



GOBIERNO DE LA  
REPÚBLICA DE HONDURAS



SECRETARÍA DE SALUD

CODIGO LN30: 2020, Rev. 01 : 2020

---

**LINEAMIENTOS PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS  
COMITÉS DE VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA**

---

Tegucigalpa M. D. C. Octubre 2020



GOBIERNO DE LA  
REPÚBLICA DE HONDURAS



SECRETARÍA DE SALUD

**LN30: 2020, REV. 01:2020**

---

**LINEAMIENTOS PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS  
COMITÉS DE VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA**

---

Numero de referencia  
LN30: 2020, REV. 01: 2020

**Tegucigalpa M. D. C., Honduras, octubre 2020**

## **AUTORIDADES**

**Lic. Alba Consuelo Flores**

Secretaria de Estado en el Despacho de Salud

**Dr. Roberto Cosenza**

Sub Secretaría de Redes Integradas de Servicios de Salud

**Dr. Nery Cerrato**

Sub Secretaría de Proyectos e Inversiones

**Lic. Cesar Barrientos**

Sub Secretario de Riesgos Poblacionales

**Dra. Elvia María Ardón**

Directora General de Normalización

**Dr. Roney Alcides Martínez**

Director General de Redes Integradas de Servicios de Salud

**Dra. Silvia Yolanda Nazar**

Directora General de Vigilancia del Marco Normativo

**Dra. Mireya Fuentes**

Directora General de Desarrollo del Recurso Humano

**Dra. Karla Yadira Rosales Pavón**

Unidad de Vigilancia de la Salud

### **APROBACION**

Elvia María Ardón, Directora General de Normalización mediante Resolución # **30 DGN - LN30: 2020, REV. 01: 2020** del 8 de Octubre, me permito aprobar el documento:  
**“LINEAMIENTOS PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS COMITÉS DE VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA”**

### **Equipo Técnico Colaborador**

Dra. Martha Ayestas, Unidad de Vigilancia de la Salud SESAL

Dr. Ivo Flores Flores, Dirección General de Normalización SESAL

Lic. Rosa Marlen Flores, Departamento de Servicios del Primer Nivel de Atención, SESAL

Dra. María Elena Guevara, Departamento de Servicios del Segundo Nivel de Atención, SESAL

Lic. Nora Flores, Departamento de Servicios del Segundo Nivel de Atención, SESAL

Lic. Leticia Izaguirre, Departamento de Servicios del Segundo Nivel de Atención, SESAL

Lic. Doris Rodríguez, Departamento de Servicios del Segundo Nivel de Atención, SESAL

Dra. Ileana Godoy, Área de hechos vitales del INE

Lic. Rogelio Padilla, Unidad de estadística del RNP

Dra. Pamela Coello, Epidemiología del IHSS

Dra. Evelyne Degraff, OPS/OMS

Dra. Odalys García, OPS/OMS

Dr. Jose C. Ochoa, Consultor Banco Mundial/OPS

Dra. Silvia Padilla, UNFPA

Dra. Paola Moreno, UNFPA

## Contenido

I.	INTRODUCCION .....	5
II.	TÉRMINOS Y DEFINICIONES.....	6
III.	ACRÓNIMOS.....	7
IV.	OBJETO.....	8
V.	CAMPO DE APLICACIÓN .....	8
VI.	SUSTENTO LEGAL .....	9
VII.	ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DE LOS DIFERENTES COMITÉS:.....	10
	VII.1 DESCRIPCION DE LOS COMITÉS DE VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD .....	10
	A. COMITÉ NACIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA .....	10
	B. COMITÉ TÉCNICO NACIONAL DE VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA.....	12
	C. MINI-COMITÉ TECNICO NACIONAL DE VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA .....	15
	D. COMITÉ REGIONAL PARA LA VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA .....	17
	E. COMITÉ MUNICIPAL PARA LA VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA .....	19
	F. COMITÉ DE HOSPITALES PARA LA VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD .....	21
	VII.2 RESPONSABILIDADES DE CADA INTEGRANTE DE LOS COMITÉS DE VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA.....	25
	VII.3 DIRECTRICES PARA CELEBRAR LAS SESIONES ORDINARIAS .....	27
	VII.4 DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS.....	27
VIII.	ANEXOS .....	29
	Anexo 1.....	29
	Anexo 2.....	30
	Anexo 3.....	39
	Anexo 4.....	40
	Anexo 5.....	42
IX.	BIBLIOGRAFÍA .....	44

## I. INTRODUCCION

La Razón de Mortalidad Materna es un indicador clave de progreso social tanto para países desarrollados como para los países en desarrollo. Constituye una medida sensible de la desigualdad y la inequidad entre los países y al interior de cada país.

En Honduras el comportamiento de la Razón de Muerte Materna<sup>1</sup> durante el periodo de 1990 al 2015 ha tenido una tendencia a la reducción (182 a 60 por 100,000 nv) sin embargo; a lo interno del país persisten diferencias importantes en los departamentos, en los que este indicador se eleva muy por encima de la meta de país establecida en RAMNI 2008-2015 que evidencia brechas que es necesario reducir para cumplir con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (Santa Bárbara 148, Gracias a Dios 120, Valle 102, Choluteca 81, Yoro 65).

Las cifras elevadas de Mortalidad materna (MM) comprometen los derechos humanos y la justicia social con repercusiones negativas en la integridad económica y social de las familias y la comunidad.

La MM afecta a las mujeres de todos los estratos sociales y económicos, sin embargo; es evidente que se complican y mueren un mayor número de mujeres pobres, analfabetas, en los extremos de la vida reproductiva y pertenecientes a etnias, quienes en su mayoría residen en zonas rurales, con limitaciones para obtener atención obstétrica básica y mayor riesgo de morir en el parto.

En el país los principales problemas son el alto subregistro de la muerte materna en Mujeres en Edad Fertil (MEF), generado por la falta de vigilancia de las muertes de MEF y la mala clasificación, ante esta situación la Secretaría de Salud (SESAL) en un compromiso de país y como reto ineludible se ha propuesto como respuesta al problema garantizar la organización y el funcionamiento sistemático de los comités de la mortalidad materna como una herramienta que ha demostrado su eficacia en la reducción de la mortalidad materna.

Este documento fue elaborado en principio mediante la revisión documental de la bibliografía de la OMS relacionada con el tema con la participación de comités de MM en diferentes países de América Latina, con amplia participación de las diferentes disciplinas de la SESAL involucradas en su abordaje además de representantes de las áreas relacionadas con el tema del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y del Registro Nacional de las Personas (RNP).

Los lineamientos incluyen las directrices para la conformación, activación y funcionamiento de los comités de vigilancia de la mortalidad materna en el ámbito público y no público del país.

## II. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

### **Causa básica de muerte:**

Es definida como la enfermedad o afección que inició la cadena de eventos mórbidos que llevaron a la muerte o las circunstancias del accidente o del episodio de violencia que produjeron una lesión fatal.

### **Morbilidad materna extremadamente grave (Near Miss)<sup>2</sup>:**

Se trata de una mujer que ha estado a punto de morir, pero ha sobrevivido a una complicación ocurrida durante el embarazo, el parto o los primeros 42 días tras la terminación del embarazo.

### **Muerte durante el embarazo, el parto y el puerperio<sup>3</sup>**

La muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días posteriores a la interrupción del embarazo, independientemente de la causa de la muerte.

### **Muerte Materna**

Es la defunción de una mujer mientras está 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 accidentales o incidentales.

### **Muerte Materna Obstétrica Directa**

Es la defunción que resulta de complicaciones del estado gravídico (embarazo, trabajo de parto y puerperio), de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o de la cadena de eventos que llevó a cualquiera de los arriba mencionados.

### **Muerte Materna Obstétrica Indirecta**

Es una muerte materna que resulta de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debida a causas obstétricas directas, pero si agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo



**Muerte Materna Tardía**

Es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días, pero antes de un año después de la terminación del embarazo.

**Muerte no materna**

Muerte de una mujer durante el embarazo, parto o puerperio (hasta los 42 días posteriores al parto) debida a causas incidentales o accidentales

**Mujer en edad fértil:**

Mujeres en edad comprendida entre los 10 y 49 años.

**Muerte de mujer en edad fértil:**

Muerte de una mujer en edades comprendidas entre los 10 y 49 años independientemente de la causa de defunción

**Razón de Muerte Materna**

Es el número de defunciones maternas directas e indirectas en un periodo sobre el total de nacidos vivos en ese mismo periodo multiplicado por una constante (usualmente 100,000 nacidos vivos).

**Reclasificación:**

Consiste en ratificar o rectificar las causas de muerte registradas en el Certificado de defunción, lo anterior con apoyo de la evidencia documental adicional que se analiza.

**Triangulación:**

Consiste en comparar las bases de datos de las diferentes instituciones que registran muertes a fin de garantizar la captación del 100% de los casos y evitar la duplicación de los mismos.

### III. ACRÓNIMOS

<b>CMI:</b>	Clínica Materno Infantil
<b>CONE:</b>	Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales
<b>DGN:</b>	Dirección General de Normalización
<b>DGRIS:</b>	Director General de Redes Integradas de Servicios de Salud
<b>DGVMN:</b>	Dirección General de Vigilancia del Marco Normativo
<b>DSPNA:</b>	Departamento de Servicios del Primer Nivel de Atención
<b>DSSNA:</b>	Departamento de Servicios de Segundo nivel de atención
<b>HCPB:</b>	Historia Clínica Perinatal Base

<b>IHSS:</b>	Instituto Hondureño de Seguro Social
<b>IVM:</b>	Instrumento de Vigilancia de la Mortalidad
<b>MEF:</b>	Mujer en edad fértil
<b>MM:</b>	Mortalidad Materna
<b>ONG:</b>	Organismo no gubernamental
<b>ODS:</b>	Objetivos de Desarrollo Sostenible
<b>OPS:</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>OMS:</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>RISS:</b>	Redes Integradas de Servicios de Salud.
<b>RAMNI:</b>	Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna, Neonatal e Infantil
<b>SMI:</b>	Servicios Materno infantil
<b>SESAL:</b>	Secretaría de Salud
<b>UAPS:</b>	Unidad de Atención Primaria en Salud
<b>UGI:</b>	Unidad de Gestión de la Información
<b>UGC:</b>	Unidad de Gestión de la Calidad
<b>UPEG:</b>	Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión
<b>UVS:</b>	Unidad de Vigilancia de la Salud

## IV. OBJETO

Este documento brinda las pautas técnicas para la organización y funcionamiento de los comités de vigilancia de la mortalidad materna, los cuales tienen como finalidad disminuir el subregistro analizando el total de muertes de MEF y aplicando la reclasificación de los casos, así como identificar los factores contribuyentes a la muerte mediante el análisis clínico y epidemiológico de este evento (MM), así como de analizar la morbilidad materna extremadamente grave a fin y contribuir a la prevención y reducción de la morbilidad y mortalidad materna.

## V. CAMPO DE APLICACIÓN

Estas pautas están elaboradas para ser utilizadas por parte de los miembros de los comités de análisis de la mortalidad materna de los diferentes niveles del sector salud que incluye las instituciones públicas y no públicas del país.

## VI. SUSTENTO LEGAL

El marco normativo de los “Lineamientos para la organización y funcionamiento de los comités de análisis de la mortalidad materna”, los constituyen diversos instrumentos jurídicos que consideran los compromisos internacionales suscritos por Honduras y que tienen carácter vinculante con la Constitución de la Republica, las leyes aplicables y otros elementos normativos vigentes. Así los elementos referenciales esenciales son los siguientes:

- El Pacto Internacional sobre Derechos Económicos Sociales y Culturales (art. 12) y la Convención Contra toda forma de Discriminación hacia la Mujer (1965)
- La Conferencia Internacional sobre la Maternidad sin Riesgos, Nairobi, Kenia 1987, la Cumbre Mundial a favor de la infancia 1990 y las conferencias internacionales de población y Desarrollo en El Cairo, Egipto 1994, y de las Mujeres en Beijing, China, en 1995.
- La Convención Americana de Derechos Humanos ratificada por Honduras el 5 de mayo de 1977.
- La Cumbre para el Desarrollo Sostenible de septiembre de 2015, en la que se aprobó la agenda 2030, que incluye 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).
- La Constitución de la República de Honduras, Considera el Derecho de Protección de la salud y otorga a la SESAL la coordinación sectorial.
- La Ley para el Establecimiento de una Visión de País y la Adopción de un Plan de Nación para Honduras, aprobada mediante Decreto Legislativo No 286-2009.
- La Ley Marco del Sistema de Protección Social, promulgada en 2015, que crea el marco legal de las políticas públicas en materia de protección social,
- El Modelo Nacional de Salud actualizado por la SESAL en el ejercicio de su rol Rector del Sistema Nacional de Salud, en el 2017 y aprobado mediante PCM No 051-2017.
- El conjunto de normas y protocolos que forman parte de los procesos rectores de la atención en el país:
  - Guía para la vigilancia de la mortalidad materna en Honduras
  - Protocolos para la atención durante la preconcepción, el embarazo, el parto, el puerperio y del neonato con sus diferentes componentes
    - Norma Hondureña del sector salud
    - Atención ambulatoria
    - Atención del parto y del neonato
    - Manejo de las complicaciones obstétricas
    - Atención de las complicaciones neonatales
    - Manejo inicial y referencia de complicaciones obstétricas y neonatales

## VII. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DE LOS DIFERENTES COMITÉS:

### VII.1 DESCRIPCION DE LOS COMITÉS DE VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD

Un Comité de Vigilancia de la MM es un grupo intra e interinstitucional integrado por las instancias responsables de registrar y conocer los eventos de muerte de Mujeres en Edad Fértil (MEF) y de promover acciones de promoción, prevención y atención de la salud materna que tiene como finalidad fortalecer la vigilancia y respuesta de este problema de salud pública, en el nivel central, regional, Municipal y de establecimientos de salud del segundo nivel, tanto del sector público como no público del país. Para cada nivel se describen los responsables de la dirección y funcionamiento de cada comité, los objetivos y las actividades a desarrollar en cada una de estas instancias. Como parte complementaria, se ha integrado como anexo un modelo para el análisis y respuesta de los casos de mortalidad materna, así como una serie de indicadores que servirán para el seguimiento y vigilancia de los mismos.

#### A. COMITÉ NACIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA

##### A.1 INTEGRANTES

- Secretaría de Estado en el despacho de Salud (**Coordinación**)
- Director del Instituto Nacional de Estadísticas (INE)
- Comisionado Presidente del Registro Nacional de las personas
- Director General de Medicina Forense
- Subsecretaría de Redes Integradas de Servicios de Salud
- Jefatura de la Unidad de vigilancia de la Salud (UVS) (**Secretaría Técnica**)
- Jefatura de la Unidad de planeamiento y evaluación de la gestión (UPEG)
- Delegado(a) de Sociedad de Ginecología y obstetricia
- Delegado(a) de Universidades públicas y privadas con facultades de medicina y enfermería
- Delegados (as) de Agencias de cooperación externa
- Delegado(a) del Instituto Nacional de la Mujer
- Delegado(a) del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)
- Representante de la asociación de Hospitales Privados

## **A.2 OBJETIVO DEL COMITÉ**

Coordinar a nivel nacional y de forma intersectorial el registro, investigación y análisis de la mortalidad de MEF y Materna a nivel nacional y la planeación, monitoreo y evaluación de las acciones estratégicas orientadas a la prevención de la Morbilidad materna grave y poner fin a la muerte materna por causas evitables.

## **A.3. FUNCIONES DEL COMITÉ**

- Cumplir con las funciones y actividades descritas en estos lineamientos
- Garantizar la elaboración, el seguimiento, evaluación y ajustes periódicos del Plan Nacional de Reducción de la mortalidad materna (MM) a fin de garantizar el cumplimiento de sus objetivos.
- Armonizar las acciones interagenciales e intersectoriales alrededor del Plan Nacional de Reducción de la mortalidad materna a fin de evitar duplicidad de esfuerzos e incidir en la reducción de la defunción Materna.
- Fortalecer el funcionamiento continuo y permanente del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la mortalidad materna
- Garantizar la realización de estudios e investigaciones costo-efectivas de las Muertes Maternas, observando las recomendaciones internacionales para obtener resultados uniformes y comparables
- Promover la creación, instalación y el funcionamiento de comités de vigilancia de la mortalidad materna en los niveles que los presentes lineamientos establecen.
- Aprobar y actualizar según sea requerido los lineamientos para la organización y funcionamiento de los comités de vigilancia de la mortalidad materna para la instalación y operación de los mismos.
- Efectuar coordinaciones intersectoriales y de movilización social para la realización de acciones estratégicas que contribuyan a disminuir la mortalidad materna

## **A.4. ACTIVIDADES DEL COMITÉ**

- Programar, convocar y coordinar las reuniones del Comité Nacional para la reducción de la Mortalidad materna
- Realizar una reunión semestral y cuando sea solicitado por el Comité Técnico Nacional para analizar y evaluar el comportamiento de la mortalidad materna y ajustar las estrategias y actividades del Plan de

Reducción de Mortalidad Materna que faciliten el logro de los objetivos previstos en los Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS).

- Intercambiar información estadística entre las instituciones miembros del comité a fin de garantizar el registro completo de todas las muertes de MEF y evitar la duplicación.
- Documentar las actividades del comité a través de actas y seguimiento de acuerdos y compromisos
- Verificar la organización y funcionamiento de los comités técnicos; nacional, regionales, municipales y de hospitales.
- Dar seguimiento a la intervención oportuna en casos de incremento de muertes maternas conformando una comisión de intervención rápida (inmediata) a las regiones y establecimientos de salud que presentan el problema.
- Coordinar acciones para que en los estudios y dictámenes de los casos esté presente el sentido ético y la responsabilidad profesional e institucional.
- Difundir políticas y documentos nacionales relacionados con la salud materna
- Implementar y velar por el funcionamiento de la Sala virtual de Situación de la Mortalidad Materna como una herramienta de gestión que facilite incidir en la situación de la MM de manera ágil e inmediata en todo el país.
- Asegurar la publicación (impresa o virtual) de un informe anual de resultados de la vigilancia de la mortalidad materna.

## B. COMITÉ TÉCNICO NACIONAL DE VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA.

### B.1 INTEGRANTES:

- Jefatura de la Unidad de vigilancia de la Salud. (UVS) **(Coordinador)**
- Responsable del Subsistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna en la UVS **(Secretaria Técnica)**
- Jefatura del Departamento de Servicios de Segundo nivel de atención (DSSNA)
- Jefatura del Departamento de Servicios del Primer Nivel de Atención (DSPNA)
- Dirección General de Vigilancia del Marco Normativo (DGVMN)
- Jefatura de la Unidad de Gestión de la Información (UGI)

- Dirección General de Normalización (DGN)
- Coordinación del área de Estadísticas
- Unidad de gestión de la calidad (UGC)
- Un técnico de Vigilancia de la mortalidad materna o GO del IHSS
- Un técnico del área de hechos vitales del INE
- Un técnico de la unidad de estadística del RNP
- Un Ginecólogo que puede ser representante de la Sociedad de ginecología y Obstetricia, del Hospital Escuela y/o asignado por la cooperación externa
- Un especialista en Medicina interna que puede ser representante de la Sociedad de Medicina Interna o del Hospital Escuela
- Delegados(as) de agencias de cooperación externa en el área materno e infantil

## **B.2. OBJETIVO DEL COMITÉ:**

Analizar el proceso de vigilancia de las muertes de MEF y maternas ocurridas en el nivel nacional, que incluye la triangulación de información, reclasificación de los casos y los aspectos clínicos y epidemiológicos, así como el análisis de la morbilidad materna grave de los Hospitales de la SESAL, el IHSS y privados a fin de brindar información al Comité Nacional de reducción de la Mortalidad Materna, para la toma de decisiones que incluyan acciones estratégicas orientadas a prevenir las Muertes Maternas.

## **B.3 FUNCIONES DEL COMITÉ:**

- Cumplir con las funciones y actividades descritas en estos lineamientos
- Analizar en el ámbito nacional los casos de muertes de MEF y maternas, así como los casos de Morbilidad materna grave de manera bimensual y extraordinariamente cuando la situación lo amerite, a fin de determinar acciones para incidir en la reducción de la mortalidad Materna.
- Asegurar la triangulación de información de muertes de MEF y reclasificación de los casos para garantizar la cobertura del total de muertes y evitar la duplicación<sup>4</sup>
- Determinar las demoras, complicaciones obstétricas y los factores condicionantes que contribuye a la presencia de casos de Muerte

Materna a fin de proponer al Comité Nacional acciones estratégicas que incidan en la reducción de MM

- Verificar el cumplimiento de las recomendaciones y medidas efectuadas por el Comité técnico Nacional a las Regiones y establecimientos de salud primer nivel de atención, hospitales públicos, no públicos, e Instituto Hondureño de Seguridad Social.
- Participar y apoyar el seguimiento, evaluación y ajustes periódicos del Plan Nacional de Reducción de la mortalidad materna a fin de garantizar el cumplimiento de sus objetivos.

#### **B.4 ACTIVIDADES DEL COMITÉ**

- Analizar los informes que el Mini-Comité técnico le presente en sus reuniones ordinarias o extraordinarias a fin de sugerir acciones de mejora para que sean impulsadas por el Comité Nacional.
- Analizar en todas sus sesiones los informes mensuales entregados a la secretaría técnica de parte de los Comités Regionales y de Hospitales, los que pueden incluir copia de los expedientes clínicos, IVM-1, IVM2-A, IVM2-B, Historia Clínica Perinatal Base, acta de defunción, resumen clínico, análisis del caso y plan de mejora, de las defunciones maternas y Morbilidad Materna grave que ocurren en dicho periodo.
- Realizar una reunión ordinaria cada dos meses (y de forma extraordinaria cuando sea requerido) con todos los integrantes del Comité Técnico Nacional de análisis de la mortalidad materna para:
  - Efectuar la “Triangulación” (Comparación de las bases de datos de todas las instituciones miembros del comité) a fin de garantizar que el total de muertes de MEF estén registradas y no repetidas.
  - Analizar los informes de mortalidad materna enviados por los comités regionales y de hospitales, a fin de ratificar o rectificar lo elaborado por dichos comités lo cual incluye las acciones (plan de mejora) que incidan en la reducción de la mortalidad Materna
  - Analizar las defunciones que el comité técnico considere ameritan un mayor análisis técnico o cuando le sea requerido por el Comité Nacional de reducción de la mortalidad materna.
- Registrar todas las reuniones en un libro de actas.
- Informar al Comité Nacional de Reducción de la MM el resultado del análisis de las defunciones maternas incluyendo las recomendaciones pertinentes a fin de incidir en la reducción de este evento



- Proporcionar información estadística actualizada sobre la defunción materna al Comité Nacional y regional de reducción de la MM a través de la sala de situación virtual (TABLEAU).
- Informar a los comités correspondientes los resultados del análisis de las muertes que fueron realizadas a nivel nacional y de las recomendaciones pertinentes a fin de incidir en la reducción de este evento en las diferentes regiones y establecimientos de salud
- Participar en las reuniones ordinarias y extraordinarias que convoque el Comité Nacional de Reducción de la MM.
- Vigilar y analizar el funcionamiento eficaz y sistemático de los comités de vigilancia de la mortalidad materna regionales, municipales y hospitalarios
- Analizar y proponer la actualización de normas, lineamientos y documentos de carácter nacional relacionadas con la salud materna y los casos de morbilidad materna grave
- Monitorear y asegurar que se efectúen los estudios, investigaciones clínicas y epidemiológicas institucionales y comunitarias de las muertes maternas.
- Socializar con otros actores los casos de Morbilidad Materna grave y MM
- Coordinar periódicamente con los representantes de los demás comités de vigilancia de la mortalidad materna en el país a fin de fortalecer el proceso de análisis y prevención de la defunción materna.

## C. MINI-COMITÉ TECNICO NACIONAL DE VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA

### C.1. INTEGRANTES

- Jefe del Área de Vigilancia Epidemiológica de las enfermedades transmisibles y no transmisibles de la UVS en la SESAL (**coordinación**)
- Responsable del subsistema de vigilancia de la mortalidad materna en la UVS (**Secretaría Técnica**)
- Técnico del departamento de servicios del segundo nivel de atención
- Técnico del departamento de servicios del primer nivel de atención
- Jefatura del Departamento de Estadísticas

- Un especialista en ginecología y obstetricia de preferencia el mismo que integre el comité nacional (Representante de la sociedad de Ginecología y Obstetricia)
- Un especialista en medicina interna de preferencia el mismo que integre el comité nacional (Representante de la sociedad de Medicina Interna)
- Un experto en el tema de mortalidad materna
- Representantes de la cooperación externa interesados en el tema

## **C.2 OBJETIVO:**

Realizar los análisis técnico-epidemiológicos de las muertes maternas a fin de aclarar y definir las causas básicas y directas de la mortalidad, establecer los factores contribuyentes de las tres demoras y analizar los casos de muertes de MEF sospechosas de muerte materna para su reclasificación.

## **C.3 FUNCIONES DEL COMITÉ**

- Cumplir las actividades descritas en los presentes lineamientos
- Analizar clínica y epidemiológicamente los casos de muertes maternas
- Establecer las causas básicas y directas de todas las muertes maternas ocurridas a nivel nacional
- Identificar los factores contribuyentes de las tres demoras que contribuyeron a las muertes
- Analizar los casos de muertes de MEF sospechosas de muerte materna a fin de reclasificarlas
- Brindar la información periódica y cuando así lo estime conveniente al comité técnico nacional.

## **C.4 ACTIVIDADES DEL COMITÉ**

- Reunirse periódicamente una vez al mes y extraordinariamente cuando la UVS lo estime necesario
- Elaborar informes individuales de cada caso y colectivos de los periodos definidos (mensual, anual) comparativos con periodos anteriores.
- Apoyar el funcionamiento de la o las bases de datos que registren las muertes de MEF y maternas
- Brindar toda la información que sea necesaria y/o requerida por el Comité Técnico Nacional

## D. COMITÉ REGIONAL PARA LA VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA

### D.1 INTEGRANTES

- Jefatura de la Región sanitaria (**Coordinación**)
- Epidemiólogo(a) de la región (**Secretaría Técnica**)
- Jefatura de Redes integradas de servicios de salud
- Vigilancia de Marco Normativo
- Responsable de provisión de servicios
- Unidad de Gestión de la información
- Gobernador Departamental
- Representante de la Policía o Ministerio Público del Departamento
- Representante del RNP: Registrador civil de la cabecera departamental
- Un Ginecólogo del Hospital de mayor complejidad del Departamento
- Un especialista en Medicina interna del Hospital más Grande del Departamento

### D.2 OBJETIVO DEL COMITÉ:

Realizar el análisis del proceso de vigilancia de las muertes de MEF y maternas que incluya la triangulación de información, reclasificación de los casos y los aspectos clínicos y epidemiológicos de las defunciones que ocurran en la Región Sanitaria en los establecimientos del primer nivel de atención, hospitales públicos, no públicos, IHSS y la en la comunidad y elaborar, ejecutar y monitorear Planes de mejora orientados a prevenir nuevas muertes maternas.

### D.3 FUNCIONES DEL COMITÉ

- Cumplir con las funciones y actividades descritas en estos lineamientos.
- Elaborar, ejecutar y monitorear un Plan Regional para la Reducción de las muertes maternas.
- Coordinar el análisis sistemático del 100% de las defunciones que ocurran en los establecimientos del primer nivel de atención, hospitales públicos, privados, IHSS y las que fallecieron en la comunidad.
- Triangular la información de las muertes de MEF registradas por los diferentes responsables de esta actividad en el departamento a fin de captar la totalidad de muertes de MEF ocurridas en la Región Sanitaria y evitar la duplicación.

- Proponer la clasificación de las muertes de MEF y si es posible reclasificar casos sospechosos de muerte materna
- Sensibilizar al gobierno local, instituciones y ONG de alcance regional, y comunidad en general respecto al problema y sus determinantes o factores que contribuyen a la reducción de la Mortalidad materna
- Participar en la implementación y ajustes periódicos del Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad materna a fin de garantizar los objetivos de este

#### **D.4 ACTIVIDADES DEL COMITÉ**

- Reunirse mensual y extraordinariamente cuando sea solicitado a fin de ubicar las zonas de mayor riesgo y proponer Planes de mejora orientados a prevenir las muertes maternas en los establecimientos de salud
- Solicitar a los comités municipales y de hospitales informes mensuales que pueden incluir el resumen estadístico departamental, copia del expediente clínico, IVM-1, IVM2-A, IVM2-B, hoja de resumen del caso, HCPB, certificado de defunción, resumen y análisis clínico del caso relacionado con las muertes y la Morbilidad Materna grave para su respectiva revisión y análisis ratificando o rectificando lo realizado por dichos comités
- Documentar las reuniones mediante el registro en un libro de actas
- Remitir al Comité Técnico Nacional los informes de sus actividades y sus análisis de la mortalidad de MEF y materna, así como los planes de trabajo para reducir mortalidad materna que elaboren
- Solicitar al epidemiólogo la búsqueda de casos de defunciones y morbilidad materna grave que no pertenecen al área de influencia a fin de notificar a la región correspondiente.
- Retroalimentar a las redes y establecimientos de salud con los resultados del análisis y recomendaciones de las MM y morbilidad materna grave.
- Determinar las zonas de riesgo, evaluar las demoras, complicaciones obstétricas y los factores condicionantes, que contribuyen a la ocurrencia de casos de muerte Materna
- Proponer las acciones e implementación de intervenciones para prevenir la mortalidad materna tomando en cuenta el contexto en el cual se desenvuelven los servicios de salud.

- Monitorear en la red y establecimientos de salud el cumplimiento de las recomendaciones efectuadas por el Comité Regional.
- Monitorear la consignación de datos correctos y completos sobre muerte materna expediente clínico, IVM-1, IVM2-A, IVM2-B, hoja de resumen del caso, HCPB, certificado de defunción, resumen clínico y análisis del caso
- Brindar asistencia técnica al personal, redes y establecimientos de salud en las estrategias de intervención para disminuir la mortalidad materna
- Analizar los indicadores de calidad en la atención materna de los establecimientos que cumplen con funciones obstétricas esenciales (CONE Completo), básicas (CONE Básicos)
- Socializar con otros actores los casos de mortalidad y morbilidad materna grave.
- Efectuar coordinaciones intersectoriales y de movilización social para la realización de actividades que contribuyan a disminuir la mortalidad materna.

## E. COMITÉ MUNICIPAL PARA LA VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA

### E.1 INTEGRANTES

- Responsable Municipal de salud por parte de SESAL (**Coordinación**)
- Enfermera Municipal de la SESAL (**Secretaría Técnica**)
- Jefatura del Establecimiento de Salud al que pertenecían las muertes maternas ocurridas en el periodo que se analizará
- Alcalde Municipal
- Representante de la Policía del Municipio
- Representante Municipal del Registro Nacional de las personas
- Un Ginecólogo del Hospital si existe
- Un especialista en Medicina interna del Hospital si existe

### E.2 OBJETIVO DEL COMITÉ:

Realizar el análisis del proceso de vigilancia de las muertes de MEF y maternas que incluya la triangulación de información, reclasificación de los casos y los aspectos clínicos y epidemiológicos de las defunciones que ocurran en el municipio en los establecimientos del primer nivel de atención, hospitales públicos, no públicos, IHSS y la en la comunidad y

elaborar, ejecutar y monitorear Planes de mejora orientados a prevenir nuevas muertes maternas.

### **E.3 FUNCIONES DEL COMITÉ**

- Cumplir con las funciones y actividades descritas en estos lineamientos.
- Elaborar, ejecutar y monitorear un Plan Municipal para la Reducción de las muertes maternas.
- Coordinar el análisis sistemático del 100% de las defunciones que ocurran en los establecimientos del primer nivel de atención, hospitales públicos, privados, IHSS y las que fallecieron en la comunidad.
- Triangular la información de las muertes de MEF registradas por los diferentes responsables de esta actividad en el municipio a fin de captar la totalidad de muertes de MEF ocurridas en el mismo y evitar la duplicación.
- Asegurar que los responsables de los Establecimientos de Salud de su termino municipal realicen la investigación del 100% de los casos de muertes materna y de MEF que ocurran en su área de influencia.
- Proponer la clasificación de las muertes de MEF y si es posible reclasificar casos sospechosos de muerte materna
- Remitir informes al Comité Regional
- Sensibilizar al gobierno local, instituciones, ONG de alcance municipal y comunidad en general respecto al problema y sus determinantes o factores que contribuyen a la reducción de la Mortalidad materna
- Participar en la implementación y ajustes periódicos del Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad materna a fin de garantizar los objetivos de este

### **E.4 ACTIVIDADES DEL COMITÉ**

- Reunirse mensual y extraordinariamente cuando sea solicitado a fin de proponer Planes de mejora orientados a prevenir las muertes maternas en los establecimientos de salud
- Solicitar a los comités de hospitales informes mensuales que pueden incluir el resumen estadístico departamental, copia del expediente clínico, IVM-1, IVM2-A, IVM2-B, hoja de resumen del caso, HCPB, certificado de defunción, resumen y análisis clínico del caso relacionado con las muertes y la Morbilidad Materna grave para su respectiva revisión y análisis ratificando o rectificando lo realizado por dichos comités

- Documentar las reuniones mediante el registro en un libro de actas
- Remitir al Comité Técnico Regional los informes de sus actividades y sus análisis de la mortalidad de MEF y materna
- Retroalimentar a los establecimientos de salud con los resultados del análisis y recomendaciones de las MM y morbilidad materna grave.
- Evaluar las demoras, complicaciones obstétricas y los factores condicionantes, que contribuyen a la ocurrencia de casos de muerte Materna
- Proponer las acciones e implementación de intervenciones para prevenir la mortalidad materna tomando en cuenta el contexto en el cual se desenvuelven los servicios de salud.
- Monitorear en la red y establecimientos de salud el cumplimiento de las recomendaciones efectuadas por el Comité Regional.
- Monitorear la consignación de datos correctos y completos sobre muerte materna expediente clínico, IVM-1, IVM2-A, IVM2-B, hoja de resumen del caso, HCPB, certificado de defunción, resumen clínico y análisis del caso
- Brindar asistencia técnica al personal, redes y establecimientos de salud en las estrategias de intervención para disminuir la mortalidad materna
- Analizar los indicadores de calidad en la atención materna de los establecimientos que cumplen con funciones obstétricas esenciales (CONE Completo), básicas (CONE Básicos)
- Socializar con otros actores los casos de mortalidad y morbilidad materna grave.
- Efectuar coordinaciones intersectoriales y de movilización social para la realización de actividades que contribuyan a disminuir la mortalidad materna.

## **F. COMITÉ DE HOSPITALES PARA LA VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD**

En el caso de los Hospitales, el Comité no es exclusivo para mortalidad materna, por definición “Es una instancia de apoyo a la gestión del hospital, forma parte de los comités de apoyo a la gestión”<sup>11</sup>, y será responsable de incorporar en su agenda lo establecido en los presentes lineamientos para vigilar la mortalidad materna.

### **F.1 INTEGRANTES**

- Dirección del Hospital (**Coordinación**)
- Epidemiólogo o responsable de la unidad de vigilancia de la salud del hospital (**Secretaría Técnico**)
- Subdirector Asistencial
- Subdirector de Gestión de Información
- Jefe del Departamento de Gestión Clínica
- Jefe del departamento de enfermería
- Jefatura del Servicio de Ginecobstetricia
- Coordinador técnico de calidad.
- Especialista en Medicina Interna
- Jefatura Archivo /Estadística
- Otros participantes cuando sea requerido:
  - Jefatura de anestesia
  - Director de establecimiento de salud donde ocurrió la muerte materna
  - Jefe del departamento de Redes Integradas de Servicios de Salud Regional

## **F.2 OBJETIVO DEL COMITÉ:**

Analizar de forma sistemática las muertes de MEF y la mortalidad y la morbilidad materna grave que ocurran en el hospital e implementar planes de mejora de la calidad orientados a prevenir nuevas muertes maternas en el establecimiento.

## **F.3 FUNCIONES DEL COMITÉ**

- Notificar de forma inmediata a los niveles regional y central (Unidad de Vigilancia de la salud) cada caso de muerte materna ocurrida en el hospital
- Realizar la investigación de forma inmediata de cada caso de muerte de MEF y materna utilizando los instrumentos (IVM-1, IVM-2 B, Acta de defunción) Resumen Clínico y análisis de cada uno de los casos ocurrido en el hospital. El análisis y su respectivo plan deberán ser enviados a los niveles regional y central (Unidad de Vigilancia de la Salud), a más tardar 15 días después de que se presentó el evento.<sup>8</sup>
- Garantizar el registro de las complicaciones y criterios para clasificar los casos de “Near Miss (Casi Muertas) para asegurar la construcción de indicadores de esta estrategia.
- Construir y analizar los indicadores de “Near Miss”



- Analizar el 100% de los casos de morbilidad materna grave y la mortalidad materna
- Realizar en el pleno del comité, el análisis clínico de los casos de muerte materna ocurridas en el hospital con la finalidad de analizar tendencias y emitir e implementar planes de mejora.
- Analizar los diagnósticos del 100% de muertes de MEF a fin de identificar los 50 diagnósticos sospechosos de ocultar muertes maternas y efectuar la “reclasificación” cuando sea necesario.
- Ratificar o rectificar las causas y la codificación correcta (Basado en el documento “La aplicación de la OMS de ICD-10 a muertes durante embarazo, parto y el puerperio: ICD-MM) anotadas en el certificado de defunción e instrumentos de vigilancia de mortalidad materna. Al término del análisis del caso determinar cuáles fueron las causas de la muerte y el orden en que debieron ser anotadas en el certificado de defunción, así como emitir recomendaciones para mejorar el llenado del mismo en caso de error.

#### **F.4 ACTIVIDADES DEL COMITÉ**

- Realizar reuniones cada mes y cuando ocurra una muerte materna
- Asegurar que se registran el 100% de las muertes de MEF y se analizan para clasificar correctamente en cualquier de los grupos siguientes:
  - Muerte de MEF sin ninguna relación con el embarazo, parto o puerperio
  - Muerte de MEF relacionada con el embarazo, parto o puerperio
- Muerte No Materna
- Muerte Materna Obstétrica Indirecta
- Muerte Materna obstétrica Directa
- Custodia inmediata del expediente clínico, procediendo a foliar y sellar cada página del mismo (responsabilidad del director del establecimiento)
- Monitorear la consignación de datos correctos sobre muerte materna en expediente clínico, IVM-1, IVM2-B, Historia Clínica Perinatal Base (HCPB), certificado de defunción, resumen y análisis del caso de manera que los datos en cada documento sean consistentes
- Coordinar el análisis técnico médico de los casos de muerte materna, y morbilidad materna grave ocurrida en el hospital. Si el caso analizado fue referido de otro establecimiento de salud se deberá incorporar al

personal responsable del establecimiento de referencia involucrado con la MM

- Realizar análisis de procedencia, evaluar las demoras, complicaciones obstétricas y los factores condicionantes que contribuyeron a la muerte materna
- Clasificar y codificar la muerte según sus causas, determinar su evitabilidad en todos los procesos.
- Verificar el manejo clínico y la aplicación de las normas y protocolos para la atención obstétrica.
- Enviar copia de los instrumentos y resumen clínico de investigación de la muerte materna ocurrida en el hospital al comité de análisis de la mortalidad materna regional de donde procede la muerte; para que realicen la investigación comunitaria y completar la información para el análisis clínico.
- Utilizar los resultados del análisis como elementos estadísticos, científicos y técnicos para realizar acciones que mejoren la accesibilidad y calidad de la atención obstétrica
- Remitir al nivel regional y nivel nacional en un plazo no mayor de 15 días a partir de la fecha de ocurrida de la muerte el análisis de casos, conclusiones y recomendaciones asumidas y cumplidas a la fecha de envío.
- Entregar copia a la región y nivel central (Unidad de Vigilancia de la Salud) de las muertes: maternas tardías y muertes no maternas relacionadas con el embarazo (incidentales y accidentales), (IVM-1, IVM-2 B, con su informe de análisis de caso, copia del expediente, a más tardar quince días después de identificado el evento)
- Registrar todas las reuniones en un libro de actas debidamente foliado y sellado.
- Dar seguimiento al cumplimiento de las acciones definidas en la implementación y ajustes periódicos del Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna.
- Retroalimentar al personal de salud del hospital con los resultados de la investigación, análisis y recomendaciones del comité, para implementar las acciones locales necesarias para prevenir nuevas muertes maternas por las mismas causas.
- Fortalecer las competencias del personal asistencial de manera continua, en base a las debilidades identificadas en el análisis de las muertes.

- Apoyar la investigación clínica y epidemiológica en el tema
- Evaluar mensualmente los indicadores de calidad relacionados con la mortalidad y morbilidad materna grave del hospital
- Coordinar y propiciar la búsqueda intencionada y reclasificación de las muertes en MEF si existe evidencia o sospecha que la mujer había estado embarazada o que murió dentro de los 42 días y el año de la finalización de un embarazo, para evitar el subregistro y tener cifras consistentes de MM, en coordinación con el nivel regional
- Coordinar y monitorear los planes de mejora continua de la calidad de servicios de atención materna.
- Analizar mensualmente en coordinación con el nivel regional todas las referencias de las emergencias obstétricas según niveles a fin de identificar oportunidades de mejora y planes de acción

## VII.2 RESPONSABILIDADES DE CADA INTEGRANTE DE LOS COMITÉS DE VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA

### A. Coordinación

Es responsabilidad de la coordinación según nivel

- Dirigir las sesiones del comité o designar un miembro alterno en caso de no poder presidirla.
- Cumplir y hacer cumplir las disposiciones establecidas en el presente lineamiento.
- Dirigir, controlar y evaluar el desempeño de las labores encomendadas al comité.
- Convocar a los miembros del comité, a través de la secretaría técnica, las reuniones ordinarias y extraordinarias.
- Proponer las modificaciones que pudiera presentarse a las normas de organización y/o a las actividades aprobadas por el pleno del comité.
- Dar seguimiento a las recomendaciones emanadas del comité.
- Promover la elaboración de estadística para la evaluación de los fenómenos y tendencias de la mortalidad materna, así como de sus variaciones.
- Promover la creación de bancos de datos de información en base a su casuística y/o al Sistema Informático Perinatal.
- Elaborar las recomendaciones y sugerencias técnicas decididas por el comité para la corrección de los problemas detectados en la evaluación de casos.
- Diseñar, planificar, programar, monitorear, supervisar y evaluar la implementación y ejecución de planes de reducción de mortalidad materna.

- Establecer la agenda de cada sesión disponiendo su comunicación a los miembros del comité a través del secretario técnico.
- Disponer, mediante el secretario técnico, la remisión de la documentación en cumplimiento de los acuerdos del comité.
- Proponer, entre los integrantes del comité, la conformación de equipos de trabajo que se encarguen del monitoreo, supervisión y evaluación de la implementación de los planes de prevención de mortalidad materna y otros que se acuerden.
- Informar sobre la situación actual de la mortalidad materna a las instancias correspondientes.

#### **B. Secretaría Técnica**

- Apoyar al presidente para el cumplimiento de las disposiciones establecidas en el presente lineamiento.
- Ejecutar la convocatoria a las reuniones según las disposiciones de la coordinación.
- Proponer la agenda para las reuniones ordinarias o extraordinarias en coordinación con el presidente recabando información de los casos de las muertes maternas.
- Dar lectura al acta anterior revisando los acuerdos y cumplimiento de los mismos y preparar el acta de cada sesión, dejando constancia de los informes, órdenes del día y acuerdos tomados.
- Custodiar la documentación en físico y electrónico de las bases datos y copias de los expedientes/resúmenes clínicos e instrumentos de vigilancia de la mortalidad.
- Realizar el seguimiento de la documentación (informes) que será remitida a los directores de salud según niveles.

#### **C. Otros Miembros del Comité**

- Asistir puntualmente a las sesiones del comité
- Velar por el cumplimiento del presente lineamiento.
- Dar sus aportes técnicos a los análisis estadísticos, clínicos y epidemiológicos del problema de mortalidad de MEF y materna
- Aportar las bases de datos que sus instituciones tengan sobre el tema
- Mantener reserva de los temas tratados y acuerdos adoptados.
- Atender con suma diligencia los compromisos acordados en cada sesión.

- Asistir mensualmente a las reuniones ordinarias o extraordinarias de trabajo para analizar la información recibida de la mortalidad materna
- Organizar y mantener activo el comité de la mortalidad materna acorde a las normas vigentes.
- Asesorar y dar apoyo técnico a los establecimientos que por falta de profesionales no puedan constituir comités, a solicitud expresa, según necesidades detectadas.
- Acompañar en las intervenciones a nivel de redes

### VII.3 DIRECTRICES PARA CELEBRAR LAS SESIONES ORDINARIAS

- Las sesiones ordinarias serán realizadas periódicamente según lo establecido en estos lineamientos, la fecha y hora se determinará anticipadamente por la coordinación del comité y será notificado oportunamente por la secretaría técnica.
- La coordinación fijará el lugar donde serán realizadas las sesiones.
- La asistencia a las sesiones es de carácter obligatoria, debiendo enviar un representante en caso de ausencia justificada.
- El quórum debe estar constituido por la mayoría simple (la mitad más uno) de los miembros del comité, siendo imprescindible la presencia de la persona coordinadora o quien delegue en casos de ausencia justificada
- Las sesiones extraordinarias podrán ser convocadas cuando sea necesario, a pedido de la coordinación o de la mayoría de los miembros del comité.

### VII.4 DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

- El Comité de análisis de la mortalidad materna podrá solicitar el apoyo de especialistas en determinadas áreas de la salud, de funcionarios y servidores del sector.
- En un plazo no mayor a tres (3) días de realizada la sesión ordinaria o extraordinaria, el secretario remitirá a las dependencias integrantes del comité y a los miembros, los acuerdos de la reunión.



## VIII. ANEXOS

### Anexo 1



---

Fuente: Guía para la vigilancia de la Mortalidad Materna en Honduras

### Etapas para realizar una auditoría de muerte materna



La auditoría de la mortalidad (o «examen de las muertes») es un proceso para documentar las causas médicas de cada muerte y los fallos sistémicos que contribuyen a numerosos casos para identificar soluciones y adoptar medidas

#### Etapas del Ciclo de Auditoría

##### – Etapa 1: Identificar las muertes maternas:

El objetivo es registrar y notificar todas las muertes maternas ocurridas en los establecimientos de salud (institucional) y la comunidad (comunitario) a fin de garantizar que el número de fallecidas es confiable y no dejar a nadie sin registrar. En las instituciones de salud la información debe obtenerse a partir de los registros de los servicios del hospital o establecimiento de salud donde ocurre la muerte (registros de admisión, emergencia, sala de operaciones, sala de parto, UCI, hospitalización). Debe enfatizarse en la búsqueda en los casos de muertes de mujeres en edad fértil y cuyos diagnósticos pueden erróneamente ocultar una muerte Materna.

En el ámbito comunitario con el apoyo de los diferentes actores comunitarios (parteras, líderes religiosos, líderes comunitarios, alcaldes auxiliares y personal de salud comunitario) se deben identificar y notificar los casos que se produzcan en las comunidades, independientemente de dónde se produzcan las muertes y dónde se dispense la atención antes de la muerte. Las visitas a hogares, pueden ser una fuente más completa de información sobre embarazos y sus resultados (utilización de la Autopsia verbal).



## **– Etapa 2: Recopilar información**

A nivel Regional se requerirá los informes de mortalidad materna enviados por los comités del sector público y privados, a fin de ratificar o rectificar lo elaborado por dichos comités lo cual incluye las acciones (Plan de mejora) que incidan en la reducción de la mortalidad Materna.

A nivel hospitalario se debe realizar la investigación de forma inmediata de cada caso de muerte materna utilizando los instrumentos (IVM-1, IVM-2 B, copia del acta de defunción, la Historia Clínica Perinatal Base, Hoja de resumen de muerte materna), resumen clínico y análisis de cada uno de los casos ocurrido en el hospital. Realizar búsqueda intencionada y sistemática de muertes maternas mediante la investigación de las Muertes de Mujeres en edad fértil,

En los establecimientos de primer nivel de atención o en la comunidad se deberá completar la información contenido en los instrumentos de recolección IVM-1, IVM-2A, copia del acta de defunción, la Historia Clínica Perinatal Base, Hoja de resumen de muerte materna), al nivel regional y central (Unidad de Vigilancia de la Salud) a más tardar en los primeros quince días de acaecida la muerte. Realizar búsqueda intencionada y sistemática de muertes maternas mediante la investigación de las Muertes de Mujeres en edad fértil, realizando autopsia verbal, llenando los instrumentos IVM 1.

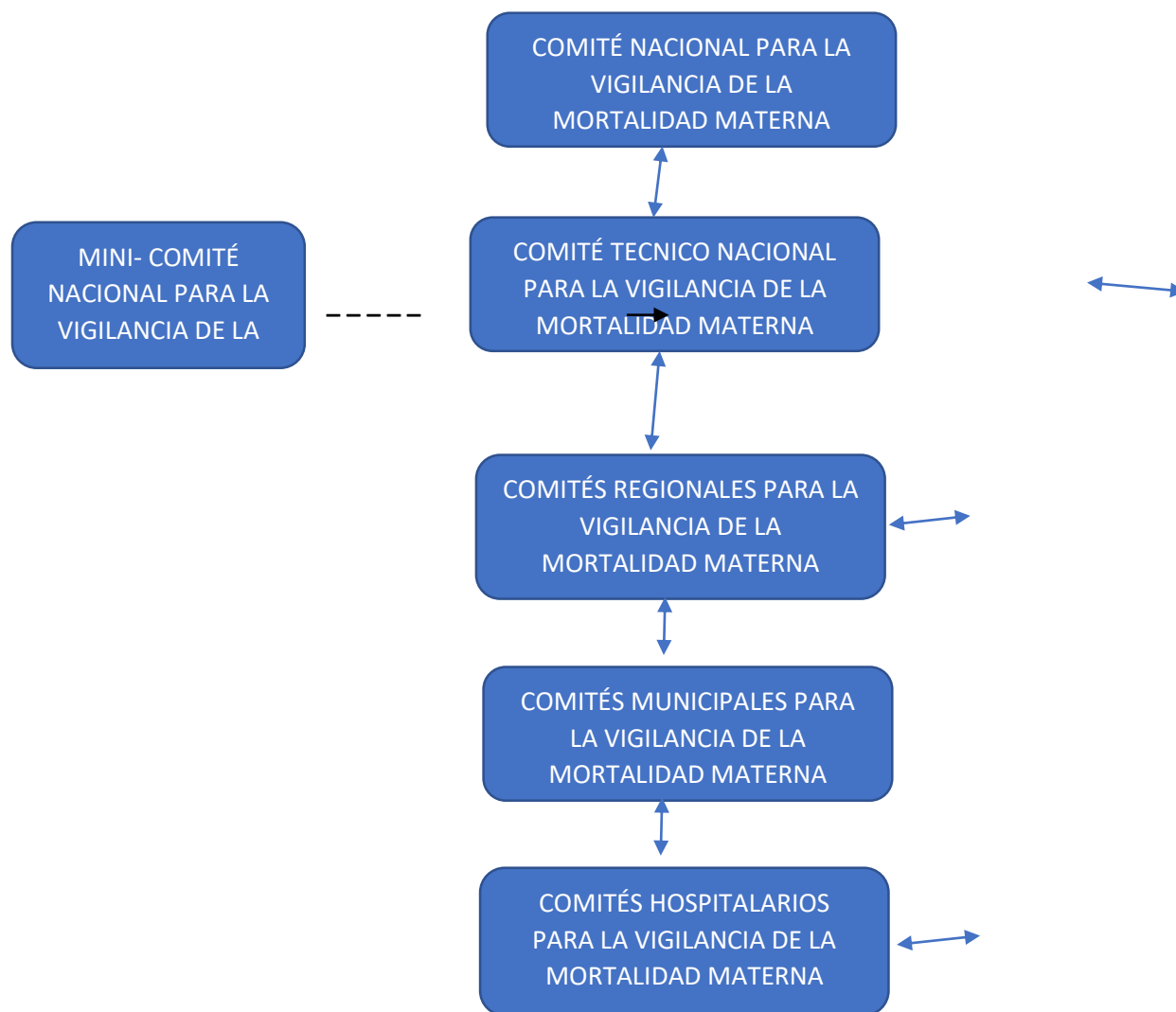
## **– Etapa 3: Analizar la información**

### **3.1 Organización de los Comités de MM**

Las instituciones del Sector Salud deberán organizar y gestionar el funcionamiento de los Comités de análisis de la Mortalidad Materna, de acuerdo con la estructura, organización, funcionalidad y el marco legal, de cada Institución en concordancia con el siguiente modelo:

- Comité Nacional para la reducción de la Mortalidad Materna
- Comité Técnico Nacional de análisis de la Mortalidad Materna
- Mini-Comité Técnico Nacional
- Comité Regional para el análisis de la Mortalidad Materna
- Comité de hospitales para la vigilancia de la Mortalidad Materna
- Comité Municipal para la vigilancia de la Mortalidad Materna

### ALGORITMO DEL SISTEMA NACIONAL DE COMITES PARA LA VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA EN HONDURAS



### 3.2: Modelo para el análisis y respuesta de la muerte materna:

La vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna debe cumplir una doble función. En primer lugar, recolectar la información pertinente para el análisis de la misma y, en segundo lugar, posibilitar el desarrollo de recomendaciones y acciones específicas para la reducción de la MM. Para hacer el análisis es indispensable conocer en detalle cada una de las muertes. El modelo de análisis conocido como “camino para la supervivencia a la muerte materna” de la OMS constituye una herramienta útil para cumplir este objetivo.

## **¿Cómo se analiza?**

Uno de los métodos utilizados para este fin es el “camino para la supervivencia a la muerte materna”, propuesto por Deborah Maine, de la Universidad de Columbia, y adoptado por la OMS.

El modelo denominado “Las tres demoras” se basa en el supuesto de que para reducir la mortalidad materna no es suficiente que los servicios de salud funcionen eficientemente ya que las mujeres enfrentan una serie de barreras para poder acceder a ellos y utilizarlos. De esta forma, a partir de tres preguntas, se identifica cualquier situación que haya causado demoras, pues cualquier situación que signifique un retraso para que la mujer reciba atención adecuada puede costarle la vida.

1. Primera demora en tomar la decisión de buscar ayuda
2. Segunda demora en llegar a la institución de atención y
3. Tercera demora en recibir el tratamiento adecuado en la institución.

A continuación, se detallan los tres tipos de retrasos.

### **Demora 1.**

Este retraso explora la situación de la mujer y su comunidad, es decir su entorno, conocimientos, habilidades, hábitos y dificultades. Se indaga sobre lo que sucede cuando las mujeres no buscaron la atención o lo hicieron tardíamente debido a que ellas o sus familias no reconocieron los signos de las complicaciones del embarazo o cuando, a pesar de hacerlo, no hubo oportunidad de decisión y acción para consultar. Esta demora o retraso 1 a menudo es desglosada en dos y se evalúa con las preguntas:

- ¿Reconoció la paciente el problema con prontitud?
- Cuando reconoció el problema, ¿tomó la decisión de solicitar atención médica?

Frecuentemente se asume que la falta de información es el principal obstáculo para solicitar ayuda, pero pueden existir otros factores que influyen en esta decisión. Algunos ejemplos que pueden enumerarse son:

- La paciente no reconoció con prontitud algún signo o síntoma de alarma.
- Los factores económicos, como el costo del transporte o de la atención, pueden llevar a una paciente a desistir de consultar

- En algunas comunidades las mujeres no pueden tomar por sí solas la decisión de consultar
- Los factores culturales, el estatus de la mujer y su autonomía también pueden afectar la decisión de pedir ayuda.
- Experiencias negativas en los servicios de salud demoran la decisión de solicitar atención.
- La reputación de los servicios de atención es un factor clave, pues es probable que las personas no busquen ayuda rápida o no lo hagan en absoluto si piensan que los servicios son de mala calidad o se les brinda maltrato.

### **Demora 2.**

¿Hubo demoras para lograr la atención una vez decidió solicitarla? La accesibilidad a los servicios de salud es el factor que influenciará este retraso. Son ejemplos:

- Inaccesibilidad por circunstancias geográficas o de transporte público.
- Falta de estructura vial y de comunicaciones.
- Factores económicos que dificultan el traslado.

### **Demora 3.**

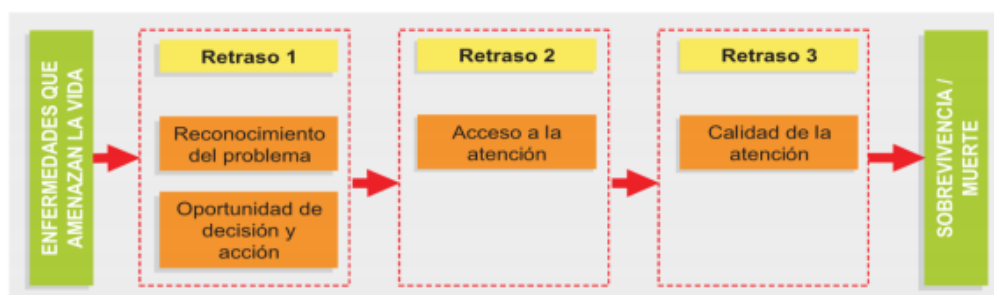
Una vez que la paciente logró tener acceso a los servicios de salud ¿obtuvo una atención de calidad? Las respuestas tienen que ver con una atención deficiente, por ejemplo:

- Dificultades administrativas para acceder al servicio.
- Tratamientos médicos inadecuados e inoportunos.
- No identificación adecuada del riesgo.
- Personal insuficiente o pobremente capacitado para la atención.
- Falta de protocolos de atención o incumplimiento de estos.
- Insuficientes recursos como medicamentos, hemoderivados, entre otros.
- Actividades de promoción y prevención inexistentes o ineficientes.
- Falta de oportunidad del servicio de salud para atender a la embarazada.
- Atención en instituciones de salud no acordes con la gravedad del cuadro clínico de la paciente.
- Calidad deficiente de los servicios de apoyo diagnóstico (ecografías, exámenes de laboratorio, entre otros).
- Niveles de atención que no garantizan en forma permanente los servicios que se habilitan acreditan.

Este análisis debe ser objetivo, evitando posturas defensivas, con una actitud autocrítica y en ningún momento tratando de buscar culpables, pero teniendo en cuenta que se deben

identificar mecanismos que evidencien rápidamente estos errores y neutralicen su efecto en el paciente, es decir mejorar los procesos. En la medida que se madure en los análisis y los programas de vigilancia perduren en el tiempo, será posible que todo el personal involucrado directa o indirectamente en la atención de las pacientes entienda este concepto. En la figura 1 se encuentra el esquema que resume el modelo de análisis.

Figura 1. Camino para la supervivencia a la muerte materna (Anexo 5)



Luego de hacer un listado de los factores médicos y no médicos determinantes de la muerte materna, según las demoras ya mencionadas, se procede a ubicarlos en una matriz de áreas y sectores que permite identificar los involucrados y facilita la elaboración de un plan de mejoras y su seguimiento. Los sectores son:

- Sector comunitario: se refiere a la mujer, su familia y la comunidad.
- Sector salud: puestos y centros de salud y hospitales.
- Otros sectores: lo que tiene que ver con educación, transporte y comunicación, entre otros.

En cada uno de estos sectores se distinguen a su vez tres áreas:

- Actitud: se refiere al comportamiento de los individuos y las comunidades.
- Recursos: se refiere a los insumos de todo tipo, necesarios para lograr sobrevivir a un evento.
- Habilidades: se refiere a los conocimientos y destrezas para enfrentar situaciones específicas

#### Matriz de áreas y sectores

Áreas \ Sectores	COMUNIDAD	SALUD	OTROS SECTORES
ACTITUD			
RECURSOS			
HABILIDADES			

Esta matriz permite identificar los actores involucrados en los retrasos y de esa manera, es más fácil establecer hacia dónde deben dirigirse las acciones correctivas.

#### – Etapa 4: Recomendar Soluciones:

Plan de mejora continua de atención: La parte siguiente del proceso de vigilancia consiste en establecer un Plan de mejora continua de la calidad de atención, que consiste en proponer actividades tendientes a controlar las condiciones médicas y no médicas que contribuyeron al proceso de la muerte, y evitar que se repitan en situaciones futuras. Estos planes deben ser lo más objetivos, ser muy concretos, específicos, acordes con el análisis realizado y sobre todo con actividades viables. Se deben asignar responsables de ejecución y seguimiento, plazos de ejecución y hacerles seguimiento y evaluación (Fecha de inicio y fecha de fin). En este proceso final deben involucrarse las direcciones locales de salud, los organismos de control y calidad, las organizaciones comunitarias (donde sea pertinente), además de los representantes de instituciones prestadoras de salud.

- El plan de mejora en caso de muertes maternas debe ser enviado a los niveles correspondientes en un máximo de cinco días hábiles posteriores a la revisión del caso (auditoria).
- El coordinador(a) del establecimiento de salud, según corresponda, será el responsable de divulgar y velar por el cumplimiento de las acciones del plan.
- La Dirección Regional evaluará los avances de los planes de mejora de los casos auditados enviándolo al Nivel Superior

## Formato Para elaborar Plan de Mejora Continua

Fecha de sesión: \_\_\_\_\_ No de caso: \_\_\_\_\_ Fecha de ocurrencia de muerte: \_\_\_\_\_

Región: \_\_\_\_\_ Nombre del Establecimiento de salud: \_\_\_\_\_

Problema identificado	Actividad de mejora a Desarrollar	Cronograma		Responsable	Encargado de seguimiento
		Fecha inicio	Fecha fin		

### – Etapa 5: implementar cambios

La razón de ser del ciclo de auditoría es la adopción de medidas para prevenir las muertes. Es probable que se identifiquen problemas y posibles medidas en casi todos los análisis. Se pueden dividir en medidas a corto, medio y largo plazo, con plazos específicos para cada una de ellas. También es importante que uno o más miembros del equipo sean responsables de llevar a la práctica y/o supervisar cada recomendación derivada de la reunión de auditoría de la mortalidad.

Aunque dentro de una estructura directiva se pueden aplicar rápidamente las recomendaciones basadas en factores modificables que se encuentran en el ámbito de actuación de la administración (por ejemplo, la disponibilidad de ambulancias o la falta de equipo de reanimación), puede resultar más eficaz centrarse en primer lugar en las causas modificables que se encuentran bajo el control de los trabajadores de salud (por ejemplo, una historia clínica detallada y el uso correcto del partograma) y después utilizar los éxitos señalados en las reuniones de auditoría de la mortalidad posteriores como una herramienta de promoción para solicitar a la dirección que tome otras medidas. Además de hacer un seguimiento de los puntos que no se han completado, es importante celebrar el progreso e identificar cambios positivos cuando ocurran. Las acciones de mejora resultantes de la auditoría deben orientarse en el contexto de una cultura que mira al futuro y consciente de la seguridad, se pueden realizar mejoras duraderas. Los hospitales deben comprender que los errores no son intencionados y en estos entornos se fomenta el aprendizaje de eventos adversos y una dirección abierta y justa.

Las condiciones generales que llevan a la aplicación de recomendaciones de auditorías incluyen un buen liderazgo, actas de las reuniones orientadas hacia tareas de estabilidad de efectivos, buena comunicación con los departamentos académicos y las clínicas, y la

existencia de directrices y protocolos. De forma similar, las condiciones que dificultan la aplicación incluyen la mala comunicación entre los trabajadores sanitarios y la comunidad, rotación de personal frecuente, escasez de personal, dirección poco receptiva, recursos financieros inadecuados, niveles deficientes de asistencia a las reuniones de examen y ausencia de supervisores cualificados.

#### **Etapas 6: Evaluar y perfeccionar**

La última etapa del ciclo de auditoría consiste en mirar atrás para evaluar lo que ha funcionado y lo que no, y posteriormente perfeccionar y adaptar el enfoque para avanzar hacia un proceso mejorado. La evaluación retoma el ciclo de acción para examinar su eficacia a la hora de identificar las muertes, recopilar, revisar y analizar la información, e identificar los problemas que contribuyen a las muertes. En general, el propósito de la evaluación es garantizar que el enfoque utilizado funciona de forma eficiente e implanta eficazmente prácticas positivas.

La documentación de los cambios a lo largo del tiempo, a través de una reunión semestral y la elaboración de un informe, ayuda a identificar los componentes satisfactorios y los que se necesita mejorar. Además de evaluar de forma continuada el proceso de aplicación de las soluciones recomendadas, así como hacer un seguimiento de los indicadores que ofrecen una visión rápida de si el sistema y los resultados están mejorando, resulta útil realizar una evaluación periódica más detallada, en particular si: i) los indicadores no están mejorando a pesar de que se están adoptando medidas; o ii) las tasas de mortalidad no están disminuyendo. Aunque es importante examinar las reducciones de las tasas de mortalidad, las tendencias al respecto no son siempre el mejor indicativo de las mejoras de la atención, ya que existen muchos factores que influyen en la tasa de mortalidad de un centro. Las mejoras realizadas en la comunidad, el sistema de salud o la sociedad en general y los cambios en los tipos de retrasos o factores modificables que se estén identificando resultarán esclarecedores. Asimismo, se puede utilizar una evaluación más detallada para evaluar si el sistema puede funcionar más eficientemente.



## Anexo 3

### Indicadores de funcionamiento de los comités de MM

Estándar	Indicador	Forma de construcción	Periodicidad de Medición	Responsable de Monitoreo	Medios de Verificación
1. Toda Muerte Materna debe ser analizada por los comités	% de MM analizadas por el Comité (Nacional, Regional, Municipal y de Hospital)	Numero de MM analizadas por el Comité/Total de MM ocurridas en el área de responsabilidad del Comité X 100	Trimestral	Comité Técnico Nacional de VMM  Comité Regional de VMM	Libros de actas de los comités  Informes de los comités
2. Comités de VMM se reúnen según periodicidad establecida en estos lineamientos	% de reuniones realizadas según periodicidad establecida en estos lineamientos	Numero de reuniones realizadas/Total de reuniones estimadas según periodicidad establecida X 100	Trimestral	Comité Técnico Nacional de VMM  Comité Regional de VMM	Libros de actas de los comités  Informes de los comités
3. Se cumplen los acuerdos establecidos en los comités	% de acuerdos cumplidos	Numero de acuerdos cumplidos/Total de acuerdos establecidos X 100	Trimestral	Comité Técnico Nacional de VMM  Comité Regional de VMM	Libros de actas de los comités  Informes de los comités
4. Monitoreo periódico de la razón de MM según nivel	Razón de MM nacional  Razón de MM por Regiones	Numero de MM ocurridas en el periodo/RN vivos del periodo X 100,000	Anual	Comité Técnico Nacional de VMM  Comité Regional de VMM	Registros de muertes maternas realizados en la UVS y en los comités regionales

- El jefe de la unidad de vigilancia de la salud será el responsable de monitorear y evaluar los indicadores de funcionamiento de todos los Comités.
- La Dirección Regional será responsable de monitorear y evaluar los indicadores de funcionamiento de los comités de su jurisdicción.
- Los coordinadores son responsables del cumplimiento de los indicadores de funcionamiento en cada comité que dirigen.

## Anexo 4

### Aplicación de la CIE-10 de la OMS a las muertes durante el embarazo, parto y puerperio<sup>3</sup>

Para efectos de facilitar a los comités la clasificación de las muertes maternas en base a la CIE-10 se incluyen en los presentes lineamientos los conceptos incluidos en el documento “The WHO Application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium: ICD-MM”.

Se sugiere utilizar la siguiente tabla para hacer la certificación de la muerte:

Causa de muerte: La enfermedad o afección que se cree que es la causa subyacente debe aparecer en la línea completa más baja de la parte I		Intervalo aproximado entre el inicio y la muerte
<b>Parte I</b> Enfermedad o afección que conduce directamente a la muerte. a)		
Causas antecedentes: Debido a o como consecuencia de b)		
Causas antecedentes: Debido a o como consecuencia de c)		
Causas antecedentes: Debido a o como consecuencia de d)		
<b>Parte II</b> Otras condiciones significativas Contribuyendo a la muerte, pero no relacionado con la enfermedad o condición que lo causa		
La mujer estaba: <input type="checkbox"/> embarazada en el momento de la muerte <input type="checkbox"/> o embarazada en el momento de la muerte (pero embarazada dentro de los 42 días) <input type="checkbox"/> embarazada en el último año		

**La clasificación de las muertes se hace tomando en cuenta el contenido del cuadro siguiente:**

Grupos de causas subyacentes de muerte durante el embarazo, el parto y el puerperio que son mutuamente excluyentes y totalmente inclusivos		
<b>Tipo</b>	<b>Numero de Grupo</b>	<b>Ejemplos de causas potenciales de muerte</b>
Muerte Materna: Directa	1. Embarazo Terminado en aborto	Aborto, aborto espontáneo, embarazo ectópico y otras condiciones que conducen a la muerte materna y embarazo con resultado abortivo
Muerte Materna: Directa	2. Trastornos Hipertensivos del Embarazo	Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos del embarazo, parto y puerperio
Muerte Materna: Directa	3. Hemorragia obstétrica	Enfermedades obstétricas o afecciones directamente asociadas con hemorragia
Muerte Materna: Directa	4. Infección relacionada con el embarazo	Enfermedades o condiciones infecciosas relacionadas con el embarazo
Muerte Materna: Directa	5. Otras Complicaciones Obstétricas	Todas las demás condiciones obstétricas directas no incluidas en grupos de 1 a 4
Muerte Materna: Directa	6. Complicaciones de manejo no anticipado	Efectos adversos graves y otras complicaciones imprevistas de la atención médica y quirúrgica durante embarazo, parto o puerperio
Muerte Materna: Indirecta	7. Complicaciones No obstétricas	Condiciones no obstétricas <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad cardíaca (incluida la hipertensión preexistente)</li> <li>• Condiciones endocrinas</li> <li>• Afecciones del tracto gastrointestinal</li> <li>• Afecciones del sistema nervioso central</li> <li>• Condiciones respiratorias</li> <li>• Condiciones genitourinarias</li> <li>• Trastornos autoinmunitarios</li> <li>• Enfermedades esqueléticas</li> <li>• Desórdenes psiquiátricos</li> <li>• Neoplasias</li> <li>• Infecciones que no son el resultado directo de el embarazo</li> </ul>
Muerte materna no especificada	8. Desconocida o Indeterminada	Muerte materna durante el embarazo, parto y el puerperio donde la causa subyacente es desconocida o no fue determinada
Muerte durante el embarazo, el parto y el Puerperio (No Maternas)	9. Causas Accidentales o Incidentales	Muerte durante el embarazo, el parto y el puerperio por causas externas

## Anexo 5

### Lista de causas seleccionadas como posiblemente relacionadas con muerte materna

#	Descripción	Causa
1	Septicemia estreptocócica	A40
2	Otras septicemias	A41
3	Anemias por deficiencia de hierro	D50
4	Anemia post-hemorrágica aguda	D62
5	Anemia de tipo no especificado	D64.9
6	Coagulación intravascular diseminada	D65
7	Púrpura trombocitopénica idiopática	D69.3
8	Otras trombocitopenias primarias	D69.4
9	Trombocitopenia secundaria	D69.5
10	Trombocitopenia no especificada	D69.6
11	Otras afecciones hemorrágicas no especificadas	D69.8
12	Afección hemorrágica no especificada	D69.9
13	Depleción de volumen	E86
14	Otros trastornos de los líquidos, electrolitos y equilibrio acido-básico	E87
15	Trastorno metabólico no especificado	E88.9
16	Hipofunción adrenocortical consecutiva a procedimientos	E89.6
17	Trastorno endocrino y metabólico consecutivo a procedimientos, no especificado	E89.9
18	Lesión cerebral anóxica no especificada	G93.1
19	Hipertensión intracraneal benigna	G93.2
20	Compresión del encéfalo	G93.5
21	Trastorno del encéfalo, no especificado	G93.9
22	Edema cerebral	G93.6
23	Enfermedades hipertensivas	I10-I15
24	Embolia pulmonar	I26
25	Paro cardíaco, no especificado	I46.9
26	Taquicardia paroxística	I47
27	Fibrilación y aleteo auricular	I48
28	Otras arritmias cardíacas	I49

29	Insuficiencia cardíaca	I50
30	Enfermedades cerebrovasculares	I60-I69 (Excluir I67.1,I67.3, I67.5,I68.0,I68.1,I68.2)
31	Embolia y trombosis arterial no especificada	I74.9
32	Bronconeumonías	J18
33	Insuficiencia respiratoria no clasificada	J96
34	Peritonitis	K65
35	Insuficiencia hepática no clasificada en otra parte	K72
36	Insuficiencia renal	N17, N19
37	Enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos.	N70-N73, N74.8
38	Hemorragia uterina (menstruación excesiva, frecuente e irregular, hemorragia postmenopáusica)	N92
39	Otras hemorragias uterinas o vaginales anormales (especificadas y no especificadas)	N93.8 y N93.9
40	Abdomen agudo	R10.0
41	Coma no especificado	R40.2
42	Convulsiones no clasificadas en otra parte	R56
43	Fiebre de origen no especificado	R50
44	Choque hipovolémico	R57.1
45	Hemorragia no clasificada en otra parte	R58
46	Efectos adversos de gases anestésicos	Y48.0-Y48.4
47	Falla orgánica múltiple	R68.8
48	Infarto agudo al miocardio	I21
49	Cardiomiopatía	I42

## IX. BIBLIOGRAFÍA

1. **WHO.** Report on the World Health Organization Working Group on the Classification of Maternal Deaths and Severe Maternal Morbidities. . Geneva : s.n., 2009.
2. —. The WHO application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and puerperium: ICD MM. 2012. ISBN 978 92 4 154845 8 .
3. **Salud, Secretaria de.** Actualizacion de razon de mortalidad materna y la tasa de mortalidad de mujeres en edad fertil en Honduras para el año 2015. Tegucigalpa, M. D. C. : s.n., 2019.
4. **WHO.** Maternal death surveillance and response: technical guidance information. 2013. ISBN 978 92 4 150608 3.
5. **Secretaria de Salud, Mexico.** Comites de Prevencion, Estudio y Seguimiento de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. 2012.
6. **OPS/OMS.** Directrices para la vigilancia y respuesta de la mortalidad materna (VRMM): Region de las Americas. 2015.
7. **Secretaria de Salud.** Guia para la Vigilancia de la Mortalidad Materna en Honduras. 2008.
8. **Ministerio de Salud de El Salvador.** Lineamientos tecnicos para la vigilancia la la mortalidad y la morbilidad extrema materna, perinatal y de la niñez. 2017.
9. **WHO.** Para que cada bebe cuente, auditoria y examen de las muertes prenatales y neonatales. 2017.
10. **Ministero de Salud de Peru.** Reglamento de funcionamiento de los comites de prevencion de la mortalidad maternay perinatal. 2006.
11. **SESAL.** Lineamientos para la organización de los Comités de apoyo a la gestión en el marco del Modelo de Gestión Hospitalaria. Tegucigalpa M. D. C. : s.n., 2018.

