

PLAN DE ACCIÓN PARA LA DISMINUCIÓN ACELERADA DE LA MORTALIDAD MATERNA Y DE LA MORBILIDAD MATERNA SEVERA

Paraguay 2012





PLAN DE ACCIÓN PARA LA DISMINUCIÓN
ACCELERADA DE LA MORTALIDAD
MATERNA Y DE LA MORBILIDAD
MATERNA SEVERA

Paraguay 2012

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

MINISTRO

Prof. Dr. Antonio Arbo Sosa

VICE MINISTRO

Dr. Félix Ayala

DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMAS DE SALUD

Dra. Graciela Gamarra

DIRECTORA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Prof. Dra. Rita de Etcheverry

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

Paraguay, Setiembre 2012

TABLA DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN	7
INTRODUCCIÓN.....	9
PROPUESTA.....	15
ÁREA ESTRATÉGICA 1:.....	16
OBJETIVO 1:.....	16
INTERVENCIONES DE IMPACTO	16
META:.....	16
INDICADORES	16
ACTIVIDADES A NIVEL REGIONAL	17
ACTIVIDADES A NIVEL NACIONAL	17
ÁREA ESTRATÉGICA 2:.....	17
OBJETIVO 2:.....	18
INTERVENCIONES DE IMPACTO	18
METAS.....	18
INDICADORES	18
ACTIVIDADES A NIVEL REGIONAL	19
ACTIVIDADES A NIVEL NACIONAL	19
ÁREA ESTRATÉGICA 3:.....	20
OBJETIVO 3: HAY QUE ELEGIR UNO.....	20
INTERVENCIONES DE IMPACTO	20
META	20
INDICADORES	20
ACTIVIDADES A NIVEL REGIONAL	21
ACTIVIDADES A NIVEL NACIONAL	21
INTERVENCIONES DE IMPACTO	21
ÁREA ESTRATÉGICA 4:.....	21
OBJETIVO 4:.....	21
META	21
INDICADORES	21
ACTIVIDADES A NIVEL REGIONAL	22
ACTIVIDADES A NIVEL NACIONAL	22
MONITOREO, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN	22

Presentación

La muerte de una madre es uno de los eventos más impactantes en la sociedad. Deja una herida profunda y dolorosa que marca el futuro de esa familia, con fuerte impacto en el desarrollo y bienestar de los huérfanos. Estamos decididos a realizar el esfuerzo necesario para saldar esa deuda social pendiente con las mujeres y las familias del Paraguay.

Este Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y la Morbilidad Materna Grave plasman en estrategias y acciones la voluntad política de un Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social comprometido con la gente y con sus derechos. La construcción de una política sanitaria justa, equitativa e integradora que permita un desarrollo con rostro humano necesita de los esfuerzos de todos y todas.

Las estrategias establecidas en este Plan han demostrado su efectividad a lo largo y ancho de nuestro planeta, logrando un mejor nivel de salud para la madre y su niño/a y acercando a aquellos países que han realizado el esfuerzo, de manera efectiva y sostenida, a una maternidad más segura y saludable. Solicito a autoridades, líderes, profesionales y técnicos de la salud, a funcionarios de este Ministerio y de otros entes sociales y de salud su compromiso incondicional con este Plan, con la mujer paraguaya y con el bienestar de toda la población.

Todos y todas podemos y debemos aportar en esta iniciativa efectiva,

Prof. Dr. Antonio Arbo Sosa, Ministro

Introducción

El Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y la Morbilidad Materna Grave es un paso más para mejorar la salud de las mujeres, que contribuye a los esfuerzos que se vienen implementando en el Paraguay y que responde a una problemática nacional de gran impacto y a una deuda social pendiente. Este Plan se enmarca en una estrategia regional para el logro del Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) 5. Además, la salud de la mujer y en particular, los aspectos vinculados con la maternidad, se han abordado en varios foros internacionales como la Conferencia sobre Maternidad sin Riesgo, celebrada en Nairobi en 1987, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994, la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, en Beijing en 1995 y está basado en el Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas (1990); la resolución sobre “Población y Salud Reproductiva (1998); la Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas (2002), la Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño (2008) y el Plan de Acción sobre la Salud de los Adolescentes y los Jóvenes (2009). También incluye otros temas como hospitales seguros y redes integradas de servicios de salud (2009). Por otro lado,

los ministros de salud de la Región declararon en el párrafo 53 de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 que “La salud sexual y reproductiva es un tema prioritario en esta Región. Es imprescindible proveer a la mujer una atención continua, que se inicia con los cuidados en la etapa preconcepcional y prosigue durante el embarazo, el parto y el puerperio; incluyendo la atención del recién nacido”, para disminuir las desigualdades en materia de salud entre los países y en el interior de los mismos.

En este Plan de acción se propone que en el período 2012 - 2017 se intensifiquen las intervenciones clave de eficacia comprobada para reducir la morbimortalidad materna en áreas estratégicas, que promuevan el acceso universal de las mujeres a una atención en salud de calidad, con enfoque de derechos e interculturalidad.

El Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2009 – 2013 tiene como primer ámbito funcional el de la Maternidad Segura, demostrando así la importancia de este tema en las políticas públicas actuales. En el ámbito de la Maternidad Segura se desarrollan 4 líneas de acción:

- **Línea de Acción 1**

Salud de la mujer no embarazada, incluyéndose por primera vez en Paraguay una política explícita de salud preconcepcional. Esta

línea de acción tiene como resultado esperado: Las mujeres no embarazadas tienen la posibilidad de verificar su estado de salud antes de un proceso reproductivo (etapa preconcepcional), mediante consultas realizadas en los servicios de salud.

- **Línea de Acción 2**

Prenatal oportuno y adecuado. Esta línea de acción esta enfocada al logro del siguiente resultado esperado: Las mujeres embarazadas consultan al servicio de salud, a partir del primer trimestre de su embarazo, para su atención prenatal, realizada conforme a las normas nacionales, basadas en documentos de la OMS.

- **Línea de Acción 3**

Parto realizado por personal calificado y en ambiente habilitante calificado. El resultado esperado de esta línea de acción es: Las mujeres y recién nacidos reciben asistencia oportuna, adecuada y de calidad en el momento del parto y durante el puerperio.

- **Línea de Acción 4**

Resolución de las Emergencias Obstétricas y Neonatales. Resultado Esperado: Las mujeres y sus bebés que sufren una complicación obstétrica o neonatal reciben la atención inmediata, adecuada y eficaz conforme a normas, protocolos de atención y prácticas basadas en la evidencia científica.

Se debe destacar también que los demás ámbitos funcionales del Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2009 - 2013 refuerzan, apoyan y complementan al de Maternidad Segura en un efecto sinérgico, con enfoque integral. Estos otros ámbitos son:

- II. Planificación Familiar.
- III. Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).
- IV. Educación de la Sexualidad. Trabajo con niños, niñas, jóvenes y adolescentes.
- V. Prevención y Atención a otras enfermedades, daños y disfunciones que afectan la salud sexual y reproductiva.
- VI. Prevención y Atención a personas en situación de Violencia Sexual y Violencia Basada en Género (VBG).
- VII. Abogacía, Comunicación Educativa y Participación.
- VIII. Monitoreo y Evaluación.

Este Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y la Morbilidad Materna Grave complementa y refuerza las estrategias y acciones establecidas en el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2009 - 2013, buscando así un positivo y acelerado impacto en la salud de la población.

La Constitución Nacional del Paraguay en su artículo 68 establece: “El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad. Nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades”. Por otro lado, el artículo 61 establece: “El Estado reconoce el derecho de las personas a decidir libre y responsablemente el número y la frecuencia del nacimiento de sus hijos, así como a recibir, en coordinación con los organismos pertinentes, educación, orientación científica y servicios adecuados en la materia. Se establecerán planes especiales de salud reproductiva y salud materno in-

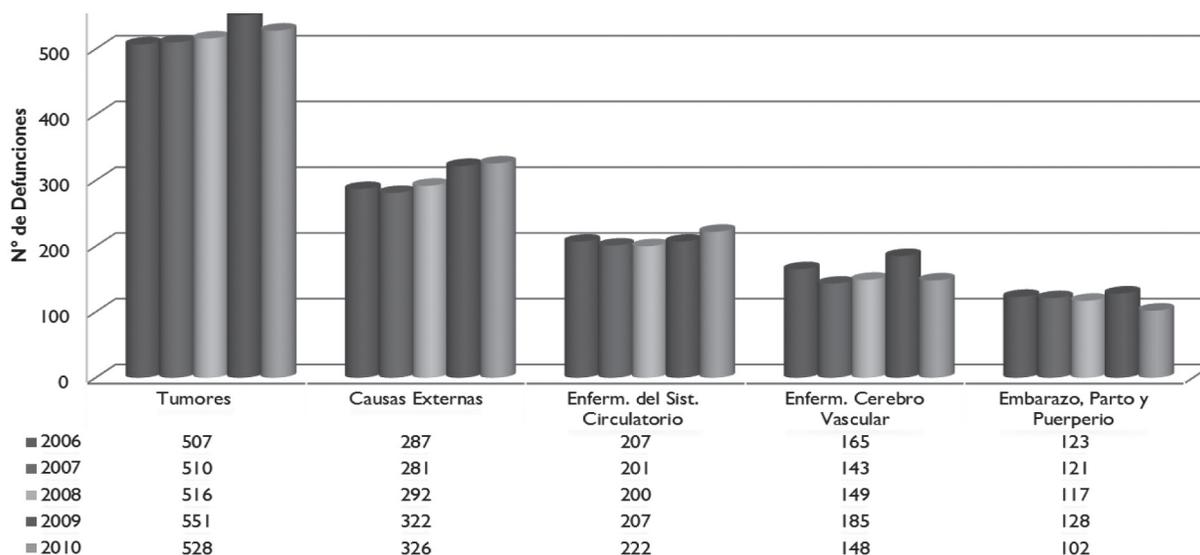
fantil para la población de escasos recursos”. Además, el Código Sanitario establece en su artículo 19: “Corresponde al Sector Salud, bajo la supervisión y control del Ministerio, promover, orientar y desarrollar programas de investigación, información, educación y servicios medico-sociales dirigidos a la familia y todo lo relacionado con la reproducción humana, vigilando que ellos se lleven a cabo con el debido respeto de los derechos fundamentales del ser humano y a la dignidad de la familia.

Análisis de la situación

Acelerar el descenso de la mortalidad materna en Paraguay constituye uno de los desafíos más importantes en el área de la salud

pública. El derecho de toda mujer y de su bebe de no perder la vida por causas prevenibles relacionadas al proceso reproductivo aun no tiene una vigencia aceptable en el país. Conforme al informe de Indicadores Básicos de Salud del 2010 para los países de América Latina y el Caribe, hubo 9.500 muertes maternas lo que representa una razón de mortalidad materna (RMM) de 88.9 por 100.000 nacidos vivos. Nueve países de la Región muestran cifras de RMM por encima del promedio regional entre los que figura Paraguay.

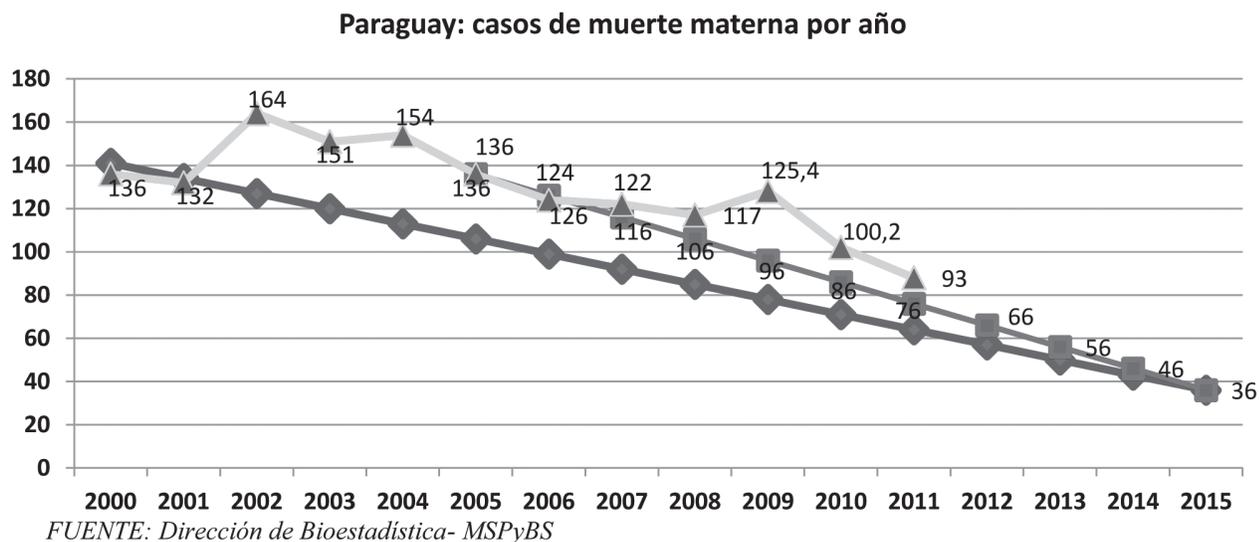
En Paraguay, las muertes maternas constituyen la cuarta causa de muerte en mujeres de 10 a 54 años, como puede observarse en el gráfico siguiente.



El seguimiento de los casos de muerte materna registrados muestra un fuerte tendencia al descenso, producto seguramente, de las políticas implementadas en los últimos años, orientadas a fortalecer los pilares de la maternidad segura: acceso a servicios y a insumos de planificación familiar, a la aten-

ción prenatal, del parto y de las emergencias obstétricas.

A pesar del descenso observado quedan aun medidas y estrategias que fortalecer para lograr una maternidad segura para las paraguayas ya que una gran proporción de las muertes actuales son prevenibles.



Las causas de muerte materna han tenido ligeras variaciones a los largo de los años, pero manteniendo la presencia importante

de las causas mas comunes que son el aborto, las hemorragias y la toxemia.

Defunciones Maternas por Causas según Regiones Sanitarias de residencia de la fallecida Paraguay. Año 2011 (*)

Regiones Sanitarias de Residencia	CAUSAS							Total	
	Aborto	Toxemia	Hemorragia	Sepsis	Tétanos	Sida	Otras complicaciones		
1. Concepción	0	2	0	0	0	0	3	5	1. Aborto (000-007)
2. San Pedro	3	3	3	0	0	0	0	9	2 Toxemia (010-016)
3. Cordillera	1	1	0	0	0	0	1	3	3. Hemorragia (020; 044-046; 067;072)
4. Guairá	2	0	0	1	0	0	1	4	4. Sepsis (075.3; 085)
5. Caaguazú	0	2	2	0	0	0	2	6	5.Tétanos Obstétrico (A34)
6. Caazapá	2	1	0	0	0	0	2	5	6. SIDA (B20-B24)
7. Itapúa	3	1	0	0	0	0	3	7	7. Otras complicaciones del Embarazo, Parto y Puerperio
8. Misiones	0	0	0	0	0	0	0	0	(021-029; 030-043; 047-048; 060-066;068-071; 073-075;086-092;095-099)
9. Paraguari	0	0	0	0	0	0	1	1	Fuente: Dpto. de Información Bioestadística. M.S.P.& B.S. - D.G.P.S.
10. Alto Paraná	3	1	3	0	0	0	5	12	
11. Central	6	3	5	2	0	0	4	20	
12. Ñeembucú	0	0	1	0	0	0	1	2	
13. Amambay	0	1	0	1	0	0	0	2	
14. Canindeyú	0	0	1	0	0	0	2	3	
15. Pdte. Hayes	1	2	0	0	0	0	0	3	
16. Boquerón	0	0	0	1	0	0	0	1	
17. Alto Paraguay	0	1	0	0	0	0	0	1	
18. Capital	1	0	1	1	0	0	6	9	
Total	22	18	16	6	0	0	31	93	

Un punto a tener en cuenta, relacionando la distribución de las muertes maternas con la distribución de la población es que el peso de la mortalidad materna se expresa de manera diferente en los departamentos, siendo mas importante en poblaciones mas pobres como Concepción (con solo el 3% de la po-

blación del país tiene el 6% de las muertes maternas registradas), San Pedro y Caazapá. En cambio el Departamento Central, que rodea a la capital del país y tiene el 33% de la población nacional (1 de cada 3 habitantes) solo cuenta con el 20% de los casos de muerte materna (1 de cada 5 muertes).

Mortalidad Materna por Regiones Sanitarias Paraguay. Año 2011 (*)

Regiones Sanitarias de Residencia	Nacidos Vivos	Def.	Razón
1. Concepción	4,223	5	118.4
2. San Pedro	6,479	9	138.9
3. Cordillera	4,092	3	73.3
4. Guairá	2,949	4	135.6
5. Caaguazú	7,705	6	77.9
6. Caazapá	2,392	5	209.0
7. Itapúa	7,286	7	96.1
8. Misiones	1,852	0	0.0
9. Paraguari	3,079	1	32.5
10. Alto Paraná	13,964	12	85.9
11. Central	30,595	20	65.4
12. Ñeembucú	892	2	224.2
13. Amambay	2,735	2	73.1
14. Canindeyú	3,112	3	96.4
15. Pdte. Hayes	2,010	3	149.3
16. Boquerón	1,420	1	70.4
17. Alto Paraguay	242	1	413.2
18. Capital	9,529	9	94.4
Extranjeros	250	0	0.0
Total	104,806	93	88.7

Razón registrada por 100.000 Nacidos Vivos (*)

Los datos proporcionados son provisorios, sujetos a modificación

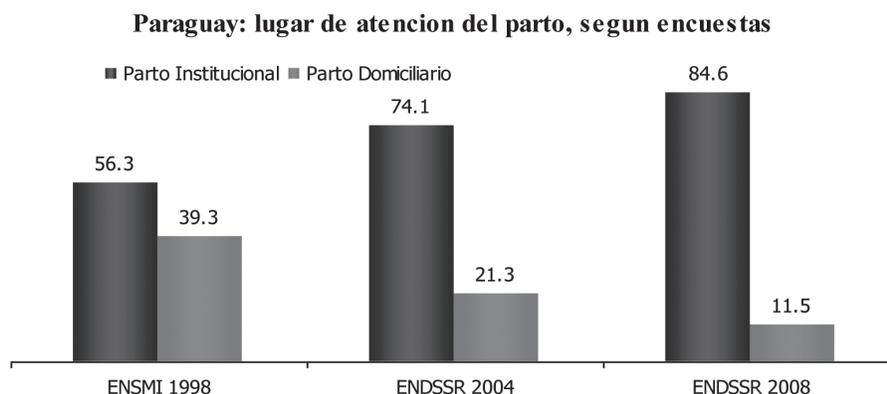
Fuente: Subsistema de Información de las Estadísticas Vitales (SSIEV)

A través de los años, en las diferentes encuestas de salud sexual y reproductiva realizadas, se ha observado un importante aumento del parto institucional en el Paraguay, así como una destacable cobertura de la atención prenatal. Estas situaciones juntamente con los

avances de la estrategia DAIA (Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos) que aumentó el acceso a la planificación familiar de las mujeres, en especial de las más pobres, seguramente son responsables de la paulatina disminución de los casos de muerte materna registrados.

Se debe destacar sin embargo que la disminución de casos se debe tomar como tal solo si se tiene la seguridad de contar con un efectivo sistema de vigilancia de la morbi-mortalidad materna que asegure un mínimo nivel de subregistro y por lo tanto refleje la realidad a nivel nacional. Otro punto que se debe tener en cuenta es que, a pesar de los esfuerzos, los avances no han sido muy significativos en la resolución de las emergencias obstétricas contándose, en el interior, con pocos hospitales con los recursos humanos calificados, de infraestructura y de insumos

que asegure los Cuidados Obstétricos y Neonatales Ampliados, como ser por ejemplo, contar con guardias 24/7 (24 horas, 7 días a la semana, todo el año) de profesionales de salud adecuados, banco de sangre, farmacias y laboratorios plenamente funcionantes también en guardias 24/7, sistema de referencia de pacientes oportuno, con ambulancias disponibles y en buen estado, acceso a terapias intensivas tanto para la madre como para el neonato, disponibilidad asegurada de medicamentos/insumos para las emergencias obstétricas, etc.



En el estudio de muchos de los casos de muerte materna registrados, se observa que no se ha logrado aun un nivel de calidad de atención y/o de acceso oportuno a servicios que asegure que las muertes maternas por causas más comunes serán prevenidas eficientemente. Sin embargo se han realizado importantes avances: en el grafico siguiente se observa que los médicos atienden más de la mitad de los partos institucionales en la red del Ministerio de Salud y que esta proporción está aumentando con los años.

En el análisis de la participación del médico en la atención del parto, se debe tener en cuenta el porcentaje de partos que se produ-

cen por vía de la cesárea. En los últimos años, en promedio, un tercio de los partos (34,4%) han sido por vía de la cesárea en el Paraguay, con importantes variaciones departamentales yendo de 16% en el Depto. de Pdte. Hayes hasta 43% en Misiones.

Otro aspecto a tener en cuenta es la falta de una implementación decidida de una política de salud sexual y reproductiva orientada a adolescentes y jóvenes que incluya estrategias de acceso a educación de la sexualidad. Las adolescentes y jóvenes han constituido el 25,5% de las muertes maternas en el año 2011.

DEFUNCIONES MATERNAS SEGÚN EDAD Y RESIDENCIA. AÑO 2011

Reg. Sanitarias	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Ign.	TOTAL
CONCEPCION		2				2	1			5
SAN PEDRO		1	1	3	2	1	1			9
CORDILLERA				1		1	1			3
GUAIRA		1	1			1	1			4
CAAGUAZU		1			3	1	1			6
CAAZAPA		1			3			1		5
ITAPUA		1	3	1		2				7
MISIONES										0
PARAGUARI			1							1
ALTO PARANA		1	4	3	4					12
CENTRAL		2	7	1	3	4	3			20
ÑEEMBUCU				1			1			2
AMAMBAY		1		1						2
CANINDEYÚ			2			1				3
PTE.HAYES		2	1							3
ALTO PARAGUAY		1								1
BOQUERÓN				1						1
ASUNCION			2	2	3	2				9
TOTAL	0	14	22	14	18	15	9	1	0	93

Fuente: Certificados de Defunción Recepcionados en la Dirección de Bioestadística. M.S.P.& B.S. - D.G.P.S.

Por último, se debe destacar la necesidad de reactivar y/o fortalecer el Sistema Informático Perinatal, SIP y la Vigilancia Epidemiológica de la Salud, Morbilidad y Mortalidad Materna y Neonatal, VESMMN en todos los niveles del sistema público de salud, cuya valiosa información facilitaría un buen gerenciamiento de la estrategia de la Maternidad Segura permitiendo reacciones rápidas y adecuadas en respuesta a las realidades detectadas.

Propuesta

La mortalidad y morbilidad materna prevenibles que existen actualmente son expresión de inequidad y desigualdad y de falta

de empoderamiento de las mujeres. Si bien es cierto que los determinantes socioeconómicos, culturales y ambientales son factores clave que intervienen en la disminución de la morbilidad y mortalidad maternas, en el sector de la salud pueden tomarse ciertas medidas concretas destinadas directamente a su disminución. Algunas de ellas son la organización de los establecimientos de salud para mejorar los servicios para la mujer en cuestiones de planificación familiar, atención antes del embarazo, en el período prenatal, en el parto y en el puerperio. Con este Plan de Acción se abordan directamente elementos críticos que pueden ayudar a prevenir las

mueres maternas y la morbilidad grave.

El Plan de Acción tiene como objetivos generales los siguientes:

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

Este Plan se ejecutará entre los años 2012 y 2017 mediante el fortalecimiento de las alianzas a diferentes niveles, con otros integrantes del sistema nacional de salud, como ser: el Instituto de Previsión Social, Sanidad Militar, Sanidad Policial, sociedades científicas, entidades formadoras y la sociedad civil.

Se han identificado y priorizado cuatro áreas estratégicas y las intervenciones que han demostrado ser beneficiosas para la salud materna y perinatal.

Área estratégica 1:

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

Objetivo 1:

Aumentar el uso informado y voluntario de métodos anticonceptivos modernos en las mujeres en edad reproductiva, haciendo énfasis en el grupo de adolescentes.

Intervenciones de impacto

Aumentar la cobertura de métodos anticonceptivos (incluyendo los métodos anticonceptivos de emergencia) y la disponibilidad de servicios de consejería en planificación familiar antes de la concepción y luego de un suceso obstétrico.

Meta:

1. El Paraguay habrá aumentado la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos a 75% disminuyendo las brechas entre mujeres de diferente nivel socioeconómico y en adolescentes.
2. 100% de los servicios hospitalarios de la red pública cuentan con PAE (Píldora de Anticoncepción de Emergencia) disponible en sus consultorios y en urgencias 24/7 (24 hs., los 7 días de la semana).
3. Reducción al 18% del aborto como causa de muerte materna.

Indicadores

1. Tasa de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos por mujeres en edad reproductiva, desglosados según la edad, nivel socioeconómico y residencia rural/ urbana. (Línea de base 70,7%. Meta: 75%). Este dato se tendrá si se realiza la encuesta nacional de SSR.
2. Número de Anticonceptivos distribuidos y APP producidos en el sector público, por Región Sanitaria, incluida la Anticoncepción post evento así como actividades de IEC realizadas.
3. Porcentaje de servicios de la red pública que ofrecen por lo menos 3 métodos anticonceptivos modernos.
4. Porcentaje de muertes maternas debidas al aborto reducidas al 18%. (Línea de base: 24% según datos preliminares del 2011. Meta: 18%.)
5. Porcentaje de servicios hospitalarios de la red pública que cuentan con PAE disponible en sus consultorios y urgencias 24/7 (24 hs., los 7 días de la semana).

Actividades a nivel regional (en las Américas)

1. Participar en actividades de promoción con una gama amplia de actores, que contemplen los factores de información, cultural, social y religiosos que inciden en la prestación de servicios de planificación familiar
2. Difundir los manuales a) Planificación familiar: un manual mundial para proveedores; b) Herramienta de toma de decisiones para clientes y proveedores de planificación familiar; y c) Criterios médicos de elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos, elaborados por la Organización Mundial de la Salud, Así como el formulario de consentimiento informado para AQV.
3. Organizar actividades de capacitación incluyendo calidad de atención con los instrumentos enunciados.
4. Apoyar la iniciativa de seguridad anti-conceptiva, para la compra y logística de insumos anticonceptivos a través de la estrategia DAIA.

Actividades a nivel nacional

1. Formular y/o adoptar leyes y marcos reglamentarios nacionales para garantizar el acceso universal a métodos anticonceptivos modernos, con enfoque de derechos.
2. Velar por que los adolescentes tengan acceso a la información y a servicios amigables de salud sexual y reproductiva, promoviendo la postergación del inicio de las relaciones sexuales y la toma de decisiones informadas.
3. Promover planes y programas que favorezcan el espaciamiento de los embarazos.
4. Implementar actividades de promoción

de servicios de Planificación Familiar, con consejería y entrega gratuita de insumos a las personas que lo necesiten y/o soliciten en todos los establecimientos del Ministerio de Salud, en el IPS, y otras instituciones, como los servicios de sanidad militar y policial y los servicios de las Municipalidades así como gobernaciones y otros.

5. Implementar el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en el ámbito de planificación familiar con su correspondiente presupuesto, de acuerdo a las necesidades de los distintos grupos de personas, con un enfoque que tenga en cuenta las particularidades culturales.
6. Ejecutar actividades de capacitación, con enfoque de derechos, para el personal de salud con especial énfasis en la Atención Primaria de Salud y en los métodos anticonceptivos modernos, incluyendo la PAE.
7. Promover el suministro y la logística de los Anticonceptivos en la atención primaria de salud y en los demás componentes de la red de servicios públicos de salud.
8. Fortalecer los comités nacionales y locales de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Morbilidad y Mortalidad Materna y Neonatal, VESMMN, e instarlos a incluir en su agenda la prevención de los embarazos no deseados.
9. Poner en práctica estrategias de comunicación social en materia de salud sexual y reproductiva.

Área estratégica 2:

Acceso universal a servicios de atención materna de calidad en la red integrada del sistema público de salud.

Objetivo 2:

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

Intervenciones de impacto

1. Acceso a la atención de calidad para los períodos pregestacional, prenatal, del parto y puerperal, por nivel de atención materna y perinatal, con un enfoque por Regiones Sanitarias, en todo el país.
2. Normas y protocolos de atención de salud sexual y reproductiva basadas en prácticas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud y/o la Organización Panamericana de la Salud.
3. Fortalecer un sistema de referencia y contra referencia que asegure la atención oportuna y adecuada de la mujer y del recién nacido.
4. Implementar acciones de prevención y detección de la violencia intrafamiliar durante el embarazo.

Metas

1. El 80% de las embarazadas bajo control en la red pública, con pruebas de VIH y Sífilis ofrecidas y realizadas.
2. Embarazadas bajo control en la red pública, reciben vacuna antitetánica y anti influenza conforme a normas.
3. El 70% de las embarazadas consultan antes del cuarto mes en la red pública.
4. El 90% de los establecimientos de la red pública reportan utilizar las normas establecidas para la atención materna y neonatal.
5. Aumento del porcentaje de partos institucionales atendidos en relación a los nacimientos esperados en un 10%.

6. Las 18 Regiones Sanitarias tendrán por lo menos un establecimiento con alto nivel de resolución de las emergencias obstétricas y un sistema de referencia de emergencias obstétricas funcionando.
7. Implementar un programa nacional de detección, prevención y atención de violencia intrafamiliar.

Indicadores

1. Porcentaje de embarazadas atendidas que se realizaron las pruebas para VIH y sífilis, en la red del Ministerio de Salud (Línea de base: 2011 56%)
2. Dosis de vacunas antitetánicas y anti influenza aplicadas a embarazadas.
3. Tasa de incidencia de sífilis congénita (Línea de base: 2011: 10,83 con Sífilis congénita por 1.000 nacidos vivos)
4. Número de partos atendidos en la red pública en relación a los nacimientos esperados, por Región Sanitaria. (Línea de base: 2011: 65,6%)
5. Porcentaje de controles prenatales que se inician antes del cuarto mes en la red del Ministerio de Salud (Línea de base: 2011: 31,5%)
6. Numero de Regiones Sanitarias que tienen, por lo menos, un establecimiento con alto nivel de resolución de las emergencias obstétricas y un sistema de referencia de emergencias obstétricas funcionante.
7. Porcentaje de establecimientos de la red pública, que atienden parto, que no han presentado desabastecimiento de oxitocina en los últimos 6 meses, conforme a evaluación anual.
8. Porcentaje de Establecimientos de la red pública, que no han presentado desabastecimiento de sulfato de magnesio o

labetalol o alfametildopa en los últimos 6 meses, conforme a evaluación anual.

9. Porcentaje de establecimientos de la red pública, que atienden emergencias obstétricas, que no han presentado desabastecimiento de sangre segura en los últimos 6 meses, conforme a evaluación anual.
10. Número de establecimientos en la red pública que han implementado actividades de prevención, detección y atención de la violencia intrafamiliar. (línea de base 0)
11. Porcentaje de partos realizados por vía de la cesárea, por Región Sanitaria, en la red del Ministerio de Salud. (Línea de base 2011:34,4%)

Actividades a nivel regional

1. Difundir las guías basadas en pruebas científicas de la OMS, que abarcan desde los cuidados pregestacionales hasta el puerperio, así como las Guías para el Continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido, focalizadas en APS.
2. Difundir las tecnologías perinatales elaboradas por el CLAP/SMR y la OPS.
3. Difundir la propuesta de Hogares Maternos en las localidades alejadas de un Servicio de Salud con capacidad resolutoria de emergencias obstétricas.
4. Difundir manuales de urgencias obstétricas y de mejoramiento de la eficiencia.
5. Difundir guías sobre detección precoz, prevención y tratamiento de la violencia intrafamiliar.
6. Difundir la biblioteca virtual de salud sexual y reproductiva de la OMS.
7. Dar a conocer los modelos exitosos en la Región, relacionados con la salud mater-

na y perinatal además de los recabados en la Iniciativa Maternidad Segura.

8. Promover la vacunación de las embarazadas contra el virus de la gripe por H1N1 u otros virus emergentes de la gripe.

Actividades a nivel nacional

1. Formular e implementar políticas públicas que promuevan el acceso universal a servicios de maternidad de buena calidad, con enfoque de derechos.
2. Formular, ejecutar, monitorear y evaluar este Plan y el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, que contenga un ámbito sobre Maternidad Segura con enfoque intercultural y de derechos.
3. Implementar actividades de capacitación y actualización para el personal de salud, basados en la atención primaria de salud, desde los cuidados pregestacionales hasta el puerperio.
4. Monitorear sistemáticamente la calidad de los controles prenatales (registro adecuado de la tensión arterial, altura uterina, peso, anemia y proteinuria; tamizaje de sífilis/ VIH; consejería en nutrición e información sobre signos de alarma; información sobre planificación familiar, promoción de la lactancia materna, etc.) y la cobertura de vacunación contra el virus de la influenza y el tétanos, así como del Papanicolaou y otras pruebas laboratoriales (tipificación sanguínea y serología para Toxoplasmosis, Chagas y otras conforme a normas).
5. Evaluar, a través de supervisiones sistemáticas y herramientas adecuadas, las condiciones de eficiencia de los servicios de la de la red pública, retroalimentando y apoyando a los servicios para promover su mejoramiento.

6. Iniciar, en la red pública, el uso de una herramienta de evaluación de la calidad de atención que incluya encuestas de satisfacción de usuarios/as.
7. Establecer e implementar políticas que promuevan los cuidados humanizados dentro del ciclo reproductivo, lo que comprende el acompañamiento por personas que la mujer seleccione durante el trabajo de parto y el parto.
8. Fortalecer la logística de insumos para la Maternidad Segura.
9. En cada Región Sanitaria identificar y fortalecer (en recursos humanos, infraestructura, equipamiento, instrumental e insumos), al menos un servicio, a fin de lograr la adecuada resolución de las emergencias obstétricas de cada Región Sanitaria.
10. Fortalecer un sistema de referencia y contra referencia en cada Región Sanitaria y a nivel nacional.

Área estratégica 3:

Recursos humanos calificados, en cantidad y distribución adecuada

Objetivo 3:

Aumentar el número y disponibilidad de recursos humanos calificados y adecuar su distribución, perfil y funciones para la atención pregestacional, prenatal, durante el parto y el puerperio en los establecimientos de salud, implementando estrategias de gerenciamiento y capacitación de recursos humanos que promuevan el trabajo en equipo, la respuesta oportuna y adecuada a las necesidades de la población y la calidad de atención basada en derechos.

Intervenciones de impacto

- Aumentar la disponibilidad de personal de salud calificado para la atención pregestacional, prenatal, del parto y del puerperio, conforme a las realidades de cada región.
- Aumentar la disponibilidad de recursos humanos calificados, durante 24 horas, los 7 días de la semana, para la atención hospitalaria del parto y las complicaciones obstétricas, en el marco de un equipo multidisciplinario que permita una atención integral y de calidad.

Meta

Las Regiones Sanitarias habrán logrado coberturas, sobre servicios prestados, de atención del parto del 95% y el puerperio de 85%, con recursos humanos calificados.

Indicadores

1. Coberturas de la atención del parto de 95% por personal calificado, (Línea de base: año 2011:92,5%. Meta: 95%).
2. Coberturas de la atención del puerperio iguales o superiores al 85% por personal calificado, de acuerdo con la definición de la OMS. (Línea de base: a definir. Meta: 85%).
3. Recursos humanos que han recibido capacitación en temas relacionados a la Maternidad Segura, por año, por Región Sanitaria (línea de base: 85%. Meta:100% de los recursos humanos que atienden salud materna, de los hospitales regionales, capacitados).
4. Uso de normas y protocolos en los servicios (línea de base 2011 75%. Meta: 100% hospitales regionales).
5. Actividades de Supervisión y evaluación

de la calidad realizadas conforme a lo planeado.

Actividades a nivel regional (en las Américas)

1. Apoyar la formulación y el fortalecimiento de los programas de pregrado y posgrado que capacitan a los trabajadores de salud para la atención pregestacional, materna (lo que comprende las emergencias obstétricas) y perinatal.
2. Elaborar material para la capacitación de los recursos humanos que abarque el empleo de las nuevas tecnologías de la información, con enfoque intercultural cuando sea necesario.
3. Apoyar los programas de capacitación en partería profesional y de enfermería especializada en atención de la madre y el niño, e incluir este modelo de atención y actividades específicas en los planes de salud.

Actividades a nivel nacional

1. Identificar el número de personal de salud en ejercicio por categoría profesional y competencias, y determinar la brecha existente entre los niveles actuales y los que se necesitan para lograr una atención de calidad.
2. Formular y poner en práctica estrategias para la capacitación continua en salud pregestacional, materna y perinatal de los trabajadores de salud, a diferentes niveles de la atención.
3. Implementar acciones sistemáticas de supervisión capacitante, velando por la adherencia a normas y protocolos, identificando las necesidades de los servicios y gestionando la adecuada respuesta a esas necesidades.
4. Implementar incentivos para la capta-

ción y retención del personal para las poblaciones desatendidas y las zonas rurales y de difícil acceso.

5. Desarrollar herramientas de evaluación y fortalecimiento de la calidad de atención.

Área estratégica 4:

Información estratégica para la acción

Objetivo 4:

Fortalecer los sistemas de información de la salud materna y perinatal, las estadísticas vitales, así como establecer y mantener funcionando permanentemente un sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud, Morbilidad y Mortalidad Materna y Neonatal, VESMMM, con participación comunitaria, que de respuesta adecuada que permita evitar muertes maternas y neonatales.

Meta

Para el 2017, el 100% de las Regiones Sanitarias tendrán un sistema de VESMMN liderado por el nivel central del Ministerio, capaz de producir información sobre la salud materna y perinatal dentro de un sistema de atención integrado y coordinado.

Indicadores

1. Número de Regiones Sanitarias donde funciona el VESMMN (Línea de base: 0. Meta: 18.)
2. Número de establecimientos con Sistema Informático Perinatal, SIP implementado y funcionando, por Región Sanitaria, conforme a lo planificado.
3. Número de Regiones Sanitarias donde el sistema de salud lleva un registro de

la morbilidad materna grave. (Línea de base: 0. Meta: 6.)

4. Cobertura de muertes maternas en los sistemas de registros vitales es de 90% o más. (Línea de base: 67%. Meta: 80%.)
5. Porcentaje de instituciones de atención obstétrica de urgencia (ampliada) que llevan a cabo auditorías de todas las muertes maternas. (Línea de base: 0%. Meta: 100%.)
6. Número de Regiones Sanitarias que elaboran informes periódicos, en formato definido, de monitoreo y evaluación en salud materna que incluyen estadísticas de mortalidad materna y neonatal. (Línea de base: 0. Meta: 18)

Actividades a nivel regional (en las Américas)

1. Promover el uso de registros clínicos perinatales con apoyo informático que permitan el análisis automatizado de la información y la gestión de los servicios.
2. Promover la difusión de modelos de sistemas de vigilancia, tales como el Sistema Informático Perinatal CLAP/ SMR-OPS-OMS.
3. Elaborar material para capacitación en la interpretación de la información sobre vigilancia.
4. Promover el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y la formación de comités de análisis de de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave.

Actividades a nivel nacional

1. Continuar el fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia de la salud materna y perinatal.
2. Implementar capacitaciones para el personal de salud en materia de correcto y

completo llenado de historias clínicas, certificados de estadísticas vitales, análisis y uso de la información.

3. Constituir, fortalecer y monitorear el funcionamiento de los comités VES-MMN, conforme a normas.

Monitoreo, análisis y evaluación

Cada Región Sanitaria en coordinación con el nivel central del Ministerio de Salud, elaborará un plan de trabajo anual inserto en el Plan Regional de Salud Sexual y Reproductiva, basado en este Plan y el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva vigente. El seguimiento y la evaluación de este Plan se alinearán con el marco de la gerencia basada en gestión por resultado. En este sentido se prepararán informes de progreso periódicamente, sobre la base de la información disponible.

Se prevé efectuar estudios y/o análisis durante el proceso, con miras a aplicar medidas correctivas, de ser necesario. Al final del período del Plan, se llevará a cabo una evaluación, con el fin de determinar las fortalezas y debilidades de su ejecución general, así como los factores causales de los éxitos y los fracasos, y las acciones futuras.

Anexo RESOLUCIÓN CD51.R12

EL 51.o CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave (documento CD51/12);

Tomando en cuenta los mandatos internacionales propuestos en el Plan de acción regional para la reducción de la mortalidad ma-

terna en las Américas (documento CSP23/10 [1990]); la resolución Población y salud reproductiva (CSP25.R13 [1998]); la Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas (CSP26/14 [2002]); la Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis congénita (documento CD50/15 [2010]); las resoluciones WHA55.19 (2002), WHA57.13 (2004) y EB113.R11 (2004) sobre salud reproductiva aprobadas por la Asamblea Mundial de Salud y el Consejo Ejecutivo de la OMS, respectivamente; los foros de Nairobi, Kenya (1987), El Cairo, Egipto (1994), Beijing, China (1995); la Declaración del Milenio (2000), y la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017;

Teniendo en cuenta la resolución R11/8 del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (2009), la resolución CD50. R8 del 50.º Consejo Directivo de la OPS (2010) y el documento técnico La salud y los derechos humanos (CD50/12), así como el alto grado de complementariedad entre este plan y otros objetivos establecidos en el Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS Modificado (Documento oficial 328 [2009]);

Considerando la Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres y los Niños lanzada por el Secretario General de las Naciones Unidas en el 2010 y las recomendaciones de la Comisión de Información y Rendición de Cuentas sobre la Salud de las Mujeres y los Niños; conciente de la necesidad de mejorar el manejo de las enfermedades no transmisibles y de los factores de riesgo (diabetes, hipertensión, obesidad, tabaquismo) en los protocolos de salud materna, según se abordaron en la “Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General

sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles” y; resaltando que la mortalidad materna es una manifestación de inequidad que afecta a todos los países de la Región y que existen intervenciones costo eficaces dentro del sector que pueden tener un impacto real y en corto tiempo para su disminución; considerando la importancia de contar con un plan de acción que permita a los Estados Miembros responder en forma eficaz y eficiente,

RESUELVE:

1. Aprobar el Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave y su consideración en las políticas, planes y programas de desarrollo, así como en las propuestas y la discusión de los presupuestos nacionales, y que les permita dar respuesta a la mejora de la salud materna.
2. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) consideren la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 y el llamamiento del Secretario General de las Naciones Unidas en el 2010 a favor de la ejecución de un plan que contribuya a la reducción de la mortalidad materna;
 - b) Adopten políticas, estrategias, planes y programas nacionales que aumenten el acceso de las mujeres a servicios de salud de calidad adaptados a sus necesidades con adecuación intercultural, incluidos especialmente los programas de promoción y prevención basados en la atención primaria de salud, atendidos por personal calificado, que integren la atención pregestacional

- (incluida la planificación familiar), del embarazo, del parto y del puerperio (incluida la prevención y el tratamiento de la infección por el VIH y la Sífilis), y que contemplen además la gratuidad de todos esos servicios para las poblaciones más vulnerables;
- c) Promuevan un diálogo entre instituciones del sector público, privado y la sociedad civil, a fin de priorizar la vida de las mujeres como una cuestión de derechos y de desarrollo humano;
 - d) Promuevan el empoderamiento de las mujeres, la participación y corresponsabilidad del hombre en la salud sexual y reproductiva;
 - e) Adopten una política de recursos humanos en términos de contratación, capacitación y retención que brinde respuesta a las necesidades de las mujeres y los recién nacidos;
 - f) Fortalezcan la capacidad de generar información e investigación sobre salud sexual y reproductiva, mortalidad materna y morbilidad materna grave para el desarrollo de estrategias basadas en las evidencias que permitan el seguimiento y la evaluación de sus resultados, acorde con las recomendaciones de la Comisión de Información y Rendición de Cuentas sobre la Salud de las Mujeres y los Niños;
 - g) Pongan en marcha procesos de revisión y análisis internos del Plan de acción, para su ejecución en el contexto nacional;
 - h) Aboguen por presupuestos públicos específicos, donde sea aplicable, en función de resultados estratégicos tendientes a mejorar la cobertura y la calidad de atención a las mujeres y niños;
 - i) Promuevan el desarrollo de programas de protección social para mujeres y niños.
3. Solicitar a la Directora:
- a) Que respalde a los Estados Miembros en la ejecución del presente Plan de acción, en conformidad con sus necesidades y contexto demográfico y epidemiológico;
 - b) Que promueva la ejecución y coordinación de este Plan de acción, garantizando su integración en los programas;
 - c) Que estimule y fortalezca los sistemas de información y vigilancia de la salud materna, incluido un repositorio regional disponible para todos los interesados directos, y que promueva el desarrollo de investigaciones operativas para diseñar estrategias afines y llevar a la práctica intervenciones basadas en las necesidades específicas de los contextos de la Región;
 - d) Que respalde a los Estados Miembros en el desarrollo y creación de capacidades para la preparación y distribución adecuada de los recur-

sos humanos en salud materna y neonatal;

- e) Que consolide y fortalezca la colaboración técnica con los comités, órganos y relatorías de las Naciones Unidas y organismos interamericanos, además de promover alianzas con otros organismos internacionales y regionales, instituciones científico técnicas, la sociedad civil organizada, el sector privado y otros,

en el marco del Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna;

- f) Que informe periódicamente a los Cuerpos Directivos de la OPS sobre los progresos y limitaciones en la ejecución del Plan de acción, así como las adaptaciones del mismo a nuevos contextos y necesidades, si fuese necesario.

(Octava reunión, 29 de septiembre del 2011)

