicos y otro personal capacitado de atención de maternidad, incluidos especialistas) en número suficiente para satisfacer las necesidades de la población. El personal de salud debe estar preparado no solo para dispensar atención esencial de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal, sino también para reconocer y abordar cualquier trastorno médico coexistente, por ejemplo enfermedades no transmisibles (como diabetes o cardiopatías). Se requiere una gestión del personal de salud a nivel de país encaminada a conseguir una contratación, distribución y retención óptimas del personal de salud, establecer una supervisión de apoyo y explorar posibles cambios de tareas según sea necesario para mejorar el acceso a una atención de alta calidad. Los datos científicos indican que 87% de los servicios esenciales de salud materna y neonatal pueden ser dispensados por personal de partería, a condición de que esté bien formado, que su actividad esté reglamentada de acuerdo con normas internacionales y que trabaje en entornos favorables bien equipados (68). Además, se prevé que la cobertura universal con las intervenciones esenciales de salud materna y neonatal y de planificación familiar que forman parte del ejercicio de la partería permitiría prevenir 83% de las muertes maternas y neonatales y de la mortinatalidad (69). Las asociaciones de profesionales, tanto a nivel nacional como mundial, desempeñan un papel importante al establecer normas que reglamentan la actividad del personal de salud, así como los niveles de capacitación y las competencias básicas de esos profesionales.

En el ámbito del liderazgo y de la gobernanza, es necesario aumentar la cooperación con otros sectores (como los de finanzas, educación, energía, abastecimiento de agua y saneamiento, nutrición, servicios sociales, tecnología de las telecomunicaciones móviles, y servicios de salud privados) a fin de promover la obtención de buenos resultados de salud reproductiva y materna y aprovechar los posibles efectos de los mecanismos de financiamiento sanitario para



fortalecer el sistema. Una gestión transparente y responsable requiere la participación informada y constructiva de todos los interesados directos pertinentes en la elaboración de políticas y programas.

## 5. Asegurar la rendición de cuentas para mejorar la calidad de la atención y la equidad

La planificación de la rendición de cuentas en el marco de la estrategia de salud materna para después del 2015 hace hincapié en dos dimensiones igualmente importantes, a saber:

- (i) la mejora de la capacidad de rastrear y medir los progresos realizados para poner fin a la mortalidad materna prevenible, así como de informar sistemáticamente al respecto; y
- (ii) la responsabilización social, es decir la variedad de medidas que adoptan los ciudadanos y otros protagonistas de la sociedad civil para exigir al gobierno y a los directivos del sistema de salud que se hagan cargo (70) de sus compromisos en materia de atención a la salud de la madre y del recién nacido. Estas dos dimensiones de la rendición de cuentas se complementan, se fortalecen recíprocamente y contribuyen a velar por que los sistemas de salud se responsabilicen directamente ante las mujeres y las comunidades que justifican su existencia.

Para rastrear los progresos y garantizar la rendición de cuentas con respecto a los resultados de salud materna, los gobiernos deben mejorar la disponibilidad y la calidad de los datos, prestando especial atención al fortalecimiento de sistemas de registro civil que puedan proporcionar información fiable sobre las causas de muerte. Los países deberían desarrollar y reforzar el acopio de datos a nivel nacional y subnacional mediante una recopilación periódica sistemática de estos últimos, un aumento de la capacidad de medición, seguimiento de la información y presentación de informes. Los registros nacionales deberían recoger datos sobre las causas y las circunstancias de cada defunción materna mediante encuestas confidenciales o actividades de vigilancia y respuesta a la mortalidad materna, así como datos sobre los casos de morbilidad materna grave mediante un sistema de notificación de cuasi incidentes, a fin de facilitar el paso de las estimaciones de la mortalidad materna a la cuantificación del número de muertes. La rendición de cuentas a nivel de establecimiento también contribuye significativamente a mejorar los resultados de salud materna y neonatal merced a la adopción de normas de calidad y mediciones del desempeño que se evalúan en el punto de prestación de los servicios mediante actividades continuas de garantía y mejora de la calidad.

Para lograr una responsabilización social efectiva es necesario establecer mecanismos de participación en todos los niveles del sistema de salud en los sectores público y privado. Los sistemas de salud, junto con representantes de la sociedad civil, deberían definir y comunicar funciones, responsabilidades y normas claras sobre la participación de la sociedad civil en los mecanismos de rendición de cuentas, respaldados por marcos jurídicos transparentes y equitativos para garantizar no solo el derecho de los ciudadanos a participar, sino también su derecho a que se le apliquen medidas correctivas cuando proceda. Esto ayudaría a garantizar que los servicios respondan a las necesidades y demandas de la comunidad, y que los mecanismos de rendición de cuentas sean transparentes e incluyentes.

# Conclusiones

El objetivo último de la estrategia de salud materna para después del 2015 es poner fin a toda la mortalidad materna prevenible. La estrategia encaminada a alcanzarlo se apoya en un enfoque holístico de la salud sexual, reproductiva, materna y neonatal basado en los derechos humanos y en una aplicación eficaz, dependiente del contexto, orientada hacia los sistemas y centrada en las personas.

La estrategia prioriza la equidad, tanto en la selección de las metas como en el marco estratégico para alcanzarlas. Sus principios rectores son el empoderamiento de las mujeres, las niñas y la comunidad; la integración de la atención materna y neonatal; la protección y el apoyo a la relación entre la madre y el bebé; la priorización de la implicación y del liderazgo de los países, así como de marcos jurídicos, reguladores y financieros nacionales propicios y de un enfoque intersectorial de las mejoras; y la aplicación de un marco de derechos humanos que asegure a todas las personas que la necesiten la disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de una atención a la salud sexual, reproductiva, materna y neonatal de gran calidad. Las intervenciones transversales para alcanzar el objetivo son la mejora de los parámetros y sistemas de medición y de la calidad de los datos, así como la priorización de recursos suficientes y de una financiación eficaz de la atención sanitaria.

El marco para que los países elaboren y apliquen intervenciones encaminadas a poner fin a la mortalidad materna prevenible consta de cinco grandes objetivos estratégicos, a saber:

- (i) abordar las desigualdades en el acceso a los servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal y en la calidad de los mismos;
- (ii) garantizar la cobertura universal de salud para brindar una atención integral a la salud sexual, reproductiva, materna y neonatal;
- (iii) abordar todas las causas de mortalidad materna, morbilidad materna y reproductiva y discapacidades relacionadas;
- (iv) fortalecer los sistemas de salud para responder a las necesidades y las prioridades de las mujeres y las niñas, y
- (v) asegurar la rendición de cuentas para mejorar la calidad de la atención y la equidad.

El Programa de Acción para una Maternidad sin Riesgo (1997) exhortó a que se implementaran diez acciones prioritarias para el decenio siguiente. Al repasar esas acciones prioritarias se constata que muchas de ellas están presentes en la estrategia de salud materna que proponemos en la agenda para el desarrollo después del 2015. Se han hecho progresos mensurables gracias al compromiso mundial con la supervivencia materna y neonatal asumido en el marco de los ODM; al mismo tiempo, el número de muertes, la desigualdad entre los países y dentro de ellos con respecto a la razón de mortalidad materna, y el hecho de que sigan muriendo 800 mujeres al día por causas prevenibles (muchas de esas muertes no se contabilizan, lo cual significa que esas vidas simplemente no cuentan) son cuestiones inaceptables y constituyen una indignidad mundial que se debe corregir. Es responsabilidad de todos velar por que la supervivencia y la salud maternas y neonatales tengan un lugar destacado en la agenda para el desarrollo sostenible, habida cuenta del papel fundamental que desempeñan las mujeres y sus hijos en el desarrollo de las generaciones futuras y las comunidades. Procuremos que en el 2030 podamos decir que, ante nuestra mirada vigilante y gracias a nuestro compromiso y acción colectivos, pusimos fin a la mortalidad materna prevenible.

# Agradecimientos

El presente documento fue escrito por Rima Jolivet (Grupo de Estudio sobre Salud Materna), en colaboración con el equipo central de planificación del grupo de trabajo para poner fin a la mortalidad materna prevenible integrado por las siguientes personas: Carla Abou Zahr (Consultora), Agbessi Amouzou (UNICEF), Doris Chou (OMS), Isabel Danel (Centro para el Control de Enfermedades), Luc de Bernis (UNPFA), Mengistu Hailemariam Damtew (Ministerio Federal de Salud, Addis Abeba, Etiopía), Lynn Freedman (Universidad de Columbia, Estados Unidos de América), Metin Gülmezoglu (OMS), Marge Koblinsky (USAID), Gita Maya Koemarasakti (Ministerio de Salud de Indonesia), Rajat Khosla (OMS), Matthews Mathai (OMS), Affette McCaw-Binns (Universidad de las Indias Occidentales, Kingston, Jamaica), Ann-Beth Moller (OMS), Joao Paolo Souza (Universidad de São Paulo, Brasil), Annie Portela (OMS), Lale Say (OMS), Jeffrey Smith (JHPIEGO/Universidad Johns Hopkins), Mary Ellen Stanton (USAID), Petra Ten Hoope-Bender (Confederación Internacional de Matronas), Joshua Vogel (OMS) y Mary Nell Wegner (Grupo de Estudio sobre Salud Materna).

Este documento refleja 31 observaciones públicas y 45 observaciones de 42 Estados Miembros de la OMS.

# Anexo 1: Establecimiento de objetivos para poner fin a la mortalidad materna prevenible: proceso y cronología

En enero del 2013, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) hicieron proyecciones para poner fin a la mortalidad materna prevenible y las compartieron con asociados. Dichas proyecciones se examinaron en una reunión consultiva convocada por la OMS y celebrada en abril del 2013 con miras a acelerar la reducción de la mortalidad materna; en ella participaron expertos técnicos, interesados directos de programas de país, representantes de asociaciones de profesionales, organismos multilaterales, promotores de la salud materna y donantes. Sus deliberaciones se dieron a conocer en un comentario publicado en agosto del 2013 (71) y en un documento de estrategia redactado para una reunión de la Unión Africana celebrada en agosto del 2013 (72). Basándose en los debates de abril del 2013, un Grupo de Trabajo sobre el fin de la mortalidad materna prevenible viene colaborando desde entonces con varios miembros, organizando diálogos regionales y en los países y seminarios por internet, y utilizando blogs y otros medios para buscar aportaciones e ideas que hagan avanzar esta agenda.

En abril del 2014, representantes de 34 países, muchos de ellos con elevadas tasas de mortalidad materna, se encontraron en Bangkok (Tailandia) con asociados mundiales en una reunión de consenso sobre las metas y estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible. La reunión fue convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la USAID, el Grupo de Trabajo Especial sobre Salud Materna y el Programa Integrado de Salud Materno-infantil (MCHIP), con el apoyo de diversos organismos y donantes y aportaciones del Grupo de Trabajo sobre el fin de la mortalidad materna prevenible. Allí se forjó un sólido consenso en apoyo de metas y de un marco estratégico amplio para avanzar hacia el fin de las muertes maternas prevenibles (73).

Tras la reunión de consenso de Bangkok, esas metas y el marco estratégico general para alcanzarlas se han difundido ampliamente entre las partes interesadas de los países y los asociados mundiales en pro del desarrollo; algunos Estados Miembros los presentaron a la Asamblea Mundial de la Salud de mayo del 2014, y los delegados participantes pidieron que se incluyeran en la resolución sobre el Plan de Acción «Todos los Recién Nacidos»; finalmente se los incluyó como anexo a dicho plan de acción.

El equipo central de planificación del grupo de trabajo para poner fin a la mortalidad materna prevenible convocó a un grupo de redacción, y se realizaron entrevistas con informantes clave para solicitarles elementos que servirían para preparar un proyecto de documento en el que se presentaría con mayor detalle el marco estratégico elaborado por consenso en Bangkok en abril del 2014. Los proyectos de metas y estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible se presentaron en el Foro de Asociados de la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño celebrado en Johannesburgo (Sudáfrica) el 2 de julio del 2014; se colocaron simultáneamente en línea en el sitio web de la OMS ([www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal\\_perinatal/epmm/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/epmm/en/)) para recibir observaciones del público y se enviaron a los Estados de Miembros de la OMS para que se celebraran consultas en los países. Mediante un proceso sistemático se evaluaron las 31 revisiones recibidas del público dentro del plazo previsto y las observaciones recibidas de 42 Estados Miembros de la OMS (7 de la Región de África, 8 de la Región de las Américas, 5 de la Región del Mediterráneo Oriental, 13 de la Región de Europa, 1 de la Región de Asia Sudoriental y 7 de la Región del Pacífico Occidental), y se decidió por consenso cómo abordar cada observación.

# Anexo 2. Estrategias para acelerar la reducción de la mortalidad materna y metas para después del 2015: 8 al 9 de abril del 2013, Ginebra (Suiza)

## Lista de participantes<sup>1</sup>

**Profesor Richard Adanu (asistió por teleconferencia)**

Decano, Escuela de Salud Pública  
Universidad de Ghana  
Accra, Ghana

**Dr. Chris Agboghroma**

Secretario General de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Nigeria (SOGON)  
Obstetra y ginecólogo consultor principal  
Abuja, Nigeria

**Dra. Leontine Alkema**

Profesora Adjunta  
Departamento de Estadísticas y Probabilidad Aplicada  
Escuela de Salud Pública Saw Swee Hock  
Universidad de Singapur  
Singapur

**Prof. Sabaratnam Arulkumaran**

Presidente  
Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO)  
Reino Unido

**Dra. Atmarita**

Directora, División de Coordinación de Programas  
Instituto Nacional de Investigaciones sobre Salud y Desarrollo  
Ministerio de Salud  
Yakarta Pusat, Indonesia

**Dra. Martina Baye Lukong**

Asesora Técnica N.º2  
Ministerio de Salud Pública  
Yaundé, Camerún

**\*Dr. Tewodros Bekele**

Director General de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades  
Ministerio de Salud  
Addis Abeba, Etiopía

**Dr. Luc de Bernis**

Asesor Principal sobre Salud Materna  
División Técnica  
Oficina del UNFPA en Ginebra, Suiza

**Dr. Himanshu Bhushan**

Comisionado Adjunto  
Salud Materna  
Ministerio de Salud y Bienestar de la Familia  
Nueva Delhi, India

**\*Dr. John Borrazzo**

Jefe  
División de Salud Maternoinfantil  
Agencia de los EE.UU. para el Desarrollo Internacional (USAID)  
Estados Unidos de América

**\*Dr. Maximillian Bweupe**

Ministerio de Salud  
Lusaka, Zambia

**Sra. Clara Calvert**

Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres  
Reino Unido

**Dra. Isabella Danel**

Directora Asociada de Programas Mundiales de Salud  
Centro para el Control de Enfermedades (CDC)  
Estados Unidos de América

**Sra. Alison Gemmill**

Estudiante de Doctorado  
Departamento de Demografía  
Universidad de California, Berkeley  
Estados Unidos de América

**Profesora Wendy Jane Graham**

Facultad de Medicina y Odontología  
Universidad de Aberdeen  
Reino Unido

**Dr. Rakesh Gupta**

Comisionado FD y Director de Misión  
Departamento de Salud y Bienestar de la Familia  
Gobierno de Haryana  
India

**Dra. Marge Anne Koblinsky**

Asesora Principal sobre Salud Materna  
División de Salud Maternoinfantil,  
HIDN, Agencia de los EE.UU. para el Desarrollo  
Internacional (USAID)  
Estados Unidos de América

**Dra. Gita Maya Koemarasakti**

Directora de Salud Materna  
Ministerio de Salud de Indonesia  
Yakarta, Indonesia

**Dr. Ariel Pablos-Méndez (asistió por  
teleconferencia)**

Administrador Adjunto para Salud Mundial  
Agencia de los EE.UU. para el Desarrollo  
Internacional (USAID)  
Estados Unidos de América

**Dr. Tim Poletti**

Asesor sobre Salud  
Misión Permanente de Australia  
1211 Ginebra 19  
Suiza

**Profesor Thomas W. Pullum**

Director de Investigaciones  
Proyecto MEASURE DHS  
ICF International,  
Estados Unidos de América

**\*Dra. Florina Serbanescu Senior Health Scientist**

Científica Superior de Salud  
Centro para el Control de Enfermedades (CDC)  
Estados Unidos de América

**Dr. Jeffrey Michael Smith**

Jhpiego, Universidad Johns Hopkins  
Director  
Salud Materna, MCHIP  
Estados Unidos de América

**Sra. Mary Ellen Stanton**

Asesora sobre salud reproductiva  
Centro para la Población, la Salud y la Nutrición  
Agencia de los EE.UU. para el Desarrollo  
Internacional (USAID)  
Estados Unidos de América

**Dra. Nina Strøm**

Asesora Principal SRHR  
Sección sobre Salud Mundial  
Departamento de Salud Mundial, Educación e  
Investigaciones, NORAD  
Noruega

**Sra. Petra Ten Hoop-Bender**

Confederación Internacional de Matronas  
Países Bajos

**Sra. Mary Nell Wegner**

Directora Ejecutiva  
Grupo de Estudio sobre Salud Materna  
Escuela de Salud Pública de Harvard  
Estados Unidos de América

**Dr. Danzhen You**

Especialista en Estadísticas y Seguimiento  
UNICEF Nueva York  
Estados Unidos de América

**Secretaría****Salud de la Familia, de la Mujer y del Niño  
(FWC)**

Dra. Flavia Bustreo, Subdirectora General

**Departamento de Salud Reproductiva e  
Investigaciones Conexas (RHR)**

Dra. Marleen Temmermann, Directora

**Oficina del Director**

Sra. Anna Whelan, Asesora  
Sra. Elisa Scolaro, Oficial profesional auxiliar

**Fortalecimiento de la Capacidad, las Políticas y  
los Programas de Investigación (RCP)**

Dra. Lale Say, Coordinadora  
Dra. Doris Chou, Funcionaria médica  
Dra. Ozge Tuncalp, Consultora

**Mejora de la Salud Materna y Perinatal (MPH)**

Dr. Metin Gülmezoglu, Especialista principal

**Departamento de Salud de la Madre, el Recién  
Nacido, el Niño y el Adolescente (MCA)**

Dra. Elizabeth Mason, Directora

**Departamento de Salud de la Madre, del Recién  
Nacido, del Niño y del Adolescente****Epidemiología, Seguimiento y Evaluación  
(MCA/EME)**

Dr. Matthews Mathai, Coordinador

**Departamento de Información, Evidencias e  
Investigación/****Estadísticas Sanitarias e Informática/  
Mortalidad y Carga de Enfermedad (IER/SIS)**

Dr. Colin Mathers, Coordinador

**Alianza para la Salud de la Madre, el Recién  
Nacido y el Niño (ASMRNN)**

Dra. Carole Presern, Directora Ejecutiva

<sup>1</sup> Los nombres precedidos por un asterisco son los de quienes no pudieron asistir.

# Anexo 3. Metas y estrategias para poner fin a la mortalidad materna: 16 y 17 de enero del 2014, Ginebra (Suiza)

## Lista de participantes<sup>2</sup>

### **Sra. Carla Abou Zahr**

Consultora

### **\*Prof. Sabaratnam Arulkumaran**

Presidente

Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO)

Reino Unido

### **Dra. Isabella Danel**

Centro para la Salud Mundial

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades

Estados Unidos de América

### **Dra. Lynn Freedman**

Directora del Programa de Prevención de la Mortalidad y la Discapacidad Maternas (AMDD)  
Universidad de Columbia  
Estados Unidos de América

### **Dra. Marge Anne Koblinsky**

Asesora Principal sobre Salud Materna  
División de Salud Maternoinfantil, HIDN  
Agencia de los EE.UU. para el Desarrollo Internacional (USAID)  
Estados Unidos de América

### **Prof. Joy Lawn**

Directora de MARCH

Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres  
Reino Unido

### **Dr. Issac Malonza**

Director de País

Jhpiego

Nairobi, Kenya

### **Sra. Betsy McCallon**

Directora Ejecutiva

White Ribbon Alliance for Safe Motherhood.

Estados Unidos de América

### **\*Dr. Thomas W. Pullum**

Director de Investigaciones

Proyecto MEASURE DHS

ICF International

Estados Unidos de América

### **Sra. Mary Ellen Stanton**

Asesora sobre Salud Reproductiva

Centro para la Población, la Salud y la Nutrición

Estados Unidos de América

### **Sra. Ann Starrs**

Presidenta

Family Care International

Estados Unidos de América

### **Sra. Petra Ten Hoop-Bender**

Confederación Internacional de Matronas

Países Bajos

### **Dr. Luc de Bernis**

Asesor Principal sobre Salud Materna

Oficina del UNFPA en Ginebra

Suiza

### **Sra. Susana Edjang**

Oficina del UNFPA en Ginebra

Suiza

### **\*Dra. Laura Laski**

División de Salud Sexual y Reproductiva

UNFPA

Estados Unidos de América

### **Dra. Rima Jolivet**

Consultora

Grupo de Estudio sobre Salud Materna

Escuela de Salud Pública de Harvard

Estados Unidos de América

**\*Dra. Ana Langer**

Consultora  
Grupo de Estudio sobre Salud Materna  
Escuela de Salud Pública de Harvard  
Estados Unidos de América

**Sra. Mary Nell Wegner**

Directora Ejecutiva  
Grupo de Estudio sobre Salud Materna  
Estados Unidos de América

## Organización Mundial de la Salud

**Salud de la Familia, la Mujer y el Niño (FWC)**

Dra. Flavia Bustreo, Subdirectora General

**Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas (RHR)**

Dra. Marleen Temmerman, Directora

**Oficina del Director**

Dr. Rajat Khosla, Asesor sobre Derechos Humanos  
Sra. Elisa Scolaro, Funcionaria técnica

**Adolescentes y Poblaciones en Riesgo**

Dra. Lale Say, Coordinadora  
Dra. Doris Chou, Funcionaria médica

**Salud Materna y Perinatal, Prevención del Aborto Inseguro**

Dr. Metin Gülmezoglu, Coordinador

**Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente (MCA)**

Dra. Elizabeth Mason, Directora

**Epidemiología, seguimiento y evaluación**

Dr. Matthews Mathai, Coordinador

**Políticas, Planificación y Programas**

Dra. Bernadette Daelmans, Coordinadora

**Oficina de la OMS en las Naciones Unidas**

Dra. Rama Lakshminarayanan  
Asesora Principal  
Estados Unidos de América

**Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño (PMNCH)**

Dra. Carole Presern, Directora Ejecutiva  
Dr. Andrés de Francisco Serpa, Coordinador  
Sra. Lori McDougall, Funcionaria técnica principal

---

<sup>2</sup> Los nombres precedidos por un asterisco son los de quienes no pudieron asistir.



# Anexo 4. Consulta de países sobre las metas y estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible.

## 14 al 16 de abril del 2014, Bangkok (Tailandia)

### Lista de participantes<sup>3</sup>

#### AFGANISTÁN

**Dr. Sadia Fayad Ayubi**  
Ministerio de Salud Pública  
Kabul, Afganistán

**Dr. Aweed Dehyar**  
Viceministro de Salud Pública para la Atención de Salud  
Kabul, Afganistán

**Dr. Mohammad Hafiz Rasooly**  
Instituto Nacional de Salud Pública del Afganistán  
Kabul, Afganistán

**Dr. Tahir Mohammad**  
UNPFA, NPO  
Afganistán

#### BANGLADESH

**Dr. Azizul Alim**  
Ministerio de Salud y Bienestar de la Familia  
Dacca, Bangladesh

**Dr. Sayed Abu Jafar Md. Musa**  
Director de Atención Primaria de Salud y Director de la Línea de Salud de la Madre, del Recién Nacido, del Niño y del Adolescente  
Director General de Servicios de Salud  
Dacca, Bangladesh

**Dr. Mohammed Sharif**  
Director del Servicio de Salud Maternoinfantil y Director de la Línea de Salud Maternoinfantil, Reproductiva y del Adolescente  
Dacca, Bangladesh

#### BRASIL

**Dr. Juan José Cortez Escalante**  
Departamento de Análisis de Datos de Salud

Secretaría de Vigilancia Sanitaria  
Ministerio de Salud  
Brasilia DF, Brasil

#### CAMERÚN

**\*Sr. Kamen Lele Benjamin**  
Jefe de la Célula de Informaciones Sanitarias  
Ministerio de Salud Pública  
Yaundé, Camerún

**\*Dr. Martina Baye Lukong**  
Asesora Técnica N.º2  
Ministerio de Salud Pública  
Yaundé, Camerún

#### CHAD

**Dr. Guidaoussou Dabsou**  
División del Sistema de Información Sanitaria  
Ministerio de Salud Pública  
Njamena, Chad

**Dr. Hamid Djabar**  
Director General Adjunto de Actividades Sanitarias  
Njamena, Chad

#### ETIOPÍA

**Dr. Teodros Bekele**  
Director General de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades  
Ministerio de Salud  
Addis Abeba, Etiopía

**Dr. Mengistu Hailemariam Damtew**  
Director General de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades  
Ministerio de Salud  
Addis Abeba, Etiopía

## GHANA

### **Dr. Patrick Kuma Aboagye**

Servicio de Salud de Ghana  
Accra, Ghana

## GUATEMALA

### **Dr. Marco Vinicio Arévalo Varas**

Viceministro de Hospitales  
Guatemala

## GUINEA

### **\*Dr. Rémy Lamah**

Ministro de Salud  
Guinea

### **Dra. Madina Rachid**

Jefa del Departamento de Salud Sexual y  
Reproductiva  
Guinea

## HAÍTÍ

### **Dr. Reynold Grand-Pierre**

Director de Salud de la Familia  
Ministerio de Salud Pública y de la Población  
Puerto Príncipe, Haití

## INDIA

### **Dr. Dinesh Baswal**

Comisionado Adjunto  
Ministerio de Salud y Bienestar de la Familia  
Gobierno de la India  
Nueva Delhi, India

### **Dr. Rattan Chand**

Director principal  
Ministerio de Salud y Bienestar de la Familia  
Gobierno de la India  
Nueva Delhi, India

## INDONESIA

### **Dra. Atmarita**

Instituto Nacional de Investigaciones Sobre Salud  
y Desarrollo  
Ministerio de Salud  
Yakarta Pusat, Indonesia

### **Dra. Gita Maya Koemara Sakti**

Dirección General de Nutrición y Salud  
Maternoinfantil  
Yakarta Pusat, Indonesia

### **Dra. Rina Herartri**

Unidad del Centro de Estudios de la Junta  
Nacional de Coordinación de la Planificación de  
la Familia (BKKBN)  
Indonesia

### **Dra. Melania Hidayat**

NPO RH, UNFPA  
Indonesia

## KAZAJSTÁN

### **Sr. Kanat Sukhanberdiev**

Coordinador  
Más allá de las cifras, Kazajstán  
Astana, Kazajstán

## KENYA

### **Khadija Abdallah**

Oficina de País del UNICEF en Kenya  
Especialista en Salud Materna y Neonatal  
Nairobi, Kenya

### **Sr. Isaac Matonyi Malonza**

Director de País, Jhpiego  
Nairobi, Kenya

## REPÚBLICA DEMOCRÁTICA POPULAR LAO

### **Dr. Founkham Rattanavong**

Ministerio de Salud  
Vientián, República Democrática Popular Lao

## MALAWI

### **Sra. Fannie Kachale**

Directora  
Unidad de Salud Reproductiva  
Blantyre, Malawi

### **Dra. Lennie Kamwendo**

Jefa Interina de la Junta Directiva  
White Ribbon Alliance for Safe Motherhood  
Blantyre, Malawi

## MÉXICO

### **Dr. Luis Manuel Torres Palacios**

Secretaría de Salud de México  
Ciudad de México

## MARRUECOS

### **Dra. Mouna Boussefiane**

Dirección de Hospitales y Cuidados Ambulatorios  
División de Cuidados Ambulatorios  
Ministerio de Salud  
Rabat, Marruecos

### **Dr. Hafid Hachri**

Jefe de la División de Cuidados Ambulatorios  
Dirección de Hospitales y Cuidados Ambulatorios  
Ministerio de Salud  
Rabat, Marruecos

## MYANMAR

### **Dr. Khin Thida**

Oficial del Proyecto de Salud Sexual y Reproductiva  
Asociación Médica de Myanmar  
Myanmar

### **Dr. Win Aung**

Oficial del Programa Nacional, Capacitación en Salud Reproductiva y Salud Reproductiva de los Adolescentes  
UNFPA Myanmar

## NEPAL

### **Dr. Padam Bahadur Chand**

Administrador Principal de Salud Pública  
Ministerio de Salud y Población  
Katmandú, Nepal

### **Sr. Kusum Thapa**

Jhpiego Nepal EDC  
Katmandú, Nepal

## NIGERIA

### **Dr. Aderemi Najeem Azeez**

Ministerio Federal de Salud  
Abuja FCT, Nigeria

### **Dr. Oladosu Ojengbede**

Universidad de Ibadan  
Nigeria

## OMÁN

### **Dr. Elsayed Medhat**

Asesor principal de consultores  
Información sobre Salud y Epidemiología  
Ministerio de Salud  
Muscat, Omán

## PAKISTÁN

### **Sr. Riaz Hussain Solangi**

White Ribbon Alliance for Safe Motherhood  
Islamabad 44000, Pakistán

## PERÚ

### **Sra. María Esther Salazar López**

Vigilancia Epidemiológica del Departamento de Epidemiología Clínica  
Ministerio de Salud  
Lima, Perú

## FILIPINAS

### **Dra. Zenaida Recidoro**

Centro nacional de Prevención y Control de Enfermedades  
Departamento de Salud  
Filipinas

## ARABIA SAUDITA

### **Dra. Hala Aldosari**

Planificación y Desarrollo  
Ministerio de Salud  
Arabia Saudita

### **Dr. Rafat Taher**

Director del Centro de Información  
Ministerio de Salud  
Arabia Saudita

### **Dr. Mohammed Zamakhshary**

Viceministro Adjunto para Planificación y Capacitación  
Ministerio de Salud  
Arabia Saudita

## SENEGAL

### **Dr. Doudou Sene**

Ministerio de Salud y Acción Social  
Dakar, Senegal

## TAILANDIA

### **Prof. Ounjai Kor-Anantakul**

Departamento de Ginecología y Obstetricia  
Facultad de Medicina  
Universidad Príncipe Songkla  
Hadyai, Songkla, Tailandia

### **Prof. Pisake Lumbiganon**

Presidente Electo, Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos de Tailandia  
Director, Centro Colaborador de la OMS para la Síntesis de las Investigaciones sobre Salud Reproductiva  
Facultad de Medicina, Universidad de Khon Kaen  
Khon Kaen, Tailandia

### **Sra. Chujit Nacheeva**

Estadística  
Ministerio de Salud Pública  
Nonthaburi, Tailandia

### **Prof. Wiboolphan Thitadilok**

Presidente, RTCOG  
Bangkok, Tailandia

**Dr. Nuttapon Wongsuttapakorn**

Director Adjunto  
Departamento General de Salud, Ministerio de  
Salud Pública  
Tailandia

**TOGO****Dr. Yawa Djatougbe Apetsianyi**

Director Regional de Salud,  
Región Marítima del Togo  
Togo

**Dra. Solange Toussa-Ahossu**

Directora Ejecutiva de ATBEF  
Togo

**TURQUÍA****Dr. Sema Sanisoglu**

Jefe del Departamento de Salud de la Mujer y  
Salud Reproductiva  
Organismo de Salud Pública de Turquía  
Ministerio de Salud  
Ankara, Turquía

**Prof Yaprak Ustun**

Facultad de Medicina  
Departamento de Salud de la Mujer y Maternidad  
Universidad Bozok  
Ankara, Turquía

**REPÚBLICA UNIDA DE TANZANÍA****Dr. Neema Rusibamayila Kimambo**

Ag. Director, Servicios Preventivos  
Ministerio de Salud y Bienestar Social  
Dar es Salaam, República Unida de Tanzania

**ZAMBIA****Dr. Davy Misheck Chikamata**

Secretario Permanente  
Ministerio de Salud  
Lusaka, Zambia

**Dr. Elwyn Chomba**

Departamento de Pediatría y Salud del Niño  
Hospital Docente Universitario  
Lusaka, Zambia

**Dra. Caroline Phiri Chibawe**

Directora de Salud Materno-infantil  
Ministerio de Desarrollo de la Comunidad  
Lusaka, Zambia

**ASOCIADOS EN LA INVESTIGACIÓN****Dr. Fernando Althabe**

Departamento de Investigaciones sobre Salud  
Materno-infantil  
Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS)  
Buenos Aires, Argentina

**Dr. Shams El Arifeen**

Científico y Director  
División de Salud del Niño y del Adolescente  
Centro Internacional de Investigaciones sobre  
Enfermedades Diarreicas (ICDDR) B  
Dacca, Bangladesh

**Prof. Affette McCaw-Binns**

Departamento de Salud de la Comunidad y  
Psiquiatría  
Universidad de las Indias Occidentales  
Kingston, Jamaica

**Prof. Roland Edgar Mhlanga**

Departamento de Salud  
Mpumalanga, Sudáfrica

**Dr. Joachim Osur Oduor**

AMREF  
Nairobi, Kenya

**ASOCIADOS INTERNACIONALES****Dr. Koki Agarwal**

Director, MCHIP  
Jhpiego  
Estados Unidos de América

**\*Dr. Peter Byass**

Centro de Investigaciones sobre Salud Mundial de  
Umeå  
Universidad de Umeå  
Suecia

**Sra. Susan Bree**

Confederación Internacional de Matronas  
Colegio de Parteras de Nueva Zelanda, Inc.  
Nueva Zelanda

**Dra. Isabella Danel**

Centro para la Salud Mundial  
Centros para el Control y la Prevención de  
Enfermedades  
Estados Unidos de América

**\*Dra. Lynn Freedman**

Directora del Programa de Prevención de la  
Mortalidad y la Discapacidad Maternas (AMDD)  
Universidad de Columbia  
Estados Unidos de América

**\*Prof. Wendy Graham**

Impact, Facultad de Medicina y Odontología  
Universidad de Aberdeen  
Reino Unido

**Dra. Rima Jolivet**

Consultora  
Grupo de Estudio sobre Salud Materna  
Escuela de Salud Pública de Harvard  
Estados Unidos de América

**Dra. Marge Anne Koblinsky**

Asesora Principal sobre Salud Materna  
División de Salud Maternoinfantil, HIDN  
Agencia de los EE.UU. para el Desarrollo  
Internacional (USAID)  
Estados Unidos de América

**Dra. Ana Langer**

Departamento de Salud Mundial y Población  
Escuela de Salud Pública de Harvard  
Estados Unidos de América

**Sra. Gillian Mann**

Departamento para el Desarrollo Internacional  
(DPDI)  
Reino Unido

**\*Sra. Betsy McCallon**

Directora Ejecutiva  
White Ribbon Alliance for Safe Motherhood  
Estados Unidos de América

**\*Helen McFarlane**

AUSAID  
Australia

**Dr. Thomas W. Pullum**

Director  
Programa Internacional de Encuestas  
Demográficas y de Salud  
ICF International  
Estados Unidos de América

**Dr. Chittaranjan Purandare**

Consultor, obstetra y ginecólogo  
Presidente electo de FIGO  
Decano de la Facultad de Obstetricia y Ginecología  
Mumbai, India

**Dr. Jeffrey Smith**

Jhpiego/Universidad Johns Hopkins  
Director  
Salud Materna, MCHIP  
Estados Unidos de América

**Sra. Ann Starrs**

Presidenta  
Atención Familiar Internacional  
Estados Unidos de América

**Sra. Mary Ellen Stanton**

Asesora Principal sobre Salud Materna  
Centro de Población, Salud y Nutrición  
Agencia de los EE.UU. para el Desarrollo  
Internacional (USAID)  
Estados Unidos de América

**Sra. Mary Nell Wegner**

Directora Ejecutiva  
Grupo de Estudio sobre Salud Materna  
Escuela de Salud Pública de Harvard  
Estados Unidos de América

**Sra. Leilani Hastings**

Consultora  
Grupo de Estudio sobre Salud Materna

**Sr. Timothy Thomas**

Fundación Bill y Melinda Gates  
Oficial Superior de Programas de Promoción de la  
Salud de la Familia  
Estados Unidos de América

**\*Sra. Julia Bunting**

Federación Internacional de Planificación de la  
Familia (FIPF)  
Directora Técnica y de Programas

**\*Judith Frye Helzner**

Consultora, Escuela de Salud Pública de Harvard

**ASOCIADOS DE LAS NACIONES UNIDAS****Sr. Agbessi Amouzou**

UNICEF  
Nueva York, Estados Unidos de América

**Sr. Wame Baravilala**

Asesor Regional  
UNFPA, Asia y el Pacífico  
Oficina Regional  
Bangkok 10200  
Tailandia

**Sra. María Isabel Cobos**

Oficial Asociado de Asuntos de Población  
División de Población de CELADE0  
Santiago, Chile

**Dr. Luc de Bernis**

Asesor Principal sobre Salud Materna  
División Técnica  
Oficina del UNFPA en Ginebra  
Suiza

**\*Sra. Susana Edjang**

UNFPA  
Nueva York, Estados Unidos de América

**Dr. Maha El-Adawy**

Asesor Técnico Regional  
Salud Sexual y Reproductiva  
Fondo de Población de las Naciones Unidas  
El Cairo, Egipto

**\*Dr. Nobuko Horibe**

Director Regional  
UNFPA  
Asia y Pacífico – APRO

**\*Dra. Laura Laski**

UNFPA  
Nueva York, Estados Unidos de América

**\*Sra. Holly Newby**

UNICEF  
Nueva York, Estados Unidos de América

**Sr. Basil Rodrigues**

UNICEF  
Oficina Regional para Asia Oriental y el Pacífico  
(EAPRO)  
Bangkok, Tailandia

**Dr Nabila Zaka**

UNICEF, (EAPRO)  
Bangkok, Tailandia

## SECRETARÍA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

### Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas (RHR)

**Oficina del Director**

\*Dra. Marleen Temmerman, Directora  
Dr. Rajat Khosla, Asesor en materia de Derechos  
Humanos

**Adolescentes y poblaciones en riesgo (AGH)**

Dra. Lale Say, Coordinadora  
Dra. Doris Chou, Funcionaria médica  
Sra. Ann-Beth Moller, Consultora

**Salud Materna y Perinatal y Prevención del  
Aborto Peligroso (MPA)**

Dr. Joshua Vogel, Funcionario técnico

**Departamento de Salud de la Madre, el Recién  
Nacido, el Niño y el Adolescente (MCA)**

Dr. Matthews Mathai, Coordinador, EME

**Departamento de Estadísticas de Salud y  
Sistemas de Información Sanitaria**

Dr. Daniel Hogan, Funcionario técnico

**OMS TAILANDIA**

\*Dr. Yonas Tegegn  
Representante de la OMS en Tailandia  
\*Sr. Stephane Guichard  
Asesor Regional (suministro de vacunas y calidad  
de las vacunas)

## OFICINAS REGIONALES DE LA OMS

**Oficina Regional para África (AFRO)**

\*Dr. Leopold Ouedraogo, Asesor Regional  
\*Dr. Innocent Bright Nuwagira, Oficial de  
Seguimiento y Evaluación

**Oficina Regional para las Américas (AMRO/  
OPS)**

Dr. Bremen de Mucio, Asesor Regional

**Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental  
(EMRO)**

\*Dr. Haifa Husni Madi, Director  
\*Dr. Mohamed Mahmoud Ali, Asesor Regional

**Oficina Regional para Europa (EURO)**

\*Dr. Gunta Lazdane, Director de Programa

**Oficina Regional para Asia Sudoriental (SEARO)**

Dr. Arvind Mathur, Funcionario médico

**Oficina Regional para el Pacífico Occidental  
(WPRO)**

\*Dr. Howard L. Sobel, Asesor Regional

**Oficina de la OMS ante las Naciones Unidas  
(WUN)**

Dra. Rama Lakshminarayanan  
Asesora Principal  
Nueva York, Estados Unidos de América

# Referencias

1. Mortalidad materna; hoja informativa N.º 348. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112318/WHO\\_RHR\\_14.06\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112318/WHO_RHR_14.06_eng.pdf?sequence=1)).
2. Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, Arrow KJ, Berkley S, Binagwaho A, et al. Global health 2035: a world converging within a generation. *The Lancet* 2013;382:1898–955. ([http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62105-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62105-4), consultado el 14 de febrero del 2014).
3. Souza JP, Tunçalp Ö, Vogel JP, Bohren M, Widmer M, Oladapo OT, et al. Obstetric transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2014;121(Suppl. 1):1–4.
4. Trends in maternal mortality 1990–2013. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/9789241507226\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/9789241507226_eng.pdf?ua=1)).
5. Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe de 2014. Nueva York: Naciones Unidas; 2014 (<http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/mdg-report-2014-spanish.pdf>, consultado el 5 de febrero del 2015).
6. Success factors for women’s and children’s health: Policy and programme highlights from 10 fast-track countries. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 ([http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/success\\_factors\\_highlights.pdf](http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/success_factors_highlights.pdf)).
7. Health in the post-2015 agenda: Report of the global thematic consultation on health. *The World We Want*; 2013 ([www.worldwewant2015.org/file/337378/download/366802](http://www.worldwewant2015.org/file/337378/download/366802)).
8. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels JD, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *The Lancet Glob Health* 2014;2: e323–e333 ([http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214–109X\(14\)70227-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214–109X(14)70227-X/fulltext)).
9. Viviendas y mejoramiento de asentamientos precarios. En: ONU-Habitat por un mejor futuro urbano [sitio web, <https://es.unhabitat.org/temas-urbanos/viviendas/>]. Kenya: UN-Habitat (<http://unhabitat.org/urban-themes-2/housing-slum-upgrading/>, consultado el 5 de febrero del 2015).
10. Pomeroy A, Koblinsky M, Alva S. Private delivery care in developing countries: trends and determinants. DHS Working Paper No. 76. Maryland: United States Agency for International Development; 2010 (<http://dhsprogramme.com/pubs/pdf/wp76/wp76.pdf>).
11. Targets and strategies for ending preventable maternal mortality; consensus statement. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/130776/1/WHO\\_RHR\\_14.21\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/130776/1/WHO_RHR_14.21_eng.pdf?ua=1&ua=1)).
12. Targets for ending preventable preventable maternal mortality. En elaboración.
13. Stenberg K, Axelson H, Sheehan P, Anderson I, Gülmezoglu AM, Temmerman M, et al. Advancing social and economic development by investing in women’s and children’s health: A new global investment framework. *The Lancet* 2014;383(9925):1333–1354.
14. People-centred health care: A policy framework. Manilla: Organización Mundial de la Salud, Región del Pacífico Occidental; 2007.
15. Intervenciones, productos y directrices esenciales para la salud reproductiva, de la madre, el recién nacido y el niño. Ginebra: Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño; 2011 ([http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/201112\\_essential\\_interventions/es/](http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/201112_essential_interventions/es/), consultado el 5 de febrero del 2015).
16. Combating gender-based violence: A key to achieving the MDGs. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2005 ([http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2005/combating\\_gbv\\_en.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2005/combating_gbv_en.pdf)).
17. Substantive equality and reproductive rights: a briefing paper on aligning development goals with human rights obligations. Nueva York: Centro para los Derechos Reproductivos; 2014 ([https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicaactions.net/files/documents/Equality\\_Guide\\_Reduced\\_size.pdf](https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicaactions.net/files/documents/Equality_Guide_Reduced_size.pdf)).
18. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Programa de Acción. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 1994 ([https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd\\_spa.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf), consultado el 5 de febrero del 2015).
19. Tunçalp Ö, Souza JP, Hindin MJ, Santos CA, Oliveira TH, Vogel JP, et al. on behalf of the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health Research Network. Education and severe maternal outcomes in developing countries: a multicountry cross-sectional survey. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2014;121(Suppl. 1):57–65.
20. Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2013 (<https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SP-SWOP2013.pdf>, consultado el 5 de febrero del 2015).

21. Engaging men and boys: a brief summary of UNFPA experience and lessons learned. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2013 (<https://www.unfpa.org/resources/engaging-men-and-boys-brief-summary-unfpa-experience-and-lessons-learned>).
22. Estado Mundial de la Infancia 2009: Salud materna y neonatal. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2008 (<https://www.unicef.org/spanish/sowc09/docs/SOWC09-FullReport-ESP.pdf>, consultado el 5 de febrero del 2015).
23. Starrs AM. Survival convergence: bringing maternal and newborn health together for 2015 and beyond. *The Lancet* 2014;384(9939):211–213.
24. Promoting accountability for safe motherhood: The White Ribbon Alliance's social watch approach. Health Policy Initiative. Washington DC: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional; 2010 ([http://www.healthpolicyinitiative.com/Publications/Documents/1282\\_1\\_Social\\_Watch\\_WRA\\_HPI\\_FINAL\\_acc.pdf](http://www.healthpolicyinitiative.com/Publications/Documents/1282_1_Social_Watch_WRA_HPI_FINAL_acc.pdf)).
25. Conclusiones convenidas sobre la eliminación y prevención de todas las formas de violencia contra la mujer y la niña. Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer. Extracto del documento E/2013/27. Nueva York: ONU Mujeres; 2013 ([http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/csw57/CSW57\\_Agreed\\_Conclusions\\_\(CSW\\_report\\_excerpt\)\\_E.pdf](http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/csw57/CSW57_Agreed_Conclusions_(CSW_report_excerpt)_E.pdf), consultado el 5 de febrero del 2015).
26. La mortalidad y morbilidad materna prevenible y los derechos humanos. Informe del Consejo de Derechos Humanos en su 11.º período de sesiones. Resolución 11/8. Ginebra: Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas; 2009 (<http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/La%20mortalidad%20y%20morbilidad%20materna%20prevenible.pdf>).
27. Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad. Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Ginebra: Naciones Unidas; 2012 ([https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session21/A-HRC-21-22\\_sp.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session21/A-HRC-21-22_sp.pdf), consultado el 5 de febrero del 2015).
28. Manteniendo promesas, evaluando los resultados. Comisión de información y rendición de cuentas sobre la salud de las mujeres y los niños. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44674/9789243564326\\_spa.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44674/9789243564326_spa.pdf?sequence=1)).
29. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Observaciones finales del Comité: Belice, párr. 56, documento A/54/38/Rev.1; 1999.
30. Comité de Derechos Humanos. Observaciones finales del Comité: Malí, párr. 14, documento CCPR/CO/77/MLI; 2003.
31. Comité de los Derechos del Niño. Observaciones finales: República Democrática del Congo, documento CRC/C/COD/CO/2, párrs. 33–34; 2009.
32. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Recomendación general N.º 24. La mujer y la salud (artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer), párr. 27; 1999. <http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1280.pdf>
33. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, adoptada el 18 de diciembre de 1979 por resolución 34/180 de la Asamblea General de las Naciones Unidas en su 34.º período de sesiones (A/RES/34/180), entrada en vigor el 3 de septiembre de 1981. Artículo 12, párrs 1 y 2. Documentos Oficiales de la Asamblea General, trigésimo cuarto período de sesiones, Suplemento N.º 46.
34. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 20.º período de sesiones. Recomendación general N.º 24. La mujer y la salud (artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer). En: Instrumentos internacionales de derechos humanos. Volumen II. Recopilación de las observaciones generales y recomendaciones generales adoptadas por órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos. Documento HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. II); 2008.
35. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general N.º 14 (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, párrs. 14 y 21.
36. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Observaciones finales del Comité: Malawi, párr. 31, documento CEDAW/C/MWI/CO; 2006; Mexico, párr. 32, documento CEDAW/C/MEX/CO/6 (2006); Marruecos, párrs. 30–31, documento CEDAW/C/MAR/CO/4; 2008.
37. Comité de Derechos Humanos. Observaciones finales del Comité: Panamá, párr. 9, documento CCPR/C/PAN/CO/3; 2008; Chile, párr. 8, documento CCPR/C/CHL/CO/5; 2007; Madagascar, párr. 14, documento CCPR/C/MDG/CO/3; 2007.
38. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Observaciones finales del Comité: Paraguay, párrs. 30–31, documento CEDAW/C/PRY/CO/6; 2011; Eritrea, párrs. 22, documento CEDAW/C/ERI/CO/3; 2006.
39. Comité de los Derechos del Niño. Observaciones finales del Comité: Haití, párr. 46, documento CRC/C/15/Add.202; 2003; Guatemala, párr. 40, documento CRC/C/15/Add.154; 2001.
40. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Observaciones finales del Comité: Mozambique, párr. 36, documento CEDAW/C/MOZ/CO/2; 2007.
41. Comité contra la Tortura. Observaciones finales del Comité: Yemen, párr. 31, documento CAT/C/YEM/CO/2/Rev. 1; 2010.



42. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Observaciones finales del Comité: Indonesia, párrs. 36–37, documento CEDAW/C/IDN/CO/5; 2007; Ghana, párrs. 31–32, documento CEDAW/C/GHA/CO/5; 2006.
43. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general N.º 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (22.º período de sesiones, 2000), documento E/C.12/2000/4; 2000 (<http://undocs.org/es/E/C.12/2000/4>, consultado el 5 de febrero del 2015).
44. Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad. Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos a la Asamblea General de las Naciones Unidas; A/HRC/21/22; 2012 [https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session21/A-HRC-21-22\\_sp.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session21/A-HRC-21-22_sp.pdf), consultado el 5 de febrero del 2015).
45. Graham WJ, Ahmed S, Stanton C, Abou-Zahr CL, Campbell OMR. Measuring maternal mortality: an overview of opportunities and options for developing countries. *BMC Medicine* 2008;6:12 (<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1741-7015-6-12.pdf>, consultado el 5 de febrero del 2015).
46. Country health information systems: a review of the current situation and trends. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011 ([http://www.who.int/healthmetrics/news/chis\\_report.pdf](http://www.who.int/healthmetrics/news/chis_report.pdf)).
47. Guía OMS para la aplicación de la CIE10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio- CIE-MM. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 [https://www.paho.org/clap/index.php?option=com\\_content&view=article&id=175:guia-oms-aplicacion-cie10-a-las-muertes-ocurridas-durante-el-embarazo-parto-y-puerperio-cie-mm&Itemid=234&lang=es](https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=175:guia-oms-aplicacion-cie10-a-las-muertes-ocurridas-durante-el-embarazo-parto-y-puerperio-cie-mm&Itemid=234&lang=es), consultado el 14 de febrero del 2014).
48. Requejo JH, Newby H, Bryce J. Measuring coverage in maternal, newborn and child health: challenges and opportunities in the selection of coverage indicators for global monitoring. *PLoS Med* 2013;10(5): e1001416 (<http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001416>).
49. Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, Arrow KJ, Berkley S, Binagwaho A, et al. Global health 2035: a world converging within a generation. *The Lancet* 2013;382:1898–1955.
50. The PMNCH 2014 accountability report. Tracking financial commitments to the global strategy for women's and children's health. Ginebra: Partnership for Maternal, Newborn, and Child Health; 2014 ([www.who.int/pmnch/knowledge/publications/pmnch\\_report14.pdf](http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/pmnch_report14.pdf)).
51. A global financing facility in support of every woman every child: concept note. Executive summary. Washington DC: World Bank; 2014 (<http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/HDN/Health/GFFExecutiveSummaryFINAL.pdf>).
52. Human rights in budget monitoring, analysis and advocacy: training guide. Ginebra: Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos; 2010 (<http://internationalbudget.org/wp-content/uploads/Human-Rights-in-Budget-Monitoring-Analysis-and-Advocacy-Training-Guide.pdf>).
53. Morgan L, Stanton ME, Higgs ES, Balster RL, Bellows BW, Brandes N, et al. Financial incentives and maternal health: where do we go from here? *J Health Popul Nutr* 2013; 31(4 Suppl 2): S8–S22.
54. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet* 2014;384(9948):1129–1145.
55. Institute of Medicine. Medicare: A Strategy for Quality Assurance. Vol.1. Washington, DC: National Academy Press; 1990.
56. Making fair choices on the path to universal health coverage: Final report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112671/1/9789241507158\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112671/1/9789241507158_eng.pdf?ua=1)).
57. La salud en la agenda para el desarrollo después de 2015. 67.a Asamblea Mundial de la Salud WHA67.14. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 ([http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA67/A67\\_R14-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R14-sp.pdf)).
58. Kassebaum NJ, Bertozzi-Villa A, Coggeshall MS, Shackelford KA, Steiner C, Heuton KR, et al. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet* 2014; [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60696-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60696-6). Epub 2014 May 2.
59. Ahmed S, Li Q, Liu L, Tsui AO. Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries. *The Lancet* 2012;380(9837):111–25. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60478-4. Epub 2012 Jul 10.
60. Reichenheim M, Zylberstajn F, Moraes C, Lobato G. Severe acute obstetric morbidity (near-miss): a review of the relative use of its diagnostic indicators. *Arch Gynecol Obstet* 2009;280:337–343.
61. Firoz T, Chou D, von Dadelszen P, Agrawal P, Vanderkruik R, Tunçalp O, et al. (2013). Measuring maternal health: focus on maternal morbidity. *Bull World Health Organ* 2013;91:794–796. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.117564>.

62. USAID Maternal health strategy 2014–2020: Toward ending preventable maternal mortality. Washington DC: United States Agency for International Development (<http://www.mchip.net/sites/default/files/mchipfiles/USAID%20MH%20Strategy%20Apr.22.14.pdf>).
63. Sheikh K, Gilson L, Agyepong IA, Hanson K, Ssengooba F, Bennett S. Building the field of health policy and systems research: Framing the questions. *PLoS Med* 2011;8(8): e1001073. doi:10.1371/journal.pmed.1001073.
64. Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007 ([http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf)).
65. De Savigny D, Adam T, editors. Systems thinking for health systems strengthening. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563895\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563895_eng.pdf)).
66. Service availability and readiness assessment (SARA): An annual monitoring system for service delivery. Reference manual, Version 2.1. Organización Mundial de la Salud; 2013. ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/104075/1/WHO\\_HIS\\_HSI\\_RME\\_2013\\_1\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/104075/1/WHO_HIS_HSI_RME_2013_1_eng.pdf)).
67. Dumont A, Fournier P, Abrahamowicz M, Traoré M, Haddad S, Fraser WD; QUARITE research group. Quality of care, risk management, and technology in obstetrics to reduce hospital-based maternal mortality in Senegal and Mali (QUARITE): a cluster-randomised trial. *The Lancet* 2013;382(9887):146–157.
68. El Estado de las Parteras en el Mundo 2014 (SoWMy 2014): Hacia el acceso universal a la salud, un derecho de la mujer. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2014 ([https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SoWMy2014\\_complete-Spanish.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SoWMy2014_complete-Spanish.pdf)).
69. Homer CS, Friberg IK, Dias MA, ten Hoop-Bender P, Sandall J, Speciale AM, et al. The projected effect of scaling up midwifery. *The Lancet* 2014;384(9948):1146–1157.
70. Fostering social accountability: From principle to practice. Guidance Note: August, 2010. Oslo: United Nations Development Programme; 2010 (<http://www.undp.org/content/dam/undp/library/Democratic%20Governance/OGC/dg-ogc-Fostering%20Social%20Accountability-Guidance%20Note.pdf>).
71. Bustreo F, Say L, Koblinsky M, Pullum T, Temmerman M, Pablos-Méndez A. Ending preventable maternal deaths: the time is now. *The Lancet Glob Health* 2013;1(4): e176-e177. DOI: 10.1016/S2214-109X(13)70059-7.
72. Koblinsky M, Say L. Ending preventable maternal mortality – a proposal for the post-2015 goal. Ginebra: Organización Mundial de la Salud and Washington DC: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional ([http://www.mhtf.org/wp-content/uploads/sites/17/2014/01/Ending\\_preventable\\_maternal-mortality\\_WHOandUSAID.pdf](http://www.mhtf.org/wp-content/uploads/sites/17/2014/01/Ending_preventable_maternal-mortality_WHOandUSAID.pdf)).
73. Targets and strategies for ending preventable maternal mortality; consensus statement. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/130776/1/WHO\\_RHR\\_14.21\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/130776/1/WHO_RHR_14.21_eng.pdf?ua=1&ua=1)).



**Para más información, sírvase contactar al:**

Departamento de Familia, Promoción de la Salud y Curso de Vida

Organización Panamericana de la Salud

525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037, Estados Unidos de América

Tel.: +1 (202) 974-3000

<http://www.paho.org>

Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva

Departamento de Familia, Promoción de la Salud y Curso de Vida

Organización Panamericana de la Salud

Avenida Brasil 2697 1er Piso Apto 4 Montevideo 11300 Uruguay

tel. + 598 24872929

<http://www.paho.org/clap>

email: [postmasterCLAP@clap.ops-oms.org](mailto:postmasterCLAP@clap.ops-oms.org)

