

Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave

ESTRATEGIA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN



CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA
SALUD DE LA MUJER Y REPRODUCTIVA
CLAP/SMR



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud



aecid
Agencia Española
de Cooperación
Internacional
para el Desarrollo



Canadian International
Development Agency



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

Catalogación en la publicación

Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave: estrategia de monitoreo y evaluación. Montevideo: CLAP/SMR; 2012. (CLAP/SMR. Publicación Científica; 1593)

ISBN: 9789275074404

1. Mortalidad Materna-Prevención
2. Salud Materna
3. Morbilidad
4. Planes y Programas de Salud
5. Servicios de Salud Materno-Infantil
6. Atención Prenatal
7. Atención Posnatal

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse a: Servicios Editoriales, Área de Gestión de Conocimiento y Comunicación (KMC), Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C., EUA. El Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR), del Área Salud familiar y Comunitaria, Organización Panamericana de la Salud, tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud. 2012

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, 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.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula
Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva –CLAP/SMR
Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud- OPS/OMS

Casilla de Correo 627, 11000 Montevideo, Uruguay
Teléfono: +598 2 487 2929, Fax: +598 2487 2593
postmaster@clap.ops-oms.org
<http://new.paho.org/clap>
<http://perinatal.bvsalud.org/>

Título: Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave:
Estrategia de monitoreo y evaluación
Publicación Científica CLAP/SMR 1593



9 789275 074404

Agradecimientos

La presente publicación ha sido posible gracias al financiamiento de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI), la Agencia Española para la Cooperación y Desarrollo Internacional (AECID) y la Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional (USAID).

CLAP/SMR desea agradecer el apoyo técnico recibido para la revisión de este documento por los puntos focales de salud sexual y reproductiva de OPS en los países de la región, el departamento de salud materna, del niño y de los adolescentes de OMS y el punto focal en salud materna para América Latina y El Caribe de USAID.

Índice

Glosario	
Resumen Ejecutivo	
1. Introducción	1
2. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave	2
3. Monitoreo del Plan de acción	4
4. Definiciones y descripciones de los indicadores	4
4.1. Indicadores de impacto	5
4.1.1 Razón de mortalidad materna (RMM) total por causas y por edad.....	5
4.1.2 Razón de morbilidad materna grave total y por causas.....	5
4.1.3 Tasa de mortalidad materna (muertes maternas por cien mil mujeres de 15 a 44 años).	5
4.1.4 Número de países con RMM menor de 75 x 100.000 nacidos vivos para el año 2017..	5
4.1.5 Número de países con subpoblaciones [según etnia (indígena y no indígena) o localización geográfica (rural o urbana) o división subnacional (departamento, provincia, estado)] con RMM mayor a 125 x 100.000 nacidos vivos.	5
4.2. Indicadores por áreas estratégicas	6
4.2.1 Área estratégica 1: Prevención de embarazos no deseados y de las complicaciones derivadas de ellos.	6
4.2.2 Área estratégica 2: Acceso universal a servicios de maternidad asequibles y de calidad dentro del sistema coordinado de atención de salud..	7
4.2.3 Área estratégica 3: Recursos humanos calificados	8
4.2.4 Área estratégica 4: Información estratégica para la acción y la rendición de cuentas.....	8
4.3. Información a ser completada por los países para la construcción de los indicadores	9

Glosario

Siglas

ALC	América Latina y el Caribe
AU	Acceso universal
CD	Cuerpos Directivos
CLAP/SMR	Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva
COE	Cuidados obstétricos de emergencia
M&E	Monitoreo y evaluación
NV	Nacidos vivos
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
RMM	Razón de mortalidad materna
SMI	Salud maternoinfantil
SSR	Salud sexual y reproductiva
TP	Trabajo de parto
UCI	Unidad de cuidados intensivos

Términos y definiciones

Personal calificado: Según la OMS se entiende por personal calificado a todo aquel personal de salud acreditado -tales como enfermeras, matronas, obstétricas, obstetrices, parteras universitarias o médicos- quienes han sido educados y capacitados para adquirir las capacidades necesarias para manejar el embarazo normal (no complicado) el parto y el postparto inmediato y en la identificación y manejo y referencia de las complicaciones en mujeres y recién nacidos. Esta definición excluye al personal empírico.

COE básico: Son los cuidados obstétricos esenciales que incluyen tratamiento médico inicial de las complicaciones obstétricas y neonatales (anticonvulsivantes, oxitócicos y antibióticos, reanimación neonatal referencia inmediata), procedimientos manuales (remoción de placenta, reparo de desgarros), parto vaginal asistido, cuidados postparto y postaborto.

COE ampliado: Incluye los cuidados del básico más la posibilidad de realizar cesáreas, anestesia, sangre y/o hemoderivados y manejo de las complicaciones obstétricas.

Morbilidad materna grave: Morbilidad grave es aquella que presenta una mujer que casi muere pero sobrevive a una complicación que ocurre durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días de terminado el embarazo.

En este documento el término morbilidad materna grave fue el aprobado por los Cuerpos Directivos de OPS y es sinónimo de morbilidad materna severa, morbilidad materna extrema, morbilidad materna extremadamente grave o near miss (por su terminología en inglés), terminologías que son frecuentemente usadas en obstetricia en los diferentes países de la región.

Criterios de morbilidad materna grave (near miss)

Sistema o aparato comprometido	Criterios clínicos	Marcadores de laboratorio	Criterios basados en Intervenciones
Cardiovascular	Shock Paro cardíaco	Hipoperfusión severa (lactato > 5 mmol/l o > 45 mg/dl) Acidosis severa (pH < 7,1)	Administración continua de agentes vasoactivos Reanimación cardiopulmonar
Respiratorio	Cianosis aguda Respiración jadeante Taquipnea severa (frecuencia respiratoria > 40 rpm) Bradipnea severa (frecuencia respiratoria < 6 rpm)	Hipoxemia severa (saturación de oxígeno < 90% durante ≥ 60 minutos o PaO ₂ /FiO ₂ < 200)	Intubación y ventilación no relacionada con anestesia
Renal	Oliguria resistente a los líquidos ó diuréticos	Azoemia aguda severa (creatinina ≥ 300 μmol/l o ≥ 3,5 mg/dl)	Diálisis por insuficiencia renal aguda
Hematológico / Coagulación	Alteraciones de la coagulación	Trombocitopenia aguda severa (< 50.000 plaquetas/ml)	Transfusión masiva de sangre/glóbulos rojos (≥ 3 unidades)
Hepático	Ictericia en presencia de preeclampsia	Hiperbilirrubinemia aguda severa (bilirrubina > 100 μmol/l o > 6,0 mg/dl)	
Neurológico	Inconsciencia prolongada (> 12 horas)/Coma Accidente cerebrovascular Crisis epilépticas incontrolables/Estado epiléptico Parálisis generalizada		
Disfunción uterina			Infección o Hemorragia que llevan a Histerectomía

Sangre segura: Glóbulos rojos u otros productos derivados de la sangre provenientes de personas sin factores de riesgo conocidos para la transmisión por transfusión de microorganismos o virus (ej. malaria, VIH, hepatitis, etc.). Las muestras deben ser negativas para productos virales, anticuerpos de exposición a virus y a indicadores inespecíficos de inflamación hepática.

Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave

Resumen Ejecutivo

El tema de la reducción de la morbimortalidad materna se ha abordado en la Región, a pesar de ello los resultados siguen siendo insuficientes. Aunque se cuenta con el conocimiento sobre las intervenciones costo eficaces para evitar más del 90% de las muertes maternas y de las complicaciones obstétricas graves, las mujeres y sus hijos aún se enfrentan a barreras económicas, geográficas, sociales, legales y actitudinales que les impiden el acceso a servicios de calidad.

Queda mucho por hacer al interior de los servicios de salud ya que aún hay fallas en cuanto a cobertura, calidad y continuidad de la atención; en la disponibilidad de insumos y en el acceso igualitario a servicios de salud sensibles a las particularidades culturales, independientemente de dónde vive la mujer o de su situación socioeconómica.

La OPS pretende que la ejecución de este “Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad y la morbilidad materna grave”, con el más amplio compromiso de los países de las Américas, permita a las mujeres y a los niños mejorar su salud y el ejercicio de sus derechos fundamentales y de justicia social.

El presente documento presenta un conjunto de indicadores para medir los avances y el impacto de la puesta en marcha del Plan Regional, que permita la comparabilidad de la información más allá de las adaptaciones locales.

La OPS apoyará técnicamente a los países en sus esfuerzos de monitoreo y presentará reportes regionales cada dos años a los Cuerpos Directivos para brindar un análisis de la situación e identificar las brechas para su mejora y realizar las correcciones necesarias para el cumplimiento de las metas del Plan.

1. Introducción

El “Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad y la morbilidad materna grave” es un paso más para mejorar la salud de las mujeres, que contribuye a los esfuerzos de los países para cumplir el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM 5).

La mortalidad materna disminuyó en toda la Región entre 1990 y 2010, según datos oficiales de los Estados Miembros, que la OPS publica en los Indicadores Básicos de Salud, esa reducción fue de 35% a finales del 2010. Pero, este descenso sigue siendo insuficiente para que la Región de las Américas cumpla el ODM 5. Alrededor del 90% de la mortalidad materna en ALC pueden prevenirse con los conocimientos que tienen los países hoy en día.

La morbilidad materna grave se ha estudiado menos que la mortalidad materna. Se calcula que ocurren hasta 20 casos de morbilidad severa por cada muerte materna registrada; de estos casos, hasta una cuarta parte podrían sufrir secuelas graves y permanentes.

A menudo, la atención que está al alcance de las mujeres en el período prenatal y en el parto no cumple con las guías y protocolos de atención preconizadas internacionalmente. El control pregestacional prácticamente no existe en la Región, además, los servicios obstétricos esenciales no están distribuidos en forma homogénea y muchas veces son

de mala calidad, porque no hay personal capacitado con las competencias necesarias. Asimismo, no todas las instituciones pueden cumplir con los requisitos básicos ni suministrar todos los medicamentos e insumos necesarios, como reactivos de laboratorio y sangre segura.

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

El Secretario General de las Naciones Unidas hizo un llamamiento a favor de la ejecución de un plan que promoviera la reducción de la mortalidad materna y creó la Comisión de Información y Rendición de Cuentas sobre Salud de las Mujeres y los Niños en el año 2011 que formuló recomendaciones sobre el tema. La OPS se sumó a esta iniciativa en el 50.º Consejo Directivo, celebrado en el 2010, al darle un nuevo impulso a la Iniciativa Maternidad Segura y aprobar por unanimidad en el 51.º Consejo Directivo en setiembre de 2011 el Plan y la Resolución correspondiente para acelerar la reducción de la mortalidad y la morbilidad materna grave.

2. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave

La mortalidad y morbilidad materna evitable son expresión de inequidad y desigualdad y de falta de empoderamiento de las mujeres. Si bien es cierto que los determinantes socioeconómicos, culturales y ambientales son factores clave que intervienen en la disminución de la morbilidad y mortalidad maternas, en el sector de la salud pueden tomarse ciertas medidas concretas destinadas directamente a su disminución. Algunas de ellas son la mejor organización de los servicios de salud para la mujer en cuestiones de planificación familiar, atención antes del embarazo, en el período prenatal, en el parto y el puerperio.

Con este Plan de Acción se abordan directamente elementos críticos que pueden ayudar a prevenir las muertes maternas y la morbilidad grave y tiene los siguientes objetivos generales:

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

Se han identificado y priorizado cuatro áreas estratégicas y nueve intervenciones con sus respectivos indicadores que se describen a continuación.

Área estratégica 1:

Prevención de embarazos no deseados y de las complicaciones derivadas de ellos.

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

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

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

Área estratégica 3: Recursos humanos calificados

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

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

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

La resolución aprobada solicita la preparación de informes de progreso cada dos años,

Áreas estratégicas	Intervenciones de impacto	Indicadores
1. Prevención de embarazos no deseados y de las complicaciones derivadas de ellos.	<ul style="list-style-type: none"> Aumentar la cobertura de métodos anticonceptivos (incluyendo los métodos anticonceptivos de emergencia) y la disponibilidad de servicios de consejería en planificación familiar antes de la concepción y luego de un suceso obstétrico. 	<ul style="list-style-type: none"> Tasa de uso de métodos anticonceptivos modernos por mujeres en edad fecunda, desglosados según la edad y residencia rural/urbana. (Línea de base 60%. Meta: 70%.) Número de países que tienen datos nacionales sobre consejería y suministro de anticonceptivos posparto y/o posaborto por los servicios de salud. (Línea de base: por definirse. Meta: 90%.) Porcentaje de muertes maternas debidas al aborto reducidas en 50%. (Línea de base: 13%. Meta: 7%.)
2. Acceso universal a servicios de maternidad asequibles y de calidad dentro del sistema coordinado de atención de salud.	<ul style="list-style-type: none"> Acceso a la atención asequible y de calidad para los períodos pregestacional, prenatal, del parto y puerperal, por nivel de atención materna y perinatal, considerando un enfoque por regiones en el marco de la regionalización de la asistencia materna y perinatal. Hogares maternos, cuando sea apropiado. Utilización de prácticas basadas en pruebas científicas. Asegurar la derivación y contraderivación oportunas. Prevención y detección de la violencia intrafamiliar durante el embarazo. 	<ul style="list-style-type: none"> Número de países que tienen 70% de cobertura prenatal con cuatro o más controles. (Línea de base: 50%. Meta: 90%.) Cobertura institucional del parto. (Línea de base: 89.8%. Meta: 93%.) Número de países que tienen como mínimo un 60% de cobertura de control del puerperio a los 7 días del parto. (Línea de base: por definirse. Meta: 80%.) Número de países que usan oxitócicos en el 75% de los nacimientos institucionales durante el tercer período del trabajo de parto, una vez que ha cesado de latir el cordón umbilical. (Línea de base: por definirse. Meta: 90%.) Número de países que usan sulfato de magnesio, además de interrumpir el embarazo en el 95% de los casos de preclampsia grave/eclampsia atendidos en establecimientos de salud. (Línea de base: por definirse. Meta: 90%.) Número de países con disponibilidad de sangre segura en el 95% de los establecimientos que suministran cuidados de urgencia en el parto. (Línea de base: por definirse. Meta: 100%.) Número de países que vigilan la violencia intrafamiliar durante el embarazo en 95% de los partos institucionales. (Línea de base: por definirse. Meta: 80%.) Número de países con tasa de cesárea superior a 20% que reducen su tasa en por lo menos 20% para el 2017. (Línea de base: 17. Meta: 100%.) Número de países con muertes maternas debidas a trabajo de parto obstruido. (Línea de Base: 15. Meta: 0.)
3. Recursos humanos calificados.	<ul style="list-style-type: none"> Aumentar la disponibilidad de personal de salud calificado para la atención pregestacional, prenatal, del parto y del puerperio, en entornos de atención obstétrica de urgencia y básicos. Aumentar la disponibilidad de recursos humanos durante 24 horas para la atención del parto y las complicaciones obstétricas. 	<ul style="list-style-type: none"> Número de países que tienen coberturas de la atención del parto de 80% por personal calificado, de acuerdo con la definición de la OMS. (Línea de base: 43. Meta: 48.) Número de países que tienen tasas de cobertura de la atención del puerperio iguales o superiores al 80% por personal calificado, capaz de cuidar tanto a la madre como al recién nacido, de acuerdo con la definición de la OMS. (Línea de base: 23. Meta: 48.) Porcentaje de instituciones de atención obstétrica de urgencia (básica y ampliada) que llevan a cabo auditorías de todas las muertes maternas. (Línea de base: por definirse. Meta: 90%.) Número de países que presentan anualmente informes públicos sobre salud materna que incluyen estadísticas de mortalidad materna y la RMM a nivel nacional. (Línea de base: por definirse. Meta: 100%.)
4. Información estratégica para la acción y la rendición de cuentas.	<ul style="list-style-type: none"> Implantar y consolidar sistemas de información y de vigilancia materna y perinatal. Establecer comités de análisis de la mortalidad materna con participación comunitaria y ofrecer soluciones, cuando sea necesario. 	<ul style="list-style-type: none"> Número de países donde el sistema de salud tiene un sistema de información perinatal funcionando. (Línea de base: 16. Meta: 29.) Número de países donde el sistema de salud lleva un registro de la morbilidad materna grave. (Línea de base: por definirse. Meta: 80%.) Número de países cuya cobertura de muertes maternas en los sistemas de registros vitales es de 90% o más. (Línea de base: por definirse. Meta: 100%.)

sobre la base de la información disponible. Las fuentes de verificación de datos incluirán estadísticas vitales, encuestas nacionales de salud y estudios específicos para este plan.

3. Monitoreo y evaluación del Plan de acción

El monitoreo proporciona la información necesaria para evaluar la marcha de cualquier programa sanitario y permite realizar ajustes durante la ejecución del mismo. Tanto el monitoreo como la evaluación son funciones de gestión indispensables que ayudan a fortalecer la planificación de los programas y mejorar la efectividad de las acciones e intervenciones dirigidas a la reducción de la morbilidad materna.

El objetivo principal es la valoración del progreso en la reducción de la morbilidad materna en América Latina y el Caribe, así como ayudar a implementar las acciones correctivas que sean necesarias del plan en sus distintas etapas. Para ello es necesario contribuir al fortalecimiento de los sistemas permanentes de vigilancia. Múltiples experiencias en la región han demostrado que el fortalecimiento de dichos sistemas deriva en una mejor información para la acción, mientras que en aquellos países que se ha optado por estimaciones o encuestas ocasionales han tenido peores resultados.

La OPS dirigirá sus esfuerzos para monitorear los avances y promover la creación de un

repositorio regional de información clave en salud materna en cumplimiento de lo aprobado por los Estados miembros en el marco del 51.º Consejo Directivo de la OPS, resolución CD51.R12. Se pretende con esto disponer de un núcleo central de indicadores comparables para medir los avances y el impacto de la puesta en marcha del Plan regional, más allá de las adaptaciones locales.

La OPS presentará reportes regionales cada dos años a los Cuerpos Directivos para brindar un análisis de la situación e identificar las brechas para su mejora y realizar las correcciones necesarias para el cumplimiento de las metas del Plan.

4. Definición y descripción de los indicadores

A continuación se presentan 6 tablas, en las 5 primeras se definen los indicadores enumerados tanto de impacto (4.1) como por áreas estratégicas (4.2) y la sexta (4.3) detalla la información que debe ser recopilada por los países con la cual se construirán los indicadores regionales.

4.1. Indicadores de impacto.

INDICADOR	FÓRMULA	DEFINICIÓN / OBSERVACIONES
4.1.1 Razón de mortalidad materna (RMM) total por causas y por edad	$\text{N}^\circ \text{ de muertes maternas} / \text{No de nacidos vivos} \times 100.000$	Mortalidad materna es toda muerte que se produce por causa de embarazo, aborto, parto y/o puerperio hasta los 42 días de finalizado el evento obstétrico, independiente de la duración y el lugar del embarazo debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no debida a causas accidentales o incidentales
4.1.2 Razón de morbilidad materna grave total, por causas y por edad	$\text{N}^\circ \text{ de casos de morbilidad materna grave por embarazo, parto y puerperio hasta los 42 días de finalizado el evento obstétrico} / \text{N}^\circ \text{ de nacidos vivos} \times 100.000$	Morbilidad materna grave es aquella que presenta una mujer que casi muere pero sobrevive a una complicación que ocurre durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días de terminado el embarazo
4.1.3 Tasa de mortalidad materna (muertes maternas por cien mil mujeres de 15 a 44 años)	$\text{N}^\circ \text{ de muertes maternas por embarazo, aborto, parto y puerperio hasta los 42 días de finalizado el evento obstétrico} / \text{N}^\circ \text{ de mujeres de 15 a 44 años} \times 100.000$	Es un proxy que permite evaluar el efecto de la contracepción ya que no toma mujeres embarazadas sino mujeres en edad fértil. No es estrictamente una tasa ya que el denominador no contempla el número de mujeres embarazadas
4.1.4 N° de países con RMM menor de 75 x 100.000 nacidos vivos para el año 2017	$\text{N}^\circ \text{ de países con RMM menor de } 75 \text{ p } 100.000 \text{ nv} / \text{No total de países} \times 100$	Este indicador pretende evaluar la brecha en mortalidad materna entre países
4.1.5 N° de países con subpoblaciones [según etnia (indígena y no indígena) o localización geográfica (rural o urbana) o división subnacional (departamento, provincia o estado)] con RMM mayor a 125 x 100.000 nacidos vivos	$\text{N}^\circ \text{ de países con subpoblaciones con RMM mayor a } 125 \text{ p } 100.000 \text{ nv}$	Este indicador pretende evaluar la brecha en mortalidad materna intra país y las inequidades existentes entre grupos de diferente vulnerabilidad

4.2. Indicadores por áreas estratégicas.

4.2.1 Área estratégica 1:

Prevención de embarazos no deseados y de las complicaciones derivadas de ellos.

INDICADOR	FÓRMULA	DEFINICIÓN /OBSERVACIONES
4.2.1.1 a) Tasa de uso de métodos anticonceptivos modernos por mujeres en edad fecunda, desglosados según la edad y residencia urbana	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de mujeres de 15 a 44 años que declaran estar usando métodos anticonceptivos o que su compañero los está usando}}{\text{Total de mujeres de 15 a 44 años}} \times 100 \text{ (según área urbana)}$	Desglosar según grupos etarios 15 a 19; 20 a 24; 25 a 44 y residencia urbana
4.2.1.1 b) Tasa de uso de métodos anticonceptivos modernos por mujeres en edad fecunda, desglosados según la edad y residencia rural	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de mujeres de 15 a 44 años que declaran estar usando métodos anticonceptivos o que su compañero los está usando}}{\text{Total de mujeres de 15 a 44 años}} \times 100 \text{ (según área rural)}$	Desglosar según grupos etarios 15 a 19; 20 a 24; 25 a 44 y residencia rural
4.2.1.2 a) N° de países que tienen datos nacionales sobre consejería de anticonceptivos posparto y/o posaborto por los servicios de salud	N° de países con datos de consejería anticonceptiva posparto y/o posaborto	Este indicador debe ser confeccionado por separado (consejería posparto y consejería postaborto)
4.2.1.2 b) N° de países que tienen datos nacionales sobre suministro de anticonceptivos posparto y/o posaborto por los servicios de salud	N° de países con datos de entrega de anticonceptivos posparto y/o postaborto	Este indicador debe ser confeccionado por separado (entrega de métodos posparto y entrega de métodos postaborto)
4.2.1.3 Porcentaje de muertes maternas debidas al aborto	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de muertes maternas por aborto}}{\text{N}^\circ \text{ total de muertes maternas}} \times 100$	

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

INDICADOR	FÓRMULA	DEFINICIÓN /OBSERVACIONES
4.2.2.1 N° de países que tienen 70% de cobertura prenatal con cuatro o más controles	$\frac{\text{N° de países con 70\% o más de cobertura prenatal con 4 o más control}}{\text{Total de países}}$	N° de mujeres que han utilizado servicios atención prenatal al menos cuatro veces durante el embarazo/ N° total de nacimientos estimados
4.2.2.2 Cobertura institucional del parto.	$\frac{\text{N° de nacimientos (vaginal y cesárea) registrados en Servicios de Salud}}{\text{N° total de nacimientos estimados}} \times 100$	
4.2.2.3 N° de países que tienen como mínimo un 60% de cobertura de control del puerperio a los 7 días del parto	$\frac{\text{N° de países con 60\% o más de control puerperal al 7° día}}{\text{Total de países}}$	N° de mujeres con control puerperal entre el alta y el 7° día postparto (vaginal o cesárea)/Total de nacimientos estimados X 100
4.2.2.4 N° de países que usan ocitócicos en el 75% de los nacimientos institucionales durante el tercer período del trabajo de parto, una vez que ha cesado de latir el cordón umbilical	$\frac{\text{N° de países que usan prevención de la hemorragia postparto con oxitócicos en un 75\% o más de los partos}}{\text{Total de países}} \times 100$	N° de partos institucionales (incluye cesáreas) en los que se usó ocitócicos (ocitocina, metilergonovina, misoprostol, etc.) para prevenir la hemorragia postparto una vez que ha cesado de latir el cordón umbilical /Total de partos institucionales (incluye cesáreas) X 100
4.2.2.5 N° de países que usan sulfato de magnesio, en el 95% de los casos de preclampsia grave/eclampsia atendidos en establecimientos de salud	$\frac{\text{N° de países que aplican sulfato de magnesio en el 95\% de las mujeres embarazadas con preclampsia severa-eclampsia en los servicios de salud}}{\text{Total de países}} \times 100$	N° de mujeres embarazadas con preclampsia severa-eclampsia que reciben sulfato de Magnesio en los servicios de salud/Total de mujeres embarazadas con casos de preclampsia severa-eclampsia X 100
4.2.2.6 N° de países con disponibilidad de sangre segura en el 95% de los establecimientos que suministran cuidados de urgencia en el parto.	$\frac{\text{N° de países en los que el 95\% o más de los servicios que brindan COE cuentan con sangre segura}}{\text{Total de países}} \times 100$	N° de instituciones de un país que suministran COE y cuentan con sangre segura/Total de instituciones del país que brindan COE X 100
4.2.2.7 N° de países que vigilan la violencia intrafamiliar durante el embarazo en 95% de los partos institucionales	$\frac{\text{N° de países que vigilan violencia familiar en el 95\% o más de los casos de partos institucionales}}{\text{Total de países}} \times 100$	N° de partos institucionales (incluye cesáreas) en los que se interrogó y consignó búsqueda de violencia intrafamiliar/ Total de partos institucionales (incluye cesáreas) X 100
4.2.2.8 N° de países con tasa de cesárea superior a 20% que reducen su tasa en por lo menos 20% para el 2017	$\frac{\text{N° de países que en 2012 tenían tasa nacional de cesárea superior a 20\% y que en 2017 la redujeron en un 20\% o más}}{\text{Total de países}}$	
4.2.2.9 N° de países con muertes maternas debidas a trabajo de parto obstruido	$\frac{\text{N° de países con muertes maternas debidas a trabajo de parto obstruido}}{\text{Total de países}}$	

4.2.3 Área estratégica 3: Recursos humanos calificados.

INDICADOR	FÓRMULA	DEFINICIÓN /OBSERVACIONES
4.2.3.1 N° de países que tienen coberturas de la atención del parto de 80% por personal calificado, de acuerdo con la definición de la OMS	N° de países que tienen cobertura de atención del parto de 80% o más por personal calificado, de acuerdo con la definición de la OMS	
4.2.3.2 N° de países que tienen tasas de cobertura de la atención del puerperio iguales o superiores al 80% por personal calificado, de acuerdo con la definición de la OMS	N° de países que tienen tasas de cobertura de la atención del puerperio iguales o superiores al 80% por personal calificado, de acuerdo con la definición de la OMS	
4.2.3.3 Porcentaje de instituciones de atención obstétrica de urgencia (básica y ampliada) que llevan a cabo auditorías de todas las muertes maternas	N° de instituciones que asisten partos y realizan auditoría de las muertes maternas / N° total de instituciones que asisten partos x 100	
4.2.3.4 N° de países que presentan anualmente informes públicos sobre salud materna que incluyen estadísticas de mortalidad materna y la RMM a nivel nacional	N° de países que presentan anualmente informes públicos sobre salud materna que incluyen estadísticas de mortalidad materna y la RMM a nivel nacional / Total de países de la región X 100	

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

INDICADOR	FÓRMULA	DEFINICIÓN /OBSERVACIONES
4.2.4.1 N° de países donde el sistema de salud tiene un sistema de información perinatal funcionando	Países que usan un sistema de información perinatal a nivel nacional	
4.2.4.2 N° de países donde el sistema de salud lleva un registro de la morbilidad materna grave	Países que registran en forma sistemática la morbilidad materna grave	
4.2.4.3 N° de países cuya cobertura de muertes maternas en los sistemas de registros vitales es de 90% o más	Porcentaje de muertes maternas registradas en los sistemas nacionales de salud	

4.3 Información a ser completada por los países para la construcción de los indicadores.

Los indicadores marcados en gris serán calculados por OPS a nivel regional en forma agregada con los datos suministrados por los países (en otros renglones).

Las celdas a ser llenadas por las oficinas de país son de dos tipos:

- a) Celdas en las que la respuesta será Sí o No, en ese caso se hará una círculo sobre la opción que aplica al país.
- b) Celdas abiertas en las que se responderá con una cifra, número absoluto, porcentaje, razón o tasa según sea requerido.

INDICADOR	PAÍS						
	AÑO						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
4.1.1 Razón de mortalidad materna (RMM)							
4.1.1 a) N° total de muertes maternas							
4.1.1 b) N° total de nacidos vivos							
Fuente/año							
4.1.1 c) N° de muertes maternas por causa:							
N° de muertes por Trastornos Hipertensivos (Total)							
• Pre-eclampsia							
• Eclampsia							
• Hipertensión crónica							
Hemorragia (Total)							
• Hemorragia segunda mitad							
• Hemorragia postparto							
Sepsis							
Aborto							
Parto obstruido							
Otras directas							
Indirectas							
Mal definidas							
Suicidios/otras muertes violentas. Recordar que estas muertes no se incluyen actualmente en la RMM							
Fuente/año							
4.1.1 d) N° de muertes maternas por edad. (Total)							
10-14							
15-19							
20-24							
25-39							
40-44							
45-49							
50 y mas años							

INDICADOR	PAÍS						
	AÑO						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Fuente/año							
4.1.2 Razón de morbilidad materna grave total y por causas							
4.1.2 a) N° total de casos de morbilidad materna grave							
4.1.2 b) N° casos de morbilidad materna grave por causa							
Pre-eclampsia severa							
Eclampsia							
Hemorragia que requiere histerectomía y/o 3 o más volúmenes de hemoderivados y/o internación en UCI							
Hemorragia segunda mitad que requiere histerectomía y/o 3 o más volúmenes de hemoderivados y/o internación en UCI							
Hemorragia posparto que requiere histerectomía y/o 3 o más volúmenes de hemoderivados y/o internación en UCI							
Aborto que requiere histerectomía y/o 3 o más volúmenes de hemoderivados y/o internación en UCI							
Sepsis							
Otras causas							
Fuente/año							
4.1.2 c) N° de morbilidad materna por edad.							
10-14							
15-19							
20-24							
25-39							
40-44							
45-49							
50 y mas años							
Fuente/año							

INDICADOR	PAÍS						
	AÑO						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
4.1.5 N° de países con subpoblaciones [según etnia (indígena y no indígena) o localización geográfica (rural o urbana) o división subnacional (departamento, provincia, estado)] con RMM mayor a 125 x 100.000 nacidos vivos							
4.1.5 a) RMM mayor a 125 por 100.000 en un Departamento, Provincia o Estado	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
4.1.5 b) RMM mayor a 125 por 100.000 en area rural	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
4.1.5 c) RMM mayor a 125 por 100.000 en área urbana	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
4.1.5 d) RMM mayor a 125 por 100.000 en población indígena	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
4.1.5 e) RMM mayor a 125 por 100.000 en población mestiza	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
4.1.5 f) RMM mayor a 125 por 100.000 en población afrodescendiente	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
4.1.5 g) RMM mayor a 125 por 100.000 en población blanca/caucásica	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
4.2.1.1 Tasa de uso de métodos anticonceptivos modernos por mujeres en edad fecunda, (total)							
4.2.1.1 a) Tasa de uso de métodos anticonceptivos modernos por edad							
10 -14							
15 -19							
20 -24							
25 -39							
40 - 44							
45-49							
50 y mas años							
Fuente/año							
4.2.1.1 b) Tasa de uso de métodos anticonceptivos modernos según residencia							
Urbana							
Rural							

INDICADOR	PAÍS						
	AÑO						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Fuente/año							
4.2.1.2 N° de países que tienen datos nacionales sobre consejería y suministro de anticonceptivos posparto y/o posaborto por los servicios de salud							
4.2.1.2 a) Tiene su país datos nacionales sobre consejería anticonceptiva postparto	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
4.2.1.2 b) Tiene su país datos nacionales sobre consejería anticonceptiva postaborto	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
4.2.1.2 c) Tiene su país datos nacionales sobre suministro de anticonceptivos postparto	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
4.2.1.2 d) Tiene su país datos nacionales sobre suministro de anticonceptivos postaborto	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
Fuente/año							
4.2.1.3 Porcentaje de muertes maternas debidas al aborto reducidas en 50%							
4.2.1.3 a) Porcentaje de muertes maternas debidas a aborto							
Fuente/año							
4.2.2.1 N° de países que tienen 70% de cobertura prenatal con cuatro o más controles							
4.2.2.1 a) N° de mujeres con cuatro o más controles prenatales							
Fuente/año							
4.2.2.2 Cobertura institucional del parto							
4.2.2.2 a) N° de nacimientos (vaginal y cesárea) registrados en Servicios de Salud							
Fuente/año							
4.2.2.3 N° de países que tienen como mínimo un 60% de cobertura de control del puerperio a los 7 días del parto							

INDICADOR	PAÍS						
	AÑO						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
4.2.2.3 a) N° de mujeres con control puerperal entre el alta y el 7° día postparto (vaginal o cesárea)							
Fuente/año							
4.2.2.4 N° de países que usan ocitócicos en el 75% de los nacimientos institucionales durante el tercer periodo del parto, una vez que ha cesado de latir el cordón umbilical							
4.2.2.4 a) N° de partos institucionales (incluye cesáreas) en los que se usó ocitócicos (ocitocina, metilergonovina, misoprostol, etc.) para prevenir la hemorragia postparto							
4.2.2.4 b) Total de partos institucionales (incluye cesáreas)							
Fuente/año							
4.2.2.5 N° de países que usan sulfato de magnesio, además de interrumpir el embarazo en el 95% de los casos de preclampsia grave/eclampsia atendidos en establecimientos de salud							
4.2.2.5 a) N° de mujeres embarazadas con preclampsia severa-eclampsia que reciben sulfato de Magnesio en los servicios de salud							
4.2.2.5 b) Total de mujeres embarazadas con casos de preclampsia severa-eclampsia							
Fuente/año							
4.2.2.6 N° de países con disponibilidad de sangre segura en el 95% de los establecimientos que suministran cuidados de urgencia en el parto							
4.2.2.6 a) N° de instituciones del país que suministran COE y cuentan con sangre segura							
4.2.2.6 b) Total de instituciones del país que brindan COE							
Fuente/año							

INDICADOR	PAÍS						
	AÑO						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
4.2.2.7 N° de países que vigilan la violencia intrafamiliar durante el embarazo en 95% de los partos institucionales							
4.2.2.7 a) N° de partos institucionales (incluye cesáreas) en los que se interrogó y consignó búsqueda de violencia intrafamiliar							
Fuente/año							
4.2.2.8 N° de países con tasa de cesárea superior a 20% que reducen su tasa en por lo menos 20% para el 2017							
4.2.2.8 a) Porcentaje de cesárea							
Fuente/año							
4.2.2.9 N° de países con muertes maternas debidas a trabajo de parto obstruido							
4.2.2.9 a) N° de muertes maternas debidas a trabajo de parto obstruido							
Fuente/año							
4.2.3.1 N° de países que tienen coberturas de la atención del parto de 80% por personal calificado, de acuerdo con la definición de la OMS							
4.2.3.1 a) Porcentaje de cobertura de atención del parto por personal calificado, de acuerdo con la definición de la OMS							
Fuente/año							
4.2.3.2 N° de países que tienen tasas de cobertura de la atención del puerperio iguales o superiores al 80% por personal calificado, capaz de cuidar tanto a la madre como al recién nacido, de acuerdo con la definición de la OMS							
4.2.3.2 a) Porcentaje de cobertura de atención del puerperio por personal calificado, capaz de cuidar tanto a la madre como al recién nacido, de acuerdo con la definición de la OMS							
Fuente/año							

INDICADOR	PAÍS						
	AÑO						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
4.2.3.3 Porcentaje de instituciones de atención obstétrica de urgencia (básica y ampliada) que llevan a cabo auditorías de todas las muertes maternas							
4.2.3.3 a) N° de instituciones de atención obstétrica de urgencia (básica y ampliada) que llevan a cabo auditorías de todas las muertes maternas							
4.2.3.3 b) N° total de instituciones de atención obstétrica de urgencia (básica y ampliada)							
Fuente/año							
4.2.3.4 N° de países que presentan anualmente informes públicos sobre salud materna que incluyen estadísticas de mortalidad materna y la RMM a nivel nacional							
4.2.3.4 a) Su país presenta anualmente informes públicos sobre salud materna que incluyen estadísticas de mortalidad materna y la RMM a nivel nacional							
Fuente/año							
4.2.4.1 N° de países donde el sistema de salud tiene un sistema de información perinatal funcionando							
4.2.4.1 a) El sistema de salud de su país tiene un sistema de información perinatal funcionando							
Fuente/año							
4.2.4.2 N° de países donde el sistema de salud lleva un registro de la morbilidad materna grave							
4.2.4.2 a) El sistema de salud de su país lleva un registro de la morbilidad materna grave							
Fuente/año							
4.2.4.3 N° de países cuya cobertura de muertes maternas en los sistemas de registros vitales es de 90% o más							
4.2.4.3 a) N° de muertes maternas consignadas en el sistema de registros vitales							
4.2.4.3 b) N° total de muertes maternas identificadas por búsqueda activa de casos							
Fuente/año							

