



NACIONES UNIDAS

CEPAL

Distr.
LIMITADA
LC/R.2192
29 de septiembre de 2015
ORIGINAL: ESPAÑOL

**INFORME DE LA REUNIÓN SOBRE ARMONIZACIÓN DE LAS ESTIMACIONES
DE MORTALIDAD MATERNA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE:
AVANCES DE ESTUDIO PILOTO**

Santiago, 20 y 21 de noviembre de 2013

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

15-00875

ÍNDICE

	<i>Párrafo</i>	<i>Página</i>
A. PRESENTACIÓN.....	1	5
B. ASISTENCIA Y ORGANIZACIÓN DEL SEMINARIO.....	2-4	5
1. Lugar y fecha.....	2	5
2. Asistencia.....	3	5
3. Organización de los trabajos.....	4	5
C. TEMARIO.....	5	5
D. DESARROLLO DEL SEMINARIO.....	6-68	6
Sesión inaugural.....	6-14	6
1. Informe de avance.....	15-20	8
2. Análisis y discusión de estimaciones para los países piloto del grupo A.....	21-29	10
3. Análisis y discusión de estimaciones para los países piloto del grupo B.....	30-40	12
4. Presentación y discusión de recomendaciones del documento.....	41-49	14
5. Videoconferencia con MMEIG.....	50-56	17
6. Presentación por parte de países del grupo A.....	57	19
7. Presentación por parte de países del grupo B.....	58	19
8. Recomendaciones y acuerdos de la reunión.....	59-68	20
Anexo 1 Lista de participantes.....	-	23
Anexo 2 Programa.....	-	26

A. PRESENTACIÓN

1. La Reunión sobre Armonización de las Estimaciones de Mortalidad Materna en América Latina y el Caribe: avances de estudio piloto fue organizada por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y contó con el apoyo técnico y financiero de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

B. ASISTENCIA Y ORGANIZACIÓN DEL SEMINARIO

1. Lugar y fecha

2. La reunión tuvo lugar en el Aula 2 del ILPES de la sede de la CEPAL, en Santiago de Chile, los días 20 y 21 de noviembre de 2013.

2. Asistencia

3. Al evento asistieron representantes de los institutos nacionales de estadística y ministerios de salud de los ocho países del estudio piloto: Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, El Salvador, México, República Dominicana y Uruguay, de otros países de la región: Ecuador, Panamá, Paraguay y Perú, además de representantes de la OPS, el UNICEF y el CELADE¹.

3. Organización de los trabajos

4. La reunión estuvo dedicada a comparar y explicar los diferentes enfoques en la medición de la mortalidad materna, en particular las estimaciones nacionales y aquellas provenientes del Grupo Interagencial de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Materna (MMEIG).

C. TEMARIO

5. La reunión se desarrolló de acuerdo al siguiente temario²:

1. Informe de avance
2. Análisis y discusión de estimaciones para los países piloto del grupo A
3. Análisis y discusión de estimaciones para los países piloto del grupo B
4. Presentación y discusión de recomendaciones del documento
5. Videoconferencia con MMEIG
6. Presentación por parte de países del grupo A
7. Presentación por parte de países del grupo B
8. Recomendaciones y acuerdos de la reunión

¹ En el anexo 1 se presenta la lista de participantes.

² En el anexo 2 se presenta la agenda.

D. DESARROLLO DEL SEMINARIO

Sesión inaugural

6. En la sesión inaugural hicieron uso de la palabra el Oficial a cargo del CELADE-División de Población de la CEPAL, el Asesor Regional en Estadísticas Vitales y de Salud de la OPS/OMS, la Oficial de Monitoreo y Evaluación de UNICEF y la Asesora Regional en Salud Sexual y Reproductiva del UNFPA-LACRO.

7. El Oficial a cargo del CELADE inició su intervención saludando a los participantes de las agencias internacionales, a los delegados de las oficinas nacionales de estadística y de los ministerios de salud y a todos los presentes, y agradeció su interés en conversar sobre la armonización de las estimaciones de mortalidad materna en la región, previo a la rendición de cuentas en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

8. Seguidamente se refirió a la primera fase de este trabajo, realizado en 2011, como parte de las actividades del Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna GTR, conformada por la OPS, el UNICEF, el UNFPA y la CEPAL, siendo el CELADE el punto focal de la CEPAL en este tema. Indicó que el trabajo de la primera fase fue desarrollado por el CELADE junto con el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) y la OPS, y dio como resultado un documento y una nota conceptual, ambos disponibles en inglés y en español. Este fue un primer esfuerzo interinstitucional para facilitar la comprensión de los métodos y estimaciones del Grupo Interagencial para la Estimación de la Mortalidad Materna (MMEIG por sus siglas en inglés) y el Instituto para la Métrica y Evaluación de la Salud (IHME por sus siglas en inglés) y asistir a los países en la conciliación de sus cifras con dichas fuentes. Entre las conclusiones de la primera fase destacó:

- Para entender el por qué de las diferencias en las estimaciones es necesario tener acceso a los datos originales, a información de los ajustes realizados y a la metodología utilizada por cada entidad.
- Es importante desarrollar y fortalecer los sistemas de estadísticas vitales de la región.
- Deben asignarse recursos significativos al desarrollo de capacidades para la medición de la mortalidad materna y el fortalecimiento de los sistemas de información.
- Se deben apoyar trabajos que vayan más allá del cálculo de tasas y razones, para entender las causas de la mortalidad materna y el impacto de las intervenciones.

9. Apuntó a continuación que durante los dos días de la reunión se analizaría el informe de la segunda fase del estudio, que consistió en una revisión documental de los sistemas de estadísticas vitales y del registro de las muertes maternas, de los datos y métodos utilizados por cada país para su cálculo y de las divergencias de las metodologías nacionales con la metodología y los datos usados por el MMEIG, con el propósito de avanzar en la armonización de las cifras. Agradeció los posibles aportes de cara a la definición del trabajo del próximo año.

10. También se refirió a la Primera Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, realizada en agosto, y que culminó con el “Consenso de Montevideo”, donde se reafirmó que la mortalidad materna es una afrenta a los derechos humanos, se reconoció que las muertes maternas en su mayoría son prevenibles y que en su parágrafo 40 se acordó “eliminar las causas prevenibles de morbilidad y mortalidad materna, incorporando en el conjunto de prestaciones integrales de los servicios de salud sexual y salud reproductiva medidas para prevenir y evitar el aborto inseguro, que incluyan la educación en

salud sexual y salud reproductiva, el acceso a métodos anticonceptivos modernos y eficaces y el asesoramiento y atención integral frente al embarazo no deseado y no aceptado y, asimismo, la atención integral después del aborto, cuando se requiera, sobre la base de la estrategia de reducción de riesgo y daños”.

11. Recordó que el CELADE, con apoyo del UNFPA, ha realizado dos versiones del Curso Regional Intensivo de Análisis Demográfico (CRIAD), que tiene previsto iniciar la tercera versión a finales de agosto de 2014, e invitó a los institutos de estadísticas y a los ministerios de salud y de planificación a enviar a sus funcionarios a capacitarse en estos temas que acusan un importante déficit de especialistas en la región. Terminó agradeciendo la colaboración del UNFPA, la OPS y el UNICEF por apoyar la realización de la reunión, al MMEIG por su disposición a ser parte del evento mediante videoconferencia y a los delegados de las oficinas de estadísticas y de los ministerios de salud que respondieron a la convocatoria.

12. Luego el Asesor Regional en Estadísticas Vitales y de Salud de la OPS/OMS destacó el trabajo con los países de esta subregión de la OMS, independientemente del nivel de desarrollo de las estadísticas, que merece ser tomada en cuenta, y por ello esta iniciativa es muy bienvenida. Señaló que la OPS cuenta con dos áreas sustantivas en cuanto a medición: una es el Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva, ubicado en Montevideo, y otra es la Unidad de Análisis de Información en Salud, repositorio de las bases de datos de mortalidad de todos los países. Indicó que la región de las Américas debe hacer visible el trabajo que se realiza, es importante hacer un trabajo diferencial para la región, más allá de las comparaciones globales, pues existen países con alta cobertura de hechos vitales y buena calidad de los datos, por lo tanto no es justa la realización de un ajuste homogéneo. Asimismo existen países que están desarrollando metodologías que quieren compartir, fomentando la cooperación horizontal e intercambiando experiencias e ideas.

13. Intervino a continuación la Oficial de Monitoreo y Evaluación del UNICEF, que tiene presencia en alrededor de 24 países, con los cuales tiene firmados programas de cooperación, algunos de ellos de renta media, y todos han priorizado la reducción de la mortalidad materna. Señaló que muchos de los países han demandado dos cosas: el desarrollo de sistemas de captura de información, un gran reto porque además de contar con los sistemas propiamente dichos buscan calidad de la información; y el uso de la información en el proceso de formulación de políticas públicas y programas. Indicó que muchos países han planteado la necesidad de pasar de estudiar la mortalidad materna únicamente con la estimación de la tasa de mortalidad, y considerar que está relacionada con factores sociales, económicos, ambientales propios de cada país. Asimismo apuntó la importancia de abordar el tema no solo a nivel nacional, sino también estudiarla a partir de los grupos vulnerables, como mujeres con discapacidad, mujeres migrantes, mujeres indígenas. Destacó que el UNICEF seguirá colaborando con los institutos nacionales de estadísticas de la región en el desarrollo de metodologías de estimación y su estandarización; y que esperaba que la reunión ayude a llegar a consensos.

14. La Asesora Regional en Salud Sexual y Reproductiva del UNFPA-LACRO expresó su interés por escuchar los debates, discusiones, conclusiones, recomendaciones de los países en cuanto a la medición de la mortalidad materna, además el uso de los datos para una mejor toma de decisiones, y monitorear uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), siendo la mortalidad materna la expresión más importante de la desigualdad e inequidad de los países de la región. Agradeció a los presentes su compromiso y a las instituciones organizadoras la posibilidad de hacer un trabajo conjunto y mirar el tema de las estimaciones de la Razón de Mortalidad Materna (RMM) desde distintos ángulos e ir perfeccionando la metodología para su medición y monitoreo. El mandato del UNFPA está centrado en dos grandes áreas: promover la

salud sexual y reproductiva de las poblaciones (mujeres, hombres, adolescentes y jóvenes); y generar evidencia y producir datos para mejorar la toma de decisiones. Señaló que la reunión permitiría tomar decisiones conjuntas que posibilitarán mejorar el trabajo e identificar áreas críticas para movilizar asistencia técnica y apoyo. La experticia acumulada en la región es de alto nivel, por tanto en el diálogo convocado por el CELADE con apoyo de las otras instituciones organizadoras es central para contar con información que ayude a una mejor toma de decisiones y al monitoreo de este indicador clave no solo para el logro de los ODM sino también para lo que se viene a futuro, la discusión de la agenda de desarrollo post 2015 y Cairo+20, finalizó.

1. Informe de avance

15. La primera sesión fue moderada por el Oficial a cargo del CELADE-División de Población de la CEPAL. La Asesora Regional en Demografía e Información sobre Población de la misma división expuso sobre el Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna, cuyos miembros son Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Population Council, Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Confederación Internacional de Matronas (ICM), Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), y su rama en América Latina (FLASOG), entidad de las Naciones Unidas para la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer (ONU Mujeres), Grupo Parlamentario Interamericano sobre Población y Desarrollo (GPI), International Planned Parenthood/Región del Hemisferio Occidental (IPPF/RHO), Banco Mundial y Maternal and Child Health Integrated Program (MCHIP), cuyo consejo ejecutivo está conformado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Se refirió a las dos fases del proyecto: durante la primera fase se publicó el documento técnico “*Maternal Mortality Estimates in Latin America and the Caribbean*” (versiones en inglés y español, tanto del documento completo como del resumen); y durante la segunda fase, considerando que el progreso de los países en los ODM se reporta a nivel nacional con base en sus estadísticas oficiales y a escala internacional a partir de las estimaciones del MMEIG, se propuso un programa de trabajo (CELADE, UNFPA, OPS y posteriormente UNICEF) para seleccionar un conjunto de países y desarrollar un estudio piloto, comparar y analizar las metodologías y estimaciones provenientes del MMEIG y de fuentes nacionales, documentar las divergencias encontradas, llegar a recomendaciones preliminares para discusión y alcanzar acuerdos tendientes a la armonización de las cifras.

16. La oficial del CELADE señaló después que para el estudio piloto se trabajó con datos del Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, El Salvador, México, la República Dominicana y el Uruguay, cuya selección obedeció a dos criterios. Primero se consideró que el MMEIG utiliza dos distintos métodos de estimación en la región dependiendo de la calidad de los datos del registro civil de cada país (de los 8 países del estudio piloto 5 pertenecen al grupo A y 3 al B). Para ello clasifica a los países en tres grandes grupos:

- Grupo A: países con buenas estadísticas de mortalidad (cobertura de al menos 85% y codificación errónea de causas de muerte menor al 20%). El MMEIG estima directamente la RMM ajustando los datos de origen por un factor determinado.
- Grupo B: países que no cuentan con buenos datos del registro civil pero sí con otras fuentes de información. El MMEIG usa un modelo de regresión para estimar la proporción de muertes maternas.
- Grupo C: países con fuentes de datos inadecuados (ningún país de América Latina y el Caribe pertenece a este grupo).

El segundo criterio considera que las estimaciones más recientes del MMEIG y del IHME difieren en la tasa de descenso de la RMM, pues el grupo interagencial estima una disminución más rápida en siete países de la región (Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Colombia, Haití, Honduras, México y Nicaragua), el IHME calcula que esa disminución será más rápida en otros ocho países (Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Panamá, Paraguay y Venezuela (República Bolivariana de)), y ambas fuentes coinciden en que para cinco países el ritmo de descenso será similar (Argentina, Chile, Perú, República Dominicana y Uruguay).

17. La asesora del CELADE se refirió al documento “*Hacia la armonización de las estimaciones de mortalidad materna en América Latina. Hallazgos de un estudio piloto en ocho países*”, elaborado durante la segunda fase, y que está organizado en cuatro partes. En la primera se define el problema y se plantea la respuesta del CELADE y el grupo de trabajo regional. En la segunda, se analiza el panorama metodológico en relación con la producción de estadísticas de mortalidad materna, se presenta la comparación entre las cifras reportadas por el MMEIG y aquellas informadas por los países para cada grupo. En la tercera se describe el estado del arte en la producción de las cifras sobre mortalidad materna en cada país y se hace una comparación más detallada. Y en la cuarta parte se ofrecen recomendaciones generales apuntando a la armonización de las cifras. Recordó que la medición de la mortalidad materna no es tarea fácil, pues existen problemas en la recolección y el procesamiento de los datos (los países con mayor incidencia son justamente los que tienen mayores problemas de fiabilidad y exactitud de datos). Resaltó dos preocupaciones al usar información sobre muertes maternas de los sistemas de registro de hechos vitales: el subregistro y la mala clasificación.

18. La expositora destacó que las estadísticas nacionales sobre mortalidad materna distan de las estimaciones internacionales. Por ejemplo, para el año 2008, según las cifras gubernamentales ocurrieron 5.670 defunciones maternas en América Latina, 7.400 según el MMEIG y 8.263 según el IHME. Para finalizar apuntó que los encargados de la toma de decisiones cuentan con tres fuentes de estimación de la mortalidad materna: MMEIG, IHME y cifras nacionales oficiales (las últimas compiladas y publicadas por la OPS), y con ello de tres diferentes cálculos de su nivel y progreso para el período 1990-2010 y de tres estimaciones diferentes del logro del ODM 5A, con las implicaciones programáticas y políticas que ello conlleva.

19. A continuación, la Asesora Regional en Salud Sexual y Reproductiva del UNFPA-LACRO comentó el informe presentado recordando los objetivos del trabajo: revisar los datos de los países, identificar las diferencias entre las estimaciones de las diferentes fuentes, reconocer la situación de las estadísticas vitales en la región y entender los procesos de los países para el monitoreo de la RMM. Resaltó la existencia de grupos de países con diferencias importantes en cuanto a las fuentes de información y la calidad de los datos, por lo cual es relevante que los representantes de los países y los expertos trabajen conjuntamente para plantear recomendaciones con miras a avanzar en la mejora de la información. Se refirió a la búsqueda de una mejor comprensión de la mortalidad materna en términos de causas, números y respuesta. Muchos países han hecho grandes avances para fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica, pero a pesar de ello deben recurrir a distintas metodologías ya que no existen las condiciones para estimar la mortalidad materna con base en información de dichos sistemas. Resaltó que la importancia de vincular la RMM con el sistema de vigilancia epidemiológica radica en que permite tener una mejor comprensión de la mortalidad materna a nivel país y a nivel regional, además de proporcionar el porcentaje de muertes prevenibles, cuya reducción es la gran consigna en cuestión de mortalidad materna. Para ello, indicó, es clave tener sistemas de vigilancia que complementen las estimaciones, porque coadyuvará a mejorar las fuentes de información, conocer las causas, analizar la situación y tomar decisiones con base en evidencia. Sobre el documento, señaló que refleja algunos de los aportes de los sistemas de vigilancia para el

mejoramiento de las fuentes primarias de información. No obstante, afirmó, los esfuerzos realizados no son suficientes por el subregistro y la mala clasificación que presentan las estadísticas vitales en general.

20. La experta del UNFPA-LACRO adelantó que se realizaría una videoconferencia con el MMEIG, en cuyo diálogo manifestó no puede quedar fuera la falta de datos, que obliga a la realización de estimaciones, aunque no sean perfectas. Recalcó que muchos de los países de la región presentarán sus avances, y que esperaba que al final de la reunión los asistentes planteen recomendaciones y sugerencias para fortalecer el trabajo tanto dentro de los países como a nivel regional. De la mala clasificación, resaltó que es un gran problema, que posiblemente surge de los proveedores de salud que no están llenando adecuadamente los certificados de defunción, y pidió que igualmente esbozaran recomendaciones al respecto. El certificado de defunción es una fuente importante de los sistemas de vigilancia epidemiológica, así como el uso adecuado del casillero donde se registra si la mujer estaba o no embarazada al momento del fallecimiento. Expresó que el escenario es complejo y hay que trabajar para articular e integrar los elementos, tanto fuera como dentro de los centros de salud; fortalecer grupos con participación de múltiples actores, pues ello se plasmará directamente en la cobertura y calidad de los datos. Finalizó apuntando que la armonización es central, dado que se está monitoreando uno de los ODM que refleja la condición en la que viven las poblaciones y particularmente las mujeres y las poblaciones más excluidas, que tener el número es importante, al igual que conocer en profundidad las causas de las muertes maternas.

2. Análisis y discusión de estimaciones para los países piloto del grupo A

21. La segunda sesión fue moderada por un experto en demografía del CELADE-División de Población de la CEPAL. La Oficial asociada de Asuntos de Población de la misma división realizó la exposición sobre metodología y resultados para los países del grupo A. Recordó que la CIE-10 define como muerte materna “La muerte de una mujer mientras que está embarazada o dentro de los 42 días de terminar un embarazo, independientemente de la duración y la localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales”. A través de un cuadro, presentó un resumen metodológico de la producción de estadísticas de mortalidad materna. Destacó que 3 de los 8 países considerados en el estudio piloto reportaron contar con certificados de defunción en conformidad con las recomendaciones de la OMS (Brasil, Cuba y México), que en 5 de ellos la notificación obligatoria de muertes maternas es parte de la estrategia de reducción de mortalidad materna (Costa Rica, Cuba, El Salvador, México y Uruguay), que 7 cuentan con sistemas de vigilancia epidemiológica de muertes maternas, que 4 han implementado la BIMM (Brasil, Chile, Cuba y México), que 4 países investigan solamente las causas de las muertes clasificadas como maternas (Costa Rica, El Salvador, República Dominicana y Uruguay) (en el Brasil y México se investigan además aquellas cuya causa ha sido clasificada como que podría estar enmascarando una muerte materna, y en Chile todas las causas excepto las de los capítulos XIX y XX), que 3 países realizan estudios RAMOS (Reproductive Age Mortality Survey) (Brasil, Chile, México), que el rango etario más comúnmente usado por los países piloto es de 10 a 54 años de edad (Cuba es el único país que restringe sus estadísticas y estudios al rango etario 15-49, el utilizado por el MMEIG), y que únicamente Chile indica claramente que las cifras de muertes maternas incluyen los códigos O96 y O97 (El Salvador presenta una peculiaridad, pues no especifica la inclusión de los citados códigos, pero sí informa claramente que las muertes por envenenamiento autoinfligido están incluidas en el estudio de línea de base dada la alta frecuencia de estos eventos en el país, siempre y cuando la investigación confirma que el evento se debió a un embarazo) (Cuba y México revelan que sus cifras no incluyen estos códigos).

22. Seguidamente la expositora se refirió a la metodología utilizada por el MMEIG para los países del grupo A, aquellos con buenas estadísticas vitales y donde es posible estimar la mortalidad materna para todo el período 1990-2010. El MMEIG estima la RMM casi directamente para los años terminados en 0 y 5 empleando la siguiente fórmula:

$$RMM = \frac{\text{Muertes maternas} \times 100.000}{\text{Nacimientos}}$$

donde las muertes maternas son tomadas de la OMS y los nacimientos de la División de Población. Resaltó que previamente los datos originales son ajustados para corregir la no declaración de la edad, el subregistro y la mala clasificación. En el primer caso se hace una distribución proporcional de las muertes con edad desconocida, en el segundo se aplica factor individual para cada país, y en el último se multiplica la cifra de muertes maternas por 1,5 (factor por defecto, mediana de todos los estudios disponibles) o por un factor específico para el país si hubiera evidencia adecuada disponible. Presentó un gráfico con estimaciones de la RMM nacionales y del MMEIG, y un cuadro con su decremento entre el primer y el último período. Destacó que en general las estimaciones obtenidas por el MMEIG exceden las nacionales (en promedio 45% más altas), aunque la estimación de sus tendencias es cercana al cálculo nacional.

23. La experta del CELADE mostró gráficos que permitieron comparar las cifras de muertes maternas provenientes de diferentes fuentes para los cinco países del estudio piloto pertenecientes al grupo A. Los valores deberían ser idénticos, excepto por las diferencias en la definición que conciernen a las defunciones maternas tardías, pero sin embargo se aprecian notables diferencias. Dichas diferencias requieren de un diálogo entre los países y la OMS, señaló, y que un punto de partida sería la videoconferencia. Presentó un gráfico con las diferencias relativas en muertes maternas, tomando como base la cifra oficial del país y comparándola con la del MMEIG. En dicho gráfico, se advirtió que en Costa Rica la diferencia se ha mantenido constante alrededor de 60%, en Chile fue 50% (excepto el último período), en Cuba aumentó a partir de 1998-2002, en el Uruguay se apreciaron saltos bruscos debido al reducido número de muertes maternas, y en México una baja a partir de 1998-2002. Concluyendo, se refirió a las cifras de nacimientos, indicando que igualmente en algunos casos existe acuerdo entre las estimaciones del MMEIG y las cifras nacionales, como por ejemplo en Chile y Costa Rica, pero que sin embargo otros presentan diferencias significativas, como Cuba, México y Uruguay. Para México en los dos últimos períodos, el MMEIG estimó cifras de nacimientos mayores; para el Uruguay las estimaciones del MMEIG resultaron 6% por encima de las cifras nacionales, y en el caso de Cuba el comportamiento es errático.

24. Al término de la presentación, el moderador aclaró que, de los países del grupo, considerados en el estudio piloto, Costa Rica es el único donde se hace un ajuste por subregistro, y que las cifras de nacimientos que se utilizan provienen de las estimaciones de la División de Población de las Naciones Unidas.

25. En el espacio de discusión, un participante de Cuba se refirió a los códigos O96 y O97, es decir a las muertes tardías y a las que provienen como secuela de causas obstétricas, pues para la armonización de las estimaciones expresó que era necesario tener consensuada su inclusión o no. Personalmente abogó porque no se incluyan, para que la serie histórica del país no se vea comprometida, ya que en la CIE-9 no existían dichos códigos, y porque la propia definición de muerte materna de la OMS no las considera, además de la dificultad de medirlas.

26. Uno de los representantes de la CEPAL aclaró dos puntos. El primero fue las discrepancias en los indicadores de mortalidad materna, indicando que uno de los factores que influyen en ello

es el uso de estimaciones por parte de las Naciones Unidas, pues los países están pidiendo que se utilicen las estimaciones nacionales, pero para ello es necesario todavía fortalecer el trabajo interagencial; el otro punto fue el referente al ajuste, ya que muchos países indican que los datos que remiten ya han sido ajustados (por cobertura y mala clasificación), y que por tanto se dan situaciones de doble ajuste que generan mayores discrepancias.

27. Dos aspectos que apuntó uno de los representantes de la República Dominicana fueron la necesidad de trabajar primero a nivel país, hay casos en que una misma institución en poco tiempo ha proporcionado dos diferentes estimaciones, y la necesidad de especificidad en los modelos de estimación empleados, ya que mientras una variable para un país refleja efectos netos para otro puede estar reflejando efectos confundidos.

28. La representante del Paraguay se refirió a la necesidad de estandarizar el grupo etario que se considera para el análisis de la mortalidad materna, puesto que el considerar diferentes repercute directamente en la comparabilidad de las estimaciones a nivel regional.

29. El tema de contar con un valor fijo para 1990 fue abordado por uno de los representantes del Brasil, quien indicó que ello impacta en la medición del logro del ODM 5. Asimismo se refirió a la metodología que se aplica, señalando que sugiere que no cambie mucho y que el modelo considere los avances alcanzados por los países.

3. Análisis y discusión de estimaciones para los países piloto del grupo B

30. La tercera sesión fue moderada por la Oficial asociada de Asuntos de Población del CELADE-División de Población de la CEPAL. La presentación estuvo a cargo de un experto en Demografía de la misma división, quien explicó los aspectos que determinan que un país sea clasificado dentro del grupo B, como contar con un registro civil con cobertura menor al 85% (por lo menos 3 años), codificación errónea de causas de muerte mayor al 20% (por lo menos 3 años) o una serie incompleta. Mediante un gráfico mostró los países de la región que pertenecen al grupo A y al B. Asimismo presentó tres gráficos con estimaciones de la RMM para el Brasil, El Salvador y la República Dominicana para los periodos 1988-1992 y 2007-2010 con base en datos nacionales y del MMEIG, donde además se calculó el decremento relativo entre dichos periodos en los casos que fue posible.

31. El expositor presentó la fórmula empleada para la estimación de la RMM de los países del grupo B:

$$RMM = D/B \times PMD$$

donde D son las defunciones de mujeres entre 15 y 49 años, B son los nacimientos y PMD la proporción de defunciones maternas. Además presentó ejemplos de dicho cálculo para el Brasil, El Salvador y la República Dominicana, y resaltó el hecho de que las defunciones son obtenidas a partir de las tasas de las tablas de vida de la OMS y los datos poblacionales de la UN DESA (The United Nations Department of Economic and Social Affairs), y los nacimientos de la UN DESA. Luego mostró la regresión lineal utilizada para determinar la proporción de muertes maternas:

$$\ln(PMD) = 2.798 - (0.2815 \times \ln(\text{PIB})) + (1.717 \times \ln(\text{TFG})) - (0.8620 \times \text{SAB}) + \text{Efecto País} + \text{Efecto Región}$$

y ejemplificó su aplicación para Brasil (1990). Comentó el cálculo de la RMM para el Brasil, El Salvador y la República Dominicana, donde se aprecia el decremento en los mencionados periodos. Concluyó su intervención mostrando para los citados tres países gráficos en los que se

pudo observar el impacto de cada uno de los componentes en la reducción de la PMD. Destacó que en los tres países la reducción de la TFG es factor importante (73% en El Salvador, 63% en el Brasil y 60% en la República Dominicana). En segundo lugar queda el crecimiento del PIB en la República Dominicana con el 33%, y el incremento de la cantidad de nacimientos asistidos por personal calificado en el Brasil con el 25%.

32. Terminada esa intervención, la moderadora abrió un espacio de discusión. Una representante de El Salvador indicó que en su país se auditan el 100% de las muertes maternas y que por tal motivo no considera que sea clasificado dentro del grupo B, que habrían superado la meta de 52,8 muertes el año 2010. Adicionalmente hizo alusión a las muertes maternas indirectas, más precisamente a los suicidios femeninos, por su alta incidencia en el país, e indicó que se realiza una prueba de embarazo a toda mujer que se suicida.

33. La representante del Paraguay señaló que en los últimos años se ha registrado una mayor cantidad de muertes maternas debido a que mejoró el registro, lo cual no se refleja adecuadamente en una mayor reducción del indicador para el logro del ODM 5, pero que sin embargo es un avance en cuanto a cobertura.

34. El participante de la República Dominicana enfatizó que a pesar que los esfuerzos realizados por los países en lo que a vigilancia se refiere son importantes, no sustituye a las estimaciones, y que en consecuencia un aporte del grupo sería establecer una metodología de estimación, porque no existe homogeneidad en la región a este respecto.

35. Uno de los representantes del Brasil expresó su preocupación porque su país está clasificado dentro del grupo B, y respecto de la meta para 1990, porque se ha reconstruido la serie histórica y en los últimos años se ha hecho un exhaustivo trabajo de vigilancia, que ha permitido incrementar en un 30% la cifra inicial de muertes maternas. Al respecto señaló que, debido a que menos de 5.000 de los 20.000 “cementeros” existentes en el país eran legales y que muchos de ellos no contaban con ningún tipo de información de las personas enterradas, hace un tiempo se facilitó los libros de registro, cuyo llenado es responsabilidad del encargado, y que producto de tal esfuerzo en los últimos años el registro de defunciones en el país mejoró notablemente su cobertura.

36. En su momento, una de las participantes de México advirtió que la tendencia presenta una clara baja, pues el país hasta 2001 utilizaba cifras estimadas, ya que no aplicaba la Búsqueda Intencionada de Muertes Maternas (BIMM), y que a partir de 2002 se emplea un factor de ajuste de 1 y que a pesar de ello el registro de las muertes maternas no es perfecto. La participante de México apuntó que el 30% de las defunciones que se tienen registradas en los últimos años estaban inicialmente mal clasificadas (no identificadas como maternas).

37. Seguidamente habló una representante del Ecuador sobre la importancia de hacer comparable la metodología empleada por los diferentes países de la región. Mencionó la importancia de la revisión de las diferentes fuentes de información existentes en los países, para que se evite la obtención de estimaciones diferentes debido al uso de una y otra fuente.

38. Una participante de Costa Rica destacó los esfuerzos que están haciendo los países para mejorar el registro de las muertes maternas, por ejemplo a través de convenios interinstitucionales, pero apuntó que tales esfuerzos no son plasmados en estudios científicos como RAMOS e invitó a los asistentes a enfocarse en tal tarea.

39. La representante de Chile afirmó que su país hace seguimiento a todas las muertes femeninas de 10 a 54 años de edad (con excepción de las muertes violentas), se ha dado el caso

de mujeres con tumoración cuyo fallecimiento se debió en realidad a una causa materna. Señaló que se coteja la información contenida en la base de defunciones con la de otras fuentes como el Registro Poblacional de Cáncer y los egresos hospitalarios, entre otras, y destacó la existencia de un convenio tripartito entre el INE, el Ministerio de Salud y el Registro Civil.

40. Al finalizar la sesión, la Asesora Regional en Demografía e Información sobre Población del CELADE-División de Población de la CEPAL enfatizó que, a pesar de la mejora generalizada del registro de muertes maternas en la región, es importante efectuar una evaluación de la cobertura de dicho registro, para estandarizar la metodología utilizada para tal efecto.

4. Presentación y discusión de recomendaciones del documento

41. La cuarta sesión del seminario fue moderada por el Asesor Regional en Estadísticas Vitales y de Salud de la OPS/OMS. La presentación estuvo a cargo de la Asesora Regional en Demografía e Información sobre Población del CELADE-División de Población de la CEPAL, quien sobre el documento planteó:

- El estudio realizó un examen del estado del arte en la producción de cifras sobre mortalidad materna en los países piloto.
- Permite una mejor comprensión del efecto en el cálculo de la razón de mortalidad materna de los ajustes del número de muertes maternas, el número de muertes femeninas en edad reproductiva, la proporción que corresponde a las maternas y el número de nacimientos.
- Las cifras nacionales esconden grandes diferencias dentro de los países, tanto entre regiones como entre grupos sociales.
- En América Latina, las razones del subregistro y la mala clasificación de las defunciones maternas incluyen la falta de certificación o registro en zonas pobladas por indígenas o en zonas remotas, además de barreras culturales, económicas y geográficas.
- En los sectores más vulnerables es necesario facilitar el acceso a diagnóstico oportuno, asistencia en caso de violencia de género, e institucionalizar los partos.

42. La expositora apuntó algunas recomendaciones específicas para cada uno de los países incluidos en el estudio piloto:

BRASIL:

- Expandir la investigación de defunciones femeninas en las regiones norte y noreste.
- Implementar la BIMM en todas las regiones del país.
- Que la documentación sea concisa, o fácilmente identificable, en cuanto a los resultados de calidad.

CHILE:

- Documentar y publicar los procedimientos y resultados de la implementación del BIMM desde 2002.
- Mayor uso de las auditorías de defunciones maternas, fetales e infantiles existentes (del total de las muertes maternas en 2010, solo la mitad fueron notificadas mediante auditoría, y dicha proporción fue aún menor en años previos).
- Incluir en el certificado de defunción una variable que indique si la fallecida estaba embarazada, si lo había estado recientemente o si había dado a luz, para una mejor clasificación de la causa de muerte.

COSTA RICA:

- Realizar un estudio para estimar la proporción de defunciones clasificadas erróneamente.
- Se sugiere actualizar el estudio utilizado para ajustar por subregistro.

CUBA:

- Investigar si las diferencias con el MMEIG son resultado de la inclusión de los códigos O96 y O97.
- Se recomienda replicar el estudio realizado en 2005 para actualizar el conocimiento sobre defunciones femeninas.
- Es necesario revisar las hipótesis de fecundidad de las proyecciones para armonizar las cifras de nacimientos.

EL SALVADOR:

- Implementar la BIMM.
- Fortalecer las capacidades de los establecimientos de salud para producir información estadística.

MÉXICO:

- Buscar homogeneizar la implementación de la BIMM en el país.
- De manera periódica, verificar la clasificación de la causa de muerte de la totalidad de las defunciones de mujeres en edad reproductiva.

REPÚBLICA DOMINICANA:

- Formular reglas y procedimientos para la recopilación de información sobre mortalidad materna.
- Fortalecer la capacidad de los establecimientos de salud para producir información estadística (parece haber más de una fuente al interior de cada institución).

URUGUAY:

- Implementar la BIMM (buena cobertura de defunciones y reducido número de muertes maternas).
- Es necesario revisar las hipótesis de fecundidad de las proyecciones para armonizar las cifras de nacimientos.

43. Posteriormente la expositora del CELADE resaltó algunas recomendaciones generales orientadas a la armonización de las estimaciones y la mejora en la medición. Para armonizar indicó que es importante documentar y publicar, remitir documentación al MMEIG y revisar las hipótesis de fecundidad y las cifras de nacidos vivos, y para mejorar la medición es necesario establecer la obligatoriedad de la notificación de muertes maternas por parte de los establecimientos de salud y las oficinas de registro civil, elaborar manuales y capacitar al personal. Mencionó algunas acciones futuras, como la difusión de los resultados, conclusiones y recomendaciones presentadas en el documento y las que emanen de la reunión, la construcción de un repositorio central de datos sobre mortalidad materna tomando como referencia la labor del IGME para mortalidad en la niñez y replicar el proceso realizado con los países del estudio piloto en toda la región incorporando las lecciones aprendidas.

44. En seguida, el moderador abrió el espacio de discusión. Uno de los representantes del Brasil se refirió a los esfuerzos que realiza su país por mejorar la cobertura del registro de nacimientos y defunciones de la población indígena, conformada por 800.000 de los 200.000.000 de habitantes del país. Dichos datos entran directamente al Sistema de Información y se realiza la vigilancia de las defunciones maternas e infantiles. Asimismo señaló que en un trabajo realizado en 2010 se encontró

que la cobertura era del 20%, que se incrementó a 80% y que se continuará trabajando hasta alcanzar el 100%.

45. La representante del Uruguay apuntó que es loable que muchos de los países estén auditando las defunciones maternas, pero señaló que para tener cifras comparables es necesario estandarizar la medición.

46. En ese mismo sentido, una representante de Costa Rica indicó que para ello es importante homogeneizar la inclusión o no de la O96 y O97 y el rango de edad considerado para la BIMM.

47. La participante de México se refirió a un trabajo programado para 2014, una especie de evaluación de la evaluación. Afirmó que, por más grandes que sean los esfuerzos que se realicen, siempre existirán muertes maternas no identificadas como tales. Asimismo expresó su preocupación por el incremento en el factor de ajuste asignado a México para la publicación del siguiente año.

48. Sobre el mismo punto, la Asesora Regional en Salud Sexual y Reproductiva del UNFPA-LACRO señaló que es importante que los países que estén haciendo el trabajo de estimación del factor de ajuste den a conocer tal esfuerzo al grupo interangencial, para tender hacia la armonización. Hizo referencia a las causas de muerte materna, ya que la OMS sacó la CIE-10 MM, donde se reconoce el suicidio debido al embarazo como causa directa de muerte materna, e indicó que trajo a colación dicho punto porque es importante hacer el seguimiento de esos casos y aplicar la nueva guía dada su cada vez mayor incidencia en varios de los países de la región donde el aborto es ilegal. Para terminar señaló que durante una reunión celebrada la semana anterior, se acordó considerar para el Sistema de Vigilancia el rango de 10 a 49 años, el cual también figurará en la nueva Guía de Vigilancia Epidemiológica y Respuesta para la Muerte Materna.

49. Luego de la discusión se procedió con una dinámica de trabajo en dos grupos, uno coordinado por la Asesora Regional en Demografía e Información sobre Población del CELADE-División de Población de la CEPAL y el experto en Demografía de la misma división, y el otro por la Oficial de Monitoreo y Evaluación del UNICEF y la Oficial asociada de Asuntos de Población del CELADE. Como parte de dicha dinámica, cada grupo elaboró una batería de preguntas que serían formuladas al MMEIG durante la videoconferencia programada para el día siguiente, como:

GRUPO A:

- ¿A qué se refieren la “clasificación errónea”? ¿Se refiere a las muertes maternas mal definidas por los “códigos basura” o solo a las mal clasificadas?
- ¿Por qué se escogió el umbral de 20% de mala clasificación para definir los grupos A y B? ¿Qué fuente utiliza el MMEIG para estos datos en cada país?
- ¿Por qué el MMEIG ajusta la cobertura del registro de defunciones solo en Costa Rica y para ningún otro país del grupo A?
- ¿Existe algún documento o lista de requisitos del MMEIG sobre el tipo de evidencia que se debe presentar para cambiar el factor de ajuste por mala clasificación? Algunos países han tenido éxito (como México) y otros no. ¿A quién debe ser remitida?
- Para los países (como México) para los que el MMEIG está utilizando el factor de ajuste por mala clasificación del país, ¿en qué se basa el MMEIG para cambiar el factor de ajuste? En México, parece que el factor se ha incrementado para la revisión 2014.
- ¿Por qué las muertes clasificadas como tardías o por secuelas (O96 y O97) se incluyen para el cálculo de la RMM, a pesar de que la definición de la CIE-10 las excluye?

- En los países del grupo A, la guía de la OMS sobre medición de la mortalidad materna no se ha implementado en la región debido a: (1) objeciones a para no tomar en cuenta la información proporcionada en la parte 2 del certificado de defunción con información sobre embarazo, parto y puerperio, (2) mientras hay un consenso de que debemos prestar la debida atención a los suicidios de mujeres embarazadas y postparturientas. Si vamos a agregarlos al numerador de la RMM sería necesario revisar las definiciones oficiales de la CIE-10 para mortalidad materna.

GRUPO B:

- ¿Cómo fueron seleccionadas las variables explicativas para el modelo del grupo B (PIB per cápita, TFG, y SAB)? ¿Cuál es la estructura del modelo?
- ¿Cómo fue validado el modelo para el grupo B? ¿Cómo se lo comprobó? ¿Se lo aplicó a los países del grupo A y cuál fue el resultado (alto, bajo o similar)?
- ¿Qué países han cambiado de clasificación del grupo B al A? ¿Por qué? ¿Qué documentación debe presentarse para pasar del grupo B al A?
- En el modelo para los países del grupo B, ¿cómo deriva el MMEIG los efectos específicos de país y región? ¿Cuál es la interpretación de éstos y por qué se los asume fijos en el tiempo?
- ¿Para el cálculo del efecto regional para el modelo de los países del grupo B se utilizó información de los del grupo A?
- ¿Cómo conciliamos las grandes mejoras en los registros de defunciones en los últimos años con las estimaciones del modelo?

5. Videoconferencia con MMEIG

50. La quinta sesión del seminario estuvo moderada por la Oficial de Monitoreo y Evaluación del UNICEF. El objeto de la sesión fue que la representante del MMEIG aclare las dudas de los participantes expresadas en las preguntas formuladas en la dinámica de grupos del día anterior.

51. Se inició con las preguntas del grupo A. Sobre clasificación errónea, indicó que se refiere a las muertes maternas no registradas como tales. Otra pregunta tocó el punto del umbral de 20% de mala clasificación, y apuntó que se refiere específicamente a las muertes maternas mal codificadas y los “códigos basura”. La tercera pregunta fue referida al hecho de que Costa Rica es el único país del grupo que ajusta la cobertura del registro de defunciones, señaló que dicho procedimiento tiene como objeto “completar” las estadísticas vitales del país, pero que no es el único país al cual se le aplica un factor de ajuste. Las preguntas cuarta y quinta abordaron el tema de la documentación y los requisitos con los que los países pueden evidenciar ante el MMEIG la necesidad de un cambio en el factor de ajuste empleado; al respecto señaló que en la página Web del grupo interagencial está disponible un estudio realizado por el Reino Unido, cuya metodología se puede usar como modelo. Mencionó también el caso de México, que aplica la BIMM y que como documentó el trabajo realizado actualmente utilizada su propio factor de ajuste. Invitó a todos los países a seguir estas buenas prácticas, pues es un deseo del MMEIG que cada país utilice su propio factor de ajuste. De la sexta pregunta, referida a la inclusión de las muertes tardías o por secuela (O96 y O97) para el cálculo de la RMM, indicó que por razones de comparabilidad (principalmente en el tiempo) no se las incluye, pues la CIE-9 no permite distinguirlas. Asimismo aclaró que, aunque en algunos países de la región su proporción es mayor, a nivel global no representan más del 1% de las defunciones. La última pregunta formulada por el grupo A fue sobre los suicidios de mujeres embarazadas y posparturientas, señaló que el objetivo de cuantificarlos no es para incluir tales defunciones en el cálculo de la RMM, sino para resaltar la importancia de identificarlas, de investigarlas, de entenderlas y así tener

una mejor idea de la magnitud del fenómeno, y con vistas a su posible inclusión en la CIE-11. En relación a la conveniencia o no de tomar en cuenta la información de la segunda parte del certificado de defunción indicó que aún existe discusión al respecto.

52. Se prosiguió con las preguntas formuladas por el grupo B. Sobre las variables explicativas del modelo empleado y su estructura, señaló que para las variables independientes se buscaron unas teóricamente relacionadas con el desarrollo económico, la fecundidad, el estado de los sistemas de salud, pero que en la práctica lo determinante fue la disponibilidad de información. Añadió que el grupo interangencial es consciente de que existen otras variables que pudieran explicar mejor el comportamiento de la mortalidad materna, pero que lastimosamente de ellas no se cuenta con la serie completa desde 1990. Se está probando el IDH como posible variable explicativa, ya que se cuenta con la serie completa (el PNUD lo calcula anualmente), pero enfatizó que cualquier cambio se realizará después del año 2015, pues cualquier cambio anterior podría resultar contraproducente. La segunda pregunta se refirió a la validación del modelo, indicó que en efecto se hizo el ejercicio con información de países del grupo A y que los resultados obtenidos fueron aceptables. Señaló que existe un grupo técnico externo a las Naciones Unidas, conformado por académicos, que revisan el modelo y a quienes se pueden contactar en caso de tener más consultas. La tercera pregunta fue relacionada al paso del grupo B al grupo A, afirmó que efectivamente existen países que han documentado la calidad de sus estadísticas vitales, y que por tanto han pasado de pertenecer al grupo B a pertenecer al grupo A. También señaló que el MMEIG tiene claro que no es justo “castigar” a los países que están haciendo esfuerzos para mejorar el registro de sus estadísticas vitales, pues la situación de 1990 no es la de 2010, y que por tanto se está discutiendo al respecto. Las preguntas cuarta y quinta trataron el tema de los efectos país y región, y en referencia a ello indicó que para su cálculo se utiliza información de todo el mundo. Apuntó que entre menos datos en el tiempo tenga el país mayor será el efecto de la región, y que mientras más información tenga disponible el país menor será dicho efecto (en tal caso será más determinante el efecto país). De los efectos país y región fijos señaló que no podía aclarar la duda y pidió contactar al grupo técnico para resolverla. De la última pregunta sobre cómo conciliar las mejoras en los registros de defunciones con las estimaciones, resaltó que no hay que olvidar que se debe trabajar en mejorar el registro de las defunciones en general (no solo de las maternas) y de los nacimientos para así obtener estimaciones robustas. Finalmente apuntó que la mejor forma de reconciliar los avances de la región es que todos los países pertenezcan al grupo A.

53. Seguidamente la moderadora abrió espacio para los comentarios de los participantes. Un representante de Cuba expresó su preocupación por la inclusión de los códigos O96 y O97 en la CIE-10, referidos a las muertes tardías y por secuela, que no figuran en la CIE-9, y que sin embargo no se ha cambiado la definición de muerte materna entre ambas clasificaciones (opinión compartida con uno de los representantes del Ecuador), y añadió que en Cuba dichas muertes representan aproximadamente el 10% del total. Al respecto, la representante del MMEIG recalcó que el grupo interangencial es consciente que en algunos países la proporción de muertes clasificadas con los códigos O96 y O97 es mayor al 1% calculado a nivel global y reiteró que para fines de comparabilidad por el momento no se realizaría ningún cambio.

54. La participante del Uruguay, en referencia al mismo tema, preguntó que si es comparabilidad lo que se pretende por qué Cuba no excluye dichas muertes, ya que por ejemplo su país no solo no las incluye, sino que ni siquiera las busca. Respondiendo al comentario la representante del MMEIG indicó que lo que se pretende es fomentar la implementación de la BIMM y la documentación de la misma.

55. Un representante del Brasil consultó sobre si se validaron las estimaciones de la RMM para 1990, ya que según publicaciones de la OMS su país registra 200 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos y en la serie temporal se tiene entre 110 y 120 muertes maternas, y esto puede afectar el logro del ODM 5 (opinión compartida con uno de los participantes del Ecuador). En referencia a la consulta, la representante del MMEIG indicó que a partir de 2010 se cambió la metodología de estimación, se incluyó la serie temporal completa para la obtención de las estimaciones, y también resaltó que más que la cantidad lo importante es la tendencia y el porcentaje de decremento.

56. Al terminar la videoconferencia hubo algunos comentarios, como el de la representante de México que apuntó a que se visualizó la necesidad de que interiormente los países de la región homogenicen metodologías, desde lo que es la búsqueda hasta la presentación de documentación, y señaló que su país está dispuesto a colaborar con el resto. Otra participante de Costa Rica hizo énfasis en la importancia de documentar los esfuerzos de los países para mejorar el registro, como la BIMM. Al respecto, una representante de Chile destacó la relevancia de dar a conocer dichos documentos. Finalmente el experto en demografía del CELADE presentó la página Web del MMEIG.

6. Presentación por parte de países del grupo A

57. La sexta sesión fue moderada por la Oficial asociada de Asuntos de Población del CELADE-División de Población de la CEPAL y uno de los asistentes, en representación de los países del grupo A, expuso las recomendaciones resultantes del trabajo grupal:

- Procurar una guía para la generación de estadísticas de mortalidad materna que permita armonizar las cifras y estandarizar la calidad de las mismas en la región, enfocada principalmente en la BIMM y en la difusión de sus resultados.
- Fomentar la publicación de los resultados obtenidos en cada país sobre los ejercicios de corrección de las estadísticas de mortalidad materna, mediante procesos como la BIMM.
- Desarrollar un sitio electrónico que funcione como repositorio de documentación y resultados, para difundir los trabajos realizados por los países de la región sobre la mejora de la calidad de las estadísticas de mortalidad materna.
- Buscar sinergias con organismos internacionales para cooperación técnica y financiera.
- Fomentar el uso/aprovechamiento de la herramienta desarrollada en la RELACSYS dirigida a los médicos a fin de sensibilizarlos para lograr una mejora en la calidad del llenado del Certificado de Defunción en los países de la región.

7. Presentación por parte de países del grupo B

58. La séptima sesión estuvo moderada por la Oficial de Monitoreo y Evaluación del UNICEF, y uno de los asistentes, en representación de los países del grupo B, planteó las conclusiones en forma de recomendaciones del grupo:

- Establecer un proceso homólogo para mejorar la captura de registros.
- Fortalecer la vigilancia materna sobre la base del sistema nacional de vigilancia, garantizando mecanismos de retroalimentación de estadística vitales.
- Focalizar la mejora de los sistemas integrados de registros administrativos.
- Establecer una estructura regional para monitorear una mejor gestión de las estadísticas vitales.

8. Recomendaciones y acuerdos de la reunión

59. En esta última sesión habló un representante de la CEPAL sobre la elaboración del Informe Mundial ODM. Al respecto, una participante de México expresó preocupación por el seguimiento a la mortalidad neonatal, la que fue apoyada por uno de los representantes de la República Dominicana. No obstante, la representante del UNICEF indicó que dicha institución ha considerado el tema, que se está trabajando sobre ello con varios países y que se está pensando en proponerlo como un objetivo post 2015.

60. La representante de México se refirió al último informe elaborado sobre la BIMM, detallando su estructura, la importancia de su elaboración y el propósito del mismo.

61. Después que las representantes de los grupos A y B repitieran las recomendaciones que sus grupos hicieron, la Asesora Regional en Demografía e Información sobre Población del CELADE, que actuaba como moderadora, recalcó la importancia de la elaboración de una guía que proporcione la pauta de cómo documentar la información referente a mortalidad materna, para así tener datos más organizados y comparables que se puedan enviar al grupo interagencial. La Asesora Regional en Salud Sexual y Reproductiva del UNFPA-LACRO acotó que la mencionada guía podría integrarse con la nueva Guía de Vigilancia Epidemiológica de Muerte Materna y Respuesta.

62. Otro aspecto que resaltó la moderadora es la relevancia del trabajo conjunto de los ministerios de salud con las oficinas de estadística, enfatizó la importancia de una buena coordinación entre ambas instituciones, pues permitirá obtener mejores resultados, y apuntó como recomendación la creación de mecanismos estables, reconocidos por la institucionalidad del país, para hacer un trabajo conjunto y que los datos resultantes sean consensuados por lo menos por el Ministerio de Salud y la Oficina de Estadística, independientemente de cuál sea la institución que los oficialice. En este contexto propuso elaborar un inventario de las experiencias de los países de la región sobre evaluación de calidad y cobertura de las estadísticas vitales que sirva de base para la elaboración de una metodología estándar de evaluación y monitoreo. A propósito de esto, la Asesora Regional en Salud Sexual y Reproductiva del UNFPA-LACRO destacó la importancia de la reconciliación de datos, pues se sabe que varios países cuentan con más de una serie histórica, pero no hay que olvidar que es la armonización de los mismos por parte de las instituciones intervinientes la que permitirá contar con información de calidad. Asimismo invitó a los participantes a no dejar de lado la búsqueda de mejor cobertura y calidad del registro de nacimientos, pues subrayó que al formar parte del cálculo de la RMM se debe tener siempre presente que la misma es igualmente sensible a su variación.

63. Luego se abrió el espacio para comentarios de los asistentes. La representante del Paraguay consultó acerca del rango etario para el estudio de las muertes maternas, ya que se mencionaron dos, de 10 a 49 años y de 10 a 50 años. La Asesora Regional en Salud Sexual y Reproductiva del UNFPA-LACRO respondió que personalmente ella prefiere el rango de 10 a 50 años, pero que la posición de mucha gente es utilizar el rango de 10 a 49 años para que exista armonización con el nivel global. Indicó que se han hecho modelajes para determinar dicho rango y son muy pocos los países que lo han ampliado hasta los 54 años, como Guatemala.

64. Uno de los representantes de la República Dominicana recordó que sistemáticamente la fecundidad del grupo 45 a 49 años es bastante baja, casi cero. La asesora del UNFPA-LACRO aclaró que aunque la fecundidad en los grupos de edad extremos es baja, el riesgo de morir es incluso cuatro veces mayor que en los grupos adyacentes. Adicionalmente la moderadora señaló

que, aunque sean pocos los casos y no se los tome en cuenta para el cálculo de la RMM, es importante registrarlos, documentarlos e investigarlos.

65. Con el objeto de dar a conocer su experiencia, una participante de México contó que su país, a la hora de la tabulación, registra esos casos en los extremos. Adicionalmente señaló que para la BIMM se consideraba por igual a cada uno de los grupos de edad para la selección de los casos sospechosos y como resultado se obtenían muchos falsos positivos en las colas. Es por ello que en 2014 se trabajaría en formular criterios más cerrados para los grupos de edad extremos, para evitar tantos falsos positivos, pero sin dejar de considerar el rango etario determinado para la selección.

66. La experta del UNFPA-LACRO hizo referencia a la aplicación de una hoja filtro a los casos probables de muerte materna (ya sea a nivel hospitalario o a nivel comunitario), para determinar si la mujer estaba o no embarazada, de manera complementaria a la historia clínica, tal como lo hace El Salvador.

67. Al concluir la moderadora reiteró la importancia de que los países documenten los trabajos que están realizando, que los compartan y los publiquen, pues la experiencia de un determinado país le puede ser muy provechosa a otro, por ejemplo para la toma de decisiones. Otro aspecto sobre el que hizo hincapié es la documentación (y publicación) de trabajos referidos a la evaluación de cobertura y calidad de las estadísticas vitales.

68. La Oficial de Monitoreo y Evaluación del UNICEF, el Asesor Regional en Estadísticas Vitales y de Salud y la Asesora Regional en Salud Sexual y Reproductiva del UNFPA-LACRO coincidieron en resaltar la importancia de la realización de la reunión, que permitió congregarse a personal de distintas instituciones y países, compartir experiencias y posiblemente establecer medios de cooperación mutuo.

Anexo 1

LISTA DE PARTICIPANTES**A. Estados miembros de la Comisión****BRASIL**

- Marden Barbosa de Campos, IBGE, marden.campos@ibge.gov.br
- Juan Cortez, Ministério da Saúde, juan.cortez@saude.gov.br

CHILE

- Ninoska Damianovic, INE, ninoska.damianovic@ine.cl
- Gonzalo Ghio, INE, gonzalo.ghio@ine.cl
- Jaqueline Salinas, INE, jaqueline.salinas@ine.cl
- Ximena Carrasco, Ministerio de Salud, xcarrasco@minsal.cl
- Marie Jossette Iribarne, Ministerio de Salud, jiribarne@minsal.cl
- Paulina Leighton, Ministerio de Salud, paulina.leighton@minsal.cl
- Daily Piedra, Ministerio de Salud, dpiedra@minsal.cl

COSTA RICA

- Olga Araya, INEC, olga.araya@inec.go.cr
- Olga Hernández, Ministerio de Salud, onihernandez@yahoo.com.mx

CUBA

- Miguel Ángel Martínez, Ministerio de Salud Pública, mangel@mspdne.sld.cu
- Mercedes Piloto, Ministerio de Salud Pública, mercipad@infomed.sld.cu

ECUADOR

- Diana Hinojosa, INEC, diana_hinojosa@inec.gob.ec
- Nelson Yáñez, INEC, nelson_yanez@inec.gob.ec
- Osvaldo Salgado, Ministerio de Salud Pública, osvaldo.salgado@misp.gob.ec

EL SALVADOR

- Ana María Velásquez, DIGESTYC, ana.velasquez@digestyc.gob.sv
- Sofia Villalta, Ministerio de Salud, sofiavillaltadelgado@gmail.com

MÉXICO

- Leopoldo Núñez, INEGI, leopoldo.nunez@inegi.org.mx
- Aline Jiménez, Secretaría de Salud, aline.jimenez@salud.gob.mx
- Liliana Martínez, Secretaría de Salud, liliana.martinez@salud.gob.mx

PANAMÁ

- Eduardo Návalo, INEC, eduardo.navalo@outlook.com

PARAGUAY

- Myriam Dávalos, DGEEC, mda@dgeec.gov.py
- Myriam Adorno, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, mbadorno@gmail.com

PERÚ

- Ana Naupari, INEI, ana.naupari@inei.gob.pe

REPÚBLICA DOMINICANA

- Francisco Cáceres, ONE, francisco.caceres@one.gob.do
- Raquel Pimentel, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, raquelpimentel@sespasdigepi.gob.do

URUGUAY

- Rodrigo Horjales, INE, rhojales@ine.gub.uy
- Gisele Tomasso, Ministerio de Salud Pública, gtomasso@unicem-web.org

B. OPS

- Alejandro Giusti, Asesor Regional en Estadísticas Vitales y de Salud, giustal@clap.ops-oms.org

C. UNICEF

- Raquel Barrientos, Oficial de Monitoreo y Evaluación, rabarrientos@unicef.org

D. UNFPA

- Vicky Camacho, Asesora Regional en Salud Sexual y Reproductiva, vcamacho@unfpa.org

E. CEPAL**CELADE – División de Población**

- Paulo Saad, Jefe Área de Población y Desarrollo, CELADE-División de Población de la CEPAL, paulo.saad@cepal.org

- Magda Ruiz, Coordinadora del Área de Demografía e Información sobre Población, CELADE-División de Población de la CEPAL, magda.ruiz@cepal.org
- María Isabel Cobos, Oficial Asociada de Asuntos de Población, CELADE-División de Población de la CEPAL, mariaisabel.cobos@cepal.org
- Tim Miller, Experto en Demografía, CELADE-División de Población de la CEPAL, tim.miller@cepal.org
- María Cecilia Villarroel, Consultora, CELADE-División de Población de la CEPAL, maria.villarroel@cepal.org

Otras Divisiones

- Heidi Ullmann, División de Desarrollo Social de la CEPAL, heidi.ullmann@cepal.org
- Claudio Moris, División de Estadísticas de la CEPAL, claudio.moris@cepal.org
- Pauline Stockins, División de Estadísticas de la CEPAL, pauline.stockins@cepal.org
- Daniel Taccari, División de Estadísticas de la CEPAL, daniel.taccari@cepal.org
- Alejandra Valdés, División de Asuntos de Género de la CEPAL, alejandra.valdes@cepal.org
- María Cristina Benavente, División de Asuntos de Género de la CEPAL, mariacristina.benavente@cepal.org

PROGRAMA**REUNIÓN SOBRE ARMONIZACIÓN DE LAS ESTIMACIONES DE MORTALIDAD
MATERNA EN ALC: AVANCES DE ESTUDIO PILOTO**

CELADE - OPS - UNICEF - UNFPA
 CEPAL, Aula 2 del ILPES, 20 y 21 de noviembre de 2013

Miércoles 20 de noviembre**Inauguración.** *Moderadora: Magda Ruiz*

09:00 - 09:20 Registro de participantes.

09:20 - 10:00 Inauguración

- Dirk Jaspers, Director CELADE - División de Población de la CEPAL.
- Alejandro Giusti, Asesor Regional en Estadísticas Vitales y de Salud, OPS/OMS.
- Raquel Barrientos, Oficial de Monitoreo y Evaluación, UNICEF.
- Vicky Camacho, Asesora Regional en Salud Sexual y Reproductiva, UNFPA-LACRO.

Sesión 1. Informe de avance. *Moderador: Paulo Saad*

10:00 - 10:30 Informe de avance del proyecto y presentación del documento “*Hacia la armonización de las estimaciones de mortalidad materna en América Latina. Hallazgos de un estudio piloto en ocho países*” (Magda Ruiz - CELADE).

10:30 - 10:45 Comentarios (Vicky Camacho – UNFPA-LACRO).

Café 10:45 - 11:00

Sesión 2. Análisis y discusión de estimaciones para los países piloto del grupo A.

Moderador: Tim Miller

11:00 - 11:30 Presentación metodología y resultados países del grupo A (María Isabel Cobos - CELADE).

11:30 - 12:30 Discusión.

Almuerzo 12:30 - 14:30

Sesión 3. Análisis y discusión de estimaciones para los países piloto del grupo B.

Moderadora: María Isabel Cobos

14:30 - 15:00 Presentación metodología y resultados países del grupo B (Tim Miller - CELADE).

15:00 - 16:00 Discusión.

Café 16:00 - 16:15

Sesión 4. Presentación y discusión de recomendaciones del documento “*Hacia la armonización de las estimaciones de mortalidad materna en América Latina. Hallazgos de un estudio piloto en ocho países*”. Moderador: Alejandro Giusti

- 16:15 - 16:30 Presentación (Magda Ruiz - CELADE).
 16:30 - 17:00 Discusión.
 17:00 - 18:00 Trabajo en grupos (coordinados por Magda Ruiz y Tim Miller - CELADE, y Raquel Barrientos - UNICEF y María Isabel Cobos - CELADE).

Jueves 21 de noviembre

Sesión 5. Videoconferencia con MMEIG. Moderadora: Raquel Barrientos

- 09:30 - 10:00 Presentación de los ajustes recientes a la metodología (MMEIG).
 10:00 - 11:00 Sesión de preguntas y respuestas (MMEIG y países).
 11:00 - 11:15 Presentación de la página Web del MMEIG (Tim Miller - CELADE).

Café 11:15 - 11:35

Sesión 6. Presentación por parte de países del grupo A. Moderadora: María Isabel Cobos

- 11:35 - 12:20 Presentación de retroalimentación y propuestas para la armonización (Países del grupo A).
 12:20 - 13:00 Discusión de los resultados encontrados.

Almuerzo 13:00 - 14:30

Sesión 7. Presentación por parte de países del grupo B. Moderadora: Raquel Barrientos

- 14:30 - 15:15 Presentación de retroalimentación y propuestas para la armonización (Países del grupo B).
 15:15 - 15:55 Discusión de los resultados encontrados.

Café 15:55 - 16:15

Sesión 8. Recomendaciones y acuerdos de la reunión. Moderadora: Magda Ruiz

- 16:15 - 17:45 Conclusiones, recomendaciones y acuerdos de la reunión.