

Política Andina de Prevención y Reducción de la Mortalidad Materna



Política Andina de Prevención y Reducción de la Mortalidad Materna



Política Andina de Prevención y Reducción de la Mortalidad Materna. ORAS-CONHU; 2025.
60 p; ilustraciones
POLÍTICA/ MUERTE MATERNA/PAÍSES ANDINOS/ Sistemas de salud/ Salud sexual y reproductiva/ Derechos/ Enfoques/Políticas públicas/ Líneas estratégicas/ Implementación, Monitoreo

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2025-07853

Comité editorial

Dra. María del Carmen Calle Dávila, Secretaria Ejecutiva, ORAS-CONHU

Dra. Marisela Mallqui Osorio, Secretaria Adjunta, ORAS-CONHU

Dra. Gloria Lagos Eyzaguirre, Coordinadora del Comité Andino de Prevención y Reducción de la Muerte Materna, Gerente de Cooperación Internacional y Líneas Estratégicas ORAS-CONHU

Dra. Alejandra Corao, Asesora regional de Salud Sexual y Reproductiva, UNFPA

Dra. Sol East, Especialista en VIH y Salud Sexual y Reproductiva, UNFPA

Dr. Sergio H. Rojas Muñoz, Consultor para la Política Andina de Prevención y Reducción de la Mortalidad Materna.

Coordinación de publicación

Lic. Yaneth Clavo Ortiz, Coordinadora de Comunicaciones ORAS-CONHU

©ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE

Av. Paseo de la República N. ° 3832, tercer piso. San Isidro, Lima, Perú.

Teléfonos: (00-51-1) 611 3700

<http://www.orasconhu.org/>

contacto@conhu.org.pe

Primera edición digital, octubre 2025



Atribución-NoComercial-CompartirIgual

CC BY-NC-SA

Esta publicación ha sido realizada por el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) bajo el criterio de Acceso Abierto; con la colaboración del Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA.

La obra puede ser reseñada, usada, traducida y reproducida con fines académicos No Comerciales y en todo uso que se haga debe indicarse la fuente.

Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue

Lic. María Renée Castro Cusicanqui

Ministra de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia

Dra. Ximena Aguilera Sanhueza

Ministra de Salud de Chile

Dr. Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez

Ministro de Salud y Protección Social de Colombia

Dr. Jimmy Daniel Martin Delgado

Ministro de Salud Pública del Ecuador

Dr. César Henry Vásquez Sánchez

Ministro de Salud del Perú

Abg. Magaly Gutiérrez Viña

Ministra del Poder Popular para la Salud de Venezuela

Secretaría Ejecutiva

Dra. María del Carmen Calle Dávila

Secretaria Ejecutiva

Dra. Marisela Mallqui Osorio

Secretaria Adjunta



Contenido

Abreviaciones y acrónimos	7
Participantes	7
Lista de cuadros y gráficos	8
Presentación	13
01. Introducción	14
02. Justificación	16
2.1. ODS 3: Metas relativas a la salud materna y los servicios de salud sexual y reproductiva	16
2.2. Planes Estratégicos del UNFPA 2022-2025	18
2.3. Planes Estratégicos del ORAS-CONHU 2018-2022, 2023-2030	19
2.4. La estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente	20
2.5. El contexto de los países en el Área Andina	21
2.6. Los sistemas de salud y la situación de salud en los países del Área Andina	23
2.7. Avances en las estrategias nacionales para la reducción de la mortalidad materna	24
2.8. La mortalidad materna en la Región de América y los países del Área Andina	25
2.9. Embarazo y mortalidad materna en adolescentes	27
2.10. Prestaciones de servicios de planificación familiar y atención materna	29
2.11. Conceptualización de los indicadores de atención y mortalidad materna (MM)	29
2.12. Impacto de la pandemia de COVID-19, los fenómenos climáticos y migratorios en la MM	31
03. Propósito de la política andina para la reducción de la mortalidad materna	32
04. Alcance	33
05. Objetivo	34
06. Lineamientos generales, principios rectores	35
07. Enfoques	37
08. Marco de priorización de las acciones	41
09. Líneas estratégicas	45
10. Plan de implementación, monitoreo y evaluación	50
Bibliografía	60

Abreviaciones y acrónimos

AIPEO	Anticoncepción Inmediata Post Evento Obstétrico
ALC	América Latina y el Caribe
AOE	Anticoncepción Oral de Emergencia
APS	Atención Primaria de Salud
CIPD	Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo
CM	Casa Materna
CO	Complicaciones Obstétricas
COVID-19	Enfermedad por Coronavirus del 2019
CPN	Control Prenatal
DSR	Derechos Sexuales y Reproductivos
EPMM	Estrategia para poner fin a la Mortalidad Materna Prevenible
E/S	Establecimientos de Salud
FLASOG	Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología
GBM	Grupo del Banco Mundial
GTR	Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IDG	Índice de Desarrollo de Género
LAC	Caribe Latino y No Latino y el Área Andina
LACRO	Oficina Regional del UNFPA para América Latina y el Caribe (sigla en inglés)
LNOB	No Dejar a Nadie Atrás (sigla en inglés)
LARC	Métodos Anticonceptivos de Larga Duración
MAC	Métodos Anticonceptivos Modernos
MANUD	Marco Común de las Naciones Unidas para el Desarrollo
MM	Mortalidad Materna
MME	Mortalidad Materna Extrema
MMEIG	Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad Materna

NV	Nacimientos Vivos
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
ONU MUJERES	Agencia de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer
ONUSIDA	Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH y SIDA
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
ORAS - CONHU	Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue
PAHO	Organización Panamericana de la Salud
PEIS	Plan Estratégico de Integración en Salud
PF	Planificación Familiar
PIB	Producto Interno Bruto
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
REMSAA	Resolución de los Ministros del Área Andina
RMM	Razón de Mortalidad Materna
RT	Resultados Transformadores
SNU	Sistema de las Naciones Unidas
SRCR	Sistemas de Referencia y Contrarreferencia
SSSR	Salud Sexual y Salud Reproductiva
TEFA	Tasa específica de fecundidad en adolescentes
TGF	Tasa global de fecundidad
TIC	Tecnologías de información y comunicación
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USD	Dólares americanos (sigla en inglés)
VBG	Violencia en razón de género (sigla en inglés)
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

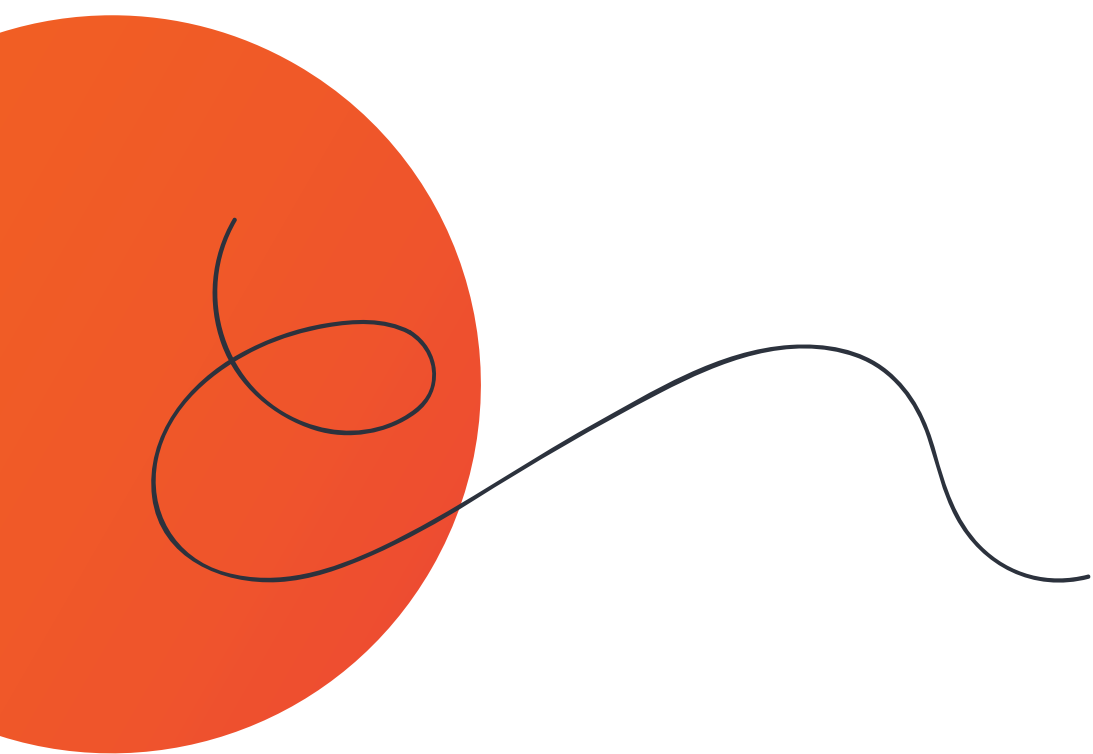
Participantes

Giovana Cantuta	Responsable del Componente de Salud Materna del Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia	gcantuta@minsalud.gob.bo
Alejandra Hurtado	Técnica Administrativa de Relaciones Internacionales del Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia	rrii.minsabol@gmail.com
Alexia B. Paredes	Responsable de Salud Sexual y Reproductiva/Salud Adolescente y Juventud Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia	Alexiaparedes13@yahoo.es
Marlene Calle Ch.	Profesional Técnica - Área del Continuo Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad. Ministerio de Salud y Deportes Bolivia	rrii.minsalud@gmail.com
Luisa Novoa	Analista de Cooperación y Relaciones Internacionales con Contrapartes Multilaterales, MSP de Ecuador	Luisa.noboa@msp.gob.ec
Lorena Villacrés	Especialista de Mejora Continua de la Red de Epidemiología. MSP de Ecuador	lorena.villacres@msp.gob.ec
Viviana Barros	Especialista en Auditoría de Muerte materna y Neonatal, MSP de Ecuador	viviana.barros@msp.gob.ec
Marivel Illapa	Especialista en Promoción de la Salud Sexual y Salud Reproductiva. MSP de Ecuador	marivel.illapa@msp.gob.ec
Karen Zambrano	Especialista de Financiamiento en Salud. MSP de Ecuador	karen.zambrano@msp.gob.ec
Andrea Aguilar	Especialista de Mejoramiento Continuo de la Calidad. MSP de Ecuador	Andrea.aguilar@msp.gob.ec
Lucy del Carpio	Dirección de Salud Sexual y Reproductiva - MINSA de Perú	ldelcarpioa@minsa.gob.pe
César Munayco	Director General del CDC Perú, MINSA de Perú	cmunayco@minsa.gob.pe
Ofelia Alencastre	Dirección de Pueblos Indígenas u Originarios, MINSA de Perú	oalencastre@minsa.gob.pe
Fabiola Gil	Responsable de vigilancia epidemiológica de muerte materna y morbilidad materna extrema, CDC - MINSA Perú	fgil@dge.gob.pe

Valeria Asencios	Oficina de Cooperación Internacional, MINSA de Perú	ogcti023@minsa.gob.pe
Alina Catia OGTI	MINSA de Perú	ogcti023@minsa.gob.pe
Luis Urbina	Coordinación de la División de SSR y Ruta Materna, MPPS de Venezuela	luisurbina guardia89@gmail.com
Gonzalo Rubio	Encargado del Programa Nacional de Salud de la Mujer (SSR). Ministerio de Salud de Chile	gonzalo.rubio@minsa.cl
Amanda Álvarez	Oficina de Integración y Asuntos Internacionales, MPPS de Venezuela	internacionalesmpps vza@gmail.com
Sergio Rojas	Consultor del Grupo de Trabajo para la elaboración del Plan Andino para la Prevención de la Muerte Materna	sergio.rojas1960@gmail.com
Alejandra Corao	Asesora Regional en SSR, UNFPA	corao@unfpa.org
Gloria Lagos	Coordinadora del Grupo de Trabajo para la elaboración del Plan Andino para la Prevención de la Muerte Materna, ORAS-CONHU	glagos@conhu.org.pe
Ruby Diaz	Asistente Focal del Grupo de Trabajo para la elaboración del Plan Andino para la Prevención de la Muerte Materna, ORAS-CONHU	rdiaz@conhu.org.pe
Danitzia Quenta	Asistente del Grupo de Trabajo para la elaboración del Plan Andino para la Prevención de la Muerte Materna, ORAS-CONHU	dquenta@conhu.org.pe
Stephany Tafur	Asistente del Grupo de Trabajo para la elaboración del Plan Andino para la Prevención de la Muerte Materna, ORAS-CONHU	stafur@conhu.org.pe

Lista de cuadros y gráficos

Cuadro 1	Metas del ODS 3 relativas a la salud materna y los servicios de salud sexual y reproductiva	Página 16
Figura 1	Resultados transformadores universales y centrados en las personas	Página 18
Cuadro 2	Plan Estratégico de Integración en Salud (PEIS) 2023-2030. ORAS-CONHU	Página 20
Cuadro 3	Indicadores básicos demográficos, sociales y económicos en los países del Área Andina	Página 22
Cuadro 4	Situación de la mortalidad materna en la Región de América. Años 2000 a 2020	Página 25
Gráfico 1	Razón de mortalidad materna reportada en el Área Andina. 2015-2019	Página 27
Gráfico 2	Número de muertes maternas en el Área Andina. 2015-2021	Página 27
Gráfico 3	Tasa de fecundidad promedio en adolescentes de 10 a 14 años y 15 a 19 años en el Área Andina. 2015-2021	Página 28
Cuadro 5	Marco de priorización de las acciones para reducir la mortalidad materna en los países del Área Andina. 2024	Página 42
Cuadro 6	Plan de implementación, monitoreo y evaluación de la Política Andina de Prevención y Reducción de la Mortalidad Materna. 2024-2030	Página 51





Lima, 15 de mayo 2025

Resolución REMSAA Extraordinaria XXXVIII/9

POLÍTICA ANDINA PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA MUERTE MATERNA

Las Ministras y los Ministros de Salud de los países miembros;

Considerando:

1. Que, en la Resolución XXVI/4 REMSAA Extraordinaria, los Ministros de Salud de los países andinos resuelven: "Instruir a la Comisión Andina de Salud Intercultural elaborar la Política Andina de Salud Intercultural que considere el reconocimiento e inclusión de los saberes ancestrales, y que contribuya a la reducción de la mortalidad materna en mujeres indígenas".
2. Que, en cumplimiento al mandato de los Ministros de Salud de los países miembros del ORAS-CONHU, se elaboró el Plan Andino de Salud Materna con enfoque intercultural en coordinación con las comisiones de Prevención del Embarazo en Adolescentes y Salud Intercultural; aprobado a través de la Resolución REMSAA XXXVI/517 en mayo de 2017.
3. Que, a pesar de los esfuerzos realizados en la última década por parte de los gobiernos y entidades de los países Andinos, no se ha alcanzado la reducción de la mortalidad materna que se requiere para lograr las metas establecidas a escala mundial, regional y de país.
4. Que, el ORAS-CONHU con la finalidad de articular esfuerzos entre los 6 países andinos, basados en los datos y evidencias sistematizados, a través del trabajo coordinado y consensuado por los responsables de Salud Materna de cada ministerio y con apoyo de la Oficina Regional del Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA, preparó el "Informe sobre la tendencia de la mortalidad materna para el periodo 2015 – 2020 para los países andinos", presentado ante los ministros de Salud y aprobado en la Resolución REMSAA Extraordinaria XXXVI.
5. Que, los ministros de Salud de los países andinos a través de Resolución REMSAA Extraordinaria XXXVI/7 "Política Andina para la Reducción de la Muerte Materna", resuelven: Conformar el grupo de trabajo que elabore la Política Andina de Reducción de la Muerte Materna, así como su plan de implementación y monitoreo; con apoyo de instituciones con experiencia en el tema.
6. Que, con apoyo del UNFPA los responsables de Salud Materna y del Sub Comité de Salud Materna con enfoque Intercultural elaboraron la propuesta de Política Andina para la Prevención y Reducción de la muerte materna con su plan de implementación y monitoreo.



Resuelven:

1. Aprobar la Política Andina para la Prevención y Reducción de la Muerte Materna, así como su plan de implementación y monitoreo.
2. Conformar el Comité Andino para la Prevención y Reducción de la muerte materna integrado por los responsables de Salud Materna de los ministerios de Salud y el Sub Comité Andino de Salud Materna con enfoque intercultural con el fin de implementar la Política Andina para la prevención y reducción de la muerte materna.
3. Instruir al citado Comité la implementación, monitoreo y evaluación de la Política Andina para la prevención y reducción de la muerte materna.
4. Encargar a la Secretaría Ejecutiva del Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue a coordinar con instituciones expertas en el tema, la cooperación necesaria para la implementación de la Política Andina para la prevención y reducción de la muerte materna.

CERTIFICAMOS: Que el texto de la Resolución que antecede fue aprobado en la XXXVIII Reunión Extraordinaria de Ministros de Salud del Área Andina, realizada en modo virtual, el 15 de mayo de 2025.

DR. CÉSAR HENRY VÁSQUEZ SÁNCHEZ
PRESIDENTE DE LA XL REMSAA
MINISTRO DE SALUD DEL PERÚ

DRA. MARÍA DEL CARMEN CALLE DÁVILA
SECRETARIA EJECUTIVA
ORGANISMO ANDINO DE SALUD
CONVENIO HIPÓLITO UNANUE



Presentación

Es un honor presentarles la publicación “Política Andina de Prevención y Reducción de la Mortalidad Materna”. Más que un documento técnico, esta obra es un compromiso solemne para cambiar una realidad persistente y asegurar que la vida de cada madre sea protegida.

En el año 2025, la mortalidad materna sigue siendo un problema estructural de inequidad y desigualdad en la región Andina. Este documento surge como una declaración política de unidad y una respuesta técnica regional. Su propósito fundamental es garantizar cero muertes maternas prevenibles, transformando así la salud materna de un privilegio a un derecho garantizado. La publicación está dirigida a gobiernos, legisladores, profesionales de la salud, organizaciones sociales y, en esencia, a todos los ciudadanos comprometidos con la equidad de género y los derechos humanos.

La inspiración detrás de esta obra radica en la cruda realidad del estancamiento y el aumento de la mortalidad materna en el Área Andina. Las crisis sanitarias, migratorias y climáticas han evidenciado la urgencia de contar con políticas públicas sostenidas para fortalecer nuestros sistemas de salud. Los temas centrales abordados incluyen la justicia social, los derechos humanos y la equidad, con un énfasis particular en la protección de los grupos más vulnerables, como adolescentes, mujeres indígenas y migrantes.

Finalmente, esta publicación es el resultado de una visión colectiva y un compromiso regional. Expresamos nuestro más profundo agradecimiento a la Oficina Regional del Fondo de Población de las Naciones Unidas y a los miembros del Comité Andino para la Prevención y Reducción de la Muerte Materna del Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue.

Dra. María del Carmen Calle Dávila
Secretaria ejecutiva
ORAS-CONHU



01.

Introducción

El informe del Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Materna (MMEIG), integrado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Grupo del Banco Mundial (GBM) y la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas/División de Población) menciona que la mortalidad materna ha disminuido en un 34,3 % desde el año 2000 al 2020. Esto indica que las defunciones maternas en el mundo se redujeron de 446 000 en el 2000 a una cifra estimada de 287 000 en el 2020. Esto equivale a una razón de mortalidad materna (RMM) del orden de 339 defunciones maternas por 100 000 nacimientos vivos en el 2000, frente a 223 en 2020.¹

A pesar de la mejora alcanzada en las cifras mundiales entre el 2000 y el 2020, la Razón de Mortalidad Materna (RMM) continúa siendo en algunas regiones y países superior a la media mundial. América Latina y el Caribe registró una RMM de 88 por 100 000 nacimientos vivos (NV) en el 2020, y es la única región que no disminuyó la mortalidad materna entre los años 2000 y el 2020, y que se encuentra en un periodo de estancamiento.²

La *Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres, los Niños y los Adolescentes*, presentada en septiembre de 2015 por el Secretario General de las Naciones Unidas, pretende ayudar a alcanzar la ambiciosa meta incluida en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de reducir la RMM mundial a menos de 70 por 100 000 nacimientos vivos.³ En este sentido, el UNFPA en coordinación con la OMS implementan las Estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible (EPMM, por sus siglas en inglés) y refuerzan las metas de reducción de la mortalidad materna de los ODS y detallan metas adicionales relacionadas con la cobertura de servicios esenciales.

Los países del Área Andina presentan un incremento (26,6 %) de la razón de mortalidad materna (RMM) entre los años 2015 y el 2021, con grandes diferencias entre países. Los avances logrados en la reducción de la mortalidad materna se han visto amenazados por la aparición de la COVID-19 en el año 2020, que ha puesto de manifiesto las limitaciones en las capacidades de los sistemas de salud para atender la pandemia y continuar los procesos de atención a la salud sexual y salud reproductiva (SSSR) implementados en los últimos años, incluida la planificación familiar.

Ante esta situación, el Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS - CONHU) con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) han emprendido acciones a partir del mandato de los Ministros de Salud de los países andinos que urgen enfocar los esfuerzos en la eliminación de la mortalidad

1. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366225/9789240068759-eng.pdf?sequence=1>

2. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366225/9789240068759-eng.pdf?sequence=1>

3. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf?ua=1

materna evitable. Para ello emitieron la Resolución REMSAA Extraordinaria XXXVI/6 que orienta la conformación de un grupo de trabajo que elabore la “Política Andina de Reducción de la Mortalidad Materna” a través del trabajo coordinado y consensuado con las personas responsables de salud materna de cada ministerio. En este sentido, es de vital importancia formular nuevas estrategias que permitan redirigir las acciones y trazar la nueva ruta que garantice la reducción de la mortalidad materna.




02.

Justificación

2.1. ODS 3: Metas relativas a la salud materna y los servicios de salud sexual y reproductiva

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), también conocidos como Objetivos Mundiales, hacen un llamado universal a la adopción de medidas para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que todas las personas gocen de paz y prosperidad.⁴ Las metas del ODS número 3 relacionado con la salud materna y los servicios de salud sexual y reproductiva establece que en año 2030 haya menos de 70 fallecimientos maternos por 100 000 nacimientos vivos, y garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en estrategias y programas nacionales. Ver Cuadro 1.

CUADRO 1. METAS DEL ODS 3 RELATIVAS A LA SALUD MATERNA Y LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Objetivo	Metas	Indicadores
3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades (ODS3) 	3.1 De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100 000 nacimientos vivos. 3.7 De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales. 3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuas, eficaces, asequibles y de calidad para todos.	3.1.1 Tasa de mortalidad materna. 3.1.2 Proporción de partos atendidos por personal sanitario especializado. 3.7.1 Proporción de mujeres en edad de procrear (entre 15 y 49 años) que cubren sus necesidades de planificación familiar con métodos anticonceptivos modernos. 3.7.2 Tasa de fecundidad de las adolescentes (entre 10 y 14 años y entre 15 y 19 años) por cada 1.000 mujeres de ese grupo de edad. 3.8.1 Cobertura de los servicios de salud esenciales (definida como la cobertura media de los servicios esenciales entre la población general y los más desfavorecidos, calculada a partir de intervenciones trazadoras como las relacionadas con la salud sexual reproductiva, materna, neonatal e infantil, las enfermedades infecciosas, las enfermedades no transmisibles y la capacidad de los servicios y el acceso a ellos). 3.8.2 Proporción de la población con grandes gastos sanitarios por hogar como porcentaje del total de gastos o ingresos de los hogares.

Fuente: ODS SNU/Plan Estratégico UNFPA 2018-2021

4. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

América Latina y el Caribe es la región donde se ha reducido el ritmo de decrecimiento de la mortalidad materna; para el año 2020 la OMS estimó una RMM de 88 muertes maternas por cada 100 000 nacimientos vivos. En este año se estima que ocurrieron 8400 muertes maternas en la región de las cuales 5200 (61,9 %) fallecieron en Suramérica, 1900 (22,6 %) en Centroamérica y 1300 (15,5 %) en los países del Caribe.

Según datos del Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Materna (MMEIG)⁵, “todavía son más de 15 países de la región que registran una razón de mortalidad materna por encima de lo que plantea la meta 3.1 de los ODS de reducir la razón de mortalidad materna (RMM)⁶ a menos de 70 por 100 000 nacimientos vivos”.

La publicación elaborada por la OMS⁷ donde estima los datos relacionados a la mortalidad materna entre el año 2000 y el 2020 menciona, entre otros aspectos, que:

- Del total de muertes maternas ocurridas a nivel mundial, el 3 % fallecieron en América Latina y el Caribe por causas relacionadas con el embarazo y el parto.
- “Entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en América Latina disminuyó 16,4 %, pero se incrementó un 15 % entre 2016 y 2020”.
- “13 países de América Latina presentaron una tasa de mortalidad materna muy baja (20 o menos por cada 100 000 nacimientos vivos); 26 reportaron una tasa baja (menos de 100) y 6 tenían una tasa alta o moderada (entre 100 y 499)”.
- “La meta 2030 comprometida por los países de la región en la Agenda de Salud Sostenible para las Américas de la OPS es alcanzar una razón de mortalidad materna de menos de 30 muertes maternas por cada 100 000 nacimientos vivos”.

Por término medio, las mujeres de los países en desarrollo tienen muchos más embarazos que las de los países desarrollados, por lo que tienen mayor riesgo de muerte relacionada con el embarazo a lo largo de la vida. El riesgo de muerte relacionada con la maternidad a lo largo de la vida (es decir, la probabilidad de que una mujer de 15 años acabe muriendo por una causa materna) es de 1 en 2900 en Norte América y de 1 en 580 en los países de América Latina y el Caribe.⁸

Un gran número de mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o en el puerperio. Nueve de cada diez casos con complicaciones se pueden evitar con cuidados de calidad en todo el proceso, acceso a métodos anticonceptivos modernos y reduciendo las desigualdades de acceso a la atención; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria a la mujer. Las principales complicaciones, causantes de las muertes maternas son: la hipertensión en el embarazo (preeclampsia y eclampsia), la hemorragia, las infecciones, complicaciones en el puerperio y las complicaciones por aborto inseguro.⁹

Las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones son bien conocidas. Todas las mujeres necesitan acceso a la atención preconcepcional, a la atención prenatal durante la gestación, a la atención calificada durante el parto y a la atención y el apoyo en las primeras semanas tras el parto. Es particularmente importante que todos los partos sean atendidos por profesionales de la salud competentes, dado que la atención y el tratamiento a tiempo pueden suponer para la mujer y el recién nacido la diferencia entre la vida y la muerte.

El acceso a una planificación familiar segura y voluntaria es un derecho humano. Es la información y educación en un lenguaje claro, la asesoría integral enmarcada en los derechos sexuales y derechos reproductivos, el ac-

5. <https://oig.cepal.org/es/indicadores/mortalidad-materna>

6. OMS: Razón de mortalidad materna: Es el número de defunciones maternas por 100 000 nacimientos vivos.

7. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759>

8. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759>

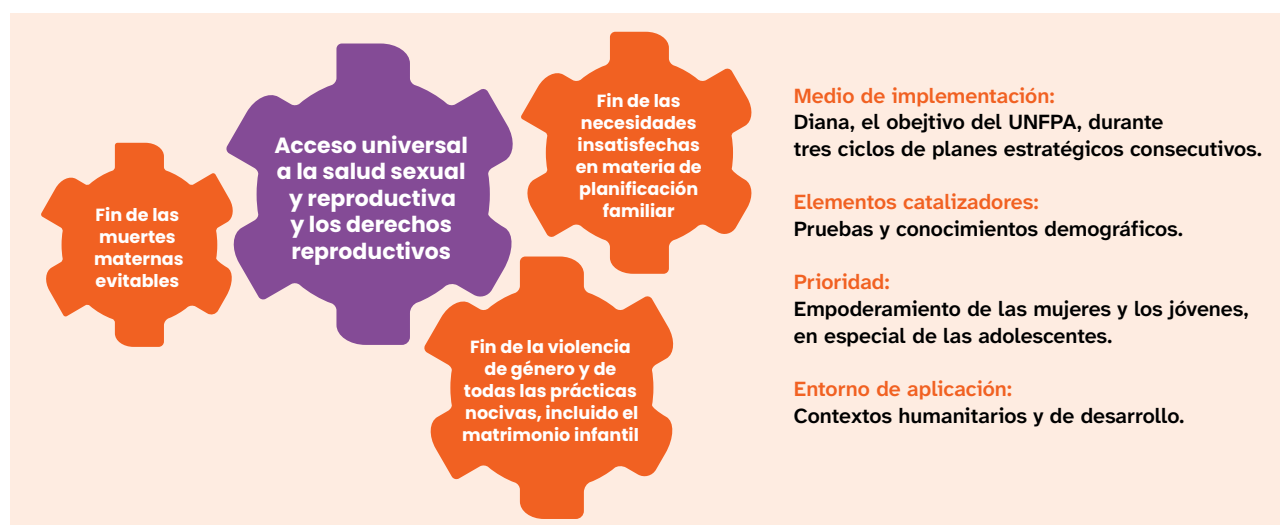
9. <https://www.paho.org/es/noticias/8-3-2023-ops-socios-lanzan-campana-para-acelerar-reduccion-mortalidad-materna-america#:~:text=El%20a%C3%B1o%20pasado%2C%20la%20raz%C3%B3n,por%20cada%20100.000%20nacidos%20vivos>

ceso efectivo y el seguimiento a la adherencia a métodos anticonceptivos modernos (MAC) los que permiten a las personas decidir si desean o no tener hijos, y de esta manera tomar decisiones sobre su cuerpo y sobre la decisión de llevar a cabo o no un embarazo. También es oportuno reiterar que existen momentos en que las mujeres en edad fértil deben recibir asesoría anticonceptiva en el marco de la atención preconcepcional, el control prenatal, la interrupción voluntaria del embarazo¹⁰ y en el postparto (antes del alta AIPEO), después del alta hospitalaria (en el primer control puerperal). La planificación familiar es fundamental para la equidad de género y el empoderamiento de las mujeres y personas en edad fértil, entendiendo estas últimas como aquellas que, si bien son genéticamente mujeres, se identifican con otro género. Esto es un coadyuvante para la reducción de la pobreza y la percepción de embarazos deseados y planeados. Los MAC modernos (en especial los de larga duración) evitan embarazos no deseados, reducen el número de abortos inseguros y disminuyen la incidencia de la mortalidad y la discapacidad relacionada con complicaciones del embarazo y el parto.

2.2. Planes Estratégicos del UNFPA 2022-2025

El UNFPA adopta el ideal que se expone en la Agenda 2030, organizando su trabajo en torno a tres resultados transformadores centrados en las personas, a saber: a) poner fin a las muertes maternas evitables; b) poner fin a las necesidades de planificación familiar insatisfechas; y c) poner fin a la violencia de género (incluye violación sexual y todas las prácticas nocivas, incluidas la mutilación genital femenina y el matrimonio infantil, precoz y forzado). Ver Figura 2.

FIGURA 1: RESULTADOS TRANSFORMADORES UNIVERSALES Y CENTRADOS EN LAS PERSONAS.



Fuente: Plan Estratégico 2018-2021. UNFPA.

El Plan estratégico 2022-2025 del UNFPA mantiene el compromiso de alcanzar los tres resultados transformadores al 2030. Para ello, liderará los pasos futuros en la búsqueda de la igualdad, la equidad y la no discriminación, el empoderamiento de las mujeres y las niñas, y el logro de la salud sexual y salud reproductiva y de los derechos reproductivos. Para alcanzar los objetivos previstos en el plan estratégico se han identificado seis productos: el fortalecimiento de políticas y rendición de cuentas, la calidad de los servicios y de la atención, normas sociales y de género, datos y cambio de la población, acción humanitaria y adolescentes y jóvenes. Estos productos serán respaldados por seis aceleradores:

10. Nota Ministerio de Salud Perú: interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo menor de veintidós (22) semanas con consentimiento informado, cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente, en el marco de los derechos humanos, con enfoque de calidad, género e interculturalidad.

1. Enfoques basados en los derechos humanos, la interculturalidad y transformadores de género;
2. Innovación y digitalización;
3. Alianzas, cooperación Sur-Sur y triangular, y financiación;
4. Datos y evidencias;
5. No dejar a nadie atrás y llegar primero a los más rezagados; y
6. Resiliencia y adaptación, además de complementariedad entre los esfuerzos humanitarios, para el desarrollo y para la paz.¹¹

A nivel internacional existen otras agencias y organismos interesados en aportar al logro del ODS 3 y sus metas. A nivel global, el Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad Materna (MMEIG) está liderado por la OMS e incluye a UNICEF, el UNFPA, el Grupo Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas.¹² El Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna (GTR) es un mecanismo interagencial que promueve la colaboración y sinergia para la aplicación de políticas y poner en marcha programas de reducción de la mortalidad materna en América Latina y el Caribe.

2.3. Planes Estratégicos del ORAS-CONHU 2018-2022, 2023-2030

A nivel del Área Andina, el Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) es un organismo de integración subregional, cuyo objetivo es coordinar y apoyar los esfuerzos que realizan los países miembros, individual o colectivamente, para el mejoramiento de la salud de sus pueblos. Coordina y promueve acciones destinadas a mejorar el nivel de salud de los países miembros, dando prioridad a los mecanismos de cooperación que impulsan el desarrollo de sistemas y metodologías subregionales.¹³

El ORAS-CONHU formuló el Plan Estratégico de Integración en Salud (PEIS) 2018-2022 mediante un proceso participativo y el seguimiento de las Ministras y los Ministros de Salud. El plan presentó cuatro líneas estratégicas; i) Integración regional; ii) Agenda sanitaria; iii) Fortalecimiento institucional de los ministerios; y iv) Prioridades andinas en salud. En él se reconocen los derechos humanos y el derecho a la salud en los países, así como el derecho a la maternidad, a los cuidados y a la asistencia especial.¹⁴

El Plan Estratégico de Integración en Salud (PEIS) 2023-2030 del ORAS-CONHU menciona como la pandemia de COVID-19 cambió la dinámica de avance hacia los ODS. Específicamente, el ODS 3 relacionado con la salud de la población y de cómo la pandemia acentuó las desigualdades y dificultó el acceso a los servicios de salud, principalmente de las mujeres y personas en edad fértil, las gestantes, las adolescentes, las niñas y los niños, las poblaciones indígenas, amazónicas y afrodescendientes que habitan en zonas rurales o urbanas con dificultad de acceso a servicios de salud. En este sentido, una de las líneas estratégicas del PEIS a desarrollar es la reducción de las desigualdades e inequidades en salud a partir del enfoque de desigualdades múltiples y la integralidad en la planificación de las acciones a nivel nacional, subnacional y local con la participación interinstitucional y la comunidad. Las acciones realizadas contribuirán a reducir las brechas de género y territoriales que permitirán mejorar el acceso y la cobertura a servicios de salud materna y la reducción de la mortalidad materna. El PEIS implementará una serie de acciones prioritarias (ver Cuadro 2).

11. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SP_unfpa_strategic%20plan_2021.pdf

12. <https://www.who.int/es/news/item/19-09-2019-more-women-and-children-survive-today-than-ever-before-un-report#:~:text=El%20parto%20y%20el%20posparto,seg%C3%BAAn%20muestran%20las%20nuevas%20estimaciones>

13. <https://www.orasconhu.org/index.php/es/presentacion>

14. Plan Estratégico de Integración en Salud 2018-2022 ORAS-CONHU. 2018

CUADRO 2. PLAN ESTRATÉGICO DE INTEGRACIÓN EN SALUD (PEIS) 2023-2030. ORAS-CONHU

Líneas y resultados estratégicos del PEIS 2023-2030
Línea estratégica 1. Posicionamiento de la salud como eje central del desarrollo humano
Resultado estratégico 1: Posicionamiento político de la salud promovido y validado
Resultado estratégico 2: Conocimientos científicos generados, difundidos y validados
Resultado estratégico 3: Recursos humanos en salud formados integralmente en salud y desarrollo humano sostenible
Resultado estratégico 4: Promoción de la salud en la población fortalecida
2 Línea estratégica 2. Promoción del derecho a la salud con justicia social y ambiental
Resultado estratégico 5: Enfoque de Derechos Humanos asumido colectivamente
Resultado estratégico 6: Fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud y de la Atención Primaria de Salud
Resultado estratégico 7: Salud humana, animal y ambiental integradas: "Enfoque de una Salud" con inclusión social
3 Línea estratégica 3. Reducción de las desigualdades e inequidades en salud
Resultado estratégico 8: Reducción de las desigualdades múltiples e inequidades
Resultado estratégico 9: Planes integrales contra las desigualdades e inequidades en salud diseñados e implementados
Resultado estratégico 10: Brechas de género, generacionales y territoriales reducidas
Resultado estratégico 11: Brechas culturales y raciales reducidas con estrategias de intervención interculturales
Línea estratégica 4. Integración y cooperación regional
Resultado estratégico 12: Espacios de integración andina fortalecidos ante desafíos comunes
Resultado estratégico 13: Espacios de cooperación y coordinación fortalecidos
Resultado estratégico 14: Cooperación con aliados estratégicos ampliada y fortalecida
5 Línea estratégica 5. Fortalecimiento institucional
Resultado estratégico 15: Fortalecimiento institucional del ORAS-CONHU

Fuente: Plan Estratégico de Integración en Salud (PEIS) 2023 • 2030. ORAS-CONHU.

2.4. La estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente

Durante la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2015, se presentó la *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016-2030*.¹⁵ Como parte de la estrategia mundial para acabar con la mortalidad materna prevenible, la OMS está colaborando con los asociados para:

- resolver las desigualdades en la calidad de los servicios de atención de la salud reproductiva, materna y neonatal y en el acceso a ellos;
- lograr una cobertura sanitaria universal para una atención integral a la salud sexual y reproductiva, materna y neonatal;

15. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf?ua=1

- abordar todas las causas de mortalidad materna, de morbilidad reproductiva y materna, y de discapacidades conexas;
- reforzar los sistemas de salud para recopilar datos de alta calidad a fin de que respondan a las necesidades y prioridades de las mujeres adolescentes y niñas; y
- garantizar la rendición de cuentas para mejorar la calidad de atención y la equidad.

La *Estrategia Mundial* hace hincapié en la necesidad de reforzar el liderazgo de los países movilizando recursos nacionales e internacionales para mejorar la salud de mujeres, niñas, niños y adolescentes. Será importante fortalecer los sistemas de salud para que puedan prestar una atención de calidad en todos los ámbitos, promover la colaboración intersectorial y facilitar información a los individuos y comunidades para que tomen decisiones con conocimiento de causa sobre su salud y para que exijan la atención de calidad que necesitan. En la *Estrategia* se subraya que es imprescindible una atención especial en circunstancias en que la mortalidad materna suele ser mayor, como las crisis humanitarias y los entornos vulnerables.

En el marco de los ODS y la Estrategia Mundial, los países han adoptado como meta la aceleración de la reducción de la razón de la mortalidad materna (RMM) a menos de 70 por 100 000 nacimientos vivos para el año 2030 y lograr que ningún país tenga una mortalidad materna que supere el doble de la media mundial. La meta de este Objetivo requiere que se garantice el acceso universal a los servicios de salud sexual y salud reproductiva (SSR), incluidos los de planificación de la familia (PF), información y educación, y la integración de la salud sexual y reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

2.5. El contexto de los países en el Área Andina

De acuerdo con datos del UNFPA, en los países que conforman el Área Andina se concentra el 32 % de las muertes maternas de América Latina y el Caribe (ALC). Las principales causas de complicaciones obstétricas directas de muerte materna registradas entre el año 2019 y el 2021 fueron los trastornos hipertensivos relacionados con la gestación, las hemorragias, la sepsis obstétrica, el aborto inseguro y otras complicaciones del embarazo, parto y puerperio.¹⁶ “Se estima que en el 2016 hubo unos 3,6 millones de embarazos en adolescentes en la región, de los cuales 1,4 millones (39 %) terminaron en aborto, en su mayoría de carácter clandestino e inseguro”.¹⁷

Los países del área Andina (Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú, Venezuela y Chile) suman para el año 2024 un total de 167 millones de personas que habitan en los seis países, con una tasa anual de crecimiento poblacional entre 0,2 % y 1,4 %. La población urbana se encuentra entre el 65 % y 88,5 %.

Del total de población el 84,1 millones (50,3 %) son mujeres que presentan una tasa global de fecundidad entre 1,5 y 2,5 nacimientos vivos por mujer y una tasa de fecundidad en adolescentes que oscila entre 20,1 y 62,1 nacimientos por 1000 mujeres de 15 a 19 años. En los países del Área Andina nacen entre 222,8 mil y 703,0 mil niñas y niños anuales para una tasa de natalidad entre 11,3 y 21,1 por 1000 habitantes¹⁸ (ver Cuadro 3).

16. Informe sobre la tendencia de la mortalidad materna para el periodo 2015-2020 y situación de la mortalidad materna 2021 para los países del Área Andina: Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú, Venezuela y Chile, principales determinantes que han incidido en las brechas e inequidades de la salud materna, y su profundización durante la pandemia por COVID-19. UNFPA 2023

17. Guttmacher Institute. Darroch JE, Woog V, Bankole A and Ashford L. Adding it up: costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents. May 2016

18. <https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos> al 27 de junio del 2024

CUADRO 3. INDICADORES BÁSICOS DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS EN LOS PAÍSES DEL ÁREA ANDINA

Indicadores demográficos	Bolivia	Colombia	Chile	Ecuador	Perú	Venezuela
Población total (millones habitantes)	12,5	52,3	19,6	18,4	34,7	29,4
Población urbana (%)	71,5	82,7	88,1	65,0	79,1	88,5
Población rural (%)	28,5	17,3	11,9	35,0	20,9	11,5
Población femenina (millones habitantes)	6,2	26,5	9,9	9,2	17,5	14,9
Población masculina (millones habitantes)	6,3	25,8	9,7	9,2	17,1	14,5
Tasa anual de crecimiento poblacional (%)	1,4	0,5	0,2	1,0	1,0	1,9
Nacimientos (miles)	265,2	703,1	222,8	296,2	583,9	470,9
Esperanza de vida al nacer (años)	69,0	77,7	81,4	78,3	77,1	73,1
Indicadores sociales y de SSR						
Tasa de incidencia de pobreza (% al 2017)	2,0	6,0	0,4	3,2	2,7	7,1
Tasa de desempleo en mujeres (%)	4,8	11,8	9,5	4,3	4,2	6,5
Años de escolaridad promedio en mujeres	9,2	9,0	10,5	8,9	9,2	10,6
Tasa global de fecundidad (nacimientos vivos por mujer)	2,5	1,7	1,5	2,0	2,1	2,1
Tasa de fecundidad en adolescentes en 2024 (nacimientos por cada 1000 mujeres entre 15 y 19 años)	62,1	55,8	20,1	60,3	55,3	81,7
Razón de mortalidad materna (100 000 nacimientos vivos)*	160,0	83,2	19,2	43,5 9	63,0	125,4
Cobertura de partos atendidos por personal capacitado (%)	98,2	97,4	99,8	97,0	98,6	98,6
Cobertura de atención prenatal (%)	81,3	81,6	ND	79,0	85,1	82,6
Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos (%) mujer casada o en unión	50,0	77,0	72,0	73,0	58,0	72,0
Demanda satisfecha de planificación familiar por cualquier método moderno.	60,7	87,1	84,9	81,6	70,8	82,4
Densidad de personal médico (10 000 habitantes)	12,7	24,5	31,7	23,1	16,2	16,6
Densidad de personal de enfermería (10 000 habitantes)	16,0	14,5	40,9	25,1	20,4	20,0
Densidad de profesionales de partería (10 000 habitantes)	6,8	ND	8,8	0,3	6,1	ND
Económicos						
PIB per cápita (USD \$ precios corrientes PPA)	9738	20 952	31 487	12 826	15 053	17 402
Coefficiente de Gini	40,9	54,8	43,0	45,5	40,3	44,8
Gasto público en salud (% del PIB 2021)	5,9	6,6	4,9	5,3	4,0	1,3
Gasto de bolsillo en salud como % del gasto corriente en salud	22,7	13,7	29,8	30,6	27,2	28,0

Nota: * Datos no comparables de Colombia, Chile y Ecuador actualizados al año 2021, Bolivia y Perú al año 2019 y Venezuela al año 2018.

Fuente: <https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos> al 27 de junio del 2024

Es conocido que las mujeres que viven en situación de pobreza, en su mayoría con tasas de desempleo superiores a las medias nacionales, de menor nivel educativo y que habitan en áreas rurales e incluso urbanas, tienen un menor acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y de planificación familiar con la calidad deseada. Como resultado, tienen mayores probabilidades de tener un embarazo no planeado y no deseado y, por consecuencia, de enfermar y morir durante el periodo gestacional.

En el 2020 se sumó la pandemia por COVID-19, que presionó aún más los insuficientes servicios de salud y causó graves daños a la salud de la población. A esta crisis sanitaria se suma el impacto que han tenido los fenómenos climatológicos y las migraciones masivas en las personas en situación de mayor vulnerabilidad, que incrementan los obstáculos para acceder a servicios de salud de calidad.

Con relación a la salud sexual y salud reproductiva, los indicadores mejoraron durante el decenio. Según la OPS, entre 2014 y 2023, la tasa de fecundidad se redujo en el Área Andina de 2,4 a 2,0 (Chile de 1,8 a 1,5) nacimientos por mujer. La demanda satisfecha de planificación familiar por cualquier método anticonceptivo moderno (MAC) aumentó de 76,2 % a 79,10 % en el período 2014 a 2022 y la tasa de fecundidad de las adolescentes entre 15 y 19 años a nivel subregional (sin incluir Chile) se redujo de 75,7 en el año 2014 y de 62,6 nacimientos por 1000 mujeres de 15 a 19 años en el año 2023, aunque esta cifra sigue siendo alta.¹⁹

El estudio realizado por el UNFPA en el año 2023 anota que el número de muertes maternas en el Área Andina se incrementó de 2301 en el año 2015 a 2816 en el año 2020 (aumento del 22,4 %).²⁰ Hay varias condiciones que deben presentarse para que ocurra una muerte materna. Primero, la mujer debe estar embarazada; segundo, tiene que desarrollar un problema médico; tercero, para que la mujer muera, la complicación o no es tratada, se trata a destiempo o es tratada inadecuadamente. Una variedad de estudios ha encontrado que al menos 9 de cada 10 complicaciones obstétricas graves pueden ser exitosamente tratadas con procedimientos médicos que han estado disponibles durante décadas. Por consiguiente, para poder reducir la mortalidad materna, cualquier intervención propuesta debe finalmente i) reducir las posibilidades de embarazarse; ii) reducir las posibilidades que la mujer embarazada experimente graves complicaciones durante el embarazo o parto y iii) reducir las posibilidades de muerte entre mujeres que experimentan complicaciones.

2.6. Los sistemas de salud y la situación de salud en los países del Área Andina

Los sistemas de salud en Latinoamérica en su mayoría se encuentran organizados en varios subsistemas: i) público administrado por el Ministerio de Salud, ii) seguridad social pública o privada iii) privado financiado por las personas usuarias.²¹ La Organización Panamericana de la Salud (OPS) también menciona que:

“Los sistemas de salud de las Américas se caracterizan por altos niveles de fragmentación de sus servicios de salud. La experiencia acumulada demuestra que la excesiva fragmentación de los servicios de salud genera dificultades en el acceso a los servicios, la prestación de servicios de baja calidad técnica, el uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, un incremento innecesario de los costos de producción y una baja satisfacción de los ciudadanos con los servicios recibidos.

19. <https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos> al 27 de junio del 2024

20. Informe sobre la tendencia de la mortalidad materna para el periodo 2015-2020 y situación de la mortalidad materna 2021 para los países del Área Andina: Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú, Venezuela y Chile, principales determinantes que han incidido en las brechas e inequidades de la salud materna, y su profundización durante la pandemia por el COVID-19. UNFPA 2023

21. OMS (2018), Accidentes de tránsito, Organización Mundial de Salud, <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/roadtraffic-injuries>.

En el desempeño general del sistema, la fragmentación se manifiesta como falta de coordinación entre los distintos niveles y sitios de atención, duplicación de los servicios y la infraestructura, capacidad instalada ociosa y servicios de salud prestados en el sitio menos apropiado, en especial, en los hospitales”.²²

La situación de los sistemas de salud del Área Andina revela que en el caso de Chile y Colombia tienen cerca del 70,0 % o más de su población cubierta por esquemas contributivos y/o subsidiados de seguridad social, mientras que Perú tiene más del 40,0 % de su población afiliada a instituciones dependientes del Ministerio de Salud, junto con la población cubierta por el seguro social, un seguro privado o por el Ministerio de Salud. En el caso de Bolivia se avanza hacia un sistema único de salud, universal y gratuito.

Los sistemas de salud del Área Andina disponen de redes de establecimientos de salud de diversos niveles de resolución, la mayoría de ellos de primer nivel de atención con poca capacidad resolutoria y orientada a la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención de morbilidad. En el caso de la salud materna, pocas veces la red de primer nivel de atención cuenta con los recursos humanos calificados, los equipos médicos y de comunicaciones, así como los medicamentos básicos y las condiciones de infraestructura y transporte para garantizar servicios de salud de calidad a las gestantes. Esto se dificulta aún más en situaciones en que se presentan complicaciones obstétricas y que deba referirse a un establecimiento de salud de mayor nivel de resolución (hospitales).

Los sistemas de salud se financian generalmente a través de tres tipos de financiamiento: i) fondos públicos (impuestos generales, donaciones, préstamos y fondos propios), ii) fondos privados (proviene de empleadores, hogares, instituciones sin fines de lucro y otros privados) y iii) cooperación internacional (entes no residentes que colaboran de manera directa con establecimientos de salud locales). Los modelos de financiamiento de la salud en los países del Área Andina se sustentan en parte en el gasto de bolsillo de la población, el cual representa entre el 13,7 % y el 30,6 % del gasto corriente en salud. Este gasto adicional que proviene de los hogares aumenta el riesgo financiero a las familias y muy frecuentemente se convierte en una barrera para acceder a los servicios de salud (ver Cuadro 2).

2.7. Avances en las estrategias nacionales para la reducción de la mortalidad materna

Las personas decisoras de política, gestoras y proveedoras de servicios de salud de los países del Área Andina disponen de una serie de instrumentos normativos y estratégicos institucionales enfocados en la mejora del acceso a servicios de salud materna de calidad que aportan a la reducción de la mortalidad materna a nivel nacional, los cuales siempre son respaldados por la política de Estado bajo un marco jurídico y científico coherente.²³

Los países realizan importantes esfuerzos para impulsar estrategias destinadas a “lograr el acceso universal a la salud sexual y reproductiva, hacer efectivos los derechos reproductivos y reducir la mortalidad materna, con el propósito de mejorar la vida de las mujeres, las adolescentes y jóvenes”. Para ello, han focalizado sus acciones en el desarrollo de estrategias de promoción, prevención, atención y seguimiento a la persona y la familia, en la comunidad y en los servicios de salud.

22. Organización Panamericana de la Salud “Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas” Washington, D.C.: OPS, 2010

23. Entrevistas grupales con equipos técnicos de los Ministerios de Salud de Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. Junio 2024

Las estrategias implementadas por los países fueron diseñadas y están alineadas con las leyes, las políticas, los programas y los planes oficializados por los respectivos Gobiernos nacionales, principalmente aquellas articuladas entre sí que abordan áreas claves, como igualdad de género, acceso a servicios de salud materna de calidad, interculturalidad, nutrición y educación, entre otras. De igual manera, se encuentran en relación con Leyes Generales de Salud, Políticas Nacionales de Salud, Políticas de Género, Estrategias Nacionales de Salud Sexual y Salud Reproductiva, Leyes de Niñez y Adolescencia, Estrategias de Educación Integral de la Sexualidad, Salud Familiar Comunitaria e Intercultural, entre otras.

Los países han dedicado importantes recursos técnicos y financieros al fortalecimiento del marco de políticas públicas fundamentales para el desarrollo de las estrategias y los procesos institucionales que mejoren las capacidades de las gerencias y de diversas iniciativas para mejorar los procesos de planificación, organización, monitoreo y evaluación de las actividades y sus resultados (ejemplo: comités de análisis y sistemas de vigilancia de la mortalidad materna, así como la mejora de los sistemas de información y registros).

Los países desarrollan estrategias destinadas a la mejora de calidad de los servicios integrales y con enfoque intercultural, que incluye el fortalecimiento de las capacidades de los proveedores de servicios de salud materna de calidad en las redes de establecimientos de salud a través de diversas modalidades de capacitación en planificación familiar, la atención pregestacional, el control del embarazo y la atención del parto y las complicaciones obstétricas, también enfatizan en las acciones de seguimiento durante el post parto en la comunidad debido al alto porcentaje de muertes maternas que ocurren en esta etapa. Otros temas se orientan a la atención del aborto seguro —de acuerdo con las leyes del país— y la anticoncepción posevento obstétrico accesible, libre e informada.

Las estrategias implementadas también promueven la organización de la red de servicios para garantizar atención de salud materna de calidad. Esto incorpora la disponibilidad de medicamentos y equipos para la atención de la salud materna, la conformación de equipos multidisciplinarios para la atención oportuna de las complicaciones obstétricas bajo los criterios técnicos y el manejo estandarizado de las gestantes con énfasis en las adolescentes, conforme las rutas de atención definidas.

2.8. La mortalidad materna en la Región de América y los países del Área Andina

La mortalidad materna en la Región de América

De acuerdo con datos de la OMS, la región de América redujo la razón de mortalidad materna (RMM) por 100 000 nacimientos vivos (NV) de 90 en el año 2000 a 88 en el 2020. Esto representa una reducción de 2 puntos porcentuales en 20 años. En números absolutos se registran 10 000 muertes maternas en el año 2000 y 8400 en el 2020, lo que representa una reducción del 16,0 %. Las áreas de la región presentan diferentes comportamientos, mientras que los países del Caribe incrementaron la RMM (2000: 180/2020: 188), los países de Centro América redujeron la RMM (2000: 74/2020: 64) al igual que Sur América (2000: 88/2020: 86)²⁴ (Ver Cuadro 4).

24. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759>

CUADRO 4. SITUACIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA EN LA REGIÓN DE AMÉRICA. AÑOS 2000 A 2020

Región y Sub Región	RMM 2000	RMM 2020	Diferencia	# MM 2000	# MM 2020	%
Caribe	180	188	+8	1400	1300	-7,1
Centro América	74	64	-10	2500	1900	-24,0
Sur América	88	86	-2	6400	5200	-18,8
Latinoamérica y el Caribe	90	88	-2	10 000	8400	-16,0

Fuente: Trends in maternal mortality 2000 to 2020. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division

Los avances logrados en la reducción de la mortalidad materna se ven amenazados por la aparición de la COVID-19 en el año 2020, que puso de manifiesto las limitaciones en las capacidades de los sistemas de salud para atender la pandemia y continuar los procesos de atención a la SSSR implementados en los últimos años. Por tanto, esta situación deterioró la atención durante el embarazo, el parto, el puerperio y la planificación familiar.

El reporte Panorama de la Situación de la Morbilidad y Mortalidad Maternas: América Latina y el Caribe (ALC) 2017, elaborado por el Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna (GTR), plantea que, en la mayor parte de los países, no se ha alcanzado la meta de acceso universal a servicios integrales de salud reproductiva. La región mantiene la tasa más alta del mundo en embarazo no deseado (56 %) y presenta una necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos modernos que oscila entre el 31 % para mujeres del quintil de ingresos más bajo y el 19% para las del quintil más alto. Se estima que el 32 % de los embarazos en la región termina en aborto. El UNFPA menciona que “En América Latina y el Caribe (ALC) registra la segunda tasa más alta de embarazos adolescentes del mundo y se estima que casi el 18 % de los nacimientos en la región corresponden a madres menores de 20 años de edad”. También agrega que “En ALC se cree que el número anual de abortos inseguros entre las adolescentes de 15 a 19 años alcanza un número de 670 mil”²⁵.

En América Latina (ALC) se combinan diversos factores que limitan el acceso de las mujeres a servicios de SSR. Las más afectadas son las mujeres pobres de zonas remotas, ya que son las que tienen menos probabilidades de recibir una atención sanitaria adecuada. En la mayoría de los países, las mujeres no se benefician de una atención prenatal de calidad ni atención especializada durante el parto. Por su parte, el postparto es al que menos seguimiento se le brinda.

Para evitar la muerte materna es fundamental que se eviten los **embarazos no deseados o a edades demasiado tempranas**. Todas las mujeres, y en particular las adolescentes, deben tener acceso a los métodos anticonceptivos modernos (MAC) y a servicios que realicen una atención de calidad post aborto. Las mujeres originarias de los pueblos indígenas originarios, amazónicos, campesinos, poblaciones con diversidad étnica, afrodescendientes y migrantes, tienen a menudo mayores dificultades para acceder a servicios de planificación familiar y a una atención calificada de sus partos.

El Instituto Guttmacher²⁶ hace referencia al costo de satisfacer las necesidades de anticonceptivos a adolescentes: Si todas las mujeres adolescentes que necesitan métodos anticonceptivos modernos los usarán, los embarazos no planeados se reducirían en seis millones por año (63%) y el total de embarazos se reduciría de 20 millones a 14 millones. Esto resultaría en una disminución de 2,4 millones de embarazos no planeados; una reducción de 2,9 millones de abortos, de los cuales 1.9 millones habrían sido inseguros; y ocurrirían 763,000 menos abortos espontáneos y mortinatos de embarazos no planeados.

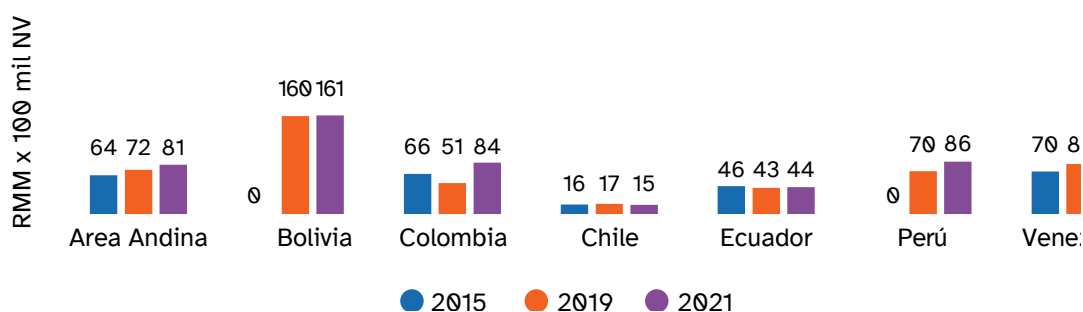
25. <https://lac.unfpa.org/es/topics/embarazo-en-adolescentes>

26. Guttmacher Institute, 2018

La mortalidad materna en el Área Andina

El Área Andina conformada por Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela en su conjunto reporta un incremento de la Razón de Mortalidad Materna (RMM) de 64 a 72 por 100 000 nacimientos vivos (NV). Colombia y Ecuador redujeron el indicador, mientras que en Venezuela se ha deteriorado. En el Perú la Razón de Mortalidad Materna en el año 2015 fue de 68 por 100 000 NV. Bolivia no dispone de datos en el 2015, pero la RMM en Bolivia en el año 2019 alcanza 160 por 100 000 NV. Los datos del informe de la tendencia de la mortalidad materna elaborado por el UNFPA en el 2023 —basado en estimaciones del año 2020— refleja que la RMM aumentó, excepto en Chile (ver Gráfico 1). Los datos oficiales facilitados por Venezuela indican que la RMM disminuyó de 125,4 en el año 2018 a 87,6 por 100 000 nacimientos vivos en el 2023 y en Perú de 68 en el año 2015²⁷ a 55,9 en el año 2019 y a 51,9 por 100 000 nacimientos vivos en 2023.²⁸

GRÁFICO 1. RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA REPORTADA EN EL ÁREA ANDINA. 2015-2019

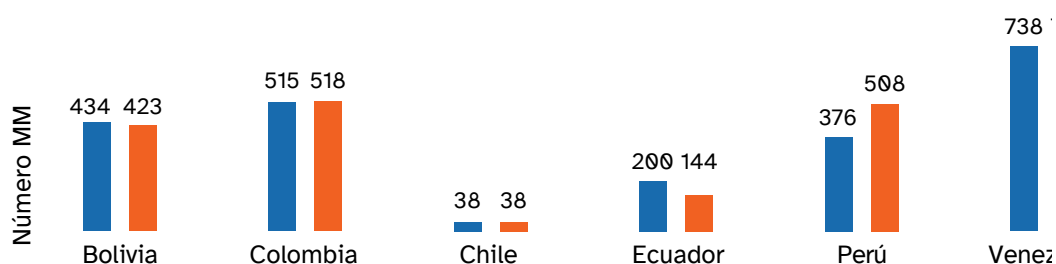


Fuente: (1) 2015-2019 <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/2015-cha-basic-indicators.pdf> / CORE 2019 PAHO

(2) 2021: Informe sobre la tendencia de la mortalidad materna para el periodo 2015-2020 y situación de la mortalidad materna 2021 para los países del Área Andina. UNFPA 2023

Los datos presentados en el informe del UNFPA 2023 también mencionan que durante el año 2021 ocurrieron 2369 muertes maternas. La información oficial proviene de Colombia, Ecuador y Perú (2015: 412/2021: 494), mientras que las cifras de Bolivia, Chile y Venezuela son estimaciones basadas en datos de 2020. En comparación con el 2015 (2301 muertes), el número absoluto de muertes maternas se aumentó un 2,9 %²⁹ (ver Gráfico 2).

GRÁFICO 2. NÚMERO DE MUERTES MATERNAS EN EL ÁREA ANDINA. 2015-2021



Fuente: Informe sobre la tendencia de la mortalidad materna para el periodo 2015-2020 y situación de la mortalidad materna 2021 para los países del Área Andina. UNFPA 2023

Datos confirmados por Colombia señalan que durante el año 2022 ocurrieron 278 muertes maternas y una RMM de 48,46.

27. Nota Ministerio de Salud de Perú: En el Perú la RMM en el año 2015 fue de 68,0 por 100 000 NV, como se registra en el informe realizado por WHO, UNICEF, UNFPA y World Bank en el 2015 para evaluar los logros de los ODM.

28. Reportes Técnicos del Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela (MPPS) y el Ministerio de Salud del Perú

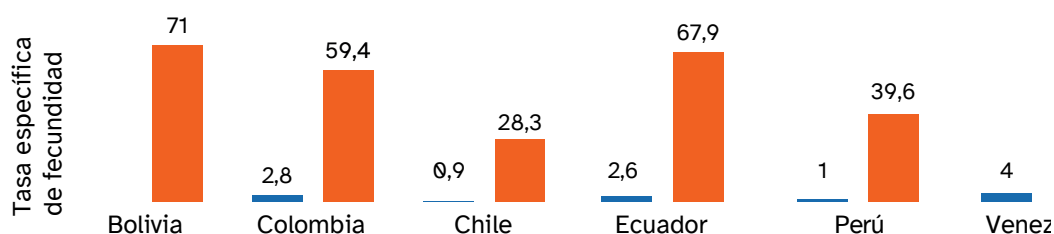
29. Informe sobre la tendencia de la mortalidad materna para el periodo 2015-2020 y situación de la mortalidad materna 2021 para los países del Área Andina: Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú, Venezuela y Chile, principales determinantes que han incidido en las brechas e inequidades de la salud materna, y su profundización durante la pandemia por el COVID-19. UNFPA 2023

2.9. Embarazo y mortalidad materna en adolescentes

El embarazo en adolescentes es un fenómeno mundial con causas claramente conocidas y efectos devastadores en el futuro de las sociedades, la salud y la economía. Las causas de dichos embarazos están relacionadas con la falta de información, la violencia basada en género, incluido el matrimonio infantil y abuso sexual, las uniones tempranas y forzadas, la pobreza, la falta de acceso a métodos anticonceptivos modernos e insuficiente cobertura de los sistemas de salud que les garantice servicios de salud adecuados a sus necesidades. El UNFPA menciona que el 36 % de las adolescentes en América Latina y el Caribe tiene necesidades insatisfechas de métodos anticonceptivos modernos (MAC).³⁰

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “Cada vez se dispone de más datos sobre los partos entre niñas de 10 a 14 años. A escala mundial, se calcula que la tasa de natalidad entre las adolescentes de 10 a 14 años en 2023 fue de 1,5 por cada 1000 mujeres”, mientras que en América Latina y el Caribe es de 2,3 por cada 1000 mujeres.³¹ De los países que conforman el Área Andina existen diferencias en la tasa de fecundidad en adolescentes (promedio entre los años 2015 a 2021), que varían desde 0,9 nacimientos por cada 1000 adolescentes de 10 a 14 años y 28,3 nacimientos por cada 1000 adolescentes de 15 a 19 años en Chile hasta 4,0 nacimientos por cada 1000 adolescentes entre 10 a 14 años y 89,4 nacimientos por cada 1000 adolescentes entre 15 y 19 años en Venezuela.³² En este sentido, el UNFPA menciona que las tasas de fecundidad específica entre los 10 y 14 años y los 15 a 19 años no han variado sustancialmente entre los años 2015 y 2021 y continúan siendo altas (ver Gráfico 3).

GRÁFICO 3. TASA DE FECUNDIDAD PROMEDIO EN ADOLESCENTES DE 10 A 14 AÑOS Y 15 A 19 AÑOS EN EL ÁREA ANDINA. 2015-2021



Fuente: Informe sobre la tendencia de la mortalidad materna para el periodo 2015-2020 y situación de la mortalidad materna 2021 para los países del Área Andina. UNFPA 2023

Se reconoce que el embarazo en adolescentes constituye un riesgo para la salud y representa una de las principales causas de muertes entre adolescentes de 15 a 19 años en los países de la subregión andina. “El riesgo de muerte materna de las menores de 15 años de edad puede ser el doble o el triple del de las adolescentes de 15 a 19 años. Las causas de muerte materna más frecuentes son los trastornos hipertensivos, las muertes maternas tardías por complicaciones del embarazo o el parto (hemorragia) y el aborto inseguro”.³³

30. <https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MSH-GTR-Report-Esp.pdf>

31. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

32. <https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos> al 27 de junio del 2024

33. <https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MSH-GTR-Report-Esp.pdf>

Los datos suministrados por el Ministerio de Salud de Perú mencionan que en el año 2022 el 5,2 % de las muertes maternas ocurrió en adolescentes menores de 17 años y en el año 2023 fue del 6,9 %.³⁴ Otros datos oficiales suministrados reflejan un incremento porcentual de la mortalidad materna en el grupo de 10 a 19 años en relación al total de muertes maternas (2015: 9,7 %; 2019: 10,9 %; 2023: 13,6 %).³⁵ De igual manera, los datos del Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia muestran que la tasa de embarazo en adolescentes de 10 a 19 años en la gestión 2018 ha disminuido de 50,97 por 1000 adolescentes a 28,81 por 1000 adolescentes en la gestión 2023.³⁶

2.10. Prestaciones de servicios de planificación familiar y atención materna

Los datos registrados a través del UNFPA³⁷ y OPS³⁸ revelan que los servicios de salud materna, incluida la planificación familiar en el Área Andina, presentan una tendencia al deterioro en algunos indicadores. Uno de ellos es la cobertura del control prenatal que oscila, en promedio, entre 82,4 % y 88,4 % de gestantes con al menos cuatro (4) visitas a los establecimientos de salud durante los años 2015 y 2020. Los datos del UNFPA también revelan que la cobertura de al menos 4 visitas prenatales está relacionada a la razón de mortalidad materna en el mismo periodo. Un dato relevante que anota la OPS es que entre el 2018 y el 2022 entre el 32,6 % y el 87,2 % de las embarazadas accedieron a atención prenatal desde el primer trimestre.

Los datos registrados por el UNFPA indican que entre el 96,2 % y el 99,4 %, en promedio, de los partos fueron atendidos por personal capacitado durante el periodo 2015 a 2020 en los países del Área Andina. De igual forma, los datos de la OPS revelan que entre el año 2020 y el 2022 los partos atendidos en establecimientos oscilaron en un rango de 93,1 % y el 99,6 %. Sin embargo, según el UNFPA en América Latina casi 4 de 10 partos terminan en cesárea y su frecuencia ha aumentado considerablemente.³⁹

La atención posparto pocas veces se aborda con la importancia requerida a pesar de que es la etapa en la que ocurre un alto número de muertes maternas, generalmente debidas a hemorragias, hipertensión, sepsis u otras causas. Las dificultades para garantizar servicios de salud de calidad durante el periodo puerperal es un desafío para las redes de establecimientos de salud. Para ello, se requieren acciones de seguimiento en los territorios en coordinación con actores comunitarios, incluidas las parteras, así como la mejora de la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud.

Durante los años 2015 a 2020 la prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos modernos (MAC) en mujeres casadas o en unión para los países que conforman el Área Andina varía en un rango de 46,1 % y 76,1 %.⁴⁰ Es importante señalar que un alto porcentaje de muertes maternas están relacionadas a una insuficiente cobertura y calidad de atención prenatal, a la falta de acceso a métodos anticonceptivos modernos y, en general, a la deficiente calidad en la red de servicios.

34. Informe técnico Situación de la Mortalidad Materna, Perú 2023 Hasta semana 4 del 2024. MINSA Perú

35. CDC. Epidemiología, remitido por el Ministerio de Salud de Perú.

36. SNIS - VE 2023.

37. Informe sobre la tendencia de la mortalidad materna para el periodo 2015-2020 y situación de la mortalidad materna 2021 para los países del Área Andina: Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú, Venezuela y Chile, principales determinantes que han incidido en las brechas e inequidades de la salud materna, y su profundización durante la pandemia por el COVID-19. UNFPA 2023

38. <https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos> al 27 de junio del 2024

39. <https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MSH-GTR-Report-Esp.pdf>

40. Informe sobre la tendencia de la mortalidad materna para el periodo 2015-2020 y situación de la mortalidad materna 2021 para los países del Área Andina: Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú, Venezuela y Chile, principales determinantes que han incidido en las brechas

2.11. Conceptualización de los indicadores de atención y mortalidad materna (MM)

La *mortalidad materna* se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o durante los 42 días posteriores a la finalización del embarazo, independiente a la duración y el lugar del embarazo. Se asocia a cualquier causa relacionada o que haya sido agravada por el embarazo mismo o su atención, y se excluyen todas aquellas muertes accidentales o incidentales. Para medir la mortalidad materna se utiliza la *Razón de Mortalidad Materna (RMM)*, que resulta de medir las muertes maternas ocurridas en un determinado periodo sobre 100 000 nacimientos vivos en el mismo periodo.

Así mismo, otro indicador utilizado es el *porcentaje de mortalidad materna en adolescentes*, que se obtiene a través de la relación entre el número de muertes maternas en adolescentes en relación con el total de muertes maternas registradas por 100, generalmente en un año.

De igual manera, otro de los indicadores a utilizar en este tema es la *tasa de prevalencia del uso de métodos anticonceptivos modernos (MAC)*. Esta corresponde al número de mujeres en edad reproductiva que están utilizando métodos anticonceptivos modernos por cada 100 mujeres en edad reproductiva. Esta medida provee un indicio del número de mujeres que corren el riesgo más bajo de concebir en un momento determinado. Es posible calcular esta medida para todas las mujeres o para subpoblaciones, como mujeres casadas, mujeres solteras o mujeres sexualmente activas.

La *demanda insatisfecha de planificación familiar* se define como mujeres en edad fértil y sexualmente activas, que no están usando ningún método anticonceptivo moderno (MAC) y que desean limitar o espaciar el siguiente nacimiento de un hijo, expresado como porcentaje de total de mujeres en edad reproductiva, casadas o en unión.

El *porcentaje de acceso a la atención prenatal* desde el primer trimestre de la gestación hace referencia al comportamiento de mujeres embarazadas que han recibido atención de salud, provista por profesionales de la salud desde el primer trimestre del embarazo, expresado como porcentaje del total de nacimientos vivos, para un año dado.

Cobertura de parto institucional se refiere al porcentaje de partos atendidos en un establecimiento de salud (público o privado) por personal de salud calificado (personal médico, de obstetricia y/o enfermería), en el cual se estima hay menos riesgo, tanto para la madre como para el recién nacido en comparación con un parto domiciliario.

El *porcentaje de personal de salud capacitado para la atención de las complicaciones obstétricas* es fundamental para garantizar la calidad del servicio, así como la *disponibilidad de insumos médicos que salvan vidas*.

El *porcentaje de complicaciones obstétricas* se refiere al número de complicaciones que ocurren durante el embarazo, el parto y el puerperio en relación con el número total de partos.

La *cobertura de atención puerperal* indica el número de puérperas atendidas hasta los 42 días posparto en relación con el número total de partos registrados.

El *porcentaje de gestantes con plan de parto* es la proporción de gestantes que son beneficiarias de acciones colaborativas que realizan la mujer, su pareja, su familia y la participación activa de la comunidad. Estas preparan las condiciones para el cuidado del embarazo, parto, puerperio y el recién nacido/a, con el apoyo del personal de salud y la comunidad organizada, a fin de contribuir a una maternidad segura y saludable.

2.12. Impacto de la pandemia de COVID-19, los fenómenos climáticos y migratorios en la MM

Según estimaciones del Banco Mundial, la disminución de la mortalidad materna sufrió un enlentecimiento durante la última década en la Región de América Latina y el Caribe. Todo esto agravado por el incremento en las muertes maternas directas e indirectas asociadas a la crisis sanitaria provocada por la pandemia de COVID-19. Según esta misma fuente, la región sufrió un retroceso de más de 20 años en los indicadores de salud materna. El impacto de la pandemia se refleja en más de 3000 muertes maternas que se pudieron haber evitado al no haber habido una influencia directa de la pandemia sobre la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva.

Así mismo, está demostrado que la mayor cantidad de muertes maternas provienen de los quintiles de población con menor ingreso y menor educación. Además, la mayoría provienen de zonas postergadas y rurales. En la Región de América Latina y el Caribe, la mortalidad materna es casi tres veces más alta en mujeres afrodescendientes que en mujeres blancas, lo que evidencia una clara diferencia en el acceso a métodos anticonceptivos y servicios de salud.

Se calcula que en la Región de América Latina y el Caribe la razón de mortalidad materna para el año 2019 fue de 77 por 100 000 nacimientos vivos, mientras que en 2020 fue de 88 por cada 100 000 nacimientos vivos. Un estudio realizado por la OPS indica que “una de cada tres embarazadas con COVID-19 que debió acceder a una unidad de cuidados intensivos no lo consiguió en los dos primeros años de la pandemia”.⁴¹ A esto se suma las limitaciones para la adquisición de insumos de salud sexual y reproductiva, incluidos los métodos anticonceptivos modernos y la creciente migración de población vulnerable.

Las situaciones humanitarias generadas por fenómenos climáticos o por conflictos provocan la movilización de las personas en la búsqueda de mejores condiciones; estos son factores externos que inciden directamente en la estabilidad de los sistemas de salud y en el acceso a los servicios de salud principalmente en la población vulnerable entre ellas las embarazadas. La falta de acceso a los servicios de salud en condiciones de movilidad nacional o transnacional es una limitante para brindar servicios de salud materna incluida la planificación familiar y por tanto para reducir la mortalidad materna.



41. <https://www.paho.org/es/noticias/12-5-2022-estudio-ops-sobre-mortalidad-materna-covid-19-muestra-barreras-acceso>



03.

Próposito de la política andina para la reducción de la mortalidad materna

Si bien la reducción de la mortalidad materna en el Área Andina ha sido evidente, el avance es cada vez más pausado debido al contexto social y económico que vive la región. Este se agravó por la crisis epidemiológica ocasionada por la COVID-19 en el año 2020 y parte del 2021, cuyo impacto a mediano y largo plazo afectó de forma significativa a la salud sexual y la salud reproductiva (SSSR) de la población. En este sentido, el propósito de la presente política es impulsar una estrategia regional que permita mantener los logros alcanzados y promover nuevas estrategias y acciones para dinamizar la reducción de las muertes maternas, a través de la formulación e implementación de políticas públicas que mejoren el acceso a la salud materna y perinatal de calidad (incluida la planificación familiar), la atención preconcepcional y el aborto seguro) con especial atención a las poblaciones priorizadas, como adolescentes, mujeres o personas en edad fértil con alguna condición crónica no transmisible que pueda generar riesgo para su salud, pueblos indígenas originarios, amazónicos, campesinos, poblaciones con diversidad étnica, afrodescendientes y migrantes, la mejora en la gestión y atención de calidad de los sistemas de salud en condiciones “estándar” y de crisis, así como establecer nuevas formas de participación ciudadana y de colaboración con agencias y organismos internacionales.

04.

Alcance

La Política Andina de Prevención y Reducción de la Mortalidad Materna es un esfuerzo multinacional que se concretará en los países del área a través de estrategias y acciones conjuntas y coordinadas entre las/los actores de la sociedad, que contribuyan a lograr el objetivo de cero muertes maternas evitables, con el fortalecimiento en el acceso a los servicios de calidad en anticoncepción (planificación familiar), de salud materna (atención preconcepcional, interrupción voluntaria del embarazo de acuerdo a la legislación vigente de cada país, atención prenatal, del parto, puerperio y del recién nacido) y el incremento de la cobertura de la población gestante más vulnerable. Entre ella, las adolescentes, mujeres o personas en edad fértil con alguna condición crónica no trasmisible que puede generar riesgo para su salud, pueblos indígenas originarios, amazónicos, campesinos, poblaciones con diversidad étnica, afrodescendientes y migrantes.

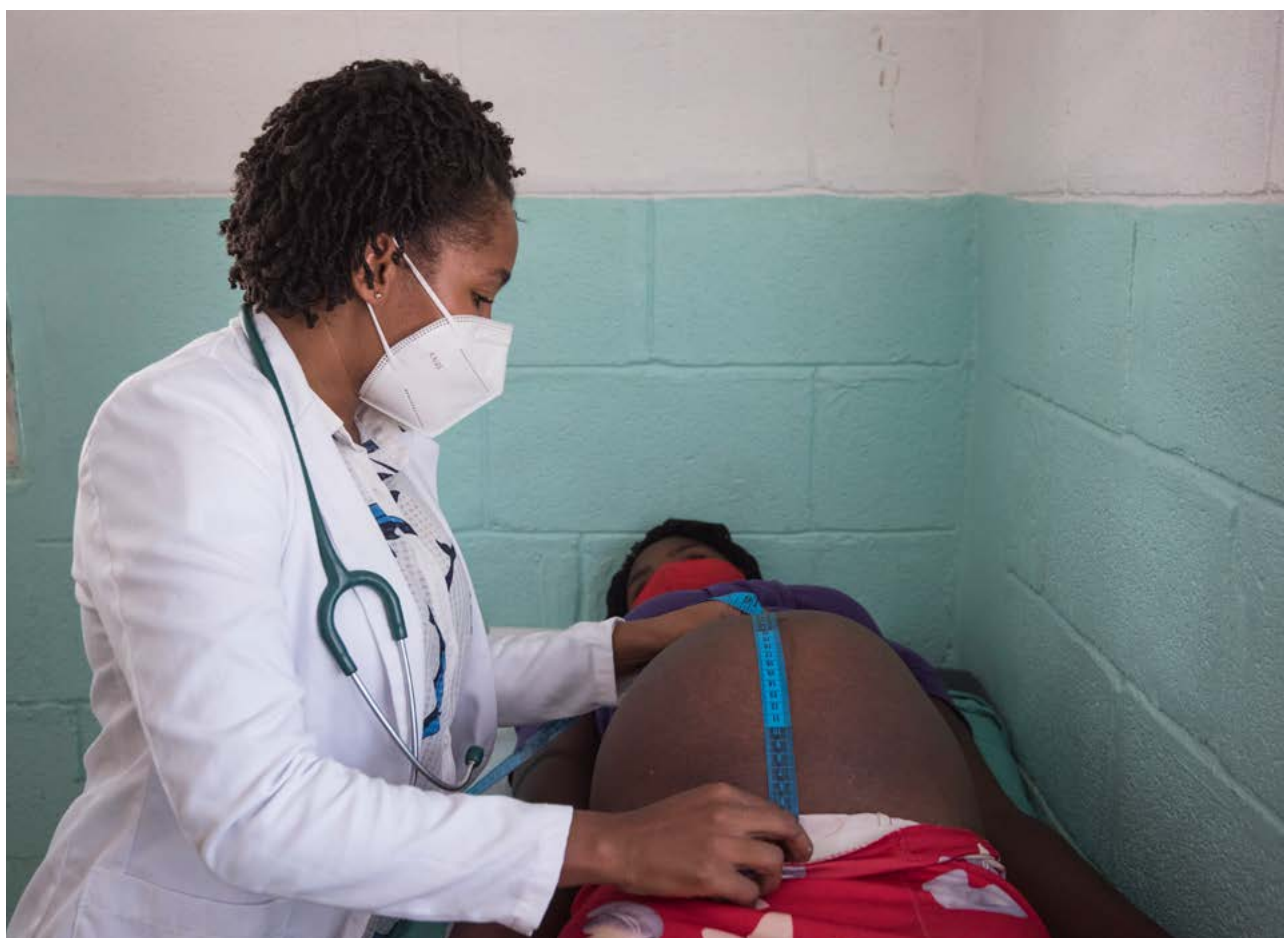
Esta herramienta también contiene una propuesta de plan de implementación y monitoreo que servirá de referencia para orientar las estrategias, programas y planes nacionales de cada país miembro y del área en su conjunto.



05.

Objetivo

Favorecer la implementación de las estrategias y acciones relevantes, efectivas, sostenibles y basadas en evidencia que contribuyan al logro de cero muertes maternas prevenibles en el área Andina, *a través del fortalecimiento de las capacidades de los sistemas y servicios de salud* para alcanzar la salud materna, incluida la planificación familiar, enfocada en las necesidades de la población antes, durante y después del periodo de gestación, con énfasis en las más vulnerables; así como en la *implementación articulada y el monitoreo de planes* acordes al contexto de los países y del área en su conjunto.



06.

Lineamientos generales, principios rectores



Los lineamientos generales y principios que rigen el marco de la Política Andina de Prevención y Reducción de la Mortalidad Materna se refieren al reconocimiento de los derechos humanos, el derecho a la salud y el respeto a los derechos sexuales y derechos reproductivos, el acceso a servicios de salud e información de calidad, así como el respeto a la diversidad étnica, cultural, la participación ciudadana y la línea técnica en el marco de la Política.

Derechos humanos

Los derechos humanos son derechos universales que asisten a todas las personas, independientemente de su raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.⁴²

La salud sexual y salud reproductiva de las mujeres está relacionada con múltiples derechos humanos, como el derecho a la vida, el derecho a no ser torturada, el derecho a la salud, el derecho a la intimidad, el derecho a la educación y la prohibición de la discriminación.⁴³

Derecho a la salud sexual y salud reproductiva

El derecho a la salud es indisoluble de otros derechos humanos, como el derecho a la educación, a la participación, a la alimentación, a la vivienda, al trabajo y a la información. Son compromisos jurídicamente vincu-

42. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

43. [Salud y derechos sexuales y reproductivos | OHCHR](#)

lantes consagrados en los instrumentos internacionales de derechos humanos⁴⁴ e incluyen la defensa de los derechos de los individuos para tener control y tomar decisiones libres e informadas sobre su sexualidad y reproducción, sin verse sujetos a coerción, discriminación o violencia.⁴⁵

La salud sexual y la salud reproductiva enmarcada en el concepto que deriva de la OMS de la “salud” y, por consecuencia, también debe entenderse como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no como la mera ausencia de enfermedades, en todo lo relacionado con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Esto incluye el derecho a disfrutar de una vida sexual satisfactoria y libre de toda coacción, discriminación y violencia, y la libertad para decidir sobre la procreación.⁴⁶ De igual manera, se refiere al derecho a conocer y valorar el propio cuerpo, derecho a decidir si se tienen o no relaciones sexuales, derecho a expresar la orientación sexual o identidad de género, entre otros derechos sexuales y derechos reproductivos a los cuales deben tener acceso todas las personas.

Acceso a servicios de salud, incluidos métodos anticonceptivos modernos e información de calidad

La cobertura sanitaria universal basada en la atención primaria de salud (APS) coadyuva a los países a hacer efectivo el derecho a la salud, al velar por que todas las personas puedan acceder de manera asequible y equitativa a los servicios de salud viabilizando la atención e intervención oportuna en el marco de la promoción, prevención y mantenimiento de la salud, y la acción efectiva en grupos de riesgo en salud por personal de salud capacitado.

El derecho a la salud incluye cuatro elementos esenciales e interrelacionados: la disponibilidad (número suficiente de establecimientos, bienes, tecnologías en salud, talento humano y servicios de salud en funcionamiento); la accesibilidad (no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica o asequibilidad, y accesibilidad de la información); la aceptabilidad (respeto a la ética médica y a lo que resulta apropiado desde un punto de vista cultural, así como a la sensibilidad hacia las cuestiones de género); y la calidad (acceso a agua potable salubre y al saneamiento, bienes y servicios de salud aprobados médica y científicamente).⁴⁷

Los servicios de salud sexual y salud reproductiva deben garantizar fundamentalmente: a) el acceso a la información; b) la disponibilidad y acceso efectivo a métodos anticonceptivos modernos seguros, eficaces y asequibles; c) una atención sanitaria que minimice los riesgos en embarazos, partos y post parto, y facilite el acceso a la atención preconcepcional y al aborto seguro en los casos permitidos por la ley.⁴⁸

Respeto a la diversidad (étnica, cultural, religiosa, etc.)

Esta política asume una determinación de respeto por la más amplia diversidad, reconociendo así la diversidad étnica, cultural, religiosa, valórica, ideológica, social, sexual y económica de los países del Área Andina, incluidas las diferencias de género, promoviendo la no discriminación y la igualdad en el derecho a acceder a un verdadero desarrollo humano.⁴⁹ Se hace énfasis en el abordaje en los servicios de salud con los enfoques de derechos, de género, territorial, diferencial, entre otros, y que favorezcan un respeto a la diversidad y una atención en salud con adecuación sociocultural.

44. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

45. Política Andina: SSR para Adolescentes con énfasis en la Prevención del Embarazo Adolescente. ORAS-CONHU 2013

46. Estado del acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. OMS 2023 (CD60/INF/4 25 de julio del 2023)

47. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

48. Estado del acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. OMS 2023 (CD60/INF/4 25 de julio del 2023)

49. Política Andina: SSR para Adolescentes con énfasis en la Prevención del Embarazo Adolescente. ORAS-CONHU 2013

También es de suma importancia que se aborde la situación de la entrega de servicios de salud materna a grupos indígenas, amazónicos y afrodescendientes que se ven expuestos a agresiones físicas y verbales o denegación de una atención de calidad durante el periodo de gestación. Esto puede llevar a sufrir mayores complicaciones durante el embarazo, retraso en la atención y, eventualmente, la muerte.⁵⁰

Derecho a la participación ciudadana

La participación requiere que las personas usuarias de los servicios de salud, las familias y las comunidades se involucren en los procesos de planificación y toma de decisiones durante la etapa pregestacional, gestacional, parto y postparto, en actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención y recuperación de la salud fundamentalmente en el nivel local y de manera articulada con la red de servicios de salud. El involucramiento de personas voluntarias y las parteras es de gran valor para garantizar la captación, el seguimiento y la atención a las gestantes en las comunidades donde los servicios de salud no están presentes, con el fin de garantizar redes integrales de cuidado.



50. <https://lac.unfpa.org/es/news/consecuencias-mortales-seg%C3%BAAn-un-nuevo-informe-del-unfpa-las-mujeres-embarazadas>

07.

Enfoques



Desarrollo humano

El enfoque de desarrollo humano y su relación con la salud materna con una perspectiva de derechos se basan en una estrategia que contempla enfoques integrados en el marco de programas de salud con cobertura universal y sistemas inclusivos, que reconocen la relación entre salud y género, y los determinantes sociales como la pobreza y la educación.⁵¹

Género

El enfoque de género es fundamental para abordar la salud materna de manera integral. Garantizar que todas las mujeres que tengan acceso a una atención respetuosa y de alta calidad es crucial. Esto implica superar desigualdades que afectan los resultados de salud en temas de salud sexual y salud reproductiva, así como cuestiones de género.⁵²

Equidad

Para asegurar que todas las mujeres puedan acceder a una atención de salud materna respetuosa y de alta calidad es fundamental superar las desigualdades que influyen en los resultados de salud, en particular en los concernientes a la salud sexual y salud reproductiva y los derechos conexos, así como a las cuestiones de género.⁵³

La equidad en la salud materna es esencial para garantizar que todas las mujeres reciban la atención que merecen, independientemente de su origen étnico, raza o idioma. Es un objetivo basado en los derechos humanos que busca mejorar la vida en todas las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio.⁵⁴

Generacional

“Este enfoque orienta a reducir las desigualdades existentes entre las personas adultas y las/los adolescentes, haciéndose cargo de una brecha que genera inequidad”.⁵⁵ Desde el punto de vista generacional, la niñez y adolescencia son el grupo poblacional que más recibe los efectos de las desigualdades estructurales y se generan brechas en el acceso a la información y atención que no les permite desarrollarse plenamente, por lo

51. www.paho.org/es/temas/salud-materna

52. www.who.int/es/health-topics/maternal-health

53. www.who.int/es/health-topics/maternal-health

54. HNN <https://healthynewbornnetwork.org/es/blog/2016/maternal-newborn-health-quality-equity-dignity/>

55. Política Andina: Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes con énfasis en la prevención del embarazo adolescente. 2013

que el acceso a orientación y consejería profesional acorde a los valores en que fueron formados determinarán sus decisiones. Este enfoque también permite reconocer que las demandas o necesidades de adolescentes y adultos son diferentes y merecen la atención específica requerida.

Universalidad

“La universalidad significa que todos los seres humanos tienen los mismos derechos humanos simplemente por su condición de ser humanos, independientemente de su condición social, de donde vivan y quienes sean, así como de su situación o características particulares”.⁵⁶ Este enfoque se basa en la idea de que los planes, programas, estrategias y acciones que se implementen deben diseñarse de manera que abarquen y beneficien a toda la población objetivo de forma universal y justa. Es decir, sin discriminación o segregación de ningún tipo como de género, de edad, socioeconómica, de credo o religiosa, de estado civil, entre otras.

Interculturalidad

La interculturalidad en el contexto de la salud materna es una propuesta que busca el diálogo, el intercambio y la complementariedad cultural.⁵⁷ La atención intercultural en salud materna es crucial para acercarse a personas de diferentes culturas y brindar una mejor atención en los establecimientos de salud.⁵⁸ Existen diferencias culturales entre el personal de salud facultativo y el personal de salud tradicional que afectan la atención de las gestantes, por lo que son fundamentales las acciones destinadas a buscar modalidades de acercamiento y armonización para garantizar servicios de atención aceptables para el personal de salud, la gestante y la familia.

Integralidad

El abordaje integral de la mujer teniendo en cuenta los enfoques de derechos, género, diferencial y curso de vida antes, durante y después del evento obstétrico como estrategia del componente de prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos implica no solo la ausencia de enfermedades, sino el hecho de abordar la maternidad desde una perspectiva más amplia. Esto implica considerar tanto los aspectos biológicos o médicos como también los sociales y los derechos de las mujeres.⁵⁹

Determinantes sociales de la salud

“Han sido denominados *determinantes sociales de la salud*, las condiciones sociales en las que se desenvuelven las personas que reflejan sus diversas posiciones en las jerarquías de poder, prestigio y recursos, incluyen las características específicas del contexto social y las vías por las cuales las condiciones en que la gente vive afectan su salud. Así, este concepto da cuenta de la presencia o ausencia de oportunidades para desarrollar los potenciales de salud, a lo largo de la vida de cada individuo y comunidad”.⁶⁰

Intersectorial, interinstitucional y multidisciplinario

El enfoque intersectorial se refiere a la coordinación entre diferentes sectores sociales para abordar el problema de la salud materna. Esto implica que deben participar otros sectores, como transporte, comunicaciones, educación, vivienda, inclusión social, protección, entre otros, para que en conjunto con el sector de salud garanticen información, educación, traslado, albergue u otras acciones.

La interinstitucionalidad implica la colaboración entre establecimientos de salud públicos o privados, organizaciones no gubernamentales que actúen a manera de red de atención a la salud materna. Con ello se busca mejorar la atención de las madres durante el embarazo, parto y puerperio y optimizar los servicios de salud.

56. <https://www.ohchr.org/es/special-procedures/sr-cultural-rights/universality-cultural-rights#:~:text=La%20universalidad%20significa%20que%20todos,su%20situaci%C3%B3n%20o%20caracter%C3%ADsticas%20particulares>

57. Interculturalidad y percepciones en salud materna. Scielo

58. UNFPA América Latina y el Caribe / Experiencias en Salud Materna. <https://lac.unfpa.org/es/news/experiencias-de-salud-materna-intercultural-salvan-vidas-en-los-andes-peruanos-0>

59. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/salud-materna.aspx>

60. Política Andina: Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes con énfasis en la prevención del embarazo adolescente. 2013

La atención materna requiere de la participación de profesionales y personas técnicas de diversas disciplinas, lo cual permite una mejor comprensión de los procesos y soluciones más efectivas.

Integración de la salud humana, animal y ambiental

“Una sola salud es un enfoque integral y unificador cuyo objetivo es equilibrar y optimizar la salud de las personas, los animales y los ecosistemas”.⁶¹ Esta estrecha interrelación se vive a diario en los países del área. Es conocido que una serie de acciones que desarrolla el ser humano, así como los fenómenos meteorológicos, afectan el ecosistema en su conjunto y, a la vez, la salud humana. El dengue y la malaria se encuentran entre las principales causas de morbilidad y mortalidad de la población, especialmente de los grupos más vulnerables. Algunas de estas muertes pueden identificarse como causa de muerte materna indirecta y deben ser objeto de vigilancia y atención.

Es importante avanzar en el diseño y la implementación de políticas que incorporen este enfoque para garantizar servicios adecuados para contener enfermedades como la zoonosis, las transmitidas por vectores y las que se producen a través de alimentos, la contaminación del agua y atmosférica.



61. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/one-health>

08.

Marco de priorización de las acciones



El diseño de la Política Andina de Prevención y Reducción de la Mortalidad Materna se fortaleció con la participación de los Ministerios de Salud de seis (6) países (Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela). Estos facilitaron la documentación oficial y enriquecieron su contenido con la realización de entrevistas grupales en modalidad virtual por país, en las cuales se identificó la situación de la mortalidad materna, los grupos poblacionales más vulnerables, las brechas e indicadores de cobertura de servicios de salud materna, las políticas y estrategias implementadas y sus avances, así como las prioridades y estrategias a desarrollar para reducir la mortalidad materna.

Esta modalidad de trabajo participativo permitió disponer de un marco abierto que facilitó la comunicación y marcó el protagonismo de los países.

La Política Andina de Prevención y Reducción de la Mortalidad Materna, incluido el plan de implementación, monitoreo y evaluación, fue remitido para su revisión con el fin de recibir aportes y sugerencias, de tal forma que el documento final sea producto del consenso general. El Cuadro 5 resume los resultados obtenidos durante el proceso de priorización.

CUADRO 5. MARCO DE PRIORIZACIÓN DE LAS ACCIONES PARA REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA EN LOS PAÍSES DEL ÁREA ANDINA. 2024

País	Acción
Bolivia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementar el Plan Sectorial de Salud para la reducción del embarazo en adolescentes. 2. Promover la salud familiar y comunitaria intercultural que incluye la articulación del personal de salud y los médicos tradicionales para la atención de las gestantes. 3. Promover la medicina tradicional en coordinación con las parteras tradicionales. 4. Implementar las normas de atención materna neonatal con enfoque intercultural y la guía de atención al embarazo, parto y puerperio y recién nacimientos por parteras y parteros. 5. Promover la gestión participativa con los gobiernos municipales y las organizaciones sociales. 6. Fortalecer las capacidades y competencias del personal de salud en el primer nivel de atención enfocado factores de riesgo, señales de peligro y manejo de complicaciones. 7. Implementar el plan parto y la telemedicina desde el primer nivel de atención. 8. Promover la anticoncepción inmediata post evento obstétrico. 9. Garantizar la compra de MAC y medicamentos básicos para la salud materna, así como la disponibilidad de estos en la red de servicios por los Gobiernos Subnacionales.
Colombia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formulación, ejecución y seguimiento del Plan de aceleración de reducción de la mortalidad materna (PAREMM) en el país, con la implementación de las seis líneas de acción. <ul style="list-style-type: none"> • Garantizar la autonomía sexual y reproductiva de las personas en capacidad de gestar con acceso efectivo a las atenciones en anticoncepción, preconcepción e interrupción voluntaria del embarazo. • Fortalecer las redes para el cuidado de gestantes, niñas y niños desde la base comunitaria y en el marco de la perspectiva intercultural y de género. • Mejorar el acceso a las intervenciones de la Ruta Integral de Atención en Salud Materna Perinatal, formulada a partir de la Resolución 3280 del 2018 por parte del Ministerio de Salud y que contempla las acciones desde la atención preconcepcional, gestacional, del parto y sus complicaciones y de la atención del recién nacido. • Cualificar las redes de atención para la gestión de las emergencias obstétricas y complicaciones del recién nacido. • Fortalecer la gobernanza y hacer seguimiento a la implementación del PAREMM. • Implementar estrategias de información y comunicación para promover el cuidado de la salud materna. 2. Consolidación de la cohorte de gestantes a nivel nacional y la gestión del riesgo a partir de su caracterización y atención. 3. Intensificar el seguimiento de los territorios con desviación del comportamiento de la MM. 4. Fortalecer el comité nacional de seguimiento semanal a la mortalidad materna con participación de todos los actores del sistema de salud.
Chile	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluar la morbilidad materna grave a través de una red donde se pueda intervenir precozmente. 2. Consolidar los procesos de auditoría de muertes maternas y morbilidad materna grave. 3. Estandarizar los procesos para determinados tipos de emergencias obstétricas para evitar la dispersión al momento de la aplicación de los tratamientos. 4. Implementar la ley de aborto o interrupción del embarazo de acuerdo con sus tres causales. 5. Impulsar la estrategia de control preconcepcional para el control de las enfermedades crónicas en mujeres embarazadas de riesgo. 6. Implementar la normativa para la auditoría de la indicación de cesárea actualmente ronda el 50 %.
Ecuador	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitación de profesionales de salud de todos los niveles de atención en salud materna y emergencias obstétricas. 2. Actualizar la normativa que orienta la captación temprana de las gestantes, así como la atención y seguimiento durante el embarazo, parto y puerperio, y la planificación familiar. 3. Dar seguimiento a la implementación del manual de seguridad de pacientes, con la transferencia correcta de información en los puntos de transición entre profesionales, pacientes y personas usuarias, y también con lo que tiene que ver los flujos y los protocolos internos de los establecimientos de salud. 4. Fortalecer las acciones con personas técnicas de atención primaria y de la salud en las comunidades que ayudan a canalizar el acercamiento con la comunidad y apoyar la implementación de las acciones interculturales y de igualdad, que incluye a parteras/os como vínculo con la gente de la comunidad. 5. Garantizar la disponibilidad de MAC y medicamentos para el manejo de las emergencias obstétricas. 6. Fortalecer el sistema de vigilancia de la morbilidad y mortalidad materna.

País	Acción
Perú	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer la captación, la atención y el seguimiento de pacientes anémicas, que ha sido identificado como uno de los factores que afecta la salud de la gestante. 2. Implementar la atención preconcepcional a nivel nacional. 3. Garantizar las medidas de seguimiento a los planes de atención a gestantes, así como la PF. 4. Evaluar la morbilidad materna grave, referencia oportuna a través de una red de intervención precoz. 5. Garantizar la anticoncepción posparto y posaborto con métodos modernos de larga duración. 6. Elaborar convenios con universidades para el fortalecimiento de las capacidades del personal médico, de obstetricia y de enfermería para la atención humanizada y el seguimiento correcto a las gestantes. 7. Seguir las normas y mejorar la capacidad resolutive en todos los niveles, para la resolución oportuna de las complicaciones y de las pacientes de alto riesgo. 8. Fortalecer la atención diferenciada para adolescentes, con el fin de que reciban buena atención y no se les excluya ni estigmatice para que sientan confianza y libertad de llegar a la atención. 9. Fortalecer la adecuación cultural de la atención en SSR, parto vertical y casas de espera materna. 10. Implementar el Plan Multisectorial para la prevención del embarazo en adolescentes. 11. Implementar el Plan Multisectorial para la reducción de la mortalidad materna y neonatal.
Venezuela	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementar la Estrategia de la Ruta materna, que incluye el plan de parto humanizado. 2. Desarrollar el Plan de Prevención del Embarazo en Edades Tempranas y en la Adolescencia (PRETA). 3. Formar agentes de la comunidad para la atención a poblaciones indígenas en áreas de difícil acceso, incluidas las parteras tradicionales. 4. Capacitar al personal de salud en atención materna, complicaciones obstétricas y SSR. 5. Organizar redes ambulatorias para la captación y atención de gestantes y entrega de MAC. 6. Activar los Comités de Discusión de la Mortalidad Materna.

Fuente: Entrevistas a puntos focales y equipos técnicos de Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. 2024

La priorización de las acciones se basa en las propuestas brindadas por el funcionariado de los Ministerios de Salud entrevistados. A continuación, se mencionan las acciones comunes a los países:

1. Actualizar la normativa que oriente la elaboración de planes nacionales para la reducción de la mortalidad materna que incorporen la organización de redes ambulatorias para la captación temprana de las gestantes, así como la atención y el seguimiento a nivel preconcepcional, durante el embarazo, el parto humanizado, el puerperio, la extensión de cobertura a través de visitas domiciliarias y brigadas móviles, la entrega comunitaria de métodos anticonceptivos modernos (MAC), las visitas in situ y la atención a la violencia sexual.
2. Promover la articulación funcional entre niveles de atención, así como la coordinación entre diferentes territorios y establecimientos de salud que conforman las redes de servicios de salud maternas que permita consolidar una red funcional para la atención de las emergencias obstétricas. Se debe prestar especial atención a la actualización de los sistemas nacionales de referencia y contrarreferencia.
3. Fortalecer los mecanismos para acercar los servicios de salud materna con el fin de identificar tempranamente a mujeres/personas con intención reproductiva y gestantes. Para ello, es de suma importancia organizar al personal de salud que brinda atención primaria en salud, que ayuda a canalizar el acercamiento con la comunidad y que apoya las acciones interculturales (adecuación cultural de los servicios, parto vertical) en coordinación con las personas parteras que son el vínculo entre las embarazadas y la comunidad. También se debe organizar la entrega de métodos anticonceptivos y casas de espera materna para acercar a las gestantes con factores de riesgo a los establecimientos de salud con capacidad resolutive para atender oportunamente las complicaciones obstétricas.
4. Implementar modalidades de atención integral diferenciada para las adolescentes con el fin de garantizarles una atención de calidad que se adapte a sus necesidades sin ningún tipo de discriminación, sin exclusión o estigmatización que generen barreras de acceso relacionadas con la edad. Se debe hacer énfasis en la oferta, disponibilidad y entrega inmediata de MAC modernos de larga duración después del evento obstétrico. El plan de parto debe contar con una sesión con la institución educativa para asegurar la continuidad y evitar la deserción escolar.

5. Asegurar el abastecimiento y la disponibilidad efectiva de MAC modernos, medicamentos básicos, tecnología y equipos para la atención de la salud materna, especialmente los destinados al manejo preventivo de complicaciones en la gestación. Por ejemplo, el calcio y el ácido acetil salicílico en la prevención en mujeres con factores de riesgo para preeclampsia y aquellos relacionados con el manejo de las emergencias obstétricas (uso de las claves para la atención inmediata de las emergencias: clave roja para los casos de hemorragia, clave azul para la preeclampsia y eclampsia, clave amarilla para los casos de infección y sepsis). También se debe garantizar la disponibilidad en los establecimientos de salud de la red de servicios y el seguimiento permanente, y la entrega inmediata de MAC modernos después del evento obstétrico y los kits de atención por violencia sexual.
6. Fortalecer las capacidades y competencias del personal de salud en los establecimientos de salud de la red de servicios con énfasis en el primer nivel de atención y en los servicios de emergencia de los hospitales de la red pública y privada con una temática orientada a la identificación de los factores de riesgo, señales de peligro (alertas tempranas) y manejo de complicaciones obstétricas. Es relevante establecer convenios de colaboración con centros de educación formal superior, como las universidades, fortalecer técnicamente al personal médico, de obstetricia y de enfermería en la atención y el seguimiento correcto a las gestantes, la estandarización para la atención de las CO, así como el monitoreo del cumplimiento de las normas y protocolos de atención.
7. Promover la salud familiar y comunitaria intercultural que incluye la articulación del personal de salud, médicos y médicas tradicionales y sabedores ancestrales para la atención de las gestantes en los establecimientos de salud, las casas o albergues maternas y en la comunidad, la formación de agentes de la comunidad para la atención a poblaciones indígenas en áreas de difícil acceso, incluidas las parteras tradicionales y el apoyo de los gobiernos municipales y las organizaciones sociales para la operativización del plan de parto.
8. Activar los Comités de Análisis y Auditorías de la Mortalidad Materna, los Comités Interinstitucionales y el mejoramiento de los sistemas de información y registros con el fin de monitorear las muertes maternas y los indicadores a través del sistema de vigilancia.



09.

Líneas estratégicas

La Política Andina de Prevención y Reducción de la Mortalidad Materna destaca las líneas estratégicas pertinentes para alcanzar cero muertes maternas evitables. Estas estrategias incluyen la actualización y aplicación de las normativas y los protocolos en los establecimientos de salud de diferentes niveles de atención, la implementación de acciones organizativas que mejoren la calidad de los servicios de salud materna en las redes de servicios de salud, el fortalecimiento de las capacidades del personal de salud y comunitario, así como el aseguramiento en la disponibilidad de equipos, materiales, medicamentos, sangre para la atención de las gestantes en complicaciones obstétricas y los métodos anticonceptivos modernos (MAC).

La organización de las redes de servicios de salud materna debe acompañarse de acciones de coordinación y articulación con las diferentes formas organizativas comunitarias que incluyen diversos actores locales. Entre ellas, las parteras, agentes comunitarios de salud, personas voluntarias, líderes, los gobiernos y organizaciones civiles. Finalmente, es primordial fortalecer los sistemas de monitoreo y evaluación que permitan medir permanentemente el funcionamiento de la red de servicios de salud materna, así como las investigaciones en salud y el intercambio de experiencias para que, con base a ello, se tomen decisiones oportunas e informadas.

- **Aplicación de las normativas técnicas y los protocolos de atención materna, la organización de las Redes de Establecimientos de Salud, la participación comunitaria y los Sistemas de Información, Monitoreo y Evaluación**

Los países del Área Andina disponen de un marco normativo robusto que presenta avances importantes en su aplicación y que, a través de las Autoridades Nacionales de Salud, implementan leyes, políticas, programas y planes para la mejora de la salud materna y específicamente en la reducción de la mortalidad materna. La normativa establece los principios básicos para la regulación de las relaciones entre los actores que intervienen en salud con el fin de contribuir a garantizar las acciones intrasectoriales, intersectoriales y con la comunidad. La normativa existente establece los mecanismos que permiten que las gestantes accedan a los servicios de salud y el derecho a recibir atención de calidad, oportuna y equitativa en los establecimientos de salud sin barreras culturales, económicas, geográficas u otras.

Los planes para la reducción de la mortalidad materna deben divulgarse en toda la sociedad y deben incorporar a las personas, las familias y la comunidad para lograr la efectividad deseada.

- **Organización de la red de establecimientos de salud para mejorar el acceso y la cobertura sanitaria universal**

Los países del Área Andina fortalecerán la red de establecimientos de salud que brindan servicios de salud materna, mejorando el acceso con el acercamiento de los servicios de salud a través de modalidades de atención intra y extra muros y en estrecha coordinación con las redes comunitarias.

Para la implementación de esta estrategia es importante conocer la oferta y la demanda de servicios, así como caracterizar geográficamente los servicios, las instituciones con mayor número de partos, la red de instituciones de servicios de salud cercanas geográficamente al mayor nivel de complejidad e iniciar la implementación de acciones estratégicas por nivel de complejidad (primaria, secundaria y terciaria). Esto permite brindar la totalidad de los servicios que oferta, incluidas las funciones para el manejo de las complicaciones obstétricas.

Como parte de la estrategia, los países deben analizar las capacidades para fortalecer los sistemas de referencia y contrarreferencia (SRCR) como herramienta articuladora de la red de establecimientos de salud que brindan atención a las gestantes y atención posparto. Para la implementación y funcionalidad de los SRCR, las redes de E/S dispondrán de condiciones básicas, realizarán actividades ambulatorias e interactuarán con los hospitales que brinden atención a las complicaciones obstétricas (laboratorio, quirófanos, banco de sangre, unidad de cuidados intensivos para personas adultas y neonatos) que actúen de centro de referencia de la mayor parte de la población.

Es importante tener en cuenta la disponibilidad y suficiencia de la red de transporte terrestre, aéreo o marítimo medicalizado y básico existente en el territorio, el talento humano, la dotación, la funcionalidad de los equipos y la comunicación y articulación entre la institución emisora, receptora y quien hace las veces de nodo articulador en el marco de la referencia y contrarreferencia.

Las redes de E/S se complementarán con las Casas Maternas que funcionan como centros de albergue de las embarazadas en riesgo obstétrico o que viven en zonas alejadas. Estas deberán coordinarse con las municipalidades, el personal comunitario (personas voluntarias, parteras, agentes locales u otros) quienes deben ser los principales ejecutores de planes de captación, información, referencia y acompañamiento de la gestante (Plan parto, Radar de gestantes) en las comunidades. La organización de las redes requiere de la existencia y funcionalidad de mecanismos de comunicación y transporte con las condiciones adecuadas, la valoración y referencia por personal calificado de acuerdo con protocolos de atención y la disponibilidad de un sistema de información que vincule los niveles de atención.

- **Mejora de la calidad de la atención con enfoque integral e intercultural**

Los países velarán por garantizar la aplicación de acciones integradas de evaluación, desarrollo, asignación de recursos y acceso a la atención de calidad centrada en la persona en estado de gestación, con niveles óptimos de seguridad, efectividad, oportunidad, eficiencia y acceso equitativo.

La mejora continua de la calidad de los servicios que brindan los establecimientos de salud (E/S) está determinada por la disponibilidad de los servicios de salud materna las 24 horas del día y su adecuada organización y gestión, para ello se deben valorar diferentes aspectos antes de iniciar acciones de mejoramiento. Algunos de estos son: horarios de atención accesibles, condiciones de los ambientes de atención (privacidad, saneamiento, seguridad), existencia de personal de salud competente en el nivel adecuado de atención, existencia de equipos y medicamentos para el manejo de las complicaciones obstétricas (incluidos MAC modernos), disponibilidad de los protocolos de atención materna y el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia.

Para el mejoramiento de la calidad de atención se requiere que los sistemas de salud superen las barreras de acceso geográfico, económico y cultural, entre otros, así como la ruptura de la cadena de suministros para la atención materna, incluidos los MAC modernos tanto para las mujeres en etapa pregestacional como después del evento obstétrico antes del alta hospitalaria. Se deben incorporar las prácticas y costumbres culturales y evitar la violencia de género, la violencia sexual durante el periodo de gestación, a fin de evitar daños y traumas emocionales.

También se debe poner especial atención en la vigilancia de la morbilidad materna extrema (MME), definida por FLASOG como “una grave complicación ocurrida durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer y que requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte”. El análisis y seguimiento de la MME es un indicador que permite valorar la calidad y la incorporación de procesos de mejoramiento continuo para prevenir la muerte materna.⁶² El análisis causal de la MME permite establecer la implementación de acciones en el marco de la prevención oportuna de condiciones relacionadas con la gestación, realizando un tránsito desde la anticoncepción, atención preconcepcional, atención prenatal con identificación e intervención oportuna de factores de riesgo, atención del parto, del puerperio y atención del recién nacido y el suministro efectivo de MAC modernos según criterios clínicos de elegibilidad y la garantía del seguimiento a la MME.

Es importante que se promueva la conformación de comités interdisciplinarios de trabajo con la capacidad gerencial para la toma de decisiones, planificar las acciones, organizar los servicios de salud, garantizar la disponibilidad de insumos para la salud materna, medir las competencias y aplicación de los protocolos de atención por el personal de salud y el seguimiento de los indicadores de salud materna para la mejora de la calidad.

Aunque la salud mental durante el periodo gestacional no fue incorporada entre las prioridades de la Política Andina para la Prevención y Reducción de la Mortalidad Materna, los países sí deben considerar de forma importante este tema en su análisis, dadas las repercusiones en este período de alta vulnerabilidad, haciendo especial énfasis desde la valoración de la intención reproductiva, la aplicación de escalas predictivas de riesgo psicoemocional en la gestación, en el curso de las complicaciones y en el puerperio con la depresión posparto.

Es importante que los sistemas de salud exploren los factores psicosociales de riesgo para trastornos mentales antes, durante y después del periodo gestacional y que se identifiquen los signos y síntomas de trastornos psicoafectivos y las necesidades de atención de las usuarias. Las dificultades para acceder a servicios de salud mental en este periodo son abundantes, ya que no se cuenta con profesionales con las capacidades para abordar estos problemas. Es deseable que se entrene al personal de salud y se habiliten servicios de consejería en salud mental que brinden atención durante las etapas de la gestación ya sea a través de charlas informativas, consulta personal u otras.⁶³

Durante y después de la pandemia de COVID-19 ocurrieron cambios en el uso de las herramientas tecnológicas que han incidido en la salud materna y donde las experiencias en salud digital han permitido alcanzar resultados positivos. Estudios sobre el uso de las tecnologías de información y comunicación (TIC) en los que participaron diversos países, entre ellos Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú, reflejan que los E/S aumentaron el uso de TIC en la atención materna, principalmente para brindar información en planificación familiar y lactancia materna vía telefónica. Las TIC pueden aportar a la reducción de barreras de acceso a la red de servicios de salud, principalmente en aquellas zonas rurales de difícil acceso, siempre que cuente con el compromiso de aumentar la cobertura digital.⁶⁴

• Fortalecimiento de las competencias del personal de salud

La implementación de esta estrategia requiere del desarrollo de diversas acciones combinadas —capacitación, actualización, interaprendizaje continuo, simulación clínica u otras—, entre la institución y el personal de salud, que permitan alcanzar el objetivo de brindar atención de salud materna de calidad y disminuir la mortalidad

62. https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/mortalidadmaternaextrema_web.pdf

63. <https://www.aacademica.org/000-012/56>

64. <https://www.paho.org/es/noticias/7-3-2024-salud-digital-salud-materna-avances-desafios-america-latina-caribe>

de las gestantes. Uno de los elementos a implementar para alcanzar los resultados deseados es la gestión del talento humano con un enfoque participativo donde el personal de salud es el protagonista del cambio, de las mejoras organizacionales y de la atención. Para ello, los países deben elaborar planes de capacitación orientados a fortalecer las capacidades y las competencias de profesionales y técnicos en la asesoría en anticoncepción a las personas en edad fértil, la asesoría integral y efectiva a nivel preconcepcional o de manejo de la infertilidad, el manejo de las gestantes y en particular de las complicaciones obstétricas. Ello implica poner énfasis en los recursos de salud que se desempeñan en territorios donde se encuentren los indicadores de salud materna más deficitarios. Cabe mencionar que el personal de salud capacitado debe disponer de las habilidades para una comunicación bidireccional, asertiva horizontal, respetuosa, de reconocimiento de la cultura e Identificación de factores de riesgo. De igual forma, estará a cargo de multiplicar la información y la adquisición de habilidades en los E/S, garantizará que el personal de salud de nuevo ingreso reciba la información necesaria y, en todo caso, mantendrá en el tiempo la implementación y seguimiento de programas de inducción, reinducción y seguimiento a las capacidades del talento humano que, según el nivel de atención, tiene contacto con las mujeres y personas en edad fértil y las personas gestantes.

Los avances logrados con la generación de competencias en el grupo de profesionales y técnicos en salud son de suma importancia para evitar las muertes maternas y establece las bases para continuar este proceso. En este sentido, es relevante que durante la implementación de esta estrategia se cuente con el respaldo de abundante material documental e instrumental para su implementación que se base en la incorporación de una estrategia de mejora de la calidad.

Se requiere articulación y trabajo efectivo entre el sector salud y el sector educativo en la formación de personas profesionales y técnicas en salud, con una mirada integral, intercultural y de detección e intervención oportuna del riesgo enmarcado en las intervenciones de atención primaria en salud para los niveles de complejidad primarios y complementarios, haciendo uso de metodologías de aprendizaje basado en la evidencia, en escenarios de simulación clínica, entre otros.

- **Disponibilidad asegurada de equipos, materiales, medicamentos y sangre segura e insumos básicos para la atención del embarazo, parto, posparto, las complicaciones obstétricas y el aborto**

Los países del área Andina fortalecerán los sistemas de suministros de insumos para la salud materna con el fin de aumentar la disponibilidad de medicamentos esenciales de obligatoria existencia para brindar una atención de calidad de la atención durante las diferentes etapas de la gestación. Especial atención se pondrá en los medicamentos para atención de las complicaciones obstétricas, los equipos básicos, las tecnologías y los materiales necesarios para la atención de las hemorragias, preeclampsia, eclampsia, sepsis y abortos, de acuerdo con su nivel de resolución, como la disponibilidad de kits de emergencias obstétricas como todos los insumos disponibles.

Esto requiere de esfuerzos importantes dirigidos a poner en marcha un sistema mixto digital combinado con lo tradicional que permita dar seguimiento a la disponibilidad de estos insumos y evitar la ruptura de stock antes de que caigan en desabastecimiento, por lo que este deberá acompañarse de la capacidad logística que abastezca oportunamente la red de establecimiento de salud. La disponibilidad de métodos anticonceptivos modernos (MAC) en la red de E/S son parte de los insumos básicos necesarios para disminuir los embarazos no deseados, las infecciones de transmisión sexual, el riesgo de complicaciones obstétricas y la mortalidad materna. Por tanto, deben ser parte integral de la lista de insumos básicos que deben ser incorporados en el sistema de aseguramiento.

- **Organización de la participación comunitaria y capacitar a parteras y actores locales**

Los países del área andina fortalecerán la participación de la comunidad con enfoque intercultural, coordinada y articulada con la red de establecimientos de salud para realizar acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención y recuperación de la salud. La participación de personas voluntarias (agentes de salud de la comunidad), parteras, personal de organizaciones civiles, los gobiernos locales y los servicios

de salud privados vendrá a acercar la oferta de servicios con la atención preconcepcional y la entrega de MAC modernos en la comunidad. También facilitará la captación de embarazadas en la comunidad, la entrega de información a la familia y el seguimiento a la evolución del embarazo, el parto y el puerperio hasta lograr un final exitoso. Esto incluye el acompañamiento a la gestante durante el parto, el seguimiento al puerperio y la entrega de MAC modernos con el fin de espaciar los embarazos.

Para brindar una respuesta y reducir el riesgo de complicación o muerte materna, es vital la organización de agentes de la comunidad y la capacitación en temas relacionados a la captación, identificación de signos de peligro, información a la familia y la comunicación con la red de establecimientos de salud —incluidas las Casas Maternas o Casas Comunitarias— para el traslado oportuno en casos de que suceda una complicación obstétrica, así como la distribución de MAC modernos.

- **Gestión estratégica de la información, monitoreo y evaluación**

Los países fortalecerán los sistemas de información, monitoreo y evaluación considerado un pilar fundamental para cumplir con las metas y los indicadores asumidos en las estrategias de reducción de la mortalidad materna y tomar decisiones basadas en evidencia. La puesta en marcha de esta estrategia requiere que se superen las limitaciones existentes relacionadas principalmente a la falta de recursos humanos (especialistas en ginecoobstetricia, anestesiología, neonatología, intensivistas en el 2.º y 3.º nivel de atención), financieros y tecnológicos para implementar planes nacionales de monitoreo y evaluación que integren las estrategias definidas para reducir la mortalidad materna. A continuación, se propone el siguiente Plan de Implementación, Monitoreo y Evaluación (ver Cuadro 6).

- **Investigación en salud materna**

Como parte de la política, es importante incorporar las acciones para fortalecer e implementar actividades de investigación, a través de procesos de recopilación, descripción, análisis e interpretación sistemática de los datos que pueden usarse para mejorar la salud materna. La colaboración con centros de estudio a nivel superior aportará elementos relevantes en este ámbito teniendo en cuenta los perfiles de morbilidad y mortalidad de cada país, el acceso a servicios, la red prestadora de servicios de salud y la conformación base del sistema de salud y aseguramiento del área.



10.

Plan de implementación, monitoreo y evaluación



CUADRO 6. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA ANDINA DE PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA. 2024-2030

Líneas estratégicas	Acciones	Indicadores	Meta	Monitoreo	Evaluación	Responsable
01. Aplicación de las normativas técnicas y protocolos de atención materna, la organización de las Redes de Establecimientos de Salud, la participación comunitaria y los Sistemas de Información, Monitoreo y Evaluación.	Conformar Equipos Técnicos Nacionales que coordinen la Estrategias de Reducción de la Mortalidad Materna apoyados por las Agencias del SNU y ORAS CONHU.	1.1.1 # de Equipos Técnicos Nacionales que coordinan las Estrategias de Reducción de la Mortalidad Materna.	6 Equipos Técnicos Nacionales conformados	Anual (2025 al 2030)	Año 3 (2027) y 6 (2030)	Ministerios de Salud
	Actualizar y aprobar las normas y los protocolos de atención a nivel nacional para la atención del embarazo, parto, puerperio, incluida la planificación familiar, el aborto, la atención humanizada, la salud mental y la violencia sexual.	1.2.1 # de Normas y protocolos nacionales actualizadas para la atención preconcepcional, del embarazo, parto, puerperio (con adecuación cultural) y planificación familiar, atención humanizada, salud mental y violencia sexual.	6 Normas y protocolos nacionales actualizados	2025	Año 3 (2027)	Ministerios de Salud
	Desarrollar acciones nacionales para la divulgación de normas y protocolos de atención a la salud materna que incluyan la entrega de materiales en los Establecimientos de Salud a nivel subnacional y local.	1.3.1 # de Planes Nacionales de Comunicación y Divulgación de las Normas y protocolos elaborados e implementados a nivel subnacional y local. (1)	6 Planes Nacionales y xx planes subnacionales de divulgación implementados	Anual (2025 al 2030) a nivel nacional y semestral en el nivel subnacional	Año 3 (2027) y 6 (2030)	Ministerios de Salud Estructuras subnacionales y locales de salud
	Implementar las normativas técnicas para la organización y el funcionamiento efectivo de las redes de Establecimientos de Salud integral e intercultural con participación comunitaria, la mejora de la calidad de la atención y del sistema de información, monitoreo y evaluación enfocado en la salud materna.	1.4.1 # de Normas técnicas para la organización y funcionamiento de la red de Establecimientos de Salud integrales e interculturales enfocados en la salud materna implementados a nivel nacional, subnacional y local. (1)	6 Normas técnicas implementadas a nivel nacional y xx a nivel subnacional (3)	Anual (2025 al 2030) a nivel nacional y semestral en el nivel subnacional	Año 3 (2027) y 6 (2030)	Ministerios de Salud Estructuras subnacionales y locales de salud

Líneas estratégicas	Acciones	Indicadores	Meta	Monitoreo	Evaluación	Responsable
02. Organización de la red de establecimientos de salud para mejorar el acceso y la cobertura sanitaria universal	2.1. Identificar las características de la oferta y demanda de servicios de salud materna (incluida la población migrante) con énfasis en la capacidad de la red de E/S para cumplir con las funciones de atención a las complicaciones obstétricas.	2.1.1 # de caracterizaciones de la oferta y la demanda de servicios de salud materna que cumplen las funciones para la atención de complicaciones obstétricas. 2.1.2 % de cobertura de población originaria y migrante en los servicios de salud materna	6 documentos nacionales de oferta y demanda elaboradas XX % de gestantes originarias y migrantes atendidas	Año 1 (2025) Anual (2025 a 2030) a nivel subnacional	Año 5 (2029) Año 3 (2027) y Año 6 (2030)	Ministerios de Salud Ministerios de Salud y Estructuras subnacionales de salud
	2.2. Elaborar propuestas de mejora operativa en el acceso y cobertura a los servicios de salud materna que incluya las redes públicas, privadas y comunitarias.	2.2.1 # de propuestas de mejora de acceso y cobertura a los servicios de salud materna a nivel subnacional.	Xx Documentos de propuestas subnacionales (1)	Anual (2025 a 2030) en el nivel subnacional	Año 3 (2027) y Año 6 (2030)	Estructuras subnacionales y locales de salud
	2.3. Implementar mejoras organizativas a lo interno de los E/S que eliminen las barreras geográficas, económicas, culturales y de calidad de atención pregestacional, prenatal, del parto y puerperal, por nivel de atención, considerando el enfoque de redes integrales de servicios de salud.	2.3.1 % de E/S que implementaron mejoras organizativas a servicios de salud materna y cumplen con las funciones de atención de las complicaciones obstétricas (CO). 2.3.2 # de gestantes que fueron atendidas con CO.	XX de E/S que cumplen con las funciones para la atención las CO (2) XX de gestantes con CO atendidas en los E/S (2)	Anual a nivel nacional, semestral a nivel subnacional Anual a nivel nacional y subnacional	Año 3 (2027) y Año 6 (2030) Año 3 (2027) y Año 6 (2030)	Ministerios de Salud y Estructuras subnacionales de salud Ministerios de Salud y Estructuras subnacionales
	2.4. Promover la apertura y el funcionamiento de las Casas Maternas, Albergues Maternos o Casas de Acogida para gestantes en riesgo, articulado con las redes de E/S público, privado y con la comunidad organizada.	2.4.1 # de Casas Maternas funcionando en territorios de mayor riesgo de mortalidad materna. 2.4.2 # de embarazadas o púerperas de zonas rurales que utilizaron la Casa Materna (CM) o similares cercanas a E/S con capacidad resolutive para manejar CO.	Xx de Casas Maternas a nivel nacional y subnacional (1) XX de embarazadas que usaron CM (2)	Anual a nivel subnacional Anual a nivel subnacional	Año 3 (2027) y Año 6 (2030) Año 3 (2027) y Año 6 (2030)	Estructuras subnacionales de salud Estructuras subnacionales de salud

Líneas estratégicas	Acciones	Indicadores	Meta	Monitoreo	Evaluación	Responsable
02. Organización de la red de establecimientos de salud para mejorar el acceso y la cobertura sanitaria universal	2.5 Poner en marcha las herramientas técnicas destinadas a mejorar la articulación y la comunicación entre niveles de atención para garantizar la continuidad en la atención y el abordaje de las complicaciones obstétricas.	2.5.1 % de E/S por nivel de atención que disponen de herramientas de articulación para abordar las CO. 2.5.2 # de complicaciones obstétricas referidas y contrarreferidas entre niveles de atención.	XX de E/S que disponen y aplican las herramientas técnicas (2) XX de complicaciones obstétricas referidas y contrarreferidas (2)	Anual a nivel nacional y subnacional Anual a nivel nacional y subnacional	Año 3 (2027) Año 6 (2030) Año 3 (2027) Año 6 (2030)	Ministerios de Salud y estructuras subnacionales Ministerios de Salud y estructuras subnacionales.
	2.6 Garantizar la aplicación del protocolo clínico homologado para el manejo de la violencia sexual.	2.6.1 % de E/S por nivel de atención que disponen y aplican el protocolo de manejo de la violencia sexual.	XX de E/S que disponen y aplican los protocolos de manejo (2)	Anual a nivel nacional y subnacional	Año 3 (2027) Año 6 (2030)	Ministerios de Salud y estructuras subnacionales
03. Mejora de la calidad de la atención con enfoque integral e intercultural	3.1 Actualizar los planes de mejora continua de la calidad en la red de E/S que contenga procesos de seguimiento a la seguridad y trato digno a las gestantes, las capacidades del personal de salud, disponibilidad de E/S funcionales y culturalmente aceptables, existencia de medicamentos y equipos, comunicación y transporte para referirlas y la opinión de las familias de las gestantes sobre los servicios recibidos.	3.1.1 # de planes de mejora continua de la calidad nacionales y subnacionales actualizados para la atención del embarazo, parto, puerperio, la planificación familiar y el manejo de las complicaciones obstétricas.	6 Planes Nacionales y XX subnacionales actualizados.(1)	Año 1 (2025)	Año 3 (2027) y 6 (2030)	Ministerios de Salud y estructuras subnacionales de salud
	3.2 Valorar y habilitar la red de E/S que realizan las funciones de cuidados obstétricos básicas y completas.	3.2.1 % de E/S que cumplen con las funciones de cuidados obstétricos básicos y completos. 3.2.2 # de complicaciones obstétricas atendidas en los E/S con funciones de CO.	XX % de los E/S que cumplen con funciones de CO (2) XX de CO atendidas en los E/S (2)	Anual a partir del año 1 (2025) Anual a partir del año 1 (2025)	Año 3 (2027) y 6 (2030)	Ministerios de Salud y estructuras subnacionales de salud

Líneas estratégicas	Acciones	Indicadores	Meta	Monitoreo	Evaluación	Responsable
03. Mejora de la calidad de la atención con enfoque integral e intercultural	3.3 Garantizar la disponibilidad de servicios de asesoría en planificación familiar antes de la concepción a la gestante y luego de un suceso obstétrico.	3.3.1 % de E/S que disponen de servicios de asesoría en PF a la gestante y post evento obstétrico.	XX % de E/S que brindan servicios de asesoría a nivel subnacional (2)	Anual a partir del año 1 (2025)	Anual a partir del año 1 (2025)	Ministerios de Salud y estructuras subnacionales de salud
		3.3.2 % de mujeres que reciben MAC modernos post evento obstétrico.	XX % de mujeres que recibieron MAC modernos post evento obstétrico (2)	Anual a partir del año 1 (2025)	Año 3 (2027) y 6 (2030)	Ministerios de Salud
	3.4 Elaborar planes de fortalecimiento de los servicios de salud mental dirigida a las gestantes y con base en la demanda de servicios de salud.	3.4.1 # de planes de mejora para el fortalecimiento de los servicios de salud mental para gestantes.	6 Planes de mejora de los servicios de salud mental (2)	Año 1 (2025)	Año 3 (2027) y 6 (2030)	Estructuras subnacionales de salud
		3.4.2 # gestantes o puérperas que asisten a los servicios de salud mental.	XX de gestantes que asistieron a servicios de salud mental (2)	Anual a partir del año 1 (2025)	Año 3 (2027) y 6 (2030)	Estructuras subnacionales de salud
	3.5 Utilizar las herramientas tecnológicas (teléfonos celulares, telemedicina, consulta en línea, entre otros) para brindar información sobre salud de calidad.	3.5.1 % de E/S que utilizan herramientas tecnológicas para brindar información a las gestantes y sus familias.	XX% de E/S que utilizan herramientas tecnológicas para atención de las gestantes (2)	Anual a partir del año 1 (2025)	Año 3 (2027) y 6 (2030)	Estructuras subnacionales de salud
	3.6 Fortalecer los servicios de salud interculturales y amigables para la atención del parto y el puerperio adecuados a las necesidades de la gestante.	3.6.1 % de E/S que brindan servicios de salud con enfoque intercultural y amigable para la atención del parto.	XX% de E/S que brindan servicios con enfoque intercultural (2)	Anual a partir del año 1 (2025)	Año 3 (2027) y 6 (2030)	Estructuras subnacionales de salud.
	3.7 Organizar los comités de calidad, auditorías de la mortalidad materna y de la morbilidad materna extrema.	3.7.1 % de E/S que disponen de Comités de Calidad y Auditorías de la MM.	XX% de E/S que disponen de comités de calidad (2)	Año 3 (2027) y 6 (2030)	Año 3 (2027) y 6 (2030)	Estructuras subnacionales de salud

Líneas estratégicas	Acciones	Indicadores	Meta	Monitoreo	Evaluación	Responsable
04. Fortalecimiento de las competencias del personal de salud	4.1 Elaborar un diagnóstico de las necesidades y planes de capacitación del personal de salud, en coordinación con las universidades.	4.1.1 # de diagnósticos de necesidades y planes de capacitación elaborados. 4.1.2 # y % de personal de salud capacitado que aplica los conocimientos adquiridos en las capacitaciones.	6 diagnósticos elaborados XX de personal de salud que aplica conocimientos	Año 1 (2025) Anual a partir del año 1 (2025)	Año 3 (2027) y 6 (2030) Año 3 (2027) y 6 (2030)	Ministerios de Salud Ministerios de Salud
	4.2 Capacitar al personal de salud por nivel de atención en la aplicación de las normas de atención de antes y durante el embarazo, parto, puerperio.	4.2.1 # de personal de salud a capacitar en las normas de atención a nivel nacional y subnacional.	XX de personal de salud capacitado	Anual a partir del año 1 (2025)	Año 3 (2027) y 6 (2030)	Estructuras subnacionales de salud
	4.3 Capacitar a los recursos humanos en la aplicación de las funciones de cuidados obstétricos de emergencia en entornos de atención básicos y completos y la identificación de la morbilidad materna extrema.	4.3.1 # de personal de salud capacitado en el manejo de las complicaciones obstétricas según nivel de resolución.	XX de personal de salud capacitado en el manejo de CO	Anual a partir del año 1 (2025)	Año 3 (2027) y 6 (2030)	Estructuras subnacionales de salud y local
	4.4 Capacitar al personal de salud en sistemas de aseguramiento de suministros y medicamentos para la salud materna.	4.4.1 # de personal de salud capacitado en el aseguramiento de suministros para la salud materna.	Xx de personal capacitado en manejo de insumos médicos	Anual a partir del año 1 (2025)	Año 3 (2027) y 6 (2030)	Ministerios de Salud y estructuras subnacionales
	4.5 Capacitar al personal de salud en atención a la salud mental de las gestantes y el manejo de la violencia sexual.	4.5.1 # de personal de salud capacitado en atención a la salud mental a gestantes y el manejo de la violencia sexual.	XX de personal de salud capacitado en salud mental y violencia sexual	Anual a partir del año 1 (2025)	Año 3 (2027) y 6 (2030)	Ministerios de Salud y estructuras subnacionales
	4.6 Capacitar a gerentes en gerencia básica de redes integradas de servicios de salud maternos de calidad, así como en el monitoreo, supervisión y evaluación.	4.6.1 # de gerentes seleccionados capacitados en gerencia básica de servicios de salud materna.	Xx de gerentes capacitados en servicios de salud materna con énfasis en el PNA	Anual a partir del año 1 (2025)	Año 3 (2027) y 6 (2030)	Ministerios de Salud y estructuras subnacionales

Líneas estratégicas	Acciones	Indicadores	Meta	Monitoreo	Evaluación	Responsable
05. Disponibilidad asegurada de equipos, materiales e insumos básicos para la atención del embarazo, parto, posparto y complicaciones obstétricas	5.1. Analizar la situación del sistema logístico de insumos, equipos y medicamentos esenciales para garantizar la atención de la salud materna.	5.1.1 # de análisis de la situación del sistema logístico para el aseguramiento de insumos y equipos elaborados de salud materna.	6 documentos de análisis de situación del sistema logístico	Año 1 (2025)	Año 3 (2027) y 6 (2030)	Ministerios de Salud
	5.2. Elaborar un plan de mejora de la disponibilidad de insumos médicos y medicamentos bancos de sangre, para la atención de la salud materna y de las complicaciones obstétricas, que incluya la mejora de la capacidad de gestión efectiva y eficiente de los recursos materiales y financiera.	5.2.1 # de planes de mejora elaborados para asegurar la disponibilidad de insumos médicos para la atención de la salud materna y las complicaciones obstétricas.	6 documentos de planes de mejora para el aseguramiento de insumos médicos y medicamentos	Año 1 (2025)	Año 3 (2027) y 6 (2030)	Ministerios de Salud estructuras subnacionales
	5.3. Aumentar la cobertura de métodos anticonceptivos modernos (incluyendo los métodos anticonceptivos modernos LARC y las AOE).	5.3.1 # de usuarias nuevas que accedieron a MAC modernos incluyendo los LARC y la AOE.	Xx de usuarias nuevas que accedieron a MAC (2)	Anual a partir del año 1 (2025)	Año 3 (2027) y 6 (2030)	Ministerios de Salud Estructuras subnacionales de salud
		5.3.2 % de mujeres que egresan con un MAC moderno post evento obstétrico (AIPEO), parto o complicación obstétrica (CO).	XX de usuarias que egresan con un MAC, PEO, parto o CO (2)			
		5.3.3 % de E/S con ruptura de stock de MAC modernos y medicamentos para la atención de la salud reproductiva en los últimos 3 meses.	Xx % de E/S con ruptura de stock de MAC en los últimos 3 meses (2)		Año 3 (2027) y 6 (2030)	Ministerios de Salud Estructuras subnacionales de salud
	5.4 Garantizar la disponibilidad de kits para la respuesta y manejo integral e intersectorial de la violencia sexual.	5.4.1 % de E/S que disponen de kits para el manejo de la violencia sexual	Xx % de E/S que disponen de kits para el manejo de la violencia sexual (2)	Anual a partir del año 1 (2025)	Anual a partir del año 1 (2025)	Ministerios de Salud Estructuras subnacionales de salud

Líneas estratégicas	Acciones	Indicadores	Meta	Monitoreo	Evaluación	Responsable
06. Organización de la participación comunitaria y capacitar a parteras y actores locales	6.1. Identificar los recursos y medios que disponen en la comunidad para la promoción, prevención, atención y seguimiento de la salud materna y neonatal.	6.1.1 # Documentos de análisis de los recursos y medios con que se cuenta en la comunidad a nivel subnacional.	6 documentos con los recursos y medios con que cuenta la comunidad para apoyar la salud materna	Año 1 (2025)	Año 3 (2027) y 6 (2030)	Ministerios de Salud Estructuras subnacionales de salud Agentes comunitarios
	6.2. Elaborar e implementar planes de capacitación dirigido a agentes de la comunidad que permitan brindar información a la gestante y su familia para implementar el plan parto en la comunidad.	6.2.1 # de planes de capacitación dirigidos a agentes de la comunidad para implementar el plan parto a nivel subnacional y local.	Xx planes de capacitación elaborados con agentes para promocionar el plan parto	Anual a partir del año 1 (2025)	Año 3 (2027) y 6 (2030)	Ministerios de Salud Estructuras subnacionales de salud Agentes comunitarios
		6.2.2 # de agentes con capacitación para desarrollar el plan parto a nivel comunitario.	XX de agentes con capacitación en el plan parto.	Anual a partir del año 1 (2025)	Año 3 (2027) y 6 (2030)	
		6.2.3 # de agentes de la comunidad que identifican los signos de peligro de las complicaciones obstétricas.	XX de agentes con capacitación para reconocer signos de peligro en el embarazo	Anual a partir del año 1 (2025)	Año 3 (2027) y 6 (2030)	
	6.3. Diseñar planes de organización para la distribución de MAC modernos en la comunidad, focalizada en las adolescentes y las parejas.	6.3.1 # de planes de organización a nivel subnacional para la entrega y distribución de MAC modernos a nivel comunitario.	XX comunidades con planes de distribución de MAC a nivel comunitario	Anual a partir del año 1 (2025)	Año 3 (2027) y 6 (2030)	Estructuras subnacionales de salud Agentes comunitarios
		6.3.2 # de nuevas usuarias que usan MAC modernos a través de la entrega comunitaria.	XX nuevas usuarias que usan MAC modernos (2)	Anual a partir del año 1 (2025)	Año 3 (2027) y 6 (2030)	

Líneas estratégicas	Acciones	Indicadores	Meta	Monitoreo	Evaluación	Responsable
07. Gestión estratégica de la información, monitoreo y evaluación	7.1. Analizar y adecuar el sistema de información de la salud materna a las necesidades actuales para la toma de decisiones.	7.1.1 # de documentos del sistema de información de la salud materna adecuados para la toma de decisiones.	6 documentos del sistema de información adecuados	Año 1 (2025)	Año 3 (2027) y 6 (2030)	Ministerios de Salud
	7.2. Garantizar la aplicación de las herramientas (notificación periódica, epidemiológica u otras) y los indicadores identificados para garantizar el monitoreo, la supervisión y la evaluación de los planes y estrategias de la Política Andina de Prevención y Reducción de la MM.	7.2.1 X países que aplican herramientas de información, monitoreo y evaluación implementadas a nivel nacional.	6 reportes de la implementación de los sistemas de información, monitoreo y evaluación	Anual a partir del año 1 (2025)	Año 3 (2027) y 6 (2030)	Ministerios de Salud
	7.3. Medir el avance de los indicadores básicos de medición de las estrategias de la Política Andina de Prevención y Reducción de la Mortalidad Materna.	7.3.1 # de países que reportan los avances de los siguientes indicadores: 1) Razón de mortalidad materna 2) % de mujeres que recibieron atención pregestacional. 3) % de embarazadas captadas durante el 1.º trimestre del embarazo. 4) % de embarazadas que tuvieron al menos 4 CPN. 5) % de partos institucionales con atención calificada. 6) % de los partos por cesárea 7) % de parturientas que recibieron atención en menos de 30 minutos de haber ingresado al E/S. 8) % de puerperio atendida antes de los 8 días posparto. 9) # CO atendidas y referidas. 10) # CO atendidas en menos de 30 minutos de haber ingresado al E/S. 11) % de gestantes que egresaron de un E/S con un MAC moderno.	6 reportes sobre el avance de los indicadores de salud materna (2)	Anual a partir del año 1 (2025)	Año 3 (2027) y 6 (2030)	Ministerios de Salud

Líneas estratégicas	Acciones	Indicadores	Meta	Monitoreo	Evaluación	Responsable
08. Investigación en salud materna	8.1. Elaborar un diagnóstico de necesidades de investigación en salud materna que incorpore los temas relacionados a la reducción de la mortalidad materna, así como las experiencias y buenas prácticas implementadas en los servicios.	8.1.1. # de diagnósticos realizados sobre las necesidades de investigación.	6 diagnósticos realizados	Año 1 (2025)	Año 3 (2027) y 6 (2030)	Ministerios de Salud
		8.1.2. # de planes de actividades de investigación.	6 planes de investigación elaborados	Año 1 (2025)	Año 3 (2027) y 6 (2030)	
	8.2. Elaborar e implementar un plan de actividades de investigación e intercambio de experiencias para la mejora de las intervenciones basadas en evidencia.	8.2.1. # de investigaciones realizadas en salud materna.	XX de investigaciones realizadas (2)	Anual a partir del año 1 (2025)	Año 3 (2027) y 6 (2030)	Ministerios de Salud
		8.2.2. # de reuniones de actualización científica realizadas.	XX de reuniones de actualización realizadas (2)	Anual a partir del año 1 (2025)	Año 3 (2027) y 6 (2030)	
		8.2.3. # de intercambio de experiencias realizadas sobre las buenas prácticas implementadas en los servicios de salud.	XX de intercambio de experiencias desarrolladas (2)	Anual a partir del año 1 (2025)	Año 3 (2027) y 6 (2030)	

(1) Cada entidad nacional definirá el número de entidades subnacionales o locales de salud que implementarán normas o planes específicos.

(2) Los datos de línea de base corresponderán al año 2024 y los países aportarán los datos de inicio.

(3) Nivel subnacional se refiere a la división territorial del país: Provincias (Ecuador), Departamentos (Colombia, Bolivia, Perú), Estados (Venezuela), Regiones (Chile).

Fuente: Elaboración del consultor a partir de las consultas a los Puntos Focales de los Ministerios de Salud de la Sub Región Andina. Junio 2024.

Bibliografía

- <https://www.who.int/es/news/item/12-11-2015-maternal-deaths-fell-44-since-1990-un>
- <https://apps.who.int/gho/data/view.main.1370?lang=en>
- <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- https://unstats.un.org/sdgs/report/2023/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2023-Spanish.pdf?_gl=1*1j8t5ag*_ga*ODQ0OTcyOTMuMTcwNDgyNjQzNw..*_ga_TK9BQL5X7Z*MT-cxNzQ0MDc4MC4yLjEuMTcxNzQ0MDkzNS4wLjAuMA
- Naciones Unidas, Op. Cit.
- Plan Estratégico 2022 – 2025. UNFPA
- https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SP_unfpa_strategic%20plan_2021.pdf
- <https://www.who.int/es/news/item/19-09-2019-more-women-and-children-survive-today-than-ever-before-un-report#:~:text=El%20parto%20y%20el%20posparto,seg%C3%BAAn%20mues-tran%20las%20nuevas%20estimaciones>
- <https://www.orasconhu.org/index.php/es/presentacion>
- https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-ni-no-adolescente-2016-2030.pdf?ua=1
- <https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos> al 27 de junio del 2024
- Informe sobre la tendencia de la mortalidad materna para el periodo 2015-2020 y situación de la mortalidad materna 2021 para los países del Área Andina: Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú, Venezuela y Chile, principales determinantes que han incidido en las brechas e inequidades de la salud materna, y su profundización durante la pandemia por el COVID-19. UNFPA 2023
- OMS (2018), Accidentes de tránsito, Organización Mundial de Salud, <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/roadtraffic-injuries>.
- Organización Panamericana de la Salud “Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas” Washington, D.C.: OPS, 2010
- <https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MSH-GTR-Report-Esp.pdf>
- Guttmacher Institute. Darroch JE, Woog V, Bankole A and Ashford L. Adding it up: costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents. May 2016
- <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/2015-cha-basic-indicators.pdf> / CORE 2019 PAHO
- Informe técnico Situación de la Mortalidad Materna, Perú 2023 Hasta semana 4 del 2024. MINSA Perú
- <https://www.paho.org/es/noticias/12-5-2022-estudio-ops-sobre-mortalidad-materna-covid-19-muestra-barreras-acceso>
- <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- **Salud y derechos sexuales y reproductivos | OHCHR**
- Plan Estratégico de Integración en Salud 2018-2022 ORAS-CONHU. 2018
- Plan Estratégico de Integración en Salud (PEIS) 2023-2030. ORAS-CONHU
- <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- Política Andina: SSR para Adolescentes con énfasis en la Prevención del Embarazo Adolescente. ORAS-CONHU 2013
- Estado del acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. OMS 2023 (CD60/INF/4 25 de julio del 2023)
- <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- <https://lac.unfpa.org/es/news/consecuencias-mortales-seg%C3%BAAn-un-nuevo-informe-del-unfpa-las-mujeres-embarazadas>

- www.paho.org/es/temas/salud-materna
- www.who.int/es/health-topics/maternal-health
- HNN <https://healthynewbornnetwork.org/es/blog/2016/maternal-newborn-health-quality-equity-dignity/>
- Interculturalidad y percepciones en salud materna. Scielo
- UNFPA América Latina y el Caribe / Experiencias en Salud Materna. <https://lac.unfpa.org/es/news/experiencias-de-salud-materna-intercultural-salvan-vidas-en-los-andes-peruanos-0>
- <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/salud-materna.aspx>
- https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/mortalidadmaternaextrema_web.pdf
- <https://www.aacademica.org/000-012/56>
- <https://www.paho.org/es/noticias/7-3-2024-salud-digital-salud-materna-avances-desafios-america-latina-caribe>
- Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2009-2015. Estado Plurinacional de Bolivia.
- Política Pública Integral de Prevención del Embarazo en la Adolescencia. Estado Plurinacional de Bolivia.
- <https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/programas-ciclo-vital/informacion-al-profesional-salud-de-la-mujer/>
- Avances Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad materna PARE MM. Ministerio de Salud y Protección Social – Colombia. 2024
- Informe de Acciones realizadas para la “Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal. Ministerio de Salud Pública. República del Ecuador.
- Informe Técnico Situación de la Mortalidad Materna, Ministerio de Salud Perú. 2023 hasta SE 04-2024
- Mortalidad Materna 2019 – 2023. Perú
- Informe de Políticas Públicas realizadas por la República Bolivariana de Venezuela en Salud Sexual y Reproductiva y Políticas de Reducción Mortalidad Materna. Ministerio del Poder Popular para la Salud.

