

---

# PLAN NACIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE MUERTE MATERNA Y NEONATAL 2015 - 2020

*Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social*

---

*La muerte Materna es una injusticia social, no sólo porque son mujeres que mueren en la plenitud de sus vidas; no sólo porque la muerte materna es una de las formas más terribles de morir, pero por sobre todo, porque casi todas las muertes maternas son eventos que podrían haber sido evitados, y nunca debería haberse permitido que ocurrieran". (Dr. Fathalla, 1997)*

---

# AUTORIDADES

**Lic. Luis Enrique Monterroso**

*Ministro de Salud Pública y Asistencia Social*

**Dr. Pablo Werner Ramírez Díaz**

*Viceministro Técnico*

**Dr. Israel Lemus Bojorges**

*Viceministro de Atención Primaria en Salud*

**Licda. Elvira Orfina Salvatierra Peña**

*Viceministra Administrativa*

**Licda. Nicté Ramírez**

*Directora General del Sistema Integral de Atención en Salud*

**Dr. Elmer Marcelo Núñez Pérez**

*Jefe del Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas*

**Dra. Aura Meliza Mejía Monroy**

*Coordinadora del Programa Nacional de Salud Reproductiva*

# PRESENTACIÓN

*La Constitución Política de la República de Guatemala, así como otros instrumentos jurídicos y políticos, le confieren al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, ser el garante de la salud de la población, teniendo la responsabilidad de la rectoría del sector salud que conlleve a la normalización para realizar actividades de promoción, prevención, atención, recuperación y rehabilitación, en los diferentes niveles de intervención, orientado al mejoramiento continuo de la calidad de vida de las personas, familias y sociedad.*

*En el marco de lo expuesto, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como instancia rectora de las políticas de salud, asume el firme compromiso de coordinar, implementar y dar seguimiento a este Plan, a través de todas las instancias que conforman el Sistema Nacional de Salud, para provocar un cambio positivo involucrando a todo el recurso humano que interactúa en los diferentes escenarios. Este Plan constituye el instrumento estratégico que nos conducirá al cumplimiento de las metas de reducción de la mortalidad materna y neonatal en Guatemala.*

*En el desarrollo de estos procesos de atención para la reducción de la mortalidad materna y neonatal, el Ministerio de Salud, convoca a la participación de otras instituciones del Estado, incluyendo a la Sociedad Civil, Cooperación Internacional y otras instancias que directa y/o indirectamente estén involucradas en el tema / problema de la salud reproductiva, con énfasis en la mujer y el neonato, para actuar de forma organizada y coordinada, para poder alcanzar los objetivos establecidos en el presente Plan Nacional para la Reducción de Muerte Materna y Neonatal 2015 – 2020.*

*Lic. Luis Enrique Monterroso De León  
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social*

# ACRÓNIMOS

APA	ATENCIÓN POST-ABORTO
APP	AÑOS PROTECCIÓN PAREJA
APROFAM	ASOCIACIÓN PRO BIENESTAR DE LA FAMILIA
CAP	CENTRO DE ATENCIÓN PERMANENTE
CAIMI	CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL MATERNO INFANTIL
CIPD	CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA POBLACIÓN Y DESARROLLO
CNAA	COMISIÓN NACIONAL DE ASEGURAMIENTO DE ANTICONCEPTIVOS
CNE	CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA
DAS	DIRECCIÓN DE ÁREA DE SALUD
DECAP	DEPARTAMENTO DE CAPACITACIONES
DIU	DISPOSITIVO INTRAUTERINO
ENSMI	ENCUESTA NACIONAL DE SALUD MATERNA INFANTIL
GO	GINECO-OBSTETRAS
IEC	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
IGSS	INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
INE	INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA
ITS	INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
IVAA	INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO
LBMM	LÍNEA BASAL DE MORTALIDAD MATERNA
MINEDUC	MINISTERIO DE EDUCACIÓN
MMN	MUERTE MATERNA Y NEONATAL
MSPAS	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
MTMM	MESA TÉCNICA DE MUERTE MATERNA
ODM	OBJETIVOS DESARROLLO DEL MILENIO
ODS	OBJETIVOS DESARROLLO SOSTENIBLE
OPS	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
OSAR	OBSERVATORIO DE SALUD REPRODUCTIVA
PF	PLANIFICACIÓN FAMILIAR
PNSR	PROGRAMA NACIONAL DE SALUD REPRODUCTIVA
PROEDUSA	PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD
RENAP	REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
RMM	RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA
SECTOR SALUD	CONJUNTO DE BIENES Y SERVICIOS ENCAMINADOS A PRESERVAR Y PROTEGER LA SALUD DE LAS PERSONAS
SEGEPLAN	SECRETARÍA DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DE LA PRESIDENCIA
SIAS	SISTEMA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD
SIDA	SÍNDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDO
SIGSA	SISTEMA DE INFORMACIÓN GERENCIAL EN SALUD
SR/PF	SALUD REPRODUCTIVA/PLANIFICACIÓN FAMILIAR
SSR	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
VIH	VIRUS DE INMUNO DEFICIENCIA HUMANA

# ÍNDICE

1. Introducción.....	11
2. Marco legal.....	13
3. Marco conceptual.....	14
4. Objetivo general.....	23
5. Objetivos específicos.....	23
6. Eje estratégico #1 Planificación familiar/metodología anticonceptiva.....	24
7. Eje estratégico #2 Red de servicios de salud integrados, con calidad, calidez y pertinencia cultural para la atención materno-neonatal.....	25
8. Eje estratégico #3 Recurso humano calificado.....	26
9. Eje estratégico #4 Vigilancia epidemiológica y sistema de información.....	27
10. Plan Operativo.....	28
11. Seguimiento, monitoreo y evaluación.....	33
12. Bibliografía.....	35
13. Anexos.....	37
14. Créditos.....	39

# INTRODUCCIÓN

*La muerte materna y neonatal es una problemática de salud pública, que por ser multifactorial, no es responsabilidad exclusiva del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, por lo que requiere un abordaje integral, lo cual es posible cuando se establece la interacción multidisciplinaria y multisectorial, de forma organizada y coordinada; correspondiendo al Ministerio de Salud, asumir la rectoría, al respecto.*

*La mortalidad materna afecta a las mujeres, pero también a las familias y sociedad en su conjunto, impactando negativamente en el contexto socio económico del país. No es el simple hecho de la “falta” de una mujer; sino también la trascendencia de éste fenómeno, al repercutir en los hijos, pareja, familia, así como a sus demás círculos, social y laboral, entre otros.*

*Esta situación se refleja en la desintegración familiar, crisis psicosociales y económicas, que de no superarse, podrían llegar a provocar una descomposición social, cuando no se logra superar ésta lamentable pérdida. La muerte materna, es un hecho que en muchos casos, pudo haberse evitado, por ello la importancia de analizar e identificar estrategias que contribuyan al desarrollo de acciones orientadas a la reducción de la mortalidad materna y neonatal. Acciones que incidan en los factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales, económicos, ambientales, legales y políticos, para su abordaje integral, tomando en cuenta el enfoque de género, etnia e idioma, por la multiculturalidad que caracteriza a Guatemala.*

*El presente Plan Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal 2015 – 2020 establece acciones estratégicas técnicas / normativas que deben tomarse en cuenta en la prestación de servicios de salud y otros espacios afines, que deben redundar en pro de la salud reproductiva de mujeres y hombres. El plan orienta acerca de la implementación de acciones de promoción, prevención, atención, recuperación y rehabilitación, en cumplimiento al marco legal político y en respuesta a la sala situacional de salud reproductiva identificada en cada uno*

*de los campos y niveles de intervención, entre los criterios para la implementación de dichas acciones se incluyen: facilitar la accesibilidad cultural, económica y geográfica que permitan superar, pero sobre todo, prevenir, las crisis por complicaciones; promover ambientes favorables y amigables en busca de la atención y resolución del evento obstétrico, en forma que la atención sea adecuada para la mujer y el recién nacido.*

*Tomando en cuenta la complejidad de la problemática y necesidad e importancia del abordaje integral, deben promoverse cambios de comportamiento y actitud de la población; además, del esfuerzo del sistema de salud en procurar que toda mujer embarazada asuma su derecho y responsabilidad que la guie en busca de atención adecuada y oportuna. Para ello es importante desarrollar las alianzas del sector salud con otras instituciones afines y sociedad civil organizada y se pueda brindar una respuesta satisfactoria, de acuerdo con la estructura organizacional e infraestructura local, para proteger la vida de la madre y neonato.*

*Es importante mencionar que el presente Plan Nacional de Reducción de Muerte Materna y Neonatal es la continuidad del proceso iniciado con El Plan de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna Neonatal y Mejoramiento de la Salud Reproductiva 2010 – 2015; considerando necesario su actualización, en respuesta a la situación cambiante, que registran las estadísticas de los eventos obstétricos y de avances en la aplicación de procesos basados en evidencia científica.*

*En su contenido se refleja, además del marco legal, el marco conceptual, algunas gráficas que ejemplifican la sala situacional, objetivos generales y específicos, así como el planteamiento de los cuatro ejes estratégicos, con sus respectivas líneas estratégicas e indicadores; además de plantear su seguimiento, monitoreo y evaluación; anexando documentos de soporte técnico y legal, que motive su implementación y que permitan hacer posible la efectiva y sostenible reducción de los indicadores de morbilidad grave y mortalidad materno neonatal.*

# MARCO LEGAL

Guatemala ha ratificado su compromiso en diversos instrumentos legales nacionales e internacionales dirigidos a la reducción de la mortalidad materna y neonatal; este amplio marco legal y político que compromete y respalda el accionar en favor de la salud sexual y reproductiva. Algunas de las principales bases legales para el presente Plan Nacional para la Reducción de Muerte Materna y Neonatal 2015 – 2020 son los siguientes:

1. Constitución Política de la República de Guatemala, que establece en sus Artículos 93, 94 y 95 que “el goce de la salud es un derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna y que el Estado velará por la salud y asistencia social de todos los habitantes; desarrollará, a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el mayor bienestar físico, mental y social.”

2. Ley de Desarrollo Social, Decreto número 42-2001, en su sección III, Artículo 26, le da creación al Programa Nacional de Salud Reproductiva y en el inciso 1) establece que el Programa Nacional de Salud Reproductiva, tiene como objetivo esencial reducir los índices de mortalidad materna e infantil, haciendo accesibles los servicios de salud reproductiva a mujeres y hombres.

3. Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva, Decreto Número 87-2005 del Congreso de la República; tiene como objeto asegurar el acceso de la población a los servicios de planificación familiar que conlleve la información, consejería, educación sobre salud sexual y reproductiva a las personas y provisión de métodos de planificación familiar, y su Reglamento, Acuerdo Gubernativo 279-2009;

4. Ley Para la Maternidad Saludable - Decreto 32 - 2010 y su Reglamento, Acuerdo Gubernativo 65 - 2012, que tiene como objeto el crear el marco jurídico que permita implementar los mecanismos necesarios para mejorar la salud y calidad de vida de las mujeres y del recién nacido, y promover el desarrollo humano a través de asegurar la maternidad de las mujeres, mediante el acceso universal, oportuno y gratuito a información veraz y completa y a servicios de calidad, antes y durante el embarazo, parto o post parto, para la prevención y eventual erradicación progresiva de la mortalidad materno neonatal; y uno de los fines de ésta Ley es: a) Declarar la maternidad saludable como un asunto de urgencia nacional; apoyar y promover acciones para reducir las tasas de mortalidad materna y neonatal, especialmente en la población vulnerable.

5. Plan de Desarrollo Katún “Nuestra Guatemala 2032”, constituye la política nacional de desarrollo a largo plazo que articula las políticas, planes, programas, proyectos e inversiones; es decir, el ciclo de gestión del desarrollo. En su parte correspondiente al eje de Bienestar para la Gente, establece la meta de reducir la tasa de mortalidad materna en cinco puntos porcentuales anuales, iniciando en 2015. También garantiza el derecho a la salud y a la calidad de vida de las mujeres en edad reproductiva por medio de acciones del sistema de salud que protegen la maternidad y brindan servicios de calidad durante el embarazo, parto y posparto.

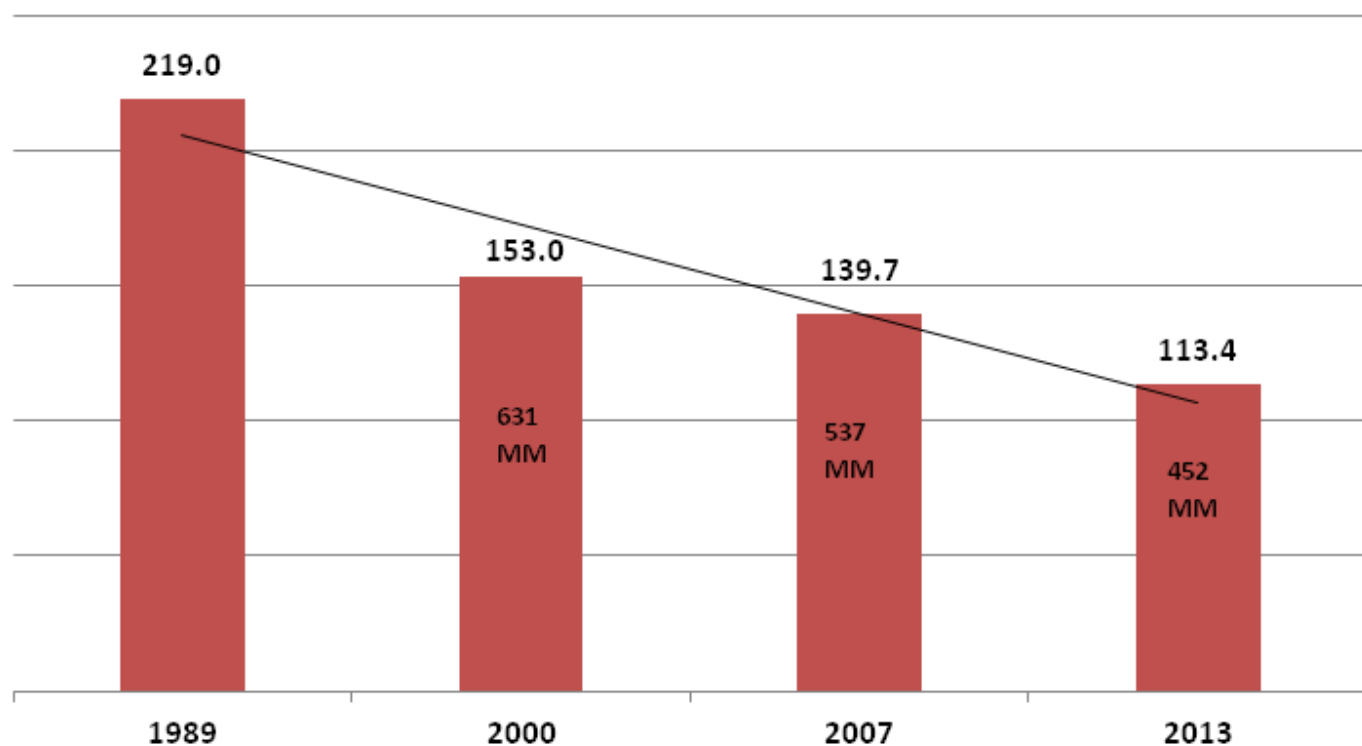
\*Para un resumen de otras leyes nacionales y compromisos internacionales, ver el cuadro correspondiente en Anexo.

# MARCO CONCEPTUAL

**Análisis Situacional:** En Guatemala se han desarrollado mediciones de mortalidad materna utilizando metodologías similares y comparables con, los años 1989, 2000, 2007 y 2013 y el comportamiento observado muestra que la razón de muerte materna ha tenido una reducción importante desde el año 1989 al 2013 que representa un 48.22 % de reducción. Gráfica #1. Número y razón de muerte materna a nivel nacional.

Los datos que a continuación se presentan dan un panorama de la situación y de los factores de riesgo que han incidido en la muerte materna en nuestro país. Las cifras muchas veces indican “de qué” murió la señora, pero más importante es “por qué” ocurrió dicha muerte. Estos datos son los que muestran la ruta a que seguir para alcanzar los objetivos y metas, en pro de la reducción de la mortalidad materna y neonatal.

**Gráfica 1. Cantidad de MM y RMM 1989 - 2013**



Fuente: SEGEPLAN 2011; MSPAS - MTMM

## Nuestra situación de muerte materna por departamento para el año 2013.

A nivel nacional, en el 2013, el comportamiento del indicador muestra diferencias por departamento de residencia. Son los departamentos de occidente y noroccidente los que aportaron la mayor cantidad de muertes maternas. Huehuetenango es el departamento con mayor cantidad de casos registrados, 91 MM, concentra el 20% del total de MM del país y registró casi el doble de casos que El Quiché, que ocupa el segundo lugar.

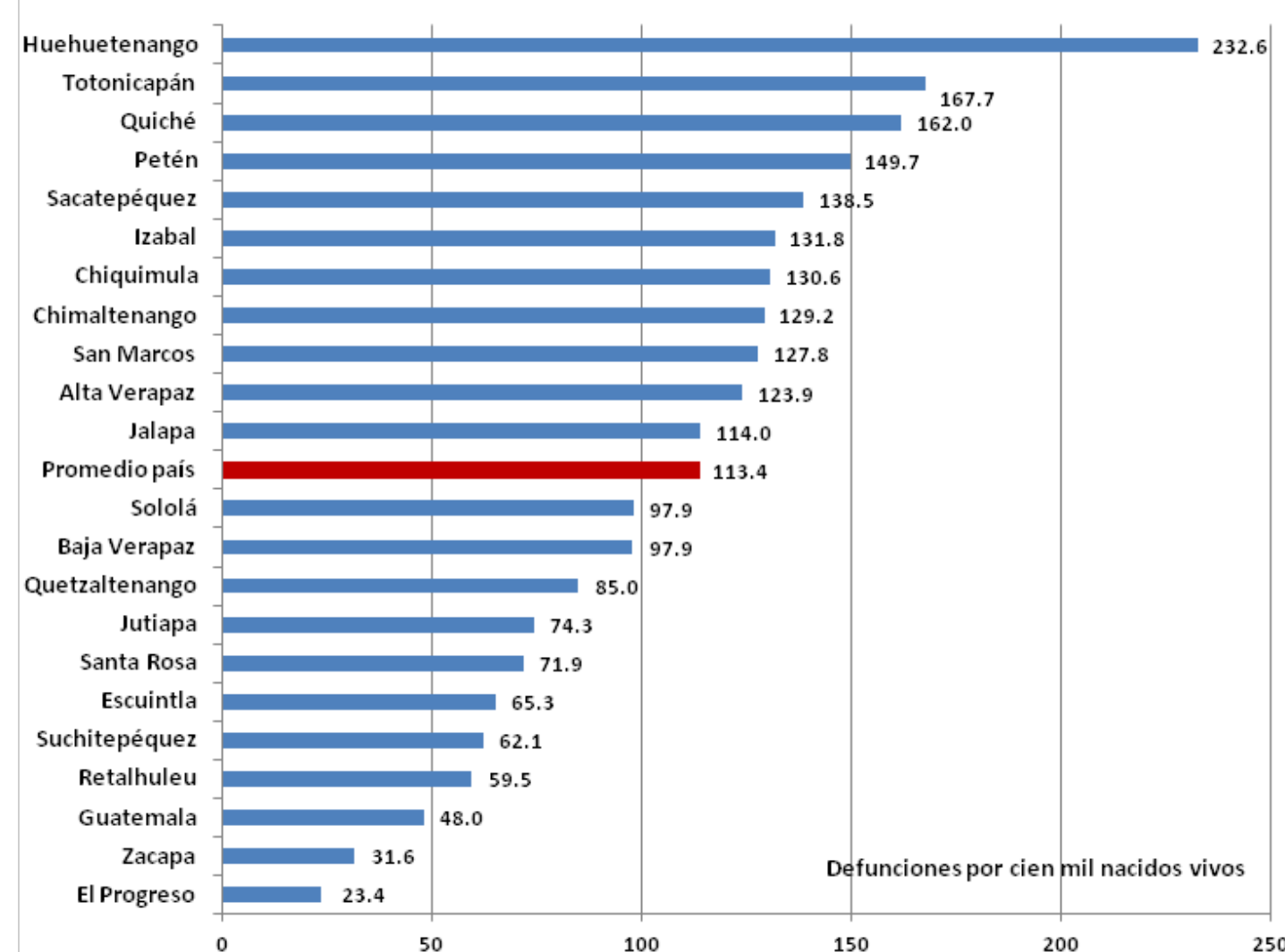
Los departamentos de Huehuetenango, El Quiché, Alta Verapaz, San Marcos y Guatemala, concentran el 57% del total de muertes maternas en el país; cualquier estrategia para la reducción de este problema tendría que dar prioridad a estos territorios, sin que esto signifique reducir los esfuerzos en los departamentos que registraron menos casos. Llama la atención el Departamento de Guatemala que reporta 32 muertes maternas a pesar de que concentra la infraestructura y el personal de salud para brindar servicios de salud reproductiva a la población.

Huehuetenango fue el departamento con la mayor tasa de muerte materna (232.6) y el único que sobrepasa la cifra de 200. Existen once departamentos que se encuentran por encima de la media nacional de 113.4.

Once departamentos están por debajo de la media, donde destaca Guatemala con (48), Zacapa (31.6) y El Progreso (23.4).

Gráfica #2 Muertes maternas, nacidos vivos y razón de mortalidad materna según departamento.

**Gráfica 2. RMM por departamento, 2013**



Fuente: MSPAS - MTAMM



Cuadro #1. Razón de mortalidad materna en el 2013, por indicadores seleccionados, según departamento de residencia.

Razón de mortalidad materna 2013, por indicadores seleccionados, según departamento de residencia									
	Razón muerte materna *	Tasa alfabetismo mujeres 15 años y mas, 2011, INE.	Promedio grados aprobados por mujeres 15 años y mas 2011, INE	Tasa neta educación primaria mujeres 2013, MINEDUC	% población indígena, 2002, INE.	% población en situación de pobreza, 2011, INE	Tasa global de fecundidad 2008 - 2009	% uso de anticonceptivos, 2008-2009	Indice presencia del Estado, 2009
Total nacional	113.4	75.9	4.49	85	41	54	3.6	54	22
Huehuetenango	232.6	63.5	2.91	87	65	52	4.1	37	21
Totonicapán	167.7	68.1	3.43	74	99	68	4.4	40	22
Quiché	162.0	56.1	2.43	79	89	63	5.2	30	22
Petén	149.7	74.6	4.31	69	31	61	4.3	47	25
Sacatepéquez	138.5	84.7	5.65	85	42	32	3.2	65	23
Izabal	131.8	77.6	4.80	83	23	58	3.6	57	28
Chiquimula	130.6	71.5	4.34	86	17	72	3.5	44	29
Chimaltenango	129.2	78.7	4.37	78	79	60	3.6	50	22
San Marcos	127.8	71.9	3.40	94	31	62	4.3	47	21
Alta Verapaz	123.9	58.6	3.33	79	93	81	4.6	48	24
Jalapa	114.0	76.1	4.04	81	19	70	3.8	48	30
Sololá	97.9	65.4	3.81	76	96	70	4.0	38	25
Baja Verapaz	97.9	68.4	3.75	82	59	60	3.9	52	27
Quetzaltenango	85.0	78.7	4.53	89	54	56	3.1	59	26
Jutiapa	74.3	77.1	4.71	86	3	42	2.6	56	29
Santa Rosa	71.9	79.9	4.37	91	3	45	2.9	67	24
Escuintla	65.3	80.1	5.07	90	7	31	3.4	69	26
Suchitepéquez	62.1	72.4	4.08	87	55	70	3.7	53	23
Retalhuleu	59.5	76.8	4.17	92	23	53	3.1	61	29
Guatemala	48.0	90.3	7.24	92	14	18	2.7	72	37
Zacapa	31.6	78.2	4.81	90	1	63	3.2	54	30
El Progreso	23.4	81.7	5.24	91	1	30	3.3	67	27

\* Defunciones por cien mil nacidos vivos.

El riesgo de morir por causas maternas está relacionado con causas de tipo estructural, como el acceso a servicios básicos, el nivel de pobreza, comportamientos reproductivos, presencia del Estado, entre otros. En términos generales, departamentos con alta RMM tiene mayor tasa de analfabetismo, menor promedio de grados aprobados en la escuela con menor acceso a la misma y mayor porcentaje de población pobre; asimismo, tienen las tasas de fecundidad más alta que el promedio nacional y menor porcentaje de uso de anticonceptivos, todos determinantes estructurales o intermedios de la mortalidad materna.

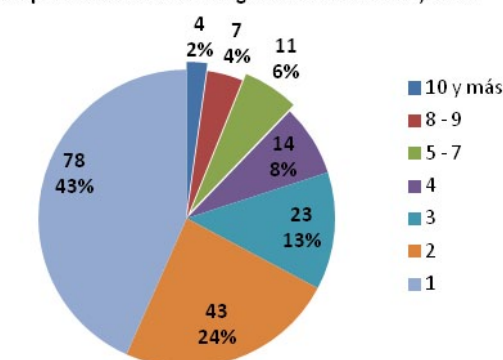
Relacionando la escolaridad con la muerte materna, se ha observado que a mayor escolaridad, menor probabilidad de enfrentar una muerte materna. Esto se sustenta en los datos que MSPAS ha podido recolectar, por ejemplo; El progreso tiene una razón de muerte materna de 23.4 y 5.24 grados de escolaridad en mujeres de 15 años y más; semejante situación se observa en Escuintla tiene una razón de muerte materna de 65.3 y 5.07 grados de escolaridad promedio en mujeres de 15 años y más. En Huehuetenango tiene el promedio de grados de escolaridad más bajo, es de apenas de 2.91 y tiene la RMM más alta de 232.6.

Esto evidencia la relación que existe entre escolaridad y mortalidad.

### Muerte materna por municipio de residencia

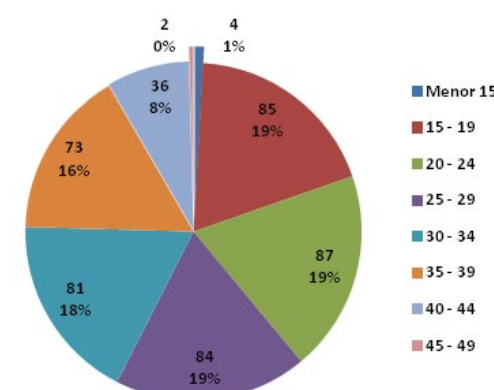
Para el año 2013, de los 338 municipios del país 180 registraron casos de muertes maternas, el 53% del total, gráfica #3. Cuatro municipios reportaron 10 y más muertes maternas, siendo el municipio de Guatemala quien reportó la mayor cantidad de casos. Por el contrario, 79 municipios reportaron solo 1 caso de muerte materna, señalando el desafío de identificar una estrategia para prevenir y evitar las muertes a pesar de la dispersión de los casos en el territorio.

Grafica 3. Municipios por cantidad de MM registrada en cada uno, 2013



Fuente: MSPAS - MTAMM

Grafica 4. MM por edad de la fallecida, 2013



Fuente: MSPAS - MTAMM

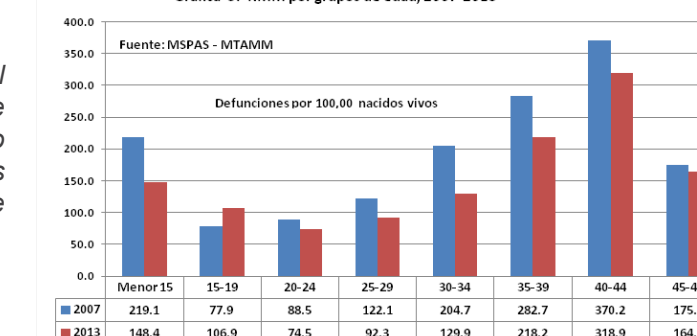
### a. Grupos de edad

Para el año 2013, la mortalidad materna se distribuyó en una proporción bastante similar entre los grupos quinquenales de edad de 15 a 39 años, gráfica #4.

Si bien, la distribución de casos de muertes por grupo de edad es bastante similar, no lo es el riesgo de muerte. Las mujeres menores de 15 años y mayores de 34 años son las que siguen teniendo mayor riesgo de morir por encontrarse en los extremos de la vida.

Este comportamiento es muy similar al encontrado en el estudio de 2007; con excepción de un incremento importante en la razón de muerte materna en el grupo de 15 a 19 años, lo cual refleja el alto riesgo de morir en adolescentes, además que el mayor riesgo se mantiene en las edades extremas de la vida reproductiva, gráfica #5.

Grafica 5. RMM por grupos de edad, 2007-2013

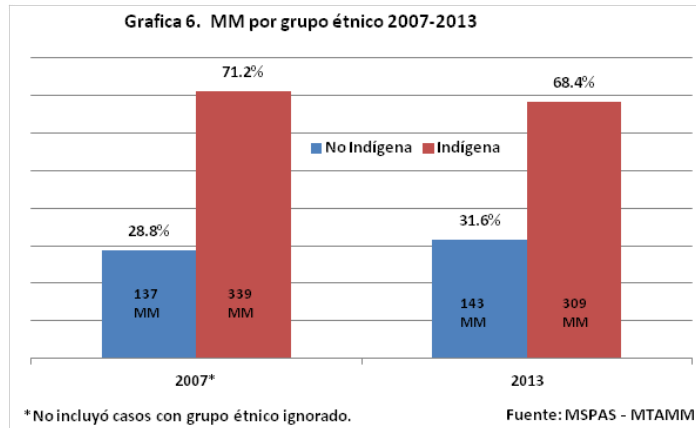


## Pueblos y comunidad lingüística

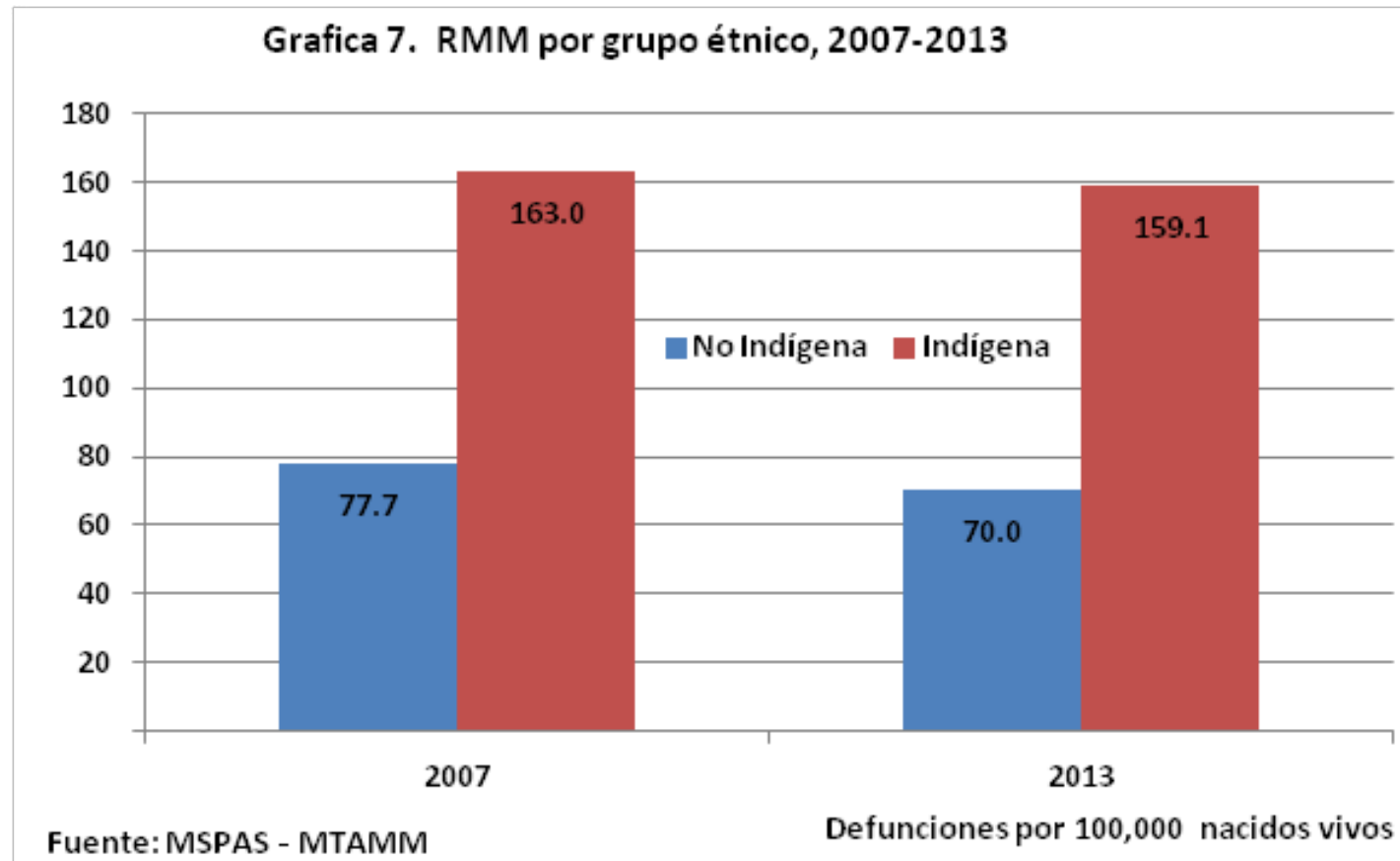
Los casos de MM en mujeres indígenas son más del doble que en las mujeres no indígenas, situación que se ha mantenido relativamente estable desde el año 2007, gráfica #6.

En general, en los departamentos en los que se registra mayor número de casos de MM, más del 85% fueron mujeres indígenas, como en Huehuetenango, Quiché, Alta Verapaz, llegando al 100% en Totonicapán, situación relacionada a la concentración de población indígena en esos departamentos, a los altos porcentajes de pobreza, al menor acceso a servicios básicos como educación y salud, a su concentración en el área rural en donde la distancia y el acceso al transporte son una limitación.

El idioma es otro factor que dificulta a las mujeres el acceso a servicios. Debido a que el mayor porcentaje de muerte materna ocurrió entre mujeres indígenas; conocer la comunidad lingüística a la que pertenecen es indispensable para identificar acciones de intervención que favorezcan la atención adecuada y pertinente, como la capacidad del personal de salud para comunicarse en el idioma predominante en ese territorio.



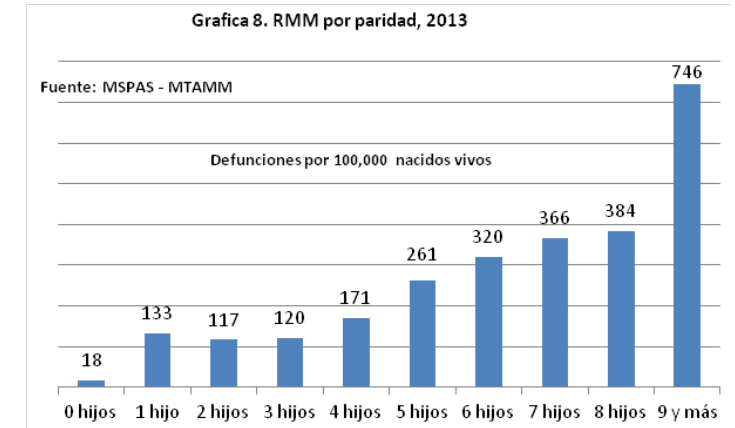
El riesgo de las mujeres indígenas de morir por causas relacionadas a la maternidad duplica al de las mujeres no indígenas. Tendencia que persiste a pesar que entre los años 2007 y 2013 se observó la reducción de 7% de la razón de muerte materna en mujeres indígenas; considerando esto un logro importante, gráfica #7.



## Paridad

Las defunciones por muerte materna en números absolutos, se concentraron en las mujeres que registraron un hijo nacido vivo o muerto (incluyendo el hijo o hija nacida al momento de la defunción). El 50% de las defunciones ocurrió en mujeres con menos de tres hijos vivos o muertos,

La razón de muerte materna por paridad simple, muestra que el riesgo de morir aumenta a medida que aumenta la paridad. Esta tendencia, que también se observó en el estudio del año 2007 sigue el patrón regular del indicador a nivel internacional. Esta situación evidencia la necesidad de trabajar en aspectos relacionados a la planificación familiar y al "Óptimo Espacio Intergenésico". Llama la atención que en las que tuvieron un hijo presentan también una razón de mortalidad alta, gráfica #8.

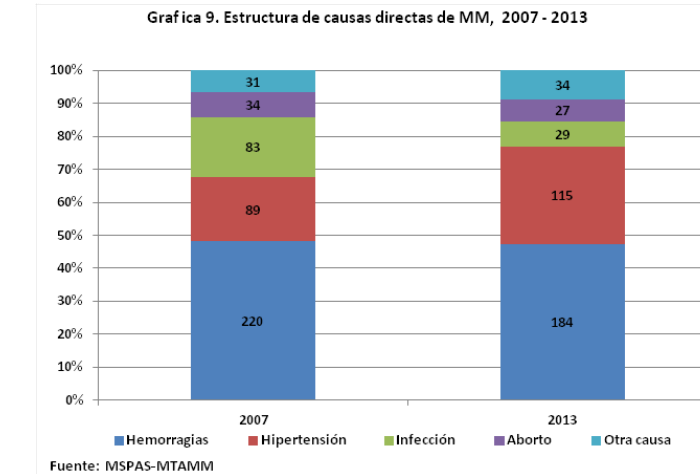


## Causas de muerte

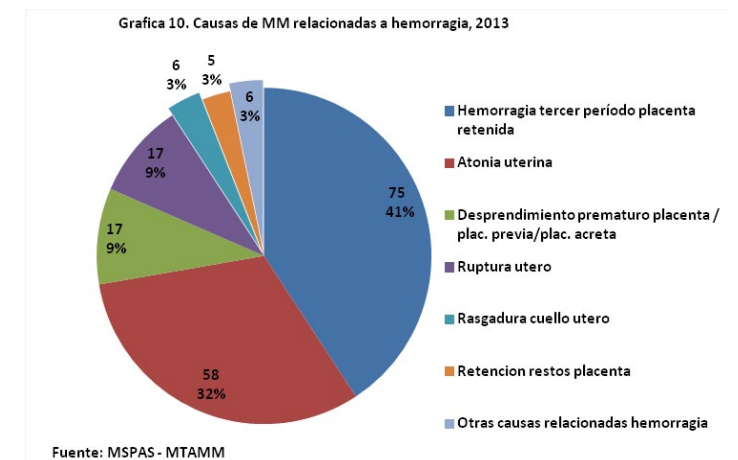
### a. Causas Directas e Indirectas

En el año 2013, el 86% de las muertes maternas fueron por causas directas y 14% por causas indirectas, estructura que no presenta cambios respecto al estudio realizado en el año 2007, a diferencia que en ese año hubo un 7% de causas no especificadas respecto al total, situación superada en los últimos años al tener información de mejor calidad.

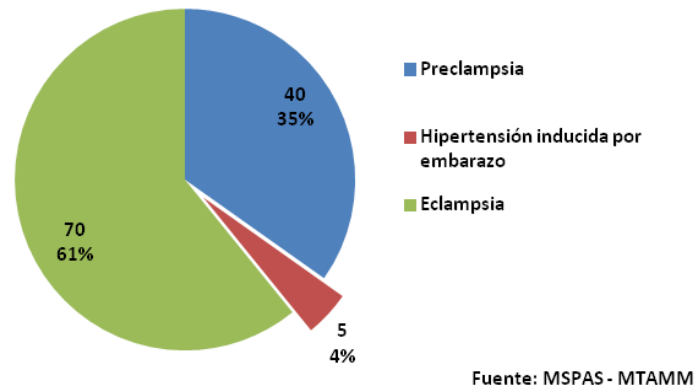
Las 389 defunciones por causas directas agrupadas registradas en el año 2013 básicamente se relacionan con hemorragias, provocando alrededor del 50% de los casos. La hipertensión se incrementó significativamente como causa de muerte no solo en cantidades absolutas sino también relativas, ya que el porcentaje aumentó del 19% al 30% durante el periodo 2007 - 2013. Las infecciones se redujeron del 18% al 7% del 2007 al 2013, gráfica #9.



Las causas de mortalidad materna por hemorragia estuvieron relacionadas principalmente al tercer período del parto asociada con retención de placenta, lo cual nos indica que es importante que el personal médico y paramédico desarrolle habilidades para hacer extracción manual de placenta, gráfica #10.

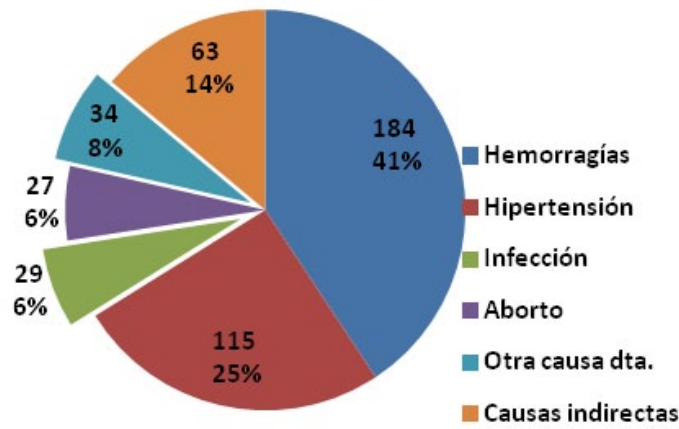


Grafica 11. Causas de MM relacionadas a hipertensión, 2013



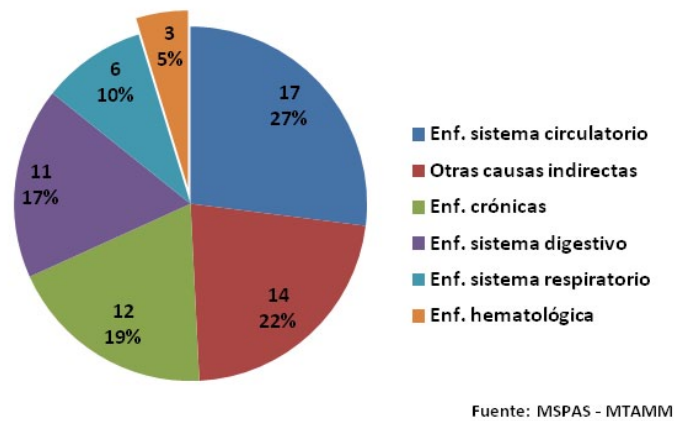
De las 115 muertes por hipertensión, el 61% su causa fue por eclampsia y 40% por preeclampsia. Dado que las anteriores son propias y únicas de la mujer embarazada, su atención requiere de atención médica especializada, gráfica #11.

Grafica 12. Muertes maternas por causas directas e indirectas, 2013



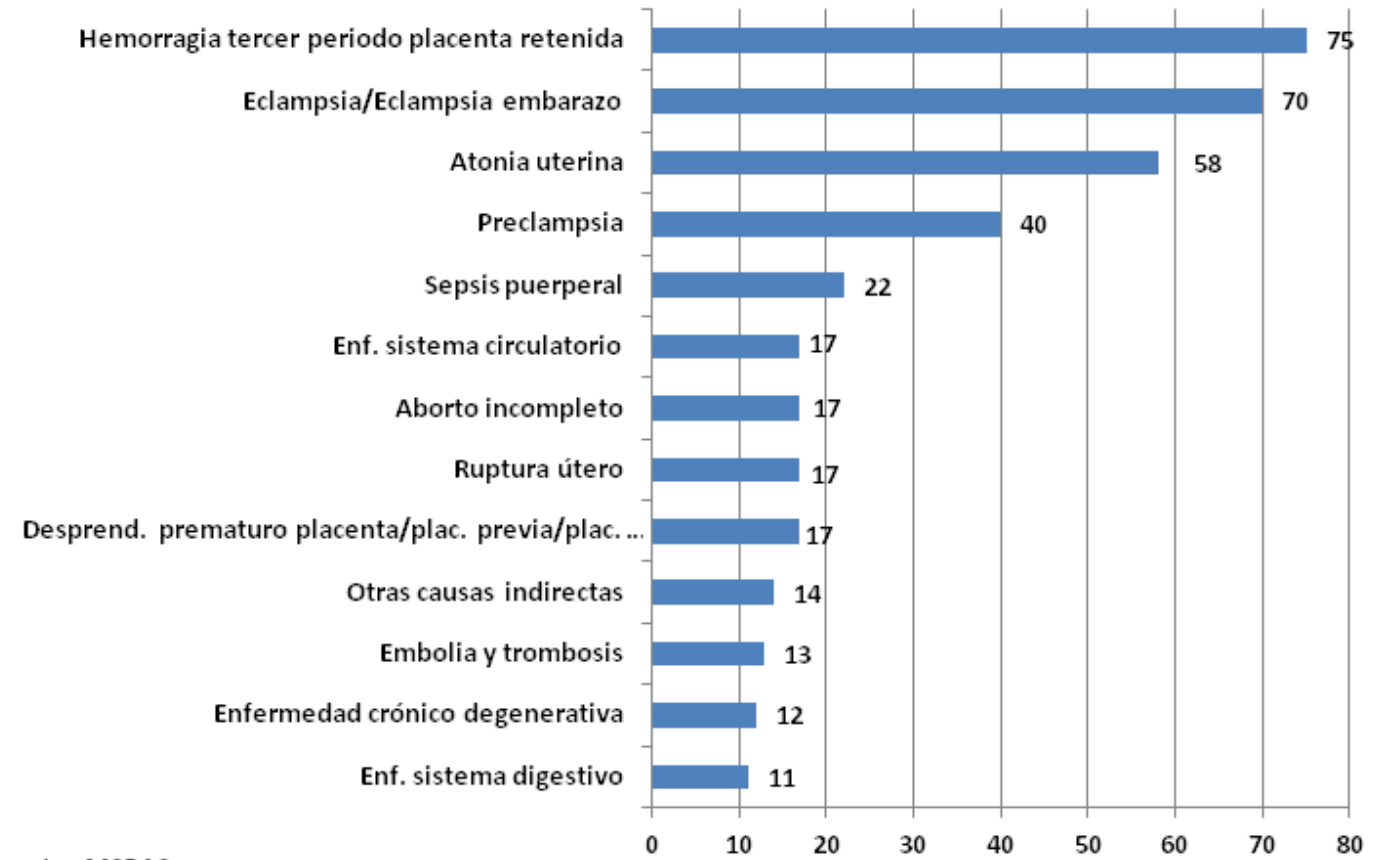
Las 63 muertes maternas por causas indirectas se relacionaron a enfermedades del sistema circulatorio, en las que los accidentes cerebro vasculares y el infarto al miocardio fueron las más comunes; en las enfermedades crónico degenerativas, se registraron 4 casos de tumores, 2 de VIH y 2 de diabetes, que fueron las más importantes. Entre las enfermedades digestivas, la diarrea fue la más común, reportando también un caso de gastritis, apendicitis, hemorragia intestinal, entre otros; en las enfermedades respiratorias la neumonía reportó más casos, así como un caso de muerte por asma y otra por Guillain Barre; se registraron dos casos de leucemia entre las enfermedades hematológicas. Fueron clasificadas como otras causas tres casos de anemia y desnutrición, dos casos de tuberculosis, dos casos de fiebre tifoidea, un caso de meningitis y un caso de epilepsia, entre otras, gráfica #13. En muertes por algunas de estas causas, se considera que la mujer no debió embarazarse; el acceso a planificación familiar y exámenes médicos antes de decidir tener hijos serían las acciones preventivas a impulsar.

Grafica 13. MM por causas indirectas, 2013



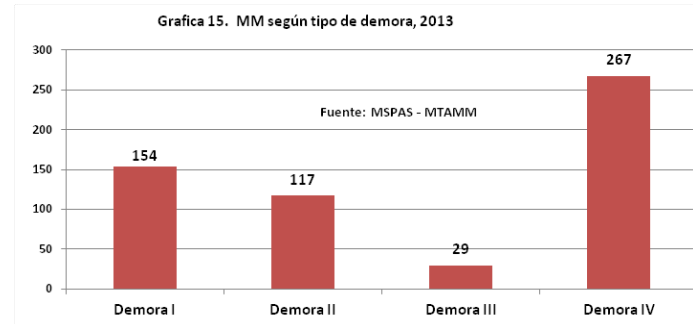
Las causas de muerte materna que registraron más de 10 casos, independientemente del grupo al que pertenecen, siguen siendo la hemorragia del tercer período del parto, eclampsia, atonía uterina, que pudieron evitarse con el personal calificado y los recursos, gráfica #14. Es importante señalar que entre estas causas se registran una cantidad importante de causas indirectas, como las enfermedades del sistema circulatorio y digestivo, embolias y enfermedades crónico degenerativas en las cuales la atención prenatal pudo ser clave para prevenir la muerte.

Grafica 14. Causas de MM con 10 y más casos registrados, 2013



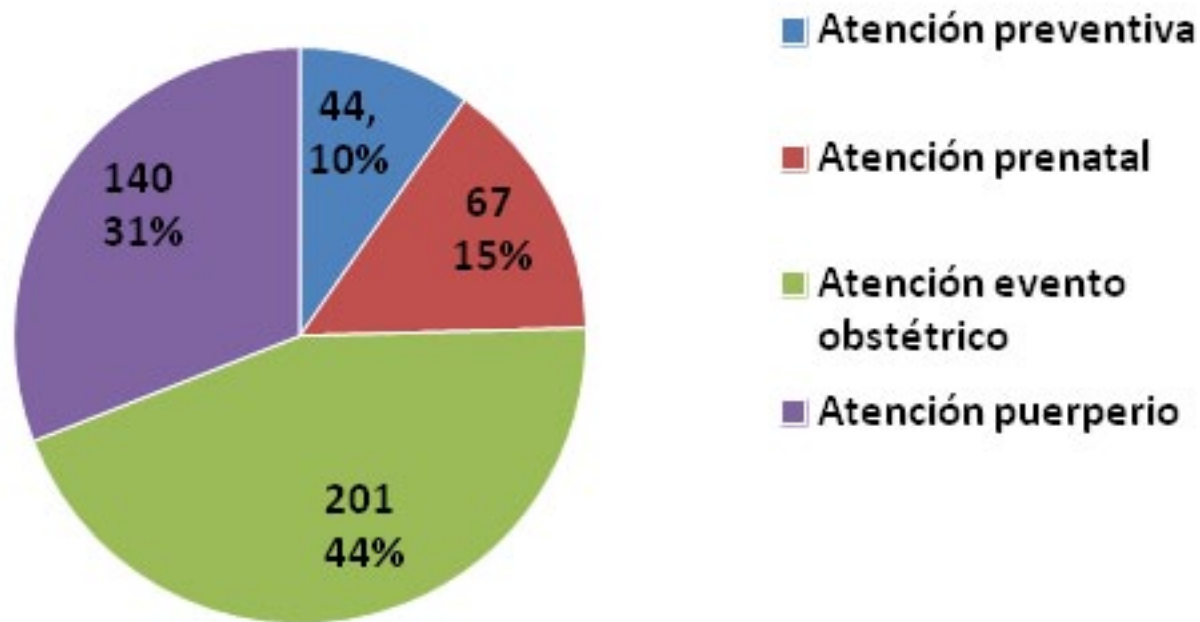
## Demoras

Uno de los modelos que trata de explicar la MM se basa en las cuatro demoras para la atención. Estas demoras están relacionadas a que en la familia y/o comunidad no identifican los signos y señales de peligro de la mujer embarazada (demora I), la mujer, la familiar ni en la comunidad se toman las decisiones adecuadas y oportunas (demora II), hay dificultad de acceso a servicios de transporte o carreteras en mal estado que limitan a atención especializada de emergencia que amerita la mujer embarazada, etc. (demora III) o que en los servicios de salud públicos o privados al que la mujer acudió, no le brindó la atención adecuada, de acuerdo al nivel de calidad y oportunidad que se requiere (demora IV). O solicitan la atención de la emergencia tardíamente, gráfica #15.



Se encontró que el eslabón crítico más frecuentemente relacionado con la muerte materna, fue la atención del evento obstétrico, seguido de la atención del puerperio, por lo que las acciones deberán estar encaminadas especialmente a resolver los problemas en esos eslabones de atención, gráfica #16.

Grafica 16. Eslabón crítico para la prevención de la MM, 2013



Fuente: MSPAS-MTAMM

# OBJETIVO GENERAL

Reducir la mortalidad materna neonatal, mediante acciones coordinadas del sector salud e intersectoriales en Guatemala 2015-2020.

## RESULTADO

1. Al año 2020 se ha reducido la mortalidad materna de una razón de 113 por 100 mil nacidos vivos (2013) a 85 por 100 mil nacidos vivos.

## RESULTADO

2. La mortalidad neonatal se reduce a ritmo de 1 punto porcentual anual.

# OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Contribuir a que la población tenga un amplio acceso a los servicios de planificación familiar por medio de acciones que mejoren la demanda informada y la oferta sistemática.
2. Mejorar la atención materna neonatal, impulsando la atención prenatal, la atención calificada del parto, posparto y atención neonatal, así como la prestación de los cuidados obstétricos neonatales de emergencia.
3. Fortalecer el recurso humano de la red de servicios y personal comunitario de apoyo en conocimientos, capacidades, habilidades y destrezas (competencias) adecuadas para la atención materna neonatal calificada.
4. Fortalecer los sistemas de información y vigilancia epidemiológica de la salud materna, perinatal y neonatal en el marco de los sistemas de información y estadísticas vitales para la toma de decisiones.

# EJE ESTRATÉGICO #1

## Planificación Familiar/Metodología Anticonceptiva

El uso de métodos anticonceptivos asegura la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, al lograr un espacio intergenésico adecuado, reduce los embarazos en extremos de la vida reproductiva de la mujer; donde es más propensa a complicaciones durante el embarazo y parto, reduce el número de embarazos no deseados y la tasa de abortos en condiciones no seguras. El uso de metodología moderna asegura una mejor adherencia al método escogido, mejor aceptación por parte de la usuaria y mayor eficacia.

Por otra parte, con este eje se da cumplimiento a la Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar (PF) (Decreto #87-2005) y su integración al Programa Nacional de Salud Reproductiva, que tiene como objetivo: "Asegurar el acceso a la población a los servicios de planificación familiar, que conlleve la información, consejería, educación sobre la salud sexual y reproductiva a las personas y provisión de métodos de planificación familiar".

### Líneas Estratégicas:

1. Acceso de la población a información y servicios de planificación familiar.
2. Abastecimiento y disponibilidad oportuna de la gama de métodos anticonceptivos en los 3 niveles de atención.
3. Referencia oportuna a servicios de salud que oferten métodos de Planificación Familiar de larga duración o permanentes.

### Indicadores:

- Actualización y capacitaciones realizadas por departamento y audiencias.
- Campañas de comunicación en PF realizadas.
- Usuarías nuevas y APP.
- Servicios abastecidos de insumos anticonceptivos.
- Plan de acción desarrollado por la comisión nacional para el aseguramiento de anticonceptivos.
- Informes de monitoreo a servicios de planificación familiar realizados por la sociedad civil.
- Incremento en el uso de DIU e implantes.
- Informe usuarias de PF en el primer nivel de atención.

# EJE ESTRATÉGICO #2

## Red de Servicios de Salud Integrados, con Calidad, Calidez y Pertinencia Cultural

Este eje reúne múltiples componentes de la atención a la mujer durante su edad fértil, puesto que tiene injerencia en los cuidados pre-concepcionales, proporcionando información y educación a la población femenina sobre temas propios de salud sexual y reproductiva; en cumplimiento del Reglamento de la Ley Para la Maternidad Saludable (acuerdo Gubernativo número 65-2012) en su capítulo III (artículos 8, 9 10 y 11).

Incorpora acciones de tamizaje para la detección temprana y tratamiento del cáncer cérvico uterino; asegura participación en los procesos educativos por medio de la Paternidad y Maternidad Responsable; hace énfasis especial en las adolescentes; vela por una atención prenatal adecuada para todas las edades y detecta los embarazos de riesgo para un cuidado especial dependiendo del caso; debe cuidar la seguridad en la atención del parto y garantizar el manejo adecuado de las complicaciones durante el embarazo y puerperio; establece los procesos de atención al recién nacido sin y con complicaciones; enlaza a los servicios de salud con la atención domiciliar del parto asistido por comadronas tradicionales.

### Líneas Estratégicas:

1. Asegurar el ambiente habilitante para la atención materna neonatal de calidad en los tres niveles de atención.
2. Aplicación de la normativa vigente para la atención materna neonatal en los tres niveles de atención.
3. Prestación del servicio con calidad y calidez, con pertinencia cultural durante el embarazo, parto y post parto, atención del recién nacido acorde a su nivel de resolución.
4. Promover el establecimiento de las casas maternas con enfoque de sostenibilidad, focalización y participación social.
5. Fortalecimiento e integración de la red de servicios de salud para la atención materno-neonatal eficiente y oportuna.
6. Fortalecimiento de la promoción de salud en el primer nivel de atención, para la prevención de las complicaciones materno-neonatales.

### Indicadores:

- Abastecimiento de insumos y medicamentos trazadores para la atención materno neonatal en los tres niveles atención.
- Equipamiento básico en segundo y tercer nivel de atención para la resolución del parto en casos de emergencias obstétricas.
- Cursos de capacitación realizados, dirigidos a personal del MSPAS en la atención MN.
- Número de instrumentos con llenado completo que registran el control prenatal, trabajo de parto y seguimiento post parto.
- Registro de control del manejo de la urgencia obstétrica o neonatal.
- Registro de control del manejo del código rojo.
- Número de embarazos que llegan a su primer control prenatal.
- Número de partos eutócicos y distócicos (según nivel de resolución).
- Número de casos de urgencia obstétrica, manejado en forma establecida en la normativa.
- Número de casos de urgencia neonatal, manejado en forma establecida en la normativa.
- Número de casas maternas funcionando.
- Número de partos institucionales referidos por casa maternas.
- Consejos de desarrollo municipal o departamental que sitúan la maternidad saludable dentro de sus planes de desarrollo o inversión.
- Número de referencia y contra referencia que implementan correctamente el sistema establecido.
- Número de vidas salvadas reportadas por las DAS.
- Número de comités de maternidad saludable formados.
- Número de Comadronas capacitadas y con carnet vigente.
- Campañas de comunicación en maternidad saludable y salud neonatal implementadas.

# EJE ESTRATÉGICO #3

El tercer eje se basa en La Ley para la Maternidad Saludable (Decreto número 32-2010) donde el Artículo 5, establece los parámetros para las características del proveedor calificado, el proveedor comunitario y tradicional, indispensables para la atención de la mujer embarazada. El cumplimiento requiere de un proceso de educación continua, actualización de conocimientos y desarrollo de habilidades necesarias para ofrecer los servicios con calidad y calidez.

## Línea Estratégica:

1. Fortalecimiento de las capacidades del recurso humano que brinda atención calificada materno-neonatal.

## Indicadores:

- Número del recurso humano que presta atención materno neonatal por servicio de salud.
- Porcentaje de recurso humano calificado para atención materno neonatal según su categorización.

# EJE ESTRATÉGICO #4

El cuarto eje se basa en el capítulo V referente a la Vigilancia Epidemiológica y Sistema de Información de la salud materna peri neonatal del decreto número 32-2010 Ley para la Maternidad Saludable. Todo proceso que pretenda promover cambios positivos en su campo de acción, necesita de mecanismos claros y precisos que le muestren el grado de avance e impacto que está logrando por medio de un sistema efectivo, confiable y veraz de información, acompañado de su análisis, mismo que deberá consolidarse para generar la información sistemática. Los resultados de este proceso son los marcadores de los cambios, ajustes y de las innovaciones requeridas para adecuar las acciones según se van requiriendo. Los datos proveen información para la Sala Situacional que debe ir ajustando los planes de acción locales para reducir la mortalidad materna, de acuerdo a las características de cada localidad y a nivel nacional.

El capítulo V de la Ley para la maternidad Saludable define con claridad al ente responsable e indica dos acciones estratégicas. El plan retoma esos mandatos y los vuelve operacionales en las líneas estratégicas:

## Lineas Estratégicas:

- Consolidar el sistema de vigilancia epidemiológica y de la información de la salud materna, perinatal y neonatal en el sector salud.
- Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de la embarazada, la muerte de mujeres en edad fértil (10-54 años) para la identificación de muertes maternas, la muerte perinatal y neonatal y morbilidad materna extrema.
- Coordinación interinstitucional Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Instituto Nacional de Estadística (INE) y Registro Nacional de las Personas (RENAP) en el marco de los sistemas de información y estadísticas vitales.
- Sostenibilidad de la Mesa Técnica de Mortalidad Materna del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- Incorporación del Sistema Informático Perinatal en el país.

## Indicadores:

1. % de unidades del sector salud, notificadoras de los eventos.
2. % de unidades del sector salud con el Sistema Informático Perinatal (SIP) implementado.

Lineas Estratégicas	Actividades	Nivel de Intervención	Temporalidad	Responsable
Acceso de la población a información y servicios de planificación familiar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difusión y sensibilización del marco legal y político que mandata el acceso a los servicios de planificación familiar como parte de los derechos sexuales y reproductivos.</li> <li>• Capacitación a prestadores de servicios del MSPAS por nivel de atención de metodología anticonceptiva.</li> <li>• Promoción de los diferentes métodos de planificación familiar/metodología anticonceptiva a diferentes audiencias, individuos, familias, comunidades.</li> <li>• Campañas de comunicación dirigidas a la oferta de métodos de planificación familiar.</li> <li>• Entrega oportuna de métodos de planificación familiar modernos, previo consejería balanceada y decisión libre e informada de la usuaria.</li> <li>• Definir estrategia para atender demanda de adolescentes en metodología anticonceptiva.</li> </ul>	Institucional Tres niveles de atención	Continuo	Sector Salud
Abastecimiento y disponibilidad oportuna de la gama de métodos anticonceptivos en los 3 niveles de atención.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementación de sistema de logística a nivel central y local para asegurar el abastecimiento de insumos de planificación familiar.</li> <li>• Fortalecimiento del mecanismo de compra y distribución de métodos anticonceptivos a través de la elaboración de un plan operativo anual centralizado con pago anticipado.</li> <li>• Seguimiento y monitoreo local a los consumos mínimos y máximos de anticonceptivos en los 3 niveles de atención de los servicios de salud.</li> <li>• Fortalecimiento de la Comisión Nacional para el Aseguramiento de Anticonceptivos a través de la elaboración de un Plan de Trabajo e Informe Anual.</li> </ul>	Institucional Tres niveles de atención	Continuo	MSPAS
Referencia oportuna a servicios de salud que ofrecen métodos de Planificación Familiar de larga duración o permanentes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoción de métodos de larga duración a nivel local.</li> <li>• Inclusión de consejería y oferta de planificación familiar como acción realizada por el equipo básico de salud del primer nivel de atención.</li> <li>• Coordinación nacional y local entre los distintos actores que ofrecen servicios de planificación familiar.</li> <li>• Coordinación con organizaciones expertas en metodología anticonceptiva para potenciar acciones y ampliar áreas de cobertura.</li> </ul>	Institucional Tres niveles de atención	Continuo	Sector Salud

# PLAN OPERATIVO

## EJE #1: Planificación Familiar/ Metodología Anticonceptiva

## EJE # 2: Red de Servicios de Salud Integrados, con Calidad, Calidez y Pertinencia Cultural para la Atención Materno-Neonatal

Lineas Estratégicas	Actividades	Nivel de Intervención	Temporalidad	Responsable
Promover el establecimiento de las casas maternas con enfoque de sostenibilidad, focalización y participación social.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer un modelo básico de Casa Materna.</li> <li>• Mapeo de áreas geográficas prioritarias, (por muerte materna y acceso) para determinar su ubicación.</li> <li>• Participación de las áreas de salud en las comisiones o comités locales relacionadas con apertura y funcionamiento de a las casas maternas.</li> <li>• Coordinación entre servicios de salud y casas maternas para asegurar monitoreo de las usuarias.</li> </ul>	Institucional Tres niveles de atención	Continuo	Sector Salud y Gobiernos Locales
Asegurar el ambiente habilitante para la atención materna neonatal de calidad en los tres niveles de atención.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definición de cartera de servicios materna neonatal, incluyendo insumos y medicamentos, según nivel de atención.</li> <li>• Monitoreo del ambiente habilitante mediante instrumentos de cotejo en forma sistemática.</li> <li>• Verificación de mínimos y máximos de insumos básicos.</li> <li>• Fortalecer la gestión administrativa local para garantizar el abastecimiento oportuno de insumos y medicamentos para la atención materno neonatal en todos los niveles de atención.</li> <li>• Definir en el modelo del primer nivel de atención en salud, las competencias y acciones que realizarán los equipos básicos de salud y las comadronas.</li> </ul>	Institucional Tres niveles de atención	Continuo	Sector Salud
Aplicación de la normativa vigente para la atención materna neonatal en los tres niveles de atención.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inducción y actualización sobre guías y normas MN a todo el personal relacionado con la atención materno-neonatal en el MSPAS.</li> <li>• Monitoreo a la implementación de las normas y protocolos de atención MN, con énfasis en áreas de mayor muerte materna, por niveles de atención.</li> <li>• Capacitación del código rojo, a equipos multidisciplinarios de las DAS, como intervención clave para disminuir las muertes por hemorragia.</li> <li>• Verificar la aplicación de medidas en caso de urgencia obstétrica y neonatal según nivel de atención.</li> <li>• Socialización y monitoreo a la implementación del protocolo de atención integral a las adolescentes embarazadas de 14 años o menos, víctimas de violencia sexual.</li> </ul>	Institucional Tres niveles de atención	Continuo	MSPAS
Prestación del servicio de calidad y calidez, con pertinencia cultural durante el embarazo, parto y post parto, atención del recién nacido acorde a su nivel de resolución.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecer al personal de los servicios de salud en conocimientos, destrezas y habilidades en los procesos de:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atención prenatal;</li> <li>2. Asistencia de parto;</li> <li>3. Cuidados rutinarios del recién nacido;</li> <li>4. Urgencias obstétricas;</li> <li>5. Urgencias neonatales;</li> <li>6. Asistencia diferenciada de la adolescente.</li> </ol> </li> </ul>	Institucional Tres niveles de atención	Continuo	Sector Salud

Sector Salud, Organizaciones Comunitarias y Gobiernos Locales	Continuo	Comunitario  Institucional Primer Nivel de Atención	Fortalecimiento de la promoción de salud en el primer nivel de atención, para la prevención de las complicaciones materno-neonatales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover la participación comunitaria en la definición de acciones para la reducción de la muerte materna y neonatal.</li> <li>• Equipos básicos de salud del primer nivel de atención, realizan censos de embarazadas, referencias para el control prenatal temprano, consejería en planificación familiar.</li> <li>• Establecer estrategias para acercar a las mujeres gestantes a los servicios de salud para la atención del parto y recién nacido.</li> <li>• Campañas de comunicación masiva, para el cambio de comportamiento para la maternidad saludable y atención del recién nacido.</li> <li>• Actualización y socialización de normas y marco legal con comadronas para la atención prenatal y referencia oportuna.</li> </ul>
Sector Salud y Gobiernos Locales	Continuo	Institucional  Tres niveles de atención	Fortalecimiento e integración de la red de servicios de salud para la atención materno-neonatal eficiente y oportuna.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formación de comités de emergencia comunitarios /maternidad saludable a nivel local, municipal y departamental.</li> <li>• Coordinación entre DAS y autoridades municipales, organismos de cooperación y sociedad civil para colocar el tema de la maternidad saludable como una prioridad dentro de los planes de inversión y desarrollo departamental.</li> <li>• Aperturar espacios locales de análisis y discusión entre DAS, Hospitales, distritos, casas maternas, comadronas sobre la implementación del sistema de referencia y Contra referencia en la atención materno-neonatal.</li> <li>• Monitoreo de la referencia y contra referencia en los diferentes niveles de atención.</li> </ul>

### EJE # 3: Recurso Humano Calificado

Líneas estratégicas	Actividades	Nivel de intervención	Temporalidad	Responsable
Fortalecimiento del recurso humano que brinda atención materno-neonatal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asignación de recurso humano calificado a los servicios de salud según nivel de complejidad de atención;</li> <li>• Evaluación periódica del desempeño del proveedor de salud en los procesos de atención materno y neonatal y certificación del conocimiento;</li> <li>• Capacitación de personal nuevo y actualización al personal previamente capacitado, en los diferentes protocolos, guías y manuales relacionados a la atención materno neonatal, con el consiguiente seguimiento y monitoreo.</li> <li>• Alianza entre el MSPAS y la Universidad de Carlos de Guatemala, para acreditación del Recurso Humano Calificado.</li> <li>• Formación de parteras técnicas universitarias para brindar atención calificada institucional durante el embarazo, parto, posparto y recién nacidos.</li> </ul>	Comunitario  Institucional	Continuo	Sector Salud  Universidades

### EJE # 4: Vigilancia Epidemiológica y Sistema de Información

Líneas estratégicas	Actividades	Nivel de intervención	Temporalidad	Responsable
Consolidar el sistema de vigilancia epidemiológica y de la información de la salud materna, perinatal y neonatal en el sector salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementar el Protocolo de vigilancia de la embarazada y de la muerte en MEF para identificar muerte materna en el sector salud.</li> <li>• Elaboración de un informe trimestral del Monitoreo de la notificación de los eventos a vigilar de la salud materna, perinatal y neonatal en el sector salud.</li> </ul>	Sector Salud  Institucional	Continuo  Trimestral	MSPAS  Mesa Técnica de Mortalidad materna
Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de la embarazada, la muerte de mujeres en edad fértil (10-54 años) para la identificación de muertes maternas, la muerte perinatal y neonatal y morbilidad materna extrema.	<p>Capacitación en la aplicación de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocolo de vigilancia de la embarazada y vigilancia de muerte en MEF para identificar muerte materna.</li> <li>• Protocolo de vigilancia de la muerte per neonatal en los servicios de salud.</li> <li>• Guía de diagnóstico, manejo y seguimiento de la morbilidad materna extrema en la red hospitalaria.</li> <li>• Capacitación sobre el registro correcto de las variables del certificado de defunción en el sector salud y otras instancias relacionadas (RENAP).</li> </ul>	Sector Salud	Continuo	MSPAS
Coordinación interinstitucional Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Instituto Nacional de Estadística (INE) y Registro Nacional de las Personas (RENAP) en el marco de los sistemas de información y estadísticas vitales.	Institucionalizar los mecanismos de intercambio de información RENAP, INE y MSPAS.	Institucional	Continuo	MSPAS RENAP INE
Sostenibilidad de la Mesa Técnica de Mortalidad Materna.	Institucionalizar los mecanismos de coordinación e intercambio de información.	Institucional	Continuo	MSPAS
Incorporación del Sistema informático perinatal (SIP) en el país.	Difusión, capacitación e implementación del Sistema informático perinatal (SIP) a nivel de país.	Sector Salud	Continuo	MSPAS



# SEGUIMIENTO, MONITOREO Y EVALUACIÓN

*De acuerdo al Código de Salud el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, tiene a su cargo la rectoría del Sector Salud, entendida como la conducción, regulación, vigilancia, coordinación y evaluación de las acciones e instituciones de salud a nivel nacional. Para el efecto, la evaluación de los avances y resultados del Plan Nacional para Reducción de Muerte Materna y Neonatal 2015-2020 se hará de acuerdo a las líneas estratégicas de intervención y en concordancia con los indicadores definidos.*

*El monitoreo, asumido como un ejercicio continuo en cada nivel de responsabilidad técnico-administrativa, para dar seguimiento al cumplimiento de las acciones del Plan, a partir de los indicadores definidos para cada uno de los resultados esperados.*

*La evaluación, constituye un ejercicio periódico, que permitirá medir la consecución de las metas definidas en el Plan, a corto, mediano y largo plazo; de tal forma que permita detectar oportunamente las desviaciones y realizar de manera oportuna los ajustes y correcciones pertinentes.*

*Básicamente, se evaluarán los procesos, los resultados y el impacto de la implementación de éste Plan. El seguimiento se realizará utilizando las técnicas y metodologías de investigación cualitativa y cuantitativa, de acuerdo a las capacidades institucionales y la temporalidad definida en la misma. Para el seguimiento (evaluación de proceso) se considera una temporalidad anual/bienal y para la evaluación del Plan, una temporalidad a los 5 años.*

*Los procesos de monitoreo serán de manera permanente y descentralizada, la supervisión será descentralizada y por niveles de complejidad, considerando el avance en los indicadores, de acuerdo al periodo de tiempo para la ejecución de los planes al momento de la supervisión y desde todas las líneas de intervención estratégica.*

*El MSPAS como ente rector de la salud en Guatemala y coordinador de esta Plan, articulará los esfuerzos del seguimiento de la misma a los mecanismos institucionales del Ministerio y de las otras entidades vinculadas y con competencia en la implementación del Plan. Así también deberá considerarse la integración y articulación con otras entidades del sector público y académico, que fortalezcan el análisis, producto de este seguimiento y evaluación. Entre ellas se consideran: El Programa Nacional de Salud Reproductiva, El Sistema Integrado de Atención en Salud (SIAS), Instituto Nacional de Estadística (INE), Sistema Gerencial de Información en Salud (SIGSA), Centro Nacional de Epidemiología (CNE), Mesa Técnica de Vigilancia de Muerte Materna, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), el Observatorio de Salud Reproductiva (OSAR), Comisión Multisectorial para la Maternidad Saludable, Comité Técnico Ministerial de Muerte Materna y Registro Nacional de las Personas (RENAP). Para cumplir con los objetivos trazados, el Ministerio hará las gestiones correspondientes para fortalecer las capacidades que permitan cumplir con estas funciones.*

*Como parte del enfoque para el seguimiento y evaluación participativo y de rendición de cuentas, el MSPAS, en su rol coordinador, promoverá espacios de diálogo, intercambio, análisis de información y resultados relativos a la implementación de este Plan, que incluye a los beneficiarios y otros personajes clave de la comunidad, como parte del Seguimiento y Evaluación.*

*El MSPAS en coordinación con las instituciones responsables de la implementación del Plan, definirá y priorizará los indicadores de proceso que contribuyen con su implementación, así como los indicadores de resultado e impacto del cumplimiento de la misma.*

# BIBLIOGRAFÍA

- *Constitución Política de la República de Guatemala, mayo de 1985;*
- *Decreto 90-97, Código de Salud, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1997;*
- *Ley del Impuesto sobre la Distribución de Bebidas Alcohólicas, Destiladas, Cervezas y otras bebidas fermentadas, Decreto 21-04. Guatemala 2004.*
- *Guía para la Implementación de la Atención Integral Materno Neonatal, primera revisión (2da edición), 2011;*
- *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, 2008-2009, Guatemala octubre 2011;*
- *Protocolo de Vigilancia de la Embarazada y de la Muerte de Mujeres en Edad Fértil Identificación de las Muertes Maternas, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2da edición, 2013;*
- *Plan de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna Neonatal y Mejoramiento de la Salud Reproductiva 2010 – 2015, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social;*
- *Compendio de Leyes para la Acción en Salud Reproductiva en Guatemala (Ley de Desarrollo Social, Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar, Ley para la Maternidad Saludable, Guatemala, agosto de 2014;*
- *Informe Final de Muerte Materna 2013, Ministerio de Salud y Asistencia Social, Mayo 2015.*

# ANEXOS

## 1. Marco Legal

NACIONALES	INTERNACIONALES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Constitución Política de la República de Guatemala;</i></li> <li>• <i>Código de Salud (Decreto 90-97);</i></li> <li>• <i>Ley de Desarrollo Social (Decreto 42-2001);</i></li> <li>• <i>Código de Trabajo (Decreto 1441);</i></li> <li>• <i>Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia (Decreto 27-2003);</i></li> <li>• <i>Ley del Impuesto sobre la distribución de bebidas alcohólicas destiladas, cervezas y otras bebidas fermentadas, su reglamento, y la Ley seca(Decreto No. 21-2004);</i></li> <li>• <i>Ley contra el Femicidio y Otras Formas de Violencia Contra la Mujer (Decreto 22-2008);</i></li> <li>• <i>Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva, Decreto 87-2005 y su Reglamento, Acuerdo Gubernativo 279-2009;</i></li> <li>• <i>Ley contra la violencia sexual, trata y explotación de personas (Decreto 9-2009);</i></li> <li>• <i>Ley de dignificación y promoción integral de la mujer (Decreto 7-99);</i></li> <li>• <i>Ley Para la Maternidad Saludable Decreto 32-2010 y su Reglamento Acuerdo Gubernativo 65-2012;</i></li> <li>• <i>Política de Población y Desarrollo Social;</i></li> <li>• <i>Política: Salud para la Adolescencia y la Juventud;</i></li> <li>• <i>Plan de Desarrollo Katún "Nuestra Guatemala 2032".</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Declaración Universal de los Derechos Humanos 1948;</i></li> <li>• <i>Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) ONU 1981;</i></li> <li>• <i>La Conferencia Internacional sobre Maternidad sin Riesgo, Nairobi 1987;</i></li> <li>• <i>Convención sobre los Derechos del Niño, 1989;</i></li> <li>• <i>Conferencia Mundial de la Infancia, Nueva York 1990;</i></li> <li>• <i>Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo CIPD (Egipto) 1994;</i></li> <li>• <i>Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing 1995 y sus avances;</i></li> <li>• <i>Acuerdos de la Cumbre del Milenio, septiembre de 2000;</i></li> <li>• <i>Sesión Especial de la ONU sobre la Infancia, Nueva York 2002;</i></li> <li>• <i>Sesión Especial de la ONU sobre la Infancia, Nueva York 2002;</i></li> <li>• <i>Sesión Especial de la ONU sobre la Infancia, Nueva York 2002;</i></li> <li>• <i>Plan Regional de Salud Materna Neonatal y Reproductiva;</i></li> <li>• <i>Cumbre de las Américas: de Mar de Plata 2005 a Puerto España 2009;</i></li> <li>• <i>Convención contra la Tortura y Trato o Castigo Cruel, Inhumano o Degradante;</i></li> <li>• <i>Convención sobre los Derechos del Niño;</i></li> <li>• <i>Convención Americana de Derechos Humanos ("Pacto de San José, Costa Rica");</i></li> <li>• <i>Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ("Protocolo de San Salvador);</i></li> <li>• <i>Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer ("Convención de Belem do Pará") 1994;</i></li> <li>• <i>Objetivos de Desarrollo del Milenio.</i></li> </ul>

# CRÉDITOS

## **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**

- **Equipo Técnico del Programa Nacional de Salud Reproductiva**

*Dra. Meliza Mejía  
Dr. Francisco Cerezo  
Dr. Marco Antonio González  
Licda. Ofelia Mendizábal  
Dr. Carlos Contreras  
Licda. Almeda Aguilar  
Licda. Elsa Marina Hernández  
Dra. Karem Morales  
Licda. Mirna Flores  
Dra. Luisa Álvarez  
Dra. Wendy Zambrano  
Licda. Julieta Flores  
Licda. Liliana Rodríguez  
Licda. Diana Salguero  
Licda. Rachel de Morales  
Licda. Ana Luz de León*

- **Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas**

*Dr. Elmer Marcelo Núñez*

- **Comité Técnico Ministerial de Muerte Materna**

*Dr. Gustavo Batres  
Dr. Roberto Molina  
Dra. Sandra Moraga  
Dr. Orlando Escobar*

- **Centro Nacional de Epidemiología**

*Dr. Manfredo Orozco*

- **Comunicación Social**

*Lic. Mynor Cumes*

### **INSTITUO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL -IGSS-**

*Dr. José Ortiz*

### **SECRETARIA DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DE LA PRESIDENCIA -SEGEPLAN-**

*Licda. Verónica Teresa Yoc Ávila  
Licda. María Carolina Sotoj Ortega  
Dr. Manuel José Solís Montenegro*

### **ASOCIACION DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DE GUATEMALA –AGOG-**

*Dr. Marco Adolfo Peláez*

### **ASOCIACIÓN GUATEMALTECA DE MUJERES MÉDICAS –AGMM-**

*Dra. Elsa Martínez*

### **OBSERVATORIO DE SALUD REPRODUCTIVA -OSAR-**

*Dra. Mirna Montenegro  
Dr. Héctor Fong*

#### **AGENCIAS DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL**

- **OPS/OMS**  
*Dra. Bernarda Méndez*
- **UNICEF**  
*Dr. Ramiro Quezada*
- **PROYECTO DE POLITICAS PÚBLICAS-HEPP-USAID**  
*Dr. Edgar Méndez*
- **UNFPA**  
*Dr. Alejandro Silva*  
*Dra. Hilda Rivas*
- **IPAS de Centroamérica**  
*Msc. Marta María Blandón*  
*Dra. Dayra Gutiérrez*  
*Dra. Karen Padilla*
- **Consultor Inter Agencial**  
*Dr. Daniel Frade*
- **Fotografías finalistas y ganadoras de la iniciativa Maternidad Segura Guatemala 2010**

# PLAN NACIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE MUERTE MATERNA Y NEOTANAL 2015 - 2020

*Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social*

