

## REUNIÓN DE HOMOLOGACIÓN DE CRITERIOS DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL FASSA

Tema:

Sensibilización por parte de los responsables de los indicadores del por qué eligieron éstos para dar respuesta al FASSA

Ponencia:

Que representa la Razón de Muerte  
Materna y su importancia

CNEGySR

MÉXICO, D.F. 1 DE DICIEMBRE, 2014

# QUE REPRESENTA LA RAZÓN DE MUERTE MATERNA Y SU IMPORTANCIA

*DRA. LILIANA MARTÍNEZ PEÑAFIEL  
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD MATERNA Y PERINATAL*

Nov. 2014

## DEFINICIÓN DE MUERTE MATERNA

Es la Muerte de una mujer mientras esta embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas externas

## Objetivo 5: Mejorar la salud materna

Metas e indicadores:

**Meta 5A: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes**

5.1 Tasa de mortalidad materna

5.2 Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado

**Meta 5B: Lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva**

5.3 Tasa de uso de anticonceptivos

5.4 Tasa de natalidad entre las adolescentes

5.5 Cobertura de atención prenatal (al menos una visita y al menos cuatro visitas)

5.6 Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar



5

MEJORAR  
LA SALUD MATERNA

El ODM 5 está relacionado con otros ODM. Como **la mortalidad neonatal** depende mucho de la mortalidad materna, los progresos con respecto al ODM 5 también repercutirán en **la reducción de la mortalidad infantil (ODM 4)**. Dichos progresos también están estrechamente relacionados con el **ODM 6**, consistente en **combatir el VIH/SIDA** y el paludismo, que son importantes causas indirectas de mortalidad materna.

La consecución del ODM 5 también se verá favorecida **por el fortalecimiento de los derechos de la mujer (ODM 3)**, **el aumento de la educación primaria (ODM 2)** de las niñas y **la erradicación de la pobreza extrema (ODM 1)**.

La mortalidad materna es un indicador sensible de las desigualdades, y las estadísticas actuales muestran que las mujeres más pobres y con menos nivel educativo son las que corren mayor riesgo de morir durante el embarazo o el parto.

## Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018

### Acceso a los servicios de salud con calidad

#### PROSESA 2013-2018

- Protección, promoción de la salud y prevención de las enfermedades
- Cerrar brechas existentes en salud

#### PROIGUALDAD 2013-2018

- Erradicar la violencia
- Fortalecer las capacidades de las mujeres
  - Reducir la mortalidad materna y fortalecer la atención perinatal con enfoque de interculturalidad
  - Proporcionar consejería y acceso a la anticoncepción
  - Vigilar el embarazo con enfoque de riesgo
  - Atención oportuna y de calidad en emergencias obstétricas
  - Vigilancia epidemiológica, búsqueda intencionada y reclasificación de muertes maternas
  - Participación comunitaria para el apoyo a embarazadas

**Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal**

## Metas PROSESA 2013-2018

Reducir la Razón de  
Mortalidad Materna a 30.0  
por 100, 000 nacidos vivos

## PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO 2013-2018

### Objetivo 1

- Porcentaje de embarazadas atendidas en el primer trimestre gestacional: 50.0
- Cobertura de Tamiz Neonatal: 90.0
- Porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer: 5.0

### Objetivo 2

- Razón de Mortalidad Materna: **30.0**
- Tasa de Mortalidad Neonatal: **7.07**
- Porcentaje de partos atendidos a nivel institucional: **99.5**
- Porcentaje de cesáreas: **25.0**

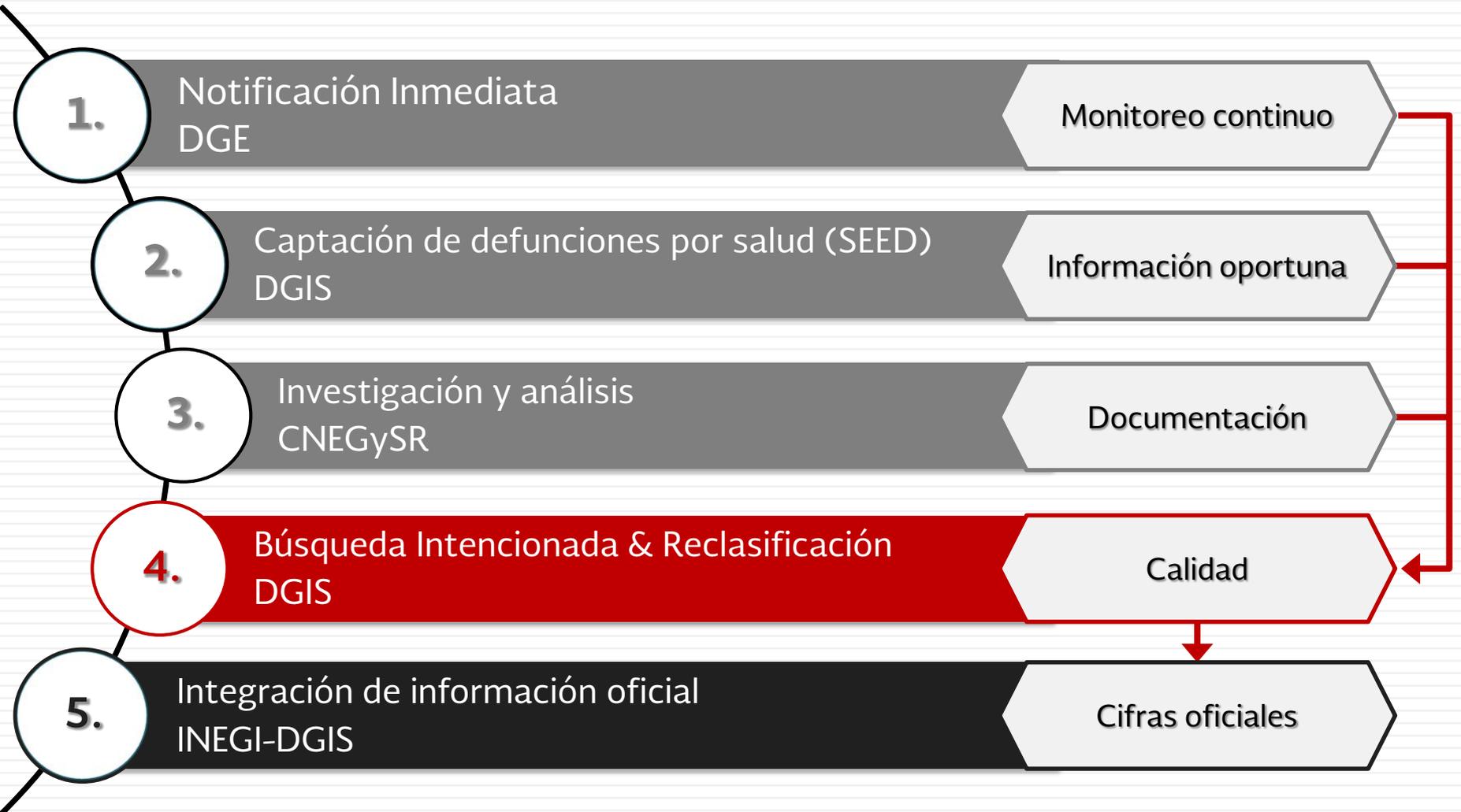


2 0 1 3 - 2 0 1 8

PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO  
SALUD MATERNA Y PERINATAL

# Programa de Acción Específico 2013-2018

## Salud Materna y Perinatal



## Búsqueda Intencionada & Reclasificación de MM (BIRMM)

**BIRMM en México**

**Desde 2002**

- Ratificación/Rectificación de MM confirmadas

## Búsqueda Intencionada & Reclasificación de MM (BIRMM)

**BIRMM en México**

**Desde 2002**

Contribución a la  
estadística oficial:  
**Más de 30%**

- Ratificación/Rectificación de MM confirmadas
- Investigación de casos sospechosos de una MM
- Confronta con otras fuentes para captar MM no registradas

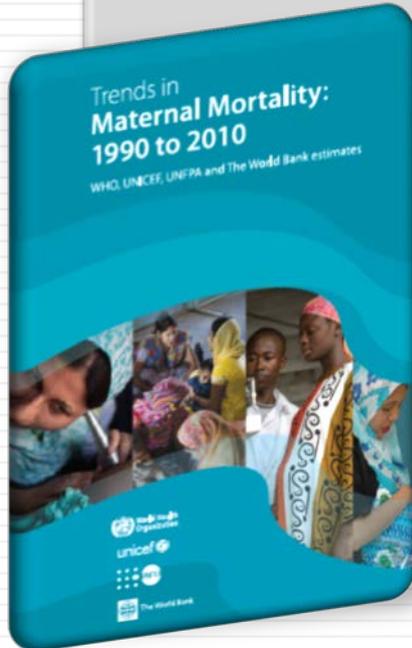
**Reconocimiento  
internacional de la calidad  
de las cifras de MM del país**

**Reconocimiento internacional de la calidad de las cifras de MM del país**

Dado el problema mundial de mal registro de la mortalidad materna, se conformó un grupo inter-agencial que realiza estimaciones internacionales para cada país

Conformado por: ■ UNFPA ■ UNICEF  
■ OMS ■ Banco Mundial

- Publicaciones bianuales
- La evaluación internacional de la meta ODM se basará en estas cifras



A los países con buena calidad de estadísticas de mortalidad se les ajusta con un factor de **+50%**

**Publicación 2012 – Países con factor menor al 50%\***

País	Factor de ajuste	País	Factor de ajuste
Alemania	2%	Suiza	25%
Finlandia	3%	Suecia	33%
México	10%	Japón	35%
EUA	10%	Brasil	40%
Francia	21%	Países Bajos	49%

\*Con base en literatura publicada -reportes y artículos-

# RMM

**100% Estimación**

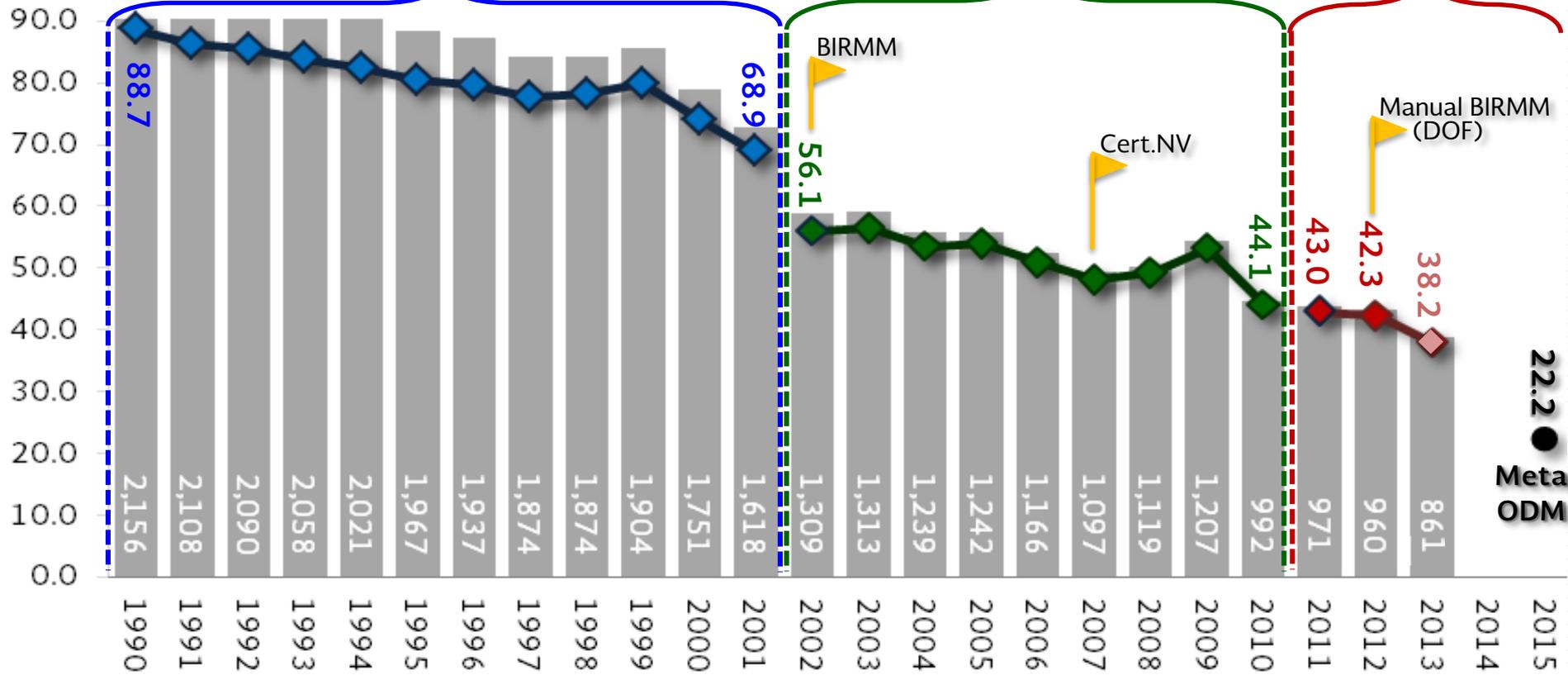
**Estimado**  
**Estimado**

**Mixto**

**Observado**  
**Estimado**

**Observado Aj**

**Observado**  
**Observado Aj**



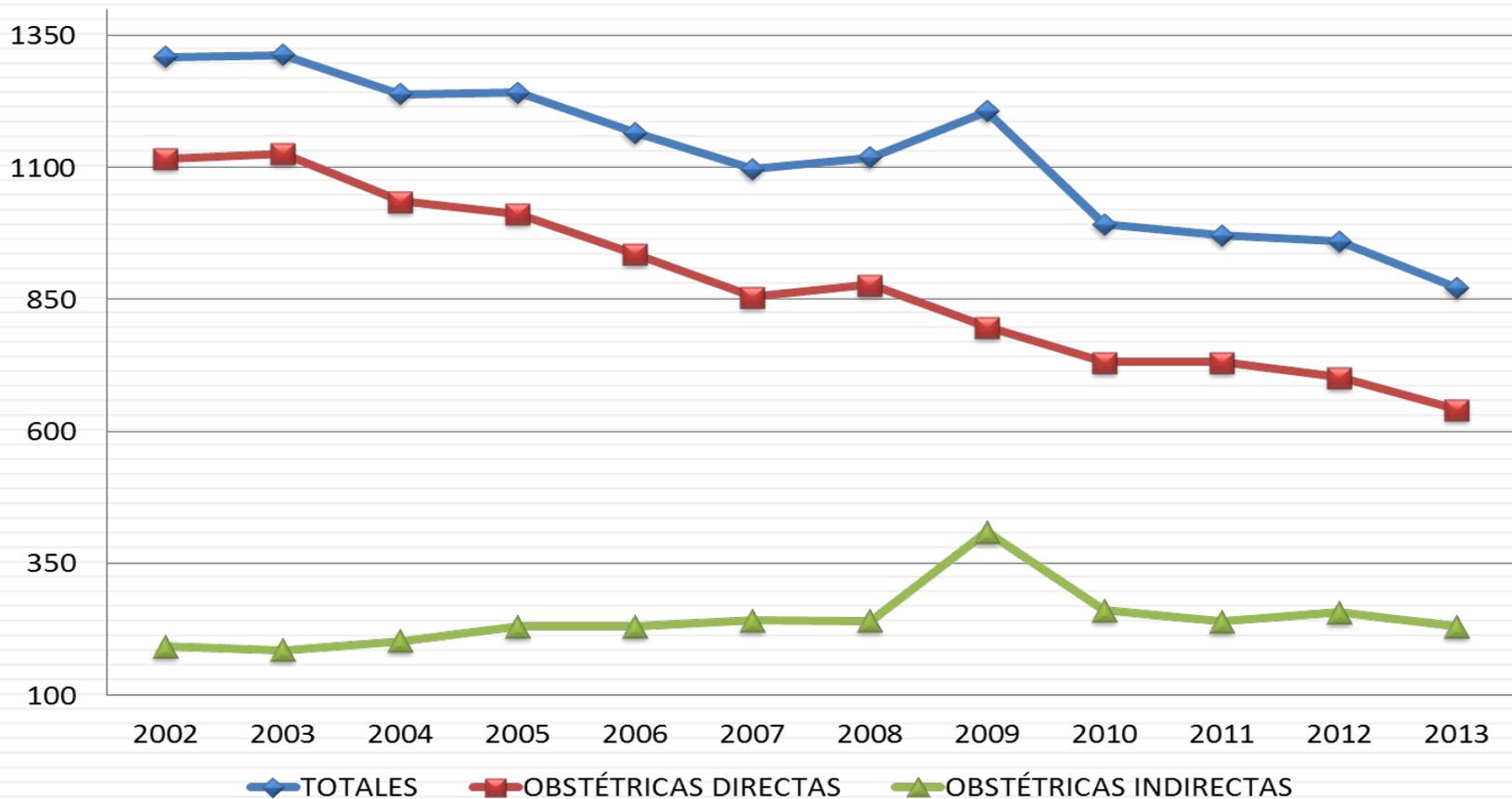
◆ Cifras preliminares 06 Nov2014

Fuente: Dirección General de Información en Salud/Secretaría de Salud

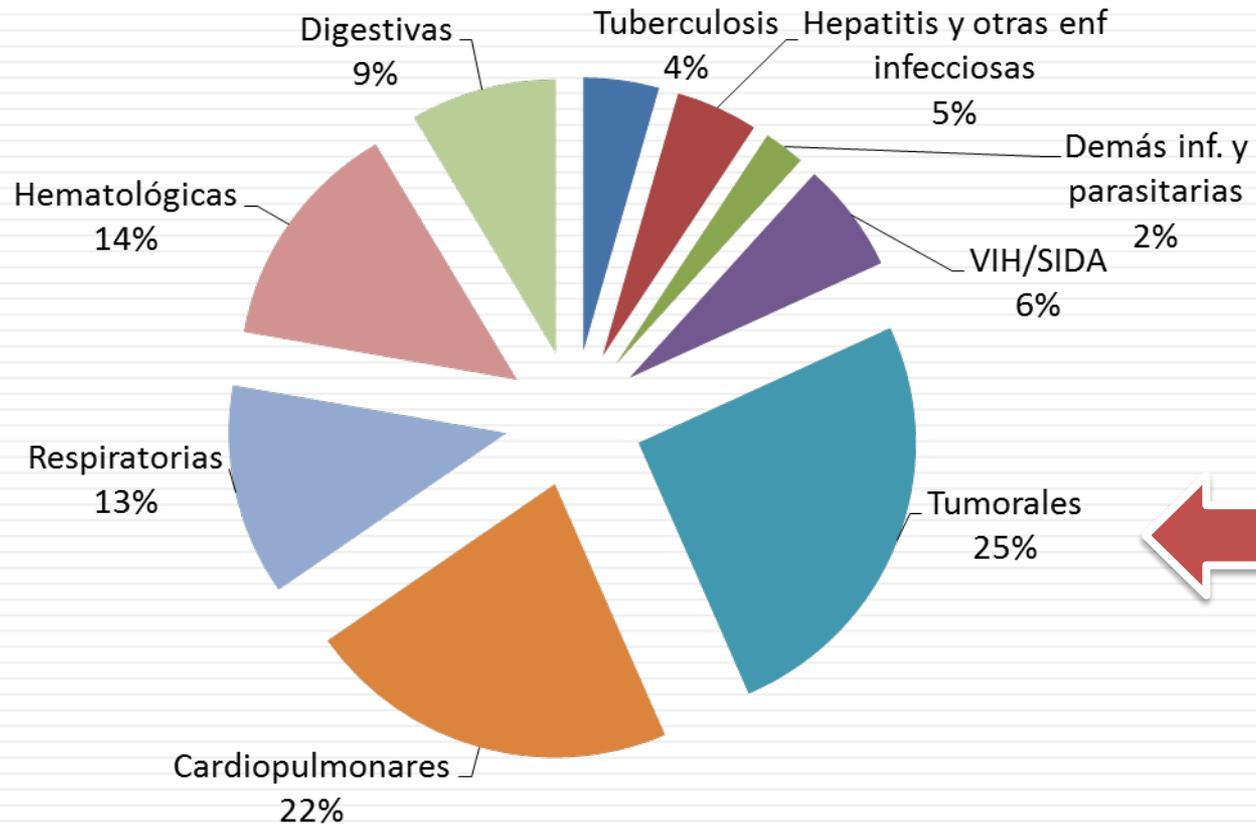
# Situación actual e intervenciones



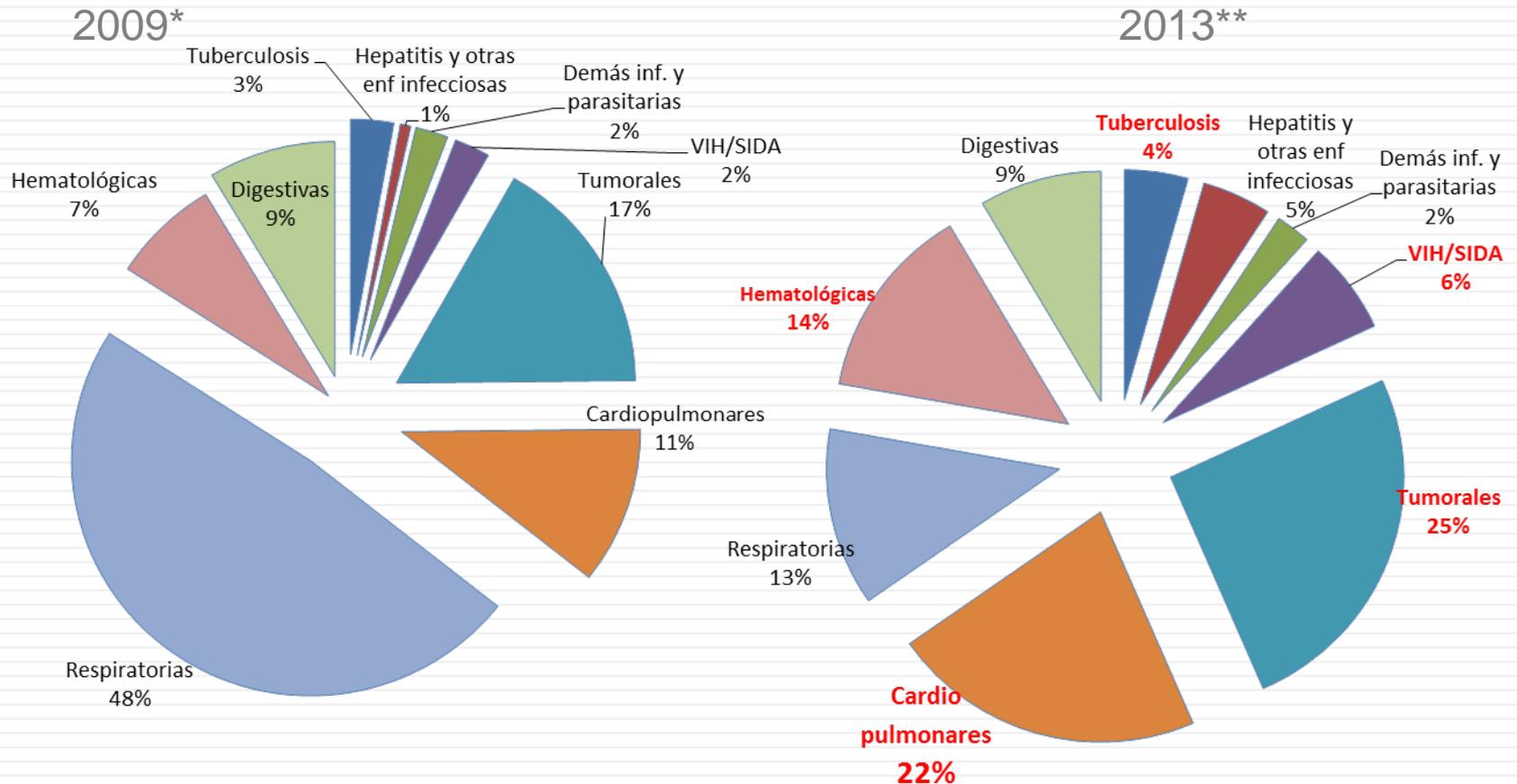
# Muertes maternas por causas obstétricas directas e indirectas, Nacional 2002\* - 2013\*\*



## CAUSAS OBSTÉTRICAS INDIRECTAS, 2013\*



## CAUSAS OBSTÉTRICAS INDIRECTAS, 2009\* vs 2013\*\*



Fuente: \* 2009 Información final DGIS/INEGI/ \*\*2013 Información preliminar DGIS  
Defunciones notificadas, por lugar de residencia

# México: Muertes maternas total y por causas obstétricas indirectas, 2002\* - 2013\*\*

AÑO	TOTAL DE DEFUNCIONES MATERNAS		CAUSAS INDIRECTAS (098, 099, B20-B24 + EMB., D392, F53)	
	ABS.	TOTAL %	ABS.	%
2002	1,309	100	192	14.7
2003	1,313	100	186	14.2
2004	1,239	100	203	16.4
2005	1,242	100	230	18.5
2006	1,166	100	230	19.7
2007	1,098	100	242	22.1
2008	1,119	100	241	21.5
2009	1,207	100	409	33.9
2010	992	100	261	26.3
2011	971	100	240	24.7
2012	960	100	257	26.8
2013	910	100	248	<b>26.4</b>

## Muertes maternas por causas obstétricas indirectas, Nacional 2002\* - 2013\*\*

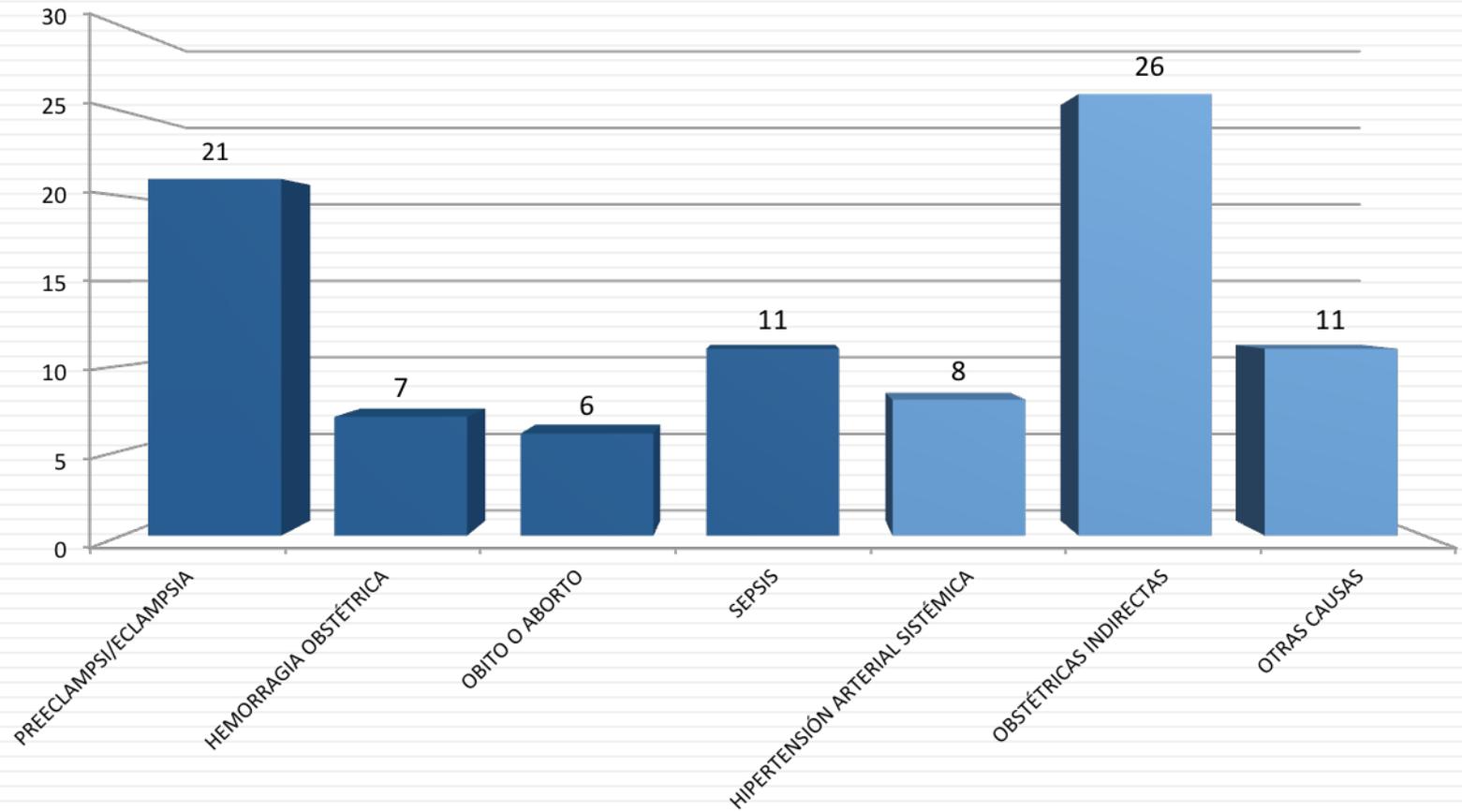
CAUSAS OBSTÉTRICAS INDIRECTAS (O98, O99, B20-B24 + EMB., D392, F53)						
AÑO	TOTAL		PRINCIPALES CRÓNICAS (O99, D392,F53)		INFECCIOSAS Y PARASITARIAS (O98,B20-B24 + EMB.)	
	ABS.	TOTAL %	ABS.	%	ABS.	%
2002	192	14.7	167	87.0	25	13.0
2003	186	14.2	165	88.7	21	11.3
2004	203	16.4	174	85.7	29	14.3
2005	230	18.5	189	82.2	41	17.8
2006	230	19.7	188	81.7	42	18.3
2007	242	22.1	214	88.4	28	11.6
2008	241	21.5	208	86.3	33	13.7
2009	409	33.9	375	91.7	34	8.3
2010	261	26.3	209	80.2	52	19.9
2011	240	24.7	201	83.8	39	16.3
2012	257	26.8	217	84.4	40	15.6
2013	248	26.4	203	81.9	45	18.1

## NÚMERO DE MUERTES MATERNAS TARDÍAS DE 2002- 2012



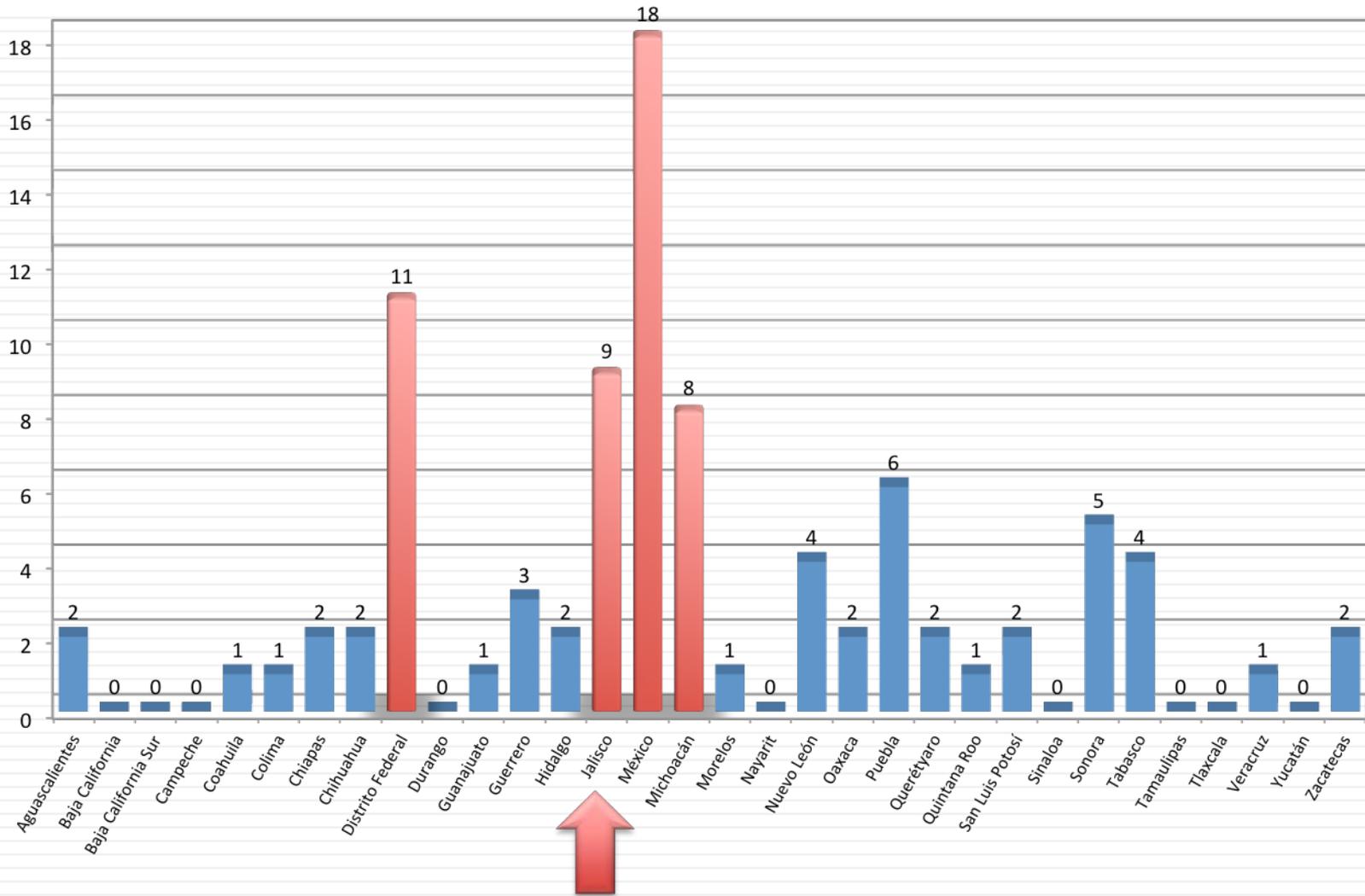
La muerte materna tardía (MMT) ocurrida posterior a los 42 días, hasta el 2013 no es cuantificada para el cálculo de la Razón de Muerte Materna, consideración internacional

## CAUSAS MUERTES MATERNAS TARDÍAS EN 2012



**TOTAL DE DEFUNCIONES TARDIAS: 90**

## MUERTES MATERNAS TARDÍAS EN 2012

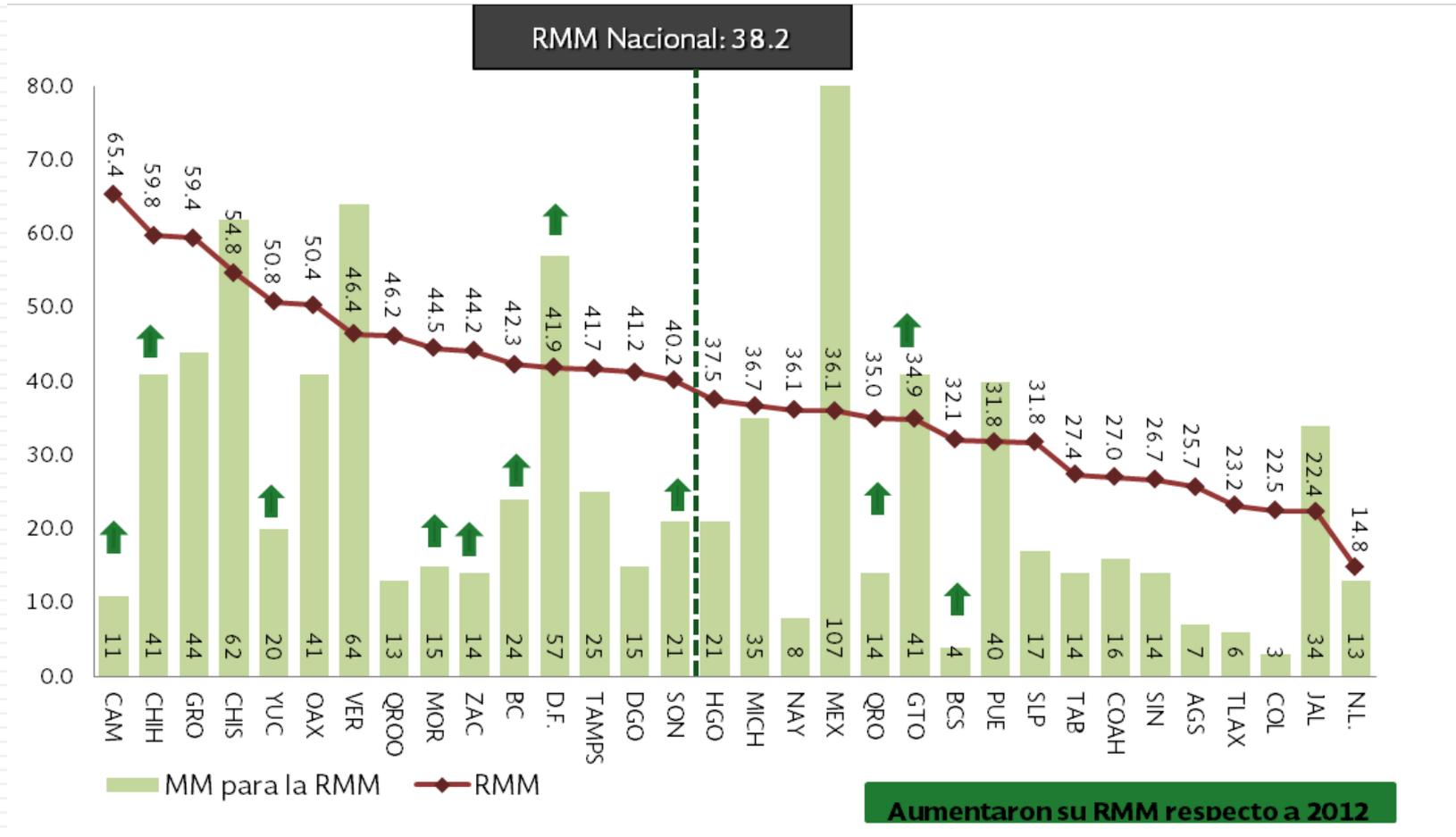


**TOTAL DE DEFUNCIONES TARDÍAS: 90**

Entidad de Residencia	MM p/RMM	RMM
CAM	11	65.4
CHIH	41	59.8
GRO	44	59.4
CHIS	62	54.8
YUC	20	50.8
OAX	41	50.4
VER	64	46.4
QROO	13	46.2
MOR	15	44.5
ZAC	14	44.2
BC	24	42.3
D.F.	57	41.9
TAMPS	25	41.7
DGO	15	41.2
SON	21	40.2
HGO	21	37.5

Entidad de Residencia	MM p/RMM	RMM
MICH	35	36.7
NAY	8	36.1
MEX	107	36.1
QRO	14	35.0
GTO	41	34.9
BCS	4	32.1
PUE	40	31.8
SLP	17	31.8
TAB	14	27.4
COAH	16	27.0
SIN	14	26.7
AGS	7	25.7
TLAX	6	23.2
COL	3	22.5
JAL	34	22.4
N.L.	13	14.8

# RMM POR ENTIDAD FEDERATIVA 2013



## Prioridades Política Nacional de Salud

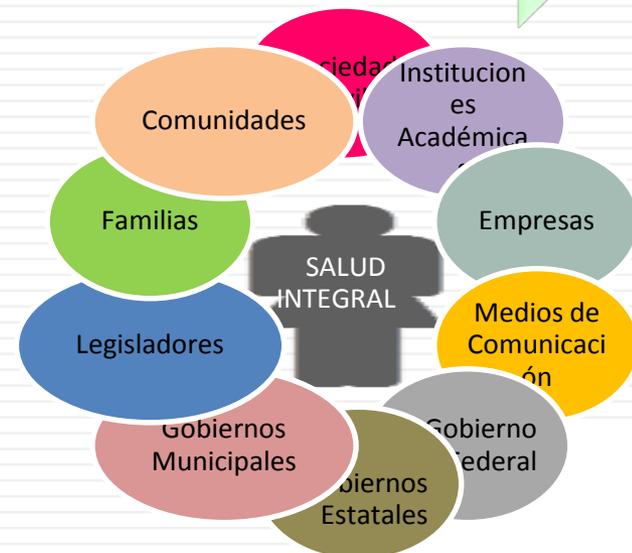
### Perspectiva de Género

Acceso Efectivo

Calidad y Seguridad

Prevención

- Visibilizar y mejorar la atención de los problemas de salud reproductiva que afectan a las mujeres y los hombres en el curso de la vida.
- Incidir en los factores de riesgo y con atención integral durante la línea de vida, con enfoque basado en los determinantes sociales, con pertinencia cultural, y efectiva coordinación multisectorial.



**1.-Salud Materna y Perinatal**

**2.-Planificación Familiar y Anticoncepción**

**3.-Salud sexual y Reproductiva para Adolescentes**

**4.-Cáncer de la Mujer**

**5.- Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género**

**6.-Igualdad de Género**

- Ha predominado la Normatividad con enfoque de gasto sobre el enfoque de resultados .....
- Incorporar la Evaluación como herramienta estratégica para la toma de decisiones
- Políticas basadas en evidencia científica, eficacia y efectividad
- Información del presupuesto 2014 – ejercicio y comprobación 2013 y 2014
- ¿Cómo obtener los mejores resultados con el presupuesto asignado?

- Sistematización de la BIRM.
- Focalización por municipios repetidores de muerte materna
- Suma de actores que participan en la reducción de la muerte materna
- Se ha colocado en las discusiones del CONASA
- Seguimiento de acuerdos

# Desaciertos

- En las supervisiones, revisión de casos confirmados de MM así como en casos que se han manejado en instituciones de segundo y tercer nivel se ha identificado que estas pacientes **no fueron consideradas de alto riesgo.**
- Es muy importante vincular y sensibilizar al personal de unidades de alta especialidad para la asesoría y consejería **en la anticoncepción en integración multidisciplinaria .**
- Es necesario incorporar en el manejo del “Triage” la capacitación de padecimientos infecciosos, hematológicos y de enfermedades crónicas en mujeres embarazadas.

# Desaciertos

- La evidencia científica en varios de los casos de enfermedades crónicas y embarazo, indican **la interrupción del embarazo** situación que debe ser analizada si se quiere evitar muertes maternas, integrando los **comités de ética funcionales**.
- Es necesario incorporar al análisis, las condiciones de salud y manejo de los **recién nacidos de estas madres complicadas para evitar mayor tragedia**.

## Estrategias para Reducir la Muerte Materna por Causas Indirectas 2014-2018

- Garantizar el correcto cuidado de la salud materna, elevando la calidad de la atención desde el primer nivel, priorizando la equidad desde la preconcepción hasta el puerperio, con capacitación, actualización y entrenamiento del personal de salud .
- Incrementar **la cultura en Salud Sexual y Reproductiva en la población** con énfasis en la planificación familiar y anticoncepción .
- Fortalecer la correcta integración de la red de atención para aplicar el plan de seguridad accesible y aceptable, la referencia oportuna, y la integración de los grupos de respuesta rápida ante la emergencia obstétrica con enfermedad concomitante.

## Estrategias para Reducir la Muerte Materna por Causas Indirectas 2014-2018

- Direccionar todas las causas de Morbi- mortalidad, a la cultura de la detección oportuna, atención Integral, efectiva, **preventiva y de calidad**, desde la preconcepción hasta el puerperio de forma y multi e inter disciplinaria.
- Fortalecer el Sistema Nacional de Salud que responda a las necesidades y prioridades de la mujer en el continuo de la línea de vida.

# Lecciones aprendidas

- Se requiere un ejercicio de planeación articulada
- Fortalecer los trabajos de supervisión y monitoreo en todas las entidades federativas
- Fortalecer el liderazgo de actores clave
- Brindar capacitación de gerencia a actores clave: Directivos hospitalarios, Jurisdiccionales y actores estatales
- Alineación de presupuestos y rendición de cuentas

# El enfoque de DDHH en la salud materna

Naciones Unidas

A/HRC/21/22



**Asamblea General**

Distr. general  
2 de julio de 2012  
Español  
Original: inglés

---

**Consejo de Derechos Humanos**

21º período de sesiones

Temas 2 y 3 de la agenda

**Informe anual del Alto Comisionado de las Naciones Unidas  
para los Derechos Humanos e informes de la Oficina  
del Alto Comisionado y del Secretario General**

**Promoción y protección de todos los derechos humanos,  
civiles, políticos, económicos, sociales y culturales,  
incluido el derecho al desarrollo**

**Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque  
basado en los derechos humanos a la ejecución de las  
políticas y los programas destinados a reducir la  
mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas  
a la maternidad**

**Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas  
para los Derechos Humanos**

## EL DERECHO A LA SALUD INCLUYE

- **La igualdad y la no discriminación**
- **La libertad de tomar decisiones sobre la propia salud**
- **La universalidad y equidad en el acceso a servicios (personal, bienes y servicios) oportunos, disponibles, accesibles, aceptables y de calidad.**
- **La participación y la rendición de cuentas Vigilancia y monitoreo Garantías de reparación del daño, de indemnización, de NO repetición.**

## EL DERECHO A LA SALUD INCLUYE:

- Planeación basada en Derechos Humanos
- Presupuestación basada en Derechos Humanos (principio de realización progresiva, principio de no regresividad)
- Rendición de cuentas operativa y presupuestaria

## Espacios institucionales de defensa y garantía de DDHH

Instancias internacionales que posibiliten la exigibilidad/justiciabilidad (CIDH, Comité de CEDAW). Importancia del litigio estratégico.

Instancias judiciales especializadas, efectivas, con perspectiva de género e interculturalidad.

Instancias institucionales del Sistema de Salud (especialmente en lo relacionado con sanciones administrativas y estrategias de no repetición

## Lo que se puede lograr

### **Cultura:**

- Avance hacia la igualdad de género
- Transformación social

### **Políticas:**

- Colocar la muerte/salud materna como un tema prioritario de derecho humano
- Mejorar un sistema de salud justo y equitativo

### **Justicia:**

- Precedentes legales
- Reparaciones para las víctimas



# QUE REPRESENTA LA RAZÓN DE MUERTE MATERNA Y SU IMPORTANCIA

*DRA. LILIANA MARTÍNEZ PEÑAFIEL*  
*DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD MATERNA Y PERINATAL*

Nov. 2014