

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

Plan of action to accelerate the reduction in maternal mortality and severe maternal morbidity

Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle

Plano de ação para acelerar a redução da mortalidade materna e morbidade materna grave



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

Plan of action to accelerate the reduction in maternal mortality and severe maternal morbidity

Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle

Plano de ação para acelerar a redução da mortalidade materna e morbidade materna grave



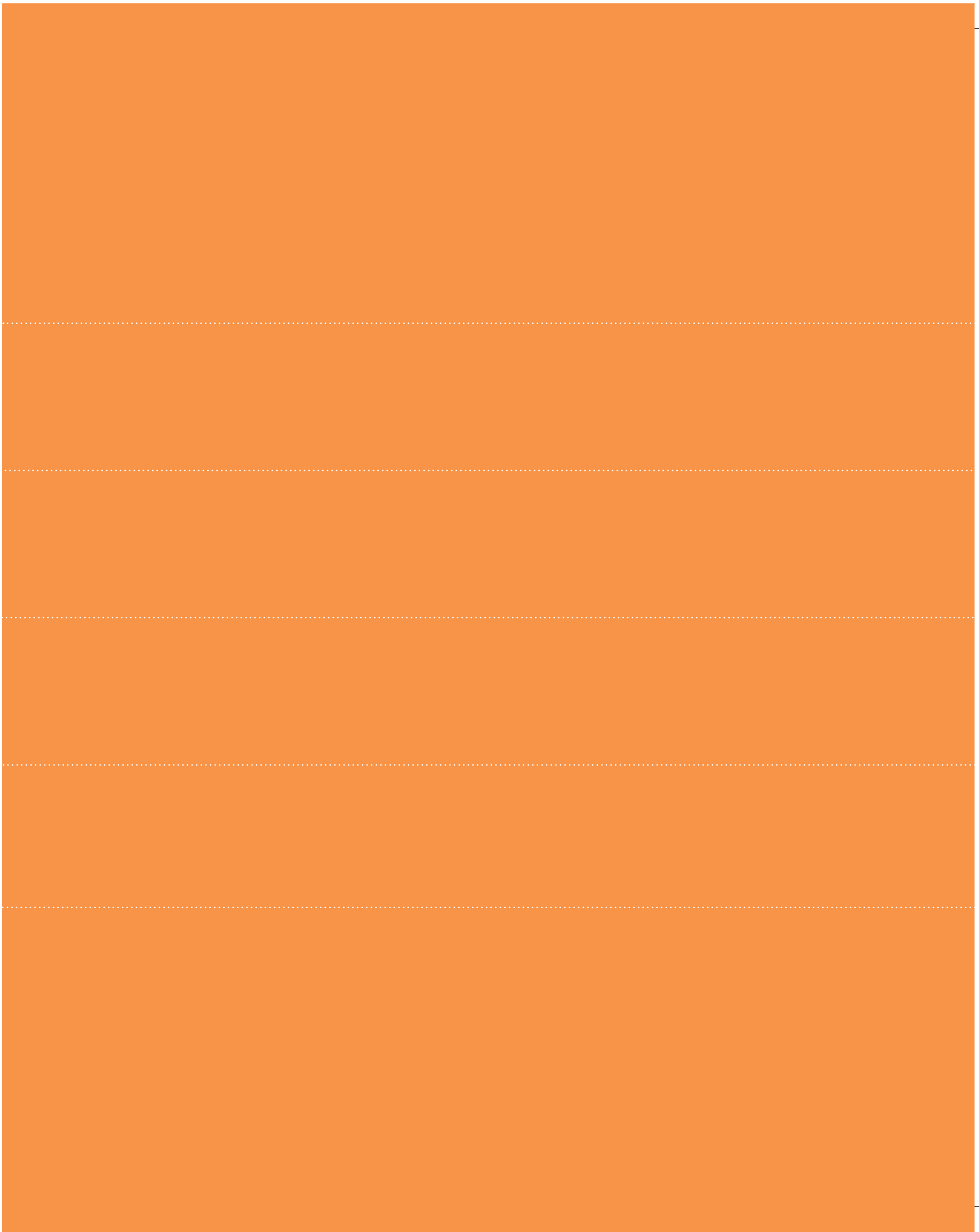
CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA
SALUD DE LA MUJER Y REPRODUCTIVA
CLAP/SMR



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud





Organización
Panamericana
de la Salud



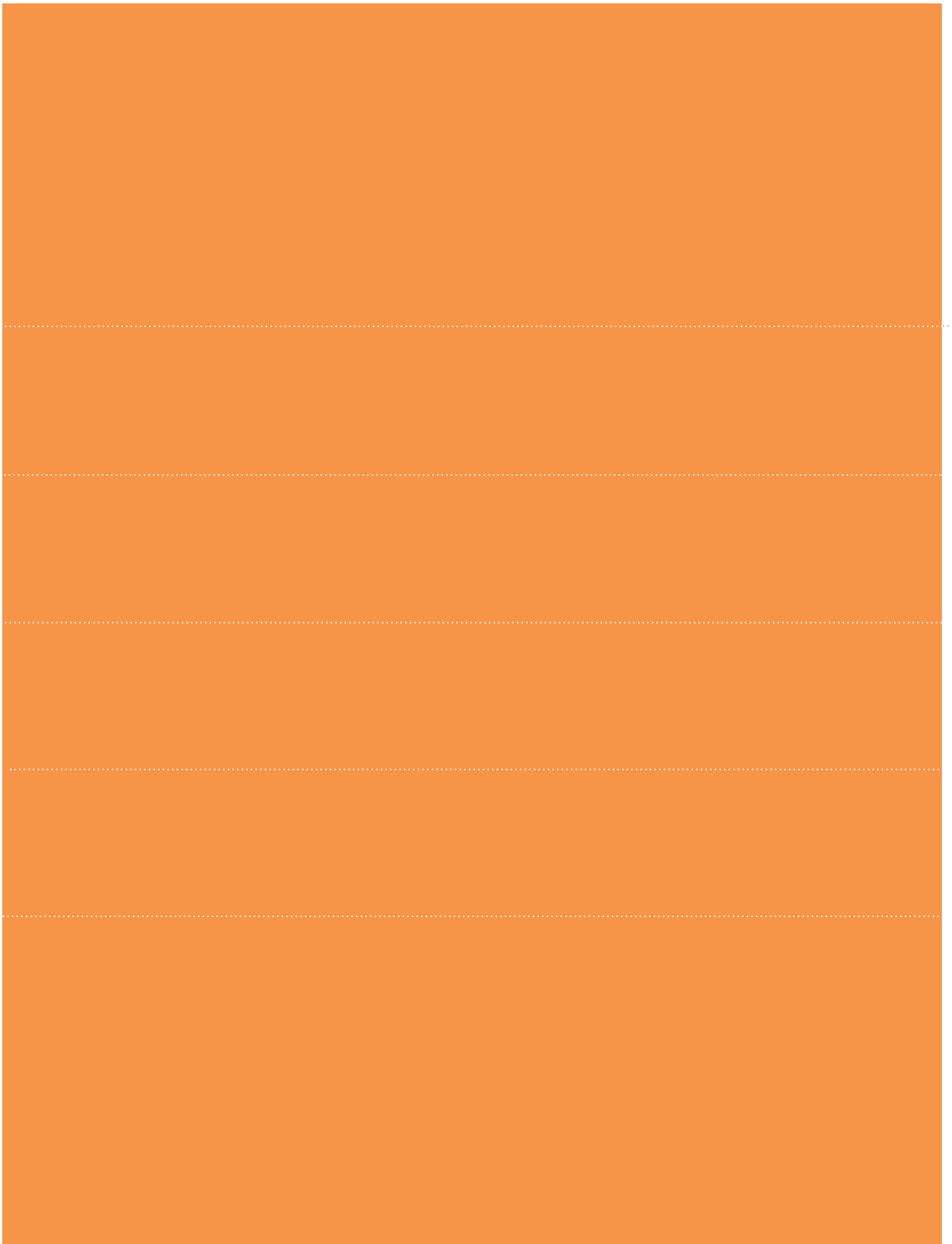
Organización
Mundial de la Salud

51.º CONSEJO DIRECTIVO 63.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, del 26 al 30 de septiembre del 2011

Punto 4.9 del orden del día provisional

CD51 / 12 (Esp.)
1 de agosto del 2011
ORIGINAL: ESPAÑOL



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

Introducción*

1. El “Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad y la morbilidad materna grave” es un paso más para mejorar la salud de las mujeres, que contribuye indirectamente a los esfuerzos de los países para cumplir el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) 5 (1).

2. El Plan se fundamenta en el preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que establece que “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (2). Está relacionado con el Plan de acción regional para la reducción de la mortalidad materna en las Américas

.....
* Con el fin de simplificar esta publicación se han omitido anexos de tipo administrativo, los cuales se encuentran disponibles en la propuesta original del documento en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14677&Itemid

(1990) (3), la resolución sobre “Población y Salud Reproductiva (1998) (4), la Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas (2002) (5), la Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño (2008) (6), y el Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes (2009) (7). También aborda otros temas como hospitales seguros y redes integradas de servicios de salud (2009) (8).

3. Luego de que los Estados Miembros asumieron estos compromisos, la mortalidad materna disminuyó considerablemente en toda la Región entre 1990 y 2010. Según datos oficiales de los Estados Miembros que la OPS publica en los Indicadores Básicos de Salud, esa reducción fue de 29% (9), en tanto que según los cálculos de la OMS la disminución fue de 41% (10). Pero, en ambos

casos, este descenso sigue siendo insuficiente para que la Región de las Américas cumpla el ODM 5 para el año 2015.

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

Antecedentes

5. La salud de la mujer y, en particular los aspectos vinculados con la maternidad, se han abordado en varios foros internacionales como la Conferencia sobre Maternidad sin Riesgo, celebrada en Nairobi (Kenia) en 1987 (11), la Conferencia internacional sobre la población y el desarrollo, celebrada en El Cairo (Egipto) en 1994 (12), la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, en Beijing (China) en 1995 (13) y la Cumbre del Milenio (2000) (1).

6. En el 2002 y el 2004, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó dos resoluciones que abordan el tema de la salud reproductiva: la WHA55.19 (14) y la WHA57.13 (15); por su parte, el Consejo Ejecutivo de la OMS aprobó la resolución EB113.R11

(16), que también guarda relación con este tema. Recientemente, en la resolución R11/8 del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (2009) (17) se reconoce que la morbilidad materna prevenible abarca una gama de determinantes vinculados a la salud, el desarrollo, los derechos humanos y las libertades fundamentales. La adopción de medidas que garanticen estos derechos de conformidad con las normas internacionales ayudaría a reducir la mortalidad materna (18-24).

7. A nivel regional, la mortalidad materna se ha tratado en varias reuniones de los cuerpos directivos de la OPS. En 1990, la 23.^a Conferencia Sanitaria Panamericana (3) aprobó el Plan de acción regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas en las Américas; La resolución CSP25.R13 sobre población y salud reproductiva (documento CSP25/15) (4) se aprobó en 1998, y en el 2002, la Estrategia Regional para la Reducción de la Mortalidad y la Morbilidad Maternas (documento CSP26/14) (5).

8. Quedan solamente cuatro años para la consecución de las metas del ODM 5. Según los datos de los indicadores básicos de salud publicados por la OPS (9), haría falta una reducción de 46% más para alcanzar esas metas, o de 34% de acuerdo a los modelos de cálculo de la OMS (10). Dos reuniones que se organizaron en el 2010 sobre el tema la Conferencia Regional de Mujeres Líderes (26) y la Conferencia Women Deliver

II (27) pusieron de relieve lo poco que se había invertido hasta la fecha para abordar la mortalidad materna. Por otra parte, el Grupo de los Ocho se hizo escuchar con la Iniciativa de Muskoka (28), mientras que el Secretario General de las Naciones Unidas hizo un llamamiento a favor de la ejecución de un plan que promoviera la reducción de la mortalidad materna (29), y la Comisión de Información y Rendición de Cuentas sobre Salud de las Mujeres y los Niños 2011 formuló sus recomendaciones sobre el problema (30). La OPS se sumó a estas iniciativas en el 50.º Consejo Directivo, celebrado en el 2010, al darle nuevo impulso a la Iniciativa Maternidad Segura.

9. Los ministros de salud de la Región declararon en el párrafo 53 de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 (31), que “La salud sexual y reproductiva es un tema prioritario en esta Región. Es imprescindible proveer a la mujer una atención continua, que se inicia con los cuidados en la etapa preconcepcional y prosigue durante el embarazo, el parto y el puerperio; incluyendo la atención del recién nacido”, para disminuir las desigualdades en materia de salud entre los países y en el interior de los mismos.

Análisis de la situación

10. Según las cifras oficiales publicadas en los Indicadores Básicos de salud del 2010 (9) para los países de América Latina

y el Caribe (ALC), hubo 9.500 muertes maternas, lo que representa una razón de mortalidad materna (RMM) de 88,9 por 100 mil nacidos vivos. Nueve países de la región muestran cifras de RMM por encima del promedio regional: Bolivia, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Paraguay, Perú, República Dominicana y Suriname. La mayoría de las muertes acontecen en el parto y en las primeras horas del puerperio. Casi ningún país muestra una adecuada velocidad de descenso de la mortalidad materna para lograr la meta del ODM 5, incluso aquellos con RMM más bajas, como Canadá y Estados Unidos de América.

11. Alrededor del 95% de la mortalidad materna en ALC puede prevenirse con los conocimientos que tienen los países hoy en día. Las causas más frecuentes son hipertensión inducida por el embarazo (26%), hemorragia (21%), complicaciones relacionadas con el aborto en condiciones peligrosas (13%), trabajo de parto obstruido (12%), sepsis (8%), y otras causas directas (15%).

12. La violencia contra la mujer es otro factor de riesgo de muerte materna. La OMS ha demostrado que de 15 a 71% de las mujeres sufren de violencia física y sexual perpetrada por su pareja (32); en el caso de las embarazadas esta cifra varía de 4 a 32%. En 90% de los casos de violencia contra embarazadas, el agresor es el padre biológico (33). Aunque la violencia no suele considerarse como una de las causas de

mortalidad materna, en tres ciudades de Estados Unidos se constató que había sido la causa principal en 20% de los casos (34). Una publicación reciente aduce que la falta de respeto y el abuso de los proveedores de salud constituye otra forma de violencia contra la embarazada, lo cual implica que esto constituye una barrera al acceso a los cuidados de salud (35).

13. Muchas muertes maternas surgen de embarazos no deseados y de las limitaciones en el acceso a los métodos anticonceptivos; esto puede observarse en el elevado porcentaje de necesidades insatisfechas en materia de métodos anticonceptivos que oscila entre 20 y 40% (9) para la población general y es más alto en los adolescentes. El problema se agrava porque muchos países tienen marcos legislativos que limitan el acceso a los métodos anticonceptivos; un ejemplo concreto de esta situación es la prohibición de los anticonceptivos orales de emergencia (36). La legislación restrictiva vinculada al aborto en muchos países de América Latina hace que las mujeres recurran al aborto en condiciones de riesgo como método anticonceptivo. La tasa de aborto en condiciones de riesgo en América Latina y el Caribe es de 31 por 1.000 mujeres de 15 a 44 años, en contraste con 22 en el resto del mundo. La razón de mortalidad materna debida al aborto en condiciones de riesgo es tres veces mayor en América Latina y el Caribe que en las regiones desarrolladas (10 en

comparación con 3 por 100.000 nacidos vivos, respectivamente) (37).

14. Las cifras de cobertura de atención prenatal y del parto quizás parezcan elevadas, pero ellas esconden inequidades. Por ejemplo, solo 46% de las mujeres embarazadas en las poblaciones rurales acuden a cuatro visitas prenatales, en comparación con 74% de las mujeres urbanas (38). Otras comunidades marginadas como los pobres, los indígenas y los afrodescendientes muestran coberturas menores, atención de mala calidad, y tasas altas de RMM. En Brasil, por ejemplo, se observó que 67% de las mujeres caucásicas habían recibido controles prenatales adecuados, 44,7% de las afrodescendientes y 23,1% de las mujeres indígenas (39).

15. A menudo, la atención que está al alcance de las mujeres en el período prenatal y en el parto no cumple con las normas internacionales. El control pregestacional prácticamente no existe en la Región. Además, los servicios obstétricos esenciales no están distribuidos en forma homogénea y muchas veces son de mala calidad, porque no hay personal capacitado con las competencias necesarias. Asimismo, no todas las instituciones pueden cumplir con los requisitos básicos ni suministrar todos los medicamentos e insumos necesarios, como reactivos de laboratorio y sangre segura. En resumen, puede decirse que hay fallas en cuanto a cobertura, calidad y continuidad de la atención; en la disponibilidad de insumos;

y en el acceso igualitario a servicios de salud sensibles a las particularidades culturales, independientemente de dónde vive la mujer o de su situación socioeconómica. La operación cesárea es una práctica que salva vidas. La OMS estima que la tasa óptima de cesárea debería situarse en alrededor de 15%. El aumento de las cesáreas observado en la Región en los últimos años a niveles más altos que la tasa óptima ha intensificado el riesgo de morbilidad materna y perinatal (40).

16. En América Latina y el Caribe, la morbilidad materna grave se ha estudiado menos que la mortalidad materna. Se calcula que ocurren hasta 20 casos de morbilidad materna por cada muerte materna registrada (36). De estos casos, hasta una cuarta parte de las mujeres podrían sufrir secuelas graves y permanentes. La morbilidad materna se concentra en ciertas zonas geográficas y poblaciones de algunos países, por lo que es necesario concentrar allí las iniciativas regionales y nacionales para reducirla.

17. El análisis de la situación y el Plan de Acción propuesto están en consonancia con los resultados previstos del Objetivo Estratégico 4 del Plan estratégico a plazo medio 2008-2013 de la OMS, en particular en sus Resultados Previstos a nivel de toda la Organización 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.6, 4.7 y 10.1, que tienen su contraparte en los

Resultados Previstos a nivel regional del Plan estratégico de la OPS para la Región.

Propuesta

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

19. El Plan de Acción tiene como objetivos generales los siguientes:

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

20. Se han identificado y priorizado cuatro áreas estratégicas y nueve intervenciones que han demostrado ser beneficiosas para la salud materna y perinatal (ver anexo A).

21. El Plan se ejecutará entre el 2012 y 2017 mediante el fortalecimiento de las alianzas a diferentes niveles, como por ejemplo con el Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna, las sociedades científicas, las revistas académicas y la sociedad civil.

Área estratégica 1: Prevención de embarazos no deseados y de las complicaciones derivadas de ellos.

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

Intervenciones de impacto

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

Meta 1: Para el 2017, los países de la región habrán disminuido en 20% la prevalencia de necesidades insatisfechas en materia de métodos anticonceptivos.

Indicadores

- Tasa de uso de métodos anticonceptivos modernos por mujeres en edad fecunda, desglosados según la edad y residencia rural/urbana. (Línea de base 60%. Meta: 70%.)
- Número de países que tienen datos nacionales sobre consejería y suministro de anticonceptivos posparto y/o posaborto por los servicios de salud. (Línea de base: por definirse*. Meta: 90%.)
- Porcentaje de muertes maternas debidas al aborto reducidas en 50%. (Línea de base: 13%. Meta: 7%.)

Actividades a nivel regional

- 1.1 Participar en actividades de promoción con una gama amplia de actores, que contemplen los factores de información, cultural, social y religiosos que inciden en la prestación de servicios de planificación familiar.
- 1.2 Difundir los manuales a) *Planificación familiar: un manual mundial para proveedores*; b) *Herramienta de toma de decisiones para clientes y proveedores de planificación familiar*; y c) *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos*, elaborados por la Organización Mundial de la Salud.

.....
* En este momento, la información es parcial y por ello no se pueden definir plenamente las líneas de base ni las metas con respecto a algunos indicadores. Al finalizar el primer año de ejecución del plan, se realizará un examen para completar la información y, al mismo tiempo, el plan se hará concordar con los objetivos estratégicos y los indicadores del plan estratégico de la Organización para el período 2013-2017.

- 1.3 Organizar talleres de capacitación con los instrumentos enunciados.
- 1.4 Apoyar la iniciativa de seguridad anti-conceptiva para la compra de insumos anticonceptivos.

Actividades a nivel nacional (Estados Miembros con apoyo de la OPS y otros recursos regionales)

- 1.5 Formular y/o adoptar leyes y marcos reglamentarios nacionales para garantizar el acceso universal a métodos anticonceptivos modernos.
- 1.6 Velar por que los adolescentes tengan acceso a la información sobre salud sexual y reproductiva, en especial sobre la postergación del inicio de las relaciones sexuales y tomen decisiones informadas; colaborar con socios claves para favorecer la disponibilidad de recursos de información.
- 1.7 Promover planes y programas que favorezcan el espaciamiento de los embarazos.
- 1.8 Formular un plan nacional de planificación familiar con su correspondiente presupuesto, de acuerdo a las necesidades de los distintos grupos de personas, con un enfoque que tenga en cuenta las particularidades culturales.
- 1.9 Ejecutar talleres de capacitación para el personal de salud con especial énfasis en la atención primaria de salud y en

los métodos anticonceptivos, entre ellos los métodos de emergencia.

- 1.10 Promover el suministro y la logística del suministro de anticonceptivos, en especial en los establecimientos de atención primaria de salud.
- 1.11 Promover el fortalecimiento de los comités nacionales y locales sobre mortalidad materna e instarlos a incluir la prevención de los embarazos no deseados.
- 1.12 Poner en práctica estrategias de comunicación social en materia de salud sexual y reproductiva.

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

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

Intervenciones de impacto

- Acceso a la atención asequible y de calidad para los períodos pregestacional, prenatal, del parto y puerperal, por nivel de atención materna y perinatal, considerando un enfoque por regiones en el marco de la regionalización de la asistencia materna y perinatal.
- Hogares maternos, cuando sea apropiado.

- Utilización de prácticas basadas en pruebas científicas.
- Asegurar la derivación y contraderivación oportunas.
- Prevención y detección de la violencia intrafamiliar durante el embarazo.

Meta 2.1: Para el 2017, los países de la Región habrán alcanzado la cifra de 70% de embarazos con cuatro o más controles prenatales programados.

Meta 2.2: Para el 2017, los países de la Región habrán alcanzado la cifra de 60% de control puerperal en los primeros siete días siguientes al alta.

Meta 2.3: Para el 2017, las zonas con dificultades de acceso geográfico habrán adoptado la estrategia de hogares maternos.

Meta 2.4: Para el 2017, la prevalencia del uso de intervenciones eficaces seleccionadas para disminuir la morbilidad y mortalidad materna habrá aumentado.

Indicadores

- Número de países que tienen 70% de cobertura prenatal con cuatro o más controles. (Línea de base: 50%. Meta: 90%.)
- Cobertura institucional del parto. (Línea de base: 89.8%. Meta: 93%.)
- Número de países que tienen como mínimo un 60% de cobertura de control del puerperio a los 7 días del parto. (Línea de base: por definirse. Meta: 80%.)

- Número de países que usan oxitócicos en el 75% de los nacimientos institucionales durante el tercer período del trabajo de parto, una vez que ha cesado de latir el cordón umbilical. (Línea de base: por definirse. Meta: 90%.)
- Número de países que usan sulfato de magnesio, además de interrumpir el embarazo en el 95% de los casos de preclampsia grave/eclampsia atendidos en establecimientos de salud. (Línea de base: por definirse. Meta: 90%.)
- Número de países con disponibilidad de sangre segura en el 95% de los establecimientos que suministran cuidados de urgencia en el parto. (Línea de base: por definirse. Meta: 100%.)
- Número de países que vigilan la violencia intrafamiliar durante el embarazo en 95% de los partos institucionales. (Línea de base: por definirse. Meta: 80%.)
- Número de países con tasa de cesárea superior a 20% que reducen su tasa en por lo menos 20% para el 2017. (Línea de base: 17. Meta: 100%.)
- Número de países con muertes maternas debidas a trabajo de parto obstruido. (Línea de Base: 15. Meta: 0.)

Actividades a nivel regional

- 2.1 Difundir las guías basadas en pruebas científicas de la OMS, que abarcan desde los cuidados pregestacionales hasta el puerperio, así como las *Guías para el Continuo de Atención de la*

Mujer y el Recién Nacido, focalizadas en APS.

- 2.2 Difundir las tecnologías perinatales elaboradas por el CLAP/SMR y la OPS.
- 2.3 Difundir la propuesta de Hogares Maternos.
- 2.4 Difundir manuales de urgencias obstétricas y de mejoramiento de la eficiencia.
- 2.5 Difundir guías sobre detección precoz, prevención y tratamiento de la violencia intrafamiliar.
- 2.6 Difundir la biblioteca virtual de salud sexual y reproductiva de la OMS.
- 2.7 Dar a conocer los modelos exitosos en la Región, relacionados con la salud materna y perinatal además de los recabados en la Iniciativa Maternidad Segura.
- 2.8 Promover la vacunación de las embarazadas contra el virus de la gripe por H1N1 u otros virus emergentes de la gripe.

Actividades a nivel nacional

- 2.9 Formular y adoptar leyes y marcos reglamentarios nacionales para el acceso universal a servicios de maternidad de buena calidad.
- 2.10 Formular y ejecutar un plan nacional de maternidad segura que comprenda un enfoque intercultural y su correspondiente presupuesto, que incluya

sistemas de derivación y contraderivación.

- 2.11 Organizar talleres de capacitación para el personal de salud basados en la atención primaria de salud, desde los cuidados pregestacionales hasta el puerperio.
- 2.12 Poner en funcionamiento los Hogares Maternos, cuando sea apropiado.
- 2.13 Velar por que en los controles prenatales se registre la tensión arterial, altura uterina, peso materno, anemia y proteinuria; tamizaje de sífilis/VIH; y se brinde consejería en nutrición e información sobre signos de alarma; y se aumente la cobertura de vacunación contra el virus de la influenza H1N1 y el tétanos.
- 2.14 Evaluar las condiciones de eficiencia de los servicios de atención primaria, maternidad y de salud perinatal, y promover su mejoramiento.
- 2.15 Velar por la presentación de informes, el seguimiento y la supervisión de los servicios prestados.
- 2.16 Organizar encuestas de satisfacción de usuarios.
- 2.17 Establecer políticas que promuevan los cuidados humanizados a través del ciclo reproductivo, lo que comprende el acompañamiento por personas que la mujer seleccione durante el trabajo de parto y el parto.

Área estratégica 3: Recursos humanos calificados

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

Intervenciones de impacto

- Aumentar la disponibilidad de personal de salud calificado para la atención pregestacional, prenatal, del parto y del puerperio, en entornos de atención obstétrica de urgencia y básicos.
- Aumentar la disponibilidad de recursos humanos durante 24 horas para la atención del parto y las complicaciones obstétricas.

Meta 3: Para el 2017, el 90% de los países de la Región habrán logrado coberturas de atención del parto y el puerperio de 80% con recursos humanos calificados, de acuerdo a la definición de la OMS.

Indicadores

- Número de países que tienen coberturas de la atención del parto de 80% por personal calificado, de acuerdo con la definición de la OMS. (Línea de base: 43. Meta: 48.)
- Número de países que tienen tasas de cobertura de la atención del puerperio iguales o superiores al 80% por personal

calificado, capaz de cuidar tanto a la madre como al recién nacido, de acuerdo con la definición de la OMS. (Línea de base: 23. Meta: 48.)

- Porcentaje de instituciones de atención obstétrica de urgencia (básica y ampliada) que llevan a cabo auditorías de todas las muertes maternas. (Línea de base: por definirse. Meta: 90%.)
- Número de países que presentan anualmente informes públicos sobre salud materna que incluyen estadísticas de mortalidad materna y la RMM a nivel nacional. (Línea de base: por definirse. Meta: 100%.)

Actividades a nivel regional

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

Actividades a nivel nacional

- 3.4 Identificar el número de personal de salud en ejercicio por categoría profesional y competencias, y determinar la brecha existente entre los niveles actuales y los que se necesitan para lograr una atención de calidad.
- 3.5 Definir las competencias esenciales en materia de atención pregestacional, materna y perinatal que deben tener los trabajadores de salud según las necesidades del país.
- 3.6 Formular un plan nacional de recursos humanos con su correspondiente presupuesto.
- 3.7 Formular y poner en práctica estrategias para la capacitación continua en salud pregestacional, materna y perinatal de los trabajadores de salud, a diferentes niveles de la atención.
- 3.8 Crear incentivos para la captación y retención del personal para las poblaciones desatendidas y las zonas rurales y de difícil acceso.

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

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

Intervenciones de impacto

- Implantar y consolidar sistemas de información y de vigilancia materna y perinatal.
- Establecer comités de análisis de la mortalidad materna con participación comunitaria y ofrecer soluciones, cuando sea necesario.

Meta 4: Para el 2017, el 60% de los países de la Región tendrán sistemas capaces de producir información sobre la salud materna y perinatal dentro de un sistema de atención integrado y coordinado.

Indicadores

- Número de países donde el sistema de salud tiene un sistema de información perinatal funcionando. (Línea de base: 16. Meta: 29.)
- Número de países donde el sistema de salud lleva un registro de la morbilidad materna grave. (Línea de base: por definirse. Meta: 80%.)
- Número de países cuya cobertura de muertes maternas en los sistemas de registros vitales es de 90% o más. (Línea de base: por definirse. Meta: 100%.)

Actividades a nivel regional

- 4.1 Promover el uso de registros clínicos perinatales con apoyo informático que permitan el análisis automatizado de la información y la gestión de los servicios.

- 4.2 Promover la difusión de modelos de sistemas de vigilancia, tales como el Sistema Informático Perinatal CLAP/OPS.
- 4.3 Elaborar material para capacitación en la interpretación de la información sobre vigilancia.
- 4.4 Promover el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y la formación de comités de análisis de la morbilidad grave y de la mortalidad materna.

Actividades a nivel nacional

- 4.5 Formular y adaptar marcos reglamentarios para el uso de los registros clínicos perinatales.
- 4.6 Ejecutar un plan nacional con su correspondiente presupuesto para el fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia de la salud materna y perinatal.
- 4.7 Organizar talleres de capacitación para el personal de salud en materia de preparación de historias clínicas, certificados de estadísticas vitales, análisis y uso de la información.
- 4.8 Constituir o fortalecer los comités intersectoriales, con participación comunitaria, para analizar y auditar la morbilidad grave y la mortalidad materna y proponer soluciones para los servicios, cuando sea necesario.
- 4.9 Asignar el presupuesto y el personal adecuados para supervisar el cumplimiento de las normas de atención.

22. Para el desarrollo de estas áreas estratégicas, la OPS, junto con otras organizaciones, aplicará un enfoque interprogramático para asignar prioridad a los países con las necesidades más urgentes y a las intervenciones de mayor impacto, construirá redes y movilizará recursos. La OPS prestará cooperación técnica para la ejecución, el seguimiento y la evaluación del Plan de Acción y lo divulgará. Además, la Organización dará apoyo a la sistematización de las mejores prácticas, alentará el intercambio de las mejores experiencias y promoverá el intercambio de información entre los países.

Monitoreo, análisis y evaluación

23. Este Plan de Acción contribuye al logro de los Objetivos Estratégicos 4* y 10** del Plan Estratégico de la OPS. El seguimiento y la evaluación de este Plan se alinearán con el marco de la gerencia basada en resultados de la Organización, así como con sus procesos de seguimiento y evaluación del desempeño. En este sentido se prepararan informes de progreso cada dos años, sobre la base de la información disponible.

24. Las fuentes de verificación de datos incluirán estadísticas vitales, encuestas nacionales de salud y estudios específicos

.....
 * OE4: Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de la vida, como el embarazo, el parto, el período neonatal, la infancia y la adolescencia, mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable de todas las personas.

** OE10: Mejorar la organización, gestión y prestación de los servicios de salud.

para este plan. Además, se registrarán los siguientes indicadores de impacto:

- a) Razón de mortalidad materna (RMM), total por causas y por edad.
- b) Razón de morbilidad materna grave, total y por causas.
- c) Tasa de mortalidad materna (muertes maternas por cien mil mujeres de 15 a 44 años).
- d) Número de países con RMM menor de 75 por 100.000 nacidos vivos para el año 2017 (meta 100%).
- e) Número de países con subpoblaciones [según etnia (indígena y no indígena) o localización geográfica (rural o urbana) o división subnacional (departamento, provincia, estado)] con RMM mayor a 125 p. 100.000 nacidos vivos.

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

Conclusión

26. A pesar de que el tema de la reducción de la morbilidad materna se ha abordado en la Región, los resultados siguen siendo insuficientes. Aunque se cuente con el conocimiento sobre las intervenciones costoeficaces para evitar más de 80% de la mortalidad materna, las mujeres y sus hijos aún se enfrentan a barreras financieras, geográficas, sociales, legales y actitudinales que les impiden el acceso a servicios de calidad. La OPS espera que la aprobación y ejecución de este Plan de Acción, con el más amplio compromiso de los países de las Américas, permita a las mujeres y a los niños el ejercicio de sus derechos fundamentales y la justicia social.

Intervención del Consejo Directivo

27. Se solicita al Consejo Directivo que examine el documento que se presenta y considere aprobar la resolución que figura en el anexo B*.

Referencias

1. Naciones Unidas. Declaración del Milenio [Internet]. Quincuagésimo quinto período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas; 18 de septiembre del 2000. Nueva York: ONU; 2000 (resolución A/RES/55/2) [consultado el 24 de febrero del 2011]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>.

.....
* Se anexa la resolución CD51.R12 tal como fue aprobada por el Consejo Directivo.

2. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Internet]. En: OMS Documentos básicos. Ginebra, Suiza: OMS; 2010. p. 1. [Consultado el 25 de abril del 2011]. Disponible en: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf>.
3. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción regional para la reducción de la mortalidad materna en las Américas. 23.ª Conferencia Sanitaria Panamericana; del 24 al 28 de septiembre de 1990, Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 1990 (documento CSP23/10).
4. Organización Panamericana de la Salud. Población y salud reproductiva [Internet]. 25.ª Conferencia Sanitaria Panamericana; del 21 al 25 de septiembre de 1998; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 1998 (documento CSP25/15) [Consultado el 24 de febrero del 2011]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp25_15.pdf.
5. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas [Internet]. 26.ª Conferencia Sanitaria Panamericana; del 23 al 27 de septiembre del 2002; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2002 (documento CSP26/14) [consultado el 24 de febrero del 2011]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp26-14-s.pdf>.
6. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño [Internet]. 48.ª Reunión del Consejo Directivo; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2008; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2008 (documento CD48/7). [consultado el 24 de febrero del 2011]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd48-07-s.pdf>.
7. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes [Internet]. 49ª. Reunión del Consejo Directivo; del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2009 (documento CD49/12) [consultado el 24 de febrero del 2011]. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-12-s.pdf>.
8. Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud [Internet]. 49ª. Reunión del Consejo Directivo; del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2009 (resolución CD49.R22) [consultado el 2 de marzo del 2011]. Disponible en: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R22%20\(Esp.\).pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R22%20(Esp.).pdf).
9. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos 2010: situación de salud en las Américas: indicadores básicos 2010 [Internet]. Washington (DC), Estados Unidos: OPS; 2011 [Consultado el 24 de febrero del 2011]. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=9048&Itemid=.
10. World Health Organization / UNICEF/ UNFPA/World Bank. Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. [Internet]. Ginebra, Suiza; 2010. [consultado el 4 de agosto del 2011] Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265_eng.pdf
11. Organización Mundial de la Salud / Banco Mundial / Fondo de Población de las Naciones Unidas. Conferencia sobre Maternidad sin Riesgo: Iniciativa por una maternidad sin riesgos, Nairobi, Kenya, 1987. Ginebra, Suiza: OMS; 1988.
12. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo; septiembre de 1994, El Cairo, Egipto. Resumen del programa de acción. [Internet]. Nueva York: FNUAP; 1994 [consultado el 24 de febrero del 2011]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/conferences/accion2.htm>.
13. Naciones Unidas. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer: La mujer indígena se hace cargo de su destino; 4 de septiembre de 1995; Beijing, China [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas; 1995 [consultado el 24 de febrero del 2011]. Disponible en: <http://www.cinu.org.mx/biblioteca/documentos/dh/ConfBeijing1995.htm>.
14. Organización Mundial de la Salud. WHO's contribution to achievement of the development goals of the United Nations Millennium Declaration [Internet]. 55.ª Asamblea Mundial de la Salud; del 13 al 18 de mayo del 2002; Ginebra, Suiza. Ginebra, Suiza: OMS; 2002 (resolución A55/19) [consultado el 24 de febrero del 2002]. Disponible [en inglés] en: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ewha5519.pdf.

15. Organización Mundial de la Salud. Salud reproductiva [Internet]. 57.ª Asamblea Mundial de la Salud; del 17 al 22 de mayo del 2004; Ginebra, Suiza. Ginebra: OMS; 2004 (documento A57/13) [consultado el 24 de febrero del 2011]. Disponible en: <http://www.cptech.org/ip/health/who/wha57.html>
16. Organización Mundial de la Salud. Salud reproductiva: proyecto de estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo [Internet]. 113.ª Reunión del Consejo Ejecutivo; del 19 al 24 de enero del 2004; Ginebra, Suiza. Ginebra: OMS; 2004 (resolución EB113/R11). http://whqlibdoc.who.int/eb/2004/EB113_R11_spa.pdf.
17. Naciones Unidas. La mortalidad y morbilidad materna prevenibles y los derechos humanos [Internet]. Décimo primer período de sesiones del Consejo de Derechos Humanos; del 2 al 19 de junio del 2009, Ginebra, Suiza. Ginebra: OMS; 2009 (resolución R11/8) [consultado el 24 de febrero del 2011]. Disponible en: http://ap.ohchr.org/documents/S/HRC/resolutions/A_HRC_RES_11_8.pdf.
18. Organización Panamericana de la Salud. Objetivo Estratégico 7: Abordar los factores sociales y económicos determinantes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad en salud e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos. En: Propuesta del Plan Estratégico 2008-2010 [Internet]. 27.ª Conferencia Sanitaria Panamericana; del 1 al 5 de octubre del 2007; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2007 (Documento oficial 328) [consultado el 2 de marzo del 2011]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/od328-full-s.pdf>.
19. Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos [Internet]. Vigésimo primer período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas; 16 diciembre de 1966; Nueva York: ONU; 1966 (resolución 2200 A [XXI] entrada en vigor el 23 de marzo de 1976) [consultado el 2 de marzo del 2011]. Disponible en: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/0015.pdf>.
20. Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [Internet]. Vigésimo primer período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas; 16 diciembre de 1966; Nueva York: ONU; 1966 (resolución 2200 A [XXI] entrada en vigor el 3 de enero de 1976) [consultado el 2 de marzo del 2011]. Disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>.
21. Naciones Unidas. Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer [Internet]. Trigésimo cuarto período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas; 18 de diciembre de 1979; Nueva York: ONU; 1979 (resolución 34/180, en vigor el 3 de septiembre de 1981) [consultado el 2 de marzo del 2011]. Disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cedaw.htm>.
22. Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos del Niño [Internet]. Cuadragésimo cuarto período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas; 20 noviembre de 1989; Nueva York: ONU; 1989 (resolución 44/25, en vigor el 3 de septiembre de 1990) [consultado el 2 de marzo del 2011]. Disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>.
23. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). Convención Americana sobre Derechos Humanos "Pacto de San José de Costa Rica" [Internet]. Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos; del 7 al 22 de noviembre de 1969; San José, Costa Rica. Depositario: Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos, Washington (DC) Estados Unidos (Serie sobre Tratados OEA No. 36 – Registro ONU 27/08/1979 N° 17955) [consultado el 2 de marzo del 2011]. Disponible en: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/0001.pdf>.
24. Organización de los Estados Americanos. Protocolo Adicional a la Convención Americana en el Área de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Protocolo de San Salvador [Internet]. Decimotercer período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la OEA, Comisión Interamericana de Derechos Humanos; del 14 al 19 de noviembre de 1988; San Salvador, El Salvador. Washington (DC): OEA; 1992 (tratado A/52 en vigor el 16 de noviembre de 1999) [consultado el 2 de marzo del 2011]. Disponible en: <http://www.cidh.org/Basicos/Spanish/Basicos4.htm>.
25. Organización Panamericana de la Salud. La salud y los derechos humanos [Internet]. 50º. Consejo Directivo de la OPS, 62.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2010; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2010 (documento CD50/12, y resolución CD50.R8) [consultado el 2 de marzo del 2011]. Disponibles en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=3149&Itemid=2401&lang=es.

26. Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna/Fondo de Población de las Naciones Unidas. Conferencia Regional de Mujeres Líderes: "Romper el silencio, sumar nuestras voces" [Internet]; del 27 al 28 de mayo del 2010; Lima, Perú. FNUAP; 2010 [consultado el 24 de febrero del 2011]. Disponible en: <http://lac.unfpa.org/public/cache/offonce/pid/5692;jsessionid=F8AF32A0363D827C0EAD33690C9BB8BE>.
27. Women Deliver. Delivering solutions for girls and women [Internet]. En: The Women Deliver 2010 Conference; 9 de junio del 2010; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): Women Deliver [consultado el 24 de febrero del 2011]. Disponible en: <http://www.women-deliver.org/conferences/-2010-conference/>.
28. Muskoka 2010 G-8 Summit. Major initiative to improve the health of women and children in the world's poorest regions [Internet]. Muskoka, Ontario, Canadá, del 25 al 26 de junio del 2010 [consultado el 24 de febrero del 2011]. Disponible en: <http://www.canadainternational.gc.ca/g82010/index.aspx>.
29. Naciones Unidas. Secretario Estrategia mundial para la salud de la mujer y el niño del Secretario General Ban Ki-moon [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas; 22 de septiembre del 2010 [consultado el 24 de febrero del 2011]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/sg/globalstrategy.shtml>.
30. Naciones Unidas. Commission on Information and Accountability for Women's and Children's Health. [Internet]. Working group on Accountability for Resources (Final Report) New York: UN; 2011 [consultado el 28 de junio del 2011]. Disponible en: http://www.everywomaneverychild.org/upload/Working_Group_on_Resources_Final_Paper625267.pdf
31. Organización Panamericana de la Salud. Agenda de Salud para las Américas: 2008-2017 presentada por los ministros de salud de las Américas en la Ciudad de Panamá, junio del 2007 [Internet]. Washington (DC) Estados Unidos: OPS; 2007 [consultado el 24 de febrero del 2011]. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Agenda_de_Salud.pdf.
32. Garcia Moreno C, Jansen H, Ellsberg M, Heise L, Watts C. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2005 [consultado el 2 de marzo del 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/24159358X/en/index.html>.
33. Garcia-Moreno C, Ed. Addressing violence against women and achieving the Millennium Development Goals [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2005 [consultado el 2 de marzo del 2011]. Disponible en: http://www.who.int/gender/documents/violence/who_fch_gwh_05_1/en/.
34. Campbell J, Garcia-Moreno C, Sharps P. Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries. *Violence Against Women* 2004;10(7):770-789.
35. Bowser D, Hill K. Exploring Evidence for disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth. Report of a Landscape Analysis. USAID-TRAction Project, Harvard School of Public Health, University Research Co., LLC. [Internet]. 2010. [consultado el 4 de agosto del 2011]. Disponible en: <http://www.tractionproject.org/sites/default/files/upload/RFA/Respectful%20Care%20at%20Birth%209-20-101%20Final.pdf>
36. Heise L, Garcia-Moreno C. En: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. (eds.). Informe Mundial sobre la violencia y la salud [Internet]. Washington (DC), Estados Unidos: OPS; 2003 (Publicación Científica y Técnica No. 588) p. 95-124. Edición original en inglés; Ginebra: OMS; 2002. [consultado el 2 de marzo del 2011]. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/Violencia_2003.htm.
37. World Health Organization. Unsafe Abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. Sixth edition. [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2008 [consultado el 4 de agosto del 2011]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501118_eng.pdf
38. Abou-Zahr CL, Wardlaw TM. Antenatal care in developing countries: promises, achievements and missed opportunities: an analysis of trends, levels and differentials, 1990-2001 [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2003 [consultado el 2 de marzo del 2011]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241590947.pdf>.

39. Ministerio da Saude. Tematico Saude da Mulher/Brasil. Ministério da Saúde. Brasília. OPAS, [Internet] 2007 [consultado el 4 de agosto del 2011]. Disponible en: <http://www.fiocruz.br/redeblh/media/painelmulher.pdf>
40. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, et al. WHO 2005 global survey on maternal and perinatal health research group. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet*. 2006;367(9525):1819-29
41. Organización Mundial de la Salud. Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group. Maternal near miss and maternal death in the World Health Organization's 2005 global survey on maternal and perinatal health. *Bull World Health Organ* [Internet] 2010;88(2):113-119 [consultado el 24 de febrero del 2011]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v88n2/v88n2a12.pdf>.



Anexo A

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



Organización
Panamericana
de la Salud



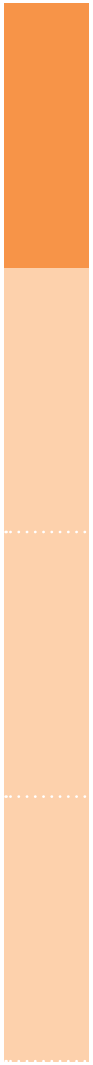
Organización
Mundial de la Salud

51.º CONSEJO DIRECTIVO 63.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, del 26 al 30 de septiembre del 2011

RESOLUCIÓN

Anexo B



.....

.....

.....

.....

.....

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

RESOLUCIÓN CD51.R12

EL 51.º CONSEJO DIRECTIVO,

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

Tomando en cuenta los mandatos internacionales propuestos en el Plan de acción regional para la reducción de la mortalidad materna en las Américas (documento CSP23/10 [1990]); la resolución *Población y salud reproductiva* (CSP25.R13 [1998]); la Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas (CSP26/14 [2002]); la Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis congénita (documento CD50/15 [2010]); las resoluciones WHA55.19 (2002), WHA57.13 (2004) y EB113.R11 (2004) sobre salud reproductiva aprobadas por la Asamblea Mundial de Salud y el Consejo Ejecutivo de la OMS, respectivamente; los foros de Nairobi,

Kenya (1987), El Cairo, Egipto (1994), Beijing, China (1995); la Declaración del Milenio (2000), y la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017;

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

Considerando la Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres y los Niños lanzada por el Secretario General de las Naciones Unidas en el 2010 y las recomendaciones de la Comisión de Información y Rendición de Cuentas sobre la Salud de las Mujeres y los Niños;

Consciente de la necesidad de mejorar el manejo de las enfermedades no transmisibles y de los factores de riesgo (diabetes, hipertensión, obesidad, tabaquismo) en los protocolos de salud materna, según se abordaron en la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles;

Resaltando que la mortalidad materna es una manifestación de inequidad que afecta a todos los países de la Región y que existen intervenciones costoeficaces dentro del sector que pueden tener un impacto real y en corto tiempo para su disminución;

Considerando la importancia de contar con un plan de acción que permita a los Estados Miembros responder en forma eficaz y eficiente,

RESUELVE:

1. Aprobar el Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave y su consideración en las políticas, planes y programas de desarrollo, así como en las propuestas y la discusión de los presupuestos nacionales, y que les permita dar respuesta a la mejora de la salud materna.

2. Instar a los Estados Miembros a que:

a) consideren la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 y el llamamiento del

Secretario General de las Naciones Unidas en el 2010 a favor de la ejecución de un plan que contribuya a la reducción de la mortalidad materna;

b) adopten políticas, estrategias, planes y programas nacionales que aumenten el acceso de las mujeres a servicios de salud de calidad adaptados a sus necesidades con adecuación intercultural, incluidos especialmente los programas de promoción y prevención basados en la atención primaria de salud, atendidos por personal calificado, que integren la atención pregestacional (incluida la planificación familiar), del embarazo, del parto y del puerperio (incluida la prevención y el tratamiento de la infección por el VIH), y que contemplen además la gratuidad de todos esos servicios para las poblaciones más vulnerables;

c) promuevan un diálogo entre instituciones del sector público, privado y la sociedad civil, a fin de priorizar la vida de las mujeres como una cuestión de derechos y de desarrollo humano;

d) promuevan el empoderamiento de las mujeres y la participación y corresponsabilidad del hombre en la salud sexual y reproductiva;

e) adopten una política de recursos humanos en términos de contratación, capacitación y retención que brinde respuesta a las necesidades de las mujeres y los recién nacidos;

f) fortalezcan la capacidad de generar información e investigación sobre salud sexual y reproductiva, mortalidad materna y morbilidad materna grave para el desarrollo de estrategias basadas en las evidencias que permitan el seguimiento y la evaluación de sus resultados, acorde con las recomendaciones de la Comisión de Información y Rendición de Cuentas sobre la Salud de las Mujeres y los Niños;

g) pongan en marcha procesos de revisión y análisis internos del Plan de acción, para su ejecución en el contexto nacional;

h) aboguen por presupuestos públicos específicos, donde sea aplicable, en función de resultados estratégicos tendientes a mejorar la cobertura y la calidad de atención a las mujeres y niños;

i) promuevan el desarrollo de programas de protección social para mujeres y niños.

3. Solicitar a la Directora:

a) que respalde a los Estados Miembros en la ejecución del presente Plan de acción, en conformidad con sus necesidades y contexto demográfico y epidemiológico;

b) que promueva la ejecución y coordinación de este Plan de acción, garantizando su integración en los programas;

c) que estimule y fortalezca los sistemas de información y vigilancia de la salud materna, incluido un repositorio regional disponible para todos los interesados directos, y que promueva el desarrollo de investigaciones operativas para diseñar estrategias afines y llevar a la práctica intervenciones basadas en las necesidades específicas de los contextos de la Región;

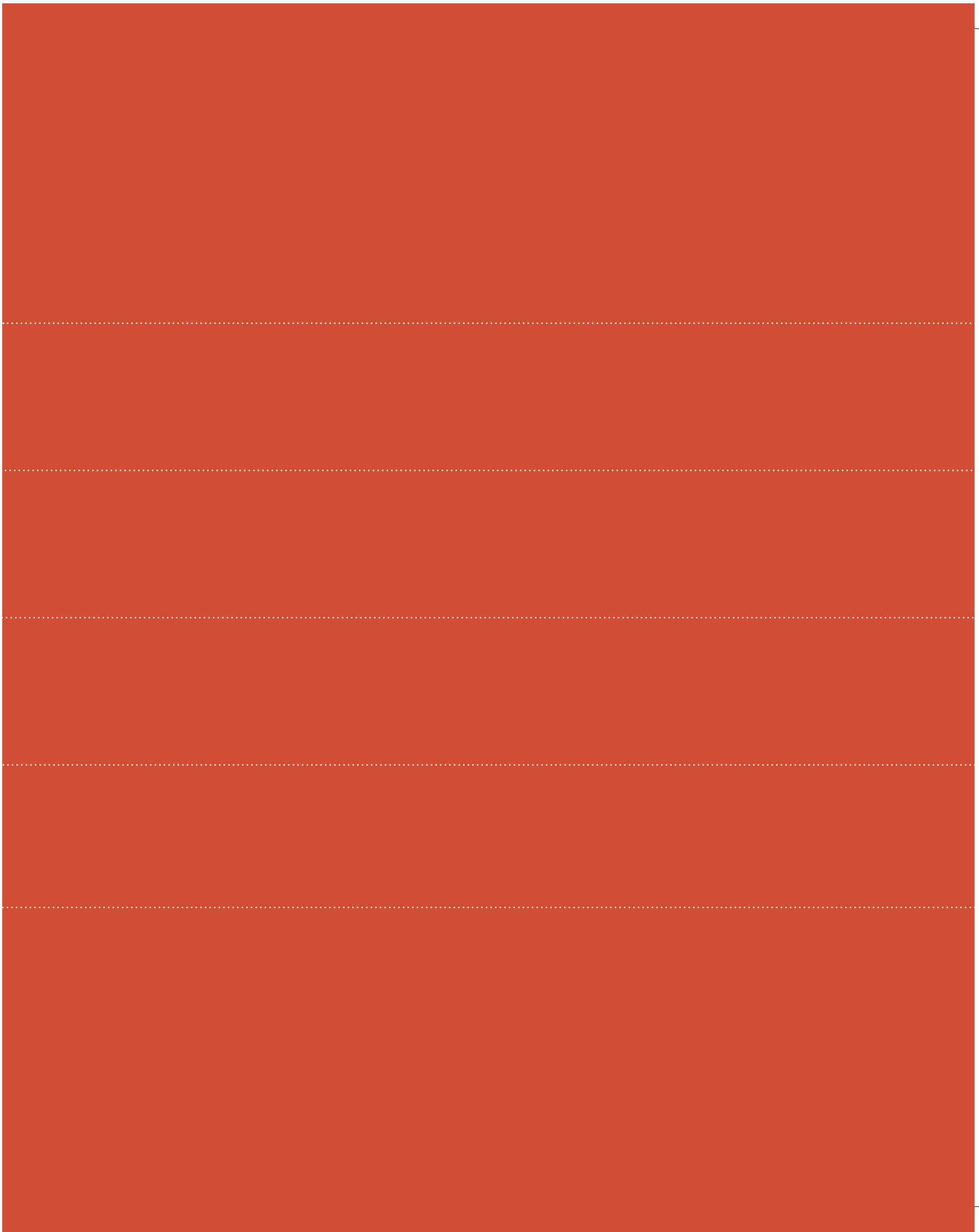
d) que respalde a los Estados Miembros en el desarrollo y creación de capacidades para la preparación y distribución adecuada de los recursos humanos en salud materna y neonatal;

e) que consolide y fortalezca la colaboración técnica con los comités, órganos y relatorías de las Naciones Unidas y organismos interamericanos, además de promover alianzas con otros organismos internacionales y regionales, instituciones científico técnicas, la sociedad civil organizada, el sector privado y otros, en el marco del Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna;

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

(Octava reunión, 29 de septiembre del 2011)

- - -





PAN AMERICAN
HEALTH
ORGANIZATION



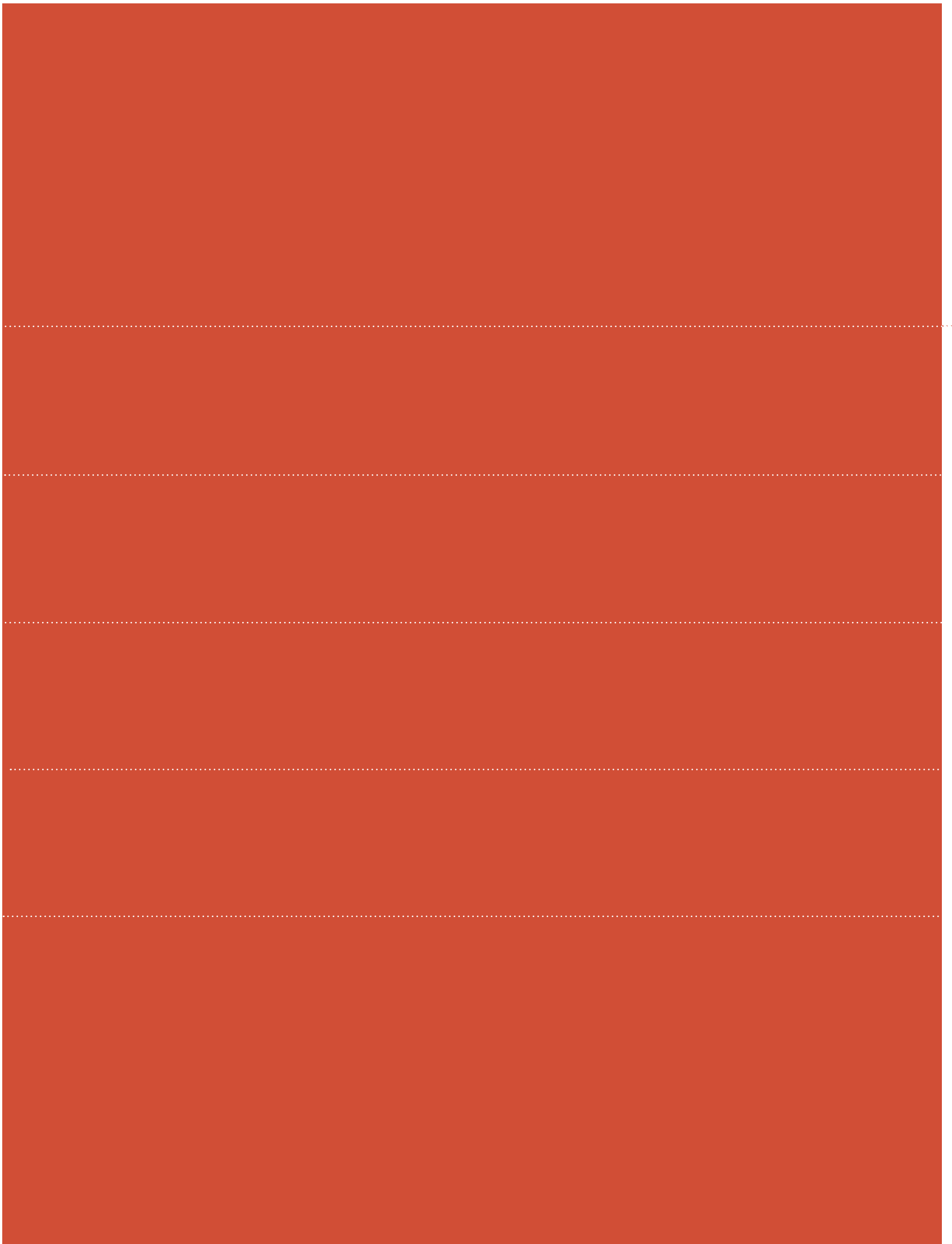
World Health
Organization

51st DIRECTING COUNCIL 63rd SESSION OF THE REGIONAL COMMITTEE

Washington, D.C., USA, 26-30 September 2011

Provisional Agenda Item 4.9

CD51 / 12 (Eng.)
1 August 2011
ORIGINAL: SPANISH



Plan of action to accelerate the reduction of maternal mortality and severe maternal morbidity

Introduction*

1. The Plan of Action to Accelerate the Reduction of Maternal Mortality and Severe Maternal Morbidity is a further step toward improving women's health, and indirectly contributes to country efforts to achieve Millennium Development Goal (MDG) 5 (1).

2. The Plan is based on the preamble of the Constitution of the World Health Organization (WHO), which states that "The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition(2)." It is related to the Regional Plan of Action for the Reduction of Maternal Mortality in the Americas (1990) (3), the "Population and Reproductive Health" resolution (1998) (4),

the Regional Strategy for Maternal Mortality and Morbidity Reduction (2002) (5), the Regional Strategy and Plan of Action for Neonatal Health within the Continuum of Maternal, Newborn, and Child Care (2008) (6), and the Plan of Action on Adolescent and Youth Health (2009) (7). It also touches on issues dealing with safe hospitals and integrated health services networks (2009) (8).

3. Following these commitments by the Member States, maternal mortality significantly decreased throughout the Region in 1990–2010. According to official data from Member States that PAHO publishes in the Basic Health Indicators, that decline was 29% (9), while WHO estimates the decrease at 41% (10). But in neither case is the estimated decline sufficient for the Region of the Americas to reach MDG 5 by 2015.

.....
* To simplify this publication, some administrative annexes have been omitted. They are available in the original document at: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14676&Itemid

4. This Plan of Action proposes that key interventions proven effective in reducing maternal morbidity and mortality in strategic areas be intensified in 2012–2017, in order to promote unrestricted access to high-quality preconception care (including family planning), as well as to antenatal, childbirth, and postpartum care provided by skilled personnel in the countries, who pursue an intercultural approach in their work.

Background

5. Women's health, and particularly issues related to maternity, have been addressed in several international fora, such as the Conference on Safe Motherhood in Nairobi, Kenya (1987) (11), the International Conference on Population and Development in Cairo, Egypt (1994) (12), the Fourth World Conference on Women in Beijing, China (1995) (13), and the Millennium Summit (2000) (1).

6. In 2002 and 2004, the World Health Assembly adopted two resolutions addressing reproductive health—WHA55.19 (14) and WHA57.13 (15); the WHO Executive Board, in turn, adopted Resolution EB113.R11 (16), which is also related to this issue. More recently, the United Nations Human Rights Council, through Resolution R11/8 (2009) (17), recognized that preventable maternal morbidity and mortality involves a range of determinants linked to health, development, human rights, and fundamental freedoms.

Adopting measures guaranteeing these rights, pursuant to international norms, would help to reduce maternal mortality (18–24).

7. At the regional level, maternal mortality has been addressed at several meetings of the PAHO Governing Bodies. In 1990, the 23rd Pan American Sanitary Conference (3) approved the Regional Plan of Action for Maternal Mortality and Morbidity Reduction in the Americas. Resolution CSP25.R13 on Population and Reproductive Health (Document CSP25/15) (4) was adopted in 1998, and the Regional Strategy for Maternal Mortality and Morbidity Reduction (Document CSP26/14) (5) was adopted in 2002.

8. Only four years remain to achieve MDG 5 targets. Based on basic health indicator data PAHO has published (9), a further 46% reduction is required to reach the targets; based on WHO estimate models, 34% is required (10). Two meetings devoted to the issue in 2010—the Regional Conference of Women Leaders (26) and the Women Deliver II Conference (27)—emphasized how little has been invested to date to address maternal mortality. In addition, the Group of Eight (G8) added its voice through the Muskoka Initiative (28), the United Nations Secretary General called for the implementation of a plan to promote a reduction in maternal mortality (29), and the recommendations of the Commission on Information and Accountability for Women's and Children's

Health 2011 (30) issued recommendations on the problem. PAHO joined this effort at its 50th Directing Council in 2010, giving new impetus to the Safe Motherhood Initiative.

9. The Region's ministers of health stated in paragraph 53 of the Health Agenda for the Americas, 2008-2017, (31) that "Sexual and reproductive health is a priority issue in the Region. It is imperative to provide women with continuous care that begins in the preconception period and continues during pregnancy, childbirth, and the puerperium, including care of the newborn" in order to reduce health inequalities between and within countries.

Situation analysis

10. According to official figures published in the Basic Health Indicators 2010 (9) for Latin America and the Caribbean (LAC), there were 9,500 maternal deaths representing a maternal mortality ratio (MMR) of 88.9 per 100,000 live births. Nine of the Region's countries have MMR figures above the regional average: Bolivia, the Dominican Republic, Guatemala, Guyana, Haiti, Honduras, Paraguay, Peru, and Suriname. The majority of these deaths occur during childbirth and in the first hours postpartum. Almost none of the countries are reducing maternal mortality at a sufficient rate to meet the MDG 5 target—including those with lower MMR figures, such as Canada and the United States.

11. Approximately 95% of maternal mortality in LAC can be prevented by using knowledge currently available in the countries. The most frequent causes are pregnancy-induced hypertension (26%), hemorrhage (21%), complications of abortion in unsafe conditions (13%), obstructed labor (12%), sepsis (8%), and other direct causes (15%).

12. Violence against women is another risk factor for maternal death. WHO has demonstrated that 15% to 71% of women are victims of physical and sexual violence perpetrated by their partners (32), with 4% to 32% of women suffering violence during pregnancy. In 90% of the cases of violence against pregnant women, the assailant is the biological father (33). Although violence is not generally considered as a cause of maternal mortality, three U.S. cities confirmed that it had been the leading cause of death in 20% of cases (34). A recent publication argues that disrespect and abuse from health providers constitute other forms of violence against pregnant women, which implies that this constitutes a barrier to health care access (35).

13. Many maternal deaths arise from unwanted pregnancies and limited access to contraceptives, as evidenced by the high percentage of unmet contraceptive needs: from 20% to 40% (9) in the general population, and even higher among adolescents. The fact that many countries have laws restricting access to contraceptives—a specific example be-

ing bans on emergency oral contraceptives (36)—compounds this problem. Legal restrictions to abortion in many LAC countries lead women to resort to unsafe abortion as a contraceptive method. The rate of unsafe abortion in LAC is 31 per 1,000 women aged 15-44, in contrast to 22 in the rest of the world. The maternal mortality ratio due to unsafe abortion is three times higher in LAC than in developed regions. (10 versus 3 per 100,000 live births, respectively) (37).

14. Coverage figures for antenatal care and care during childbirth may seem high, but obscure existing inequities. For example, only 46% of pregnant women in rural populations have four antenatal check-ups, compared to 74% of urban women (38). Other marginalized communities, such as the poor and indigenous and Afro-descendant populations, have lower coverage, poor quality of care, and high MMR rates. In Brazil, for example, adequate antenatal care was observed in 67% of Caucasian, 44.7% of Afro-descendant, and 23.1% of indigenous women (39) in Brazil.

15. Often, the antenatal and childbirth care within reach of women fails to meet internationally recommended standards. Preconception monitoring is practically nonexistent in the Region. Furthermore, essential obstetric services are not distributed evenly; they are often of poor quality, due to a lack of personnel trained in needed skills. Moreover, not all institutions can fulfill basic requirements or provide all necessary medicines

and supplies, such as laboratory reagents and safe blood. In short, there are deficiencies in coverage, quality, and continuity of care; in the availability of supplies; and in the equitable access to culturally sensitive health services regardless of where a woman lives or what her socioeconomic status is. C-section is a practice that saves lives. WHO estimates that the optimum C-section rate should be around 15%. Increments in the use of C-sections observed in the Region in recent years to levels higher than this optimum rate have increased the risk of maternal and perinatal mortality and morbidity (40).

16. Severe maternal morbidity has received less study in LAC than maternal mortality. As many as 20 cases of maternal morbidity are estimated to occur for each maternal death recorded (36), and up to one quarter of these women may suffer severe and permanent sequelae. Maternal morbidity is concentrated in certain geographical areas and populations in some countries, thus, regional and national morbidity reduction initiatives must be targeted accordingly.

17. The situation analysis and the proposed Plan of Action are consistent with the expected outcomes of the fourth strategic objective of WHO's Medium-term Strategic Plan 2008–2013, particularly expected results 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.6, 4.7, and 10.1 for the entire Organization, which correspond to the expected results for the PAHO Strategic Plan for the Region.

Proposal

18. Existing preventable maternal mortality and morbidity reflect current inequities, inequalities, and lack of empowerment for women. Although socioeconomic, cultural, and environmental determinants are key factors in reducing maternal mortality and morbidity, specific measures directly aimed at reducing maternal mortality and morbidity could be adopted in the health sector. These include structuring health services so as to provide better care for women in the area of family planning and in preconception, antenatal, childbirth, and postpartum care. This Plan of Action directly addresses critical elements that can help prevent maternal deaths and severe morbidity.

19. General objectives of the Plan of Action are:

- (a) to help accelerate the reduction in maternal mortality,
- (b) to prevent severe maternal morbidity, and
- (c) to strengthen surveillance of maternal morbidity and mortality.

20. Four strategic areas and nine interventions of proven benefit to maternal and perinatal health have been identified and prioritized (see Annex A).

21. The plan is to be executed between 2012 and 2017 by strengthening partnerships at

different levels, e.g., with the Regional Working Group for the Reduction of Maternal Mortality, scientific societies, academic journals, and civil society.

Strategic area 1: Prevention of unwanted pregnancies and resulting complications.

Objective 1: Increase the use of modern contraceptive methods by women of reproductive age, with emphasis on adolescents.

Effective interventions

- Increase contraceptive coverage (including use of emergency contraceptive methods) and the availability of family planning counseling prior to conception and after an obstetric event.

Goal 1: By 2017, the countries of the Region will have reduced the prevalence of unmet contraceptive needs by 20%.

Indicators*

- Rate of use of modern contraceptive methods by women of reproductive age, with a breakdown by age group and urban/rural residence. (Baseline: 60%. Target: 70%.)
- Number of countries that have national

.....
* At the current time, there is only partial information for fully defining the base lines and targets for some indicators. At the conclusion of the first year of the plan's execution, a review will be conducted to complete the information, and at the same time, this plan will be aligned with the Strategic Objectives and Indicators of the Organization's Strategic Plan 2013-2017.

data on postpartum and/or post-abortion contraceptive counseling and provision of contraceptives by their health services. (Baseline: to be determined. Target: 90%.)

- Percentage of deaths in women due to abortion reduced by 50%. (Baseline: 13%. Target: 7%.)

Activities at the regional level

- 1.1 Engage in promotion activities with a wide range of actors to address the information, cultural, social, and religious factors that affect the delivery and uptake of family planning services.
- 1.2 Disseminate: (a) *A global handbook for providers*, (b) *Decision-making tool for family planning clients and providers*, and (c) *Medical eligibility criteria for contraceptive use*.
- 1.3 Organize training workshops to introduce the above resources.
- 1.4 Support the contraceptive security initiative for the procurement of contraceptive supplies.

Activities at the national level (to be undertaken by Member States with support from PAHO, and other regional resources).

- 1.5 Formulate and/or adopt national laws and regulatory frameworks that ensure universal access to modern contraceptive methods.
- 1.6 Ensure that adolescents have access to

information on sexual and reproductive health, especially information on delaying the start of sexual activity in order to make informed choices; work with key partners to facilitate the availability of information resources.

- 1.7 Promote plans and programs that encourage the spacing of pregnancies.
- 1.8 Formulate a national family planning plan with its attendant budget to address the needs of different population groups that includes incorporating a culturally sensitive approach.
- 1.9 Hold training workshops for health workers, with special emphasis on primary health care and contraceptive methods, including emergency contraceptive methods.
- 1.10 Promote the supply—and supply logistics—of contraceptives, especially at primary health care facilities.
- 1.11 Promote strengthening of national and local committees on maternal death, and urge that they address the prevention of unwanted pregnancies.
- 1.12 Implement mass communication strategies on sexual and reproductive health.

Strategic area 2: Universal access to affordable, high-quality maternity services within the coordinated health care system.

Objective 2: Ensure that quality maternal health care services are offered within integrated health systems.

Effective interventions

- Access to affordable, high-quality preconception, antenatal, childbirth, and post-partum care, by level of maternal and perinatal care considering a regionalized approach within the framework of the regionalization of maternal and perinatal care.
- Maternity waiting homes, as appropriate.
- Use of evidence-based practices.
- Timely referral and counter-referral.
- Prevention and detection of intrafamily violence during pregnancy.

Goal 2.1: By 2017, the Region's countries reach a level where four or more antenatal check-ups occur for 70% of pregnancies.

Goal 2.2: By 2017, the Region's countries reach a level where 60% of women have post-partum check-ups during the first seven days after discharge.

Goal 2.3: By 2017, areas with geographical-access problems have adopted the maternity waiting homes strategy.

Goal 2.4: By 2017, the use of selected effective interventions to reduce maternal morbidity and mortality has increased.

Indicators

- Number of countries with 70% coverage of four or more antenatal visits. (Baseline: 50%. Target: 90%.)

- Institutional coverage of deliveries. (Baseline: 89.8%. Target: 93%.)
- Number of countries that have at least 60% coverage for postpartum visit at seven days after delivery. (Baseline: to be determined. Target: 80%.)
- Number of countries that use oxytocics in 75% of institutional births during the third-stage of labor, once the umbilical cord has ceased to pulse. (Baseline: to be determined. Target: 90%.)
- Number of countries that use magnesium sulfate, in addition to interrupting the pregnancy, in 95% of cases of severe preeclampsia/eclampsia in institutional births. (Baseline: to be determined. Target: 90%.)
- Number of countries with safe blood available in 95% of the facilities that provide emergency childbirth care. (Baseline: to be determined. Target: 100%.)
- Number of countries monitoring intrafamily violence during pregnancy in 95% of institutional births. (Baseline: to be determined. Target: 80%.)
- Number of countries with C-section rate above 20% that reduce their C-section rate by at least 20% by 2017. (Baseline: 17. Target: 100%.)
- Number of countries with maternal deaths due to obstructed labor. (Baseline 15. Target: 0.)

Activities at the regional level

- 2.1 Disseminate the WHO evidence-based guidelines encompassing care from preconception through the postnatal period, as well as PAHO's *Guides for the Primary Health Care-Focused Continuum of Care of Women and Newborns*.
- 2.2 Disseminate the perinatal technologies developed by the Latin American Center of Perinatology (CLAP) and PAHO.
- 2.3 Disseminate the maternity waiting homes proposal.
- 2.4 Disseminate manuals on obstetric emergencies and on improving efficiency.
- 2.5 Disseminate guidelines on early detection, prevention, and treatment of intra-family violence.
- 2.6 Disseminate the WHO virtual library on sexual and reproductive health.
- 2.7 Promote successful maternal and perinatal models in the Region, in addition to models taken from the Safe Motherhood Initiative.
- 2.8 Promote vaccination of pregnant women against H1N1 or other emerging influenza viruses.
- 2.11 Organize training workshops for health workers focusing on primary health care from preconception through the puerperium.
- 2.12 Set up maternity waiting homes, where appropriate.
- 2.13 Ensure that antenatal care covers monitoring of blood pressure, uterine height, maternal weight, anemia, and proteinuria; syphilis/HIV screening; and nutrition counseling and information on warning signs; and ensure that there is an increase in H1N1 influenza and tetanus vaccination coverage.
- 2.14 Evaluate the efficiency of the primary health care and maternity and perinatal health services and promote their improvement.
- 2.15 Provide proper reporting and monitoring and supervision of services.
- 2.16 Organize user-satisfaction surveys.
- 2.17 Establish policies that promote humanization of care throughout the reproductive cycle, including accompaniment of women during labor and childbirth by persons of their choice.

Activities at the national level

- 2.9 Formulate and adopt national laws and regulatory frameworks for universal access to quality maternity services.
- 2.10 Formulate and execute a national safe motherhood plan that includes an in-

Strategic area 3: Skilled human resources

Objective 3: Increase the number of skilled personnel in health facilities for preconception, antenatal, childbirth, and postpartum.

Effective interventions

- Increase the availability of skilled health workers for preconception, antenatal, childbirth, and postpartum care in basic and emergency obstetric units.
- Increase the 24-hour availability of staff to attend births and handle obstetric complications.

Goal 3: By 2017, 90% of the Region's countries have 80% coverage of childbirth and postpartum care provided by skilled personnel, as defined by WHO.

Indicators

- Number of countries that have 80% coverage of childbirth care provided by skilled personnel, as defined by WHO. (Baseline: 43. Target: 48.)
- Number of countries that have 80% or higher coverage of postnatal care provided by skilled personnel capable of caring for both mother and newborn, as defined by WHO. (Baseline: 23. Target: 48.)
- Percentage of emergency obstetric care (EmOC) health facilities (basic and comprehensive) that perform an audit of all maternal deaths. (Baseline: to be determined. Target: 90%.)
- Number of countries that annually present a maternal health report to the public that includes maternal mortality statistics, including the national MMR. (Baseline: to be determined. Target: 100%.)

Activities at the regional level

- 3.1 Support the formulation and strengthening of undergraduate and graduate programs that train health workers to provide preconception, maternal (including obstetric emergencies), and perinatal care.
- 3.2 Prepare training materials for personnel that include the use of new information, technologies, including an intercultural approach, as appropriate.
- 3.3 Support training programs in professional midwifery and maternal and child health nursing, and include these models of care, with their attendant budget and specific activities, in national health plans.

Activities at the national level

- 3.4 Identify the number of practicing health personnel by occupational category and competencies, and determine the gap between existing and needed levels for quality care.
- 3.5 Define the package of essential competencies that health care workers should master to provide preconception, maternal, and perinatal care according to country needs.
- 3.6 Formulate a national human resources plan with its attendant budget.
- 3.7 Formulate and implement strategies to provide continuing training for health care workers at different levels of

care in preconception, maternal, and perinatal care.

- 3.8 Create incentives to recruit and retain personnel for underserved populations and rural and remote areas.

Strategic area 4: Strategic information for action and accountability

Objective 4: Strengthen information systems and maternal and perinatal health monitoring in the framework of integrated information and vital statistics systems.

Effective interventions

- Institute and consolidate perinatal and maternal information and monitoring systems.
- Establish committees with community participation to analyze maternal mortality and provide remedies, as appropriate.

Goal 4: By 2017, 60% of the Region's countries have systems capable of generating information on maternal and perinatal health within an integrated and coordinated system of care.

Indicators

- Number of countries where the health system has a functioning perinatal information system. (Baseline: 16. Target: 29.)
- Number of countries where the health system maintains a registry of severe maternal

morbidity. (Baseline: to be determined. Target: 80%.)

- Number of countries whose coverage of maternal deaths in vital record systems is 90% or more. (Baseline: to be determined. Target: 100%.)

Activities at the regional level

- 4.1 Promote the use of perinatal clinical records, with computer support for automated analysis of information and administration of services.
- 4.2 Promote the dissemination of surveillance systems models, such as the CLAP/PAHO Perinatal Information System.
- 4.3 Develop materials for training in interpreting surveillance information.
- 4.4 Promote the strengthening of epidemiological surveillance and the formation of committees to analyze severe maternal mortality and severe morbidity.

Activities at the national level

- 4.5 Formulate and/or adapt regulatory frameworks for the use of perinatal clinical records.
- 4.6 Implement a national plan, with its budget, to strengthen information systems and maternal and perinatal health surveillance systems.
- 4.7 Organize training workshops for health workers on preparing clinical histories and vital statistics certificates, and for analyzing and using this information.

4.8 Establish or strengthen intersectoral committees, with community participation, to analyze and audit maternal mortality and severe morbidity and to develop solutions for the services, as appropriate.

4.9 Allocate the necessary budget and personnel to oversee compliance with standards of care.

22. To develop these strategic areas, PAHO will work with other organizations— using an inter-programmatic approach—to prioritize those countries with most urgent needs and those interventions with the greatest impact, as well as to build networks and mobilize resources. PAHO will provide technical cooperation for the implementation, monitoring, and evaluation of the Plan of Action, and will disseminate it. The Organization will also support the systematization of best practices, encourage sharing of the best experiences, and promote information exchange among the countries.

Monitoring, assessment, and evaluation

23. This Plan of Action promotes the achievement of Strategic Objectives 4* and 10** of the PAHO Strategic Plan. Monitoring and evaluation of the plan will be in line with the framework of

.....
* SO 4: To reduce morbidity and mortality and improve health during key stages of the life cycle, including pregnancy, childbirth, the neonatal period, childhood, and adolescence, and improve sexual and reproductive health and promote active and healthy aging for all individuals.

** SO 10: To improve the organization, management, and delivery of health services.

the Organization's results-based management, as well as with its processes for monitoring and evaluating performance. To this end, progress reports will be prepared every two years, based on the available information.

24. Data will be verified, using sources such as vital statistics, national health surveys, and specific studies designed for this plan. In addition, the following impact indicators will be recorded:

- (a) Total maternal mortality ratio (MMR), by cause and age.
- (b) Total severe maternal morbidity ratio, by cause.
- (c) Maternal Mortality Rate (maternal deaths per 100,000 women aged 15–44).
- (d) Number of countries with an MMR of less than 75 (per 100,000 live births) in 2017. (Target: 100%)
- (e) Number of countries with MMR greater than 125 (per 100,000 live births) among geographic and ethnic sub-populations of women (i.e. indigenous/non-indigenous; rural/urban) and by subnational level (i.e. department, province, state).

25. There are plans to conduct an assessment during the process aimed at instituting corrective measures as necessary. At the conclusion of the period covered by the plan, an evaluation will be conducted to determine the strengths and weaknesses of overall execution and the factors that ac-

count for successes and failures, as well as to determine future actions.

Conclusion

26. Despite attention in the Region to the issue of reducing maternal morbidity and mortality, progress remains inadequate. Although information on cost-effective interventions is available that could prevent more than 80% of maternal deaths, mothers and their children continue to face financial, geographic, social, legal, and attitudinal barriers that impede their access to quality services. PAHO hopes that the approval and implementation of this Plan of Action with the broadest commitment of the countries of the Americas, will allow women and children to exercise their basic rights and will foster social justice.

Action by the Directing Council

27. The Directing Council is requested to review this document and to consider the adoption of the resolution that appears in Annex B*.

.....
* Resolution CD51.R12 is attached, as approved by the Directing Council.

References

1. United Nations. United Nations Millennium Declaration [Internet]. Fifty-fifth session of the UN General Assembly; 2000 Sept. 13. New York: UN; 2000 Sept. 18 (Resolution A/RES/55/2) [cited 2011 Feb. 24]. Available from: <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf>.
2. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. [Internet] In: WHO Basic Documents. Geneva, Switzerland: WHO; 2010. p. 1 [cited 2011 Apr. 25]. Available from: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
3. Pan American Health Organization. Regional plan of action to reduce maternal mortality in the Americas. 23rd Pan American Sanitary Conference; 1990 Sept. 24-28; Washington (DC), US. Washington (DC): PAHO; 1990 (Document CSP23/10).
4. Pan American Health Organization. Population and reproductive health [Internet]. 25th Pan American Sanitary Conference; 1998 Sept. 21-25; Washington (DC), US. Washington (DC): PAHO; 1998 (Document CSP25/15) [cited 2011 Feb.24]. Available from: http://www.paho.org/english/gov/csp/csp25_15.pdf.
5. Pan American Health Organization. Regional strategy for maternal mortality and morbidity reduction [Internet]. 26th Pan American Sanitary Conference; 2002 Sept. 23-27; Washington (DC), US. Washington (DC): PAHO; 2002 (Document CSP26/14) [cited 2011 Feb. 24]. Available from: <http://www.paho.org/english/gov/csp/csp26-23-e.pdf>.
6. Pan American Health Organization. Regional strategy and plan of action for neonatal health within the continuum of maternal, newborn, and child care [Internet]. 48th Directing Council; 2008 Sept. 29-Oct. 3; Washington (DC), US. Washington (DC): PAHO; 2008 (Document CD47/7) [cited 2011 Feb. 24] Available from: <http://www.paho.org/english/gov/cd/cd48-07-e.pdf>.
7. Pan American Health Organization. Plan of action on adolescent and youth health [Internet]. 49th Directing Council, 2009 Sept. 28-Oct. 2; Washington (DC), US. Washington (DC): PAHO; 2009 (Document CD49/12) [cited 2011 Feb. 24]. Available from: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-12-e.pdf>.
8. Pan American Health Organization. Integrated health services delivery networks based on primary health care

- [Internet]. 49th Directing Council; 2009 Sept. 24-Oct. 2; Washington (DC), US. Washington (DC): PAHO; 2009 (Resolution CD49.R22). [cited 2 Mar. 2011] Available from: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R22%20\(Eng.\).pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R22%20(Eng.).pdf).
9. Pan American Health Organization. Health situation in the Americas: Basic Indicators 2010 [Internet]. Washington (DC), US: PAHO; 2011 [cited 2011 Feb. 24]. Available from: http://new.paho.org/hq/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=3528.
 10. World Health Organization / UNICEF/ UNFPA/World Bank. Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. [Internet]. Geneva, Switzerland 2010. [cited 2011 August. 4]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265_eng.pdf
 11. World Health Organization / World Bank / United Nations Population Fund. Safe Motherhood Conference: Safe Motherhood Initiative; Nairobi, Kenya; 1987. Geneva, Switzerland: WHO; 1988.
 12. United Nations Population Fund. International Conference on Population and Development; September 1994; Cairo, Egypt. Summary of the program of action. [Internet]. New York: UNDP; 1994 [cited 2011 Feb. 24]. Available from: <http://www.un.org/ecosocdev/geninfo/populatin/icpd.htm>.
 13. United Nations. Fourth World Conference on Women: action for equality, development and peace; 1995 Sept. 4; Beijing, China [Internet]. New York: UN; 1995 [cited 2011 Feb. 24]. Available from: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/official.htm>
 14. World Health Organization. WHO's contribution to achievement of the development goals of the United Nations Millennium Declaration [Internet]. 55th World Health Assembly; 2002 May 13-18; Geneva, Switzerland. Geneva, Switzerland: WHO; 2002 (Resolution A55/19) [cited 2011 Feb. 24]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/notewha55/en/index.html>.
 15. World Health Organization. Reproductive health [Internet]. 57th World Health Assembly; 2004 May 17-22; Geneva, Switzerland. Geneva: WHO; 2004 (Document A57/13) [cited 2011 Feb. 24]. Available from: <http://www.cptech.org/ip/health/who/wha57.html>.
 16. World Health Organization. Reproductive health: draft strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets [Internet]. 113th Meeting of the Executive Board; 2004 Jan. 19-24; Geneva, Switzerland. Geneva: WHO; 2004 (Resolution EB113.R11) [cited 2011 Feb. 24]. Available from: http://www.searo.who.int/LinkFiles/Reated_Links_EB113R11.pdf.
 17. United Nations. Preventable maternal mortality and morbidity and human rights [Internet]. Eleventh Session of the Human Rights Council; 2009 June 2-19; Geneva, Switzerland. Geneva: WHO; 2009 (Resolution 11/8) [cited 2011 Feb. 24]. Available from: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/11session/>.
 18. Pan American Health Organization. Strategic objective 7: To address the underlying social and economic determinants of health through policies and programs that enhance health equity and integrate pro-poor, gender-responsive, and human rights-based approaches. In: Proposed Strategic Plan 2008-2010 [Internet]. 27th Pan American Sanitary Conference; 2007 Oct. 1-5; Washington (DC), US. Washington (DC): PAHO; 2007 (Official Document 328) [cited 2011 Mar. 2]. Available from: <http://www.paho.org/english/gov/csp/csp27-od328-e.htm>.
 19. United Nations. International Covenant on Civil and Political Rights [Internet]. Twenty-first Session of the United Nations General Assembly; 1966 Dec. 16; New York: UN; 1966 (Resolution A (XXI), entry into force: 1976 Mar. 23) [cited 2011 Mar. 2]. Available from: <http://www2.ohchr.org/english/law/ccpr.htm>.
 20. United Nations. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights [Internet]. Twenty-first Session of the United Nations General Assembly; 1966 Dec. 16; New York: UN; 1966 (Resolution 2200 A (XXI), entry into force: 1976 Jan. 3) [cited 2011 Mar. 2]. Available from: <http://www2.ohchr.org/english/law/cescr.htm>.
 21. United Nations. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women [Internet]. Thirty-fourth Session of the United Nations General Assembly; 1979 Dec. 18; New York: UN; 1979 (Resolution 34/180, entry into force: 1981 Sept. 3) [cited 2011 Mar. 2]. Available from: <http://www.un.org/Depts/dhl/resguide/r34.htm>.
 22. United Nations. Convention on the Rights of the Child [Internet]. Forty-fourth Session of the United Nations General Assembly; 1989 Nov. 20; New York: UN; (Resolution 44/25, entry into force: 1990 Sept. 3) [cited 2011 Mar. 1] Available from: <http://www2.ohchr.org/english/law/crc.htm>.

23. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). American Convention on Human Rights: "Pact of San José, Costa Rica" [Internet]. Inter-American Specialized Conference on Human Rights; 1969 Nov. 22; San Jose, Costa Rica. Depository: General Secretariat of the Organization of American States, Washington (DC), United States (Series on Treaties, No. 36 – UN Registration 8/27/1979 No. 17955). [cited 2011 Mar. 2] Available from: <http://www.unhcr.org/refworld/docid/3ae6b36510.html> .
24. Organization of American States. Additional Protocol to the American Convention in the Area of Economic, Social and Cultural Rights: Protocol of San Salvador [Internet]. Eighteenth Session of the OAS General Assembly, Inter-American Commission on Human Rights, 1988 Nov. 14-19; San Salvador, El Salvador. Washington (DC): OAS; 1992 (Treaty A/52, entry into force: 1999 Nov. 16.) [cited 2011 Mar. 2]. Available from: <http://www.cidh.oas.org/Basicos/English/basic5.Prot.Sn%20Salv.htm>.
25. Pan American Health Organization. Health and human rights [Internet]. 50th Directing Council of PAHO, 62nd Session of the WHO Regional Committee for the Americas; 2010 Sept. 27-Oct. 1; Washington (DC), US. Washington (DC): PAHO; 2010 (Document CD50/12, and Resolution CD50.R8) [cited 2011 Mar. 2]. Available from: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=3149&Itemid=2401&lang=en.
26. Regional Working Group for Reducing Maternal Mortality/ United Nations Population Fund. Conferencia Regional de Mujeres Líderes: Muerte materna: "Romper el silencio, sumar nuestras voces" [Internet]; 2010 May 27-28; Lima, Peru. UNFPA; 2010 [cited 2011 Feb. 24]. Available from: <http://lac.unfpa.org/public/cache/offonce/pid/5692;jsessionid=F8AF32A0363D827C0EAD33690C9BB8BE>.
27. Women Deliver. Delivering solutions for girls and women [Internet]. In: The Women Deliver 2010 Conference; 2010 Jun. 9; Washington (DC), US. Washington (DC): Women Deliver [cited 2011 Feb. 24]. Available from: <http://www.womendeliver.org/conferences/-2010-conference/>.
28. Muskoka 2010 G-8 Summit. Major Initiative to improve the health of women and children in the world's poorest regions [Internet]. Muskoka, Ontario, Canada; 2010 Jun. 25-26 [cited 2011 Feb. 24]. Available from: <http://www.canadainternational.gc.ca/g82010/index.aspx>.
29. United Nations. Global Strategy for Women's and Children's Health. [Internet] Secretary General Ban Ki-moon [Internet]. New York: UN; 2010 Sept. 22 [cited 2011 Feb. 24]. Available from: <http://www.un.org/spanish/sg/globalstrategy.shtml>.
30. United Nations. Commission on Information and Accountability for Women's and Children's Health. [Internet] Working Group on Accountability for Resources (Final Report) new York: UN; 2011 [cited 2011 Jun 28] Available from: http://www.everywomaneverychild.org/upload/Working_Group_on_Resources_Final_Paper625267.pdf
31. Pan American Health Organization. Health Agenda for the Americas: 2008-2017 presented by the Ministers of Health of the Americas in Panama City, June 2007 [Internet]. Washington (DC), US: PAHO; 2007 [cited 2011 Feb. 24]. Available from: http://www.paho.org/English/DD/PIN/Health_Agenda.pdf.
32. Garcia Moreno C, Jansen H, Ellsberg M, Heise L, Watts C. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. [Internet]. Geneva. Switzerland: World Health Organization; 2005 [cited 2011 Mar. 2]. Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/24159358X/en/index.html>.
33. Garcia-Moreno C, Ed. Addressing violence against-women and achieving the Millennium Development Goals. [Internet] Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2005 [cited 2011 Mar. 2]. Available from: http://www.who.int/gender/documents/violence/who_fch_gwh_05_1/en/.
34. Campbell J, Garcia-Moreno C, Sharps P. Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries. *Violence Against Women* 2004;10(7):770-789.
35. Bowser D, Hill K. Exploring Evidence for disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth. Report of a Landscape Analysis. USAID-TRAction Project, Harvard School of Public Health, University Research Co., LLC. [Internet]. 2010. [cited 2011 August 4]. Available from: <http://www.tractionproject.org/sites/default/files/upload/RFA/Respectful%20Care%20at%20Birth%209-20-101%20Final.pdf>
36. Heise L, Garcia-Moreno C. In: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. (eds.). *World report on violence and health*. [Internet]. Geneva, Switzerland:

WHO; 2002 pp. 95-124. [cited 2011 Mar. 2]. Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf

37. World Health Organization. Unsafe Abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. Sixth edition. [Internet]. Geneva, Switzerland: WHO; 2008 [cited 2011 Aug. 4]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501118_eng.pdf

38. Abou-Zahr C, Wardlaw T. Antenatal care in developing countries: promises, achievements and missed opportunities: an analysis of trends, levels and differentials: 1990-2001 [Internet]. Geneva, Switzerland: WHO; 2003 [cited 2011 Mar. 2]. Available from: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241590947.pdf>.

39. Ministerio da Saude. Tematico Saude da Mulher / Brasil. Ministério da Saúde. Brasília. OPAS, [Internet] 2007 [cited 2011 Aug. 4]. Available from: <http://www.fiocruz.br/redeblh/media/painelmulher.pdf>

40. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, et al. WHO 2005 global survey on maternal and perinatal health research group. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet*. 2006;367(9525):1819-29

41. World Health Organization. Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group. Maternal near miss and maternal death in the World Health Organization's 2005 global survey on maternal and perinatal health. *Bull World Health Organ*. [Internet] 2010;88(2):113-119 [cited 2011 Feb. 24]. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v88n2/v88n2a12.pdf>.

Annex A

Strategic area	Effective interventions	Indicators
1. Prevention of unwanted pregnancies and resulting complications.	<ul style="list-style-type: none"> Increase contraceptive coverage (including use of emergency contraceptive methods) and the availability of family planning counseling prior to conception and after an obstetric event. 	<ul style="list-style-type: none"> Rate of use of modern contraceptive methods by women of reproductive age, with a breakdown by age group and urban/rural residence. (Baseline: 60%. Target: 70%.) Number of countries that have national data on postpartum and/or post-abortion contraceptive counseling and provision of contraceptives by their health services. (Baseline: to be determined. Target: 90%.) Percentage of deaths in women due to abortion reduced by 50%. (Baseline: 13%. Target: 7%.)
2. Universal access to affordable, high-quality maternity services within the coordinated health care system.	<ul style="list-style-type: none"> Access to affordable, high-quality preconception, antenatal, childbirth, and post-partum care, by level of maternal and perinatal care considering a regionalized approach within the framework of the regionalization of maternal and perinatal care. Maternity waiting homes, as appropriate. Use of evidence-based practices. Timely referral and counter-referral. Prevention and detection of intrafamily violence during pregnancy. 	<ul style="list-style-type: none"> Number of countries with 70% coverage of four or more antenatal visits. (Baseline: 50%. Target: 90%.) Institutional coverage of deliveries. (Baseline: 89.8%. Target: 93%.) Number of countries that have at least 60% coverage for postpartum visit at seven days after delivery. (Baseline: to be determined. Target: 80%.) Number of countries that use oxytocics in 75% of institutional births during the third-stage of labor, once the umbilical cord has ceased to pulse. (Baseline: to be determined. Target: 90%.) Number of countries that use magnesium sulfate, in addition to interrupting the pregnancy, in 95% of cases of severe preeclampsia/eclampsia in institutional births. (Baseline: to be determined. Target: 90%.) Number of countries with safe blood available in 95% of the facilities that provide emergency childbirth care. (Baseline: to be determined. Target: 100%.) Number of countries monitoring intrafamily violence during pregnancy in 95% of institutional births. (Baseline: to be determined. Target: 80%.) Number of countries with C-section rate above 20% that reduce their C-section rate by at least 20% by 2017. (Baseline: 17. Target: 100%.) Number of countries with maternal deaths due to obstructed labor (Baseline 15. Target: 0.)
3. Skilled human resources.	<ul style="list-style-type: none"> Increase the availability of skilled health workers for preconception, antenatal, childbirth, and postpartum care in basic and emergency obstetric units. Increase the 24-hour availability of staff to attend births and handle obstetric complications. 	<ul style="list-style-type: none"> Number of countries that have 80% coverage of childbirth care provided by skilled personnel, as defined by WHO. (Baseline: 43. Target: 48.) Number of countries that have 80% or higher coverage of postnatal care provided by skilled personnel capable of caring for both mother and newborn, as defined by WHO. (Baseline: 23. Target: 48.) Percentage of emergency obstetric care (EmOC) health facilities (basic and comprehensive) that perform an audit of all maternal deaths. (Baseline: to be determined. Target: 90%.) Number of countries that annually present a maternal health report to the public that includes maternal mortality statistics, including the national MMR. (Baseline: to be determined. Target: 100%.)
4. Strategic information for action and accountability	<ul style="list-style-type: none"> Institute and consolidate perinatal and maternal information and monitoring systems. Establish committees with community participation to analyze maternal mortality and provide remedies, as appropriate. 	<ul style="list-style-type: none"> Number of countries where the health system has a functioning perinatal information system. (Baseline: 16. Target: 29.) Number of countries where the health system maintains a registry of severe maternal morbidity. (Baseline: to be determined. Target: 80%.) Number of countries whose coverage of maternal deaths in vital record systems is 90% or more. (Baseline: to be determined. Target: 100%.)



PAN AMERICAN
HEALTH
ORGANIZATION



World Health
Organization

51st DIRECTING COUNCIL 63rd SESSION OF THE REGIONAL COMMITTEE

Washington, D.C., USA, 26-30 September 2011

RESOLUTION

Annex B



.....

.....

.....

.....

.....

Plan of action to accelerate the reduction of maternal mortality and severe maternal morbidity

CD51.R12 (Eng.)
ORIGINAL: SPANISH

THE 51st DIRECTING COUNCIL,

Having reviewed the *Plan of Action to Accelerate the Reduction in Maternal Mortality and Severe Maternal Morbidity* (Document CD51/12);

Taking into account the proposed international mandates in the Regional Plan of Action to Reduce Maternal Mortality in the Americas (Document CSP23/10 [1990]); the resolution *Population and Reproductive Health* (CSP25.R13 [1998]); the Regional Strategy for Maternal Mortality and Morbidity Reduction (Document CSP26/14 [2002]); the Strategy and Plan of Action for the Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Congenital Syphilis (Document CD50/15 (2010)); Resolutions WHA55.19 (2002), WHA57.13 (2004), and EB113.R11 (2004) on reproductive health, adopted by the World Health Assembly and the WHO Executive Board, respectively; the forums of

Nairobi, Kenya (1987), Cairo, Egypt (1994), and Beijing, China (1995); the Millennium Declaration (2000); and the Health Agenda for the Americas 2008-2017;

Taking into account Resolution R11/8 of the Human Rights Council of the United Nations (2009), Resolution CD50.R8 of the 50th Directing Council of PAHO (2010) and the technical document *Health and Human Rights* (CD50/12), as well as the high degree of complementarity between this plan and other objectives established in the *PAHO Strategic Plan 2008-2012, Amended* (Official Document 328 [2009]);

Considering the Global Strategy for Women's and Children's Health launched by the United Nations Secretary-General in 2010 and the recommendations of the Commission on Information and Accountability for Women's and Children's Health;

Mindful of the need for scaling up the management of non-communicable diseases (NCDs) and risk factors (diabetes, hypertension, obesity, smoking) in maternal health care protocols, as discussed in the High Level Meeting of the United Nations General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases;

Emphasizing that maternal mortality is a manifestation of inequity that affects every country in the Region, and that there are cost-effective interventions within the sector to effect the desired reduction that are capable of having a real impact within a short timeframe;

Considering the importance of having a plan of action that makes it possible for Member States to respond effectively and efficiently,

RESOLVES:

1. To approve the Plan of Action to Accelerate the Reduction in Maternal Mortality and Severe Maternal Morbidity and to further its consideration in policies, plans, and development programs, as well as in proposals and discussions of national budgets, allowing them to address the issue of improving maternal health.

2. To urge the Member States to:

(a) consider the Health Agenda for the Americas 2008-2017 and the call by the United Nations Secretary General in 2010

to implement a plan to help reduce maternal mortality;

(b) adopt national policies, strategies, plans, and programs that increase women's access to culturally appropriate, quality health services adapted to their needs, including, in particular, promotion and prevention programs based on primary health care provided by skilled personnel; that integrate preconceptional (including family planning), pregnancy, delivery, and postpartum care (including prevention and treatment of HIV infection); and that also take into consideration the provision of these services free of charge to the most vulnerable populations;

(c) promote a dialogue between institutions in the public and private sector and civil society to prioritize women's lives as a human rights and development issue;

(d) promote the empowerment of women and the participation and co-responsibility of men in sexual and reproductive health;

(e) adopt a human resources policy that addresses the issues of recruitment, training, and retention to respond to the needs of women and newborns; -

(f) improve the capacity to generate information and research on sexual and reproductive health, maternal mortality, and severe maternal morbidity for the development of evidence-based strategies that permit monitoring and

evaluation of their results, in keeping with the recommendations of the Commission on Information and Accountability for Women's and Children's Health;

(g) undertake internal review and analysis of the Plan of Action, for implementation in the national context; -

(h) advocate for dedicated public budgets, where applicable, based on strategic results aimed at improving the coverage and quality of care for women and children;

(i) promote the development of social protection programs for women and children.

3. To request the Director to:

(a) support the Member States in implementing the Plan of Action, in keeping with their needs and their particular demographic and epidemiological characteristics;

(b) promote implementation and coordination of the Plan of Action, ensuring its - integration into programs; -

(c) promote and strengthen information systems and maternal health surveillance, including a regional repository available to all stakeholders, and encourage operations research to design relevant strategies and carry out interventions based on the Region's specific needs and contexts;

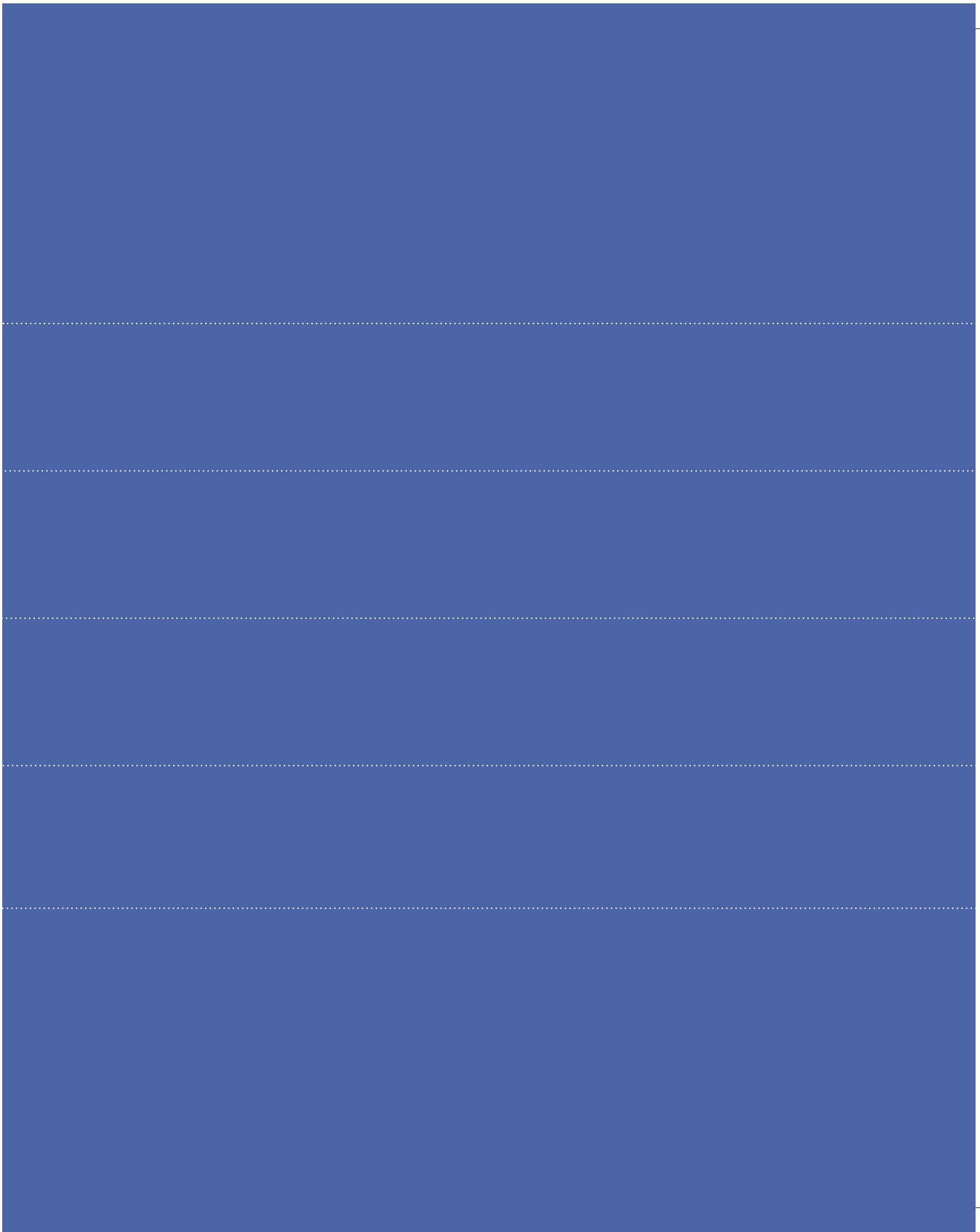
(d) support the Member States in developing and creating capacities for training and appropriate distribution of maternal and neonatal health personnel;

(e) consolidate and strengthen technical cooperation with the committees, organs, and rapporteurships of the United Nations and inter-American bodies, in addition to promoting partnerships with other international and regional organizations, scientific and technical institutions, organized civil society, the private sector and others, within the framework of the Regional Working Group for the Reduction of Maternal Mortality;

(f) report periodically to the PAHO Governing Bodies on progress and constraints in implementing the Plan of Action, as well as on changes made to the Plan to adapt it, as necessary, to new circumstances and needs.

(Eighth meeting, 29 September 2011)

- - -





ORGANISATION
PANAMÉRICAINNE
DE LA SANTÉ



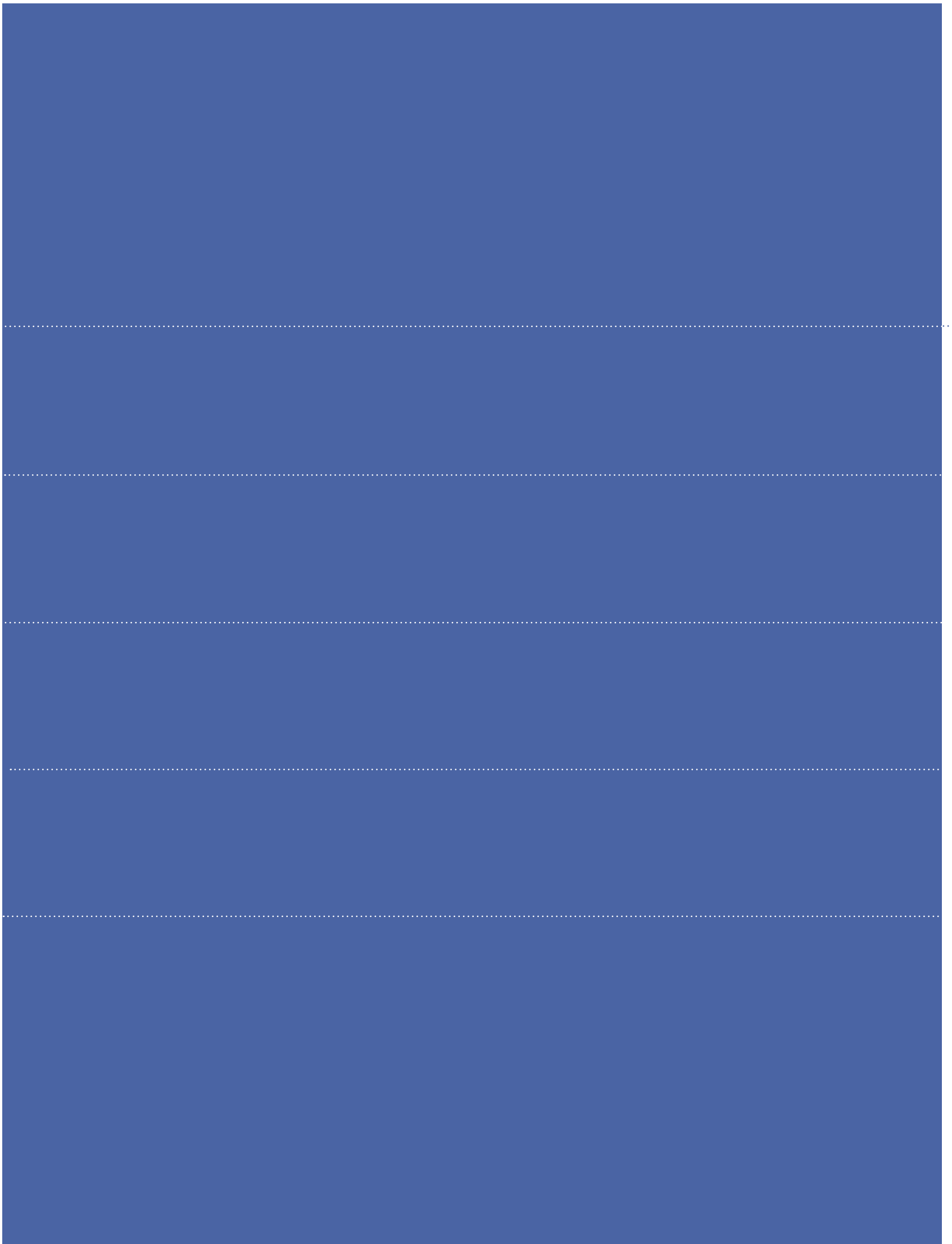
Organisation
Mondiale de la Santé

51e CONSEIL DIRECTEUR 63e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., É-U, du 26 au 30 septembre 2011

Point 4.9 de l'ordre du jour provisoire

CD51 / 12 (Fr.)
1er août 2011
ORIGINAL : ESPAGNOL



Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle

Introduction*

1. Le « Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité et les cas graves de morbidité maternelle » constitue un pas supplémentaire pour améliorer la santé des femmes. Il contribue indirectement aux efforts des pays pour atteindre l'objectif n° 5 des objectifs du Millénaire pour le développement (ODM) (1).

2. Le Plan repose sur le préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), qui établit que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale » (2). Il se rapporte au Plan d'action régional pour la réduction de la mortalité maternelle dans

* À fin de simplifier cette publication, annexes administratives ont été omises, celles-ci sont disponibles dans la proposition originale du document à l'adresse: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14757&Itemid

les Amériques (1990) (3), à la résolution « Population et santé reproductive » (1998) (4), à la Stratégie régionale pour la réduction de la mortalité et morbidité maternelles (2002) (5), à la Stratégie et au plan d'action régionaux pour la santé néonatale dans le contexte du processus continu de soins à la mère, au nouveau-né et à l'enfant (2008) (6) et au Plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes (2009) (7). Il aborde également d'autres sujets tels les hôpitaux sûrs et les réseaux intégrés de services de santé (2009) (8).

3. Entre 1990 et 2010, la mortalité maternelle a considérablement baissé dans toute la Région après que les États Membres aient assumé leurs engagements. Selon les données officielles des États Membres, publiés par l'OPS dans les Indicateurs de base de santé, cette diminution s'élevait à 29% (9) bien que selon les calculs de l'OMS elle ait été de 41% (10). Dans les deux cas, cette baisse reste insuffisante pour que la Région

des Amériques puisse atteindre l'OMD 5 pour 2015.

4. Dans ce Plan d'action, il est proposé qu'au cours de la période 2012-2017 soient intensifiées les interventions clés dont l'efficacité a été avérée pour réduire la morbidité maternelle dans des domaines stratégiques qui promeuvent l'accès illimité aux soins antérieurs à la conception (y compris la planification familiale) de qualité, ainsi qu'aux soins prénatals, de l'accouchement et du post-partum fournis par un personnel qualifié et qui adopte une approche interculturelle dans son travail.

Antécédents

5. La santé de la femme, et en particulier les aspects liés à la maternité, ont été abordés dans différents forums internationaux tels que la Conférence sur la maternité sans risque, qui s'est tenue à Nairobi (Kenya) en 1987 (11), la Conférence internationale sur la population et le développement, tenue au Caire (Égypte) en 1994 (12), la quatrième Conférence mondiale sur les femmes qui s'est tenue à Pékin (Chine) en 1995 (13) et le Sommet du Millénaire (2000) (1).

6. En 2002 et 2004, l'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé deux résolutions qui traitent le sujet de la santé génésique : la WHA55.19 (14) et la WHA57.13 (15). De son côté, le Conseil exécutif de l'OMS a approuvé la résolution EB113.R11 (16) portant également sur ce sujet. Récemment,

dans la résolution R11/8, le Conseil des droits de l'homme des Nations Unies (2009) (17) reconnaît que la morbidité maternelle évitable intègre un large spectre de déterminants liés à la santé, au développement, aux droits de l'homme et aux libertés fondamentales. L'adoption de mesures qui garantissent ces droits conformément aux normes internationales aiderait à réduire la mortalité maternelle (18-24).

7. Au niveau régional, la mortalité maternelle a été traitée dans diverses réunions des Organes directeurs de l'OPS. En 1990, la 23^e Conférence sanitaire panaméricaine (3) a approuvé le Plan d'action régional pour la réduction de la mortalité et la morbidité maternelles dans les Amériques. La résolution CSP25.R13 sur la population et la santé génésique (document CSP25/15) (4) a été approuvée en 1998 et en 2002, la Stratégie régionale pour la réduction de la mortalité et morbidité maternelles (document CSP26/14) (5).

8. L'échéance de l'OMD 5 n'est plus que de quatre ans. Selon les données des indicateurs de santé publiés par l'OPS (9), une réduction de 46% serait nécessaire pour atteindre ces cibles ou de 34% selon les modèles de calcul de l'OMS (10). Deux réunions ont été organisées à ce sujet en 2010 : la Conférence régionale de Femmes Leaders (26) et la Conférence Women Deliver II (27). Elles ont toutes deux mis en évidence les limites de l'investissement réalisé jusqu'à présent

pour faire face au problème de la mortalité maternelle. D'autre part, le G8 s'est fait entendre avec l'initiative de Muskoka (28), tandis que le Secrétaire général des Nations Unies faisait un appel en faveur de l'exécution d'un plan qui promeuve la réduction de la mortalité maternelle (29) et la Commission d'information et de responsabilisation pour la santé de la femme et de l'enfant 2011 a formulé ses recommandations sur le sujet (30). L'OPS s'est jointe à ces initiatives lors du 50^e Conseil directeur, qui s'est tenu en 2010, en donnant un nouvel élan à l'initiative Maternité sans risque.

9. Les ministres de la santé de la Région ont déclaré dans le paragraphe 53 du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 (31), que « la santé sexuelle et génésique est un sujet d'importance prioritaire dans cette Région. Il est indispensable d'accorder à la femme une attention continue, qui commence avec les soins de santé antérieurs à la conception de l'enfant, se poursuit pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale, y compris la prise en charge du nouveau-né » pour réduire les inégalités en matière de santé entre les pays et à l'intérieur des pays.

Analyse de la situation

10. Selon les chiffres officiels publiés dans les Indicateurs de base de la santé de 2010 (9) pour les pays d'Amérique latine et des Caraïbes (ALC), 9 500 décès maternels se sont pro-

duits, ce qui représente un ratio de mortalité maternelle (RMM) de 88,9 par 100 000 naissances vivantes. Neuf pays de la Région montrent des chiffres de RMM supérieurs à la moyenne régionale : Bolivie, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Paraguay, Pérou, République dominicaine et Suriname. La majorité des décès a lieu pendant l'accouchement et le post-partum. Pratiquement aucun pays ne montre une vitesse appropriée de baisse de la mortalité maternelle pour atteindre la cible de l'OMD 5, même ceux avec des RMM plus bas, tels que le Canada et les États-Unis d'Amérique.

11. Environ 95% de la mortalité maternelle en ALC peut être prévenu grâce aux connaissances actuellement disponibles dans les pays. Les causes les plus fréquentes sont l'hypertension provoquée par la grossesse (26%), l'hémorragie (21%), les complications liées à l'avortement dans des conditions à risque (13%), un accouchement obstrué (12%), un état septique (8%) et d'autres causes directes (15%).

12. La violence contre les femmes constitue un autre facteur de risque de décès maternel. L'OMS a démontré que 15 à 71% des femmes subissent des violences physiques et sexuelles perpétrées par leur partenaire (32) et pour les femmes enceintes, ce chiffre varie de 4 à 32%. Dans 90% des cas de violence aux femmes enceintes, l'agresseur est le père biologique (33). Même si la violence n'est habituellement pas considérée comme

une des causes de mortalité maternelle, on a constaté dans trois villes des États-Unis qu'elle avait été la cause principale dans 20% des cas (34). Une récente publication soutient que le manque de respect et l'abus vis-à-vis des prestataires de soins constitue une autre forme de violence contre la femme enceinte, et qu'ils constituent un frein à l'accès aux soins de santé (35).

13. De nombreux décès maternels surviennent lors de grossesses non désirées et des limitations d'accès aux méthodes de contraception ; ce phénomène peut être observé dans le pourcentage élevé de besoins insatisfaits en ce qui concerne les méthodes de contraception, qui oscille entre 20% et 40% (9) pour la population générale et qui est plus élevé chez les adolescentes. Le fait que de nombreux pays aient des cadres législatifs qui limitent l'accès aux méthodes de contraception aggrave la situation ; un exemple concret de cette situation est l'interdiction des contraceptifs oraux d'urgence (36). La législation restrictive sur l'avortement dans de nombreux pays d'Amérique latine force les femmes à recourir à l'avortement dans des conditions à risque comme méthode contraceptive. Le taux d'avortement dans des conditions à risque en Amérique latine et dans les Caraïbes est de 31 pour 1 000 femmes de 15 à 44 ans, contre 22 dans le reste du monde. Le taux de mortalité maternelle due à l'avortement dans des conditions à risque est trois fois supérieur en Amérique latine et dans les Caraïbes que dans les régions

développées (10 contre 3 pour 100 000 naissances vivantes, respectivement) (37).

14. Les chiffres de la couverture des soins prénatals et des soins de l'accouchement peuvent paraître élevés, mais ils cachent des inégalités. À titre d'exemple, il faut mentionner que 46% seulement des femmes enceintes dans les populations rurales se rendent à quatre visites anténatales, par rapport à 74% des femmes vivant en milieu urbain (38). D'autres communautés marginales comme les pauvres, les autochtones et les afro-descendants montrent des couvertures inférieures, des limitations dans la qualité des soins et des taux de RMM élevés. Au Brésil, par exemple, 67% des femmes caucasiennes ont reçu des contrôles prénatals adéquats, 44,7% pour les afrodescendants et 23,1% pour les femmes d'origine autochtone (39).

15. Souvent les soins qui sont à la portée des femmes dans la période prénatale et l'accouchement ne suivent pas les normes internationales. Le contrôle de la période de soins antérieurs à la conception n'existe pratiquement pas dans la Région. Par ailleurs, les services obstétricaux essentiels ne sont pas distribués d'une façon homogène et sont souvent de mauvaise qualité, car le personnel qualifié doté des compétences requises manque. De même, toutes les institutions ne peuvent pas satisfaire les nécessités de base ni fournir tous les médicaments et intrants nécessaires, tels que les réactifs

de laboratoire et le sang sûr. En résumé, des lacunes existent en ce qui concerne la couverture, la qualité, la continuité des soins, la disponibilité des intrants et l'accès équitable aux services de santé sensibles aux particularités culturelles, indépendamment du lieu de résidence de la femme ou de sa situation économique. La césarienne est une intervention qui sauve des vies. L'OMS estime que le taux optimum de césarienne devrait être autour de 15%. L'augmentation à des niveaux plus élevés que le taux optimum de césarienne observée dans la Région ces dernières années fait augmenter les risques de mortalité maternelle et périnatales (40).

16. En Amérique latine et dans les Caraïbes, les cas graves de morbidité maternelle sont moins étudiés que la mortalité maternelle. Selon les estimations, il se produit jusqu'à 20 cas de morbidité maternelle pour chaque décès maternel enregistré (36). Parmi ceux-ci, un quart des femmes pourrait souffrir de séquelles graves et permanentes. La morbidité maternelle se produit essentiellement dans certaines zones géographiques et démographiques de certains pays, raison pour laquelle il est nécessaire d'y concentrer les initiatives régionales et nationales pour la réduire.

17. L'analyse de la situation et le Plan d'action proposé sont en accord avec les résultats prévus dans l'objectif stratégique 4 du Plan stratégique à moyen terme 2008-2013 de l'OMS, en particulier dans ses résultats prévus au niveau de l'ensemble de l'Organisation

4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.6, 4.7 et 10.1, qui ont leur contrepartie dans les résultats prévus au niveau régional du Plan stratégique de l'OPS pour la Région.

Proposition

18. La mortalité et la morbidité maternelles évitables qui existent actuellement sont l'expression de l'inégalité et du manque d'autonomisation des femmes. S'il est certain que les déterminants socioéconomiques, culturels et environnementaux sont des facteurs clés qui interviennent dans la diminution de la mortalité et de la morbidité maternelles, dans le secteur de la santé certaines mesures concrètes peuvent être prises, qui sont directement destinées à leur diminution. On peut citer parmi ces dernières : l'organisation des services de santé pour améliorer les services aux femmes en matière de planification familiale, avant la grossesse, pendant la période prénatale, lors de l'accouchement et pendant la période post-partum. Dans ce Plan d'action des éléments critiques qui peuvent contribuer à éviter les décès maternels et la morbidité grave sont directement abordés.

19. Les objectifs généraux du Plan d'action sont les suivants :

- a) contribuer à accélérer la réduction de la mortalité maternelle,
- b) prévenir les cas graves de morbidité maternelle et

- c) renforcer la surveillance de la mortalité et de la morbidité maternelles.

20. Quatre domaines stratégiques et neuf interventions qui ont fait la preuve de leurs avantages pour la santé maternelle et périnatale ont été identifiés et priorisés (voir annexe A).

21. Le Plan sera exécuté entre 2012 et 2017 au moyen du renforcement des alliances à différents niveaux comme par exemple le groupe de travail régional (GTR) pour la réduction de la mortalité maternelle, les sociétés scientifiques, les revues universitaires et la société civile.

Domaine stratégique 1 : Prévention des grossesses non désirées et des complications qui en découlent

Objectif 1 : Augmenter l'utilisation de méthodes de contraception modernes pour les femmes en âge de procréer, en mettant l'accent sur le groupe des adolescentes.

Interventions efficaces

- Augmenter la couverture des méthodes de contraception (y compris les méthodes de contraception d'urgence) et la disponibilité des services de conseils en planification familiale antérieure à la conception et après un événement obstétrique.

Cible 1 : Pour 2017, les pays de la Région auront diminué de 20% la prévalence des besoins insatisfaits en matière de méthodes de contraception.

Indicateurs

- Taux d'utilisation de méthodes de contraception modernes chez les femmes en âge de concevoir, désagrégé par tranche d'âge et lieu de résidence urbaine ou rurale. (Référence : 60%. Cible : 70%.)
- Nombre de pays qui possèdent des données nationales sur les conseils et la fourniture de méthodes de contraception post-partum et/ou post-avortement dans les services de santé. (Référence : à définir*. Cible : 90%.)
- Pourcentage de décès maternels dus à l'avortement réduit de 50% (Référence : 13%. Cible : 7%.)

Activités au niveau régional

- 1.1 Participer aux activités de promotion, avec un large éventail d'acteurs, qui tiennent compte des facteurs d'information, culturels, sociaux et religieux qui ont une incidence dans la prestation de services de planification familiale.
- 1.2 Diffuser les manuels a) *Planification familiale : un manuel à l'intention des*

.....
* Etant donné que l'information est incomplète actuellement, il est difficile d'établir les références et les cibles de certains indicateurs. Après la première année d'exécution du Plan, un examen sera effectué pour compléter l'information et, en même temps, le Plan sera accordé avec les objectifs stratégiques et les indicateurs du Plan stratégique de l'Organisation pour 2013-2017.

prestataires de services du monde entier, b) Outil de prise de décisions pour les clients et les prestataires de services de planification familiale et c) Critères médicaux d'éligibilité pour l'utilisation de méthodes de contraception élaborés par l'Organisation mondiale de la Santé.

- 1.3 Organiser des ateliers de formation avec les instruments mentionnés.
- 1.4 Soutenir l'initiative de sécurité contraceptive pour l'achat de contraceptifs.

Activités au niveau national (États Membres avec l'appui de l'OPS et autres ressources régionales)

- 1.5 Formuler et/ou adopter des lois et des cadres réglementaires nationaux en vue de garantir l'accès universel aux méthodes de contraception modernes.
- 1.6 Veiller à ce que les adolescents aient accès à l'information sur la santé sexuelle et reproductive, en particulier sur le report du début des relations sexuelles pour qu'ils puissent prendre des décisions informées et collaborer avec les partenaires clés pour favoriser la disponibilité des ressources informatives.
- 1.7 Promouvoir des plans et des programmes qui favorisent l'espacement des grossesses.
- 1.8 Formuler un plan national de planification familiale avec le budget corres-

pondant, conformément aux besoins des différents groupes de personnes et avec une approche qui tient compte des particularités culturelles.

- 1.9 Organiser des ateliers de formation pour le personnel de santé mettant l'accent sur les soins primaires de santé, les méthodes de contraception et parmi ceux-ci, les méthodes contraceptives d'urgence.
- 1.10 Promouvoir la fourniture et la logistique de la fourniture de contraceptifs dans les établissements de soins de santé primaires en particulier.
- 1.11 Encourager le renforcement des comités nationaux et locaux sur la mortalité maternelle et les exhorter à inclure la prévention des grossesses non désirées.
- 1.12 Mettre en pratique des stratégies de communication sociale en matière de santé sexuelle et reproductive.

Domaine stratégique 2 : Accès universel à des services de maternité accessibles et de qualité dans le système coordonné de services de santé.

Objectif 2 : Compter sur des services de soins maternels de qualité dans les systèmes de soins de santé intégrés.

Interventions efficaces

- Accès à des soins abordables et de qualité pour la période antérieure à la conception

et les périodes prénatale, de l'accouchement et post-partum, au niveau des soins de santé primaire et périnatal avec une approche par région dans le cadre de la régionalisation des soins maternels et périnataux.

- Foyers maternels, le cas échéant.
- Utilisation de pratiques fondées sur des preuves scientifiques.
- Assurance de la dérivation et de la contre-dérivation opportunes.
- Prévention et détection de la violence familiale pendant la grossesse.

Cible 2.1 : Pour 2017, les pays de la Région auront atteint le chiffre de 70% de grossesses avec quatre visites de contrôle prénatales programmées ou plus.

Cible 2.2 : Pour 2017, les pays de la Région auront atteint le chiffre de 60% de contrôle puerpéral dans les premiers sept jours qui suivent l'autorisation de sortie.

Cible 2.3 : Pour 2017, les zones ayant des difficultés d'accès géographique auront adopté la stratégie de foyers maternels.

Cible 2.4 : Pour 2017, la prévalence de l'usage des interventions efficaces sélectionnées pour diminuer la morbidité et la mortalité maternelles aura augmenté.

Indicateurs

- Nombre de pays qui ont 70% de couverture prénatale avec quatre visites de contrôle ou plus. (Référence : 50%. Cible : 90%.)
- Couverture institutionnelle de l'accouchement. (Référence : 89,8%. Cible : 93%.)
- Nombre de pays qui ont 60% minimum de couverture de visites postpartum dans les sept jours suivant l'accouchement (Référence : à définir. Cible : 80%.)
- Nombre de pays qui utilisent des ocytiques dans 75% des naissances institutionnelles pendant la troisième période de l'accouchement, une fois que le cordon ombilical a cessé de battre. (Référence : à définir. Cible : 90%.)
- Nombre de pays qui utilisent du sulfate de magnésium sévère en plus d'interrompre la grossesse pour le traitement de la prééclampsie grave/éclampsie dans 95% des cas suivis dans les établissements de santé. (Référence : à définir. Cible : 90% des pays.)
- Nombre de pays avec disponibilité de sang sûr dans 95% des établissements qui pratiquent des soins d'urgence pendant les accouchements. (Référence : à définir. Cible : 100%.)
- Nombre de pays qui surveillent la violence familiale pendant la grossesse dans 95% des accouchements institutionnels (Référence : à définir. Cible : 80%.)
- Nombre de pays avec un taux de césarienne supérieur à 20% qui le réduisent

à au moins 20% d'ici 2017. (Référence : 17. Cible : 100%.)

- Nombre de pays avec des décès maternels dus à des accouchements obstrués. (Référence : 15. Cible : 0.)

Activités au niveau régional

- 2.1 Disséminer les guides basés sur des données probantes de l'OMS qui englobent les soins depuis la période antérieure à la conception jusqu'au post-partum ainsi que les *Guides pour le continuum des soins apportés à la femme et au nouveau-né, focalisés sur les SSP*.
- 2.2 Disséminer les technologies périnatales élaborées par le CLAP/SMR et l'OPS.
- 2.3 Disséminer la proposition de foyers maternels.
- 2.4 Disséminer des manuels pour les urgences obstétricales et l'amélioration de l'efficacité.
- 2.5 Disséminer des guides sur la détection précoce, la prévention et le traitement de la violence familiale.
- 2.6 Disséminer la bibliothèque virtuelle de santé sexuelle et reproductive de l'OMS.
- 2.7 Faire connaître les modèles réussis dans la Région, liés à la santé maternelle et périnatale en plus de ceux tirés de l'initiative de la maternité sans risque.

- 2.8 Promouvoir la vaccination des femmes enceintes contre le virus de la grippe H1N1 ou contre d'autres virus émergents de la grippe.

Activités au niveau national

- 2.9 Formuler et adopter les lois et les cadres réglementaires nationaux en vue de l'accès universel à des services de maternité de bonne qualité.
- 2.10 Formuler et exécuter un plan national de maternité sans risque contenant une approche interculturelle, avec le budget correspondant, qui inclut des systèmes de dérivation et de contre-dérivation.
- 2.11 Organiser des ateliers de formation pour le personnel de santé, fondés sur les soins de santé primaires, depuis les soins antérieurs à la conception jusqu'au post-partum.
- 2.12 Mettre en fonctionnement les foyers maternels, le cas échéant.
- 2.13 Veiller à ce que lors des visites de contrôle prénatales la pression artérielle, la hauteur utérine et le poids de la mère, l'anémie et la protéinurie soient vérifiés, qu'il y ait un dépistage de la syphilis et du VIH, que des conseils soient prodigués en matière de nutrition et d'information sur les signaux d'alarme et que la couverture vaccinale contre le virus H1N1 et le tétanos soient en augmentation.

- 2.14 Évaluer les conditions d'efficacité des services de soins primaires, de maternité et de santé périnatale et promouvoir leur amélioration.
- 2.15 Veiller à la présentation de rapports, au suivi et à la supervision des services fournis.
- 2.16 Organiser des enquêtes de satisfaction des usagers.
- 2.17 Établir des politiques qui promeuvent les soins humanisés à travers le cycle reproductif et qui intègrent l'accompagnement par des personnes sélectionnées par la femme enceinte pendant le travail et l'accouchement.

Domaine stratégique 3 : Ressources humaines qualifiées

Objectif 3 : Accroître le nombre de ressources humaines qualifiées pour les soins antérieurs à la conception, les soins prénatals, durant l'accouchement et le post-partum dans les établissements de santé.

Interventions efficaces

- Augmenter la disponibilité de personnel de santé qualifié pour les soins antérieurs à la conception, les soins prénatals, de l'accouchement et du post-partum, dans les milieux de soins obstétricaux d'urgence et de base.
- Augmenter la disponibilité de ressources humaines pendant 24 heures pour les soins de l'accouchement et les complications obstétriques.

Cible 3 : Pour 2017, 90% des pays de la Région auront atteint une couverture de soins de l'accouchement et du post-partum de 80%, avec des ressources humaines qualifiées, en conformité à la définition de l'OMS.

Indicateurs

- Nombre de pays qui ont des couvertures de soins de l'accouchement de 80% par du personnel qualifié, en conformité avec la définition de l'OMS. (Référence : 43. Cible : 48.)
- Nombre de pays qui ont des taux de couverture de soins du post-partum égaux ou supérieurs à 80% par du personnel qualifié, capable de prendre soin de la mère comme du nouveau-né, en conformité avec la définition de l'OMS. (Référence : 23. Cible : 48.)
- Pourcentage des institutions de soins obstétricaux d'urgence (de base et amplifiés) qui réalisent des audits sur tous les décès maternels (Référence : à définir. Cible : 90%.)
- Nombre de pays qui présentent annuellement des rapports publics sur la santé maternelle qui intègrent des statistiques sur la mortalité maternelle et la RMM au niveau national. (Référence : à définir. Cible : 100%.)

Activités au niveau régional

- 3.1 Soutenir la formulation et le renforcement des programmes de premier cycle et de

troisième cycle qui forment les agents de santé aux soins antérieurs à la conception, aux soins maternels (y compris les urgences obstétriques) et périnataux.

- 3.2 Élaborer du matériel pour la formation des ressources humaines qui intègre l'utilisation des nouvelles technologies de l'information, avec une approche interculturelle, le cas échéant.
- 3.3 Soutenir les programmes de formation sur l'accouchement professionnel et de soins infirmiers spécialisée dans les soins à la mère et à l'enfant et intégrer ce modèle de soins au budget correspondant et aux activités spécifiques des plans nationaux de santé.

Activités au niveau national

- 3.4 Identifier le personnel de santé en exercice par catégorie professionnelle et compétences et déterminer les insuffisances existantes entre les niveaux actuels et ceux nécessaires pour obtenir des soins de qualité.
- 3.5 Définir les compétences essentielles en matière de soins antérieurs à la conception, maternels et périnataux que les agents de santé doivent posséder conformément aux nécessités du pays.
- 3.6 Formuler un plan national de ressources humaines avec le budget correspondant.
- 3.7 Formuler et mettre en pratique des stratégies pour la formation continue

en santé antérieure à la conception, maternelle et périnatale des agents de santé des différents niveaux de soins.

- 3.8 Créer des incitations pour améliorer la prospection et la rétention du personnel dans les populations et les zones les plus négligées et les zones rurales et difficiles d'accès.

Domaine stratégique 4 : Information stratégique pour l'action et la reddition de comptes

Objectif 4 : Renforcer les systèmes d'information et de surveillance de la santé maternelle et périnatale et les statistiques vitales dans le cadre des systèmes d'information et de statistiques vitales.

Interventions efficaces

- Implanter et consolider les systèmes d'information et de surveillance maternelle et périnatale.
- Établir des comités d'analyse de la mortalité maternelle avec participation communautaire et proposer des solutions, le cas échéant.

Cible 4 : Pour 2017, 60% des pays de la Région disposeront de systèmes capables de produire l'information sur la santé maternelle et périnatale dans un système de prestation de soins intégré et coordonné.

Indicateurs

- Nombre de pays où le système de santé possède un système d'information périnatal opérationnel. (Référence : 16 pays. Cible : 29.)
- Nombre de pays où le système de santé maintient un registre des cas graves de morbidité maternelle. (Référence : à définir. Cible : 80%.)
- Nombre de pays dont la couverture des décès maternels dans les systèmes de registres vitaux est supérieure ou égale à 90%. (Référence : à définir. Cible : 100%.)

Activités au niveau régional

- 4.1 Promouvoir l'utilisation de registres cliniques périnatals avec appui informatique pour permettre l'analyse automatisée de l'information et la gestion des services.
- 4.2 Promouvoir la diffusion de modèles de systèmes de surveillance, tels le Système informatique périnatal CLAP/OPS.
- 4.3 Élaborer du matériel pour la formation à l'interprétation de l'information de surveillance.
- 4.4 Favoriser le renforcement de la surveillance épidémiologique et la formation de comités d'analyse des cas graves de morbidité et de mortalité maternelles.

Activités au niveau national

- 4.5 Formuler et adapter des cadres réglementaires pour l'usage des registres cliniques périnatals.
 - 4.6 Mettre en œuvre un plan national avec le budget correspondant pour le renforcement des systèmes d'information et de surveillance de la santé maternelle et périnatale.
 - 4.7 Organiser des ateliers de formation pour le personnel de santé en matière de préparation d'histoires cliniques, de certificats de statistiques vitales, d'analyse et d'usage de l'information.
 - 4.8 Constituer ou renforcer les comités intersectoriels d'analyse et d'audit des cas graves de morbidité et des cas de mortalité maternelles avec une participation communautaire au processus pour proposer des solutions pour les services, le cas échéant.
 - 4.9 Attribuer le budget et le personnel adéquats pour superviser le respect des normes de soins.
22. Pour le développement de ces domaines stratégiques, conjointement avec d'autres organisations, l'OPS utilisera une approche interprogrammatique, afin d'accorder la priorité aux pays ayant les besoins les plus urgentes et aux interventions à impact élevé, construira des réseaux et mobilisera des ressources. L'OPS fournira une coopération technique pour l'exécution, le suivi et l'évaluation du Plan d'action et le divulguera. D'autre part,

l'Organisation soutiendra la systématisation des bonnes pratiques, et encouragera l'échange des meilleures expériences et fera la promotion de l'échange d'information entre les pays.

Suivi, analyse et évaluation

23. Ce Plan d'action contribue au succès des objectifs stratégiques 4* et 10** du Plan stratégique de l'OPS. Le suivi et l'évaluation de ce Plan seront réalisés conformément au cadre de la gestion fondée sur les résultats de l'Organisation, ainsi que sur ses processus de suivi et l'évaluation de la performance. En ce sens, des rapports de situation fondés sur l'information disponible seront préparés tous les deux ans.

24. Les sources de vérification des données incluront les statistiques vitales, des enquêtes nationales sur la santé et des études spécifiques à ce Plan. De plus, les indicateurs d'impact suivants seront enregistrés :

- a) ratio de mortalité maternelle (RMM), par causes et par âge.
- b) ratio de cas graves de morbidité maternelle, par causes.
- c) taux de mortalité maternelle (décès maternels pour 100 000 femmes de 15 à

.....
* OS4 : Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé dans les étapes-clés de la vie, telles que la grossesse, l'accouchement, la période néonatale, l'enfance et l'adolescence, améliorer la santé sexuelle et reproductive et promouvoir le vieillissement actif et sain de toutes les personnes.

** OS10 : Améliorer l'organisation, la gestion et la prestation des services de santé.

44 ans).

- d) nombre de pays avec un RMM inférieur à 75 pour 100 000 naissances vivantes en 2017 (Cible : 100%.)
- e) nombre de pays présentant des sous-populations (selon l'ethnie [autochtone ou non] ou situation géographique [rurale ou urbaine] ou division territoriale [département, province, état]) avec un RMM supérieur à 125 pour 100 000 naissances vivantes.

25. Il est prévu de procéder à des évaluations au cours du processus, en vue d'appliquer des mesures correctives le cas échéant. À la fin de la période du Plan, une évaluation sera effectuée afin de déterminer les forces et les faiblesses de son exécution générale, ainsi que les facteurs responsables des succès et des échecs, et les actions futures.

Conclusion

26. Bien que le sujet de la réduction de la morbidité maternelle ait été abordé dans la Région, les résultats continuent d'être insuffisants. Si l'on dispose désormais du savoir sur les interventions efficaces par rapport au coût pour éviter plus de 80% de la mortalité maternelle, les femmes et leurs enfants continuent à se heurter à des barrières financières, géographiques, sociales, juridiques et de comportement qui les empêchent d'avoir accès à des services de qualité. L'OPS espère que l'approbation et l'exécution de ce Plan d'action, avec l'engagement le plus

vaste des pays des Amériques, permettra aux femmes et aux enfants l'exercice de leurs droits fondamentaux et contribuera à la justice sociale.

Mesures à prendre par le Conseil directeur

27. Le Conseil directeur est prié d'examiner le document présenté et d'étudier la possibilité d'approbation de la résolution qui figure à l'annexe B*.

Références

1. Nations Unies. Déclaration du Millénaire [Internet]. Cinquante-cinquième période de sessions de l'Assemblée Générale des Nations Unies ; 13 septembre 2000. New York : ONU ; 18 septembre 2000 (résolution A/RES/55/2) [Consultée le 24 février 2011]. Disponible sur : <http://www.un.org/french/millenaire/ares552f.pdf>
2. Organisation mondiale de la Santé. Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé. [Internet]. OMS. Documents fondamentaux. Genève : OMS ; 2010. [Consulté le 25 avril 2011]. Disponible sur : http://apps.who.int/gb/bd/F/F_index.html
3. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción regional para la reducción de la mortalidad materna en las Américas. 23.ª Conferencia Sanitaria Panamericana; del 24 al 28 de septiembre de 1990, Washington (DC) États-Unis, Washington (DC): OPS; 1990 (document CSP23/10).
4. Organisation panaméricaine de la Santé. Population et santé génésique [Internet]. 25^e Conférence sanitaire panaméricaine, 21-25 sept. 1998 ; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC): OPS 1998 (document CSP25/15) [consulté le 24 février 2011]. Disponible sur : http://www.paho.org/french/gov/csp/csp25_15.pdf.
5. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie régionale pour la réduction de la mortalité et la morbidité maternelles [Internet]. 26^e Conférence sanitaire panaméricaine ; du 23 au 27 septembre 2002 ; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2002 (document CSP26/14) [consulté le 24 février 2011]. Disponible sur : <http://www.paho.org/french/gov/csp/csp26-14-f.pdf> .
6. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie et plan d'action régional sur la santé du nouveau-né dans le contexte du processus continu de l'attention à la mère, au nouveau-né et à l'enfant [Internet]. 48^e réunion du Conseil directeur ; du 29 septembre au 3 octobre 2008, Washington (DC), États-Unis. Washington, DC : OPS 2008 (document CD48/7-8). [consulté le 24 février 2011]. Disponible sur : <http://www.paho.org/french/gov/cd/cd48-07-f.pdf> .
7. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action sur la santé des adolescentes et des jeunes [Internet]. 49^e c ; du 28 septembre au 2 octobre 2009, Washington (DC), États-Unis. Washington, DC : OPS ; 2009 (document CD49/12) [consulté le 24 février 2011]. Disponible sur: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-12-f.pdf> .
8. Organisation panaméricaine de la Santé. Réseaux intégrés de services de santé fondés sur les soins de santé primaires [Internet]. 49^e. réunion du Conseil directeur ; du 28 septembre au 2 octobre 2009, Washington (DC), États-Unis. Washington, DC : OPS ; 2009 (résolution CD49.R22) [consulté le 2 mars 2011]. Disponible sur : [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R22%20\(Fr.\).pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R22%20(Fr.).pdf) .
9. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos 2010 : situación de salud en las Américas : indicadores básicos 2010 [Internet] Washington (DC), États-Unis : OPS ; 2011 [consulté le 24 février 2011]. Disponible sur : [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=9048&Itemid=.](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=9048&Itemid=)
10. World Health Organization/UNICEF/UNFPA/World Bank. Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. [Internet]. Ginebra, Suiza; 2010. [consulté le 4 août 2011] Disponible sur : http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265_eng.pdf
11. Organización Mundial de la Salud/Banco Mundial/Fondo de Población de las Naciones Unidas. Conferencia sobre Maternidad sin Riesgo : Iniciativa por una maternidad sin riesgos, Nairobi, Kenya, 1987. Ginebra, Suiza : OMS ; 1988.

.....

* La résolution CD51.R12 adoptée par le Conseil Directif est attachée.

12. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, septiembre de 1994, El Cairo, Egipto. Resumen del programa d'acción. [Internet]. Nueva York : FNUAP ; 1994 [consulté le 24 février 2011]. Disponible sur : <http://www.un.org/spanish/conferences/accion2.htm>.
13. Naciones Unidas. Conferencia Mundial sobre la Mujer : La mujer indígena se hace cargo de su destino ; 4 de septiembre de 1995 ; Beijing, China [Internet]. Nueva York : Naciones Unidas ; 1995 [consulté le 24 février 2011]. Disponible sur : <http://www.cinu.org.mx/biblioteca/documentos/dh/ConfBeijing1995.htm>.
14. Organisation mondiale de la Santé. Contribution de l'OMS à la réalisation des objectifs de développement de la Déclaration du Millénaire [Internet]. 55^e Assemblée mondiale de la Santé ; du 13 au 18 de mai 2002 ; Genève, Suisse. Genève, Suisse : OMS; 2002 (résolution A55.19) [consulté le 24 février 2002]. Disponible sur : http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/fwha5519.pdf
15. Organisation mondiale de la Santé. Santé génésique [Internet]. 57^e Assemblée mondiale de la Santé ; du 17 au 22 mai 2004 ; Genève, Suisse. Genève : OMS ; 2004 (document A57/13) [consulté le 24 février 2011]. Disponible sur : <http://www.cptech.org/ip/health/who/wha57.html>
16. Organisation mondiale de la Santé. Santé génésique : projet de stratégie pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles du développement international [Internet]. 113^e réunion du Conseil exécutif ; du 19 au 24 janvier 2004 ; Genève, Suisse. Genève : OMS ; 2004 (résolution EB113.R11) Disponible sur : http://wwwstage.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB113/feb113r11.pdf .
17. Nations Unies. Mortalité et morbidité maternelles évitables et droits de l'homme [Internet]. Onzième période de sessions du Conseil des droits de l'homme ; du 2 au 9 juin 2009, Genève, Suisse. Genève : OMS 2009 (résolution R11/8) [consulté le 24 février 2011]. Disponible sur : <http://www.awid.org/fre/Library/Mortalite-et-morbidite-maternelles-evitables-et- droits-de-l-homme>.
18. Organización Panamericana de la Salud. Objetivo Estratégico 7: Abordar los factores sociales y económicos determinantes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad en salud e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos. En : Propuesta del Plan Estratégico 2008-2010 [Internet]. 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana ; del 1 al 5 de octubre del 2007; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC) : OPS;. 2007, (Documento oficial ; 328) [consulté le 2 mars 2011]. Disponible sur : <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/od328-full-s.pdf>.
19. Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos [Internet]. Vigésimo primer período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas ; 16 diciembre de 1966 ; Nueva York : ONU ; 1966 (resolución 2200 A [XXI] entrada en vigor el 23 de marzo de 1976) [consulté le 2 mars 2011]. [Disponible sur : <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/0015.pdf>.
20. Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [Internet]. Vigésimo primer período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas ; 16 diciembre de 1966 ; Nueva York : ONU ; 1966 (resolución 2200 A [XXI] entrada en vigor el 3 de enero de 1976) [consulté le 2 mars 2011]. Disponible sur : <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>.
21. Naciones Unidas. Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer [Internet]. Trigésimo cuarto período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 18 de diciembre de 1979 ; Nueva York : ONU 1979. (resolución 34/180, en vigor el 3 de septiembre de 19810) [consulté le 2 mars 2011]. Disponible sur : <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cedaw.htm>.
22. Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos del Niño [Internet]. Cuadragésimo cuarto período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas ; 20 noviembre de 1989. Nueva York. Nueva York : ONU (resolución 44/25, en vigor el 3 de septiembre de 1990) [consulté le 2 mars 2011]. Disponible sur : <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>.
23. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). Convención Americana sobre Derechos Humanos "Pacto de San José de Costa Rica" [Internet]. Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos; del 7 al 22 de noviembre de 1969; San José, Costa Rica. Depositario : Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos, Washington (DC) Estados Unidos (Serie sobre Tratados OEA No. 36 – Registro ONU 27/08/1979 N° 17955) [consulté le 2 mars 2011]. Disponible sur : <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/0001.pdf>.

24. Organización de los Estados Americanos. Protocolo Adicional a la Convención Americana en el Área de Derechos Económicos, Sociales y Culturales : Protocolo de San Salvador [Internet]. Decimotercero período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la OEA, Comisión Interamericana de Derechos Humanos ; del 14 al 19 de noviembre de 1988; San Salvador, El Salvador. Washington (DC) : OEA ; 1992 (tratado A/52 en vigor el 16 de noviembre de 1999) [consulté 2 mars 2011]. Disponible sur : <http://www.cidh.org/Basicos/Spanish/Basicos4.htm>.
25. Organisation panaméricaine de la Santé. La santé et les droits de l'homme [Internet]. 50^e. Conseil directeur de l'OPS, 62.^a session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 27 septembre au 1^{er} octobre 2010 ; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2010 (document CD50/12 et résolution CD50.R8) [consultés le 2 mars 2011]. Disponibles sur : http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=8957 .
26. Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna/Fondo de Población de las Naciones Unidas. Conferencia Regional de Mujeres Líderes : Muerte Materna : "Romper el silencio, sumar nuestras voces" [Internet] ; del 27 al 28 de mayo del 2010 ; Lima, Perú. UNFPA ; 2010 [consulté le 24 février 2011]. Disponible sur : : <http://lac.unfpa.org/public/cache/offonce/pid/5692;jsessionid=F8AF32A0363D827C0EAD33690C9BB8BE>.
27. Women Deliver. Delivering solutions for girls and women [Internet]. En : The Women Deliver 2010 Conference ; 9 de junio del 2010 ; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC) : Women Deliver [consulté le 24 février 2011]. Disponible sur : <http://www.womendeliver.org/conferences/-2010-conference/>.
28. Muskoka 2010 G-8 Summit. Major initiative to improve the health of women and children in the world's poorest regions [Internet]. Muskoka, Ontario, Canada, del 25 al 26 de junio del 2010 [consulté le 24 février 2011]. Disponible sur : <http://www.canadainternational.gc.ca/g82010/index.aspx>.
29. Naciones Unidas. Secretario Estrategia mundial para la salud de la mujer y el niño del Secretario General Ban Ki-moon [Internet]. Nueva York : Naciones Unidas ; 22 de septiembre del 2010 [consulté le 24 février 2011]. Disponible sur : <http://www.un.org/spanish/sg/globalstrategy.shtml>.
30. Nations Unies. Commission on Information and Accountability for Women's and Children's Health. [Internet]. Working group on Accountability for Resources (Final Report) New York : UN ; 2011 [consulté le 28 juin 2011]. Disponible sur : http://www.everywomaneverychild.org/upload/Working_Group_on_Resources_Final_Paper625267.pdf
31. Organisation panaméricaine de la Santé. Programme d'action sanitaire pour les Amériques : 2008-2017 présenté par les ministres de la santé des Amériques à Panamá, juin 2007 [Internet]. Washington (DC) États-Unis : OPS ; 2007 [consulté le 24 février 2011]. Disponible sur : http://new.paho.org/hss/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=10415&Itemid=99999999.
32. Garcia Moreno C, Jansen H, Ellsberg M, Heise L, Watts C. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women : initial results on prevalence, health outcomes and women's responses [Internet]. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé ; 2005 [consulté le 2 mars 2011]. Disponible sur : <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/24159358X/en/index.html>.
33. Garcia-Moreno C, Ed. Addressing violence against women and achieving the Millennium Development Goals [Internet]. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé ; 2005 [consulté 2 mars 2011]. Disponible sur : http://www.who.int/gender/documents/violence/who_fch_gwh_05_1/en/.
34. Campbell J, Garcia-Moreno C, Sharps P. Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries. Violence Against Women 2004 ; 10 (7) :770-789.
35. Bowser D, Hill K. Exploring Evidence for disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth. Report of a Landscape Analysis. USAID-TRAction Project, Harvard School of Public Health, University Research Co., LLC. [Internet]. 2010 [consulté le 4 août 2011]. Disponible sur : <http://www.tractionproject.org/sites/default/files/upload/RFA/Respectful%20Care%20at%20Birth%209-20-101%20Final.pdf>
36. Heise L, Garcia-Moreno C. Dans : Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. (eds.). Informe Mundial sobre la violencia y la salud [Internet]. Washington (DC), Estados Unidos : OPS ; 2003 (Publicación Científica y Técnica No. 588) p. 95-124 [consulté le 2 mars 2011]. Edition original en anglais ; Genève : OMS ; 2002. Disponible sur : http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/Violencia_2003.htm.

37. World Health Organization. Unsafe Abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. Sixth edition. [Internet]. Ginebra, Suiza : OMS ; 2008 [consulté le 4 août 2011]. Disponible sur : http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501118_eng.pdf.
38. Abou-Zahr CL, Wardlaw TM. Antenatal care in developing countries : promises, achievements and missed opportunities : an analysis of trends, levels and differentials, 1990-2001 [Internet]. Genève, Suisse : OMS ; 2003 [consulté le 2 mars 2011]. Disponible sur : <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241590947.pdf>.
39. Ministerio da Saude. Tematico Saude da Mulher/Brasil. Ministério da Saúde. Brasília. OPAS, [Internet] 2007 [consulté le 4 août 2011]. Disponible sur : <http://www.fiocruz.br/redeblh/media/painelmulher.pdf>.
40. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, et al. WHO 2005 global survey on maternal and perinatal health research group. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes : the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet*. 2006 ; 367 (9525) : 1819-29
41. Organisation mondiale de la Santé. Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group. Maternal near miss and maternal death in the World Health Organization's 2005 global survey on maternal and perinatal health. *Bull World Health Organ* [Internet] 2010 ; 88(2) : 113-119 [consulté le 24 février 2011]. Disponible sur : <http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v88n2/v88n2a12.pdf>.

Annexe A

Domaine stratégique	Interventions efficaces	Indicateurs
1. Prévention des grossesses non désirées et des complications qui en découlent.	<ul style="list-style-type: none"> Augmenter la couverture des méthodes de contraception (y compris les méthodes de contraception d'urgence) et la disponibilité des services de conseils en planification familiale antérieure à la conception et après un événement obstétrique. 	<ul style="list-style-type: none"> Taux d'utilisation de méthodes de contraception modernes chez les femmes en âge de concevoir, désagrégé par tranche d'âge et lieu de résidence urbaine ou rurale. (Référence : 60%. Cible : 70%.) Nombre de pays qui possèdent des données nationales sur les conseils et la fourniture de méthodes de contraception post-partum et/ou post-avortement dans les services de santé. (Référence : à définir. Cible : 90%.) Pourcentage de décès maternels dus à l'avortement réduit de 50% (Référence : 13%. Cible : 7%.)
2. Accès universel à des services de maternité accessibles et de qualité dans le système coordonné de services de santé.	<ul style="list-style-type: none"> Accès à des soins abordables et de qualité pour la période antérieure à la conception et les périodes prénatale, de l'accouchement et post-partum, au niveau des soins de santé primaire et périnatal avec une approche par région dans le cadre de la régionalisation des soins maternels et périnatals. Foyers maternels, le cas échéant. Utilisation de pratiques fondées sur des preuves scientifiques. Assurance de la dérivation et de la contre-dérivation opportunes. Prévention et détection de la violence familiale pendant la grossesse. 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de pays qui ont 70% de couverture prénatale avec quatre visites de contrôle ou plus. (Référence : 50%. Cible : 90%.) Couverture institutionnelle de l'accouchement. (Référence : 89,8%. Cible : 93%.) Nombre de pays qui ont 60% minimum de couverture de visites postpartum dans les sept jours suivant l'accouchement (Référence : à définir. Cible : 80%.) Nombre de pays qui utilisent des ocytociques dans 75% des naissances institutionnelles pendant la troisième période de l'accouchement, une fois que le cordon ombilical a cessé de battre. (Référence : à définir. Cible : 90%.) Nombre de pays qui utilisent du sulfate de magnésium sévère en plus d'interrompre la grossesse pour le traitement de la prééclampsie grave/éclampsie dans 95% des cas suivis dans les établissements de santé. (Référence : à définir. Cible : 90% des pays.) Nombre de pays avec disponibilité de sang sûr dans 95% des établissements qui pratiquent des soins d'urgence pendant les accouchements. (Référence : à définir. Cible : 100%.) Nombre de pays qui surveillent la violence familiale pendant la grossesse dans 95% des accouchements institutionnels (Référence : à définir. Cible : 80%.) Nombre de pays avec un taux de césarienne supérieur à 20% qui le réduisent à au moins 20% d'ici 2017. (Référence : 17. Cible : 100%.) Nombre de pays avec des décès maternels dus à des accouchements obstrués. (Référence : 15. Cible : 0.)
3. Ressources humaines qualifiées.	<ul style="list-style-type: none"> Augmenter la disponibilité de personnel de santé qualifié pour les soins antérieurs à la conception, les soins prénatals, de l'accouchement et du post-partum, dans les milieux de soins obstétricaux d'urgence et de base. Augmenter la disponibilité de ressources humaines pendant 24 heures pour les soins de l'accouchement et les complications obstétriques. 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de pays qui ont des couvertures de soins de l'accouchement de 80% par du personnel qualifié, en conformité avec la définition de l'OMS. (Référence : 43. Cible : 48.) Nombre de pays qui ont des taux de couverture de soins du post-partum égaux ou supérieurs à 80% par du personnel qualifié, capable de prendre soin de la mère comme du nouveau-né, en conformité avec la définition de l'OMS. (Référence : 23. Cible : 48.) Pourcentage des institutions de soins obstétricaux d'urgence (de base et amplifiés) qui réalisent des audits sur tous les décès maternels (Référence : à définir. Cible : 90%.) Nombre de pays qui présentent annuellement des rapports publics sur la santé maternelle qui intègrent des statistiques sur la mortalité maternelle et la RMM au niveau national. (Référence : à définir. Cible : 100%.)
4. Information stratégique pour l'action et la reddition de comptes.	<ul style="list-style-type: none"> Implanter et consolider les systèmes d'information et de surveillance maternelle et périnatale. Établir des comités d'analyse de la mortalité maternelle avec participation communautaire et proposer des solutions, le cas échéant. 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de pays où le système de santé possède un système d'information périnatal opérationnel. (Référence : 16 pays. Cible : 29.) Nombre de pays où le système de santé maintient un registre des cas graves de morbidité maternelle. (Référence : à définir. Cible : 80%.) Nombre de pays dont la couverture des décès maternels dans les systèmes de registres vitaux est supérieure ou égale à 90%. (Référence : à définir. Cible : 100%.)



51e CONSEIL DIRECTEUR 63e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., É-U, du 26 au 30 septembre 2011

RÉSOLUTION

Annexe B



.....

.....

.....

.....

.....

Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle

CD51.R12 (Fr.)
ORIGINAL : ESPAGNOL

LE 51^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport de la Directrice, *Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle*, (document CD51/12);

Tenant compte des mandats internationaux proposés dans le Plan d'action régional pour la réduction de la mortalité maternelle dans les Amériques (document CSP23/10 [1990]) ; de la résolution sur *Population et santé génésique* (CSP25.R13 [1998]) ; de la Stratégie régionale sur la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles (CSP26/14 (2002)) ; de la Stratégie et Plan d'action pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale (document CD50/15 (2010)); des résolutions WHA55.19 (2002), WHA57.13 (2004) et EB113.R11 (2004) sur la santé génésique approuvées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif de l'OMS, respectivement; des forums de Nairobi, Kenya (1987), du Caire, Égypte (1994), et de Beijing, Chine (1995) ; de la Déclaration du Millénaire

(2000) et du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 ;

Tenant compte de la résolution R11/8 du Conseil des droits de l'homme des Nations Unies (2009), de la résolution CD50.R8 du 50^e Conseil directeur de l'OPS (2010) et du document technique *La santé et les droits de l'homme* (CD50/12), ainsi que du degré élevé de complémentarité entre ce plan et les autres objectifs établis dans la *Plan stratégique 2008-2012 de l'OPS modifié* (Document officiel 328 [2009]) ;

Considérant la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant lancée par le Secrétaire général des Nations Unies en 2010 et les recommandations de la Commission d'information et de responsabilisation pour la santé de la femme et de l'enfant ;

Ayant à l'esprit la nécessité d'améliorer la prise en charge des maladies non transmissibles (MNT), ainsi que des facteurs de risque (diabète, hypertension, obésité, tabagisme) dans les protocoles des soins de santé maternelle, tel qu'il a été discuté

lors de la Réunion de Haut Niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles;

Soulignant que la mortalité maternelle est une manifestation d'inégalité qui affecte tous les pays de la Région et qu'il existe des interventions efficaces par rapport au coût dans ce secteur qui peuvent avoir un impact réel et à court terme pour sa diminution ;

Considérant l'importance de disposer d'un plan d'action qui permette aux États Membres de répondre de façon efficace et efficiente,

DÉCIDE :

1. Approuver le Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle et sa considération dans les politiques, plans et programmes de développement, ainsi que dans les propositions et la discussion des budgets nationaux et qui leur permettent de répondre à l'amélioration de la santé maternelle.

2. De prier instamment les États Membres:

- a) de considérer le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 et l'appel du Secrétaire général des Nations Unies en 2010 en faveur d'un plan qui contribue à la réduction de la mortalité maternelle ;
- b) d'adopter des politiques, stratégies, plans

et programmes nationaux qui augmentent l'accès des femmes à des services de santé de qualité adaptés à leurs besoins, avec une adéquation interculturelle, y compris en particulier, les programmes de promotion et de prévention fondés sur les soins de santé primaires prodigués par du personnel qualifié, qui intègrent les soins antérieurs à la conception (y compris la planification familiale), les soins de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum (y compris la prévention et le traitement de l'infection par le VIH), et qui envisagent en outre la gratuité de tous ces services pour les populations les plus vulnérables ;

c) de promouvoir un dialogue entre institutions du secteur public, du secteur privé et de la société civile, afin d'accorder un degré de priorité élevé à la vie des femmes, comme une question de droits et de développement humains ;

d) de promouvoir l'autonomisation des femmes, ainsi que la participation et la responsabilité partagée de l'homme, en matière de santé sexuelle et reproductive ;

e) d'adopter une politique des ressources humaines en termes de recrutement, formation et rétention qui apporte une réponse aux besoins des femmes et des nouveau-nés;

f) de renforcer la capacité de produire des informations et des recherches sur la santé sexuelle et reproductive, la mortalité mater-

nelle et les cas graves de morbidité maternelle pour le développement de stratégies fondées sur des données probantes qui permettent le suivi et l'évaluation de leurs résultats, conformément aux recommandations de la Commission d'information et de responsabilisation pour la santé de la femme et de l'enfant ;

g) de mettre en marche des processus de révision et d'analyse du Plan d'action, pour son exécution dans le contexte national ;

h) de plaider pour des budgets publics spécifiques, où applicable, en fonction de résultats stratégiques tendant à améliorer la couverture et la qualité des soins de la femme et de l'enfant ;

i) de promouvoir le développement de programmes de protection sociale pour les femmes et les enfants.

3. De demander à la Directrice :

a) d'appuyer les États Membres dans l'exécution du présent Plan d'action, conformément à leurs besoins et leur contexte démographique et épidémiologique ;

b) de promouvoir l'exécution et la coordination de ce Plan d'action, en garantissant son intégration dans les programmes ;

c) de stimuler et de renforcer les systèmes d'information et de surveillance de la santé

maternelle, y compris un repository régional à la disposition de toutes les personnes directement concernées et de promouvoir le développement de recherches opérationnelles pour concevoir des stratégies destinées à mettre en pratique des interventions fondées sur les besoins spécifiques des contextes de la Région ;

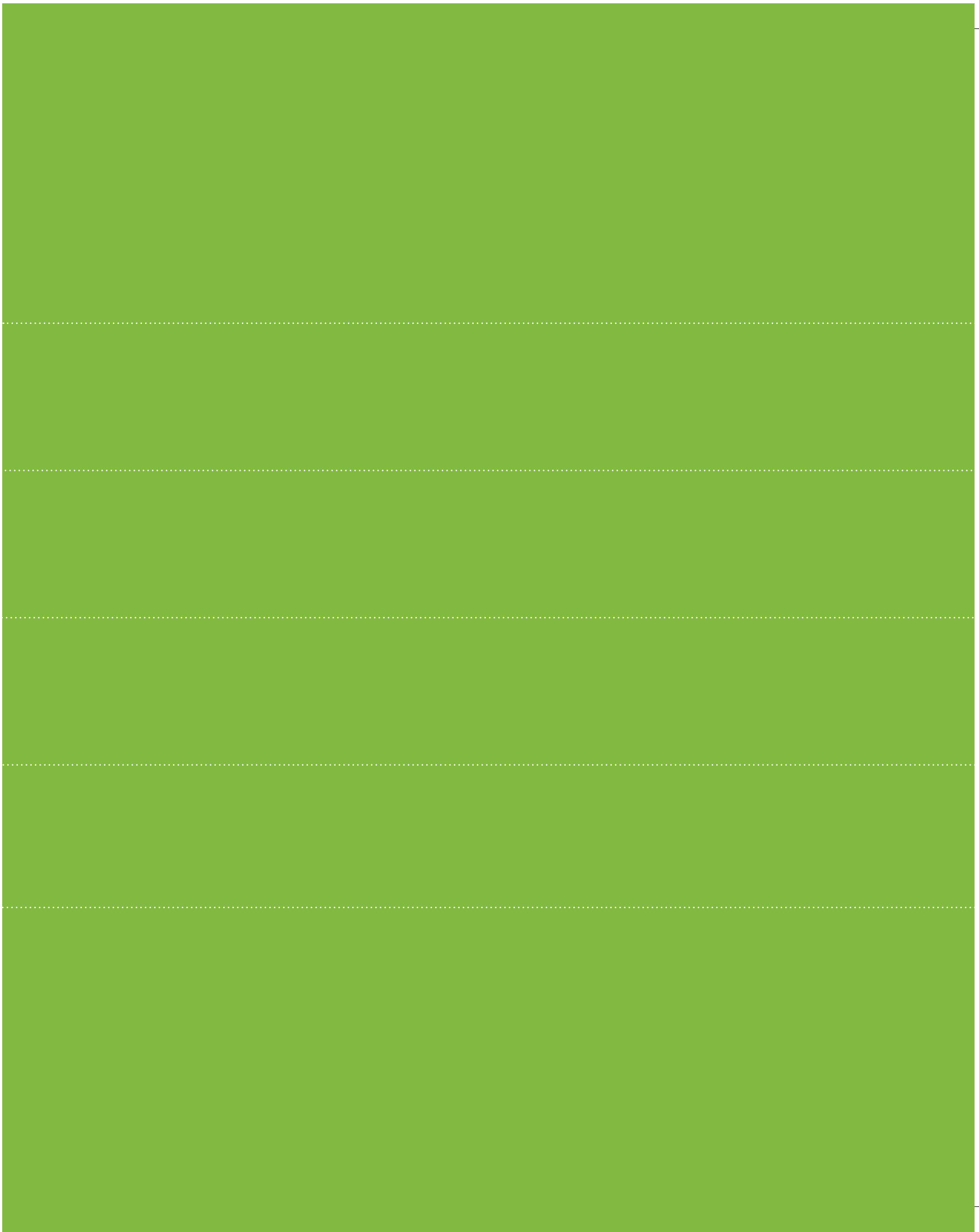
d) d'appuyer les États Membres dans le développement et la création de capacités en vue de la préparation et de la distribution appropriées des ressources humaines en santé maternelle et néonatale ;

e) de consolider et de renforcer la collaboration technique avec les comités, les organes et les réunions des Nations Unies sur les grossesses non désirées et les avortements à risque et les organismes interaméricains, en plus de promouvoir des alliances avec d'autres organismes internationaux et régionaux, des institutions scientifiques et techniques, la société civile organisée, le secteur privé et autres, dans le cadre du groupe de travail régional pour la réduction de la mortalité maternelle ;

f) d'informer périodiquement les Organes directeurs de l'OPS sur les progrès et les limitations dans l'exécution du Plan d'action, ainsi que des adaptations de ce dernier à de nouveaux contextes et besoins, si la nécessité s'en faisait sentir.

(Huitième réunion, le 29 septembre 2011)

- - -





ORGANIZAÇÃO
PAN-AMERICANA
DA SAÚDE



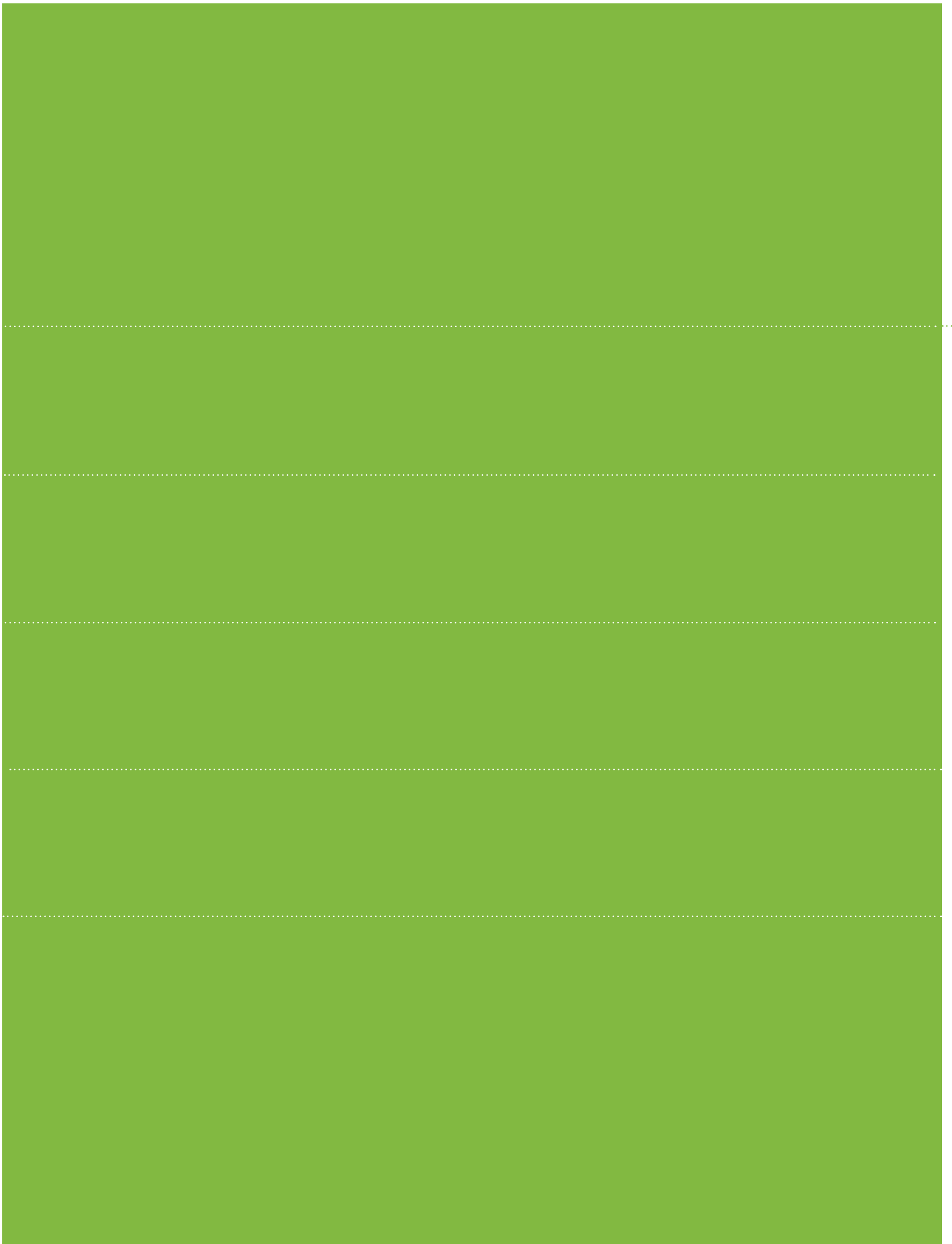
ORGANIZAÇÃO
MUNDIAL DA SAÚDE

51^o CONSELHO DIRETOR 63^a SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 26 a 30 de setembro de 2011

Tema 4.9 da agenda provisória

CD51 / 12 (Port.)
1^o de agosto de 2011
ORIGINAL: ESPANHOL



Plano de ação para acelerar a redução da mortalidade materna e a morbidade materna grave

Introdução*

1. O “Plano de Ação Para Acelerar a Redução da Mortalidade e Morbidade Materna Grave” é um passo a mais para melhorar a saúde das mulheres, que contribui indiretamente aos esforços dos países para atingir o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) 5 (1).

2. O Plano baseia-se no preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS), que estabelece: “O gozo do grau máximo de saúde que se possa obter é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, ideologia política ou condição econômica ou social” (2). Está relacionada ao Plano de Ação Regional para a redução da mortalidade materna nas Américas (1990) (3), a resolução sobre “População e Saúde Reprodutiva (1998) (4), a Estratégia Regional para a redução da

mortalidade e morbidade maternas (2002) (5), a Estratégia e plano de ação regionais sobre a saúde do recém-nascido no contexto do processo contínuo da atenção à mãe, ao recém-nascido e à criança (2008) (6) e o Plano de Ação sobre a saúde dos adolescentes e jovens (2009) (7). Também aborda outros temas, como hospitais seguros e redes integradas de serviços de saúde (2009) (8).

3. Depois que os Estados Membros assumiram estes compromissos, a mortalidade materna diminuiu consideravelmente em toda a Região entre 1990 e 2010. Segundo dados oficiais dos Estados Membros que a OPAS publica nos Indicadores Básicos de Saúde, essa redução foi de 29% (9); segundo os cálculos da OMS, a diminuição foi de 41% (10). Porém, em ambos os casos, esta queda continua sendo insuficiente para que a Região das Américas atinja o ODM 5 até 2015.

.....
* A fim de simplificar esta publicação os anexos administrativos foram omitidos e se encontram disponíveis na proposta original do documento em: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14756&Itemid

4. Este Plano de Ação propõe que no período 2012-2017 se intensifiquem as intervenções essenciais de eficácia comprovada para reduzir a morbimortalidade materna em áreas estratégicas que promovam o acesso ilimitado nos países à atenção pré-gestacional (inclusive o planejamento familiar) de alta qualidade, assim como à atenção pré-natal, do parto e do puerpério prestada por pessoal qualificado, adotando um enfoque intercultural em seu trabalho.

Antecedentes

5. A saúde da mulher e, em particular, os aspectos vinculados à maternidade foram abordados em vários fóruns internacionais, como a Conferência sobre Maternidade sem Risco, realizada em Nairóbi (Quênia) em 1987 (11), a Conferência Internacional sobre população e desenvolvimento, realizada no Cairo (Egito) em 1994 (12), a Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher, em Pequim (China) em 1995 (13) e a Cúpula do Milênio (2000) (1).

6. Em 2002 e 2004, a Assembleia Mundial da Saúde aprovou duas resoluções que abordam o tema da saúde reprodutiva: a WHA55.19 (14) e a WHA57.13 (15); por sua vez, o Conselho Executivo da OMS aprovou a resolução EB113.R11 (16), que também guarda relação com este tema. Recentemente, a resolução R11/8 do Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas (2009) (17) reconhece que a morbimortalidade materna

prevenível abarca uma gama de determinantes vinculados à saúde, ao desenvolvimento, aos direitos humanos e às liberdades fundamentais. A adoção de medidas que garantam estes direitos em conformidade com as normas internacionais ajudaria a reduzir a mortalidade materna (18-24).

7. No nível regional, a mortalidade materna foi discutida em várias reuniões dos órgãos diretores da OPAS. Em 1990, a 23ª Conferência Sanitária Pan-Americana (3) aprovou o Plano de Ação regional para a redução da mortalidade e morbidade materna nas Américas; a resolução CSP25.R13, sobre população e saúde reprodutiva (documento CSP25/15) (4), foi aprovada em 1998 e a Estratégia Regional para a Redução da Mortalidade e a Morbidade Materna em 2002 (documento CSP26/14) (5).

8. Restam somente quatro anos para a consecução das metas do ODM 5. Segundo os dados dos indicadores básicos de saúde publicados pela OPAS (9), falta uma redução de 46% para alcançar essas metas, ou de 34% de acordo com os modelos de cálculo da OMS (10). Duas reuniões organizadas em 2010 sobre o tema, a Conferência Regional de Mulheres Líderes (26) e a Conferência Women Deliver II (27) puseram em relevo o pouco que se havia investido até essa data para abordar a mortalidade materna. Por outro lado, o Grupo dos Oito se fez escutar com a Iniciativa de Muskoka (28), enquanto o Secretário-Geral das Nações Unidas fez uma

convocação a favor da execução de um plano que promovesse a redução da mortalidade materna (29) e a Comissão de Informação e Prestação de Contas sobre Saúde das Mulheres e das Crianças 2011 formulou suas recomendações sobre o problema (30). A OPAS somou-se a estas iniciativas no 50º Conselho Diretor, realizado em 2010, ao dar novo impulso à Iniciativa Maternidade Segura.

9. Os ministros de saúde da Região declararam, no parágrafo 53 da Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017 (31): “A saúde sexual e reprodutiva é um tema prioritário nesta Região. É imprescindível oferecer à mulher uma atenção contínua, que se inicia com os cuidados na etapa pré-concepcional e prossegue durante a gravidez, o parto e o puerpério, incluindo a atenção ao recém-nascido”, para diminuir as desigualdades em matéria de saúde entre os países e dentro de cada país.

Análise da situação

10. Segundo as cifras oficiais publicadas nos Indicadores Básicos de Saúde de 2010 (9) para os países da América Latina e Caribe (ALC), houve 9.500 mortes maternas, o que representa uma razão de mortalidade materna (RMM) de 88,9 por 100 mil nascidos vivos. Nove países da região mostram cifras de RMM acima da média regional: Bolívia, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, Paraguai, Peru, República Dominicana e Suriname.

A maioria das mortes acontece no parto e nas primeiras horas do puerpério. Quase nenhum país mostra uma queda adequada da mortalidade materna para atingir a meta do ODM 5, inclusive aqueles com RMM mais baixas, como o Canadá e os Estados Unidos da América.

11. Cerca de 95% da mortalidade materna na ALC pode ser evitada com os conhecimentos que os países têm hoje em dia. As causas mais frequentes são hipertensão induzida pela gravidez (26%), hemorragia (21%), complicações relacionadas com o aborto em condições perigosas (13%), trabalho de parto obstruído (12%), sepsia (8%) e outras causas diretas (15%).

12. A violência contra a mulher é outro fator de risco de morte materna. A OMS demonstrou que de 15 a 71% das mulheres sofrem violência física e sexual perpetrada por seu companheiro (32); no caso das grávidas, esta cifra varia de 4 a 32%. Em 90% dos casos de violência contra grávidas, o agressor é o pai biológico (33). Ainda que a violência não costume ser considerada como uma das causas de mortalidade materna, em três cidades dos Estados Unidos constatou-se que havia sido a causa principal em 20% dos casos (34). Uma publicação recente indica que a falta de respeito e o abuso dos provedores de saúde constitui outra forma de violência contra as grávidas, implicando que isto constitui uma barreira no acesso aos cuidados de saúde (35).

13. Muitas mortes maternas surgem da gravidez indesejada e das limitações no acesso aos métodos anticoncepcionais; isto pode ser observado na elevada porcentagem de necessidades desatendidas em matéria de métodos anticoncepcionais, que oscila entre 20 e 40% (9) para a população geral e é mais alta entre os adolescentes. O problema se agrava porque muitos países têm legislações que limitam o acesso aos métodos anticoncepcionais; um exemplo concreto desta situação é a proibição dos anticoncepcionais orais de emergência (36). A legislação restritiva vinculada ao aborto em muitos países da América Latina faz com que as mulheres recorram ao aborto em condições de risco como método anticonceptivo. A taxa de aborto em condições de risco na América Latina e no Caribe é de 31 por 1.000 mulheres de 15 a 44 anos, em contraste com 22 no resto do mundo. A razão de mortalidade materna devida ao aborto em condições de risco é três vezes maior na América Latina e Caribe que nas regiões desenvolvidas (10 em comparação com 3 por 100.000 nascidos vivos, respectivamente) (37).

14. As cifras de cobertura da atenção pré-natal e do parto talvez pareçam elevadas, mas escondem iniquidades. Por exemplo, só 46% das mulheres grávidas nas populações rurais fazem quatro visitas pré-natais, em comparação com 74% das mulheres urbanas (38). Outras comunidades marginalizadas, como os pobres, indígenas e afrodescenden-

tes, mostram coberturas menores, atenção de má qualidade e taxas altas de RMM. No Brasil, por exemplo, observou-se que 67% das mulheres brancas haviam recebido controles pré-natais adequados, 44,7% das afrodescendentes e 23,1% das mulheres indígenas (39).

15. Frequentemente, a atenção que está ao alcance das mulheres no período pré-natal e no parto não cumpre as normas internacionais. O controle pré-gestacional praticamente não existe na Região. Os serviços obstétricos essenciais não estão distribuídos de forma homogênea e muitas vezes são de má qualidade, porque não há pessoal capacitado com as competências necessárias. Além disso, nem todas as instituições podem cumprir os requisitos básicos nem fornecer todos os medicamentos e insumos necessários, como reagentes de laboratório e sangue seguro. Em resumo, pode-se dizer que há falhas quanto à cobertura, qualidade e continuidade da atenção, na disponibilidade de insumos e no acesso igualitário a serviços de saúde sensíveis às particularidades culturais, independentemente de onde vive a mulher ou de sua situação socioeconômica. A operação cesariana é uma prática que salva vidas. A OMS estima que a taxa ótima de cesárea deveria situar-se ao redor de 15%. O aumento das cesáreas observado na Região nos últimos anos para níveis mais altos que a taxa ótima intensificou o risco de morbimortalidade materna e perinatal (40).

16. Na América Latina e no Caribe, a morbidade materna grave foi menos estudada que a mortalidade materna. Calcula-se que ocorrem até 20 casos de morbidade materna por cada morte materna registrada (36). Destes casos, até um quarto das mulheres poderiam sofrer sequelas graves e permanentes. A morbidade materna concentra-se em certas zonas geográficas e populações de alguns países; por isso, é necessário concentrar nelas as iniciativas regionais e nacionais para reduzi-la.

17. A análise da situação e o Plano de Ação proposto estão em consonância com os resultados previstos do Objetivo Estratégico 4 do Plano Estratégico de prazo médio 2008-2013 da OMS, em particular nos resultados previstos no âmbito de toda a Organização 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.6, 4.7 e 10.1, que têm sua contrapartida nos resultados esperados no nível regional do Plano Estratégico da OPAS para a Região.

Proposta

18. A mortalidade e a morbidade materna evitáveis que existem atualmente são expressão de iniquidade e desigualdade e de falta de poder das mulheres. Embora os determinantes socioeconômicos, culturais e ambientais sejam fatores essenciais que intervêm na diminuição da morbidade e mortalidade materna, o setor da saúde pode tomar medidas concretas destinadas diretamente à sua diminuição. Entre elas, encontra-se a

organização dos serviços de saúde de modo a melhorar os serviços para a mulher em questões de planejamento familiar, atenção antes da gravidez, no período pré-natal, no parto e no puerpério. Este Plano de Ação aborda diretamente elementos cruciais que podem ajudar a prevenir as mortes maternas e a morbidade grave.

19. O Plano de Ação tem os seguintes objetivos gerais:

- a) contribuir para acelerar a redução da mortalidade materna;
- b) prevenir a morbidade materna grave;
- c) fortalecer a vigilância da morbidade e mortalidade materna.

20. Foram identificadas e priorizadas quatro áreas estratégicas e nove intervenções que demonstraram ser benéficas para a saúde materna e perinatal (ver Anexo A).

21. O Plano será executado entre 2012 e 2017 mediante o fortalecimento das alianças em diferentes níveis, como, por exemplo, com o Grupo de Trabalho Regional para a Redução da Mortalidade Materna, as sociedades científicas, as revistas acadêmicas e a sociedade civil.

Área estratégica 1: Prevenção da gravidez indesejada e suas complicações.

Objetivo 1: Aumentar o uso de métodos anticoncepcionais modernos nas mulheres

em idade fecunda, enfatizando o grupo de adolescentes.

Intervenções de impacto

- Aumentar a cobertura de métodos anticoncepcionais (inclusive os métodos anticoncepcionais de emergência) e a disponibilidade de serviços de aconselhamento em planejamento familiar antes da concepção e depois de uma intervenção obstétrica.

Meta 1: Até 2017, os países da região terão diminuído em 20% a prevalência de necessidades não atendidas em matéria de métodos anticoncepcionais.

Indicadores

- Taxa de uso de métodos anticoncepcionais modernos por mulheres em idade fecunda, classificadas conforme a idade e residência rural/urbana. (Linha de base 60%. Meta: 70%.)
- Número de países que têm dados nacionais sobre aconselhamento e fornecimento de anticoncepcionais pós-parto e/ou pós-aborto pelos serviços de saúde. (Linha de base: a ser definida*. Meta: 90%.)
- Redução de 50% na porcentagem de

.....
* Neste momento, a informação é parcial e por isso não podemos definir plenamente as linhas de base nem as metas com respeito a alguns indicadores. Ao finalizar o primeiro ano de execução do plano, será realizado um exame para completar a informação e, ao mesmo tempo, o plano será alinhado com os objetivos estratégicos e os indicadores do plano estratégico da Organização para o período 2013-2017.

mortes maternas devidas ao aborto. (Linha de base: 13%. Meta: 7%.)

Atividades no âmbito regional

- 1.1 Participar de atividades de promoção com uma gama ampla de atores, que contemplem os fatores informativos, culturais, sociais e religiosos que incidem na prestação de serviços de planejamento familiar.
- 1.2 Difundir os seguintes manuais elaborados pela Organização Mundial da Saúde: a) *Planejamento familiar: um manual mundial para fornecedores*; b) *Ferramenta de tomada de decisões para clientes e fornecedores de planejamento familiar*; c) *Critérios médicos de admissibilidade para o uso de métodos anticoncepcionais*.
- 1.3 Organizar oficinas de capacitação com os instrumentos enunciados.
- 1.4 Apoiar a iniciativa de segurança anticoncepcional para a compra de insumos anticoncepcionais.

Atividades no âmbito nacional (Estados Membros com apoio da OPAS e outros recursos regionais)

- 1.5 Formular e/ou adotar leis e quadros reguladores nacionais para garantir o acesso universal a métodos anticoncepcionais modernos.

- 1.6 Assegurar que os adolescentes tenham acesso à informação sobre saúde sexual e reprodutiva, em especial sobre a postergação do início das relações sexuais, e tomem decisões bem informadas; colaborar com parceiros importantes para favorecer a disponibilidade de recursos de informação.
- 1.7 Promover planos e programas que favoreçam o espaçamento das gestações.
- 1.8 Formular um plano nacional de planejamento familiar e seu correspondente orçamento, de acordo com as necessidades dos distintos grupos de pessoas, com um enfoque que leve em conta as particularidades culturais.
- 1.9 Executar oficinas de capacitação para o pessoal de saúde, com especial ênfase na atenção primária à saúde e nos métodos anticoncepcionais, entre eles os métodos de emergência.
- 1.10 Promover o fornecimento e a logística do fornecimento de anticoncepcionais, em especial nos estabelecimentos de atenção primária à saúde.
- 1.11 Promover o fortalecimento dos comitês nacionais e locais sobre mortalidade materna e instá-los a incluir a prevenção da gravidez indesejada.
- 1.12 Pôr em prática estratégias de comunicação social em matéria de saúde sexual e reprodutiva.

Área estratégica 2: Acesso universal a serviços de maternidade acessíveis e de qualidade dentro do sistema coordenado de atenção à saúde.

Objetivo 2: Contar com serviços de atenção materna de qualidade dentro dos sistemas integrados de serviços de saúde.

Intervenções de impacto

- Acesso à atenção acessível e de qualidade para os períodos pré-gestacional, pré-natal, do parto e puerperal, por nível de atenção materna e perinatal, considerando um enfoque por regiões no contexto da regionalização da assistência materna e perinatal.
- Lares maternos, quando for apropriado.
- Utilização de práticas baseadas em provas científicas.
- Assegurar a derivação e contraderivação oportuna.
- Prevenção e detecção da violência intra-familiar durante a gravidez.

Meta 2.1: Até 2017, os países da Região terão alcançado a cifra de 70% de gestações com quatro ou mais controles pré-natais programados.

Meta 2.2: Até 2017, os países da Região terão alcançado a cifra de 60% de controle puerperal nos primeiros sete dias seguintes à alta.

Meta 2.3: Até 2017, as zonas com dificuldades de acesso geográfico terão adotado a estratégia de lares maternos.

Meta 2.4: Até 2017, a prevalência do uso de intervenções eficazes selecionadas para diminuir a morbidade e mortalidade materna haverá aumentado.

Indicadores

- Número de países que têm 70% de cobertura pré-natal com quatro ou mais controles (Linha de base: 50%. Meta: 90%.)
- Cobertura institucional do parto (Linha de base: 89,8%. Meta: 93%.)
- Número de países que têm no mínimo 60% de cobertura de controle do puerpério sete dias após o parto (Linha de base: a ser definida. Meta: 80%.)
- Número de países que usam oxitócicos em 75% dos nascimentos institucionais durante o terceiro período do trabalho de parto, uma vez que o cordão umbilical cessou de pulsar (Linha de base: a ser definida. Meta: 90%.)
- Número de países que usam sulfato de magnésio, além de interromper a gravidez em 95% dos casos de pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia atendidos em estabelecimentos de saúde (Linha de base: a ser definida. Meta: 90%.)
- Número de países com disponibilidade de sangue seguro em 95% dos estabelecimentos que oferecem cuidados de urgência no parto (Linha de base: a ser

definida. Meta: 100%)

- Número de países que vigiam a violência intrafamiliar durante a gravidez em 95% dos partos institucionais (Linha de base: a ser definida. Meta: 80%)
- Número de países com taxa de cesárea superior a 20% que reduzem sua taxa em pelo menos 20% até 2017 (Linha de base: 17. Meta: 100%.)
- Número de países com mortes maternas devidas a trabalho de parto obstruído (Linha de Base: 15. Meta: 0.)

Atividades no âmbito regional

- 2.1 Difundir guias baseados em provas científicas da OMS, que abrangem desde os cuidados pré-gestacionais até o puerpério, assim como a publicação *Guias para a Atenção Continuada da Mulher e do Recém-Nascido, focalizadas na APS.*
- 2.2 Difundir as tecnologias perinatais elaboradas pelo CLAP/SMR e a OPAS.
- 2.3 Difundir a proposta de Lares Maternos.
- 2.4 Difundir manuais de urgências obstétricas e de melhoramento da eficiência.
- 2.5 Difundir guias sobre detecção precoce, prevenção e tratamento da violência intrafamiliar.
- 2.6 Difundir a biblioteca virtual de saúde sexual e reprodutiva da OMS.
- 2.7 Divulgar os modelos bem-sucedidos na Região relacionados à saúde ma-

terna e perinatal, além dos obtidos na Iniciativa Maternidade Segura.

- 2.8 Promover a vacinação das grávidas contra o vírus da gripe H1N1 ou outros vírus emergentes da gripe.

Atividades no âmbito nacional

- 2.9 Formular e adotar leis e quadros reguladores nacionais para o acesso universal a serviços de maternidade de boa qualidade.
- 2.10 Formular e executar um plano nacional de maternidade segura que compreenda um enfoque intercultural e seu correspondente orçamento, incluindo sistemas de derivação e contradervação.
- 2.11 Organizar oficinas de capacitação para o pessoal de saúde baseadas na atenção primária à saúde, desde os cuidados pré-gestacionais até o puerpério.
- 2.12 Pôr em funcionamento os Lares Maternos, quando apropriado.
- 2.13 Assegurar que nos controles pré-natais se registre a tensão arterial, altura uterina, peso materno, anemia e proteinúria; se faça exame de sífilis/HIV; se proporcione aconselhamento em nutrição e informação sobre sinais de alarma; e se aumente a cobertura de vacinação contra o vírus da influenza H1N1 e o tétano.
- 2.14 Avaliar as condições de eficiência dos serviços de atenção primária, mater-

nidade e saúde perinatal e promover seu melhoramento.

- 2.15 Velar pela apresentação de relatórios, acompanhamento e supervisão dos serviços prestados.
- 2.16 Organizar pesquisas de satisfação dos usuários.
- 2.17 Estabelecer políticas que promovam os cuidados humanizados através do ciclo reprodutivo, o que compreende o acompanhamento por pessoas que a mulher selecione durante o trabalho de parto e o parto.

Área estratégica 3: Recursos humanos qualificados

Objetivo 3: Aumentar o número de recursos humanos qualificados para a atenção pré-gestacional, pré-natal, durante o parto e o puerpério nos estabelecimentos de saúde.

Intervenções de impacto

- Aumentar a disponibilidade de pessoal de saúde qualificado para a atenção pré-gestacional, pré-natal, ao parto e ao puerpério, em serviços de atenção obstétrica de urgência e básicos.
- Aumentar a disponibilidade de recursos humanos durante 24 horas para a atenção do parto e as complicações obstétricas.

Meta 3: Até 2017, 90% dos países da Região terão obtido uma cobertura de atenção ao parto e puerpério de 80% com recursos

humanos qualificados, de acordo com a definição da OMS.

Indicadores

- Número de países que têm uma cobertura de atenção ao parto de 80% por pessoal qualificado, de acordo com a definição da OMS (Linha de base: 43. Meta: 48.)
- Número de países que têm taxas de cobertura da atenção ao puerpério iguais ou superiores a 80% por pessoal qualificado, capaz de cuidar tanto da mãe quanto do recém-nascido, de acordo com a definição da OMS (Linha de base: 23. Meta: 48.)
- Porcentagem de instituições de atenção obstétrica de urgência (básica e ampliada) que realizam auditorias de todas as mortes maternas (Linha de base: a ser definida. Meta: 90%.)
- Número de países que apresentam anualmente relatórios públicos sobre saúde materna que incluem estatísticas de mortalidade materna e a RMM em âmbito nacional (Linha de base: a ser definida. Meta: 100%.)

Atividades no âmbito regional

- 3.1 Apoiar a formulação e o fortalecimento dos programas de graduação e pós-graduação que capacitam os trabalhadores de saúde para a atenção pré-gestacional, materna (que compreende urgências obstétricas) e perinatal.

- 3.2 Elaborar material para a capacitação dos recursos humanos que abarque o emprego das novas tecnologias da informação, com enfoque intercultural se necessário.

- 3.3 Apoiar os programas de capacitação em obstetrícia profissional e enfermagem especializada em atenção à mãe e ao filho e incluir este modelo de atenção com seu correspondente orçamento e atividades específicas nos planos nacionais de saúde.

Atividades no âmbito nacional

- 3.4 Identificar o número de trabalhadores de saúde em exercício por categoria profissional e competências, e determinar a lacuna existente entre os níveis atuais e os necessários para obter uma atenção de qualidade.

- 3.5 Definir as competências essenciais em matéria de atenção pré-gestacional, materna e perinatal que os trabalhadores de saúde devem ter segundo as necessidades do país.

- 3.6 Formular um plano nacional de recursos humanos com seu correspondente orçamento.

- 3.7 Formular e implantar estratégias para a capacitação contínua em saúde pré-gestacional, materna e perinatal dos trabalhadores de saúde, em diferentes níveis de atenção.

- 3.8 Criar incentivos para a captação e retenção do pessoal para as populações

desatendidas e as zonas rurais e de difícil acesso.

Área estratégica 4: Informação estratégica para a ação e a prestação de contas

Objetivo 4: Fortalecer os sistemas de informação e vigilância da saúde materna e perinatal e as estatísticas vitais no contexto dos sistemas de informação e estatísticas vitais.

Intervenções de impacto

- Implantar e consolidar sistemas de informação e de vigilância materna e perinatal.
- Estabelecer comitês de análise da mortalidade materna com participação comunitária e oferecer soluções, quando necessário.

Meta 4: Até 2017, 60% dos países da Região terão sistemas capazes de produzir informação sobre a saúde materna e perinatal dentro de um sistema de atenção integrado e coordenado.

Indicadores

- Número de países onde o sistema de saúde tem um sistema de informação perinatal funcionando (Linha de base: 16. Meta: 29.)
- Número de países onde o sistema de saúde mantém um registro da morbidade materna grave (Linha de base: a ser

definida. Meta: 80%.)

- Número de países cuja cobertura de mortes maternas nos sistemas de registros vitais é de 90% ou mais (Linha de base: a ser definida. Meta: 100%.)

Atividades no âmbito regional

- 4.1 Promover o uso de registros clínicos perinatais com apoio informático que permitam a análise automatizada da informação e a gestão dos serviços.
- 4.2 Promover a difusão de modelos de sistemas de vigilância, tais como o Sistema Informático Perinatal CLAP/OPAS.
- 4.3 Elaborar material para capacitação na interpretação da informação sobre vigilância.
- 4.4 Promover o fortalecimento da vigilância epidemiológica e a formação de comitês de análise da morbidade grave e da mortalidade materna.

Atividades no âmbito nacional

- 4.5 Formular e adaptar quadros reguladores para o uso dos registros clínicos perinatais.
- 4.6 Executar um plano nacional, com seu correspondente orçamento, para o fortalecimento dos sistemas de informação e vigilância da saúde materna e perinatal.
- 4.7 Organizar oficinas de capacitação para o pessoal de saúde em matéria

de preparação de históricos clínicos, certificados de estatísticas vitais, análise e uso da informação.

- 4.8 Constituir ou fortalecer os comitês intersetoriais, com participação comunitária, para analisar e auditar a morbidade grave e a mortalidade materna e propor soluções para os serviços, se necessário.
- 4.9 Destinar o orçamento e o pessoal adequados para supervisionar o cumprimento das normas de atenção.

22. Para o desenvolvimento destas áreas estratégicas, a OPAS, junto com outras organizações, aplicará um enfoque interprogramático para atribuir prioridade aos países com as necessidades mais urgentes e às intervenções de maior impacto, construirá redes e mobilizará recursos. A OPAS prestará cooperação técnica para a execução, o acompanhamento e a avaliação do Plano de Ação e o divulgará. Ademais, a Organização dará apoio à sistematização das melhores práticas, alentará o intercâmbio das melhores experiências e promoverá o intercâmbio de informação entre os países.

Monitoramento, análise e avaliação

23. Este Plano de Ação contribui para a consecução dos Objetivos Estratégicos 4* e 10** do Plano Estratégico da OPAS. O acompanhamento e a avaliação deste Plano estarão alinhados com o esquema da gestão baseada em resultados da Organização, assim como com seus processos de acompanhamento e avaliação do desempenho. Neste sentido, serão preparados relatórios de progresso a cada dois anos, com base na informação disponível.

24. As fontes de verificação de dados incluirão estatísticas vitais, pesquisas nacionais de saúde e estudos específicos para este plano. Além disso, serão registrados os seguintes indicadores de impacto:

- a) Razão de mortalidade materna (RMM), total por causas e por idade.
- b) Razão de morbidade materna grave, total e por causas.
- c) Taxa de mortalidade materna (mortes maternas por cem mil mulheres de 15 a 44 anos).
- d) Número de países com RMM inferior a 75 por 100.000 nascidos vivos em 2017 (meta 100%).
- e) Número de países com subpopulações (segundo a etnia [indígena e não indígena],

.....
*OE4: Reduzir a morbidade e a mortalidade e melhorar a saúde durante as etapas fundamentais da vida, inclusive gravidez, parto, período neonatal, infância e adolescência, melhorar a saúde sexual e reprodutiva e promover o envelhecimento ativo e saudável para todos os indivíduos.

**OE10: Melhorar a organização, gestão e prestação dos serviços de saúde.

localização geográfica [rural ou urbana] ou divisão subnacional [departamento, província, estado]) com RMM acima de 125 por 100.000 nascidos vivos.

25. Prevê-se a realização de aferições durante o processo, para aplicar medidas corretivas, se necessário. Ao final do período do Plano, será efetuada uma avaliação, com o fim de determinar os pontos fortes e fracos de sua execução geral, assim como os fatores causais dos êxitos e fracassos e as ações futuras.

Conclusão

26. Apesar de o tema da redução da morbimortalidade materna ter sido abordado na Região, os resultados continuam sendo insuficientes. Embora se conte com conhecimento sobre as intervenções eficazes em função do custo para evitar mais de 80% da mortalidade materna, as mulheres e seus filhos ainda enfrentam barreiras financeiras, geográficas, sociais, legais e comportamentais que impedem o acesso a serviços de qualidade. A OPAS espera que a aprovação e execução deste Plano de Ação, com o mais amplo compromisso dos países das Américas, permita às mulheres e seus filhos o exercício de direitos fundamentais e a justiça social.

Intervenção do Conselho Diretor

4. Solicita-se ao Conselho Diretor que examine o documento apresentado e considere a aprovação da resolução que figura no Anexo B*.

Referências

1. Naciones Unidas. Declaración del Milenio [Internet]. Quincuagésimo quinto período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas; 18 de septiembre del 2000. Nueva York: ONU; 2000 (resolución A/RES/55/2) [consultado em 24 de fevereiro de 2011]. Disponível em: <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>.
2. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Internet]. En: OMS Documentos básicos. Ginebra, Suiza: OMS; 2010. p. 1. [Consultado em 25 de abril de 2011]. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf>.
3. Organización Pan-Americana da Saúde. Plano de ação regional para a redução da mortalidade materna nas Américas. 23a Conferência Sanitária Pan-Americana; 24 a 28 de setembro de 1990, Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 1990 (documento CSP23/10).
4. Organización Pan-Americana da Saúde. População e saúde reprodutiva [Internet]. 25ª Conferência Sanitária Pan-Americana; 21 a 25 de setembro de 1998; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 1998 (documento CSP25/15) [Consultado em 24 de fevereiro de 2011]. Disponível em: http://www.paho.org/portuguese/gov/csp/csp25_15.pdf.
5. Organización Pan-Americana da Saúde. Estrategia regional para a redução da mortalidade e morbidade maternas [Internet]. 26ª Conferência Sanitária Pan-Americana; 23 a 27 de setembro de 2002; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC):

.....
* Se anexa a resolução CD.R12 exatamente como foi aprovada pelo conselho diretivo.

- OPS; 2002 (documento CSP26/14) [consultado em 24 de fevereiro de 2011]. Disponível em: <http://www.paho.org/portuguese/gov/csp/csp26-14-p.pdf>.
6. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia e plano de ação regionais sobre a saúde do recém-nascido no contexto do processo contínuo da atenção à mãe, ao recém-nascido e à criança [Internet]. 48ª Reunião do Conselho Diretor; 29 de setembro a 3 de outubro de 2008; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2008 (documento CD48/7). [consultado em 24 de fevereiro de 2011]. Disponível em: <http://www.paho.org/portuguese/gov/cd/CD48-07-p.pdf>.
 7. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação sobre a saúde dos adolescentes e jovens [Internet]. 49ª Reunião do Conselho Diretor; 28 de setembro a 2 de outubro de 2009; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2009 (documento CD49/12) [consultado em 24 de fevereiro de 2011]. Disponível em: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-12-p.pdf>.
 8. Organização Pan-Americana da Saúde. Redes integradas de serviços de saúde baseadas na atenção primária à saúde [Internet]. 49ª Reunião do Conselho Diretor; 28 de setembro a 2 de outubro de 2009; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2009 (resolução CD49.R22) [consultado em 2 de março de 2011]. Disponível em: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R22%20\(Port.\).pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R22%20(Port.).pdf).
 9. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos 2010: situación de salud en las Américas: indicadores básicos 2010 [Internet]. Washington (DC), Estados Unidos: OPS; 2011 [Consultado em 24 de fevereiro de 2011]. Disponível em: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=9048&Itemid=.
 10. World Health Organization / UNICEF/ UNFPA/World Bank. Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. [Internet]. Ginebra, Suíça; 2010. [consultado em 4 de agosto de 2011] Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265_eng.pdf.
 11. Organización Mundial de la Salud / Banco Mundial / Fondo de Población de las Naciones Unidas. Conferencia sobre Maternidad sin Riesgo: Iniciativa por una maternidad sin riesgos, Nairobi, Kenya, 1987. Ginebra, Suíza: OMS; 1988
 12. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo; septiembre de 1994, El Cairo, Egipto. Resumen del programa de acción. [Internet]. Nueva York: FNUAP; 1994 [consultado em 24 de fevereiro de 2011]. Disponível em: <http://www.un.org/spanish/conferences/accion2.htm>.
 13. Naciones Unidas. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer: La mujer indígena se hace cargo de su destino; 4 de septiembre de 1995; Beijing, China [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas; 1995 [consultado em 24 de fevereiro de 2011]. Disponível em: <http://www.cinu.org.mx/biblioteca/documentos/dh/ConfBeijing1995.htm>.
 14. Organización Mundial de la Salud. WHO's contribution to achievement of the development goals of the United Nations Millennium Declaration [Internet]. 55.a Asamblea Mundial de la Salud; del 13 al 18 de mayo del 2002; Ginebra, Suíza. Ginebra, Suíza: OMS; 2002 (resolución A55/19) [consultado em 24 de fevereiro de 2002]. Disponível [em inglês] em: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ewha5519.pdf.
 15. Organización Mundial de la Salud. Salud reproductiva [Internet]. 57.ª Asamblea Mundial de la Salud; del 17 al 22 de mayo del 2004; Ginebra, Suíza. Ginebra: OMS; 2004 (documento A57/13) [consultado em 24 de fevereiro de 2011]. Disponível em: <http://www.cptech.org/ip/health/who/wha57.html>
 16. Organización Mundial de la Salud. Salud reproductiva: proyecto de estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo [Internet]. 113.ª Reunión del Consejo Ejecutivo; del 19 al 24 de enero del 2004; Ginebra, Suíza. Ginebra: OMS; 2004 (resolución EB113/R11). http://whqlibdoc.who.int/eb/2004/EB113_R11_spa.pdf.
 17. Naciones Unidas. La mortalidad y morbilidad materna prevenibles y los derechos humanos [Internet].

- Décimo primer período de sesiones del Consejo de Derechos Humanos; del 2 al 19 de junio del 2009, Ginebra, Suiza. Ginebra: OMS; 2009 (resolución R11/8) [consultado em 24 de fevereiro de 2011]. Disponível em: http://ap.ohchr.org/documents/S/HRC/resolutions/A_HRC_RES_11_8.pdf.
18. Organización Panamericana de la Salud. Objetivo Estratégico 7: Abordar los factores sociales y económicos determinantes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad en salud e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos. En: Propuesta del Plan Estratégico 2008-2010 [Internet]. 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana; del 1 al 5 de octubre del 2007; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2007 (Documento oficial 328) [consultado em 2 de março de 2011]. Disponível em: <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/od328-full-s.pdf>.
 19. Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos [Internet]. Vigésimo primer período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas; 16 diciembre de 1966; Nueva York: ONU; 1966 (resolución 2200 A [XXI] entrada en vigor el 23 de marzo de 1976) [consultado em 2 de março de 2011]. Disponível em: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/0015.pdf>.
 20. Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [Internet]. Vigésimo primer período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas; 16 diciembre de 1966; Nueva York: ONU; 1966 (resolución 2200 A [XXI] entrada en vigor el 3 de enero de 1976) [consultado em 2 de março de 2011]. Disponível em: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>.
 21. Naciones Unidas. Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer [Internet]. Trigésimo cuarto período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas; 18 de diciembre de 1979; Nueva York: ONU; 1979 (resolución 34/180, en vigor el 3 de septiembre de 1981) [consultado em 2 de março de 2011]. Disponível em: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cedaw.htm>.
 22. Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos del Niño [Internet]. Cuadragésimo cuarto período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas; 20 noviembre de 1989; Nueva York: ONU; 1989 (resolución 44/25, en vigor el 3 de septiembre de 1990) [consultado em 2 de março de 2011]. Disponível em: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>.
 23. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). Convención Americana sobre Derechos Humanos “Pacto de San José de Costa Rica” [Internet]. Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos; del 7 al 22 de noviembre de 1969; San José, Costa Rica. Depositario: Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos, Washington (DC) Estados Unidos (Serie sobre Tratados OEA No. 36 – Registro ONU 27/08/1979 N° 17955) [consultado em 2 de março de 2011]. Disponível em: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/0001.pdf>.
 24. Organización de los Estados Americanos. Protocolo Adicional a la Convención Americana en el Área de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Protocolo de San Salvador [Internet]. Decimoctavo período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la OEA, Comisión Interamericana de Derechos Humanos; del 14 al 19 de noviembre de 1988; San Salvador, El Salvador. Washington (DC): OEA; 1992 (tratado A/52 en vigor el 16 de noviembre de 1999) [consultado em 2 de março de 2011]. Disponível em: <http://www.cidh.org/Basicos/Spanish/Basicos4.htm>.
 25. Organização Pan-Americana da Saúde. La salud y los derechos humanos [Internet]. 50º Conselho Diretor da OPAS, 62ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 27 de setembro a 1º de outubro de 2010; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2010 (documento CD50/12 e resolução CD50.R8) [consultado em 2 de março de 2011]. Disponível em: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-12-p.pdf>.
 26. Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna/Fondo de Población de las Naciones Unidas. Conferencia Regional de Mujeres Líderes: Muerte materna: “Romper el silencio, sumar nuestras voces” [Internet]; del 27 al 28 de mayo

- del 2010; Lima, Perú. FNUAP; 2010 [consultado em 24 de fevereiro de 2011]. Disponível em: <http://lac.unfpa.org/public/cache/offonce/pid/5692;jsessionid=F8AF32A0363D827C0EAD33690C9BB8BE>.
27. Women Deliver. Delivering solutions for girls and women [Internet]. Em: The Women Deliver 2010 Conference; 9 de junho de 2010; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): Women Deliver [consultado em 24 de fevereiro de 2011]. Disponível em: <http://www.womendeliver.org/conferences/2010-conference/>.
28. Muskoka 2010 G-8 Summit. Major initiative to improve the health of women and children in the world's poorest regions [Internet]. Muskoka, Ontario, Canadá, 25 a 26 de junho de 2010 [consultado em 24 de fevereiro de 2011]. Disponível em: <http://www.canadainternational.gc.ca/g82010/index.aspx>.
29. Naciones Unidas. Secretario Estrategia mundial para la salud de la mujer y el niño del Secretario General Ban Ki-moon [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas; 22 de septiembre del 2010 [consultado em 24 de fevereiro de 2011]. Disponível em: <http://www.un.org/spanish/sg/globalstrategy.shtml>.
30. Naciones Unidas. Commission on Information and Accountability for Women's and Children's Health. [Internet]. Working group on Accountability for Resources (Final Report) New York: UN; 2011 [consultado em 28 de junho de 2011]. Disponível em: http://www.everywomaneverychild.org/upload/Working_Group_on_Resources_Final_Paper625267.pdf
31. Organização Pan-Americana da Saúde. Agenda de Salud para las Américas: 2008-2017 presentada por los ministros de salud de las Américas en la Ciudad de Panamá, junio de 2007 [Internet]. Washington (DC) Estados Unidos: OPS; 2007 [consultado em 24 de fevereiro de 2011]. Disponível em: http://www.paho.org/English/D/HAgenda_Portug.pdf.
32. Garcia Moreno C, Jansen H, Ellsberg M, Heise L, Watts C. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses [Internet]. Genebra, Suíça: Organização Mundial da Saúde; 2005 [consultado em 2 de março de 2011]. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/24159358X/en/index.html>.
33. Garcia-Moreno C, Ed. Addressing violence against women and achieving the Millennium Development Goals [Internet]. Genebra, Suíça: Organização Mundial da Saúde; 2005 [consultado em 2 de março de 2011]. Disponível em: http://www.who.int/gender/documents/violence/who_fch_gwh_05_1/en/.
34. Campbell J, Garcia-Moreno C, Sharps P. Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries. *Violence Against Women* 2004;10(7):770-789.
35. Bowser D, Hill K. Exploring Evidence for disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth. Report of a Landscape Analysis. USAID-TRAction Project, Harvard School of Public Health, University Research Co., LLC. [Internet]. 2010. [consultado em 4 de agosto de 2011]. Disponível em: <http://www.tractionproject.org/sites/default/files/upload/RFA/Respectful%20Care%20at%20Birth%209-20-101%20Final.pdf>
36. Heise L, Garcia-Moreno C. En: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. (eds.). Informe Mundial sobre la violencia y la salud [Internet]. Washington (DC), Estados Unidos: OPS; 2003 (Publicación Científica y Técnica No. 588) p. 95-124. Edição original em inglês; Genebra: OMS; 2002. [consultado em 2 de março de 2011]. Disponível em: http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/Violencia_2003.htm.
37. World Health Organization. Unsafe Abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. Sixth edition. [Internet]. Genebra, Suíça: OMS; 2008 [consultado em 4 de agosto de 2011]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501118_eng.pdf.
38. Abou-Zahr CL, Wardlaw TM. Antenatal care in developing countries: promises, achievements and missed opportunities: an analysis of trends, levels and differentials, 1990-2001 [Internet]. Genebra, Suíça: OMS; 2003 [consultado em 2 de março de 2011]. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241590947.pdf>.

39. Ministério da Saúde. Temático Saúde da Mulher/ Brasil. Ministério da Saúde. Brasília. OPAS [Internet] 2007 [consultado em 4 de agosto de 2011]. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/redeblh/media/painelmulher.pdf>.
40. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, et al. WHO 2005 global survey on maternal and perinatal health research group. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet*. 2006;367(9525):1819-29
41. Organización Mundial de la Salud. Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group. Maternal near miss and maternal death in the World Health Organization's 2005 global survey on maternal and perinatal health. *Bull World Health Organ* [Internet] 2010;88(2):113-119 [consultado em 24 de fevereiro de 2011]. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v88n2/v88n2a12.pdf>.

Anexo A

Áreas estratégicas	Intervenções de impacto	Indicadores
1. Prevenção da gravidez indesejada e suas complicações.	<ul style="list-style-type: none"> Aumentar a cobertura de métodos anticoncepcionais (inclusive os métodos anticoncepcionais de emergência) e a disponibilidade de serviços de aconselhamento em planejamento familiar antes da concepção e depois de uma intervenção obstétrica. 	<ul style="list-style-type: none"> Taxa de uso de métodos anticoncepcionais modernos por mulheres em idade fecunda, classificadas conforme a idade e residência rural/urbana. (Linha de base 60%. Meta: 70%.) Número de países que têm dados nacionais sobre aconselhamento e fornecimento de anticoncepcionais pós-parto e/ou pós-aborto pelos serviços de saúde. (Linha de base: a ser definida.) Redução de 50% na porcentagem de mortes maternas devidas ao aborto. (Linha de base: 13%. Meta: 7%.)
2. Acesso universal a serviços de maternidade acessíveis e de qualidade dentro do sistema coordenado de atenção à saúde.	<ul style="list-style-type: none"> Acesso à atenção acessível e de qualidade para os períodos pré-gestacional, pré-natal, do parto e puerperal, por nível de atenção materna e perinatal, considerando um enfoque por regiões no contexto da regionalização da assistência materna e perinatal. Lares maternos, quando for apropriado. Utilização de práticas baseadas em provas científicas. Assegurar a derivação e contraderivação oportuna. Prevenção e detecção da violência intrafamiliar durante a gravidez. 	<ul style="list-style-type: none"> Número de países que têm 70% de cobertura pré-natal com quatro ou mais controles (Linha de base: 50%. Meta: 90%.) Cobertura institucional do parto (Linha de base: 89,8%. Meta: 93%.) Número de países que têm no mínimo 60% de cobertura de controle do puerpério sete dias após o parto (Linha de base: a ser definida. Meta: 80%.) Número de países que usam oxitócicos em 75% dos nascimentos institucionais durante o terceiro período do trabalho de parto, uma vez que o cordão umbilical cessou de pulsar (Linha de base: a ser definida. Meta: 90%.) Número de países que usam sulfato de magnésio, além de interromper a gravidez em 95% dos casos de pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia atendidos em estabelecimentos de saúde (Linha de base: a ser definida. Meta: 90%.) Número de países com disponibilidade de sangue seguro em 95% dos estabelecimentos que oferecem cuidados de urgência no parto (Linha de base: a ser definida. Meta: 100%) Número de países que vigiam a violência intrafamiliar durante a gravidez em 95% dos partos institucionais (Linha de base: a ser definida. Meta: 80%) Número de países com taxa de cesárea superior a 20% que reduzem sua taxa em pelo menos 20% até 2017 (Linha de base: 17. Meta: 100%.) Número de países com mortes maternas devidas a trabalho de parto obstruído (Linha de Base: 15. Meta: 0.)
3. Recursos humanos qualificados.	<ul style="list-style-type: none"> Aumentar a disponibilidade de pessoal de saúde qualificado para a atenção pré-gestacional, pré-natal, ao parto e ao puerpério, em serviços de atenção obstétrica de urgência e básicos. Aumentar a disponibilidade de recursos humanos durante 24 horas para a atenção do parto e as complicações obstétricas. 	<ul style="list-style-type: none"> Número de países que têm uma cobertura de atenção ao parto de 80% por pessoal qualificado, de acordo com a definição da OMS (Linha de base: 43. Meta: 48.) Número de países que têm taxas de cobertura da atenção ao puerpério iguais ou superiores a 80% por pessoal qualificado, capaz de cuidar tanto da mãe quanto do recém-nascido, de acordo com a definição da OMS (Linha de base: 23. Meta: 48.) Porcentagem de instituições de atenção obstétrica de urgência (básica e ampliada) que realizam auditorias de todas as mortes maternas (Linha de base: a ser definida. Meta: 90%.) Número de países que apresentam anualmente relatórios públicos sobre saúde materna que incluem estatísticas de mortalidade materna e a RMM em âmbito nacional (Linha de base: a ser definida. Meta: 100%.)
4. Informação estratégica para a ação e a prestação de contas.	<ul style="list-style-type: none"> Implantar e consolidar sistemas de informação e de vigilância materna e perinatal. Estabelecer comitês de análise da mortalidade materna com participação comunitária e oferecer soluções, quando necessário. 	<ul style="list-style-type: none"> Número de países onde o sistema de saúde tem um sistema de informação perinatal funcionando (Linha de base: 16. Meta: 29.) Número de países onde o sistema de saúde mantém um registro da morbidade materna grave (Linha de base: a ser definida. Meta: 80%.) Número de países cuja cobertura de mortes maternas nos sistemas de registros vitais é de 90% ou mais (Linha de base: a ser definida. Meta: 100%.)



ORGANIZAÇÃO
PAN-AMERICANA
DA SAÚDE



ORGANIZAÇÃO
MUNDIAL DA SAÚDE

51^o CONSELHO DIRETOR 63^a SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 26 a 30 de setembro de 2011

RESOLUÇÃO

Anexo B



.....

.....

.....

.....

.....

Plano de ação para acelerar a redução da mortalidade materna e a morbidade materna grave

CD51.R12 (Port.)
ORIGINAL: ESPANHOL

O 51o CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o *Plano de ação para acelerar a redução da mortalidade materna e morbidade materna grave* (documento CD51/12);

Considerando os mandatos internacionais propostos no Plano de Ação Regional para a Redução da Mortalidade Materna nas Américas (documento CSP23/10 [1990]); a resolução *População e saúde reprodutiva* (CSP25.R13 [1998]); a Estratégia Regional para a Redução da Mortalidade e Morbidade Materna (documento CSP26/14 [2002]); a Estratégia e Plano de Ação para a Eliminação da Transmissão Materno-infantil de HIV e da Sífilis Congênita (documento CD50/15 [2010]); as resoluções WHA55.19 (2002), WHA57.13 (2004) e EB113.R11 (2004) sobre saúde reprodutiva aprovadas pela Assembleia Mundial de Saúde e o Conselho Executivo da OMS, respectivamente; os fóruns de Nairóbi, Quênia (1987), Cairo,

Egito (1994) e Pequim, China (1995); a Declaração do Milênio (2000), e a Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017;

Considerando a resolução R11/8 do Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas (2009), a resolução CD50.R8 do 50º Conselho Diretor da OPAS (2010) e o documento técnico *A saúde e os direitos humanos* (CD50/12), assim como o alto grau de complementaridade entre este plano e outros objetivos estabelecidos no *Plano Estratégico 2008-2012 da OPAS Modificado* (Documento oficial 328 [2009]);

Considerando a Estratégia Mundial de Saúde das Mulheres e Crianças, lançada pelo Secretário-Geral das Nações Unidas em 2010 e as recomendações da Comissão de Informação e Prestação de Contas sobre a Saúde das Mulheres e Crianças;

Ciente da necessidade de reforçar a gestão de doenças não transmissíveis (DNTs) e

de fatores de risco (diabetes, hipertensão, obesidade, fumo) nos protocolos da atenção à saúde materna, conforme discutido na Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis;

Ressaltando que a mortalidade materna é uma manifestação de iniquidade que afeta todos os países da Região, e que existem intervenções eficazes em função do custo dentro do setor que podem ter um impacto real e em curto prazo para sua diminuição;

Considerando a importância de contar com um plano de ação que permita aos Estados Membros responder de forma eficaz e eficiente,

RESOLVE:

1. Aprovar o Plano de Ação para acelerar a redução da mortalidade materna e morbidade materna grave e sua consideração nas políticas, planos e programas de desenvolvimento, bem como nas propostas e discussão dos orçamentos nacionais, que lhes permita dar resposta à melhora da saúde materna.

2. Instar os Estados Membros a que:

a) considerem a Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017 e o apelo do Secretário-Geral das Nações Unidas em 2010 a favor da execução de um plano que contribua para a redução da mortalidade materna;

b) adotem políticas, estratégias, planos e programas nacionais que aumentem o acesso das mulheres a serviços de saúde de qualidade adaptados a suas necessidades com adequação intercultural, especialmente os programas de promoção e prevenção baseados na atenção primária à saúde, atendidos por pessoal qualificado; que integrem a atenção pré-gestacional (inclusive o planejamento familiar), à gravidez, ao parto e ao puerpério (inclusive a prevenção e o tratamento da infecção pelo HIV), e que contemplem também a gratuidade de todos esses serviços, para as populações mais vulneráveis;

c) promovam um diálogo entre instituições do setor público e privado e a sociedade civil, a fim de priorizar a vida das mulheres como uma questão de direitos e de desenvolvimento humano;

d) promovam o empoderamento das mulheres e a participação e corresponsabilidade do homem na saúde sexual e reprodutiva;

e) adotem uma política de recursos humanos em termos de recrutamento, treinamento e retenção que responda às necessidades das mulheres e recém-nascidos; -

f) fortaleçam a capacidade de gerar informação e pesquisa sobre saúde sexual e reprodutiva, mortalidade materna e morbidade materna grave para o desenvolvimento de estratégias baseadas em evidências que permitam o acompanhamento e avaliação de

seus resultados, segundo as recomendações da Comissão de Informação e Prestação de Contas sobre a Saúde das Mulheres e Crianças;

g) acionem processos de revisão e análise internos sobre o Plano de Ação, para implementação no contexto nacional; -

h) advoguem a adoção de orçamentos públicos específicos, onde for aplicável, em função de resultados estratégicos tendentes a melhorar a cobertura e a qualidade da atenção às mulheres e crianças;

i) promovam o desenvolvimento de programas de proteção social para mulheres e crianças.

3. Solicitar à Diretora que:

(a) apoie os Estados Membros na execução do presente Plano de Ação, em conformidade com suas necessidades e o contexto demográfico e epidemiológico;

(b) promova a execução e coordenação do Plano de Ação, garantindo sua - integração às áreas programáticas;

(c) estimule e fortaleça os sistemas de informação e vigilância da saúde materna, inclusive um repositório regional disponível para todos os interessados diretos, e promova o desenvolvimento de pesquisas operacionais

para formular estratégias afins e executar intervenções baseadas nas necessidades específicas dos contextos da Região;

(d) apoie os Estados Membros no desenvolvimento e criação de capacidades para a preparação e distribuição adequada dos recursos humanos em saúde materna e neonatal;

(e) consolide e fortaleça a colaboração técnica com os comitês, órgãos e relatorias das Nações Unidas e organismos interamericanos, além de promover alianças com outros organismos internacionais e regionais, instituições científicas e técnicas, a sociedade civil organizada, o setor privado e outros, no âmbito do Grupo de Trabalho Regional para a Redução da Mortalidade Materna;

(f) informe periodicamente aos Órgãos Diretores da OPAS sobre os progressos e limitações na execução do Plano de Ação, assim como as adaptações do mesmo a novos contextos e necessidades, se necessário.

(Oitava reunião, 29 setembro 2011)

- - -

IMPRESO Y ENCUADERNADO EN
MASTERGRAF SRL
GRAL. PAGOLA 1823 - CP 11800 - TEL.: 2203 4760*
MONTEVIDEO - URUGUAY
E-MAIL: MASTERGRAF@NETGATE.COM.UY

DEPÓSITO LEGAL 357.557 - COMISIÓN DEL PAPEL
EDICIÓN AMPARADA AL DECRETO 218/96