

POBLACIÓN Y DESARROLLO

Políticas públicas en América Latina para la reducción de la mortalidad materna, 2009-2014

Alejandra Burgos Bizama



NACIONES UNIDAS

CEPAL



POBLACIÓN Y DESARROLLO

Políticas públicas en América Latina para la reducción de la mortalidad materna, 2009-2014

Alejandra Burgos Bizama



NACIONES UNIDAS



Este documento fue realizado bajo la dirección de Dirk Jaspers Fajjer, Director del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la coordinación de Magda Ruiz, Asesora Regional en Demografía e Información sobre Población; fue elaborado por la consultora Alejandra Burgos Bizama y contó con la revisión técnica de las consultoras Lina Márquez y María Cecilia Villarroel, todas ellas de la misma División. El estudio se desarrolló en el marco del programa de trabajo anual entre la CEPAL y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (AWP UNFPA-CEPAL 2014 y 2015). El CELADE agradece la contribución técnica de Alma Virginia Camacho, del UNFPA.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de la autora y pueden no coincidir con las de la Organización.

Publicación de las Naciones Unidas

ISSN 1680-8991

LC/L.4096

Copyright © Naciones Unidas, noviembre de 2015. Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

S.15-00990

Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Solo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Índice

Resumen	7
Introducción	9
I. Marco de referencia	13
A. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo	14
B. Objetivos de Desarrollo del Milenio	17
C. Consenso de Montevideo	17
II. Propuesta de análisis de políticas y programas para la reducción de la mortalidad materna en países de América Latina	21
A. Metodología para organizar la información	23
B. Fuentes de información	24
III. Resultados por países	27
A. Argentina.....	28
B. Estado Plurinacional de Bolivia	31
C. Brasil	32
D. Chile	35
E. Colombia	36
F. Costa Rica	39
G. Cuba	40
H. Ecuador	42
I. El Salvador.....	43
J. Guatemala	45
K. Haití.....	47
L. Honduras	48
M. México	49
N. Nicaragua	51

O.	Panamá.....	52
P.	Paraguay.....	54
Q.	Perú.....	56
R.	República Dominicana.....	58
S.	Uruguay.....	59
T.	República Bolivariana de Venezuela.....	62
IV.	Resultados consolidados.....	63
A.	Factor 1: Reducir las posibilidades de embarazos no deseados.....	63
B.	Factor 2: Reducir las posibilidades que la mujer embarazada experimente graves complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio.....	67
C.	Factor 3: Reducir las posibilidades de muerte entre mujeres que experimenten complicaciones.....	71
D.	Acciones para el mejoramiento de la calidad de la información.....	73
V.	Estimación de la mortalidad materna como estrategia para su reducción.....	75
VI.	Síntesis de los hallazgos.....	81
	Bibliografía.....	83
	Serie Población y Desarrollo: números publicados.....	88
Cuadros		
Cuadro 1	América Latina: tendencias en la razón de mortalidad materna, 2000-2010. Indicador 5.1 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.....	11
Cuadro 2	Argentina: resumen de las medidas implementadas en el marco de las políticas públicas para la reducción de la mortalidad materna.....	30
Cuadro 3	Estado Plurinacional de Bolivia: resumen de las medidas implementadas en el marco de las políticas públicas para la reducción de la mortalidad materna.....	32
Cuadro 4	Brasil: resumen de las medidas implementadas en el marco de las políticas públicas para la reducción de la mortalidad materna.....	34
Cuadro 5	Chile: resumen de las medidas implementadas en el marco de las políticas públicas para la reducción de la mortalidad materna.....	36
Cuadro 6	Colombia: resumen de las medidas implementadas en el marco de las políticas públicas para la reducción de la mortalidad materna.....	38
Cuadro 7	Costa Rica: resumen de las medidas implementadas en el marco de las políticas públicas para la reducción de la mortalidad materna.....	40
Cuadro 8	Cuba: resumen de las medidas implementadas en el marco de las políticas públicas para la reducción de la mortalidad materna.....	41
Cuadro 9	Ecuador: resumen de las medidas implementadas en el marco de las políticas públicas para la reducción de la mortalidad materna.....	43
Cuadro 10	El Salvador: resumen de las medidas implementadas en el marco de las políticas públicas para la reducción de la mortalidad materna.....	44
Cuadro 11	Guatemala: resumen de las medidas implementadas en el marco de las políticas públicas para la reducción de la mortalidad materna.....	46
Cuadro 12	Haití: resumen de las medidas implementadas en el marco de las políticas públicas para la reducción de la mortalidad materna.....	48
Cuadro 13	Honduras: resumen de las medidas implementadas en el marco de las políticas públicas para la reducción de la mortalidad materna.....	49
Cuadro 14	México: resumen de las medidas implementadas en el marco de las políticas públicas para la reducción de la mortalidad materna.....	50
Cuadro 15	Nicaragua: resumen de las medidas implementadas en el marco de las políticas públicas para la reducción de la mortalidad materna.....	52
Cuadro 16	Panamá: resumen de las medidas implementadas en el marco de las políticas públicas para la reducción de la mortalidad materna.....	54

Cuadro 17	Paraguay: resumen de las medidas implementadas en el marco de las políticas públicas para la reducción de la mortalidad materna.....	55
Cuadro 18	Perú: resumen de las medidas implementadas en el marco de las políticas públicas para la reducción de la mortalidad materna	57
Cuadro 19	República Dominicana: resumen de las medidas implementadas en el marco de las políticas públicas para la reducción de la mortalidad materna	59
Cuadro 20	Uruguay: resumen de las medidas implementadas en el marco de las políticas públicas para la reducción de la mortalidad materna.....	60
Cuadro 21	República Bolivariana de Venezuela: resumen de las medidas implementadas en el marco de las políticas públicas para la reducción de la mortalidad materna	62
Cuadro 22	Países de América Latina: tratamiento de los temas de la CIPD relacionados con las necesidades de adolescentes y jóvenes (10-24 años) en el contexto nacional, durante los últimos 5 años. Encuesta Mundial sobre el Cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD.....	64
Cuadro 23	Países de América Latina: 6.6 atención a temas de la CIPD relacionados con la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos en el contexto nacional, durante los últimos 5 años. a) Mejorar el acceso de las mujeres a asesoramiento e información sobre salud sexual y reproductiva. Encuesta Mundial sobre el Cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD.....	64
Cuadro 24	Países de América Latina: 6.6 atención a temas de la CIPD relacionados con la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos en el contexto nacional, durante los últimos 5 años. b) Mejorar el acceso de las mujeres a servicios integrales de salud sexual y reproductiva. Encuesta Mundial sobre el Cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD.	65
Cuadro 25	Países de América Latina: 6.6 atención a temas de la CIPD relacionados con la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos en el contexto nacional, durante los últimos 5 años. c) Mejorar el acceso de los pueblos indígenas y las minorías culturales a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, independientemente del estado civil y de la edad, incluido el acceso a la anticoncepción. Encuesta Mundial sobre el Cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD.....	65
Cuadro 26	Países de América Latina: 6.6 atención a temas de la CIPD relacionados con la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos en el contexto nacional, durante los últimos 5 años. d) Mejorar el acceso de las personas con discapacidad a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, independientemente del estado civil y de la edad, incluido el acceso a la anticoncepción. Encuesta Mundial sobre el Cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD.....	66
Cuadro 27	Países de América Latina: servicios de salud sexual y reproductiva disponibles en atención primaria. Encuesta Mundial sobre el Cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD.....	67
Cuadro 28	Países de América Latina: 6.6 atención a temas de la CIPD relacionados con la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos en el contexto nacional, durante los últimos 5 años. f) Suministro de alimentación para mujeres embarazadas. Encuesta Mundial sobre el Cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD.....	68
Cuadro 29	Países de América Latina: 6.6 atención a temas de la CIPD relacionados con la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos en el contexto nacional, durante los últimos 5 años. j) Protección social y asistencia médica a embarazadas adolescentes. Encuesta Mundial sobre el Cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD.....	68

Cuadro 30	Países de América Latina: 6.6 atención a temas de la CIPD relacionados con la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos en el contexto nacional, durante los últimos 5 años (2007-2012). p) Prevenir y manejar las consecuencias de abortos inseguros. Encuesta Mundial sobre el Cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD	69
Cuadro 31	Países de América Latina: 6.6. r) Acceso a aborto sin riesgos dentro del marco legal. Encuesta Mundial sobre el Cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD.....	69
Cuadro 32	Países de América Latina: servicios de salud materna disponibles en atención primaria. Encuesta Mundial sobre el cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD.....	70
Cuadro 33	Países de América Latina: existencia y disponibilidad de los siguientes aspectos para hacer de la salud sexual y reproductiva (SSR) una parte integral de la atención primaria de salud. Encuesta Mundial sobre el Cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD.....	71
Cuadro 34	Países de América Latina: derivación obstétrica de emergencia. Encuesta Mundial sobre el Cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD.....	72
Cuadro 35	Países de América Latina: disponibilidad de fármacos y servicios. Encuesta Mundial sobre el Cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD.....	72
Cuadro 36	Países de América Latina: disponibilidad de diagnósticos y detección de necesidades. Encuesta Mundial sobre el Cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD.....	73
Cuadro 37	Países de América Latina: 6.24. ¿Con qué mecanismos cuenta el país para garantizar la aplicación de políticas y programas para controlar la morbilidad y mortalidad materna? Encuesta Mundial sobre el Cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD.....	74
 Recuadros		
Recuadro 1	Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, Capítulo 2	15
Recuadro 2	Medidas prioritarias del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo.....	18
Recuadro 3	Capítulo D. Medidas 33 a 46 del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo	19
Recuadro 4	Requisitos elementales de una política pública adecuada	22
Recuadro 5	Objetivos de la Encuesta Mundial.....	25
 Diagramas		
Diagrama 1	Causas de muertes maternas y estrategias para combatirlas	22

Resumen

Este documento se propone recopilar y describir las políticas, normativas e institucionalidad que fundamentan las políticas públicas para la reducción de la mortalidad materna en los países de América Latina, abarcó la revisión de políticas, programas y estrategias adoptadas por los países, con base en las respuestas al cuestionario estructurado de la Encuesta Mundial sobre el cumplimiento del Programa CIPD después de 2014 e información recabada de los ministerios de salud y entidades relacionadas con la salud sexual y reproductiva en los 20 países de América Latina.

Respecto a los mecanismos utilizados por los países para enfrentar los desafíos que implica la reducción de la mortalidad materna, el modelo de análisis propuesto identificó tres factores que inciden directamente en la reducción de las defunciones maternas: 1) la reducción de las posibilidades de embarazos no deseados; 2) la reducción de las posibilidades de que la mujer embarazada experimente graves complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio y 3) la reducción de las posibilidades de muerte entre mujeres que experimenten complicaciones.

El documento se estructuró en seis partes: en la primera se presenta un marco de referencia que resume los puntos abordados por los principales instrumentos internacionales que desarrollan la temática de la salud sexual y reproductiva, así como la prevención de la mortalidad materna desde el punto de vista intersectorial. En la segunda parte se expone la metodología utilizada para la sistematización de la información recabada. En la tercera parte se presentan resultados por cada país incluido en el estudio, elaborando un breve resumen de las políticas y programas desarrollados en la materia. En la cuarta parte se presentan resultados consolidados mediante cuadros comparativos de 19 de los 20 países de América Latina (excepto Nicaragua) respecto de ciertos temas relevantes consignados en la Encuesta Mundial sobre el cumplimiento del programa de acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. En la quinta parte se aborda brevemente una descripción de las estimaciones de la mortalidad como estrategia para su reducción. Se ha decidido no ahondar en este aspecto, dado que actualmente hay estudios específicos en la materia que se están desarrollando en el CELADE. Finalmente, en la sexta y última parte se encuentra una síntesis con los hallazgos del trabajo.

Introducción

A nivel mundial, más de la mitad de las mujeres que necesitan atención por complicaciones médicas del embarazo, tales como hipertensión, infección o parto obstruido no la reciben.

Se estima que en países en desarrollo cada año suceden 125 millones de partos, en 54 millones de ellos (43%) se realizan menos de los controles prenatales recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Unas 43 millones de mujeres (34%) no tiene un parto atendido en una institución de salud y 21 millones (17%) necesitan pero no reciben atención en complicaciones obstétricas de gravedad (Singh S. y otros, 2014).

Adicionalmente, 7 millones de mujeres sufren aborto espontáneo, mortinato o aborto inducido, sin recibir atención médica adecuada y poco más de 3 millones presentan complicaciones derivadas de abortos inseguros que no reciben atención postaborto (Singh S. y otros, 2014).

En estos países, si todas las mujeres que quisieran evitar un embarazo usaran anticonceptivos modernos y se contara con atención conforme a los estándares recomendados por la OMS en el embarazo, parto y puerperio, las muertes maternas disminuirían un 67%, de 290.000 a 96.000 y la carga de discapacidad relacionada con el embarazo y el parto entre las mujeres y los recién nacidos disminuiría en dos terceras partes (Singh S. y otros, 2014).

Entre 1990 y 2013, las cifras de muertes maternas cayeron un 45%. Así, en 1990 morían 523.000 mujeres a causa del embarazo o el parto, en 2013 se redujo a 289.000 (WHO, 2014).

De acuerdo con el informe de tendencias en las estimaciones de mortalidad materna 1990-2013, del Grupo Interagencial para la Estimación de la Mortalidad Materna, 11 países del mundo ya alcanzaron la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Sin embargo, se aprecia que, frente a las condiciones actuales, muchos países de ingreso bajo y medio, incluidos la mayoría de los de América Latina y el Caribe, no lograrán este objetivo, mientras que África Sub Sahariana sigue siendo la región del mundo donde las mujeres corren mayor riesgo de morir por complicaciones del embarazo y el parto (Rodríguez V., 2006).

La mortalidad materna en América Latina es relativamente baja en comparación con las otras regiones del mundo. A partir de la razón de mortalidad materna (RMM)¹ se observó que en 2013, hubo 77 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos en América Latina y 190 en el Caribe. Las otras regiones en desarrollo consideradas que tienen “baja” mortalidad materna son Asia del Este (33), el Cáucaso y Asia Central (39), África del Norte (69), y Asia Occidental (74) (Rodríguez V., 2006).

Los avances de los últimos 20 años han sido menos en prevención de los embarazos de adolescentes, los abortos, las defunciones maternas, las infecciones de transmisión sexual y el VIH, y hay diferencias considerables en la disponibilidad y la calidad de servicios y educación integrales en materia sexual para los jóvenes, así como en el acceso a ellos, especialmente en los países de ingreso bajo (Maine y otros, 1997).

De acuerdo con lo anterior, si bien no se ha observado la velocidad que se esperaba en la disminución de la RMM, en algunos casos se han experimentado progresos sustanciales, principalmente asociados con el éxito en el liderazgo, la evidencia y la innovación, el desarrollo y la aplicación de estrategias de corto y largo plazo, en que se utilizan modelos flexibles de prestación de servicios (Maine y otros, 1997).

En relación con las cifras sobre mortalidad materna de la región, se puede decir que las que más generan acuerdo son las que compila la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El cuadro 1 presenta la evolución entre los años 2000 y 2013 de la razón de mortalidad o número de muertes asociadas al embarazo, parto o post parto por cada 100.000 nacidos vivos.

Los países con RMM más baja de la región, desde 2007 son el Uruguay, Chile y Costa Rica, mientras que las razones más altas están en Guatemala, la República Dominicana y el Paraguay. No obstante, el país que muestra más alta RMM es Haití (157 por 100.000 nacidos vivos en 2013,) pero no se cuenta con datos sistemáticos (WHO, 2014).

Entre los países que antes de 1990 ya tenían baja mortalidad materna, pero que lograron reducciones significativas hasta 2013 (-40% o más) se encuentran Chile y México (WHO, 2014).

Para revisar las normativas, institucionalidad y políticas nacionales de América Latina, a partir de las bases que fundamentan las políticas y programas para la reducción de la mortalidad materna, en este documento se presenta una descripción de las iniciativas de los países desde la perspectiva del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, con base en los resultados de la Encuesta Mundial sobre el cumplimiento del Programa y su seguimiento después de 2014 (CEPAL, 2013b) e información complementaria.

El objetivo de este documento es recopilar y describir las políticas, normativas e institucionalidad que fundamentan las políticas públicas para la reducción de la mortalidad materna en los países de América Latina.

Para cumplir con dicho objetivo en el capítulo I se presenta un marco de referencia que resume los puntos abordados por el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, los Objetivos de Desarrollo del Milenio, así como el Consenso de Montevideo, como fuente de apoyo y priorización de las medidas destinadas al logro de la reducción de la mortalidad materna, evidenciando la consistencia en los temas abordados y los acuerdos internacionales en esta materia, la lucha contra la mortalidad materna como vía para el desarrollo de los países.

En el capítulo II se plantea una descripción de la metodología que se utilizará para la sistematización de la información recabada, otorgando especial cuidado en la recopilación estandarizada de las políticas, programas y normatividad que se dirijan a la reducción de la mortalidad materna, de manera directa o intermedia.

¹ Razón de mortalidad maternal (RMM) es el número de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos (WHO, 2014).

Cuadro 1
América Latina: tendencias en la razón de mortalidad materna, 2000-2010. Indicador 5.1 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio
(Por 100.000 nacidos vivos)

País	Año													
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Argentina	35,0	43,5	46,1	43,6	40,1	39,2	47,8	43,7	39,7	55,0	43,8	39,8	34,9	-
Bolivia (Estado Plurinacional de)	230,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brasil	73,3	70,9	75,9	73,0	76,1	74,7	77,2	68,5	68,4	72,3	67,5	64,8	61,6	-
Chile	18,7	-	16,7	13,4	17,3	19,8	18,1	18,2	19,9	16,6	18,3	18,5	17,2	-
Colombia	104,9	98,6	84,4	77,8	78,7	73,1	75,0	75,6	62,8	72,9	-	69,7	-	-
Costa Rica	35,8	31,4	38,0	32,9	30,5	36,3	39,3	19,1	33,2	26,6	21,1	23,0	21,8	17,0
Cuba	40,4	33,9	41,1	39,5	38,5	51,4	49,4	31,1	46,5	43,1	43,1	40,6	33,4	38,9
El Salvador	173,0	-	-	-	-	71,2	-	-	-	64,5	83,7	70,4	42,0	38,0
Ecuador	-	97,0	81,1	77,8	76,4	85,0	73,0	90,2	80,0	96,3	92,6	-	60,0	-
Guatemala	-	153,0	-	-	-	148,0	-	139,0	158,2	-	-	-	116,0	-
Haití	523,0	-	-	-	-	-	630,0	-	-	-	-	-	-	157,0
Honduras	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	74,0	-	-	-
Nicaragua	-	87,0	95,6	82,8	87,3	86,5	90,4	76,5	-	-	-	-	50,9	50,8
México	72,6	70,8	59,9	62,6	60,9	61,8	58,6	55,6	57,2	62,2	57,5	43,0	-	-
Panamá	61,7	76,7	71,3	68,0	43,0	66,0	83,6	59,4	59,6	-	-	80,5	64,9	-
Paraguay	164,0	159,7	182,1	174,1	153,5	128,5	121,4	127,3	117,4	125,3	100,8	88,8	84,9	-
Perú	185,0	-	-	-	-	-	103,0	-	-	-	93,0	93,0	-	-
Rep. Dominicana	99,4	95,6	132,1	117,5	131,2	136,2	121,0	107,8	127,7	133,4	125,9	106,3	108,0	108,7
Uruguay	-	-	-	-	-	-	-	29,0	15,0	33,9	12,7	6,4	10,3	16,0
Venezuela (República Bolivariana de)	60,1	67,2	68,0	57,8	-	59,9	-	56,8	62,9	73,0	69,3	73,3	-	-

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Basic Indicator Database, febrero 2011 y 2012. http://ais.paho.org/hip/viz/maternal_health_estimacionesdiversasfuentes_esp.asp Observatorio Regional de Salud (OPS) - Basic indicator a 2014 [en línea] http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=206:situacion-de-salud-en-las-americas&Itemid=310 [14 de enero de 2015].

En el capítulo III se entregan conclusiones por cada país incluido en el estudio, elaborando un breve resumen de las políticas y programas desarrollados en la materia, ya sea que se hayan reportado en etapa de diseño o implementación.

En el capítulo IV se presentan resultados consolidados mediante cuadros comparativos de 19 de los 20 países de América Latina respecto de ciertos temas relevantes consignados en la Encuesta Mundial sobre el cumplimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y su seguimiento después de 2014 dentro de la cadena causal de la muerte materna. Nicaragua no remitió dicho instrumento, por tanto está ausente de la comparación en dicho capítulo.

En el capítulo V se aborda brevemente una descripción de las estimaciones de la mortalidad como estrategia para su reducción. Se ha decidido no ahondar mayormente en este aspecto, dado que actualmente hay estudios específicos en la materia. Finalmente, en el capítulo VI se plantea una síntesis de los hallazgos de este trabajo.

I. Marco de referencia

En esta sección se presentan los principales instrumentos que fueron utilizados como referencia para documentar las políticas en torno a la reducción de la mortalidad materna. Para llevar a cabo la recopilación de información se consideró como base la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), la primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe de la cual se deriva el Consenso de Montevideo (CM) y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

La primera, tuvo su origen en la conferencia mundial celebrada en 1954 en Roma, organizada por las Naciones Unidas con el objetivo de abordar las variables demográficas, sus determinantes y consecuencias. Esta conferencia, fue el primer paso para tratar los temas de población que inciden en el desarrollo de los países. Posteriormente, se realizaron reuniones internacionales que dieron continuidad a esta iniciativa, una de ellas fue la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo, Egipto en 1994. En esta sesión especial de la Asamblea General se revisó y evaluó la implementación del Programa de Acción que surgió de la Conferencia de 1994 (Naciones Unidas, 1994).

La Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe se realizó en Montevideo en 2013 y fue organizada por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) de las Naciones Unidas. Durante la conferencia se aprobó el Consenso de Montevideo que contiene una serie de acuerdos para reforzar la implementación de los asuntos de población y desarrollo después de 2014 y que incluye más de 120 medidas sobre temas identificados como prioritarios para dar seguimiento al Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de las Naciones Unidas, realizada en El Cairo en 1994.

Los delegados de los países señalaron que *“la integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y respeto de los derechos humanos, es el marco general que debe guiar la profundización de las políticas públicas y acciones necesarias para erradicar la pobreza, la exclusión y desigualdad. En este ámbito, acordaron también aplicar un enfoque de derechos humanos con perspectiva de género e intercultural en el tratamiento de los asuntos de población y desarrollo, y garantizar un patrón de producción y consumo sostenible, evitando el agravamiento de los cambios climáticos indeseados, entre otras medidas”*.

Dentro de las prioridades temáticas se abordaron el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, para lo cual se acordaron medidas como mejorar los servicios asociados al embarazo, el parto y la crianza, el mejoramiento de la seguridad y calidad de los servicios de aborto en países cuya legislación lo permite, respecto de la seguridad y calidad, instando a los Estados a avanzar en la modificación de leyes y políticas públicas sobre la interrupción voluntaria del embarazo para salvaguardar la vida y la salud de mujeres y adolescentes (Naciones Unidas, 2014).

Los ODM, por su parte, corresponden a una iniciativa basada en un decenio de grandes conferencias y cumbres de las Naciones Unidas, en función de la cual se aprobó la Declaración del Milenio, comprometiendo a los países en una alianza mundial para reducir los niveles de extrema pobreza y establecer una serie de objetivos sujetos a plazo, conocidos como los Objetivos de Desarrollo del Milenio y cuyo vencimiento del plazo se fijó para 2015 (United Nations, 2013).

Es con base en las medidas planteadas en estas reuniones y conferencias que se realiza la revisión de información.

A. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

En 1994, los países participantes de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en El Cairo llamaban la atención sobre las necesidades mundiales en materia de población, desarrollo y medio ambiente, habida cuenta de las amplias posibilidades de adoptar políticas que permitiesen movilizar recursos humanos y financieros para resolver los problemas en esas materias. Según la declaración de la Conferencia, había oportunidad para dirigir los recursos, conocimientos y tecnologías a su disposición hacia el fomento del desarrollo sostenible y el crecimiento económico en el mundo.

Un programa de acción mancomunado para llevar adelante los objetivos planteados en la Conferencia se veía con entusiasmo, especialmente considerando los cambios demográficos, sociales, económicos, ambientales y políticos observados en el mundo, que se complementaban con los esfuerzos de los países por ampliar el acceso a los servicios de salud reproductiva y a reducir las tasas de natalidad y de mortalidad, así como a aumentar los niveles de educación y de ingreso, en particular la situación educacional y económica de la mujer en las décadas previas a la conferencia.

Inclusive para aquellos países que presentaban una mayor brecha entre los objetivos planteados y sus indicadores demográficos, se observaba una voluntad política de sus gobiernos por avanzar hacia programas de desarrollo en áreas de población, especialmente en lo relacionado a la salud reproductiva, incluyendo la planificación de la familia y la salud sexual, lo que dio paso a una posibilidad real de ejecutar un programa dotado de consistencia política y con bases técnicas y sociales sin precedentes.

Los objetivos y las medidas del Programa de Acción elaborado a partir de la CIPD no solo permitieron aproximarse a los problemas relacionados con las materias abordadas en la conferencia y sus causas, sino una adecuada priorización con miras a la toma de decisiones locales e internacionales, que permitiesen, a partir de la óptima movilización de recursos, un desarrollo sostenible.

Las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto, que figuran entre las principales causas de mortalidad de las mujeres en edad de procrear en muchas partes del mundo en desarrollo, son motivación para la recomendación de estrategias a los países para lograr reducciones significativas de la mortalidad materna a través de aumentar la prestación de servicios de maternidad, en el marco de la atención primaria de la salud. Estos servicios deberían incluir la educación sobre la maternidad sin riesgo, cuidados prenatales coordinados y eficaces, programas de nutrición materna; asistencia adecuada en los partos evitando el recurso excesivo a las operaciones cesáreas y prestando atención obstétrica de emergencia; servicios de remisión en los casos de complicaciones en el embarazo, el parto y el aborto, atención prenatal y planificación de la familia.

Todos los países, y en especial los países en desarrollo, con el apoyo de la comunidad internacional, deberían tratar de reducir todavía más la mortalidad materna adoptando medidas para impedir, detectar y tratar los embarazos y nacimientos de alto riesgo, en particular entre las adolescentes y las de más edad.

Respecto de los embarazos no deseados, se recomendó asignar la máxima prioridad a su prevención, haciendo todo lo posible por eliminar la necesidad del aborto, siempre teniendo en cuenta que los países son independientes y todo proceso deberá dar conformidad a la legislación nacional vigente.

En materia de salud sexual y reproductiva, y particularmente en materias de salud de la mujer, y basándose en los principios fundamentales (véase el recuadro 1), el programa definió medidas que dictaban lineamientos hacia los países y organismos internacionales para que las estrategias y los presupuestos de población y desarrollo diesen prioridad, entre otras materias de desarrollo social, al aumento en el acceso a información, la educación, los servicios de salud en general y de salud reproductiva de gran calidad, incluidos los servicios de planificación de la familia y de salud sexual.

El Capítulo IV del programa de acción de la CIPD, dedicado a la igualdad y equidad entre los sexos y habilitación de la mujer, especifica que por medio de la educación es posible lograr el desarrollo sostenible necesario para que mujeres y hombres participen e intervengan por igual en la vida productiva y reproductiva, sobre la base de que el mejoramiento de la condición de la mujer favorecerá su capacidad de adopción de decisiones en todas las esferas de la vida, especialmente en el terreno de la sexualidad y la reproducción (véase el recuadro 1).

Recuadro 1

Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, Capítulo 2

Principios

Principio 4: Promover la equidad y la igualdad de los sexos y los derechos de la mujer, así como eliminar la violencia de todo tipo contra la mujer y asegurarse de que sea ella quien controle su propia fecundidad, son la piedra angular de los programas de población y desarrollo. Los derechos humanos de la mujer y de las niñas y muchachas son parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales. La plena participación de la mujer y en condiciones de igualdad, en la vida civil, cultural, económica, política y social a nivel nacional, regional e internacional y la erradicación de todas las formas de discriminación por motivos de sexo, son objetivos prioritarios de la comunidad internacional.

Principio 5: Los objetivos y políticas de población son parte integrante del desarrollo social, económico y cultural, cuyo principal objetivo es mejorar la calidad de la vida de todas las personas.

Principio 8: Toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Los Estados deberían adoptar todas las medidas apropiadas para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso universal a los servicios de atención médica, incluidos los relacionados con la salud reproductiva, que incluye la planificación de la familia y la salud sexual. Los programas de atención de la salud reproductiva deberían proporcionar los más amplios servicios posibles sin ningún tipo de coacción. Todas las parejas y todas las personas tienen el derecho fundamental de decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos y de disponer de la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo.

Principio 12: Los países que reciben a migrantes documentados deberían tratarles a ellos y a sus familias de forma apropiada y proporcionarles servicios de bienestar social adecuados y deberían garantizar su seguridad física, teniendo presentes las circunstancias y necesidades especiales de los países, en particular los países en desarrollo, que tratan de satisfacer esos objetivos o necesidades en lo que respecta a los migrantes indocumentados, de conformidad con lo dispuesto en los convenios pertinentes y otros instrumentos y documentos internacionales. Los países deberían garantizar a todos los migrantes todos los derechos humanos básicos incluidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos.

Fuente: Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, del 5 al 13 de septiembre de 1994, [en línea], http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf

Sobre el crecimiento y estructura de la población, el Capítulo VI trata especialmente el tema de las tasas de fecundidad, mortalidad y crecimiento demográfico. La alerta dada en 1994 previó un crecimiento acelerado de la población mundial, haciendo especial énfasis en la dificultad de estabilización de las brechas entre las tasas demográficas y los objetivos de desarrollo, tales como la disminución de los altos niveles de mortalidad neonatal, infantil y materna, teniendo como horizonte la reducción de las altas tasas de fecundidad y los nacimientos de gran riesgo. Los desafíos se centrarían entonces en promover el desarrollo económico y aliviar la pobreza, sobre todo en las zonas rurales, mejorar la condición de la mujer, garantizar el acceso universal a la enseñanza primaria, una atención primaria de salud de buena calidad, incluidos *servicios de salud reproductiva y de planificación de la familia, impedir los matrimonios a temprana edad y los partos de alto riesgo y reducir la consiguiente mortalidad y morbilidad, así como la discriminación hacia jóvenes embarazadas*, entre otras.

Respecto de la población indígena, el Programa reconoce su visión característica y de suma importancia de las relaciones entre población y desarrollo, que pueden poner a dicha población en desventaja.

La salud sexual reproductiva (SSR) y los derechos reproductivos son tratados especialmente en el Capítulo VII, y reconocen el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia, que deberían ponerse a disposición de todas las personas mediante estrategias asociadas a la atención primaria de salud lo antes posible y a más tardar para el año 2015.

Las acciones de SSR, que derivan directamente en la reducción de la mortalidad materna, son las relacionadas con los servicios de información, educación, comunicaciones y servicios en materia de planificación de la familia, en la medida que evitan los embarazos precoces y de alto riesgo y aumentan el espaciamiento entre embarazos, entre otros; así también servicios de educación y atención prenatal, y post parto; la interrupción del embarazo, incluida la prevención del aborto y el tratamiento de sus consecuencias.

Respecto de los servicios de planificación de la familia, deberían contar con acceso a la prevención de embarazos no deseados y reducción de la incidencia de los embarazos de alto riesgo y la morbilidad y mortalidad. Todos los países deberían identificar y eliminar todas las barreras para la utilización de los servicios de planificación de la familia para el año 2005.

Debería prestarse especial atención a los adolescentes como grupo prioritario en materia de salud sexual y reproductiva, especialmente facilitando información y servicios para aumentar su conocimiento sobre la sexualidad y protección contra los embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual y los riesgos subsecuentes. La maternidad a edad muy temprana entraña un riesgo de muerte materna muy superior a la media, y los hijos de madres jóvenes tienen niveles más elevados de morbilidad y mortalidad.

Una estrategia especialmente recomendada por el Programa es la atención en el nivel primario y salud pública, en conformidad con la Declaración de Alma Ata de 1978, todos los países deberían reducir la mortalidad y la morbilidad y hacer que la atención primaria de salud, incluida la atención de la salud reproductiva, esté al alcance de todos al finalizar el presente decenio. Los países deberían proponerse alcanzar para 2005 una esperanza de vida al nacer superior a los 70 años y para el año 2015 una esperanza de vida al nacer superior a los 75 años. Los países con los niveles de mortalidad más elevados deben intentar alcanzar para el año 2005 una esperanza de vida al nacer superior a los 65 años y para el año 2015 una esperanza de vida al nacer superior a los 70 años. En el esfuerzo por garantizar a todos una vida más larga y más sana, se debería insistir en reducir las diferencias de mortalidad y morbilidad entre hombres y mujeres, así como entre regiones geográficas, clases sociales y grupos étnicos y poblaciones indígenas.

Dado que la supervivencia y salud de los niños está estrechamente vinculada al momento, el espaciamiento y número de los nacimientos y a la salud reproductiva de las madres, todos los gobiernos deberían evaluar las causas profundas de la mortalidad infantil elevada y, en el marco de la atención primaria de salud, facilitar servicios integrados de atención de la salud reproductiva y de la salud infantil, inclusive programas de maternidad sin riesgo y de servicios de planificación de la familia, a toda la población y en particular a los grupos más vulnerables y desfavorecidos. Entre esos servicios deberían figurar la atención y orientación prenatal.

B. Objetivos de Desarrollo del Milenio

Los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio, que abarcan desde la reducción a la mitad de la extrema pobreza, hasta la detención de la propagación del VIH/SIDA y la consecución de la enseñanza primaria universal para el año 2015, constituyen un plan convenido por todas las naciones del mundo y todas las instituciones de desarrollo más importantes. Los objetivos han reavivado esfuerzos sin precedentes para ayudar a los más pobres del mundo.

La salud materna es abordada en el Objetivo 5, a través de dos metas, por una parte, reducir un 75% la tasa de mortalidad materna entre 1990 y 2015, y por otra, lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva.

En la primera meta, la base se establece en que muchas muertes maternas podrían evitarse. El alumbramiento es especialmente arriesgado en el sur de Asia y en África subsahariana, donde la mayoría de las mujeres paren sin atención sanitaria apropiada. La brecha entre las áreas rurales y urbanas en cuanto a atención adecuada durante el parto se ha reducido (UNFPA/ICM/WHO, 2014)

En la segunda, sobre el acceso universal a la salud reproductiva hacia 2015, se parte de la base de que más mujeres están recibiendo cuidado prenatal, sin embargo, las desigualdades en la atención durante el embarazo son amplias. Solo una de cada tres mujeres en áreas rurales de regiones en vías de desarrollo recibe la atención recomendada durante el embarazo. El progreso para reducir la cantidad de embarazos de adolescentes se ha estancado, lo cual deja a más madres jóvenes en situación de riesgo. La pobreza y la falta de educación perpetúan las altas tasas de fecundidad entre adolescentes. Por último, el progreso en la ampliación del uso de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres se ha ralentizado, así como también el uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres más pobres y las que no tienen educación, se deja entrever que existe una escasez de fondos para la planificación familiar, constituyéndose en una brecha para el cumplimiento del compromiso de mejorar la salud reproductiva de las mujeres (Singh S. y otros, 2014).

Actualmente, los ODM se encuentran en una etapa de reformulación para la agenda post 2015. De hecho su alcance se ha ampliado y apunta a concretar objetivos globales sobre las dimensiones económica, social y ambiental que conduzcan al desarrollo sostenible. En este sentido, los llamados Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) también se acompañan de un conjunto integrado de metas e indicadores que también están en proceso de definición. Vale la pena mencionar, que la reducción de la mortalidad materna sigue considerándose en los ODS como un propósito importante para alcanzar el desarrollo sostenible.

C. Consenso de Montevideo

En agosto de 2013 se celebró en Montevideo (Uruguay) la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, cuyo tema central fue el seguimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo después de 2014, con el objetivo de examinar sus progresos en los últimos 20 años e identificar las medidas fundamentales para reforzar su implementación, poniendo énfasis en los asuntos regionales emergentes en materia de población y desarrollo y en el bienestar humano y la dignidad, así como su sostenibilidad.

En dicha conferencia se adoptaron medidas prioritarias que se materializarían en la agenda regional de población y desarrollo para América Latina y el Caribe, que se nombran en el recuadro 2.

Recuadro 2
Medidas prioritarias del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo

- A. Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y respeto de los derechos humanos.
- B. Derechos, necesidades, responsabilidades y demandas de niños, niñas, adolescentes y jóvenes.
- C. Envejecimiento, protección social y desafíos socioeconómicos.
- D. Acceso universal a los servicios de salud sexual y salud reproductiva.
- E. Igualdad de género.
- F. La migración internacional y la protección de los derechos humanos de todas las personas migrantes.
- G. Desigualdad territorial, movilidad espacial y vulnerabilidad.
- H. Pueblos indígenas: interculturalidad y derechos.
- I. Afrodescendientes: derechos y combate al racismo y la discriminación racial.
- J. Marcos para la puesta en marcha de la futura agenda regional en población y desarrollo.

Fuente: Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, Montevideo, del 12 al 15 de agosto de 2013, [en línea], http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/8/50708/2013-595-consenso_montevideo_pyd.pdf

El Consenso de Montevideo dedica un capítulo en particular para abordar el tema del acceso universal a los servicios de salud sexual y salud reproductiva (capítulo D) y se complementa a través de medidas de los capítulos B, F, H e I con el fin de tener en cuenta las especificidades de cada población en materia de sus derechos sexuales y reproductivos.

A diferencia de El Cairo, el Consenso de Montevideo contempla cuatro conceptos fundamentales que aparecen en este capítulo: derechos sexuales, derechos reproductivos, salud sexual y salud reproductiva, en particular se consideró que los derechos sexuales y los derechos reproductivos son parte integral de los derechos humanos y su ejercicio es esencial para el goce de otros derechos fundamentales y para alcanzar las metas internacionales de desarrollo y de eliminación de la pobreza.

En el capítulo D del Consenso de Montevideo (véase el recuadro 3) se recogen la mayoría de las estrategias de salud sexual y reproductiva, y ciertas intervenciones públicas para la garantía de estos derechos, varias de estas medidas están dirigidas directamente a la reducción de la mortalidad materna. En este sentido, este capítulo incluye las propuestas de la Conferencia de El Cairo y las amplía a nuevos ámbitos especialmente en materia de los derechos sexuales y reproductivos que fueron reivindicados en el Consenso de Montevideo. En el recuadro 3 se presentan las 14 medidas prioritarias de ese capítulo. Al mismo tiempo, se reconoce que los avances han sido insuficientes y desiguales en la región, y que existen otras estrategias que deben ser fortalecidas para el logro de esta, como la educación y la calidad de la atención en salud; también que las muertes maternas en su mayoría son prevenibles y que en gran medida se deben a la dificultad de acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva adecuados, y a la realización de abortos inseguros.

Otra preocupación que surge son las notorias brechas entre los países de la región y al interior de ellos, considerando que las estadísticas promedio suelen ocultar los altos niveles de mortalidad materna o la demanda insatisfecha de anticoncepción, entre otros indicadores de poblaciones pobres, que habitan áreas rurales, pueblos indígenas u otros, en condiciones de vulnerabilidad.

Como se observa, el Consenso de Montevideo retoma las iniciativas planteadas por el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo y adicionalmente está en consonancia con los planteamientos y acuerdos alcanzados hasta el momento en las discusiones de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Al igual que este último, para el Consenso de Montevideo se está diseñando un instrumento que ofrezca a los países no solo orientaciones claras y específicas para implementarlo sino también los medios para monitorear dicha implementación, es decir, un instrumento para asegurar la concreción operativa del Consenso. Esta guía operacional considera que la implementación y seguimiento a las medidas prioritarias (dado que existen algunas que por su generalidad no pueden operativizarse) podrá complementarse con los mecanismos previstos por otros instrumentos e instancias a nivel internacional en las que se aborden de manera convergente y complementaria la misma temática.

Recuadro 3**Capítulo D. Medidas 33 a 46 del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo**

33. Promover, proteger y garantizar la salud y los derechos sexuales y los derechos reproductivos para contribuir a la plena realización de las personas y a la justicia social en una sociedad libre de toda forma de discriminación y violencia;

34. Promover políticas que contribuyan a asegurar que las personas ejerzan sus derechos sexuales, que abarcan el derecho a una sexualidad plena en condiciones seguras, así como el derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, con respeto de su orientación sexual e identidad de género, sin coerción, discriminación ni violencia, y garantizar el derecho a la información y a los medios necesarios para su salud sexual y salud reproductiva;

35. Revisar la legislación, las normas y prácticas que restringen el acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva, incluida la provisión de servicios integrales amigables en el caso de adolescentes y jóvenes, y asegurar el acceso a la información completa sobre todas las opciones de servicios disponibles para todas las personas sin discriminación de ningún tipo, para asegurar que se cumplan en nuestra región los más altos estándares internacionales de protección a los derechos humanos y libertades fundamentales;

36. Desarrollar políticas y programas tendientes a erradicar la discriminación basada en la orientación sexual y la identidad de género en el ejercicio de los derechos sexuales y su manifestación;

37. Garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y salud reproductiva de calidad, tomando en consideración las necesidades específicas de hombres y mujeres, adolescentes y jóvenes, personas LGBT, personas mayores y personas con discapacidad, prestando particular atención a personas en condición de vulnerabilidad y personas que viven en zonas rurales y remotas y promoviendo la participación ciudadana en el seguimiento de los compromisos;

38. Promover la prevención y la detección oportuna y garantizar el acceso universal al tratamiento integral del VIH/SIDA y de las infecciones de transmisión sexual, y eliminar el estigma y la discriminación de que suelen ser víctimas las personas que viven con el virus;

39. Fortalecer las medidas de detección del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual en mujeres embarazadas, y de prevención de la transmisión vertical del virus;

40. Eliminar las causas prevenibles de morbilidad y mortalidad materna, incorporando en el conjunto de prestaciones integrales de los servicios de salud sexual y salud reproductiva medidas para prevenir y evitar el aborto inseguro, que incluyan la educación en salud sexual y salud reproductiva, el acceso a métodos anticonceptivos modernos y eficaces y el asesoramiento y atención integral frente al embarazo no deseado y no aceptado y, asimismo, la atención integral después del aborto, cuando se requiera, sobre la base de la estrategia de reducción de riesgo y daños;

41. Promover programas de prevención y de autocuidado en salud sexual y salud reproductiva de los hombres;

42. Asegurar, en los casos en que el aborto es legal o está despenalizado en la legislación nacional, la existencia de servicios de aborto seguros y de calidad para las mujeres que cursan embarazos no deseados y no aceptados e instar a los demás Estados a considerar la posibilidad de modificar las leyes, normativas, estrategias y políticas públicas sobre la interrupción voluntaria del embarazo para salvaguardar la vida y la salud de mujeres y adolescentes, mejorando su calidad de vida y disminuyendo el número de abortos;

43. Asegurar el acceso efectivo de todas las mujeres a la atención integral en salud en el proceso reproductivo, específicamente a atención obstétrica humanizada, calificada, institucional y de calidad, y a servicios óptimos de salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como a servicios que integren la interrupción del embarazo en los casos previstos por la ley y garantizar el acceso universal a técnicas de fertilización asistida;

44. Garantizar el acceso efectivo a una amplia gama de métodos anticonceptivos modernos, basados en evidencia científica con pertinencia cultural, incluyendo la anticoncepción oral de emergencia;

45. Formular planes para fortalecer los mecanismos de detección de alteraciones del embarazo, incluida la preconcepción, elevar la calidad de atención prenatal con enfoque intercultural, garantizar la provisión de sangre segura para la atención del embarazo, parto y puerperio, y mejorar la atención humanizada del parto y el nacimiento y los cuidados perinatales integrales, teniendo en cuenta las necesidades de las mujeres, los niños, las niñas y las familias;

46. Garantizar una dotación suficiente de recursos financieros, humanos y tecnológicos para brindar un acceso universal a la salud sexual y la salud reproductiva de todos y todas, incluidos hombres, mujeres, adolescentes, jóvenes, personas mayores y personas con discapacidad, sin discriminación alguna.

Fuente: Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, Montevideo, del 12 al 15 de agosto de 2013, [en línea], http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/8/50708/2013-595-consenso_montevideo_pyd.pdf

II. Propuesta de análisis de políticas y programas para la reducción de la mortalidad materna en países de América Latina

La revisión sobre políticas y programas, locales o internacionales, destinados a la reducción de la mortalidad materna es compleja como también lo es el fenómeno sanitario, tanto desde el punto de vista de la defunción (individual) como desde la mortalidad (colectiva).

El estudio comparado de políticas públicas requiere distinguir apropiadamente el objetivo, en este caso, la reducción de la mortalidad materna. De suyo, será necesario analizar las políticas, con sus planes, estrategias y programas asociados; no obstante, dicho estudio estaría incompleto si no se incluyen otras políticas o programas que, sin considerar explícitamente el mismo objetivo, involucran estrategias que la impactan de manera implícita mediante el abordaje de las determinantes o factores más distales en la cadena causal, en este caso de la muerte materna.

Las políticas públicas son intervenciones del Estado para eliminar o reducir un problema público (Olavarría, 2007). Para ello identifica necesidades sociales, diseña soluciones, las incorpora en una agenda de gobierno y luego se implementan mediante estrategias o programas de acción. Cada una, la política, el programa o la estrategia están supeditados a diferentes niveles en la escala de poder dentro de las organizaciones sociales y políticas, nacionales e internacionales (véase el recuadro 4).

Entonces, si las muertes que tienen su origen en el embarazo, el parto o el puerperio tienen múltiples causas y son, en la gran mayoría de los casos, evitables, la identificación de dichas causas, tanto las proximales como las distales en la cadena que concluye con la muerte materna, permitirán identificar y desarrollar, estrategias que impactan en su reducción (véase el diagrama 1).

Recuadro 4 Requisitos elementales de una política pública adecuada

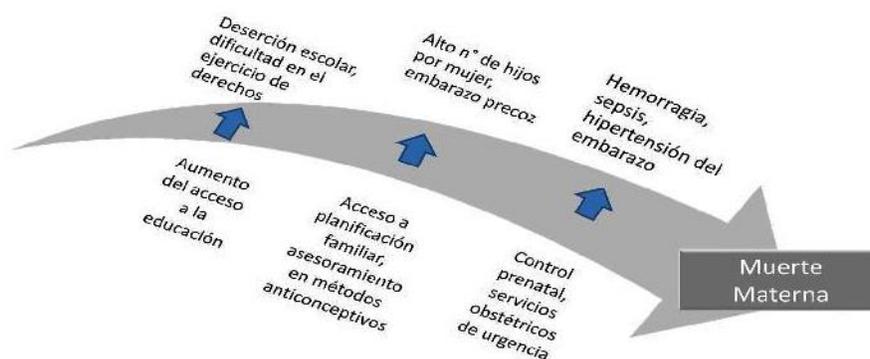
Los requisitos elementales de una política pública adecuada debieran pronunciarse para:

- Considerar las necesidades de la población mediante un diagnóstico exhaustivo de la población objetivo.
- Abarcar orientaciones o contenidos generales, es decir, perfilarse como un documento de planificación.
- Definir los instrumentos o mecanismos con los cuales se llevarán a cabo las estrategias preestablecidas.
- Entregar definiciones o modificaciones institucionales y responsables.
- Estimar resultados de la política.

El cumplimiento de estas condiciones no garantizará la coherencia de los contenidos de políticas públicas, no obstante es relevante mantener acuerdo de cada punto con la realidad diagnosticada.

Fuente: Lahera, 2004.

Diagrama 1 Causas de muertes maternas y estrategias para combatirlas



Fuente: Elaboración propia sobre la base de la adaptación del documento de trabajo de Olavarría, 2007.

En países en que la mortalidad materna es alta, también existen otros problemas como la pobreza, la nutrición deficiente, problemas para transportarse o servicios médicos precarios. Si resolvemos esos otros problemas, la mortalidad materna se reduciría sustancialmente. El Programa de la Conferencia Internacional para la Población y el Desarrollo (que cuenta con un programa de seguimiento para América Latina a través del Consenso de Montevideo (CEPAL, 2013a)), aborda la mayoría de ellos, no obstante la línea de base con que se iniciará la implementación del Consenso en los países de la región no es homogénea. Por otra parte, existe dificultad para medir el impacto de medidas muy distales, como el aumento del acceso equitativo a la educación en la mortalidad materna, más allá de las estimaciones generales que muestra la literatura científica disponible.

Por lo tanto, para el estudio comparado de políticas, normativas e institucionalidad destinada a reducir la mortalidad materna en países de América Latina, se identificarán las políticas y estrategias relacionadas directamente con la reducción de las muertes maternas, así como las que lo hacen indirectamente a través de las principales causas identificadas que propician la muerte.

De acuerdo a Maine y otros (1997) hay condiciones para que ocurra una muerte materna. En primer lugar, la mujer debe estar embarazada. Luego, es imperativo que presente una complicación asociada al embarazo. Por último, para que se produzca la muerte, la complicación puede no ser tratada, serlo tardíamente, de manera inadecuada, o no ser tratable (Maine y otros, 1997).

Según publicaciones históricas, las principales causas de muerte materna en el mundo se deben a cinco tipos de complicaciones obstétricas: hemorragias, sepsis, abortos inducidos inseguros, hipertensión durante el embarazo y partos obstruidos. La mayor parte de estas muertes ocurren en países pobres, lo que no implica que las mujeres de países desarrollados no presenten complicaciones obstétricas, durante el embarazo, el parto o después de él, sino que es más probable que ellas accedan oportunamente a tratamiento efectivo y no mueran (UNFPA, 2014; CEPAL, 2012; WHO, 2005).

Si se analiza el riesgo individual de morir a causa de embarazarse o parir, el riesgo asociado aumentará según la cantidad de veces que una mujer se embarace. Cada vez que una mujer se embaraza, vuelve a correr el riesgo de la mortalidad materna, y los riesgos se acumulan durante su vida. En países pobres, este riesgo tiende a ser alto o muy alto.

Entonces, utilizando una adaptación de la recomendación de Maine y otros (1997) para el análisis y diseño de políticas o programas destinados a reducir la mortalidad materna, se deben buscar:

- Reducir las posibilidades de embarazos no deseados, mediante políticas y programas de planificación familiar y regulación de la fecundidad.
- Reducir las posibilidades que la mujer embarazada experimente graves complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio, mediante el control prenatal y la detección precoz de complicaciones.
- Reducir las posibilidades de muerte entre mujeres que experimenten complicaciones. En este último objetivo, existen varias vías de abordaje:
 - a) Oportuna decisión de buscar ayuda, determinada por programas destinados a la educación de la población sobre aspectos relacionados a la salud reproductiva y en particular a los riesgos asociados al embarazo y parto.
 - b) Acceso a los servicios de tratamiento, determinadas por la cobertura de servicios.
 - c) Servicios de tratamiento de calidad y efectivos, determinados por el tipo de servicios puestos a disposición de la población, y la posibilidad de medir su impacto a través de indicadores de proceso e impacto.

Por su parte, será relevante identificar, intencionadamente las medidas destinadas a mejorar el sistema de registros pues, en primer lugar permiten un buen diseño de política —son la base para la consistencia entre los diferentes aspectos de una política pública—, y en segundo lugar, permiten la sistemática evaluación de las estrategias implementadas. Es importante hacer notar que en ocasiones, pueden ser una estrategia en sí misma, como la vigilancia epidemiológica activa. La vigilancia de mortalidad materna, que se basa en los principios de la vigilancia de la salud pública, busca identificar y notificar oportunamente las muertes maternas, conectando el sistema de información de salud y los procesos de mejora de la calidad de lo local a nivel nacional. Por esta razón, se considera una estrategia de reducción de mortalidad materna en sí misma.

A. Metodología para organizar la información

Para los efectos de este documento, se agruparán algunas medidas del Consenso de Montevideo relacionadas con la reducción de la mortalidad materna, la salud sexual y reproductiva de acuerdo a los factores de análisis antes mencionado, de modo de organizar posteriormente los hallazgos de la sistematización de la información recogida a través de la Encuesta mundial sobre el cumplimiento del programa de acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y su seguimiento después de 2014.

Factor 1: Reducir las posibilidades de embarazos no deseados

- a) Acceso oportuno y confidencial a la información, asesoramiento, anticoncepción oral de emergencia sin receta y los condones femeninos y masculinos.
- b) Estrategias intersectoriales para prevenir el embarazo en la adolescencia.
- c) Acceso a métodos anticonceptivos modernos y eficaces.
- d) Acceso efectivo a métodos anticonceptivos, basados en evidencia científica con pertinencia cultural, incluyendo la anticoncepción oral de emergencia.

Factor 2: Reducir las posibilidades que la mujer embarazada experimente graves complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio

- a) Atención prenatal, del parto y posparto.
- b) Atención humanizada del parto y el nacimiento.
- c) Planes para la detección de alteraciones del embarazo, incluida la preconcepción, elevar la calidad de atención prenatal con enfoque intercultural.
- d) Eliminar las causas prevenibles de morbilidad y mortalidad materna, incorporando asesoramiento y atención integral frente al embarazo no deseado y no aceptado.
- e) Eliminar las causas prevenibles de morbilidad y mortalidad materna, incluyendo la prevención del aborto inseguro.

Factor 3: Reducir las posibilidades de muerte entre mujeres que experimenten complicaciones. En este último objetivo, existen varias vías de abordaje

- a) Atención prenatal, del parto y posparto.
- b) Acceso a los servicios de tratamiento.
 - i) Acceso universal a servicios de salud sexual y salud reproductiva de calidad, con especial atención a personas en condición de vulnerabilidad y personas que viven en zonas rurales y remotas.
- c) Servicios de tratamiento de calidad y efectivos.
 - i) Garantizar la provisión de sangre segura para la atención del embarazo, parto y puerperio.
 - ii) Eliminar las causas prevenibles de morbilidad y mortalidad materna, incluyendo la atención integral después del aborto, sobre la base de la estrategia de reducción de riesgo y daños.
 - iii) Servicios de aborto seguros en países en que el aborto es legal o está despenalizado.

B. Fuentes de información

La principal fuente utilizada como base para este estudio fue la revisión de los resultados de la Encuesta Mundial sobre el cumplimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y su seguimiento después de 2014, que permite identificar las estrategias, políticas, programas y normativas en torno a los factores recién descritos de la CIPD y que se presentan considerando las preguntas del cuestionario que se detallan a continuación.

Es importante mencionar que los cuestionarios fueron respondidos a finales de 2012, por lo cual los resultados reflejan lo que cada país contestó en función de las políticas, programas y estrategias que hasta esa fecha se hubiese diseñado o implementado. Adicionalmente, cuando se consideró necesario, se incorporó información complementaria que proviene de los sitios Web oficiales de las entidades de gobierno responsables del tema en los países, siguiendo la misma estructura presentada anteriormente.

Recuadro 5 Objetivos de la Encuesta Mundial

La Encuesta Mundial contemplaba tres objetivos:

- i) Evaluar el estado de cumplimiento de los compromisos asumidos en El Cairo en 1994, con énfasis en la legislación y la formulación de políticas, el establecimiento de estructuras de gobierno y las acciones ejecutadas.
- ii) Identificar tanto factores facilitadores como obstáculos a la aplicación de los compromisos.
- iii) Identificar las nuevas prioridades nacionales y temas emergentes.

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados de la Encuesta Mundial se utilizaron como insumo para las revisiones nacionales, regionales y mundiales de las actividades operacionales llevadas a cabo para la aplicación del Programa de Acción de la CIPD, así como para la producción de informes nacionales, regionales y mundiales.

A nivel nacional, se esperaba que los resultados de la encuesta sirvieran para estimular el diálogo entre los diversos actores mediante (i) el fomento de un entendimiento común de los logros y los desafíos, (ii) la identificación de oportunidades para acelerar el logro de los resultados, en particular con respecto a las áreas donde la aplicación se está retrasando, (iii) la renovación del compromiso y el sentimiento de propiedad nacional del Programa de Acción de El Cairo, y (iv) el fortalecimiento y la ampliación de alianzas en torno a los temas de la CIPD.

Para efectos de análisis de las políticas en este documento se utilizarán dos secciones:

Sección 2: Crecimiento y estructura de la población (Programa de Acción, Capítulo VI).

Sección 6: Derechos reproductivos y salud reproductiva (Capítulo VII) y Salud, morbilidad y mortalidad (Capítulo VIII).

Como se mencionó, el análisis comparativo entre los países se realizó teniendo en cuenta una estructura en común a partir de la Encuesta Mundial sobre el cumplimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y su seguimiento después de 2014. A continuación, se resumen el contenido temático analizado en cada factor de acuerdo al cuestionario de la Encuesta.

Factor 1: Reducir las posibilidades de embarazos no deseados

Sección	Sub-Sección	Pregunta
CRECIMIENTO Y ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN CAPÍTULO VI	Atención a las necesidades de adolescentes y jóvenes.	2.5. Tratamiento de los temas de la CIPD relacionados con las necesidades de adolescentes y jóvenes (10-24 años) en el contexto nacional durante los últimos 5 años.
DERECHOS REPRODUCTIVOS Y SALUD REPRODUCTIVA (CAPÍTULO VII) Y SALUD, MORBILIDAD Y MORTALIDAD (CAPÍTULO VIII)	Atención a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos durante los últimos 5 años.	6.6. Atención a temas de la CIPD relacionados con la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos en el contexto nacional durante los últimos 5 años.
	Servicios de salud sexual y reproductiva presta actualmente la atención primaria del sistema público de salud.	6.15. Indique cuáles servicios de salud sexual y reproductiva presta actualmente la atención primaria del sistema público de salud. Planificación familiar.

Factor 2: Reducir las posibilidades que la mujer embarazada experimente graves complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio

Sección	Sub-Sección	Pregunta
DERECHOS REPRODUCTIVOS Y SALUD REPRODUCTIVA (CAPÍTULO VII) Y SALUD, MORBILIDAD Y MORTALIDAD (CAPÍTULO VIII)	Atención a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos durante los últimos 5 años.	6.6. Atención a temas de la CIPD relacionados con la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos en el contexto nacional durante los últimos 5 años.
	Servicios de salud sexual y reproductiva que presta actualmente la atención primaria del sistema público de salud.	6.15. Indique cuáles servicios de salud sexual y reproductiva presta actualmente la atención primaria del sistema público de salud. Salud materna.

Factor 3: Reducir las posibilidades de muerte entre mujeres que experimenten complicaciones

Sección	Sub-Sección	Pregunta
DERECHOS REPRODUCTIVOS Y SALUD REPRODUCTIVA (CAPÍTULO VII) Y SALUD, MORBILIDAD Y MORTALIDAD (CAPÍTULO VIII)	Atención a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos durante los últimos 5 años.	6.6. Atención a temas de la CIPD relacionados con la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos en el contexto nacional durante los últimos 5 años.
	Disponibilidad de SSR en la atención primaria de salud.	6.16. Por favor, indique la existencia y disponibilidad de los siguientes aspectos para hacer de la SSR una parte integral de la atención primaria de salud. a. Normas de prestación de servicios de SSR, como atención de maternidad, planificación familiar e ITS/VIH. b. Directrices para la prestación de servicios de SSR, como atención de maternidad, planificación familiar e ITS/VIH. c. Paquete de SSR integrado en la prestación de atención primaria. d. Mecanismos de derivación en los servicios de SSR. e. Sistema de información sanitaria con datos desglosados por edad. g. Personal sanitario con formación en SSR, incluidas técnicas de matrona. k. Mecanismos para supervisar la calidad de la prestación de servicios de SSR.
	Disponibilidad de lista básica de medicamentos de SSR definidos por la OMS.	6.17. Indique si la lista básica de medicamentos incluye todos los medicamentos de salud sexual y reproductiva definidos por la OMS.
	Distribución geográfica adecuada de las instalaciones de atención obstétrica de emergencia.	6.23. ¿Es adecuada la distribución geográfica de las instalaciones de atención obstétrica de emergencia ² ?

² Se entiende que existe una distribución territorial de instalaciones de Atención Obstétrica de Emergencia (AOE) adecuada cuando todas las áreas subnacionales cuentan con al menos cinco centros de atención obstétrica de emergencia, y al menos uno de ellos es de atención integral, por cada 500.000 habitantes.

III. Resultados por países

De acuerdo con los factores de análisis se seleccionaron las preguntas del Cuestionario País aplicado para la Encuesta Mundial sobre el cumplimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) y los resultados se presentan en este capítulo.

La descripción de las políticas, programas, estrategias y normatividades se realizará con base a las áreas descritas en la metodología, identificando los tres factores:

- 1) Reducción de las posibilidades de embarazos no deseados, incluyendo enfoques por ciclo de vida, género, pertinencia cultural y étnica y discapacidad. En esta área se identifican especialmente las políticas, programas, estrategias y normatividades relacionadas con la educación sexual, el acceso oportuno y confidencial a la información y asesoramiento en planificación familiar, acceso a métodos anticonceptivos modernos y eficaces, incluyendo la anticoncepción oral de emergencia.
- 2) Reducción de las posibilidades que la mujer embarazada experimente graves complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio, a través de la identificación de políticas, programas, estrategias y normatividades destinadas a mejorar la atención prenatal, del parto y posparto, la atención humanizada del parto y el nacimiento, incluyendo la prevención del aborto inseguro.
- 3) Reducción de las posibilidades de muerte entre mujeres que experimenten complicaciones, a través de la identificación de políticas, programas, estrategias y normatividades destinadas a mejorar el acceso a los servicios de tratamiento, con especial atención a personas en condición de vulnerabilidad y personas que viven en zonas rurales y remotas. Incluye también la identificación de los servicios de aborto seguros en países en que el aborto es legal o está despenalizado y la atención integral después del aborto, sobre la base de la estrategia de reducción de riesgo y daños.

Es importante notar que las políticas, programas, estrategias y normatividades en los niveles nacionales tienden a ser integrales, incorporando acciones destinadas a abordar más de un factor entre sus metas, población objetivo, lineamientos y acciones específicas. Por esta razón, y para facilitar su

comprensión se presentará una breve descripción de los hallazgos de la Encuesta Mundial sobre el cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD, complementadas con información disponible en los sitios Web gubernamentales, cuando ello fuera necesario sin que necesariamente se haga el vínculo con algún factor en particular.

A. Argentina

De acuerdo con información suministrada a través del cuestionario de la Encuesta Mundial sobre el cumplimiento del Programa CIPD, la República de Argentina ha desarrollado e implementado diversas estrategias, programas y políticas alineadas al programa de la CIPD y el Consenso de Montevideo. A continuación, se presenta una breve descripción al respecto y cómo se asocian a los factores de análisis relacionados con el modelo de análisis propuesto previamente.

1. El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable es implementado por la Ley N° 25.673 del Ministerio de Salud desde el año 2003, aborda estrategias de disposición de métodos anticonceptivos, incluyendo los hormonales orales, a la población femenina entre 15 y 49 años y masculina de 15 a 64 años, incluida la Ley de Anticoncepción Quirúrgica. Por otra parte, en el marco de este programa se han desarrollado estrategias comunicacionales, dirigidas a la población y capacitación a profesionales, entre otras medidas.

El programa incluye estrategias específicas para el acceso de los pueblos indígenas y las minorías culturales³.

El abordaje específico en discapacidad⁴ se realiza a través de la participación de la Mesa Intersectorial de Discapacidad y Sexualidad, donde se tratan temas como la revisión y adaptación de materiales comunicacionales o la adaptación de los servicios a las necesidades de las personas con dificultades motrices.

2. El Plan Operativo para la Salud Sexual y Reproductiva es parte del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (2003), sus objetivos abarcan la reducción de la mortalidad materna, infantil, de la mujer y el adolescente. A través de la Ley N° 26.529 establece derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado. El plan define estrategias de capacitación a los prestadores de salud a través de materiales de capacitación en consejería en salud sexual integral, capacitación en servicios de SSR en las provincias.
3. Programa de Promoción de Conductas Saludables en adolescentes de 14 a 18 años, es implementado por la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, con desarrollo en las comunidades y municipios.
4. Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, implementado en 2007 por la Subsecretaría de Salud Comunitaria, Dirección de Medicina Comunitaria, Ministerio de Salud, basado en un enfoque de salud integral de las y los adolescentes y de sus determinantes sociales. Este enfoque incluye aspectos de la estructura económica social, de la cultura y de las condiciones de vida de la población⁵. Los anteriores planes y programas (1 al 4) apuntan a políticas públicas que tienen como objetivo la *Reducción de las posibilidades de embarazos no deseados* (Factor 1).
5. El Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materna, Infantil, de la Mujer y Adolescentes está a cargo de la Subsecretaría de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud de la Nación. Este plan está compuesto a su vez por el Plan Nacer (2004) y ampliado al Programa SUMAR (2012), ambos cuentan con presupuesto asignado. Están compuestos por estrategias de fortalecimiento de la atención en Centros de Atención Primaria, incorporación de recursos

³ Mayor información en: http://www.msal.gov.ar/saludsexual/spots_radio.php

⁴ Mayor información en: <http://www.msal.gov.ar/saludsexual/images/materiales/postales/popup/postal-discapacidad-popup.jpg>

⁵ Mayor información en: <http://www.msal.gov.ar/index.php/programas-y-planes/52-programa-nacional-de-salud-integral-en-la-adolescencia#sthsh.Af8Uz0gg.dpuf>

humanos (obstétricas, médicos obstetras, médicos generalistas), elaboración y aplicación de guías de Práctica Clínica nacionales.

Para abordar la derivación a una Atención Obstétrica de Emergencia (AOE) básica e integral, se desarrolló como estrategia la Regionalización Perinatal (organización de la atención materno feto neonatal en efectores con distintos niveles de complejidad), que incluye capacitación en la resolución de emergencias obstétricas (simulación clínica con actores y simuladores de alta fidelidad), Guías de Práctica Clínica Nacionales, compra y distribución de insumos para la atención de la emergencia obstétrica (medicamentos, balones intrauterinos). De acuerdo a lo reportado, la Argentina cuenta con una adecuada distribución de atención de emergencia.

El Programa, tanto en su expresión nacional como provincial, ha abordado la atención del aborto a través de la elaboración de la Guía de Atención en casos de Aborto no Punible del año 2010⁶, al respecto también se han realizado acciones de capacitación y de difusión de la Guía y aplicado protocolos para víctimas de la violencia sexual.

6. Plan Nacer (2004) es un programa federal del Ministerio de Salud de la Nación que busca mejorar la cobertura de salud y la calidad de atención de las mujeres embarazadas, embarazadas adolescentes, puérperas y de los niños/as menores de 6 años. Establece una serie de prestaciones de controles prenatales. Así, el plan incluye una asignación por embarazo para protección social es un ingreso reconocido por el Estado para aquellas mujeres embarazadas residentes en la República Argentina que se encuentran en situación de vulnerabilidad. Establece medidas específicas para poblaciones vulnerables como adolescentes escolarizadas y mujeres privadas de libertad.
7. El programa Sumar (2012), por su parte, es la ampliación iniciada en 2007 del Plan Nacer que además de brindar cobertura a la población materno infantil, incorpora a los niños/as y adolescentes de 6 a 19 años y a las mujeres hasta los 64 años.
8. El Programa de Mejoramiento de la Calidad de Atención Post Aborto, cuenta con una guía de atención post aborto, tiene como principal propósito brindar un trato humanizado a las pacientes que consulten por complicaciones de abortos y la asistencia para la anticoncepción.

Los programas Nacer y Sumar se relacionan con los factores 2 y 3, *Reducción de las posibilidades que la mujer embarazada experimente graves complicaciones* y *Reducción de las posibilidades de muerte entre mujeres que experimenten complicaciones*, además se debe mencionar el esfuerzo que realiza el país a través del programa de suministro de una alimentación y nutrición adecuada para las mujeres embarazadas (incluidos suplementos nutricionales) que está a cargo de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, del Ministerio de Salud de la Nación, y cuenta con presupuesto asignado y consta de complementación alimentaria con leches fortificadas, suplemento medicamentoso con hierro y ácido fólico. A su vez cuenta con estrategias de educación alimentaria (capacitaciones y campañas de comunicación).

⁶ Mayor información en: <http://www.msal.gov.ar/saludsexual/pdf/Guia-tecnica-web.pdf>

Cuadro 2
Argentina: resumen de las medidas implementadas en el marco de las políticas públicas para la reducción de la mortalidad materna

Nombre de la medida	Año de implementación	Objetivo general (identifica aquellos relacionados con la disminución de la mortalidad materna)
Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable	2003	<ul style="list-style-type: none"> - Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación o violencia. - Disminuir la morbimortalidad materno infantil. - Prevenir embarazos no deseados. - Promover la salud sexual de las y los adolescentes. - Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable. - Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable (Argentina, Ministerio de Salud de la Nación, 2002).
Programa de Promoción de Conductas Saludables en adolescentes de 14 a 18 años (Municipios y comunidades saludables)	2001	Fortalecer la ejecución de actividades de promoción de la salud en el nivel local, colocándolas como el basamento conceptual y estratégico del programa político (Argentina, Ministerio de Salud de la Nación, 2001).
Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia	2007	Promover y difundir el derecho de los y las adolescentes a acceder al sistema de salud en forma autónoma, sin obligación de acompañamiento de un adulto y en el marco del respeto de la confidencialidad (Argentina, Ministerio de Salud de la Nación, 2007).
Programa de Suministro de una alimentación y nutrición adecuada para las mujeres embarazadas	2003	Cubrir los requisitos nutricionales de niños hasta los 14 años, embarazadas, discapacitados y ancianos desde los 70 años en situación de pobreza. A tal efecto se considera pertinente la definición de línea de pobreza del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) (Argentina, Ministerio de Salud de la Nación, 2003).
Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materna, Infantil, de la Mujer y Adolescentes	2009	<ul style="list-style-type: none"> - Reducción de la mortalidad de los niños menores de 5 años y de la mortalidad infantil neonatal y postneonatal. - Reducción de la mortalidad materna por todas sus causas. - Mejora en el acceso a la atención de calidad en salud sexual y reproductiva. - Reducción de la fecundidad adolescente e implementación de un abordaje integral del embarazo adolescente. - Reducir la mortalidad del adolescente por causas externas. - Disminución de la mortalidad por cáncer cérvico-uterino (Argentina, Ministerio de Salud de la Nación, 2009).
Plan Nacer	2004	Mejorar la cobertura de salud y la calidad de atención de las mujeres embarazadas, puérperas y de los niños/as menores de 6 años que no tienen obra social (Argentina, Ministerio de Salud de la Nación, 2004).
Programa Sumar	2012	Mejorar el acceso a la salud de la población, continuar con la disminución de las tasas de mortalidad materna e infantil y profundizar en el cuidado de la salud en esta escolar y la adolescencia (Argentina, Ministerio de Salud de la Nación, 2012).
El Programa de Mejoramiento de la Calidad de Atención Post-Aborto	2005	Ofrecer a las mujeres una mejor calidad de atención desde una perspectiva integral, que va desde el episodio mismo hasta poner en práctica consejería y alternativas anticonceptivas, evitando el recurso a los abortos repetidos (Argentina, Ministerio de Salud de la Nación, 2005).

Fuente: Elaboración propia.

B. Estado Plurinacional de Bolivia

En el Estado Plurinacional de Bolivia, de acuerdo con la información aportada a través del cuestionario de la Encuesta Mundial sobre el cumplimiento del Programa CIPD, las políticas, programas y estrategias que permiten reducir la mortalidad materna en el corto y mediano plazo se han abordado a través de las siguientes iniciativas:

1. El Programa Nacional para la Salud Integral de la Adolescencia y Juventud 2008-2013 (con complemento a través del Plan Nacional para la Salud Integral de la Adolescencia y Juventud Boliviana 2009-2015) es una política intersectorial marco que consta de una serie de programas y estrategias para la atención integral y diferenciada para jóvenes, acceso a seguro de salud, protección a jóvenes en situación de vulnerabilidad, educación para la sexualidad y salud reproductiva, pero también el acceso a tratamiento para VIH/SIDA. Este programa puede asociarse con el Factor 1, que busca la *Reducción de las posibilidades de embarazos no deseados*.
2. La Ley Seguro Universal Materno e Infantil (SUMI) es un programa vigente desde 2002, de carácter universal, integral y gratuito, destinado a otorgar las prestaciones de salud en los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud y del Sistema de Seguridad Social de corto plazo para mujeres embarazadas hasta los 6 meses posteriores al parto y a los niños y niñas desde su nacimiento hasta los 5 años de edad ; está a cargo del Ministerio de Salud y Deportes.

Asimismo, el seguro establece, asistencia para la alimentación y nutrición adecuada de mujeres embarazadas de todas las edades (incluidos suplementos nutricionales) a través del Bono Juana Azurduy de Alimentación. Esta política está orientada a lograr la *Reducción de las posibilidades que la mujer embarazada experimente graves complicaciones* (Factor 2).

Se han desarrollado medidas de reestructuración de redes de servicios en base a atención obstétrica de emergencia y por las consecuencias de abortos inseguros, con normativa para las unidades de redes de servicios, con lo cual se asocia el Factor 3: *Reducir las posibilidades de muerte entre mujeres que experimenten complicaciones*. De acuerdo a lo reportado en el cuestionario de la Encuesta CIPD, la distribución geográfica de las instalaciones de AOE es adecuada.

3. El Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PE-SSR) fue implementado en el período 2009-2015 por el Ministerio de Salud y Deportes, dirigido a toda la población boliviana. Cuenta con la elaboración de normas y protocolos de asistencia para la anticoncepción. Asimismo, ha desarrollado un consenso con Organizaciones Territoriales de Base (OTB) para el impulso de mesas de Maternidad y Nacimiento Seguro interinstitucional Nacional y Departamentales.

Esta estrategia cuenta con enfoque cultural a través del proyecto de Ley de Despatriarcalización que aborda temas de SSR para pueblos indígenas y que ha elaborado una sistematización de información sobre iniciativas y/o experiencias de capacitación en medicina tradicional y una propuesta y herramientas de capacitación para parteras/os tradicionales. Se han llevado a cabo talleres comunitarios, debates sobre la religión y la planificación familiar, educación en salud con parteras, entre otras iniciativas.

Si bien se hace referencia al estudio diagnóstico sobre discapacidad y necesidades relacionadas a la discapacidad en el Estado Plurinacional de Bolivia, denominado Registro Único Nacional de Discapacidad Moto Méndez, no se hace referencia específica a la atención a las necesidades en SSR.

Cuadro 3
Estado Plurinacional de Bolivia: resumen de las medidas implementadas en el marco de las políticas públicas para la reducción de la mortalidad materna

Nombre de la medida	Año de implementación	Objetivo general (identifica aquellos relacionados con la disminución de la mortalidad materna)
Programa Nacional para la Salud Integral de la Adolescencia y Juventud	2008	Contribuir a mejorar las condiciones de salud de adolescentes y jóvenes, favoreciendo el ejercicio de sus derechos, a través de la formulación de intervenciones preventivo y promocionales de carácter transectorial, acordes a los lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo y el Plan Quinquenal de Juventudes; a través del desarrollo de acciones integrales y diferenciadas de atención a la salud de adolescentes y jóvenes del país, movilizandoo recursos públicos (nacionales, departamentales y locales) y privados (Estado Plurinacional de Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes, 2008a).
Ley Seguro Universal Materno e Infantil (SUMI)	2002	Otorgar las prestaciones de salud en los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud y del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo a las mujeres embarazadas, desde el inicio de la gestación hasta los 6 meses posteriores al parto, y a los niños y niñas desde su nacimiento hasta los 5 años de edad (Estado Plurinacional de Bolivia, Sistema de Información sobre la Primera Infancia en America Latina, 2002).
Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PE-SSR)	2009	Favorecer el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y hombres en las diferentes etapas del ciclo de vida, con enfoque de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad, mediante organización de servicios de salud de calidad, la coordinación interinstitucional, intersectorial e interagencial y la participación protagónica de individuos, familias y comunidades haciendo énfasis en la reducción de los factores y comportamientos de riesgo y la atención a grupos con necesidades específicas (Estado Plurinacional de Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes, 2008b).

Fuente: Elaboración propia.

C. Brasil

Se distinguen entre las políticas, programas y estrategias que abordan la SSR⁷, específicamente aquellas que colaboran en la disminución de la mortalidad materna, las que se describen a continuación, de acuerdo con la información suministrada por el país para la Encuesta Mundial sobre el cumplimiento del Programa CIPD.

1. Las Guías Nacionales de Atención Integral para Adolescentes y Jóvenes Salud de promoción, prevención y recuperación, han sido implementadas por el Ministerio de Salud, destinado a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años. Esta estrategia se encuentra vigente desde el año 1987, con revisión en 2008. En general esta política apunta a reducir las posibilidades de embarazos no deseados como se señala en el Factor 1.
2. Organización de la vigilancia de las muertes fetales materna e infantil, mujeres en edad fértil y niños. Esta estrategia se encuentra vigente desde el año 1987, con revisión en 2008. Permite, a través de de la identificación de las áreas críticas, el abordaje dirigido en cada uno de los factores.
3. Programa de Salud en la Escuela, implementado por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación, dirigido a niños y adolescentes de 0 a 19 años, desde 2007, continuidad del proyecto de Salud y Prevención en las escuelas, implementado en 2003.

⁷ La Encuesta Mundial sobre el cumplimiento del Programa CIPD es de enero de 2013.

La implementación del programa ha una estrategia denominada “Libreta de salud del Adolescente”, dirigida a niños de ambos sexos, entre 10 y 16 años, desde el año 2009. Asimismo incluye un manual de atención para el cuidado de los adolescentes y el apoyo al establecimiento del programa en la perspectiva de la educación en salud, la prevención de enfermedades y promoción de la salud, el apoyo y la asistencia técnica a los proyectos destinados a trabajar con grupos de jóvenes (mujeres y hombres) sobre la planificación familiar y proyecto de vida, pero también de calidad de la atención de maternidad acorde a las características de la adolescencia y juventud y la disponibilidad de métodos anticonceptivos y preservativos a los adolescentes, a través de la Red Cegonha.

El programa “Libreta de salud del Adolescente” aborda de manera integral los tres factores que buscan reducir las posibilidades de embarazos no deseados, que la mujer embarazada experimente graves complicaciones y de las posibilidades de muerte entre mujeres que experimenten complicaciones.

Adicionalmente, se focaliza una política nacional de atención integral para la salud de los adolescentes en régimen de detención y la admisión provisoria, que es una política implementada por el Ministerio de Salud desde 2004.

4. Política Nacional de Atención Integral de Salud de la Mujer fue implementada por el Ministerio de Salud desde 2004, dirigida a mujeres en edad reproductiva entre 10 y 49 años. Cuenta con enfoque intercultural, a través del acceso a todos los servicios de SSR de atención primaria desarrollado por los Equipos Multidisciplinarios de Salud Indígena. Las estrategias específicas para la discusión de temas sensibles, como el acceso a los diversos métodos anticonceptivos se abordan a través de la discusión de expansión de los derechos de los pueblos indígenas.
5. El Plan Nacional para las Personas con Discapacidad de Derechos –Vivir ilimitado garantiza el acceso de las instalaciones de salud, favoreciendo la expansión del acceso a la asistencia sanitaria, las acciones de la Política Nacional de Atención Integral a la Salud de la Mujer, la Red de Cegonha, y otros programas. En este contexto se realizó el Seminario Nacional de Salud: derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad y la publicación del documento “Directrices para la Atención a la persona con Síndrome de Down”.

Así, algunas estrategias incluidas dentro de esta política consideran la actualización de normativas y orientaciones técnicas, capacitación a profesionales de la salud que trabajan en los servicios de atención de salud, monitoreo de indicadores, entre otras.

Es importante mencionar que las políticas dirigidas a reducir las posibilidades de embarazos no deseados y las posibilidades que la mujer embarazada experimente graves complicaciones (factores 1 y 2), también han sido diseñadas con enfoque diferencial como en el caso de los indígenas y población en situación de discapacidad como se observa en los ejemplos anteriores.

6. La Red Cegonha⁸ (Cigüña) es una estrategia del Ministerio de Salud para implementar una red de atención que garantiza a las mujeres el derecho a la planificación familiar y la atención humanizada del embarazo, el parto y el puerperio, y asegurar que los niños tienen derecho a un nacimiento seguro y el crecimiento y desarrollo saludable.

Esta estrategia tiene como objetivo estructurar y organizar la atención a la salud materna e infantil y se implementa gradualmente en todo el país desde 2011, a partir de su aplicación de conformidad con los criterios epidemiológicos, la tasa de mortalidad infantil y de mortalidad materna y la densidad de población.

Para abordar el enfoque por ciclo vital se han desarrollado las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud de Adolescentes y Jóvenes. En ellas se establece mejor acceso y oportunidad en la atención cuando se detecta un embarazo en una mujer adolescente, a través

⁸ Mayor información en: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php

de la atención primaria de salud, la organización de grupos educativos para adolescentes embarazadas (especialmente 10-16 años), abordar las cuestiones de SSR, así como otros temas de interés común, señales de alerta durante el embarazo y el parto, registros específicos de atención prenatal y acompañamiento electivo de la parturienta.

Para abordar las urgencias y emergencias obstétricas se han desarrollado cursos ALSO (Advanced Life Support in Obsterics), formación y normalización de los procedimientos en el manejo de emergencias y urgencias obstétricas. Este sigue el formato y la metodología de los cursos de soporte avanzado de vida y la presentación de un programa educativo para profesionales de salud. La distribución geográfica de las instalaciones de AOE es adecuada.

7. El acceso a aborto sin riesgo se ha abordado a través de la asociación con instituciones de la academia y de la red de atención. Asimismo, la formación de profesionales de la salud que trabajan en los servicios de atención integral a las mujeres y adolescentes en situación de violencia sexual de acuerdo con las Normas Técnicas.
8. La Política Nacional de Atención Integral del Hombre incluye campañas de promoción y prevención en materia de SSR, además de la implementación de acciones y estrategias específicas para la población masculina en el Sistema Único de Salud.
9. Estrategia de Vigilancia Epidemiológica de Muertes Maternas. Este tema fue regulado como una acción del Estado desarrollando publicaciones técnicas y herramientas de investigación, reuniones para acordar las directrices en los estados y municipios y la evaluación sistemática, la contratación de consultores para asistir a los Estados en el desarrollo de la estrategia, la creación de Centros Hospitalarios de Epidemiología para la investigación y estudio de las muertes en los hospitales, entre otras.

Cuadro 4

Brasil: resumen de las medidas implementadas en el marco de las políticas públicas para la reducción de la mortalidad materna

Nombre de la medida	Año de implementación	Objetivo general (identifica aquellos relacionados con la disminución de la mortalidad materna)
Guías Nacionales de Atención Integral para Adolescentes y Jóvenes Salud de promoción, prevención y recuperación	1987	Sensibilizar y movilizar a los gestores y profesionales del Sistema Único de Salud para integrar las acciones de los programas del SUS y políticas gubernamentales, las estrategias interfederativas e intersectoriales que convergen a la salud integral de los jóvenes.
Organización de la vigilancia de las muertes fetales materna e infantil, mujeres en edad fértil y niños	1987	Establecer que el seguimiento de los niños y la muerte fetal es obligatorio en los servicios de salud (públicos y privados) que forman parte del Sistema Único de Salud (SUS).
Programa de Salud en la Escuela, implementado por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación, dirigido a niños y adolescentes de 0 a 19 años	2007	Promover la atención integral de salud de los estudiantes de la red pública de educación básica, por medio de acciones de promoción, prevención y atención en salud.

Cuadro 4 (conclusión)

Nombre de la medida	Año de implementación	Objetivo general (identifica aquellos relacionados con la disminución de la mortalidad materna)
Política Nacional de atención integral para la salud de los adolescentes en régimen de detención y la admisión provisoria	2004	Establecer normas, criterios y los flujos de ingreso y el funcionamiento de la aplicación de las directrices y aplicación de la atención integral de salud para adolescentes en conflicto con la ley, en régimen de detención en unidades masculinas y femeninas.
Política Nacional de Atención Integral de Salud de la Mujer	2004	Promover la mejora de las condiciones de vida y la salud de las mujeres, a través de la garantía de los derechos legalmente establecidos y la ampliación del acceso a los recursos y servicios promoción, prevención, atención y recuperación. Contribuir a la reducción de la morbilidad y la mortalidad femenina, sobre todo por causas evitables, en todos los ciclos de la vida y en diferentes grupos de población, sin discriminación de cualquier tipo. Para ampliar, calificar y humanizar la atención integral de la salud de la mujer en el Sistema Único de Salud.
La Red Cegonha (Cigüfeña)	2012	Estructurar y organizar la atención a la salud materna e infantil en el país y se implementa gradualmente en todo el país, a partir de su aplicación de conformidad con los criterios epidemiológicos, la tasa de mortalidad infantil y la tasa de mortalidad materna y la densidad de población.
Política Nacional de Atención Integral del Hombre	2009	Proporcionar, de forma regular, los servicios la prevención, la educación sanitaria y la atención clínica y requerimiento específico de este grupo de población, con base en el enfoque de género.
Estrategia de Vigilancia Epidemiológica de Muertes Maternas.	2009	Realizar la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna, reducir el subregistro, identificar los factores determinantes de la mortalidad, identificar las intervenciones, difundir y crear conciencia entre los administradores, proveedores de servicios y los profesionales para mejorar la calidad de la atención a la salud de las mujeres.

Fuente: Elaboración propia.

D. Chile

Las políticas, programas y estrategias que influyen en la mortalidad materna y que fueron reportadas en el cuestionario de la Encuesta Mundial sobre el cumplimiento del Programa CIPD⁹, desarrollados por las instituciones chilenas se describen a continuación.

1. Programa de Salud de la Mujer, implementado por el Ministerio de Salud desde 1997, dirigido a mujeres en edad fértil. Este programa incluye servicios de SSR como la planificación familiar y el control prenatal, incluyendo la elaboración del Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo y guías específicas para la atención de población adolescente, la capacitación de recursos humanos, la inclusión en metas para la Atención Primaria de Salud y la definición de mecanismos de financiamiento. La atención obstétrica de emergencia se ha abordado través de actividades implementadas a nivel nacional, cursos de emergencias obstétricas y neonatales a médicos y matronas/es de hospitales de baja complejidad y la elaboración de una Guía Perinatal.
2. Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, implementada por el Ministerio de Salud desde 2010, dirigida a toda la población, incluye estrategias para el mejoramiento de la calidad de la atención, incorporación del enfoque de género, etario y cultural.
3. Programa de Salud Integral del Adolescente, implementado por el Ministerio de Salud desde 2012 incluye la implementación gradual de espacios amigables para la prestación de servicios a adolescentes.

⁹ La Encuesta Mundial sobre el cumplimiento del Programa CIPD es de enero de 2013.

4. Programa Nacional de Alimentación Complementaria, es una política pública y está considerada como un bien de salud pública. Se otorga suplemento alimentario a toda mujer embarazada y nodriza hasta los 6 meses post parto, independiente de su situación socioeconómica o geográfica.
5. Sistema Chile Crece Contigo¹⁰ es una estrategia intersectorial que cuenta con respaldo legal, con base en el derecho constitucional. Está destinada a mejorar las condiciones de vida de los niños y niñas desde el embarazo hasta los 2 años de vida, a través de acciones integradas entre la red de salud social, en el nivel local más cercano al domicilio de la familia. Está a cargo del Ministerio de Desarrollo Social.

En forma general, las políticas antes mencionadas abordan los tres factores considerados en el análisis para el diseño de las políticas públicas.

Cuadro 5
Chile: resumen de las medidas implementadas en el marco de las políticas públicas para la reducción de la mortalidad materna

Nombre de la medida	Año de implementación	Objetivo general (identifica aquellos relacionados con la disminución de la mortalidad materna)
Programa de Salud de la Mujer	1997	Promover la salud sexual y reproductiva dando respuesta a las necesidades propias de cada etapa del ciclo vital de mujeres de la comuna, abordando acciones promocionales, preventivas y de detección e intervención temprana de los riesgos psicosociales y ginecológicos (Chile, Ministerio de Salud, 1997).
Programa de Salud Integral del Adolescente	2012	Mejorar el acceso y la oferta de servicios, diferenciados, integrados e integrales, en los distintos niveles de atención del sistema de salud, articulados entre sí, que respondan a las necesidades de salud actuales de adolescentes y jóvenes, con enfoque de género y pertinencia cultural, en el ámbito de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, incorporando a sus familias y la comunidad (Chile, Ministerio de Salud, 2012).
Estrategia Nacional De Salud 2011-2020	2011	Mejorar la salud de la población. Disminuir las desigualdades en salud. Aumentar la satisfacción de la población frente a los servicios de salud. Asegurar la calidad de las intervenciones sanitarias (Chile, Ministerio de Salud, 2011).
Programa Nacional de Alimentación Complementaria	1954	Otorga suplemento alimentario a toda mujer embarazada y nodriza hasta los 6 meses post-parto, independiente de su situación socioeconómica o geográfica (Chile, Ministerio de Salud, 1954).
Sistema Chile Crece Contigo	2005	Mejorar las condiciones de vida de los niños y niñas desde el embarazo hasta los 2 años de vida, a través de acciones integradas entre la red de salud y social en el nivel local más cercano al domicilio de la familia (Chile, Ministerio de Desarrollo Social, 2005).

Fuente: Elaboración propia.

E. Colombia

Dentro de las políticas, programas y estrategias que abordan la SSR y los derechos reproductivos, en la información suministrada por Colombia en el cuestionario de la Encuesta Mundial sobre el cumplimiento del Programa CIPD¹¹ se distinguen:

¹⁰ Más información en: <http://www.crececontigo.cl/>

¹¹ Datos de la Encuesta Mundial sobre el cumplimiento del Programa CIPD son de noviembre de 2012.

1. Estrategia de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes, implementada entre 2007 y 2012, por el Ministerio de Salud y Protección Social, dirigida al grupo de adolescentes y jóvenes.

Esta estrategia ha sido diseñada para la prevención del embarazo en adolescentes, a través del acceso a información, orientación y atención cálida, oportuna y de calidad, con servicios pertinentes en términos sociales, etarios y culturales, para lo cual se desarrollaron espacios de construcción colectiva con la participación de los jóvenes. Esta estrategia permite también cumplir con el objetivo de la CIPD de mejorar el acceso a servicios integrales de SSR para adolescentes.

2. Programa de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía, es un programa implementado desde 2008 por el Ministerio de Educación para niños y adolescentes.
3. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y del Plan Nacional de Salud Pública, dirigida a toda la población, con un período de vigencia entre 2012 y 2022, a cargo de la Alta Consejería para la Equidad de la Mujer. Incorpora control prenatal, acciones de prevención, salud sexual para adolescentes y jóvenes y planificación familiar.

Esta política fue aprobada el año 2007 y ratificada en 2011 por la Comisión Reguladora en Salud. Incluye medicamentos anticonceptivos hormonales y el condón masculino en el Plan Obligatorio de Salud, como prestaciones de promoción y prevención, gratuitas y obligatorias. Adicionalmente, en el año 2008, se actualizó la norma técnica de planificación familiar para hombres y mujeres.

4. Respecto de la atención prenatal, se actualizaron en 2011 las Normas Técnicas y Guías de Atención. El diseño y actualización de las Guías de Práctica Clínica se han elaborado en base a la evidencia, asimismo, el diseño de modelos de vigilancia y desarrollo de herramientas técnicas, la asistencia técnica para el seguimiento y fortalecimiento de la gestión territorial para la reducción de la mortalidad materna y perinatal
5. Por su parte, la atención obstétrica de emergencia (AOE) es una estrategia implementada por el Ministerio de Salud y Protección Social desde 2010, dirigido a toda la población, basado en un modelo de seguridad clínica. Se ha incorporado a esta estrategia un plan de choque para la disminución de la mortalidad materna vigente desde 2004, dirigido a la población seleccionada por vulnerabilidad. No obstante, la distribución geográfica de las instalaciones de AOE continúan siendo deficientes.
6. Actualmente, se ofertan diferentes métodos anticonceptivos modernos: Implante subdérmico de levonorgestrel, anticonceptivos hormonales orales de baja dosis e inyectable mensual y los condones masculinos de látex en casos de pacientes con diagnóstico de ITS.

Las políticas, programas y estrategias antes mencionadas buscan reducir la mortalidad materna apuntando a diseños de política pública que permita, bajo los tres factores de análisis considerados, reducir de las posibilidades de embarazos no deseados, que la mujer embarazada experimente graves complicaciones y, en definitiva, reducir las posibilidades de que se experimente la muerte entre las mujeres embarazadas con complicaciones.

7. Protocolo de atención en salud para víctimas de violencia sexual, vigente desde 2006, aborda el acceso a un aborto sin riesgo. Cuenta con un Manual de Evaluación y Clasificación y una Norma Técnica para la atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. En este sentido, se puede agregar que el aborto en Colombia fue despenalizado mediante la Sentencia C-355 de 10 de mayo del 2006 de la Corte Constitucional, en tres situaciones específicas: “...no se incurre en delito de aborto, cuando con la voluntad de la mujer, la interrupción del embarazo se produzca en los siguientes casos: (i) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico; (ii) Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; y, (iii) Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva

*de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto*¹².

8. Desde 1998 en el certificado de defunción se incorporó la pregunta sobre el antecedente obstétrico que mejoró la identificación de las muertes maternas. Se pasó de un promedio de 470 defunciones maternas registradas anualmente en el período 1992-1995 a 730 en 1998-2000 (Ruiz, 2005).
9. Modelo de la Vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema, estrategia implementada desde 2007 por el Ministerio de Salud y Protección Social que se dirige a población en condiciones de vulnerabilidad. Asimismo, se han diseñado modelos de vigilancia y herramientas técnicas para el seguimiento y fortalecimiento de la gestión territorial para la reducción de la mortalidad y morbilidad materna y perinatal.

Cuadro 6
Colombia: resumen de las medidas implementadas en el marco de las políticas públicas para la reducción de la mortalidad materna

Nombre de la medida	Año de implementación	Objetivo general (identifica aquellos relacionados con la disminución de la mortalidad materna)
Directrices del Plan de Atención Básica (PAB), Circular 18	2004	Reducir la RMM por causas evitables en 50% (Colombia, Ministerio de Protección Social, 2004a).
Plan de Choque reducción de la mortalidad materna (MM)	2004	Posicionar la MM en la agenda pública, así como visibilizar y monitorear las responsabilidades de los distintos actores involucrados en su reducción. Implementa medidas relacionadas con comunicación y movilización social y fortalecimiento de las acciones de seguimiento, vigilancia y control de la gestión institucional (Colombia, Ministerio de Protección Social, 2004b).
Consejo Nacional de Política Económica y Social 091	2005	Fortalecer la calidad de la atención a las mujeres, especialmente a las gestantes, así como los procesos de vigilancia en salud pública (VSP) (Colombia, Departamento Nacional de Planeación, 2005).
Sentencia C-355 de la Corte Constitucional	2006	Despenalizar el aborto en tres eventos: 1. Resultado de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas. 2. Riesgo a la salud física o mental de la madre y 3. Grave malformación del feto que haga inviable su vida (Colombia, Corte Constitucional, 2006).
Protocolo de Vigilancia Epidemiológica de mortalidad materna del INS	2007	Caracterizar la MM y referenciar los procesos de toma de decisiones. Entre otras, está la meta de implementar los comités de análisis de mortalidad materna en todos los departamentos de Colombia (Colombia, Instituto Nacional de Salud, 2007).
Estrategia de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes	2007	Prevenir el embarazo en adolescentes, a través del acceso a información, orientación y atención cálida, oportuna y de calidad, con servicios pertinentes en términos sociales, etarios y culturales, para lo cual se desarrollaron espacios de construcción colectiva con la participación de los jóvenes (Colombia, Ministerio de Salud, 2008).
Programa de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía	2008	Contribuir al fortalecimiento del sector educativo en la implementación y la sostenibilidad de una política de educación para la sexualidad, con un enfoque de ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos (Colombia, Ministerio de Educación, 2008).
Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva	2006	Mejorar la SSR y promover el ejercicio de los DSR de toda la población con especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a los grupos con necesidades específicas (Colombia, Ministerio de Desarrollo Social, 2006).

¹² Artículo 122 de la Ley 599 de 2000.

Cuadro 6 (conclusión)

Nombre de la medida	Año de implementación	Objetivo general (identifica aquellos relacionados con la disminución de la mortalidad materna)
Plan Nacional de Salud Pública y Plan Decenal de Salud	2007 - 2021	<p>PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA</p> <p>Mejorar el estado de salud de la población colombiana.</p> <p>Evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad.</p> <p>Enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica.</p> <p>Disminuir las inequidades en salud de la población Colombiana.</p> <p>PLAN DECENAL DE SALUD</p> <p>Alcanzar mayor equidad en salud.</p> <p>Mejorar las condiciones de vida y salud de la población.</p> <p>Cero tolerancia con la morbilidad, la mortalidad y la discapacidad evitables (Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).</p>
Protocolo de atención en salud para víctimas de violencia sexual	2006	Brindar a los equipos de salud una herramienta metodológica y conceptual con los criterios básicos e indispensables para el abordaje integral de las víctimas de violencia sexual que garanticen una atención con calidad y el restablecimiento de los derechos de las víctimas (Colombia, Ministerio de Salud, 2006).

Fuente: Elaboración propia.

F. Costa Rica

Las políticas, programas y estrategias indicadas por Costa Rica para abordar la SSR y los derechos reproductivos que permiten en el corto y mediano plazo reducir la mortalidad materna se describen a continuación, según lo informado a través del cuestionario de la Encuesta Mundial sobre el cumplimiento del Programa CIPD¹³.

1. Plan Estratégico Nacional de Salud de las personas adolescentes, formulado en 2010 por el Ministerio de Salud, dirigido a adolescentes, jóvenes, migrantes y personas que viven con el VIH. Incluye estrategias de atención a las necesidades de servicios pertinentes al grupo etario, estrategias para la prevención del embarazo en la adolescencia, entre otras¹⁴. Este plan se asocia con el Factor 1, que busca reducir las posibilidades de embarazos no deseados.
2. Política Nacional de Sexualidad, tiene un horizonte temporal entre 2010 y 2021, que incluye un programa de estudio de Educación para la Afectividad y Sexualidad para el Tercer Ciclo de la Educación General Básica. Contempla el desarrollo de ejes temáticos a través de los cuales se busca mejorar las condiciones de vida de las personas adolescentes. Comprende acciones en las siguientes áreas: información estratégica, entornos favorables para la salud, sistemas y servicios de salud integrados e integrales, aumento de la capacidad de los recursos humanos, comunicación social y participación social. La política también incluye la elaboración de normas para la atención.

Para el éxito en la aprobación y desarrollo de esta política, han sido claves el compromiso gubernamental y la asociación efectiva con actores a nivel nacional. No obstante, se observaron obstáculos como la oposición por parte de agrupaciones religiosas y de grupos organizados, lo que junto con la tramitación de los proyectos en el aparato público generan retrasos en su avance y concreción. Esta política se asocia con los tres factores, el factor 1: Reducir las posibilidades de embarazos no deseados; el Factor 2: Reducir las posibilidades que la mujer embarazada experimente graves complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio; y el Factor 3: Reducir las posibilidades de muerte entre mujeres que experimenten

¹³ Datos de la Encuesta Mundial sobre el cumplimiento del Programa CIPD son de octubre de 2012.

¹⁴ Mayor información a través de: <http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio/politicas-y-planes-en-salud/planes-en-salud/1040-plan-estrategico-nacional-de-salud-de-las-personas-adolescentes-2010-2018/file>

complicaciones. En este último objetivo, existen varias vías de abordaje en la política pública de Costa Rica.

3. Estrategia Centros de Educación y Nutrición y de Centros Infantiles de Atención Integral CEN-CINAI, es un organismo adscrito al Ministerio de Salud encargado de contribuir a mejorar el estado nutricional de la población materno-infantil y el adecuado desarrollo de la niñez, brindando al niño y a la niña en condición de pobreza y/o riesgo social la oportunidad de permanecer en servicios de atención diaria de calidad.
4. Normativas y guías de atención del embarazo de bajo y alto riesgo, incluyendo la AOE. Se han desarrollado y aplicado normativas dirigidas a la reducción de la mortalidad infantil, a través del control prenatal, en análisis y la vigilancia de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, a cargo del Ministerio de Salud y la Caja Costarricense del Seguro Social. Las normas de atención y los decretos son de cumplimiento obligatorio por los prestadores de servicios de salud. Se reconoce una adecuada distribución geográfica de las instalaciones de AOE.

Por su parte, en Costa Rica no se mencionan garantías de acceso a un aborto sin riesgo dentro de marcos legales, ni las relacionadas con prevenir y realizar el manejo de las consecuencias de los abortos inseguros.

Cuadro 7
Costa Rica: resumen de las medidas implementadas en el marco de las políticas públicas para la reducción de la mortalidad materna

Nombre de la medida	Año de implementación	Objetivo general (identifica aquellos relacionados con la disminución de la mortalidad materna)
Plan Estratégico Nacional de Salud de las personas adolescentes	2010	Conducir y articular las diversas responsabilidades y competencias institucionales en procura del bienestar de la población adolescente (Costa Rica, Ministerio de Salud, 2010a).
Política Nacional de Sexualidad	2010	Articular los esfuerzos de los diferentes actores sociales claves, responsables de garantizar y respetar el acceso y ejercicio al derecho a una sexualidad integral para todas las personas que habitan este país, como parte integral del derecho humano a la salud (Costa Rica, Ministerio de Salud, 2010b).
Estrategia Centros de Educación y Nutrición y de Centros Infantiles de Atención Integral CEN-CINAI	1952	Contribuir a mejorar el estado nutricional de la población materno-infantil y el adecuado desarrollo de la niñez, brindando al niño y a la niña en condición de pobreza y/o riesgo social la oportunidad de permanecer en servicios de atención diaria de calidad (Costa Rica, Ministerio de Salud, 1952).
Normativas y guías de atención del embarazo de bajo y alto riesgo	2009	Unificar los criterios básicos que se aplican en la atención a las mujeres y los (as) niños (as) durante el período de embarazo, parto y post natal (Costa Rica, Caja Costarricense de Seguro Social, 2009)

Fuente: Elaboración propia.

G. Cuba

De acuerdo con información suministrada por Cuba para la Encuesta Mundial sobre el cumplimiento del Programa CIPD¹⁵, las políticas, programas, estrategias y normatividad relacionada con la disminución de la mortalidad materna, son:

1. Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y Planificación Familiar. Dirigida a incrementar la información y las acciones de promoción de SSR para mujeres. Por otra parte,

¹⁵ Datos de la Encuesta Mundial sobre el cumplimiento del Programa CIPD son de enero de 2013.

se fortalecen las consultas de planificación familiar desde el abordaje integral, servicios para mujeres en etapa de climaterio, atención pertinente a mujeres lesbianas.

- Programa Nacional de Atención Materno Infantil. Brinda atención especializada de salud, protección laboral, entrega de módulo alimenticio subsidiado y otros. Esto incluye a todas las embarazadas. En el caso de las adolescentes existe una atención especial de psicólogos y promotores de salud del área.

Asimismo establece estrategias de formación y capacitación al personal de la atención primaria de salud con los consultorios del médico de familia. Cada programa de salud sexual cuenta con enfoque de discapacidad.

- Según información suministrada por el Ministerio de Salud de Cuba¹⁶, en este país existe un programa de atención Materno infantil que garantiza la atención prenatal sobre la base de 13 controles durante el embarazo en consultorios enclavados en la comunidad de residencia, con la asesoría de especialistas en Gineco-Obstetricia. Una de las regulaciones que se establece es la captación temprana de la embarazada, lo que permite territorialmente conocer el universo de embarazadas y el planeamiento de las acciones prenatales.
- Con relación a la atención del aborto en condiciones seguras, en Cuba el aborto es legal y se practica en las instituciones de salud, a través del Programa de Aborto que atiende desde el nivel primario y especializado, en planificación familiar, con énfasis en mujeres con más de 37 años y adolescentes.
- La distribución de instalaciones de Atención Obstétrica de Emergencia es adecuada en el territorio.
- Programa Nacional de Nutrición. Garantiza una dieta especial para las embarazadas, incluyendo consulta de atención y provisión de información sobre temas de nutrición.

Cuadro 8
Cuba: resumen de las medidas implementadas en el marco de las políticas públicas para la reducción de la mortalidad materna

Nombre de la medida	Año de implementación	Objetivo general (identifica aquellos relacionados con la disminución de la mortalidad materna)
Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y Planificación Familiar	2001	Desarrollar servicios de planificación familiar con enfoque de salud reproductiva, como estrategia principal para la calidad de vida, sobre la base al nivel alcanzado y en función de eficientes relaciones intersectoriales e interdisciplinarias que le brinden conocimientos para incidir en el bienestar de la sociedad y la familia, la igualdad del hombre y la mujer y satisfacer las necesidades de jóvenes y adolescentes (Cuba, Ministerio de Salud Pública, 2001).
Programa Nacional de Atención Materno Infantil	1962	Promoción de la lactancia materna. Reducción del bajo peso al nacer. Desarrollo de la perinatología. Lucha contra las enfermedades diarreicas agudas y las infecciones respiratorias agudas. Inmunizaciones. Prevención y detección precoz de enfermedades genéticas. Prevención de accidentes en menores de 20 años. Maternidad y paternidad conscientes. Prevención y control de los síndromes neurológicos infecciosos. Plan de control de seguimiento del crecimiento del menor de 5 años (Cuba, Ministerio de Salud Pública, 1962).
Programa Nacional de Nutrición	1994	Incrementar la suficiencia de alimentos, garantizar el acceso a los mismos, promover hábitos de alimentación más sanos y evaluar la situación nutricional (Padron, 2003).

Fuente: Elaboración propia.

¹⁶ Información remitida por la Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud de Cuba. Ciudad de la Habana, 23 de octubre de 2012.

H. Ecuador

Las políticas, programas y estrategias vinculadas con la reducción de la mortalidad materna, reportadas por el Ecuador en el cuestionario de la Encuesta Mundial sobre el cumplimiento del Programa CIPD¹⁷, se describen a continuación.

1. Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes¹⁸. Es impulsada por el Ministerio de Coordinación y Desarrollo Social, el Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Educación y el Ministerio de Inclusión Económica y Social. Incorpora acciones concretas para la reducción de los embarazos en adolescentes. Así, incluye acciones de prevención en el ámbito escolar para lo cual se capacita a maestros en materias de sexualidad.

Para la atención a adolescentes en los centros de salud, se ha desarrollado la estrategia de áreas amigables. En estas áreas se brinda educación sobre planificación familiar, con campañas comunicacionales preventivas asociadas, logrando un incremento en las consultas preventivas. Se ha incorporado en el modelo de atención la pertinencia cultural, étnica y con enfoque de género y de discapacidad.

Una adecuada coordinación y articulación intersectorial ha facilitado el desarrollo de la Estrategia, no obstante ciertos patrones de comportamiento socioculturales, obstaculizan un avance más acelerado.

2. En el año 2008 se introduce la implementación del parto culturalmente adecuado, para el que era necesario desarrollar estándares adaptados a este tipo de atención. En mayo 2013, se emiten los estándares de parto de la Dirección Nacional de Salud Intercultural del Ministerio de Salud del Ecuador¹⁹.
3. Programa de Micronutrientes, entrega de suplemento de vitamina A, ácido fólico y hierro a mujeres embarazadas en los subcentros de salud. Es desarrollado por el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Inclusión Económica y Social. Es posible asociar este programa al Factor 2: *Reducir las posibilidades que la mujer embarazada experimente graves complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio.*
4. Normativa legal del aborto terapéutico no punible, es un proyecto de Ley que establece mecanismos de atención en casos excepcionales.

¹⁷ Datos de la Encuesta Mundial sobre el cumplimiento del Programa CIPD son de diciembre de 2012.

¹⁸ Mayor información a través de: <http://www.salud.gob.ec/tag/planificacion-familiar/>

¹⁹ Dirección Nacional de Salud Intercultural. Enero 2015.

Cuadro 9
Ecuador: resumen de las medidas implementadas en el marco de las políticas públicas para la reducción de la mortalidad materna

Nombre de la medida	Año de implementación	Objetivo general (identifica aquellos relacionados con la disminución de la mortalidad materna)
Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes	2013	Garantizar el acceso permanente y efectivo a la información, educación, consejería, inclusión, protección y servicios de salud para fortalecer la toma de decisiones libres e informadas sobre sexualidad y reproducción, así como el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos (Ecuador, Ministerio de Educación, 2013).
Parto culturalmente adecuado	2008	Introducir un enfoque humanitario, intercultural y de derechos en salud materna y neonatal de un modo más claro y decidido, a fin de que la atención en salud contemple normas y procedimientos de acuerdo a las necesidades culturales de la población, que permitan satisfacer a un mayor número de usuarias/os, particularmente de zonas rurales, campesinas, indígenas y afroecuatorianas donde las barreras de acceso elevan los índices de morbilidad y mortalidad materno infantil (Ecuador, Ministerio de Salud Pública, 2008b).
Programa de Micronutrientes, entrega de suplemento de vitamina A, ácido fólico y hierro a mujeres embarazadas en los subcentros de salud	2008	Eliminación virtual de las deficiencias de yodo y vitamina A. Disminución a 1/3 la prevalencia de anemia por deficiencia de hierro en embarazadas y niños menores de 1 año (Ecuador, Ministerio de Salud Pública, 2008a).

Fuente: Elaboración propia.

I. El Salvador

En El Salvador, las políticas, programas y estrategias dirigidas a la reducción de la mortalidad materna, reportadas en el cuestionario de la Encuesta Mundial sobre el cumplimiento del Programa CIPD²⁰, se describen a continuación.

1. Política de Salud Sexual y Reproductiva, implementada desde el año 2012 por el Ministerio de Salud dirigida a la población de 10 a 19 años. Su objetivo inicial es el incremento de la oferta de servicios de atención prenatal en todos los niveles de atención de la Red Integrada e Integral de Servicios de Salud (RIIS) y el fortalecimiento de la calidad a través de la conformación de Equipos Comunitarios de Salud Familiar (ECOSF).
2. Política Nacional de Salud “Construyendo La Esperanza” es una estrategia aplicada en coordinación con el Programa de Ciudad Mujer para desarrollar programas priorizados de Información, Educación Sexual y Atención en SSR orientados a los grupos de edad escolar, pre adolescentes, adolescentes, mujeres y hombres durante todo el ciclo vital. Por su parte la Política Nacional de la Mujer contempla como prioridad la garantía de acceso a servicios de salud, incluyendo la salud sexual y salud reproductiva de las mujeres, a lo largo de su ciclo de vida, y desde un enfoque de género y de derechos.
3. Sistema de Vigilancia de la Morbimortalidad Materna, que establece el fortalecimiento de las competencias del personal de salud en la detección y manejo de las principales morbilidades obstétricas y otras patologías, así como métodos reversibles de larga duración de planificación familiar y la atención integral post aborto.

²⁰ Datos de la Encuesta Mundial sobre el cumplimiento del Programa CIPD son de septiembre de 2012.

4. Estrategia nutricional a embarazadas y lactantes en municipios de extrema pobreza, que entrega una canasta básica mensual de alimentación a mujeres embarazadas y madres lactantes en los municipios de extrema pobreza.
5. Estrategia de círculos educativos para adolescentes embarazadas, que fue actualizada en 2010 por el Ministerio de Salud, dirigida a adolescentes de 10 a 19 años. La estrategia incluye objetivos preventivos de SSR, riesgo reproductivo, violencia, educación para la vida y prevención del segundo embarazo.
6. Normativas de Atención de las Emergencias Obstétricas según complejidad de los Centros que las atienden, con extensión de los servicios y personal especializado las 24 horas del día en hospitales de la RIIS, teniendo una adecuada distribución geográfica de instalaciones de AOE.

Debido a que la legislación salvadoreña no permite ningún tipo de aborto legal, el manejo frente al aborto se realiza desde la perspectiva del manejo de complicaciones del aborto en general y la Planificación Familiar incluyendo la Anticoncepción de Emergencia.

7. Plan Nacional de reducción de la mortalidad materna y neonatal, implementado por el Ministerio de Salud el año 2011 con el objetivo de alcanzar tanto el ODM 4 y 5. Está dirigido mujeres en edad reproductiva, embarazadas y recién nacidos.
8. Política Nacional y Ley Nacional de Juventud, implementada por el Ministerio de Salud el año 2012, dirigido a población de 15 a 24 años, que incluye un Plan Estratégico Interinstitucional para la atención en salud de adolescentes estrategias de atención integral a las necesidades de salud de adolescentes en relación a la prevención del embarazo precoz, de ITS/VIH, la prevención y atención de los casos de violencia, disminución de la morbimortalidad asociada a enfermedades prevalentes y la reducción de las barreras para el acceso a los servicios de salud para adolescentes y jóvenes.

Cuadro 10
El Salvador: resumen de las medidas implementadas en el marco de las políticas públicas para la reducción de la mortalidad materna

Nombre de la medida	Año de implementación	Objetivo general (identifica aquellos relacionados con la disminución de la mortalidad materna)
Política de Salud Sexual y Reproductiva	2009	Garantizar la salud sexual y reproductiva en las diferentes etapas del ciclo de vida, a toda la población salvadoreña, que fortalezca sostenidamente el acceso a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud sexual y reproductiva, con base a la Atención Primaria de Salud Integral, con un enfoque de inclusión, género y derechos, en un ambiente sano, seguro, equitativo con calidad, calidez y corresponsabilidad (El Salvador, Diario Oficial, 2012).
Política Nacional de Salud "Construyendo La Esperanza"	2010	Implementar las acciones definidas en la política a través del Plan Estratégico Interinstitucional para la atención en salud de adolescentes, objetivo "Prevención del embarazo y complicaciones de la SSR" (El Salvador, Ministerio de Salud, 2010).
Sistema de Vigilancia de la Morbimortalidad Materna	2009	Identificar, recolectar, procesar, analizar y divulgar de manera sistemática y activa, la información relacionada con la vigilancia de la salud materna perinatal (El Salvador, Ministerio de Salud, 2009).
Estrategia nutricional	2011	Mejorar y/o mantener un adecuado estado nutricional de la población materno infantil para asegurar un desarrollo fetal armónico, un crecimiento y desarrollo normal de los niños y las niñas, asegurando una lactancia materna exitosa (El Salvador, Ministerio de Salud, 2011a).

Cuadro 10 (conclusión)

Nombre de la medida	Año de implementación	Objetivo general (identifica aquellos relacionados con la disminución de la mortalidad materna)
Estrategia de círculos educativos para adolescentes embarazadas	2007	Proporcionar a los proveedores de servicios de salud los lineamientos técnico metodológicos que les permitan implementar el Modelo Educativo "Círculos educativos para adolescentes embarazadas", a fin de contribuir al logro de una maternidad segura, mediante la práctica de conducta de auto cuidado de su salud en el período prenatal, parto y post parto y cuidados del recién nacido (El Salvador, Ministerio de Salud y Asistencia Social, 2007a).
Normativas de Atención de las Emergencias Obstétricas	2007	Ofrecer a los profesionales de la salud un instrumento que incluye las herramientas conceptuales y metodológicas para desarrollar actividades de capacitación a través de talleres sobre cuidados obstétricos de emergencia en el marco de la salud reproductiva, en el contexto del mejoramiento en la calidad de atención en salud y en un marco de derechos y enfoque de género con el fin de apoyar la reducción de la mortalidad materna en El Salvador (El Salvador, Ministerio de Salud y Asistencia Social, 2007b).
Plan Nacional de reducción de la mortalidad materna y neonatal	2011	Alcanzar tanto el ODM 4 y 5 a través de conformar la Alianza para la salud, el crecimiento y desarrollo de la niñez (El Salvador, Ministerio de Salud, 2011b).
Política Nacional y Ley Nacional de Juventud	2012	Implementar el Plan a través de la conformación de la Alianza institucional para la atención en salud de adolescentes y jóvenes (El Salvador, Secretaría de Inclusión Social, 2011).

Fuente: Elaboración propia.

J. Guatemala

Dentro de las políticas, programas y estrategias identificadas en Guatemala para abordar la SSR y los derechos reproductivos que impactan la mortalidad materna en el corto o mediano plazo, se describen las que se mencionan a continuación, de acuerdo con información suministrada para la Encuesta Mundial sobre el cumplimiento del Programa CIPD²¹.

1. Estrategia de Espacios Amigables, Centros Interactivos y Clínicas de Atención Integral para adolescentes y jóvenes, implementada desde 2008 por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
2. Estrategia de Educación Integral en Sexualidad, implementada desde 2010 por el Ministerio de Salud y de Educación para mujeres, niños, adolescentes, jóvenes, personas mayores y personas con discapacidad.
3. Programa Nacional de Salud Reproductiva y Ley de acceso universal y equitativo de servicios de planificación familiar. Se desarrolla a través de las clínicas especializadas en atención a la mujer y sus necesidades.

El programa cuenta con normativas de atención para el primer y segundo nivel de atención y los servicios tienen pertinencia cultural y enfoque de género, a través de redes de maternidad y paternidad responsables. Se ha ampliado los horarios de atención para amentar la participación paterna en el control prenatal.

4. Para la derivación a una atención obstétrica de emergencia (AOE) básica e integral, existen guías de atención obstétrica y neonatal, que contienen las principales complicaciones obstétricas en el país, determinando la morbilidad y mortalidad. Las mismas contienen la

²¹ Datos de la Encuesta Mundial sobre el cumplimiento del Programa CIPD son de octubre de 2012.

especificación del quehacer desde los diferentes niveles de atención. No obstante, la distribución geográfica de las instalaciones de AOE continúan siendo inadecuadas.

5. El programa también norma la entrega de micronutrientes, ácido fólico y hierro a la mujer embarazada.
6. Plan de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna²², dependiente del Ministerio de Salud con ejecución entre 2010 a 2015 a través de la Ley de Maternidad Saludable, que ha permitido ampliar los centros de salud de segundo nivel de atención a salud para atender partos en los cinco Centros de Atención Integral Materno Infantil.

Cuadro 11
Guatemala: resumen de las medidas implementadas en el marco de las políticas públicas para la reducción de la mortalidad materna

Nombre de la medida	Año de implementación	Objetivo general (identifica aquellos relacionados con la disminución de la mortalidad materna)
Estrategia de Espacios Amigables, Centros Interactivos	2008	Contribuir a la salud integral de los y las adolescentes y jóvenes en Guatemala, mediante la incorporación del abordaje integral y diferenciado a esta población en la red de servicios del MSPAS, orientándolos a la prevención a través de estilos de vida saludables y fomentando en el personal de salud la incorporación de estrategias amigables en la atención, facilitando de esa forma el mayor acercamiento de adolescentes a los servicios de salud tanto preventivos como asistenciales, donde ellos sean actores de su propio desarrollo (Guatemala, Ministerio de Salud y Asistencia Social, 2008).
Clínicas de Atención Integral para adolescentes y jóvenes	2008	Mejorar las condiciones de salud de las adolescentes en forma globalizada, para que puedan prepararse para adaptarse a la sociedad, mejorar sus condiciones de vida y sobre todo que planifiquen cuantos embarazos desean tener (Guatemala, Ministerio de Salud y Asistencia Social, 2008).
Estrategia de Educación Integral en Sexualidad	2010	Garantizar la armonización e incorporación en los procesos del MINEDUC con los ejes, Programa y Proyectos de la Política Nacional de Promoción y Desarrollo de las Mujeres (PNPDIM) y el Plan de Equidad de Oportunidades (PEO) que responden al sector educación, así como con los compromisos nacionales e internacionales signados por el Gobierno de Guatemala para eliminar todas las inequidades de género, de etnia y cualquier otra que comprometa la garantía de la educación como un derecho humano (Guatemala, Ministerio de Educación, 2010).
Programa Nacional de Salud Reproductiva y Ley de acceso universal y equitativo de servicios de Planificación Familiar	2009	Implementar y fortalecer programas orientados a la equidad integral para favorecer a las poblaciones con características de pobreza y pobreza extrema (Guatemala, Organismo Judicial, 2009).
Plan de Acción para la reducción de la Mortalidad Materna	2010	Fortalecer la institucionalidad del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para la atención de salud reproductiva, con énfasis en materno neonatal (Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2010).

Fuente: Elaboración propia.

²² Véase en: <http://www.unfpa.org.gt/sites/default/files/PLAN%20DE%20REDUCCION%20DE%20MORTALIDAD%20MATERNA.pdf>

K. Haití

A continuación se presentan algunas de las políticas, programas y estrategias reseñadas por el Gobierno de Haití para abordar la SSR²³ y los derechos reproductivos que impactan la mortalidad materna. Una parte de la información mencionada al respecto proviene de las respuestas para algunas de las secciones incluidas en la Encuesta Mundial sobre el cumplimiento del Programa CIPD que entregó el país, y otra parte, corresponde a la información de organismos de cooperación internacional que han llevado a cabo su trabajo en esta materia como el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

La información relacionada con la sección 6. Derechos reproductivos y salud reproductiva (Capítulo VII) y la salud, morbilidad y mortalidad (Capítulo VIII) de la encuesta fue provista por la Unite de la Planification et d'Evaluation (UPE).

Las respuestas entregadas en esta sección muestran la existencia de políticas y programas dirigidas a la atención de distintos grupos de la población en materia de salud sexual y reproductiva, que dan cuenta, entre otras, de una política general de salud que está dirigida a toda la población y programas específicos que buscan el fortalecimiento de los servicios de salud para la atención de grupos y temáticas especiales como la prevención de la transmisión madre e hijo del VIH abordado mediante el programa de Prévention Transmission Mère/Enfant (PTME), así como los programas dirigidos a niños y mujeres del Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP).

Entre 2000 y 2010, se pueden destacar avances significativos en materia de reducción de la mortalidad materna en Haití. Así lo indica, el reporte de los objetivos de Desarrollo del Milenio 2013 elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo de Haití (PNUD, 2014). Menciona que además de la sustancial reducción de la razón de mortalidad materna (que pasó de 523 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos en 2000 a 157 por cada 100.000 nacidos vivos en 2013), también se han obtenido logros en objetivos intermedios entre los que se cuenta el incremento en 1,5 veces el número de partos atendidos por personal calificado pasando de 24,8% en 2000 a 37,3% en 2012, aunque dicho logro aún esconde grandes disparidades regionales y entre estratos sociales.

También mencionan un aumento en el uso de métodos de planificación familiar entre los años 2000 (aproximadamente 20%) y 2012 (31%), sin embargo, registran un porcentaje relativamente alto (35%) de mujeres que no encuentran satisfechas sus necesidades en materia de planificación familiar (PNUD, 2014).

El documento de PNUD lista algunas intervenciones realizadas en materia de política pública relacionadas con la reducción de la mortalidad materna:

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo identificó algunos obstáculos que pueden afectar la implementación de dichas políticas y programas como: la falta de armonización entre los objetivos en materia de salud sexual y reproductiva y los planes y estrategias nacionales, el insuficiente financiamiento para los centros de atención de urgencias obstétricas y neonatales, la penalización del aborto que impide procedimientos seguros para las mujeres que deciden no continuar con sus embarazos. Asimismo, señalan que es necesario tener en cuenta en el diseño de las políticas los factores culturales en las prácticas relacionadas con el embarazo y el parto, incluyendo la labor primordial que tienen las matronas en la comunidad²⁴.

En esa misma medida, llama la atención sobre la necesidad de incluir el empleo de partera en el repositorio de trabajos y competencias (REC). Finalmente, mencionan que es importante facilitar los recursos necesarios para la creación de 10.414 agentes de salud comunitaria.

²³ La Encuesta Mundial sobre el Cumplimiento del Programa CIPD es de enero de 2013.

²⁴ Véase en: http://www.ht.undp.org/content/dam/haiti/docs/mdg/UNDP-HT-ResumeExecutif-HaitiRapportOMD2013_20140611.pdf

Cuadro 12
Haití: resumen de las medidas implementadas en el marco de las políticas públicas para la reducción de la mortalidad materna

Nombre de la medida	Año de implementación	Objetivo general (identifica aquellos relacionados con la disminución de la mortalidad materna)
Plan Director de Salud (2012-2022)	2012	Reducir la mortalidad materna a 50% a 2022.
Plan estratégico nacional de salud sexual y planificación familiar (2013-2016)	2013-2016	Reducir la razón de mortalidad materna y ofrecer servicios integrales de salud sexual y reproductiva para toda la población.
Global Program to enhance reproductive health commodity security (GPRHCS)		Proporcionar al gobierno haitiano los insumos necesarios para la salud sexual y reproductiva y el apoyo técnico.
Instituto Nacional Superior de formación de enfermeras y parteras SONUB/SONUC		Formación de parteras (primera generación de parteras en formación). Rehabilitar los centros de salud para ofrecer cuidado obstétrico y neonatal de urgencia (49 SONUB han sido rehabilitados).
Cuidado obstétrico gratuito (Manman ak timoun an Sante)	2013	Aumentar el número de embarazos institucionales y el acceso a los servicios de salud de los niños de menos de 5 años. Servicios gratuitos ofrecidos a 71.000 embarazadas.
Campaña nacional de planificación familiar	2014	Informar a la población, asegurar los servicios de planificación familiar en el 90% de las instituciones de salud y formación del personal.
Sistema Nacional de Protección Social (Konbit solidarité)		Garantizar el acceso a un seguro nacional contra enfermedad que cubra especialmente los cuidados obstétricos implementados como piloto en la zona oeste del país.

Fuente: Cuadro tomado del documento PNUD (2004) en idioma original francés.

L. Honduras

Dentro de las políticas, programas y estrategias identificadas en Honduras a través del cuestionario de la Encuesta Mundial sobre el cumplimiento del Programa CIPD²⁵ que impactan la mortalidad materna en el corto o mediano plazo, se describen las que se mencionan a continuación.

1. Política de Salud Sexual y Reproductiva, implementada en 1999 por la Secretaría de Salud, dirigida a mujeres en edad fértil.
2. Normas de Atención de Salud Materna, Neonatal y Planificación Familiar, es una estrategia implementada en 2010 por la Secretaría de Salud dirigida a mujeres en edad fértil y niños menores de 5 años.
3. Política de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez (RAMNI), implementada desde 2008 por la Secretaria de Salud, está dirigida a mujeres en edad fértil y niños menores de 5 años a nivel nacional, incluyendo la Estrategia de Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales (CONE) y la Estrategia de Atención Integral a la Niñez en la Comunidad (AIN-C), esta última como principal modelo de prevención para la desnutrición en menores de 5 años y mujeres embarazadas. Esta política es parte de una iniciativa de reforma del sector salud que pretende un aumento en el acceso a servicios de salud de calidad, equitativa, eficiente y oportuna, así como el fortalecimiento del sistema de monitoreo y evaluación y el respectivo sistema de información en salud para la toma oportuna de decisiones, ajustes a las estrategias y generación de políticas nacionales de salud y por consiguiente una mejora de la eficiencia de la prestación de servicios. La distribución geográfica de las instalaciones de AOE es adecuada en Honduras.

²⁵ Datos de la Encuesta Mundial sobre el cumplimiento del Programa CIPD son de octubre de 2012.

Cuadro 13
Honduras: resumen de las medidas implementadas en el marco de las políticas públicas para la reducción de la mortalidad materna

Nombre de la medida	Año de implementación	Objetivo general (identifica aquellos relacionados con la disminución de la mortalidad materna)
Política de Salud Sexual y Reproductiva	1999	Promover la capacidad de las personas en disfrutar de una vida sexual sin riesgos (Honduras, Secretaría de Salud, 1999).
Normas de Atención de Salud Materna, Neonatal y Planificación Familiar	2010	Contribuir a disminuir la mortalidad y morbilidad materna y neonatal a través de la implementación de las mejores prácticas basadas en evidencia científica actualizada para prevenir y manejar adecuada y oportunamente las complicaciones obstétricas y neonatales que ponen en peligro la salud y la vida de la mujer y su feto o recién nacido. Estandarizar los criterios de provisión de servicios en atención de la mujer durante su embarazo, parto, y post parto. Estandarizar los criterios de provisión de servicios en atención inmediata del recién nacido. Estandarizar criterios para el manejo de las complicaciones obstétricas y neonatales de acuerdo al contenido de estas normas (Honduras, Secretaría de Salud, 2010).
Política de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez (RAMNI)	2008	Alinear y armonizar todo recurso nacional o proveniente de la cooperación externa orientado a la salud materna e infantil (Honduras, Secretaría de Estado en el Despacho de la Salud, 2009).

Fuente: Elaboración propia.

M. México

Dentro de las políticas, programas y estrategias identificadas en el cuestionario de la Encuesta Mundial sobre el cumplimiento del Programa CIPD para México²⁶, que impactan la mortalidad materna en el corto o mediano plazo, se describen:

1. Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva para los Adolescentes, estrategia implementada en 2010 por Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, dirigido a adolescentes 10 a 19 años. El programa es concebido con enfoque de género y dentro de sus objetivos se cuenta la prevención del embarazo no planificado en adolescentes. Incorpora una estrategia específica de Centros de Atención Rural al Adolescente que data desde 1998. Asimismo, la capacitación al personal de salud, fortalecimiento de la infraestructura. Acciones de información, capacitación y comunicación a la población.

Para la aplicación del programa se desarrolló y se distribuyó una guía denominada “Criterios de Atención en Planificación Familiar, Consejería al Adolescente”, para la consejería sobre métodos anticonceptivos, con estricto respeto a sus derechos sexuales y reproductivos, equidad de género, libres de coerción, discriminación y violencia.

El programa incorpora también la estrategia de instalación de Servicios Amigables para la Atención de los Adolescentes, así como de campañas dirigidas a la SSR de las y los adolescentes, la asesoría virtual sobre el uso de métodos anticonceptivos, entre otras medidas, como la promoción de la salud sexual de los adolescentes y la prevención integral del embarazo adolescente no planificado.

El programa cuenta con un enfoque de otorgamiento de servicios de SSR con pertinencia cultural y social, a través del diagnóstico local de municipios con población indígena, así como la capacitación continua, que favorezca la atención de los hombres y mujeres con discapacidad con visión de equidad de género, libres de coerción, discriminación y violencia.

²⁶ Datos de la Encuesta Mundial sobre el cumplimiento del Programa CIPD son de noviembre de 2012.

A través de este programa se otorgan las prestaciones de control prenatal y AOE, que cuenta con una adecuada distribución geográfica de instalaciones en el territorio.

El acceso a un aborto sin riesgo se realiza acorde al marco legal de cada entidad federativa.

El programa incluye el fortalecimiento de la infraestructura de servicios de vasectomía sin bisturí a través de un Modelo de Atención Integral.

Este programa se relaciona con el factor 1: Reducir las posibilidades de embarazos no deseados. Programa Nacional de Salud, implementado en 2007 por las instituciones que conforman el Sistema Nacional de salud, dirigida a personas pobres, mujeres, niños, adolescentes. Tiene como objetivo velar por que los adolescentes y los jóvenes tengan los mismos derechos y el mismo acceso a los servicios de SSR, incluidos servicios de prevención del VIH.

2. Programa de Acción Específico de Arranque Parejo en la Vida²⁷, implementado en 2007 por Secretaría de Salud, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, dirigida a mujeres embarazadas y recién nacidos.

El programa considera asistencia médica a las embarazadas adolescentes. Asimismo, incluye la universalización de la atención de la emergencia obstétrica, así como la capacitación a grupos voluntarios y parteras en el manejo de emergencias, y la firma de un Convenio Interinstitucional de Atención de la Emergencia Obstétrica entre las instituciones con mayor cobertura en el país de atención a la salud materna.

3. Estrategia Embarazo Saludable, es el componente de salud materna del Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres que busca reducir las brechas de acceso a servicios de salud y estrategias comunicacionales. Esta estrategia también busca prevenir y manejar las consecuencias de los abortos inseguros.
4. Programa Desarrollo Humano Oportunidades, en coordinación con el Programa Oportunidades proporciona suplementos alimenticios a toda mujer embarazada.
5. Estrategia para la Reducción de la Mortalidad Materna, implementada en 2011 por la Dirección General de Desarrollo de la Gestión e Innovación Educativa, dirigido a alumnas de secundaria.

Cuadro 14

México: resumen de las medidas implementadas en el marco de las políticas públicas para la reducción de la mortalidad materna

Nombre de la medida	Año de implementación	Objetivo general (identifica aquellos relacionados con la disminución de la mortalidad materna)
Programa Nacional de Salud	2007	Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud. Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectora de la Secretaría de Salud (México, Subsecretaría de Promoción y Prevención de Salud, 2007a).

²⁷ Más detalles véase en: <http://www.spps.gob.mx/arranque-parejo-en-la-vida>

Cuadro 14 (conclusión)

Nombre de la medida	Año de implementación	Objetivo general (identifica aquellos relacionados con la disminución de la mortalidad materna)
Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva para los Adolescentes	2010	Contribuir al desarrollo y bienestar de las y los adolescentes, mejorando su salud sexual y reproductiva y disminuir embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual, por medio de estrategias basadas en el reconocimiento de la diversidad cultural y sexual, las relaciones de género, superar las inequidades sociales y que promuevan el respeto y el ejercicio de sus derechos humanos, en particular sus derechos sexuales y reproductivos (México, Subsecretaría de Prevención y Promoción de Salud, 2010).
Programa de Acción Específico de Arranque Parejo en la Vida	2007	Brindar información y servicios de salud de calidad para garantizar un embarazo saludable, un parto seguro y un puerperio sin complicaciones a todas las mujeres, así como igualdad de oportunidades de crecimiento y desarrollo a todas las niñas y niños, desde antes de su nacimiento hasta los 28 días de vida (México, Subsecretaría de Promoción y Prevención de Salud, 2007b).
Estrategia Embarazo Saludable	2008	Asegurar que toda mujer con diagnóstico de embarazo deberá ser afiliada al Seguro Popular disminuyendo los costos de bolsillo (México, Secretaría de Salud, 2008).
Programa Desarrollo Humano Oportunidades	1997	Contribuir a la ruptura del ciclo intergeneracional de la pobreza favoreciendo el desarrollo de las capacidades de educación, salud y nutrición de las familias beneficiarias del Programa (CEPAL, 1997).
Estrategia para la Reducción de la Mortalidad Materna	2011	Disminuir la ocurrencia de la Mortalidad Materna en un 7.7% anual durante el período 2007-2015 y con una tendencia sostenida a la baja (Observatorio de Mortalidad Materna en México, 2011).

Fuente: Elaboración propia.

N. Nicaragua

Dentro de las políticas, programas y estrategias vinculadas con la reducción de la mortalidad materna de las que se tiene conocimiento, en Nicaragua se encuentran:

1. Las casas maternas (CAM), cuya implementación data de 2000²⁸, brindan servicio de hospedaje de bajo costo a mujeres embarazadas, garantizándoles el acceso a servicios obstétricos profesionales, proporcionados por un centro de salud o por el hospital cercano al cual debe estar vinculada la respectiva CAM, para que tengan un parto seguro. Dichas CAM se ubican principalmente en las zonas rurales del país y están cogestionadas por la sociedad civil.

Aunque formalmente las Casas Maternas no forman parte de la red de servicios del Ministerio de Salud, sí se las consideran como un elemento integral del apoyo a la salud en el nivel comunitario, y funcionalmente se las reconoce como el nexo entre la red comunitaria y la red de servicios de salud. Por su implementación, en 2011 el Sistema de las Naciones Unidas le confirió al gobierno de Nicaragua el premio “Las Américas”.

2. La Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva es instrumento normativo y orientador que permite reducir las brechas existentes de atención en SSR, sobre todo en los grupos más excluidos socialmente, y pone a la disposición un abanico de opciones para mejorar el nivel y calidad de la vida sexual y reproductiva de la población en todo su ciclo de vida. Fue formulada en 2008, producto de la idea de elaborar un “Programa Nacional de Salud

²⁸ Las casas maternas en Nicaragua se remontan a 1987, cuando se creó la primera gracias a la Asociación de Mujeres Nicaragüenses Luisa Amanda Espinoza (AMNLAE). Sin embargo, su existencia oficial se documenta a partir de marzo del año 2000, cuando el Ministerio de Salud dictó tres resoluciones mediante las cuales se crea el Comité Técnico de Atención Primaria responsable de garantizar la implantación de la estrategia de casas maternas. Asimismo se promueven los convenios de gestión entre el representante del SILAIS y la entidad civil u ONG local, y se institucionaliza la relación formal del MINSAL con los proveedores privados sin fines de lucro, responsables de la administración de las CAM. En ese mismo año se publica el reglamento básico para su organización y funcionamiento, que ratifica su carácter de asociación público-privada (Cortez y otros, 2008).

Reproductiva”, y promueve el acceso universal de la población a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, sin discriminación de raza, color, sexo, así como garantizar el derecho a la educación, información y consejería, respetando sus derechos a una sexualidad y salud reproductiva sana, responsable y placentera, regida con principios de confidencialidad, privacidad, ética, igualdad, equidad, entre otros.

Cuadro 15
Nicaragua: resumen de las medidas implementadas en el marco de las políticas públicas para la reducción de la mortalidad materna

Nombre de la medida	Año de implementación	Objetivo general (identifica aquellos relacionados con la disminución de la mortalidad materna)
Casas Maternas	2000	Garantizar el alojamiento y la promoción básica de la salud a las mujeres embarazadas, procedentes de las comunidades de difícil acceso a los servicios de salud, para la atención institucional del parto en las unidades del Ministerio de Salud (Cortez y otros, 2008).
Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva	2008	Mejorar la calidad y oportunidad de la atención integral a la salud adolescente para la construcción del pensamiento crítico sobre el desarrollo del ejercicio de la sexualidad desde un enfoque de habilidades para la vida y de desarrollo humano. Promover la sexualidad responsable y sana impulsando el acceso universal a la educación de la sexualidad integral y científica, en un marco de derechos y acorde con la edad y cultura. Fomentar las decisiones informadas y responsables de las personas en la selección y uso de métodos anticonceptivos seguros y efectivos, mediante la oferta de servicios de planificación familiar accesibles y de calidad. Mejorar la salud materna y perinatal a través de la oferta de servicios obstétricos esenciales oportunos y de calidad a la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como al recién nacido, que fomenten la maternidad y paternidad responsable. Contener la incidencia de las ITS, el VIH y el SIDA y mitigar los efectos de la epidemia mediante acciones para la promoción de comportamientos individuales y sociales responsables con respecto a la sexualidad, la prevención de todas las formas de transmisión y el acceso al tratamiento específico. Promover la prevención de la violencia de género y sus secuelas a través de estilos de vida saludable libres de violencia y la detección, atención y rehabilitación de las personas afectadas. Mejorar la salud de las mujeres y los hombres mediante el diagnóstico precoz, tratamiento adecuado y oportuno de tumores malignos del aparato reproductivo. Fomentar el ejercicio del derecho reproductivo a tener el número de hijos deseados mediante la prevención y atención de los problemas de esterilidad e infertilidad de las mujeres y los hombres. Mejorar la calidad de vida de las personas mediante el diagnóstico precoz, tratamiento adecuado y oportuno de disfunciones sexuales y de los problemas relacionados con la etapa post reproductiva (Nicaragua, Ministerio de Salud, 2008).

Fuente: Elaboración propia.

O. Panamá

Las políticas, programas y estrategias vinculadas con la reducción de la mortalidad materna, reportadas por Panamá en el cuestionario de la Encuesta Mundial sobre el cumplimiento del Programa CIPD²⁹, son:

1. Programa de Salud Sexual y Reproductiva, implementado desde la década del setenta por el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social que integra el Sistema de Información Perinatal, la Comisión Nacional, Interinstitucional e Intersectorial de Mortalidad Materna y Perinatal y Planificación Familiar y la Comisión Nacional Multidisciplinaria de Aborto

²⁹ Datos de la Encuesta Mundial sobre el cumplimiento del Programa CIPD son de noviembre de 2012.

Terapéutico. Está dirigido a toda la población. El programa aborda el objetivo de la CIPD para mejorar el acceso de las mujeres a servicios integrales de SSR, independientemente de su estado civil y edad, así como la atención prenatal y la derivación a una atención obstétrica de emergencia (AOE) básica e integral a través de la Caja de Seguro Social, para lo cual se elaboraron Guías para monitorear la disponibilidad y la utilización de los servicios obstétricos, para aplicar un enfoque alternativo basado en el monitoreo de los procesos o en intervenciones que buscan reducir la mortalidad materna. No obstante, aún no se cuenta con una adecuada distribución geográfica de instalaciones de AOE.

Se incorpora en este programa la atención a adolescentes a través del Programa de Atención Integral a los Adolescentes, que incluye “Servicios amigables”, Guías de Atención de Salud Reproductiva Infanto Juvenil, Guías para la atención integrada de niños y niñas, desde el nacimiento hasta los 9 años de edad, Guía para la atención integral en salud de niños, niñas y adolescentes víctimas de explotación sexual comercial, Normas Técnicas y Administrativas del Programa Nacional de Salud Integral de los y las Adolescentes, Normas Técnicas y Administrativas del Programa de Salud Integral del Niño y la Niña desde el nacimiento hasta los 9 años de edad.

El programa incluye medidas para la Prevención de Aborto inseguro entre el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, que se coordinan a través de la Comisión Nacional Multidisciplinaria de Aborto Terapéutico.

2. Programa de Niñez y Adolescencia, implementado desde 2005 por el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, dirigido a niños/as y adolescentes, menores de 19 años, que aborda la educación sexual y la prevención del embarazo en la adolescencia. Este programa aborda acciones que se asocian al factor 1: Reducir las posibilidades de embarazos no deseados.

La Política Pública de Igualdad de Oportunidades³⁰, implementada desde 2009 por el Instituto Nacional de la Mujer, dirigido a toda la población, actúa como articuladora de organismos públicos para la implementación de estrategias intersectoriales.

3. Políticas y Lineamientos Estratégicos de Salud 2009-2014, abordan los objetivos de la CIPD de mejorar el acceso de las mujeres al asesoramiento e información sobre SSR, tomando medidas para mejorar el acceso geográfico, socio-económico, cultural y de género de la población a los servicios de salud con enfoque integral y multisectorial, así como conducir las acciones dirigidas a aumentar el acceso de los grupos vulnerables a todas las intervenciones de salud pública para mejorar las condiciones de salud integral a nivel nacional y mejorar la calidad de los servicios de salud.
4. Política de Discapacidad de la República, a través de la cual se abordan los temas de Salud Sexual y Reproductiva mediante la educación inclusiva de calidad y servicios sociales con equidad social para niños y niñas, adolescentes, adultos y adultos mayores con discapacidad.

Esta política es transversal a los tres factores considerados en el análisis.

5. Programa de Salud Nutricional, creado desde los años setenta está conformado por varios subprogramas, entre ellos el Programa de Prevención y Control de las deficiencias de micronutrientes, Programa de Alimentación Complementaria (AIN –C) y el Programa de Atención a los Servicios de Alimentación Hospitalaria.

³⁰ Más detalles véase en: http://www.inan.gov.py/docs/resumen_ejecutivo_pani.pdf

Cuadro 16
Panamá: resumen de las medidas implementadas en el marco de las políticas públicas para la reducción de la mortalidad materna

Nombre de la medida	Año de implementación	Objetivo general (identifica aquellos relacionados con la disminución de la mortalidad materna)
Programa de Salud Sexual y Reproductiva	2007	Asegurar la elaboración de las normas para la atención integral de la salud sexual y reproductiva, así como su cumplimiento a través de acciones de promoción, vigilancia epidemiológica, de gestión sanitaria en salud sexual y reproductiva y del monitoreo en las instalaciones de salud, para garantizar el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población (Panamá, Ministerio de Salud, 2007).
Programa de Niñez y Adolescencia	2005	Monitorear el cumplimiento de las normas de atención integral de la niñez y la adolescencia en las instalaciones de salud (Panamá, Ministerio de Salud, 2005).
Política Pública de Igualdad de Oportunidades	2009	Conseguir cambios estructurales, acabar con la desigualdad y contribuir a una sociedad de hombres y mujeres con plena igualdad de oportunidades en todos los aspectos de la vida (Panamá, Instituto Nacional de la Mujer, 2009).
Políticas y Lineamientos Estratégicos de Salud	2009	Garantizar la atención de excelencia a la población, a través del acceso a los servicios de salud biosicosocial, laboral y ambiental, basados en la estrategia de Atención Primaria en Salud, mediante la promoción, prevención, provisión y rehabilitación, con eficiencia, equidad, eficacia, calidad, humanidad y transparencia de manera sostenible, fortaleciendo los programas de salud en el marco de una organización social y comunitaria participativa (Panamá, Ministerio de Salud, 2009).
Política de Discapacidad de la República	2009	Promover y consolidar la inclusión social de la población con discapacidad y su familia, a fin de garantizar su desarrollo humano pleno (Panamá, Secretaría Nacional de Discapacidad, 2009).
Programa de Salud Nutricional	1998	Contribuir al mejoramiento de la salud de las personas, a través de la educación, prevención, atención, vigilancia e investigación alimentaria nutricional, en el marco de las normas de nutrición, para garantizar el óptimo estado nutricional de la población (Panamá, Ministerio de Salud, 1998).

Fuente: Elaboración propia.

P. Paraguay

Dentro de las políticas, programas y estrategias identificadas a través del cuestionario de la Encuesta Mundial sobre el cumplimiento del Programa CIPD³¹ del Paraguay y que impactan la mortalidad materna en el corto o mediano plazo, se describen:

1. Plan Nacional de Juventud, implementado entre 2011 y 2013, por el Ministerio de Educación y Cultura y el Vice Ministerio de la Juventud, dirigida a adolescentes y jóvenes entre 15 y 29 años, con el objeto de velar porque los adolescentes y los jóvenes tengan los mismos derechos y el mismo acceso a los servicios de SSR, incluidos los servicios de prevención del VIH.
2. Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, con el objetivo de mejorar el acceso de las mujeres al asesoramiento e información sobre SSR, con pertinencia por ciclo vital. Se ha elaborado una guía nacional de planificación familiar y manejo de las infecciones de transmisión sexual, incluyendo la ampliación de cobertura, la distribución de anticonceptivos; el desarrollo de talleres de capacitación a personal de salud y campañas comunicacionales. Por su parte, para mejorar el acceso de los pueblos indígenas y las minorías culturales a servicios integrales de SSR se han implementado estrategias de capacitación a parteras empíricas indígenas.

³¹ Datos de la Encuesta Mundial sobre el cumplimiento del Programa CIPD son de octubre de 2012.

3. Para mejorar el acceso a la atención prenatal se han desarrollado líneas de capacitación a personal de salud, resolución de emergencias obstétricas y neonatales, calidad de la atención a la usuaria, adquisición de equipos, suministros para cuidados obstétricos y neonatales esenciales y gratuidad de la atención.
4. Se ha elaborado un Manual de Atención Humanizada a mujeres en situación del post aborto.
5. Programa Alimentario Nutricional Integral (PANI), permite el suministro de una alimentación y nutrición adecuada para las mujeres embarazadas. Este programa se ha ampliado a nueve regiones sanitarias de las 18 existentes) e incluye talleres de capacitación en las regiones del proyecto.
6. Estrategia de la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) articulada con las USF (Unidades de Salud de la Familia, para permitir la derivación a una atención obstétrica de emergencia (AOE) básica e integral, incluyendo en el modelo la incorporación de hospitales de referencia y el fortalecimiento del sistema de referencia y contra referencia, así como contar con una red de ambulancias.

La distribución de instalaciones de AOE en el territorio no es adecuada.

Cuadro 17
Paraguay: resumen de las medidas implementadas en el marco de las políticas públicas para la reducción de la mortalidad materna

Nombre de la medida	Año de implementación	Objetivo general (identifica aquellos relacionados con la disminución de la mortalidad materna)
Plan Nacional de Juventud	2011	Guiar las políticas para hacer efectiva la existencia en el Paraguay de condiciones para el desarrollo de la juventud. Desea significarse como un instrumento que contribuye a la pertinencia y la coherencia de las acciones que proyecta el Viceministerio de la Juventud (VMJ) para el período 2011-2013 (Paraguay, Viceministerio de la Juventud, 2011).
Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva	2009	Salud sexual y reproductiva de la población del Paraguay mejorada a través de la ejecución de políticas y planes integrados, con enfoque de género y de derechos orientados por la política de salud y sus principios de universalidad, integralidad, equidad, calidad y participación social (Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2009).
Programa Alimentario Nutricional Integral (PANI)	2005	Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población paraguaya. Posee un enfoque preventivo e integral, favoreciendo la recuperación nutricional de poblaciones vulnerables (Paraguay, Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición, 2005).
Estrategia de la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) articulada con las USF (Unidades de Salud de la Familia)	2011	Promover la salubridad general y proveer de asistencia médica a la población en todo el país (Paraguay, Ministerio de Salud y Bienestar Social, 2011).

Fuente: Elaboración propia.

Q. Perú

De acuerdo con información suministrada por el Perú en sus respuestas al CIPD³², dentro de las políticas, programas y estrategias identificadas para disminuir la mortalidad materna en el corto o mediano plazo, se mencionan:

1. Programa de Atención Integral de Salud de la Adolescente y el Adolescente, implementado entre 2004 y 2009 por el Ministerio de Salud para población de entre 10 y 18 años, incluye promoción de la SSR y prevención del embarazo en la adolescencia.
2. Estrategia de Servicios Diferenciados para Adolescentes en los establecimientos de salud y Espacios de escucha en instituciones educativas y centros de desarrollo juvenil, donde se ha abordado el temas de la CIPD relacionados con mejorar el acceso a servicios integrales de SSR para adolescentes y velar porque los adolescentes y los jóvenes tengan los mismos derechos y el mismo acceso a los servicios de SSR, incluidos servicios de prevención del VIH.
3. Manual de Orientación y Consejería en Salud Sexual y Reproductiva, incluyendo la implementación de normatividad a nivel nacional en el fortalecimiento de capacidades a proveedores de salud, dirigida a mejorar el acceso de las mujeres a asesoramiento e información sobre SSR.
4. Programa Presupuestal Materno Neonatal, para mejorar el acceso de las mujeres a servicios integrales de SSR, independientemente de su estado civil y edad. Se suman a este programa algunas orientaciones para el acceso a la atención prenatal, como las guías técnicas para la atención, diagnóstico y tratamiento de las condiciones obstétricas en el marco del plan esencial del aseguramiento universal y la guía de práctica clínica para el Manejo de las Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutoria, contando con una adecuada distribución territorial de instalaciones de AOE.
5. La asistencia médica y protección social a las embarazadas adolescentes se realiza de manera gratuita en los servicios de salud del Ministerio de Salud y a través del Seguro Social a hijas de derechohabientes.
6. El Programa Nacional de Asistencia Alimentaria (PRONAA) en conjunto con el programa presupuestal materno neonatal proveen la nutrición complementaria a la población en pobreza y pobreza extrema.
7. Norma Técnica de Planificación Familiar, con pertinencia étnica, cultural y enfoque de género.
8. Norma Técnica Para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Cultural y el documento técnico “Adecuación Cultural de la Orientación y Consejería en Salud Sexual y Reproductiva”³³, así como el “Documento Técnico para la Implementación de la Casa de Espera Materna”.

³² Datos de la Encuesta Mundial sobre el cumplimiento del Programa CIPD son de octubre de 2012.

³³ Véase más detalles en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1062_DGSP263.pdf

Cuadro 18
Perú: resumen de las medidas implementadas en el marco de las políticas públicas para la reducción de la mortalidad materna

Nombre de la medida	Año de implementación	Objetivo general (identifica aquellos relacionados con la disminución de la mortalidad materna)
Programa de Atención Integral de Salud de la Adolescente y el Adolescente	2004-2013	Establecer las acciones que deben desarrollar las diferentes instancias involucradas del sector público y sociedad civil a nivel nacional para prevenir y disminuir el embarazo en adolescentes en el país (Perú, Ministerio de Salud, 2012)
Estrategia de Servicios Diferenciados para Adolescentes en los establecimientos de salud y Espacios de escucha en Instituciones Educativas y Centros de Desarrollo Juvenil	2012	Mejorar la salud sexual y reproductiva de adolescentes de la ciudad de Lima (Perú, Ministerio de Salud, 2012)
Manual de Orientación y Consejería en Salud Sexual y Reproductiva	2006	Sistematizar los lineamientos básicos para realizar las actividades de orientación/consejería en salud sexual y reproductiva, como parte de la atención integral, respetando las diferencias socioculturales, condición de género y los derechos de los usuarios, contribuyendo a brindar una atención de calidad (Perú, Ministerio de Salud, 2006).
Programa Presupuestal Materno Neonatal	2007	Dar atención universal a los niños y adolescentes y poner a disposición servicios de planificación familiar. Ofrecer atención prenatal de calidad, identificando factores de riesgo. Asegurar la atención de los partos y del recién nacido por personal calificado. Fortalecer los servicios de atención obstétrica básica (Gutiérrez-Aguado, 2013).
Seguro Social a hijas de derechohabientes	2011	Dar cobertura a asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, prestaciones económicas y prestaciones sociales, que corresponden al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos (Perú, ESSALUD, 2011).
Programa Nacional de Asistencia Alimentaria (PRONAA)	1992	Combatir el hambre en las zonas más pobres del país, garantizando la seguridad alimentaria de la población peruana.
Norma Técnica de Planificación Familiar	2005	Establecer los procedimientos para lograr un manejo estandarizado, efectivo y eficaz de las actividades de planificación familiar por parte del personal de salud, contribuyendo a que la población peruana alcance sus ideales reproductivos, basados en el respeto irrestricto a los derechos humanos, promoviendo la equidad de género y elevando la calidad de vida del (la) usuario (a), así como de su familia, comunidad y el país (Perú, Ministerio de Salud, 2005a).
Norma Técnica Para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Cultural	2005	Establecer marco normativo para la atención del parto vertical con adecuación intercultural en los diferentes niveles de atención de la red prestadora de servicios de salud (Perú, Ministerio de Salud, 2005b).

Fuente: Elaboración propia.

R. República Dominicana

De acuerdo con información suministrada por la República Dominicana³⁴, dentro de las políticas, programas y estrategias identificadas para disminuir la mortalidad materna en el corto o mediano plazo, se mencionan:

1. Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de los y las Adolescentes (PRONAIISA), implementado desde 1993 por el Consejo Nacional para la Niñez y Adolescencia, dirigido a población en condiciones de vulnerabilidad social y cultural.
2. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha actualizado en 2009 las Normas Nacionales para la Atención Integral de Adolescentes. Se formuló el Plan Estratégico de Salud Integral en Adolescentes³⁵ (PEN-SIA) con vigencia entre 2010-2015, con un plan específico para Prevención de Embarazo en Adolescentes (2011) que incluye la instalación de servicios de adolescentes por parte de las Direcciones Regionales de Salud.
3. Programa Nacional de Planificación Familiar, con el fin de mejorar el acceso de las mujeres a asesoramiento e información sobre SSR, incluyendo capacitación de recursos humanos de salud en consejería de planificación familiar y derechos sexuales y derechos reproductivos. En las 32 provincias del país en los centros de salud de atención primaria y hospitales de segundo y tercer nivel de atención. La política normativas nacionales de planificación familiar fueron actualizadas en 2008.
4. Programa de Salud de la Mujer, incluyendo la implementación de normas de atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, la implementación del nuevo modelo de atención prenatal, que incluye la unificación de la historia clínica prenatal, el fortalecimiento del sistema informático perinatal en la red de centros de salud, al mismo tiempo que la capacitación de recursos humanos en el llenado y uso correcto de la historia clínica prenatal.
5. Programa de Suplementación con Micronutrientes, para el suministro de una alimentación y nutrición adecuada para las mujeres embarazadas, a través del aumento de los recursos destinados al suministro de Acido Fólico, Hierro y Calcio a embarazadas y puérperas, a través de todas las Direcciones Provinciales de Salud a nivel nacional.
6. Estrategia Nacional de Cuidados Obstétricos de Emergencia (COEm), que incluye la formulación de protocolos de atención a las principales urgencias obstétricas, la capacitación de los médicos y enfermeras a nivel nacional. Asimismo, la creación de una nueva unidad para capacitación en SSR con énfasis en cuidados obstétricos de emergencia. La estrategia incluye el abordaje para la prevención y manejo de las consecuencias de los abortos inseguros, a lo que se suma la capacitación a nivel nacional en Atención Post Aborto y la consejería en planificación familiar. La distribución geográfica de las instalaciones de AOE es adecuada.

³⁴ Datos de la Encuesta Mundial sobre el cumplimiento del Programa CIPD son de noviembre de 2012.

³⁵ Véanse detalles en: <http://pronaisa.gov.do/>

Cuadro 19
República Dominicana: resumen de las medidas implementadas en el marco de las políticas públicas para la reducción de la mortalidad materna

Nombre de la medida	Año de implementación	Objetivo general (identifica aquellos relacionados con la disminución de la mortalidad materna)
Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de los y las Adolescentes (PRONAISA)	1993	Fortalecer las capacidades de instituciones nacionales y de la sociedad civil para mejorar el acceso a información, educación y servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes (República Dominicana, 2012).
Normas Nacionales para la Atención Integral de Adolescentes	2009	Fortalecer las capacidades de instituciones nacionales y de la sociedad civil para mejorar el acceso a información, educación y servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes (República Dominicana, 2012).
Programa Nacional de Planificación Familiar	2009	Fortalecer la capacidad nacional para diseñar, implementar, monitorear y evaluar políticas, programas y servicios de calidad para la salud sexual y reproductiva, orientados a la promoción de la salud materna, la planificación familiar y la prevención del VIH, incluyendo situaciones de emergencia (República Dominicana, 2012).
Programa de Salud de la Mujer	2009	Fortalecer la capacidad nacional para diseñar, implementar, monitorear y evaluar políticas, programas y servicios de calidad para la salud sexual y reproductiva, orientados a la promoción de la salud materna, la planificación familiar y la prevención del VIH, incluyendo situaciones de emergencia (República Dominicana, 2012).
Programa de Suplementación con Micronutrientes	2013	Mantener óptimo el estado nutricional de la población infantil y escolar, y de la mujer en estado fértil, embarazada y lactando (República Dominicana, Ministerio de Salud Pública, 2013).
Estrategia Nacional de Cuidados Obstétricos de Emergencia (COEm)	2013	Fortalecer la calidad de los servicios de salud materno infantil (BID, 2013).

Fuente: Elaboración propia.

S. Uruguay

De acuerdo con información suministrada por el Uruguay³⁶, dentro de las políticas, programas y estrategias identificadas para disminuir la mortalidad materna en el corto o mediano plazo, se mencionan:

1. Programa Nacional de Salud de Adolescencia y Juventud, implementado en 2007 por el Ministerio de Salud Pública y dirigido a toda la población adolescente y joven del país.
2. Ley 18426³⁷: Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, es una política pública implementada desde 2011 por el Ministerio de Salud Pública, dirigida a toda la población.
3. Se incorporan entre las estrategias para adolescentes y jóvenes, el fortalecimiento a referentes del Instituto Nacional de Juventud (INJU) en estrategias de sexualidad y salud sexual y reproductiva, la difusión sobre los servicios de SSR en programas INJU. Por otra parte, se establecen en los espacios de salud adolescentes la obligatoriedad de tener ginecólogo/a y referentes de adolescentes. Asimismo, se incluye la educación sexual y educación reproductiva en el sistema educativo formal, sobre las bases de: promoción de derechos y perspectiva de género. Incluye capacitación docente y designación de referentes de la Red de Educación Sexual.
4. En la perspectiva general, se incluyen cursos de capacitación en derechos, género y diversidad, gestión de servicios, sensibilización e información de SSR y violencia a mujeres privadas de libertad y personal carcelario.

³⁶ Datos de la Encuesta Mundial sobre el cumplimiento del Programa CIPD son de noviembre de 2012.

³⁷ Véase el documento completo en: <http://docs.uruguay.justia.com/nacionales/leyes/ley-18426-dec-1-2008.pdf>

5. Por otra parte, se elaboró la guía de implementación de servicios de SSR a nivel técnico: métodos anticonceptivos reversibles, atención a las mujeres durante el embarazo, el parto, puerperio y al recién nacido, atención a la diversidad sexual, guías técnicas para el almacenamiento y uso de anticonceptivos orales reversibles.
6. Se desarrollan también estrategias comunicacionales para difundir beneficios y campañas dirigidas a la población.
7. Se han elaborado guías de atención a la SSR en personas con discapacidad.
8. Con relación al acceso a un aborto sin riesgo dentro del marco legal, la Ley N° 18.987 de 2012 regula la interrupción voluntaria del embarazo, establece como principio la defensa del derecho a la SSR y la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo. Incluyendo la prevención y el manejo de las consecuencias de abortos inseguros a través de la atención pre y post aborto en la implementación de servicios de SSR. No obstante, de acuerdo a lo reportado en el cuestionario de la encuesta CIPD, persistirían dificultades respecto de la confidencialidad de la información del paciente.
9. Acciones intergubernamentales para la educación en derechos en salud sexual y reproductiva, es una estrategia implementada desde 2011 por el Ministerio de Salud Pública y dirigido a niños, niñas, adolescentes y jóvenes.
10. Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género, dirigido a la salud de las mujeres de todas las edades, con metas prestacionales obligatorias para el Sistema Nacional Integrado de Salud y seguimiento de las mujeres en el embarazo con énfasis en mujeres adolescentes, así como la publicación de la primera Guía sobre Violencia y Salud.
11. Plan perinatólogo, es una estrategia para la atención obstétrica de emergencia (AOE). Para ello se ha elaborado una guía de atención del embarazo, parto y puerperio y la guía de emergencia y traslado. La distribución geográfica de las instalaciones de AOE es adecuada.

Cuadro 20

Uruguay: resumen de las medidas implementadas en el marco de las políticas públicas para la reducción de la mortalidad materna

Nombre de la medida	Año de implementación	Objetivo general (identifica aquellos relacionados con la disminución de la mortalidad materna)
Programa Nacional de Salud de Adolescencia y Juventud	2007	Definir y difundir las estrategias y acciones sanitarias orientadas a las y los adolescentes a nivel nacional con enfoque de derechos y de género. Orientar al sector público y privado y a las organizaciones de la sociedad civil, en las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud de la adolescencia, que deberán instrumentar estableciendo alianzas intersectoriales, fortaleciendo las redes sociales y respetando las diversas realidades locales. Promover la participación de las y los adolescentes, tendiendo a lograr el ejercicio de la ciudadanía plena. Promover y liderar la creación de un Plan de Adolescencia y Juventud, con carácter intersectorial dando participación a la comunidad y a las familias (Uruguay, Ministerio de Salud Pública, 2007).

Cuadro 20 (conclusión)

Nombre de la medida	Año de implementación	Objetivo general (identifica aquellos relacionados con la disminución de la mortalidad materna)
Ley 18426: Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva	2008	<p>Universalizar en el nivel primario de atención la cobertura de salud sexual y reproductiva, fortaleciendo la integralidad, calidad y oportunidad de las prestaciones con suficiente infraestructura, capacidad y compromiso de los recursos humanos y sistemas de información adecuados.</p> <p>Garantizar la calidad, confidencialidad y privacidad de las prestaciones y la formación adecuada de los recursos humanos de la salud tanto en aspectos técnicos y de información, como en habilidades para la comunicación y trato y la incorporación de la perspectiva de género en todas las acciones y las condiciones para la adopción de decisiones libres por parte de los usuarios y las usuarias.</p> <p>Asegurar el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de las personas institucionalizadas o en tratamiento asistencial, como parte de la integralidad biopsicosocial de la persona.</p> <p>Capacitar a las y los docentes de los ciclos primario, secundario y terciario para la educación en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos como parte de una ciudadanía plena y en el respeto de los valores de referencia de su entorno cultural y familiar.</p> <p>Impulsar en la población la adopción de medidas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad y estimular la atención institucional de los temas prioritarios en salud sexual y reproductiva.</p> <p>Promover la coordinación interinstitucional y la participación de redes sociales y de usuarios y usuarias de los servicios de salud para el intercambio de información, educación para la salud y apoyo solidario (Uruguay, Poder Legislativo, 2008).</p>
Espacios de salud adolescentes	2011	Entregar atención diferencial y promoción de la salud para la asistencia integral de la población adolescente (Uruguay, 2015).
Guía de implementación de servicios de SSR	2010	Brindar herramientas para que las instituciones y los profesionales de la salud incorporen en sus prácticas la perspectiva y acciones referidas a la SS y SR, garantizando el acceso universal a esos derechos, a los servicios y sus prestaciones (Uruguay, Ministerio de Salud Pública, 2010).
Guías de atención a la SSR en personas con discapacidad	2010	Implementar una política enmarcada en la legislación nacional que garantice y promueva el acceso a los servicios de salud para personas con discapacidad sin discriminación alguna (Uruguay, Ministerio de Salud Pública, 2012).
Aborto sin riesgo: Ley N° 18.987	2012	Garantiza el derecho a la procreación consciente y responsable, reconoce el valor social de la maternidad, tutela la vida humana y promueve el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población (Uruguay, Ministerio de Salud Pública, 2012).
Educación en Derechos en Salud Sexual y Reproductiva	2011	Implementar y consolidar la incorporación de la educación sexual en todos los niveles de la educación pública, integrada a la formación de las y los educandos, de forma progresiva, permanente, articulada en su pasaje por el sistema (Uruguay, 2006).
Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género	2005	Crear las condiciones propicias para la salud y los derechos sexuales y reproductivos para afirmarlos y garantizar el acceso universal a la atención de la salud sexual y reproductiva y a la educación sexual, con derechos a una vida sexual plena, digna, saludable y responsable, con igualdad entre hombres y mujeres, promoción de la salud y del bienestar de los adolescentes y de todos los y las ciudadanas (Uruguay, Ministerio de Salud Pública, 2005).
Plan perinatológico	2014	Promover el fortalecimiento y la reorientación de los servicios de atención a la salud, dirigido a mejorar el acceso y la calidad de la atención a la salud reproductiva, perinatal y de la primera infancia. (Uruguay, Ministerio de Salud Pública, 2014).

Fuente: Elaboración propia.

T. República Bolivariana de Venezuela

Dentro de las políticas, programas y estrategias identificadas a través del cuestionario de la Encuesta Mundial sobre el cumplimiento del Programa CIPD³⁸, en la República Bolivariana de Venezuela, se describen las siguientes:

1. Misión Niño Jesús, es una política implementada desde 2009 por el Ministerio de Salud, dirigida a las embarazadas y los niños en los primeros años de vida, busca objetivos como el incremento de la educación para la salud materno infantil con participación comunitaria, la identificación del riesgo materno preconcepcional, el aumento de la calidad de la atención prenatal y perinatal garantizando la adecuada calificación del recurso humano, la promoción del adecuado estado nutricional de la mujer en edad fértil en especial a la gestante y al niño, la reducción de la mortalidad materna directa e indirecta, la reducción de la mortalidad perinatal con énfasis en su componente neonatal, entre otras.
2. Norma Oficial para la Atención de Salud Sexual y Reproductiva, incluye acciones de planificación familiar, de prevención de embarazo adolescente, proyecto de vida y fortalecimiento familiar, estrategias de formación en sexualidad, lactancia materna, prevención de embarazo adolescente, educación con valores y valores en familia para niños, niñas y adolescentes.
3. Se incorpora la atención obstétrica de emergencia, que cuenta con una adecuada distribución geográfica de instalaciones en el territorio.
4. Ley Orgánica de Pueblos y Comunidades Indígenas incluye un capítulo completo sobre la salud y la medicina indígena, desde esa perspectiva busca mejorar el acceso de los pueblos indígenas y las minorías culturales a servicios integrales de SSR, independientemente del estado civil y de la edad, incluido el acceso a la anticoncepción.

Cuadro 21
República Bolivariana de Venezuela: resumen de las medidas implementadas en el marco de las políticas públicas para la reducción de la mortalidad materna

Nombre de la medida	Año de implementación	Objetivo general (identifica aquellos relacionados con la disminución de la mortalidad materna)
Misión Niño Jesús	2010	Mejorar la atención a la mujer embarazada y a los recién nacidos (República Bolivariana de Venezuela, Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2010).
Norma Oficial para la Atención de Salud Sexual y Reproductiva	2009	Transformar la realidad venezolana, garantizando los derechos sociales y elevando las condiciones de calidad de vida, bajo los principios de universalidad y equidad (República Bolivariana de Venezuela, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2004).

Fuente: Elaboración propia.

³⁸ Datos de la Encuesta Mundial sobre el cumplimiento del Programa CIPD son de noviembre de 2012.

IV. Resultados consolidados

De acuerdo con los factores de análisis se seleccionaron las preguntas del Cuestionario País aplicado para la Encuesta Mundial sobre el Cumplimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, en 19 de los 20 países de América Latina (no se incluyó información de Nicaragua porque no se obtuvo el cuestionario diligenciado por parte de este país), los resultados son:

A. Factor 1: Reducir las posibilidades de embarazos no deseados

Respecto de la población adolescente, según los hallazgos de la Encuesta (véase el cuadro 22), todos los países que respondieron el cuestionario contaban con políticas, programas o estrategias implementadas para el acceso de los adolescentes a servicios de salud sexual y reproductiva, con distintos niveles de cumplimiento en sus evaluaciones.

Tal y como se observó en el desarrollo del capítulo anterior, durante 2013 y 2014 varios países iniciaron acciones relativas a los adolescentes y jóvenes, como el Perú y el Ecuador.

En la población general, para reducir la probabilidad de embarazo, y en la perspectiva de disminuir la RMM, es relevante el aumento del espaciamiento de los embarazos. Los resultados de la encuesta (véase el cuadro 23) y acciones posteriores mostraron que los países respondieron afirmativamente sobre la disponibilidad de políticas, programas o estrategias implementadas para el acceso información sobre SSR.

Otro aspecto de gran relevancia en este primer factor es contar con acceso a servicios integrales de SSR. Los resultados muestran una alta disponibilidad de políticas, programas o estrategias implementadas al respecto, no obstante, varios (5 de 19 países) no cuentan con presupuestos asignados y los niveles de cumplimiento se observan disímiles entre los países (véase el cuadro 24).

Al abordar cuestiones relacionadas a brechas de acceso entre población vulnerable, como los pueblos originarios o minorías culturales, que tienden a tener peores indicadores de salud, es posible observar una alta proporción de países que cuentan con políticas, programas o estrategias implementadas al respecto, no obstante, una tercera parte (6 de 19) no cuentan con presupuestos asignados y los niveles de cumplimiento se observan disímiles entre los países (véase el cuadro 25).

Cuadro 22
Países de América Latina: tratamiento de los temas de la CIPD relacionados con las necesidades de adolescentes y jóvenes (10-24 años) en el contexto nacional, durante los últimos 5 años.
Encuesta Mundial sobre el Cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD

País	Abordaje a través de Política/Estrategia/ Programa o Institución	Presupuesto asignado	Implementación	Calificación
Argentina	✓	✓	✓	según las expectativas
Bolivia (Estado Plurinacional de)	✓	✓	✓	por debajo de las expectativas
Brasil	✓	✓	✓	según las expectativas
Chile	✓	✓	✓	según las expectativas
Colombia	✓	✓	✓	según las expectativas
Costa Rica	✓	✓	✓	según las expectativas
Cuba	✓	✓	✓	según las expectativas
Ecuador	✓	✓	✓	según las expectativas
El Salvador	✓	✓	✓	según las expectativas
Guatemala	✓	✓	✓	por encima de las expectativas
Haití	✓	✓	✓	deficiente
Honduras	✓	✓		-
México	✓	✓	✓	por debajo de las expectativas
Panamá	✓	✓	✓	según las expectativas
Paraguay	✓	✓		por debajo de las expectativas
Perú	✓	✓	✓	según las expectativas
República Dominicana	✓	✓	✓	según las expectativas
Uruguay	✓	✓	✓	según las expectativas
Venezuela (República Bolivariana de)	✓	✓	✓	por encima de las expectativas

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la información de la Encuesta Mundial sobre el Cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD.

Cuadro 23
Países de América Latina: 6.6 atención a temas de la CIPD relacionados con la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos en el contexto nacional, durante los últimos 5 años.
a) Mejorar el acceso de las mujeres a asesoramiento e información sobre salud sexual y reproductiva.
Encuesta Mundial sobre el Cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD

País	Abordaje a través de Política/Estrategia/ Programa o Institución	Presupuesto asignado	Implementación	Calificación
Argentina	✓	✓	✓	según las expectativas
Bolivia (Estado Plurinacional de)	✓	✓	✓	según las expectativas
Brasil	✓	✓	✓	según las expectativas
Chile	✓	✓	✓	por debajo de las expectativas
Colombia	✓	✓	✓	según las expectativas
Costa Rica	✓	✓	✓	según las expectativas
Cuba	✓	✓	✓	según las expectativas
Ecuador	✓	✓	✓	según las expectativas
El Salvador	✓	✓	✓	según las expectativas
Guatemala	✓	✓	✓	por debajo de las expectativas
Haití	✓			-
Honduras	✓		✓	por debajo de las expectativas
México	✓	✓	✓	por debajo de las expectativas
Panamá	✓	✓	✓	según las expectativas
Paraguay	✓	✓	✓	por debajo de las expectativas
Perú	✓	✓	✓	según las expectativas
República Dominicana	✓	✓	✓	según las expectativas
Uruguay	✓	✓	✓	según las expectativas
Venezuela (República Bolivariana de)	✓		✓	por debajo de las expectativas

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la información de la Encuesta Mundial sobre el Cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD.

Cuadro 24
Países de América Latina: 6.6 atención a temas de la CIPD relacionados con la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos en el contexto nacional, durante los últimos 5 años.
b) Mejorar el acceso de las mujeres a servicios integrales de salud sexual y reproductiva.
Encuesta Mundial sobre el Cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD

País	Abordaje a través de Política/Estrategia/ Programa o Institución	Presupuesto asignado	Implementación	Calificación
Argentina	✓	✓	✓	según las expectativas
Bolivia (Estado Plurinacional de)	✓	✓	✓	según las expectativas
Brasil	✓	✓	✓	según las expectativas
Chile	✓	✓	✓	por debajo de las expectativas
Colombia	✓	✓	✓	según las expectativas
Costa Rica	✓	✓	✓	según las expectativas
Cuba	✓	✓		deficiente
Ecuador	✓	✓	✓	según las expectativas
El Salvador	✓		✓	según las expectativas
Guatemala	✓	✓	✓	según las expectativas
Haití	✓			-
Honduras	✓		✓	por debajo de las expectativas
México	✓	✓	✓	por debajo de las expectativas
Panamá	✓	✓	✓	según las expectativas
Paraguay	✓	✓	✓	por debajo de las expectativas
Perú	✓	✓	✓	según las expectativas
República Dominicana				-
Uruguay	✓	✓	✓	-
Venezuela (República Bolivariana de)	✓		✓	según las expectativas

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la información de la Encuesta Mundial sobre el Cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD.

Cuadro 25
Países de América Latina: 6.6 atención a temas de la CIPD relacionados con la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos en el contexto nacional, durante los últimos 5 años.
c) Mejorar el acceso de los pueblos indígenas y las minorías culturales a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, independientemente del estado civil y de la edad, incluido el acceso a la anticoncepción. Encuesta Mundial sobre el Cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD

País	Abordaje a través de Política/Estrategia/ Programa o Institución	Presupuesto asignado	Implementación	Calificación
Argentina	✓	✓	✓	por debajo de las expectativas
Bolivia (Estado Plurinacional de)	✓	✓	✓	según las expectativas
Brasil	✓	✓	✓	por debajo de las expectativas
Chile				
Colombia	✓	✓	✓	por debajo de las expectativas
Costa Rica	✓		✓	según las expectativas
Cuba				
Ecuador	✓	✓	✓	por debajo de las expectativas
El Salvador	✓			según las expectativas
Guatemala	✓	✓	✓	según las expectativas
Haití				
Honduras	✓		✓	deficiente
México	✓	✓	✓	por debajo de las expectativas
Panamá	✓		✓	según las expectativas
Paraguay	✓	✓	✓	deficiente
Perú	✓	✓	✓	por debajo de las expectativas
República Dominicana				
Uruguay				
Venezuela (República Bolivariana de)	✓		✓	según las expectativas

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la información de la Encuesta Mundial sobre el Cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD.

Similar a lo anterior, las brechas de acceso entre población con discapacidad, si bien la mayoría de los países cuentan con políticas, programas o estrategias implementadas al respecto, la mitad de ellos (9 de 19 países) no cuentan con presupuestos asignados y los niveles de cumplimiento se observan disímiles entre los países (véase el cuadro 26).

Cuadro 26
Países de América Latina: 6.6 atención a temas de la CIPD relacionados con la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos en el contexto nacional, durante los últimos 5 años. d) Mejorar el acceso de las personas con discapacidad a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, independientemente del estado civil y de la edad, incluido el acceso a la anticoncepción. Encuesta Mundial sobre el Cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD

País	Abordaje a través de Política/Estrategia/ Programa o Institución	Presupuesto asignado	Implementación	Calificación
Argentina	✓	✓	✓	por debajo de las expectativas
Bolivia (Estado Plurinacional de)	✓	✓	✓	según las expectativas
Brasil	✓	✓	✓	según las expectativas
Chile				
Colombia				
Costa Rica	✓		✓	según las expectativas
Cuba	✓	✓	✓	según las expectativas
Ecuador	✓		✓	según las expectativas
El Salvador	✓		✓	por debajo de las expectativas
Guatemala	✓	✓	✓	según las expectativas
Haití				
Honduras				
México	✓	✓	✓	por debajo de las expectativas
Panamá	✓		✓	por debajo de las expectativas
Paraguay				
Perú	✓	✓	✓	por debajo de las expectativas
República Dominicana	✓	✓	✓	por debajo de las expectativas
Uruguay	✓	✓	✓	según las expectativas
Venezuela (República Bolivariana de)	✓		✓	según las expectativas

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la información de la Encuesta Mundial sobre el Cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD.

Respecto de la disponibilidad de servicios de planificación familiar, es posible observar que todos los países cuentan con acceso a métodos anticonceptivos, consejería e información, no obstante se mantienen brechas respecto de la disponibilidad de preservativos (véase el cuadro 27).

Cuadro 27
Países de América Latina: servicios de salud sexual y reproductiva disponibles en atención primaria.
Encuesta Mundial sobre el Cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD

País	Planificación familiar					
	a. Consejería	b. Información	c. Acceso a métodos anticonceptivos (3 al menos)	d. Acceso a anticoncepción de emergencia	e. Acceso a preservativos masculinos	f. Acceso a preservativos femeninos
Argentina	✓	✓	✓	✓	✓	
Bolivia (Estado Plurinacional de)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Brasil	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Chile	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Colombia	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Costa Rica	✓	✓	✓	✓		
Cuba	✓	✓	✓	✓		✓
Ecuador	✓	✓	✓	✓	✓	✓
El Salvador	✓	✓	✓	✓	✓	
Guatemala	✓	✓	✓	✓	✓	
Haití	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Honduras	✓	✓	✓	✓	✓	
México	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Panamá	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Paraguay	✓	✓	✓	✓	✓	
Perú	✓	✓	✓	✓	✓	✓
República Dominicana	✓	✓	✓	✓		
Uruguay	✓	✓	✓	✓	✓	
Venezuela (República Bolivariana de)	✓	✓	✓	✓	✓	

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la información de la Encuesta Mundial sobre el Cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD.

B. Factor 2: Reducir las posibilidades que la mujer embarazada experimente graves complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio

Se seleccionaron las preguntas del cuestionario que tuviesen mayor relación con las condiciones que favorecen o dificultan las graves complicaciones durante el embarazo, el parto o a causa de ellos.

El suministro de alimentación adecuada se aborda en todos los países a través de políticas, programas o estrategias implementadas al respecto, y cuentan con presupuestos asignados. El cuadro 28 muestra que la mayoría de los países (13 de 19) se encuentra con una buena evaluación de desempeño.

El embarazo durante la adolescencia es un factor de riesgo conocido por presentar complicaciones asociadas con el proceso reproductivo. Se observa una alta proporción de países (16 de 19) que cuenta con políticas, programas o estrategias implementadas al respecto, no obstante, 4 de los 16 países que tienen alguna política, programa o estrategia no cuentan con presupuestos asignados, aunque tres de ellos han implementado las acciones. En resumen, en 11 de los 19 países se avanzó según las expectativas en lo relativo a protección social y asistencia médica a embarazadas adolescentes (véase el cuadro 29).

Otro factor de riesgo para la muerte materna es el aborto en condiciones inseguras. Al abordar la pregunta sobre la prevención y manejo de consecuencias de aborto en condiciones inseguras en el Cuestionario País, es posible observar una alta proporción de países (15 de 19) que cuentan con políticas, programas o estrategias implementadas al respecto, 12 de ellos cuentan con presupuestos asignados y 14 han implementado acciones. Sin embargo solo ocho países desarrollaron acciones según las expectativas, incluso algunos fueron calificados como deficientes en la prevención y manejo de las consecuencias de abortos inseguros (véase el cuadro 30).

Cuadro 28
Países de América Latina: 6.6 atención a temas de la CIPD relacionados con la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos en el contexto nacional, durante los últimos 5 años.
f) Suministro de alimentación para mujeres embarazadas. Encuesta Mundial sobre el Cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD

País	Abordaje a través de Política/Estrategia/ Programa o Institución	Presupuesto asignado	Implementación	Calificación
Argentina	✓	✓	✓	según las expectativas
Bolivia (Estado Plurinacional de)	✓	✓	✓	según las expectativas
Brasil	✓	✓		
Chile	✓	✓	✓	según las expectativas
Colombia	✓	✓	✓	según las expectativas
Costa Rica	✓	✓	✓	según las expectativas
Cuba	✓	✓	✓	según las expectativas
Ecuador	✓	✓	✓	según las expectativas
El Salvador	✓	✓	✓	según las expectativas
Guatemala	✓	✓	✓	por debajo de las expectativas
Haití	✓			
Honduras				
México	✓	✓	✓	según las expectativas
Panamá	✓	✓		por debajo de las expectativas
Paraguay	✓	✓	✓	por debajo de las expectativas
Perú	✓	✓	✓	según las expectativas
República Dominicana	✓	✓	✓	según las expectativas
Uruguay	✓	✓	✓	según las expectativas
Venezuela (República Bolivariana de)	✓	✓	✓	según las expectativas

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la información de la Encuesta Mundial sobre el Cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD.

Cuadro 29
Países de América Latina: 6.6 atención a temas de la CIPD relacionados con la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos en el contexto nacional, durante los últimos 5 años.
j) Protección social y asistencia médica a embarazadas adolescentes. Encuesta Mundial sobre el Cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD

País	Abordaje a través de Política/Estrategia/ Programa o Institución	Presupuesto asignado	Implementación	Calificación
Argentina	✓	✓	✓	según las expectativas
Bolivia (Estado Plurinacional de)	✓	✓	✓	según las expectativas
Brasil	✓	✓	✓	
Chile	✓	✓	✓	según las expectativas
Colombia	✓	✓	✓	según las expectativas
Costa Rica	✓		✓	según las expectativas
Cuba	✓			según las expectativas
Ecuador	✓	✓	✓	según las expectativas
El Salvador	✓		✓	por debajo de las expectativas
Guatemala	✓	✓	✓	según las expectativas
Haití				
Honduras				
México	✓	✓	✓	según las expectativas
Panamá	✓	✓	✓	por debajo de las expectativas
Paraguay				
Perú	✓	✓	✓	por debajo de las expectativas
República Dominicana	✓	✓	✓	según las expectativas
Uruguay	✓	✓	✓	por debajo de las expectativas
Venezuela (República Bolivariana de)	✓		✓	según las expectativas

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la información de la Encuesta Mundial sobre el Cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD.

Cuadro 30
Países de América Latina: 6.6 atención a temas de la CIPD relacionados con la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos en el contexto nacional, durante los últimos 5 años (2007-2012). p) Prevenir y manejar las consecuencias de abortos inseguros. Encuesta Mundial sobre el Cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD

País	Abordaje a través de Política/Estrategia/ Programa o Institución	Presupuesto asignado	Implementación	Calificación
Argentina	✓	✓	✓	según las expectativas
Bolivia (Estado Plurinacional de)	✓	✓	✓	por debajo de las expectativas
Brasil	✓	✓	✓	según las expectativas
Chile				
Colombia	✓	✓	✓	según las expectativas
Costa Rica				
Cuba	✓	✓	✓	según las expectativas
Ecuador				
El Salvador	✓			por debajo de las expectativas
Guatemala	✓	✓	✓	según las expectativas
Haití				
Honduras	✓		✓	deficiente
México	✓	✓	✓	por debajo de las expectativas
Panamá	✓	✓	✓	según las expectativas
Paraguay	✓	✓	✓	deficiente
Perú	✓	✓	✓	por debajo de las expectativas
República Dominicana	✓	✓	✓	según las expectativas
Uruguay	✓	✓	✓	según las expectativas
Venezuela (República Bolivariana de)	✓		✓	por debajo de las expectativas

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la información de la Encuesta Mundial sobre el Cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD.

Al preguntar sobre el acceso a aborto sin riesgo es posible observar un bajo número de países que cuentan con programas implementadas al respecto, con presupuestos asignados y con niveles de cumplimiento aceptables. Solo seis de los 19 países están de acuerdo a las expectativas (véase el cuadro 31).

Cuadro 31
Países de América Latina: 6.6 r) Acceso a aborto sin riesgos dentro del marco legal. Encuesta Mundial sobre el Cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD

País	Abordaje a través de Política/Estrategia/ Programa o Institución	Presupuesto asignado	Implementación	Calificación
Argentina	✓	✓	✓	según las expectativas
Bolivia (Estado Plurinacional de)	✓		✓	deficiente
Brasil	✓	✓	✓	según las expectativas
Chile				
Colombia				
Costa Rica				
Cuba	✓	✓	✓	según las expectativas
Ecuador	✓		✓	según las expectativas
El Salvador				
Guatemala				
Haití				
Honduras				
México	✓	✓	✓	deficiente
Panamá	✓	✓	✓	por encima de las expectativas
Paraguay				
Perú				
República Dominicana				
Uruguay	✓		✓	según las expectativas
Venezuela (República Bolivariana de)				

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la información de la Encuesta Mundial sobre el Cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD.

Respecto de la disponibilidad de servicios de salud materna en atención primaria, es posible observar que todos los países cuentan con acceso a atención prenatal, obstétrica básica y post natal, no obstante no se observa la misma consistencia para el aborto sin riesgo ni en la orientación post aborto (véase el cuadro 32).

Cuadro 32
Países de América Latina: servicios de salud materna disponibles en atención primaria.
Encuesta Mundial sobre el Cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD

País	Salud materna						
	g. Información sobre salud materna	h. Atención prenatal	i. Atención obstétrica básica	j. Atención obstétrica de emergencia	k. Atención postnatal y planificación familiar	m. Aborto sin riesgos dentro del marco legal	n. Orientación post aborto
Argentina		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Bolivia (Estado Plurinacional de)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Brasil	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Chile	✓	✓	✓	✓	✓		
Colombia	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Costa Rica	✓	✓	✓	✓	✓		
Cuba	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ecuador	✓	✓	✓	✓	✓		
El Salvador	✓	✓	✓	✓	✓		✓
Guatemala	✓	✓	✓	✓	✓		✓
Haití	✓	✓	✓	✓	✓		
Honduras	✓	✓	✓	✓	✓		✓
México	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Panamá	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Paraguay	✓	✓	✓	✓	✓		✓
Perú	✓	✓	✓	✓	✓		✓
República Dominicana	✓	✓	✓	✓	✓		✓
Uruguay	✓	✓	✓	✓	✓		✓
Venezuela (República Bolivariana de)	✓	✓	✓	✓	✓		✓

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la información de la Encuesta Mundial sobre el Cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD.

En lo relativo a la existencia y disponibilidad de normativas, directrices y mecanismos para facilitar el trabajo de SSR en la atención primaria de salud se observa una alta presencia en los países (18 de 19 países). No tanto cuando se trata de aspectos relativos a calidad de atención y participación comunitaria (véase el cuadro 33).

Cuadro 33
Países de América Latina: existencia y disponibilidad de los siguientes aspectos para hacer de la salud sexual y reproductiva (SSR) una parte integral de la atención primaria de salud. Encuesta Mundial sobre el Cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD

País	Normativas, directrices y mecanismos institucionales				
	a. Normas de SSR	b. Directrices SSR	n. Sobre formación de personal en elección informada de contraceptivos	k. Supervisión de la calidad de servicios de SSR	m. Participación de organizaciones de base comunitaria
Argentina	✓	✓	✓		
Bolivia (Estado Plurinacional de)	✓	✓	✓	✓	✓
Brasil	✓	✓	✓	✓	✓
Chile	✓	✓	✓		✓
Colombia	✓	✓	✓	✓	✓
Costa Rica	✓	✓	✓	✓	✓
Cuba	✓	✓	✓	✓	✓
Ecuador	✓	✓	✓	✓	✓
El Salvador	✓	✓	✓	✓	✓
Guatemala	✓	✓	✓	✓	✓
Haití					
Honduras	✓	✓		✓	✓
México	✓	✓	✓	✓	✓
Panamá	✓	✓	✓	✓	✓
Paraguay	✓	✓	✓		
Perú	✓	✓	✓	✓	✓
República Dominicana	✓	✓	✓	✓	✓
Uruguay	✓	✓	✓		✓
Venezuela (República Bolivariana de)	✓	✓	✓	✓	✓

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la información de la Encuesta Mundial sobre el Cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD.

C. Factor 3: Reducir las posibilidades de muerte entre mujeres que experimenten complicaciones

El tercer factor está compuesto por aquellos aspectos que intervienen en las posibilidades de muerte de una embarazada que presenta complicaciones durante el embarazo, el parto o el post parto.

Desde el punto de vista de los servicios, un factor protector es que cuente con adecuados sistemas de derivación en caso de urgencia obstétrica. Se observan más países con institucionalidad (18 de 19 países) y presupuestos asignados e implementación (16 de 19 países). Pero el nivel de cumplimiento entre los países se observa más bien discreto pues solo ocho de los 19 países están según las expectativas (véase el cuadro 34).

La disponibilidad de fármacos y densidad de servicios según población permite una red más resolutive si se presenta una complicación. Es posible observar menor disponibilidad que lo observado en los servicios previos (véase el cuadro 35). Once de los 19 países dispone de la lista básica de medicamentos recomendados por la OMS y en 12 países se cuenta con la atención obstétrica de emergencia con adecuada distribución, es decir, que todas las áreas subnacionales cuentan con al menos cinco centros de atención obstétrica de emergencia, y al menos uno de ellos es de atención integral, por cada 500.000 habitantes (véase el cuadro 35).

Se consultó a los países por la elaboración de estudios diagnósticos sobre los derechos y las necesidades asociadas a la SSR. La relevancia de contar con ellos radica en que, en la medida que se conocen los problemas y condiciones que determinan el estado situacional de un país, es posible actuar en consecuencia. Prácticamente todos los países (18 de 19) cuentan con estudios de diagnóstico de la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, realizados en los cinco años anteriores a la encuesta, la mayoría de ellos llega al nivel subnacional. Se observan menos países (15 de 19) con investigaciones para la identificación de necesidades insatisfechas (véase el cuadro 36).

Cuadro 34
Países de América Latina: derivación obstétrica de emergencia. Encuesta Mundial
sobre el Cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD

País	Abordaje a través de Política/Estrategia/ Programa o Institución	Presupuesto asignado	Implementación	Calificación
Argentina	✓	✓	✓	según las expectativas
Bolivia (Estado Plurinacional de)	✓	✓	✓	por debajo de las expectativas
Brasil	✓	✓	✓	según las expectativas
Chile	✓	✓	✓	según las expectativas
Colombia	✓	✓	✓	por debajo de las expectativas
Costa Rica	✓		✓	según las expectativas
Cuba	✓	✓		por debajo de las expectativas
Ecuador	✓	✓	✓	según las expectativas
El Salvador	✓	✓	✓	según las expectativas
Guatemala	✓	✓	✓	por encima de las expectativas
Haití				
Honduras	✓		✓	por debajo de las expectativas
México	✓	✓	✓	según las expectativas
Panamá	✓	✓		por debajo de las expectativas
Paraguay	✓	✓	✓	por debajo de las expectativas
Perú	✓	✓	✓	por debajo de las expectativas
República Dominicana	✓	✓	✓	según las expectativas
Uruguay	✓	✓	✓	por debajo de las expectativas
Venezuela (República Bolivariana de)	✓		✓	por debajo de las expectativas

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la información de la Encuesta Mundial sobre el Cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD.

Cuadro 35
Países de América Latina: disponibilidad de fármacos y servicios. Encuesta Mundial
sobre el Cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD

País	Lista básica de medicamentos incluye recomendados por OMS	Atención obstétrica de emergencia con adecuada distribución ^a
Argentina		
Bolivia (Estado Plurinacional de)		
Brasil	✓	✓
Chile	✓	✓
Colombia		
Costa Rica	✓	✓
Cuba	✓	✓
Ecuador	✓	✓
El Salvador	✓	✓
Guatemala		✓
Haití		
Honduras	✓	✓
México	✓	✓
Panamá		
Paraguay		
Perú	✓	✓
República Dominicana	✓	✓
Uruguay		
Venezuela (República Bolivariana de)	✓	✓

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la información de la Encuesta Mundial sobre el Cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD.

^a Se entiende que existe una distribución territorial de instalaciones de Atención Obstétrica de Emergencia (AOE) adecuada cuando todas las áreas subnacionales cuentan con al menos cinco centros de atención obstétrica de emergencia, y al menos uno de ellos es de atención integral, por cada 500.000 habitantes.

Cuadro 36
Países de América Latina: disponibilidad de diagnósticos y detección de necesidades. Encuesta Mundial sobre el Cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD

País	Diagnóstico SSR y derechos en los últimos 5 años	Diagnóstico necesidades insatisfechas en los últimos 5 años
Argentina	Nacional	No
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Nacional y Subnacional	Nacional y Subnacional
Brasil	Nacional y Subnacional	Nacional y Subnacional
Chile	Nacional y Subnacional	No
Colombia	Nacional y Subnacional	Nacional y Subnacional
Costa Rica	Nacional	Nacional
Cuba	Nacional y Subnacional	Nacional y Subnacional
Ecuador	Nacional y Subnacional	Nacional
El Salvador	Subnacional	Nacional
Guatemala	Nacional y Subnacional	Nacional y Subnacional
Haití	Nacional	Nacional
Honduras	No	No
México	Nacional y Subnacional	Nacional y Subnacional
Panamá	Nacional y Subnacional	Nacional y Subnacional
Paraguay	Subnacional	Nacional
Perú	Nacional y Subnacional	Nacional y Subnacional
República Dominicana	Nacional y Subnacional	Nacional
Uruguay	Nacional	Nacional
Venezuela (República Bolivariana de)	Nacional	No

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la información de la Encuesta Mundial sobre el Cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD.

D. Acciones para el mejoramiento de la calidad de la información

Por último, hemos mencionado la importancia de poner atención a los registros pues es a través de la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna que se puede recolectar la información necesaria para el análisis de la misma y por otra parte, posibilitar el desarrollo de políticas, programas o estrategias de salud pública. En este contexto, se hace indispensable conocer exhaustivamente cada defunción, de modo que tengamos la posibilidad de aumentar nuestro conocimiento sobre la causas de las muertes maternas y actuar sobre ellas evitando las defunciones.

Así, de acuerdo a lo recabado en la Encuesta, prácticamente en todos los países consultados existe un sistema nacional de información en salud, se realiza vigilancia activa de muertes maternas, monitoreo de defunciones obstétricas, notificación obligatoria e informes rutinarios. Sin embargo en recolección rutinaria sobre fistula obstétrica solo tres países reportan acciones (véase el cuadro 37).

Cuadro 37
Países de América Latina: 6.24. ¿Con qué mecanismos cuenta el país para garantizar la aplicación de políticas y programas para controlar la morbilidad y mortalidad materna? Encuesta Mundial sobre el Cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD

País	a. Sistema nacional de información sanitaria	b. Monitoreo defunción obstétrica directa	c. Notificación obligatoria MM	d. Informes rutinarios MM	e. Recolección rutinaria fístula obstétrica	f. Recolección rutinaria sobre atención post parto	g. Consultas públicas	h. Encuestas monitoreo de políticas y presupuestos
Argentina	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Bolivia (Estado Plurinacional de)	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓
Brasil	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Chile	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓
Colombia	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓
Costa Rica	✓	✓	✓	✓				
Cuba	✓	✓	✓	✓		✓		
Ecuador	✓	✓	✓	✓		✓		✓
El Salvador	✓	✓	✓	✓		✓		
Guatemala	✓	✓	✓	✓		✓	✓	
Haití								
Honduras	✓	✓	✓	✓		✓		
México	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓
Panamá	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Paraguay	✓	✓	✓	✓				
Perú	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓
República Dominicana	✓	✓	✓	✓				
Uruguay	✓	✓	✓	✓				✓
Venezuela (República Bolivariana de)	✓	✓	✓	✓		✓		

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la información de la Encuesta Mundial sobre el Cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD.

V. Estimación de la mortalidad materna como estrategia para su reducción

La medición de la mortalidad materna implica desafíos relevantes, por una parte por la dificultad para establecer la causalidad, debido a que en muchos casos la defunción se produce semanas después del parto y, por otra, por la recolección de datos que, en particular, en los países con mayor incidencia de mortalidad materna, presentan dificultades en cuanto a su fiabilidad y exactitud. Las cifras estimadas presentan un amplio rango de incertidumbre, con la cuantificación de las defunciones basadas en evidencia limitada y en algunos casos, sin evidencia en absoluto que obstaculizan un adecuado monitoreo y seguimiento, a pesar de los esfuerzos por utilizar técnicas estadísticas.

Otro factor de conflicto en la medición comparada de la mortalidad materna, así como otros eventos vitales, es el hecho que cada país cuente con un arreglo particular para producir cifras oficiales sobre nacimientos, defunciones y causas de defunción. Adicionalmente, los retos que impone la persistente desigualdad territorial entre los países, pero también al interior de los países, resulta en coberturas incompletas en el registro de dichos eventos vitales.

Para abordar dichas desigualdades y progresar hacia el cumplimiento de los objetivos globales relacionados con la reducción la mortalidad materna resulta imprescindible desarrollar políticas basadas en las necesidades de poblaciones específicas. En América Latina y el Caribe, es prioritario en consecuencia fortalecer los sistemas de registro civil para que sean capaces de medir y monitorear la mortalidad materna. En este contexto, los organismos de cooperación internacional como el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas (CEPAL) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) desarrollan sistemáticamente documentos que recomiendan mecanismos para mejorar el monitoreo de las estadísticas vitales.

Algunos de los resultados de esas cooperaciones recomiendan tener acceso en cada país a los datos de entrada, a la información sobre ajustes hechos, y en general, a la metodología seguida por cada entidad, para entender las diferencias, de modo de hacer efectivas comparaciones que permitan elaborar estrategias pertinentes a la realidad de cada país o de sub-territorios.

En este sentido, también se determina que sin el adecuado desarrollo de capacidades en la medición de la mortalidad materna y la recolección de datos, a través de la asignación de recursos específicos, el logro es incierto.

Los aspectos que deben examinarse para medir la calidad del sistema de registros vitales, específicamente de mortalidad materna incluyen a lo menos:

- i) Cobertura del registro de las muertes maternas.
- ii) Métodos de cálculo de los indicadores de mortalidad materna (institución que recolecta, analiza y valida, componentes del indicador, edad considerada, causas de muerte incluidas, entre otras).
- iii) Sistema de vigilancia epidemiológica (con examen a sus fortalezas y debilidades) y su articulación con sistema de estadísticas vitales.
- iv) Estimaciones de mortalidad materna provenientes de un amplio rango de fuentes de datos, tanto a nivel nacional como subnacional.

De acuerdo a las conclusiones del estudio *Hacia la armonización de las estimaciones de mortalidad materna en América Latina. Actualización y ampliación a los 20 países de la región*, publicado por el CELADE, la cobertura y calidad de registros entre los países es diversa. Lo que agudiza la problemática de la comparabilidad, pues los rangos etarios utilizados para sistematizar la información entre los países también varían.

Por otra parte, en términos específicos, se advierten diferencias en las cifras producto de la diversificación en la utilización de la codificación a través de la Clasificación Internacional de enfermedades - CIE Revisión 10. Así, mientras se usan códigos O96 y O97 en el numerador (muertes maternas tardías o por secuelas) y en el denominador, algunos países utilizan los nacimientos oportunos, otros los corregidos y otros, estimaciones.

Otra dificultad detectada, fue la precariedad respecto de los respaldos documentales sobre mortalidad materna, y especialmente lo referido a los marcos metodológicos que rigen los mecanismos de trabajo en torno a la mortalidad materna, especialmente si se considera el rol que ello cumple en el desarrollo al interior de los países, pero por sobretodo, entre países de similares características.

En la **Argentina** por ejemplo, se cuenta con un Sistema Estadístico de Salud (SES) con niveles de responsabilidad nacional, provinciales y locales. Desde 2001, el Subsistema de Estadísticas Vitales se modificó introduciendo en la categorización de variables así como la incorporación de preguntas para aumentar la sensibilidad de los instrumentos, entre otros cambios. También se realizan revisiones documentales para las defunciones sospechosas, a través de las fuentes cercanas al lugar del fallecimiento y con constatación documental. Con estas rutinas se busca mejorar la cobertura y la calidad de los indicadores.

En el caso del **Estado Plurinacional de Bolivia**, los esfuerzos han estado concentrados en obtener un indicador de mortalidad materna, aunque las investigaciones con base poblacional, que abordaron tanto la magnitud como la estructura de la mortalidad materna, no son abundantes, entre ellas se cuentan la de UNICEF y de los Servicios de Investigación y Acción en Población (SIAP) (1987), Encuestas de Demografía y Salud (1989 y 1994), el estudio de Médicos Consultores de La Paz, entre otros. Con base en dicha experiencia, el INE rediseñó el estudio de mortalidad materna para el período 2014-2015 para las áreas urbanas y rurales de los nueve departamentos de país, y que permitirá obtener información sobre las causas y circunstancias que impidieron resolver las complicaciones obstétricas que provocaron la muerte de las mujeres.

En el **Brasil**, el sistema de salud alcanza coberturas prácticamente universales de atención obstétrica. Los gobiernos federales, estaduais y municipales han ejecutado políticas públicas con vistas a la expansión de la cobertura y calidad de la atención a la salud de la mujer. No obstante, las ganancias

en la cobertura y la calidad de la atención obstétrica se ven opacadas por las desigualdades regionales y la dificultad que representa la extensión territorial del país. En el Brasil, como en la mayor parte de la región, existen dos factores que dificultan el monitoreo del nivel y la tendencia de la mortalidad materna: el subregistro de las declaraciones de defunción y la clasificación errónea de las causas de muerte. El subregistro es más frecuente en las regiones norte, nordeste y centro-oeste, debido a la dificultad de acceso a las oficinas del registro civil y a la existencia de cementerios irregulares. Por su parte, la mala clasificación ocurre principalmente porque el personal médico llena incorrectamente la declaración de defunción. En este sentido, para el caso brasileño, es imperioso entonces homogeneizar la calidad del registro de defunciones y nacimientos en todos los Estados, para así poder llegar a cifras más robustas a nivel nacional.

En el caso de **Chile**, la producción de estadísticas vitales en Chile se hace mediante un sistema centralizado, amparado por un convenio tripartito entre el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCel) y el Ministerio de Salud, a través del DEIS. Según cifras del Ministerio de Salud, casi la totalidad de los nacidos vivos proviene de partos con atención profesional (99,8%), ya sea licenciados(as) en obstetricia y puericultura o médicos, quienes emiten el comprobante de atención del parto. Por su parte, las muertes son registradas a partir del certificado médico de defunción, así, prácticamente el total de los fallecimientos inscritos cuenta con certificación médica (99,7%). No obstante, a pesar de los buenos sistemas de registro, se debe tener en cuenta un nivel de imprecisión que puede ser atribuido a la clasificación de la causa de muerte, situación que se hace más visible en el caso de las muertes maternas debido a que en el Certificado Médico de Defunción aún no se incorpora la pregunta sobre el antecedente obstétrico. Esta pregunta resulta fundamental para aclarar las muertes dudosas, como lo recomienda la OMS, se espera que se integre al cuestionario del Certificado de defunción a partir de 2016.

Colombia, por su parte, implementó desde el año 1995 el Sistema de Vigilancia en Salud Pública que incluye las muertes de causa incidental y las violentas (homicidios y suicidios), en mujeres en edad fértil (durante el embarazo, parto y primer año del post parto) ocurridas en el territorio nacional. Dentro de los objetivos de esta vigilancia está determinar las principales condiciones que contribuyen a la ocurrencia de las muertes maternas en todo el territorio colombiano; medir frecuencias, tendencia y distribución del evento de la mortalidad materna, por diferentes variables; calcular y analizar la Razón de Mortalidad Materna (RMM) a nivel nacional, departamental y otras variables de interés para la salud pública; reclasificar los casos de las muertes maternas reportados en el Sistema de Información en Vigilancia en Salud Pública y realizar los respectivos ajustes en las estadísticas vitales; diseñar la alerta temprana de los casos de muertes maternas, en situaciones que lo ameriten. Es importante señalar que Colombia cuenta con un sistema de estadísticas vitales, que se encarga de producir, consolidar, validar y difundir las estadísticas de nacimientos y defunciones que permiten obtener indicadores de las muertes maternas; mientras que el Ministerio de Salud y Protección social es el encargado de identificar, verificar y analizar los casos del sistema de vigilancia para la producción de indicadores sobre mortalidad materna. El cálculo del indicador de la razón de mortalidad, considera exclusivamente las muertes maternas tempranas, es decir, las defunciones de mujeres mientras se encontraban embarazadas o en el lapso de 42 días de la terminación del embarazo independientemente de su duración o de la causa relacionada o agravada por el embarazo mismo o su atención. Para el cálculo de este indicador no se tienen en cuenta las muertes por causas accidentales o violentas.

En **Costa Rica**, se tiene una larga tradición estadística y demográfica, por lo que ha llevado a cabo estudios de calidad de las estadísticas de nacimientos y defunciones en el marco de los procesos de evaluación censal. Sin embargo, en el caso de las defunciones maternas se observa que persisten discrepancias en las estimaciones debidas a la clasificación errónea de las muertes maternas, producto de la omisión de información relevante en relación al estado del embarazo, parto y puerperio de la mujer fallecida en el certificado de defunción. Los resultados del estudio RAMOS llevado a cabo recientemente brindará evidencia para conocer la proporción de defunciones que no se clasifican como maternas.

Respecto a **Cuba**, se puede decir que este país dispone de un Sistema de Información Estadístico de Defunciones, Defunciones Perinatales y Nacimientos basado en el registro único continuo de los datos, con cobertura nacional. Las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio se notifican directamente vía telefónica y mediante el sistema de vigilancia nominal de embarazadas en período crítico informando sobre las causas consignadas en el certificado de defunción, lo que permite una clasificación preliminar. Cada semana se realizan discusiones que buscan examinar las causas del fallecimiento en los distintos niveles jerárquicos (unidad asistencial, municipio, provincia y nacional), con el fin de esclarecer los factores que dieron lugar a la muerte de la mujer. Este análisis incluye el estudio del expediente clínico y de los datos aportados por la necropsia, llegando a consenso sobre su clasificación como muerte materna y asignando el código de causa básica más adecuado según las definiciones, orientaciones y reglas que dispone la CIE-10. Sin embargo, de este proceso de búsqueda intencionada, según el Ministerio de Salud Pública de Cuba, no se almacena información estadística oficial sobre las correcciones que se van haciendo semanalmente a los datos. Vale la pena mencionar que Cuba está actualmente (desde julio de 2014) realizando un esfuerzo por dimensionar la magnitud del error de clasificación de los registros de muertes maternas a través de un estudio RAMOS (Martínez y otros, 2014).

En el **Ecuador**, desde el año 2007, el Ministerio de Salud Pública (MSP) a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica y la Dirección de Estadísticas Sociodemográficas del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) realizan de manera conjunta la búsqueda activa anual de casos de muertes maternas sospechosas. En lo referente al cálculo de la RMM cabe mencionar que hasta el año 2010 se utilizaba como denominador la cifra de nacidos vivos oportunos, es decir, los nacimientos ocurridos e inscritos en el año de estudio. Sin embargo, de acuerdo a la resolución N° SCSIS 001 - 2012 se acordó, a partir de 2011, utilizar como denominador las estimaciones de nacidos vivos.

La variabilidad de las cifras de defunciones maternas en **El Salvador** reportadas anualmente puso en evidencia que no se disponía de datos confiables que mostrasen la magnitud del fenómeno. Asimismo, se hizo notoria la falta de información sobre las muertes maternas no hospitalarias y la mala clasificación de las causas. Sin embargo, a partir del año 2000 se han emprendido acciones claramente dirigidas a mejorar la captación de esta información, como paso fundamental para la reducción de este indicador. Desde entonces, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) ha desarrollado guías, protocolos y normas nacionales para la atención de la mujer y el recién nacido, además de un Plan Estratégico Nacional Intersectorial para la Reducción de la Mortalidad Materna Perinatal. Este plan ratificó la necesidad de mejorar la contabilización de las muertes maternas y priorizar el desarrollo y la extensión del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna y Perinatal a todas las instituciones del sector de la salud. Además, uno de sus objetivos fue la construcción de una línea basal. En este sentido se consideró imprescindible el fortalecimiento de la cobertura y la calidad de la información del sistema de estadísticas vitales incluyendo la inversión en las capacidades técnicas tanto del personal del MSPAS como de la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC).

Guatemala ha mostrado persistentemente alta mortalidad materna. Dicha situación se agrava dado el deficiente sistema de registros, tanto de nacimientos como de defunciones, que impiden la cuantificación y, en consecuencia, diseño e implementación de políticas públicas para el enfrentamiento de acuerdo a la realidad local. El país ha hecho y está haciendo esfuerzos por desarrollar estudios que les permitan conocer la evolución de la mortalidad materna. Es así que se ha obtenido una línea base a través de un estudio RAMOS desarrollado en 2000, con seguimiento en 2006.

En el caso de **Haití**, el Instituto Haitiano de Estadística y de Informática (Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique - IHSI) no realiza una estimación sistemática de los indicadores de mortalidad materna, por tanto, las aproximaciones a la medición de estos indicadores han tenido su origen en las entidades del sector salud y en la cooperación internacional. En este sentido, vale la pena destacar la función del Ministerio de la Salud Pública y de la Población de Haití (Ministère de la Santé Publique et de la Population - MSPP) en la producción de estadísticas sobre aspectos demográficos y sanitarios aunque esto no ha significado la producción anual y sistemática de reportes que incluyan esta

información. De acuerdo con la investigación realizada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (Bidegain y Rousseau, 2014), entre las dificultades encontradas para la medición de la mortalidad materna se pueden contar tres especialmente: la relativamente baja cobertura institucional del sistema de notificación y registro de las muertes maternas, los errores de clasificación de las causas de muerte, sumada a las deficiencias en el diligenciamiento de los certificados de defunción y finalmente, señalan que al ser las muertes maternas eventos estadísticamente raros implican realizar estudios con tamaños muestrales grandes.

En el caso de **Honduras**, al igual que Guatemala, se empleó la metodología RAMOS en 1990 y en 2010, con un estudio intermedio (1997). El propósito de dichos estudios, además de determinar la RMM (a través de la búsqueda activa de mujeres fallecidas en edad fértil en todas las regiones departamentales del país), fue determinar la magnitud, estructura y tendencia de la muerte materna a nivel nacional y regional, identificar el nivel de subregistro de la mortalidad de las mujeres en edad fértil y de las muertes maternas por departamento y a nivel nacional, e identificar y fortalecer la capacidad del recurso humano a nivel nacional para la sostenibilidad del subsistema de vigilancia de la mortalidad materna.

En **México**, si bien la implementación de la Búsqueda Intencionada y de Reclasificación de Muertes Maternas (BIRMM) ha sido bien ponderada por estudios de evaluación tanto internos como externos, en ambos casos se ha resaltado la desigualdad de su aplicación en el territorio nacional. Por ello, el país debe continuar realizando esfuerzos para lograr una mayor uniformidad. En segundo lugar, como elemento de control periódico, se sugiere verificar la clasificación de las causas de muerte de todas las defunciones de mujeres en edad reproductiva. Sin embargo, dado el elevado costo que conllevaría verificar la totalidad de las defunciones femeninas de dicho rango etario, se recomienda realizar el monitoreo del desempeño de la BIMM mediante muestreo probabilístico. Esto permitiría evaluar en profundidad la cabalidad de las cifras sobre mortalidad materna que se producen con esta modalidad desde 2002.

En **Nicaragua**, la mortalidad materna es uno de los problemas de salud pública que evidencia la inequidad pues, a pesar de la disminución de los indicadores a nivel nacional, se mantienen grandes brechas en las zonas rurales, las regiones autónomas del Atlántico (que concentran comunidades étnicas), las zonas con difícil acceso a unidades de salud y las zonas con bajos niveles de escolaridad y alto nivel de pobreza. La razón de mortalidad materna es uno de los indicadores básicos de mortalidad materna y, según el Ministerio de Salud, tal indicador disminuyó en los últimos años. No obstante, es necesario aumentar la cobertura y calidad del registro de nacimientos y defunciones, publicar la documentación referida a la metodología empleada para la estimación de la RMM y a dar mediante informes los resultados obtenidos del monitoreo de este indicador para el diseño de las políticas públicas.

En **Panamá**, el Instituto de Estadística y Censo (INEC) es el encargado de las Estadísticas Vitales. La certificación de la defunción, por su parte, es realizada en su mayoría por médicos idóneos y está basada en el modelo internacional de la OMS. Panamá cuenta con un Sistema de Información de Estadísticas de mortalidad y capta información, entre otros, del número de mujeres fallecidas, por causas relacionadas con el embarazo, parto o puerperio, muertes que deben ser notificadas obligatoriamente al Departamento de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud de Panamá.

El **Paraguay** evidencia algunas dificultades en el cálculo de los indicadores de mortalidad materna asociados a la verificación de la información y la cuantificación de las muertes maternas en todo el territorio. No obstante, existe un creciente interés por documentar y mejorar la detección de los casos de muertes maternas, lo que ha derivado en la implementación de estudios regionales, entre los años 2007 y 2011, que incluyen metodología RAMOS (modificada), así como la reactivación de la Comisión Técnica Nacional de Salud y Morbimortalidad Materna en 2013. Lamentablemente el sistema de registro de nacimientos y defunciones, continúa siendo precario en términos de cobertura y calidad de los registros, especialmente si se considera, por ejemplo, el sub registro de nacidos vivos (34%) y de mortalidad general (27%) en 2010. La estimación de la razón de mortalidad materna, utiliza como denominador el número de nacimientos certificados ajustado por la Dirección General de Estadísticas y Censos, mientras que el numerador son las defunciones maternas de mujeres en edades entre 10 a 54 años (ajustados para contrarrestar el efecto del subregistro).

El **Perú** cuenta con un Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Muertes Maternas desde el año 2000, con notificación obligatoria, investigación y vigilancia epidemiológica de la muerte materna. Se han realizado estudios con apoyo de organismos internacionales (UNFPA) que muestran tendencia a la baja en la MM. En relación con la razón de mortalidad materna, a partir del uso de la metodología de captura y recaptura se pudo estimar la razón de mortalidad para el período 2002-2011, y de acuerdo con el estudio esta técnica arroja estimaciones insesgadas que mejoran la precisión del indicador. La Razón de Muerte Materna – RMM presenta comportamientos no uniformes en el período 2002-2006, mientras que en el quinquenio 2007-2011, las razones estimadas muestran un descenso sostenido.

En relación con la **República Dominicana**, las recomendaciones para mejorar la medición de la mortalidad materna apuntan a fortalecer la capacidad de los centros hospitalarios para producir sus estadísticas de salud. Desde la base, eso implica unificar y homologar los sistemas de registro y estadísticas hospitalarias, pues aparentemente existe más de una fuente al interior de cada hospital —libro de defunciones, certificados archivados, registro de epidemiología. Además, se sugiere robustecer el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), desarrollando manuales sobre su funcionamiento, invirtiendo en las capacidades técnicas del personal a todo nivel, tanto en el Ministerio de Salud como en la Oficina Nacional de Estadística (ONE), y estableciendo claramente el camino que la información debe recorrer, así como los responsables de cada paso del proceso de medición de la mortalidad materna. La implementación continua de la Búsqueda Intencionada de Muertes Maternas (BIMM) es clave en la institucionalización de la producción de cifras. Finalmente, es imprescindible el fortalecimiento del sistema de estadísticas vitales en relación con la cobertura y la calidad de la información. Para el caso dominicano, es imperioso homogeneizar la calidad del registro de defunciones en todas las regiones del país para llegar a cifras más robustas a nivel nacional.

En 2006, el Ministerio de Salud Pública (MSP) del **Uruguay** creó la Comisión Nacional para el Monitoreo y Reducción de las Muertes de Mujeres por Causa del Embarazo, Parto, Cesárea, Puerperio y Aborto, compuesta por un grupo multidisciplinario proveniente de los sectores de la salud, la academia y la política. La comisión tiene por objetivos vigilar las muertes de mujeres por causas obstétricas, diagnosticar la situación epidemiológica, proponer directrices para la reducción del fenómeno y articular las diferentes instituciones involucradas. Más tarde, en 2011, se creó la Comisión Nacional para la Reducción de la Morbilidad de Causa Obstétrica. En el caso de Uruguay metodológicamente es factible la implementación de la BIMM, aprovechando la cobertura casi completa del registro de defunciones, el reducido número absoluto de casos de muertes maternas —menor de 30 al año, incluso asumiendo la mala clasificación que el MMEIG supone—, y el buen funcionamiento que ha tenido la Comisión.

Finalmente, la **República Bolivariana de Venezuela** es un país con un alto índice de institucionalización del parto (por encima del 95%), por consiguiente, una buena proporción de las muertes maternas son prevenibles. En 2011, por ejemplo, cerca del 60% de las muertes maternas fueron directas o por causas obstétricas, y 40% por causas no obstétricas o indirectas. Por lo anterior, es prioridad para el Estado, a través del Sistema Público Nacional de Salud, el fácil y oportuno acceso a los centros y servicios médico-asistenciales, a fin de garantizar un embarazo y un parto adecuadamente atendido. Considerando lo anterior, las recomendaciones para la República Bolivariana de Venezuela van orientadas a la publicación de documentación referida a la metodología empleada para la estimación de la RMM, y a dar a conocer si el país tiene implementada la BIMM o ha realizado estudios RAMOS, y en caso afirmativo publicar los informes y resultados obtenidos dado que hasta el momento la información que ha podido ser recopilada es parcial y no da cuenta de los esfuerzos metodológicos llevados a cabo para la medición de la mortalidad materna.

VI. Síntesis de los hallazgos

La reducción de las muertes maternas en América Latina es una tarea pendiente. Se requiere entender las causas de las muertes, lograr un diseño e implementación de políticas, programas y estrategias acordes al perfil de necesidades de la población, tanto en el nivel global como local, pero al mismo tiempo es imprescindible implementar mecanismos de monitoreo de sus avances, de modo de poder realizar los ajustes o modificaciones que sean necesarios para lograr el objetivo final.

Así, las primeras características que se esperaría fueran comunes entre los países son los mecanismos y metodologías para medir el fenómeno y realizar la vigilancia de los casos de muertes ocurridas por causa del embarazo, el parto o el post parto, sobre la base de que son muertes “evitables”.

Respecto de los mecanismos utilizados por los países para enfrentar los desafíos que implica la reducción de la mortalidad materna, el modelo de análisis de factores propuesto abarcó la revisión de políticas, programas y estrategias adoptadas por los países, con base en las respuestas al cuestionario estructurado de la Encuesta Mundial sobre el cumplimiento del Programa CIPD después de 2014 e información recabada con ocasión de esta consultoría, a partir de tres factores que inciden en la búsqueda de atención, es así que los hallazgos muestran importantes diferencias entre países.

En el caso del Factor 1: *Reducción de las posibilidades de embarazos no deseados*, todos los países estudiados cuentan con alguna normatividad relacionada con la educación sexual, el acceso oportuno y confidencial a la información y asesoramiento en planificación familiar y el acceso a métodos anticonceptivos, pero solo en algunos casos se menciona el acceso a métodos quirúrgicos y otros hormonales menos tradicionales, incluyendo la anticoncepción oral de emergencia. Por otra parte, el abordaje de la educación sexual es diverso. Mientras en algunos países, es ejecutado por organismos gubernamentales del área de la educación, en otros por alguna entidad intersectorial y también, más tradicionalmente por los ministerios de salud o entidades afines. En el caso del acceso a métodos anticonceptivos, si bien las políticas están muy extendidas en todos los países, la descripción de los programas no siempre permite identificar adecuadamente la cobertura real y por tanto, la factibilidad de esta medida para reducir la mortalidad materna.

Aquellos países que muestran mayor trayectoria en este tipo de programa, parecieran contar también con mejores resultados en términos de mortalidad materna.

Para el caso del Factor 2: *Reducción de las posibilidades que la mujer embarazada experimente graves complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio*, es posible identificar políticas, programas, estrategias y normatividades en todos los países, destinadas a mejorar la atención prenatal, del parto y posparto, la atención humanizada del parto y el nacimiento, incluyendo la prevención del aborto inseguro, en todos los países estudiados, no obstante, tienen distintos niveles de desarrollo, tanto entre los países como al interior del país, con algunas excepciones. La mayoría de los países cuentan con una política, estrategia o programa único para abordar esta área, en otros casos, se aborda a través de la imbricación de varios o la coordinación intersectorial, especialmente cuando el aseguramiento y la provisión de servicios no es integral.

Los hallazgos no permiten ser concluyentes, no obstante, con un estudio en mayor profundidad, respecto de la cobertura y calidad de la atención, sobre este factor específicamente, podría facilitar su interpretación.

Al revisar las respuestas de los países, las respuestas que se podrían asociar al Factor 3: *Reducción de las posibilidades de muerte entre mujeres que experimenten complicaciones*, es posible identificar principalmente programas y normatividades destinadas a mejorar el acceso especialmente a personas en condición de vulnerabilidad, y en los países en los que el aborto es legal o está despenalizado, la atención integral después del aborto. En el caso de la adecuada distribución de Atención Obstétrica de Emergencia es importante mencionar que aquellos países que no cumplen con esta condición también muestran consistentemente alta mortalidad materna.

Se destaca que la mayoría de los países cuentan con políticas o programas que integran estrategias para abordar al menos dos de los tres factores de análisis.

Al contrastar las respuestas de los países a la encuesta, llama la atención que, si bien en la comparación general no se observan grandes diferencias entre los países, las diferencias se observan al revisar las coberturas poblacionales o geográficas, así como el tipo de servicios otorgados. Por otro lado, las diferencias en las RMM pueden llegar a ser importantes. Frente a ello hay que mencionar los siguientes elementos a tener en cuenta:

1. El tiempo de vigencia de implementación de las políticas, programas o estrategias
2. La distribución poblacional y geográfica de la disponibilidad de los servicios

En el primer caso, existe dificultad para establecer exactamente la línea de base de las políticas o estrategias, que en algunos casos cuentan con documentos que permiten realizar una revisión en mayor profundidad, pero ello no se repite en todas las ocasiones, lo que no permite comparaciones.

En el segundo caso, se infiere a partir de varias preguntas que dicen relación con el acceso a servicios por parte de población en condiciones de vulnerabilidad (adolescentes y jóvenes, población rural, con discapacidad, indígenas, etc.), así como la concentración de servicios en el territorio y la disponibilidad de fármacos, que pareciera mostrar una relación entre su deficiencia y altos índices de RMM.

Es necesario realizar estudios en mayor profundidad para encontrar la razonabilidad tras estos hallazgos.

Bibliografía

- Argentina, Ministerio de Salud de la Nación (2012), “Programa Sumar” [en línea], <http://www.msal.gov.ar/sumar/> [15 de enero de 2015].
- _____ (2009), “Plan para la reducción de la mortalidad materno infantil, de la mujer y adolescents” [en línea], <http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/> [15 de enero de 2015].
- _____ (2007), “Programa Nacional de Salud en la Adolescencia” [en línea], <http://www.msal.gov.ar/index.php/programas-y-planes/52-programa-nacional-de-salud-integral-en-la-adolescencia> [15 de enero de 2015].
- _____ (2005), *Guía para la atención post aborto*, Buenos Aires.
- _____ (2003), *Alimentación y Nutrición de la Mujer Gestante*, Buenos Aires.
- _____ (2004), “Plan Nacer” [en línea], <http://www.plannacer.msal.gov.ar/> [15 de enero de 2015].
- _____ (2002), “Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación” [en línea], <http://www.msal.gov.ar/saludsexual/programa.php> [15 de enero de 2015].
- _____ (2001), *Lineamientos Municipios y Comunidades Saludables*, Buenos Aires.
- BID (2013), “Fortalecimiento de la gestión por resultados del sector salud en República Dominicana (DR-L1067)” [en línea], Banco Interamericano de Desarrollo <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=37954459>.
- Bidegain, Gabriel y Rousseau, Jacques (2014), “Haiti: La mesure de la mortalité maternelle”, presentación en PowerPoint de UNFPA, inédito, Haití.
- Bolivia (Estado Plurinacional de) Ministerio de Salud y Deportes (2008a), *Plan Nacional para la Salud Integral en la Adolescencia y Juventud Boliviana 2009-2013*, La Paz.
- _____ (2008b), *Plan estratégico nacional de salud sexual y reproductiva 2009-2015*, La Paz.
- CEPAL (2013a), Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (LC/L.3697), Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- _____ (2013b), “Informe Regional de América Latina y el Caribe sobre la Encuesta Mundial sobre el Cumplimiento Del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y su seguimiento después de 2014” [en línea], http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/8/50248/crpd_lcl3634_esp.pdf.

- _____ (2012), Encuesta Mundial sobre el cumplimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo y su seguimiento después de 2014, Cuestionarios de País [en línea], <http://www.cepal.org/cgi-bin/getprod.asp?xml=/celade/noticias/paginas/4/47674/P47674.xml&xsl=/celade/tpl/p18f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom.xsl>
- _____ (1997), “Programas de transferencias condicionadas. Base de datos de programas de protección social no contributiva en América Latina y el Caribe” [base de datos en línea] <http://dds.cepal.org/bdptc/programa/?id=22>
- Chile, Ministerio de Salud (2012), “Programa Salud Integral Adolescentes y Jóvenes” [en línea], http://web.minsal.cl/PROGRAMA_SALUD_INTEGRAL_ADOLESCENTES_Y_JOVENES [20 de enero de 2015].
- _____ (2011), *Estrategia Nacional de Salud 2011-2020*, Santiago de Chile.
- _____ (1997), “Salud de la Mujer” [en línea], http://web.minsal.cl/SALUD_DE_LA_MUJER [20 de enero de 2015].
- _____ (1954), “Programa de Alimentación Complementaria” [en línea], <http://web.minsal.cl/portal/url/item/caa1783ed97a1425e0400101640109f9.pdf> [20 de enero de 2015].
- Chile, Ministerio de Desarrollo Social (2005), “Chile Crece Contigo” [en línea], <http://www.crececontigo.gob.cl/> [21 de enero de 2015].
- Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social (2012), *Plan decenal de salud pública*, Bogotá.
- _____ (2004a), *Circular Externa N° 0018*, Bogotá.
- _____ (2004b), “Plan de Choque para la reducción de la Mortalidad Materna” [en línea], <http://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/5.2.pdf> [15 de marzo de 2015].
- Colombia, Ministerio de Salud (2008), *Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes*, Bogotá.
- _____ (2006), *Protocolo de atención en salud para víctimas de violencia sexual*, Bogotá.
- Colombia, Ministerio de Educación (2008), “Programa de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía” [en línea], <http://www.mineducacion.gov.co/1621/w3-article-172102.html> [15 de marzo de 2015].
- Colombia, Ministerio de Desarrollo Social (2006), “Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva” [en línea], <http://www.hsph.harvard.edu/population/domesticviolence/colombia.reprohealth.03.pdf> [15 de marzo de 2015].
- Colombia, Corte Constitucional (2006), Sentencia C-355 de la Corte Constitucional sobre Despenalización del aborto por tres causales [en línea], <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2006/C-355-06.htm> [15 de marzo de 2015].
- Colombia, Departamento Nacional de Planeación (2005), Metas y estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2015: http://www.colombiaaprende.edu.co/html/familia/1597/articles-305252_compes091.pdf [15 de marzo de 2015].
- Colombia, Instituto Nacional de Salud (2007), “Protocolos de Vigilancia Epidemiológica” [en línea], <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Paginas/protocolos.aspx> [15 de marzo de 2015].
- Cortez, R., García Prado, A., Kok, H. y Largaespada, C. (2008), *Las casas maternas en Nicaragua*, Managua, Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo.
- Costa Rica, Ministerio de Salud (2010a), *Plan estratégico nacional de salud de las personas adolescentes 2010-2018*, San José.
- _____ (2010b), *Política Nacional de Sexualidad*, San José.
- _____ (1952), Dirección Nacional de Centros de Educación y Nutrición y de Centros Infantiles de Atención Integral [en línea], <http://www.cencinai.org/> [15 de marzo de 2015].
- Costa Rica, Caja Costarricense de Seguro Social (2009), *Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el período prenatal, parto y postparto*, San José.
- Cuba, Confederación de adolescencia y juventud de Iberoamérica y el Caribe (2012), “Programa Nacional de Salud para la Atención Integral en la Adolescencia” [en línea], <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Programa%20nacional%20de%20salud%20para%20la%20atenci%C3%B3n%20integral%20en%20la%20adolescencia%20%28Cuba%29.pdf> [20 de marzo de 2015].
- Cuba, Ministerio de Salud Pública (2001), *Planificación familiar y riesgo reproductivo*, La Habana.
- _____ (1962), “Ecured. Programa Materno Infantil en Cuba” [en línea], http://www.ecured.cu/index.php/Programa_Materno-infantil_en_Cuba [20 de marzo de 2015].

- Ecuador, Ministerio de Educación (2013), “Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENIPLA)” [en línea], <http://educacion.gob.ec/enipla/> [25 de marzo de 2015].
- Ecuador, Ministerio de Salud Pública (2008a), *Programa Integrado de Micronutrientes*, Quito.
- ____ (2008), “Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado” [en línea], <https://www.elpartoesnuestro.es/recursos/int-ecuador-guia-tecnica-atencion-parto-culturalmente-adecuado> [25 de marzo de 2015].
- El Salvador, Dirección Nacional de la Juventud (2011), *Política Nacional de Juventud y Plan de Acción 2011-2024*, San Salvador.
- El Salvador, Ministerio de Salud (2011a), *Estrategia de Atención en Nutrición y Desarrollo en la Primera Infancia*, San Salvador.
- ____ (2011b), *Plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna perinatal y neonatal 2011-2014*, San Salvador.
- ____ (2010), *Informe cumplimiento de derechos de la adolescencia*, San Salvador.
- ____ (2009), *Guía técnica para el sistema de vigilancia de la salud materno perinatal*, San Salvador.
- El Salvador, Ministerio de Salud y Asistencia Social (2007a), *Guía metodológica para uso del personal de salud: Círculos educativos para adolescentes embarazadas*, San Salvador.
- ____ (2007b), *Manual de Capacitación en Cuidados Obstétricos y Emergencias en el Marco de la Salud Reproductiva. Guía para Facilitadores*, San Salvador.
- El Salvador, diario oficial (2012), “Política de Salud Sexual y Reproductiva” publicado el 15 de agosto de 2012.
- Guatemala, Ministerio de Educación (2010), *Estrategia de educación Integral en Sexualidad y Prevención de la Violencia*, Ciudad de Guatemala.
- Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2010), *Plan de acción para la reducción de la mortalidad materna neonatal y mejoramiento de la salud reproductiva 2010-2015*, Ciudad de Guatemala.
- ____ (2008), *Modelo de atención integral y diferenciada para los y las adolescentes*, Ciudad de Guatemala.
- Guatemala, Organismo Judicial (2009), “Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva” [en línea], <http://www.oj.gob.gt/es/QueEsOJ/EstructuraOJ/UnidadesAdministrativas/CentroAnalisisDocumentacionJudicial/cds/CDs%20leyes/2005/pdfs/decretos/D087-2005.pdf> [1 de abril de 2015].
- Gutiérrez-Aguado, A. (2013), “Intervenciones del Programa Presupuestal por Resultados en Salud Materno-Neonatal”, *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, Instituto Nacional de Salud del Ministerio de Salud.
- Honduras, Secretaria de Salud, Secretaría de Estado en el Despacho de la Salud (2009), *Plan para la reducción acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez*, Tegucigalpa.
- Honduras, Secretaria de Salud (2010), *Normas nacionales para la atención materno-neonatal*, Tegucigalpa.
- ____ (1999), *Política Nacional de Salud Materno Infantil*, Tegucigalpa.
- Lahera, E. (2004), “Política y políticas públicas”, *serie Políticas sociales*, N° 95 (LC/L.2176-P), Santiago de Chile. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.04.II.G.103
- Maine y otros (1997), *Diseño y evaluación de programas para mortalidad maternal*, Centro para la población y salud familiar, Facultad de Salud Pública Universidad de Columbia.
- Martínez, M. A. y otros (2014), “Proyecto de estudio de mortalidad de mujeres en edad reproductiva”, documento presentado a la VI Reunión Relacsis, 10 al 12 noviembre en Bogotá.
- México, Gobierno Federal de Salud (2008), *Estrategia integral para acelerar la reducción de la Mortalidad Materna en México*, Ciudad de México.
- México, Subsecretaría de Prevención y Promoción de Salud (2010), Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva para los Adolescentes [en línea], <http://www.spps.gob.mx/programas-accion2013-2018.html> [1 de abril de 2015].
- ____ (2007a), Programa Sectorial de Salud [en línea], http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/prosesa/prosesa.html [15 de marzo de 2015].
- ____ (2007b), Arranque parejo de la vida [en línea], <http://www.spps.gob.mx/arranque-parejo-en-la-vida> [15 de marzo de 2015].
- Naciones Unidas (2014), *El estado de las parteras en el mundo 2014. Hacia el acceso universal a la salud, un derecho de la mujer*, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), International Confederation of Midwives, World Health Organization (WHO).

- _____ (1996), Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (A/CONF.177/20/Rev.1), Nueva York.
- _____ (1995), Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (A/CONF.171/13/Rev.1), Nueva York.
- Nicaragua, Ministerio de Salud (2008), *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Actuar hoy para asegurar un futuro mejor para todos*, Managua.
- Observatorio de Mortalidad Materna en México (2011) [en línea] Observatorio de Mortalidad Materna en México <http://www.omm.org.mx/index.php/estrategia-prioritaria-para-la-reduccion-de-la-mortalidad-materna-2011-12.html>
- Olavarría, M. (2007), *Conceptos Básicos en el Análisis de Políticas Públicas*, Instituto de Asuntos Públicos, Departamento de Gobierno y Gestión Pública, Universidad de Chile.
- Padron, M. (2003), “Intervenciones alimentarias y nutricionales en Cuba: Combatiendo las deficiencias de micronutrientes”, *Revista Cubana Salud Pública*, 282-283.
- Panamá, Ministerio de Salud (2009), *Política Nacional de Salud y Lineamientos Estratégicos*, Ciudad de Panamá.
- _____ (2005), “Programa de Salud de la Niñez y Adolescencia” [en línea], <http://www.minsa.gob.pa/programa/programa-de-salud-integral-de-ninez-y-adolescencia> [5 de abril de 2015].
- Panamá, Instituto Nacional de la Mujer (2009), *Política Pública de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres*, Ciudad de Panamá.
- Panamá, Ministerio de Salud (2007), Programa de Salud Sexual y Reproductiva [en línea], <http://www.minsa.gob.pa/programa/programa-salud-sexual-y-reproductiva> [5 de abril de 2015].
- _____ (1998), Programa de Salud Nutricional [en línea], <http://www.minsa.gob.pa/programa/programa-salud-nutricional> [1 de abril de 2015].
- Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2011), *Sistemas de Salud en Sudamérica: Desafíos hacia la integralidad y equidad*, Asunción.
- _____ (2009), *Plan Nacional de Salud Pública y Bienestar Social 2009-2013*, Asunción.
- Paraguay, Viceministerio de la Juventud (2011), *Plan Nacional de Juventud*, Asunción.
- Paraguay, Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición (2005), Programa Alimentario Nutricional Integral (PANI) [en línea], http://inan.gov.py/newweb/?page_id=260 [1 de abril de 2015]
- Perú, Ministerio de Salud (2012), Programa de Atención Integral de Salud de la adolescente y el adolescente [en línea], <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2011/saludfamiliar/adolescentes.html> [2 de mayo de 2015].
- _____ (2006), *Manual de orientación y consejería en salud sexual y reproductiva*, Lima.
- _____ (2005a), *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*, Lima.
- _____ (2005b), *Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural*, Lima.
- Perú, ESSALUD (2011), Resolución de Gerencia Central y Aseguramiento N° 034-GCAS-ESSALUD-2011, Trabajo y Promoción del Empleo, Lima.
- Programme des Nations Unies pour le développement, PNUD (2014), *Rapport OMD Objectifs du Millénaire pour le développement 2013. Haïti un nouveau regard*, Port-au-Prince.
- República Dominicana (2012), *Plan de Acción del Programa de País entre el Gobierno de la República Dominicana y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) 2012-2016*, Santo Domingo.
- República Dominicana, Ministerio de Salud Pública (2013), *Plan Estratégico Nacional de Nutrición 2013-2016*, Santo Domingo.
- Rodríguez V., J. (2006), “Pobreza y población: Enfoques, conceptos y vínculos con las políticas públicas con especial referencia a la experiencia y la situación de América Latina”, documento presentado a la Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CELADE-División de Población y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), 14 y 15 de noviembre 2006, Santiago de Chile.
- Ruiz, M. (2005), *La mortalidad materna en Colombia, 1998-2001: ¿cuánto ha mejorado su estimación?*, UNFPA-MAVDT-UEC, 133-157.
- Singh S, D. J. (2014), *Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health 2014*, New York, Guttmacher Institute.
- Sistema de Información sobre la Primera Infancia en América Latina (2002), Sistema de Información sobre la Primera Infancia en América Latina [en línea], <http://sipi.siteal.org/normativas/25/ley-ndeg-24262002-ley-del-seguro-universal-materno-infantil-sumi> [20 de enero de 2015].

- UNFPA (2014), The Global Programme to Enhance Reproductive Health Commodity Security Annual Report 2013, United Nations Population Fund.
- _____(2006), Maternal Mortality Update 2006. Expectation and Delivery: Investing in Midwives and Others with Midwifery Skills.
- United Nations (2013), The Millennium Development Goals Report 2013.
- Uruguay, Ministerio de Salud Pública (2012), Decreto de Ley N° 18.987, Montevideo.
- Uruguay (2015), “Administración de los Servicios de Salud del Estado” [en línea], http://www.asse.com.uy/index_1.html [1 de marzo de 2015].
- Uruguay, Ministerio de Salud Pública (2014), Plan Nacional de Salud Perinatal y Primera Infancia, Montevideo.
- _____(2012), *Abordaje de la Salud Sexual y Reproductiva en Personas Con Discapacidad*, Montevideo.
- _____(2010), *Guía Para Implementar Servicios para la Atención de la Salud Sexual y Salud Reproductiva en las Instituciones Prestadoras de Salud*, Montevideo.
- _____(2007), *Programa Nacional de Salud Adolescente*, Montevideo.
- _____(2005), *Programa de Salud de la Mujer y Género*, Montevideo.
- Uruguay (2006), “Administración Nacional de Educación Pública” [en línea], <http://www.anep.edu.uy/anep/index.php/dspe-programa-de-educacion-sexual> [15 de marzo de 2015].
- Uruguay, Poder Legislativo (2008), *Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, Ley N° 18.426*, Montevideo.
- Venezuela (República Bolivariana de), Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2004), *Norma oficial para la atención integral de la salud sexual y reproductiva*, Caracas.
- Venezuela (República Bolivariana de), Ministerio del Poder Popular para la Salud (2010), *La Misión Niño Jesús*, Caracas.
- WHO (2014), Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division I. World Health Organization.
- _____(2013), Maternal death surveillance and response: technical guidance information for action to prevent maternal death.
- _____(2005), Informe sobre la salud en el mundo 2005, ¡Cada madre y cada niño contarán!



NACIONES UNIDAS

Serie**CEPAL****Población y Desarrollo****Números publicados**

Un listado completo así como los archivos pdf están disponibles en

www.cepal.org/publicaciones

112. Políticas públicas en América Latina para la reducción de la mortalidad materna, 2009-2014, Alejandra Burgos Bizama (LC/L.4096), 2015.
111. Hacia la armonización de las estimaciones de mortalidad materna en América Latina. Actualización y ampliación a los 20 países de la región, Magda Ruiz Salguero, Tim Miller, Lina Márquez y María Cecilia Villarroel (LC/L.4095), 2015.
110. Migración internacional y envejecimiento demográfico en un contexto de migración Sur-Sur: el caso de Costa Rica y Nicaragua, Leandro Reboiras (LC/L.4092), 2015.
109. Tendencias y patrones de la migración latinoamericana y caribeña hacia 2010 y desafíos para una agenda regional, Jorge Martínez Pizarro, Verónica Cano Christiny y Magdalena Soffia Contrucci (LC/L.3914), 2014.
108. Hacia la armonización de las estimaciones de mortalidad materna en América Latina: hallazgos de un estudio piloto en ocho países, María Isabel Cobos, Tim Miller y Magda Ruiz Salguero (LC/L.3735), 2013.
107. Reproducción temprana en Centroamérica: escenarios emergentes y desafíos, Jorge Rodríguez Vignoli, (LC/L.3636), 2013.
106. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: Avances en América Latina, 2009-2011, Katherine Páez, (LC/L.3508), 2012.
105. Migración interna y sistema de ciudades en América Latina: intensidad, patrones, efectos y potenciales determinantes, censos de la década de 2000, Jorge Rodríguez Vignoli, (LC/L.3351), (US\$ 10.00), 2011.
104. La crisis actual y la salud, Álvaro Franco Giraldo, (LC/L.3318-P), N° de venta: S.11.II.G.37 (US\$ 10.00), 2011.
103. Las personas con discapacidad en América Latina: del reconocimiento jurídico a la desigualdad real, María Fernanda Stang Alva, (LC/L.3315-P), N° de venta: S.11.II.G.33 (US\$ 10.00), 2011.
102. La transición de la salud sexual y reproductiva en América Latina. 15 años después de El Cairo – 1994, Laura Rodríguez Wong e Inez H. O. Perpétuo, (LC/L.3314-P), N° de venta: S.11.II.G.32 (US\$ 10.00), 2011.
101. Evaluación de la experiencia censal reciente sobre vivienda y hogar, Camilo Arriagada Luco, (LC/L.3312-P), N° de venta: S.11.II.G.30 (US\$ 10.00), 2011.
100. La protección de la salud en el marco de la dinámica demográfica y los derechos, Sandra Huenchuan, (LC/L.3308-P), N° de venta: S.11.II.G.27 (US\$ 10.00), 2011.
99. Familia y nupcialidad en los censos latinoamericanos recientes: una realidad que desborda los datos, Magda Ruiz Salguero y Jorge Rodríguez Vignoli, (LC/L.3293-P), N° de venta: S.11.II.G.15 (US\$ 10.00), 2011.
98. Viejos y nuevos asuntos en las estimaciones de la migración internacional en América Latina y el Caribe, Laura Calvelo, (LC/L.3290-P), N° de venta: S.11.II.G.12 (US\$ 10.00), 2011.
97. Una mirada desde América Latina y el Caribe al Objetivo de Desarrollo del Milenio de acceso universal a la salud reproductiva, Maren Andrea Jiménez y Jorge Rodríguez Vignoli, (LC/L.3276-P), N° de venta: S.11.II.G.9 (US\$ 10.00), 2011.
96. Inserción laboral y acceso a mecanismos de seguridad social de los migrantes en Iberoamérica, Alicia Maguid y Viviana Salinas Ulloa, (LC/L.3265-P), N° de venta: S.10.II.G.70 (US\$ 10.00), 2010.
95. Migración y salud en zonas fronterizas: informe comparativo sobre cinco fronteras seleccionadas, Alejandro I. Canales, Jorge Martínez Pizarro, Leandro Reboiras Finardi y Felipe Rivera Polo, (LC/L.3250-P), N° de venta: S.10.II.G.55 (US\$ 10.00), 2010.

POBLACIÓN
Y

DESARROLLO

112

POBLACIÓN
Y

DESARROLLO

POBLACIÓN Y DESARROLLO

Series

C E P A L

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
ECONOMIC COMMISSION FOR LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN
www.cepal.org