

# PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE MUERTE MATERNA Y NEONATAL 2021 - 2025



GUATEMALA 2021



**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social  
Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud  
Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas  
Programa Nacional de Salud Reproductiva**

**PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL PARA LA  
REDUCCIÓN DE MUERTE MATERNA Y NEONATAL  
2021 - 2025**

**Guatemala, 2021**

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**

# **MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL**

**Dra. María Amelia Flores González**

Ministra de Salud Pública y Asistencia Social

**Dra. Norma Lucrecia Ramírez Sagastume**

Viceministra Técnica

**Dra. Nancy Ingrid Pezzarossi de Calderón**

Viceministra Administrativa y Financiera

**Dr. Edwin Eduardo Montúfar Velarde**

Viceministro de Atención Primaria en Salud

**Dr. Francisco José Coma Martín**

Viceministro de Hospitales

**Dr. Bernardo Eliú Mazariegos Salazar**

Dirección General del Sistema  
Integral de Atención en Salud –SIAS-

**Dra. Mirna Foridalma Téllez Orellana de García**

Dirección General de Regulación,  
Vigilancia y Control de la Salud –DGRVCS-

**Dra. Maira Elizabeth Sandoval Rosa**

Departamento de Regulación de los  
Programas de Atención a las Personas –DRPAP-

**Dr. Héctor Isaías Rosas**

Coordinador  
Programa Nacional de Salud Reproductiva

## LISTADO DE PARTICIPANTES

### Equipo ejecutor

Dr. Francisco Cerezo Marlar  
Dra. Katine Cardona  
Dra. Jennifer Aguirre  
Dr. Héctor Chaclán  
Licda. Mirna Flores  
Dra. Elizabeth Santiago  
Dra. Claudia Camel  
Lic. Rachel Tzaguic  
Dra. Karem Morales  
Licda. Ofelia Solares  
Licda. Carolina Aquino  
Licda. Ana Luz de León  
Licda. Julieta Flores  
Pd.h Mario Tipol

### Equipo de expertos

Dra. Sandra Moraga  
Dr. Orlando Escoba  
Dr. Gustavo Adolfo Batres  
Dra. María del Carmen Quintero

### **Participantes en la validación**

Licda. Verónica Mogollón (SEPLAN)  
Licda. Sandy Cano (epidemiología de MSPAS)  
Dr. Eduardo Efraín Muralles (SIAS)  
Dra. Mirna Montenegro Rangel (OSAR)  
Dra. Judith García (Asociación de Mujeres Médicas)  
Dra. Claudia de León (AGOG)

### **Equipo Conductor**

Dra. Lissette Vanegas/Coordinadora, Unidad Técnica Normativa –UTN-.  
Licda. Azucena Álvarez/Técnica Normativa/Unidad Técnica Normativa –UTN-.  
Licda. Pahola Velásquez/Técnica Normativa/Unidad Técnica Normativa –UTN

### **Revisores externos**

Dr. Alejandro Silva UNFPA  
Dr. Ramiro Quezada (UNICEF)  
Dr. Daniel Frade Consultor interagencial (UNFPA-OPS/OMS-UNICEF)

### **Equipo de expertos**

Dra. Sandra Moraga  
Dr. Orlando Escobar  
Dr. Gustavo Adolfo Batres  
Dra. María del Carmen Quintero

### **Diseño y Diagramación**

Claudia Villatoro L. / Desarrollo Editorial / UTN



## PRESENTACIÓN

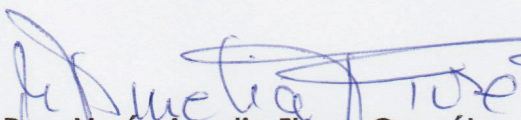
La Constitución Política de la República de Guatemala y otros instrumentos jurídicos y políticos, le confieren al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, ser el garante de la salud de la población, teniendo la responsabilidad de la rectoría del sector salud que conlleva implementar la normativa 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 conducirá al cumplimiento de las metas para la 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 la participación de otras instituciones del Estado, Sociedad Civil, Cooperación Internacional e instancias que directa y/o indirectamente estén vinculadas al tema de la salud reproductiva, con énfasis en la mujer en el período gestacional y el neonato. Este esfuerzo conjunto organiza y coordina actividades que permitirán alcanzar metas y objetivos de reducción de mortalidad materna y neonatal en Guatemala.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social agradece el apoyo de todas las instancias que participan en el esfuerzo de la reducción de la mortalidad materna y neonatal y que requiere de todos los esfuerzos administrativos y operativos para enfocarse en el cumplimiento del Plan Estratégico Nacional para la Reducción de Muerte Materna y Neonatal 2021 - 2025.

  
**Dra. María Amelia Flores González**  
**Ministra de Salud Pública y Asistencia Social**





# ÍNDICE

<b>I.</b>	<b>Introducción</b> .....	1
<b>II.</b>	<b>Objetivos</b> .....	3
<b>III.</b>	<b>Metas</b> .....	3
<b>IV.</b>	<b>Marco legal</b> .....	3
<b>V.</b>	<b>Marco conceptual</b> .....	5
<b>VI.</b>	<b>Ejes Estratégicos</b> .....	13
	• <b>Eje #1:</b> Acceso universal y equitativo a servicios de metodología anticonceptiva.....	13
	• <b>Eje #2:</b> Red de servicios de salud integrados brindando atención con calidad, calidez y pertinencia cultural.....	15
	• <b>Eje #3:</b> Recurso humano calificado.....	18
	• <b>Eje #4:</b> Vigilancia epidemiológica y sistema de información.....	20
<b>VII.</b>	<b>Cuadros de Plan Estratégico</b> .....	22
	• Acceso universal y equitativo a servicios de metodología anticonceptiva.....	22
	• Red de servicios integrados brindando atención con calidad, calidez y pertinencia cultural.....	24
	• Recurso humano calificado.....	27
	• Vigilancia epidemiológica y sistema de información.....	30
<b>VIII.</b>	<b>Indicadores</b> .....	32
<b>IX.</b>	<b>Supervisión, monitoreo y evaluación</b> .....	33
<b>X.</b>	<b>Bibliografía</b> .....	34
<b>XI.</b>	<b>Anexos</b> .....	35
	No. 1: Marco legal nacional e internacional.....	35
	No. 2 Esquema de plan de acción sugerido.....	36

## SIGLAS

AGOG	Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala
CMPMS	Comisión Multisectorial para la Maternidad Saludable
CNAA	Comisión para el Aseguramiento de Anticonceptivos
COLMED	Colegio de Médico y Cirujanos de Guatemala
DAS	Dirección de área de salud
EIS	Educación Integral en Sexualidad
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
INACIF	Instituto Nacional de Ciencias Forenses
INE	Instituto Nacional de Estadística
MATEP	Manejo Activo del Tercer Período del Parto
MM	Muerte Materna
MINEDUC	Ministerio de Educación
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PLANEA	Plan de Reducción de Embarazos en Adolescentes
PNSR	Programa Nacional de Salud Reproductiva
RENAP	Registro Nacional de las Personas
SIAS	Sistema Integral de Atención en Salud
SIGSA	Sistema Gerencial en Salud
SIP	Sistema Informático Perinatal
USME	Unidad de Supervisión, Monitoreo y Evaluación

# I. INTRODUCCIÓN

La Constitución Política de la República de Guatemala establece que “La maternidad tiene la protección del Estado, el que velará en forma especial por el estricto cumplimiento de los derechos y obligaciones que de ella se deriven” (1).

De acuerdo con el Código de Salud, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social tiene a su cargo la rectoría del Sector Salud, entendida esta rectoría como la conducción, regulación, vigilancia, coordinación y evaluación de las acciones e instituciones de salud a nivel nacional (2). El Ministerio de Salud tendrá, asimismo, la función de formular, organizar, dirigir la ejecución de las políticas, planes, programas y proyectos para la entrega de servicios de salud a la población. Para cumplir con las funciones anteriores, el Ministerio de Salud tendrá las más amplias facultades para ejercer todos los actos y dictar todas las medidas que conforme a las leyes, reglamentos y demás disposiciones del servicio, cumplan con el ejercicio de su función.

La muerte materna y neonatal es un problema multifactorial que incluye aspectos socioeconómicos, culturales, geográficos, infraestructura, salud física y psicológica, que para confrontar y favorecer la reducción de dichos eventos, es requerida la intervención de múltiples sectores de gobierno, de sociedad civil y otras instituciones que intervienen en salud, para que se permita un abordaje multidisciplinario e integral donde el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social asume la rectoría.

La ausencia de una madre por fallecimiento impacta en forma negativa la estabilidad del núcleo familiar, en el cuidado y desarrollo de los huérfanos, de la pareja, al resto del grupo familiar, la comunidad y a la sociedad en general. Repercute en desintegración familiar, crisis psicosociales y económicas que comprometen el desarrollo individual, de círculos sociales y laborales, entre otros; se estima que, por cada muerte materna en promedio, quedan de 3 a 4 niños huérfanos de madre.

Todo embarazo conlleva riesgo y debe tenerse como premisa que la finalidad de la obstetricia es entregar un neonato sano a una madre sana; y la muerte materna es en la mayoría de casos un evento prevenible. Es aquí donde se denota que la primera medida a considerarse, es el espaciamiento de los embarazos por medio de la oferta de metodología anticonceptiva eficaz con consejería balanceada. Al presentarse el embarazo debe seguir una atención prenatal adecuada poniendo atención en los factores de riesgo previos al embarazo actual, posibilitar un parto con atención por personal calificado, la atención del neonato y el seguimiento durante el período puerperal. El apareamiento de signos y señales de peligro durante el embarazo, debe tener una referencia a la unidad con la capacidad de resolución adecuada para el correcto manejo; el surgimiento de una emergencia durante el embarazo o en la resolución del embarazo debe producir una respuesta pronta, eficiente y efectiva para la estabilización y manejo de la paciente y/o su referencia hacia la unidad que pueda brindar el tratamiento definitivo.

Las medidas preventivas deben además incluir cambios en el comportamiento de las mujeres, sus parejas y la población en general, reconociendo que, si bien el embarazo es una condición fisiológica, no por ello está libre de presentar complicaciones que pueden conducir al fallecimiento. La participación en procesos de educación debe iniciarse desde temprana edad, para reducir el embarazo dentro de la población adolescente y aumentar el empoderamiento de las mujeres y sus parejas en sus derechos sexuales y reproductivos.

Para lograr la reducción de la muerte materna y neonatal se hace necesario y urgente de un esfuerzo solidario de distintos actores que involucre tanto a las autoridades de gobierno en salud, de educación, de infraestructura, los gobiernos locales, las organizaciones no gubernamentales, la población y la sociedad civil organizada. De igual manera debe contar con un sistema de supervisión, monitoreo y evaluación que de forma periódica permita conocer avances y detectar deficiencias de las intervenciones realizadas.

La entrega del Plan Nacional de Reducción de Muerte Materna y Neonatal 2021-2025, se fundamenta en la base legal nacional, los compromisos internacionales adquiridos, los informes de país de mortalidad materna que detallan las características del problema, en la experiencia adquirida como Ministerio de Salud en visitas de monitoreo a unidades administrativas y operativas, actualización de normativa basada en evidencia científica y la participación de entidades de sociedad civil y cooperantes internacionales, que buscan en sus acciones fortalecer el sistema de salud y fomentar una mayor participación comunitaria y social.

## II. OBJETIVOS

### General:

Brindar un marco general multisectorial, global y multidisciplinario de acciones que favorezcan y contribuyan a la reducción de la mortalidad materna y neonatal.

### Específicos:

- Fortalecer la implementación del marco jurídico de la Ley para la Maternidad Saludable.
- Contribuir a la integración de actores sociales y autoridades gubernamentales en las acciones para el desarrollo y aplicación de estrategias locales que favorezcan la maternidad saludable y reducción de la morbilidad y mortalidad materna neonatal.
- Apoyar en la determinación de acciones que contribuyan a la maternidad saludable, para la reducción de la muerte materna y neonatal, en el marco de la salud pública para ser aplicadas en la red de servicios que brindan atención materna y neonatal tanto estatales, privadas, semiprivadas, autónomas y semiautónomas.
- Fortalecer la vigilancia epidemiológica y la información estratégica para la toma oportuna de decisiones.
- Brindar lineamientos en función de ejes y líneas estratégicas para el desarrollo de planes operativos anuales para unidades administrativas y operativas de la red de servicios del MSPAS o instituciones relacionadas con acciones asociadas con la disminución de la mortalidad materna y neonatal.

## III. METAS

1. Reducción de la mortalidad materna en 5 puntos porcentuales en el período del presente plan (1 punto por año).
2. Reducción de la mortalidad neonatal en 5 puntos porcentuales en el período del presente plan (1 punto por año).



## IV. 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 compromete y respalda el accionar en favor de la salud sexual y reproductiva (anexo #1). Algunas de las principales bases legales para el presente Plan Nacional para la Reducción de Muerte Materna y Neonatal 2021 – 2025, son los siguientes:

1. Constitución Política de la República de Guatemala, establece en el Artículo 52 que la Maternidad tiene la protección del Estado. Así mismo, 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. (1)
2. Ley de Desarrollo Social, Decreto número 42-2001 en su sección III, Artículo 26, le da creación
3. Ley de Acceso universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva que tiene como objeto asegurar el acceso de la población a los servicios de planificación familiar que conlleve la información, consejería balanceada, educación sobre salud sexual y reproductiva a las personas y provisión de métodos de planificación familiar y su Reglamento, Acuerdo Gubernativo 279-2009. (4)
4. Ley Para la Maternidad Saludable y su Reglamento 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 neonato, y promover el desarrollo humano por medio 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 posparto, para la prevención y eventual erradicación progresiva de la mortalidad materno neonatal; y uno de los fines de esta 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 en especial en la población vulnerable. Esta Ley establece la integración de la Comisión Multisectorial para la Maternidad Saludable. (5)
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.

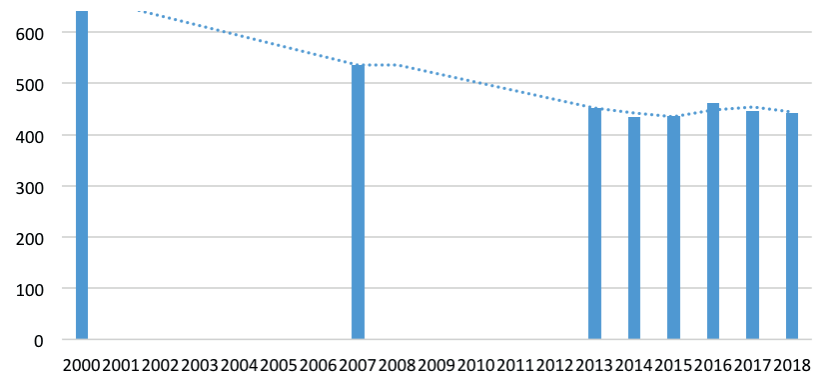
Así mismo garantiza el derecho a la salud y a la calidad de vida de las mujeres en edad reproductiva por medio de acciones del sistema de salud que protegen la maternidad y brindan servicios de calidad durante el embarazo, parto y posparto. (6)

## V. MARCO CONCEPTUAL

Para registrar la tendencia de la razón de mortalidad materna en el país, la Mesa Técnica de Análisis de Mortalidad Materna y Neonatal del MSPAS, utiliza información certificada por las investigaciones publicadas y los informes de país producto de la certificación de los casos registrados por la vigilancia epidemiológica activa y pasiva a partir del año 2013. Guatemala utiliza la definición de muerte materna como “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 (causas directas e indirectas), pero no por causas accidentales o incidentales (lesiones por diferentes causas como tránsito y/o violencia de cualquier índole; lesiones autoinflingidas)”. (7)

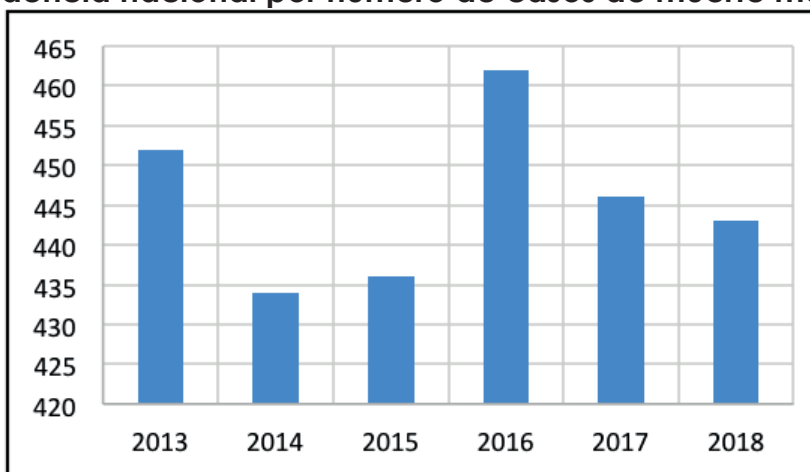
Para las estimaciones de los años 1989, 2000, 2007 y 2013 de la mortalidad materna en Guatemala, se utilizó una metodología comparable; y el comportamiento que se observa muestra que la razón de muerte materna ha tenido una reducción importante de un 48% desde el año 1989 al 2013, reducción que fue mayor entre los años 2007 y 2013 con un 19%; sin embargo, a pesar de los esfuerzos invertidos para continuar dicha reducción, del 2013 a 2018 la razón se ha mantenido en una meseta y puede deberse al descenso en el denominador (número de nacidos vivos: 390,916) en el 2018, ya que el número de MM en ese año fue menor que en los años anteriores (462 en 2016 y 446 en 2017) y a las intervenciones con diferentes estrategias diseñadas para el caso. Para una mayor información, referirse a los informes de país sobre muerte materna. (7)

**Gráfica #1**  
**Tendencia nacional por razón de muerte materna**



Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Informe de País. Situación de la Mortalidad Materna 2016-2017-2018. Guatemala, 2020.

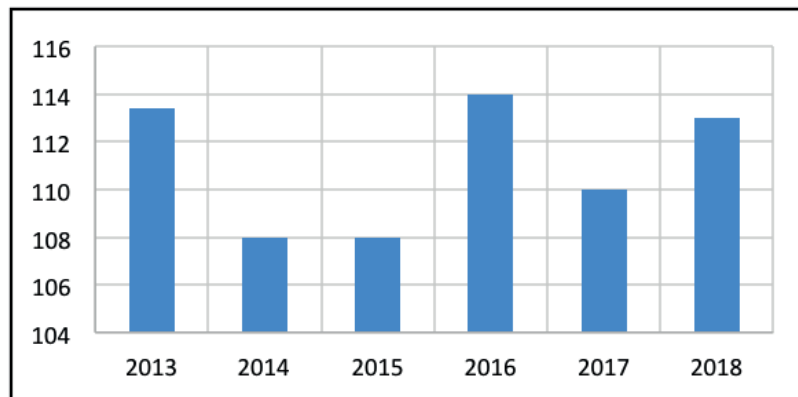
**Gráfica #2**  
**Tendencia nacional por número de casos de muerte materna**



Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Informe de País. Situación de la Mortalidad Materna 2016-2017-2018. Guatemala, 2020.

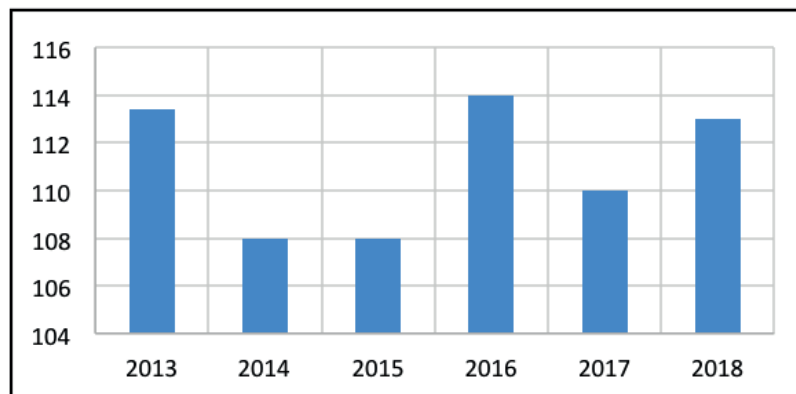
En las gráficas #3 y #4 se muestra el número de casos de muerte materna y su respectiva razón desde el año 2013 al 2018 a nivel nacional. Las variaciones numéricas reflejan situaciones locales, mientras que la razón puede variar no solo por las intervenciones, sino también en cambio del denominador (número de nacidos vivos).

**Gráfica #3**  
**Número de casos de muerte materna a nivel nacional**  
**Años 2013 a 2018**



Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Informe de País. Situación de la Mortalidad Materna 2016-2017-2018. Guatemala, 2020.

**Gráfica #4**  
**Razón de mortalidad materna nacional**  
**Años 2013 a 2018**



Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Informe de País. Situación de la Mortalidad Materna 2016-2017-2018. Guatemala, 2020.

En el cuadro siguiente se muestran los resultados de los análisis de muerte materna certificados por la Mesa Técnica Ministerial de Muerte Materna en forma de número y razón de muerte materna del año 2013 a 2018. Se podrán notar variaciones en ambas cifras por cada departamento debido a la variabilidad de factores que pueden influir en una muerte materna.

**Cuadro #1**  
**Mortalidad Materna Por Departamento**  
**Número de Casos y Razón de Muerte Materna – Años 2013 a 2018**

Departamento	2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	No. casos	RMM	No. casos	RMM	No. casos	RMM	No. casos	RMM	No. casos	RMM	No. casos	RMM
Alta Verapaz	44	123.9	49	138.6	49	138.8	63	178	44	122	58	166
Baja Verapaz	8	97.9	10	121.6	8	97	5	60	5	60	6	73
Chimaltenango	21	129.2	16	97.8	12	72.9	16	95	17	101	11	68
Chiquimula	15	130.6	10	87.1	14	123.5	12	104	16	140	7	64
Escuintla	11	65.3	17	98.7	19	109.2	12	69	20	116	7	42
El Petén	24	149.7	15	93.9	13	81.2	13	81	19	120	18	116
El Progreso	1	23.4	6	139	3	69.3	6	140	3	71	0	0
El Quiché	49	162	40	131.5	30	98.5	41	134	33	108	40	134
Guatemala	32	48	49	71.8	53	76.4	48	69	48	68	44	66
Huehuetenango	91	232.6	68	172.4	80	201.8	82	205	57	143	85	221
Izabal	14	131.8	12	113.2	11	102.8	16	152	12	115	17	169
Jalapa	11	114	10	102.2	10	101.8	8	82	9	93	8	86
Jutiapa	9	74.3	3	24.9	9	75.8	9	77	15	129	11	100
Quetzaltenango	18	85	18	84.2	26	121.7	29	134	27	125	17	82
Retalhuleu	5	59.5	9	105.4	2	23.1	6	69	9	104	1	12
Sacatepequez	10	138.5	5	69	9	122.1	2	27	4	55	8	119
Santa rosa	7	71.9	10	102.4	11	115.5	11	117	16	174	14	161
San marcos	40	127.8	40	127	31	98	36	111	39	120	45	145
Sololá	10	97.9	11	106.2	13	122.6	10	93	13	120	9	87
Suchitepequez	9	62.1	14	96.1	12	83.1	12	84	14	98	12	88
Totonicapán	21	167.7	20	157.9	19	148.6	21	160	21	157	22	168
Zacapa	2	31.6	2	31.9	2	31.7	4	66	5	82	3	52
<b>Total Nacional</b>	<b>452</b>	<b>113.4</b>	<b>434</b>	<b>108</b>	<b>436</b>	<b>108</b>	<b>462</b>	<b>114</b>	<b>446</b>	<b>110</b>	<b>443</b>	<b>113</b>

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Informe de País. Situación de la Mortalidad Materna 2016-2017-2018. Guatemala, 2020.

El cuadro #2 muestra la distribución de la muerte materna según el tipo de causa.

Las causas directas son aquellas que relacionan con procesos propios del embarazo, parto o puerperio, mientras que las indirectas se refieren a que la causa básica de muerte está relacionada con patología que se vé agravada por el embarazo. Con variaciones en cada año, las afecciones relacionadas con el sistema vascular y respiratorio reúnen el mayor número de casos.

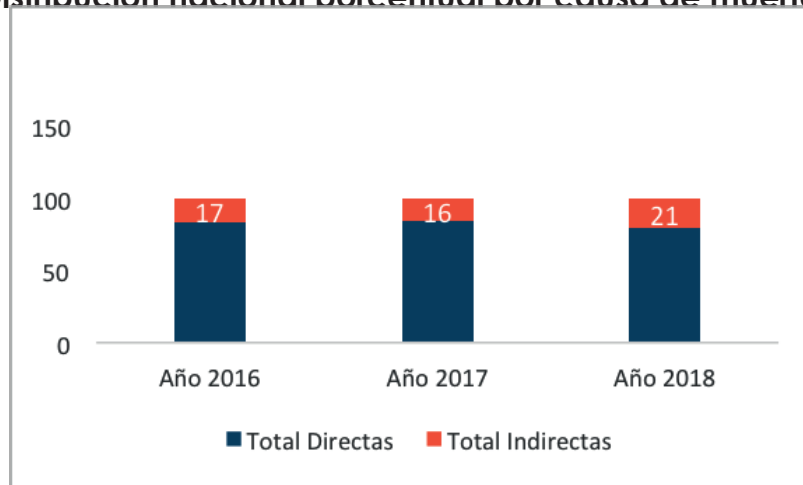


**Cuadro #2**  
**Distribución de causa de muerte**

	2016		2017		2018	
	No.	Porcentaje	No.	Porcentaje	No.	Porcentaje
Causa directa	384	83%	375	84%	351	79%
Causa indirecta	78	17%	71	16%	92	21%
Total	462		446		443	

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Informe de País. Situación de la Mortalidad Materna 2016-2017-2018. Guatemala, 2020.

**Gráfica #5**  
**Distribución nacional porcentual por causa de muerte**



Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Informe de País. Situación de la Mortalidad Materna 2016-2017-2018. Guatemala, 2020.

Como se muestra en el cuadro #3, las causas básicas de la muerte materna siguen estando relacionadas a través de los años a la hemorragia obstétrica, asociados a preclampsia/eclampsia, procesos infecciosos y complicaciones relacionadas o asociadas al aborto.

La distribución de la muerte materna por grupos de edad no ha mostrado variaciones en los años de registro de número de casos, la cual se visualiza en la gráfica #6. Las variaciones porcentuales se relacionan con el total de casos, pero la razón esta asociada a los nacimientos registrados (denominador) lo que determina cambios notorios en las cifras obtenidas por el número de casos que se reportan.

**Cuadro #3**  
**Causa directa de muerte agrupada por causa básica**

Causa básica	2016		2017		2018	
	No.	porcentaje	No.	porcentaje	No.	porcentaje
Hemorragia	184	47.9%	184	49.1%	167	47.6%
Hipertensión	103	26.8%	90	24%	81	23.1%
Infección	38	9.9%	42	11.2%	49	14%
Otras	34	8.9%	36	9.6%	26	7.4%
Aborto	25	6.5%	23	6.1%	28	8%
Total	384		375		351	

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Informe de País. Situación de la Mortalidad Materna 2016-2017-2018. Guatemala, 2020.

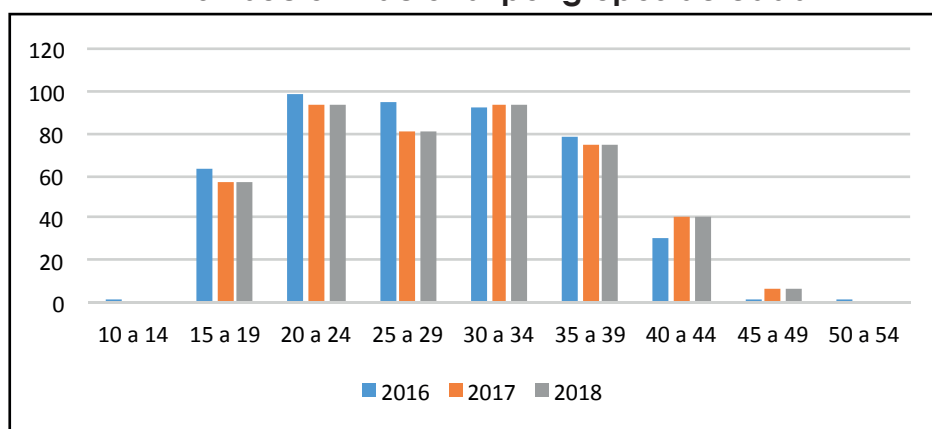
La distribución de la muerte materna por grupos de edad no ha mostrado variaciones en los años de registro de número de casos, la cual se visualiza en la gráfica #6. Las variaciones porcentuales se relacionan con el total de casos, pero la razón esta asociada a los nacimientos registrados (denominador) lo que determina cambios notorios en las cifras obtenidas por el número de casos que se reportan.

**Cuadro #4**  
**Distribución nacional de muerte materna por grupos de edad**  
**por número de casos, porcentaje y razón**  
**Años 2016 a 2018**

Grupos de edad	2016			2017			2018		
	No.	%	razón	No.	%	razón	No.	%	razón
10 a 14	2	0	92	0	0	0	3	0.7	144
15 a 19	63	14	82	57	13	75	57	12.9	78
20 a 24	98	21	80	94	21	76	98	22.1	82
25 a 29	95	21	101	81	18	85	97	21.9	106
30 a 34	92	20	144	93	21	147	62	14.0	102
35 a 39	78	17	222	75	17	213	81	18.3	242
40 a 44	31	7	287	40	9	383	40	9.0	407
45 a 49	2	0	239	6	1	791	3	0.7	442
50 a 54	1	0	1064	0	0	0	2	0.5	3509
Total de país	462		114	446		110	443		113

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Informe de País. Situación de la Mortalidad Materna 2016-2017-2018. Guatemala, 2020.

**Gráfica #6**  
**Distribución nacional por grupos de edad**



Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Informe de País. Situación de la Mortalidad Materna 2016-2017-2018. Guatemala, 2020.

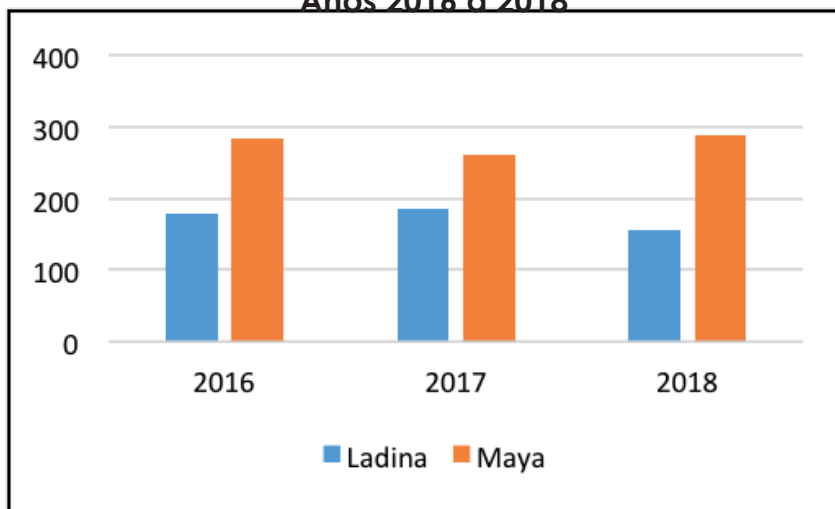
En el cuadro #5 y gráficas #7 y #8 se muestra la mortalidad materna por identificación de pueblo, mostrando que la mujer que se identifica como perteneciente al pueblo maya tiene un riesgo mayor de morir por causas durante el período gestacional. Los riesgos relativos indígena versus ladina son de 1.7 (2016) 1.6 (2017) y 2.1 (2018) siendo el último año donde se observa el riesgo relativo más alto en mujeres indígenas.

**Cuadro #5**  
**Mortalidad materna nacional por identificación de pueblo**  
**Años 2016 a 2018**

Por identificación de pueblo	2016			2017			2018		
	No.	RMM	%	No.	RMM	%	No.	RMM	%
Ladina	178	83	38.52	185	86	41.47	155	75	34.98
Maya	284	148	61.48	261	136	58.53	288	156	65.02
Total	462	114		446	110		443	113	

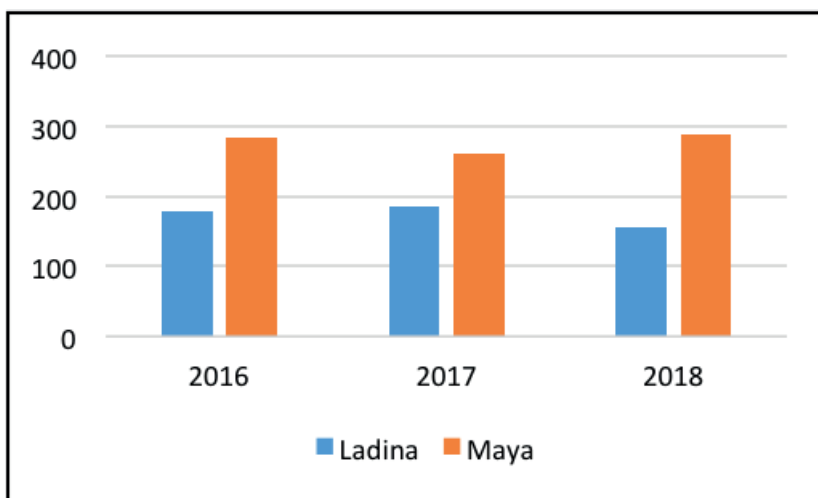
Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Informe de País. Situación de la Mortalidad Materna 2016-2017-2018. Guatemala, 2020.

**Cuadro #7**  
**Distribución Nacional por número de muertes materna**  
**por identificación de pueblo de pertenencia en número**  
**Años 2016 a 2018**



Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Informe de País. Situación de la Mortalidad Materna 2016-2017-2018. Guatemala, 2020.

**Cuadro #8**  
**Distribución nacional por razón de muerte materna**  
**por identificación de pueblo de pertenencia**  
**Años 2016 a 2018**



Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Informe de País. Situación de la Mortalidad Materna 2016-2017-2018. Guatemala, 2020.

## VI. EJES ESTRATÉGICOS

### EJE ESTRATÉGICO #1:

#### ACCESO UNIVERSAL Y EQUITATIVO A SERVICIOS DE METODOLOGÍA ANTICONCEPTIVA

##### Objetivo general:

Disminuir la demanda insatisfecha en las mujeres en edad fértil incluyendo al grupo de adolescentes mayores de 14 años.

##### Metas:

1. Se disminuye la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos a 11%.
2. Se aumenta la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos al 70% (todos los métodos) con énfasis en el aumento de 5% en los métodos modernos.

##### Descripción:

El uso de métodos anticonceptivos modernos contribuye a la reducción de la mortalidad materna por medio de lograr un adecuado espacio intergenésico, reduciendo el número de embarazos no planificados, la tasa de abortos en condiciones no seguras y reduciendo la tasa de embarazos en la población adolescente.

Esto permite también a las personas cumplir con su derecho reproductivo de elegir el número y momento de engendrar a sus hijos. El uso de métodos anticonceptivos y el acceso a servicios de planificación familiar puede contribuir a reducir la mortalidad materna en un 20% a 32%. (8)

##### Líneas estratégicas

Promoción e Información sobre metodología anticonceptiva: el artículo 15 Decreto 87-2005 establece que el MSPAS, IGSS y otras organizaciones públicas y privadas sectoriales vinculadas con la prestación de servicios de planificación familiar, deben realizar campañas de información y comunicación a la población sobre la metodología anticonceptiva de acuerdo con el contexto sociocultural y facilitar su entrega en lugares de distribución.



1. Abastecimiento permanente de métodos anticonceptivos:

Artículo 27 de la Ley para la Maternidad Saludable establece que de la asignación presupuestaria de 15% del impuesto a la distribución de bebidas alcohólicas otorgada por Ley y asignada por medio del Ministerio de Finanzas, establece que como mínimo debe asignarse 30% para la compra de métodos anticonceptivos. Dicho abastecimiento se debe mantener de acuerdo con los lineamientos de logística necesarios para su adquisición, almacenaje, distribución permanente, continua y oportuna.

- Garantizar por medio de sistema logístico la distribución hasta el punto de entrega: es de vital importancia reconocer y activar sistemas de distribución que alcancen hasta las unidades primarias de atención para evitar el desabastecimiento y favorecer el acceso a poblaciones vulnerables.
- El MSPAS y todas las otras instituciones participantes e interesadas en este punto, deben determinar sus mecanismos para obtener y mantener el abastecimiento necesario para las poblaciones objetivo y garantizar su distribución a sus unidades operativas.

2. Provisión o entrega de metodología anticonceptiva: en todas las unidades o servicios, sean éstas públicas o privadas que funcionen como centro de atención a usuarios de metodología anticonceptiva, deben tener en disponibilidad la oferta de métodos según el nivel de atención para la población que lo solicite para su entrega y/o aplicación inmediata, previa consejería balanceada y según criterios de elegibilidad. Dicha actividad debe aplicarse durante consulta externa y en el postevento obstétrico con énfasis en métodos de larga duración.
3. Deben considerarse acciones específicas relacionadas con la población adolescente de acuerdo con estrategias nacionales desarrolladas para dicho fin. Para situaciones especiales debe contarse con una red de referencia oportuna para brindar el servicio evitando oportunidades perdidas de protección anticonceptiva. Es necesario generar y aplicar un modelo de medición de la calidad que permita establecer mejoras en los procesos de atención de los servicios de planificación familiar y que contemple la satisfacción de las usuarias.
4. Participación multisectorial: Deben formarse alianzas multisectoriales para promoción y aplicación de metodología anticonceptiva a través de convenios entre los diferentes sectores participantes en procesos relacionados con adquisición, distribución, promoción y aplicación de métodos anticonceptivos en apoyo a las acciones establecidas en la Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar. (4)
5. Prevención de embarazos en adolescentes: La población adolescente elegible a uso de metodología anticonceptiva debe tener atención especial en espacios específicos que brinden confidencialidad y consejería balanceada con educación integral en sexualidad incluyendo metodología anticonceptiva.

En este punto se incluyen acciones propias de clínicas diferenciadas para atención de adolescentes y espacios amigables (dependientes del MSPAS). El Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes 2018-2022 (PLANEA) (9)unifica esfuerzos de sectores gubernamentales en la prevención de embarazos en adolescentes y las acciones conjuntas con el Ministerio de Educación para la Educación Integral en Sexualidad (EIS) que por medio de las mesas biministeriales implementan lo establecido en el reglamento de la Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar (4). Las clínicas de atención diferenciada para adolescentes deben brindar atención integral y su labor debe ser brindada por profesionales en psicología, ginecología, enfermería y trabajo social; su ubicación debe ser preferencialmente en hospitales nacionales.

## **EJE ESTRATÉGICO #2: RED DE SERVICIOS DE SALUD INTEGRADOS, BRINDANDO ATENCIÓN CON CALIDAD, CALIDEZ Y PERTINENCIA CULTURAL**

### **Objetivos:**

1. Brindar atención con calidad a la población de mujeres durante la gestación, el parto, el puerperio y al neonato, tanto en condiciones de salud como en la atención de complicaciones y/o emergencias.
2. Favorecer la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal.
3. Promover la participación social para y en la salud materna y neonatal, por medio de actores civiles, comunitarios y autoridades gubernamentales.

### **Metas:**

Las metas se establecieron en función de cifras oficiales de ENSMI 2014/2015 y SIGSA del MSPAS:

1. El 70% de la primera atención prenatal se realizó antes de las 12 semanas de embarazo.
2. El 50% de mujeres embarazadas recibieron una 4ta atención prenatal en la red de servicios de MSPAS según normativa.
3. El 80% de la atención materna y neonatal se brindó con calidad de acuerdo con protocolos institucionales.
4. Al menos el 70% de los partos fueron institucionales.
5. El 90% de los neonatos recibieron consulta a los 7 y 28 días de vida en la red de servicios de MSPAS según normativa.

## Descripción:

Este eje reúne múltiples acciones y actividades que se inicia con cuidados preconceptionales seguido de atención prenatal, asistencia del parto y el puerperio, así como la atención durante el período neonatal, tanto en condiciones de salud como ante urgencias, de acuerdo con la normativa vigente y del trabajo en equipo a través de una red integrada de servicios. En estas actividades deben considerarse la calidad y la calidez en la atención así como la pertinencia cultural, en un ambiente físico adecuado contando con los insumos y materiales necesarios y requeridos para la atención. Debe poseer el personal suficiente para cubrir las necesidades tanto intra como extramuros, así como un sistema de referencia y contrareferencia efectiva para el manejo y seguimiento de pacientes.

Considera también la participación de autoridades locales en aspectos de la salud de la mujer y del neonato por medio de las comisiones de salud, participación de personal comunitario por medio de las comadronas tradicionales, apoyo de cooperantes nacionales e internacionales y otras instituciones interesadas en el tema. Contempla además, la participación de sociedad civil para estudios de satisfacción de la usuaria como medida de evaluación de la atención en las unidades de salud, así como otras estrategias que apoyen acciones para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna.

## Líneas estratégicas:

1. Los servicios de salud cuentan con el ambiente habilitante y condiciones esenciales para brindar atención materna y neonatal: todo proceso de atención debe considerar que se requiere un ambiente físico adecuado que brinde tranquilidad, seguridad y privacidad a la paciente; igual se debe contar con el instrumental, material e insumos necesarios y requeridos para brindar atención adecuada y completa; el recurso humano debe ser suficiente para cubrir los requerimientos de atención de dicha unidad (aquí se menciona número de personal, pero sus conocimientos y habilidades son parte del eje estratégico #3)
  - a. Todas las unidades de salud que brindan atención materna y neonatal deben poseer infraestructura y equipamiento en condiciones adecuadas para brindar los servicios y contar con procesos administrativos ágiles para garantizar la existencia del equipo, material e insumos necesarios para la atención materna y neonatal, tanto en condiciones de salud como para el manejo de urgencias.
  - b. Las unidades de salud que brindan atención deben contar con el recurso humano suficiente para garantizar una atención humanizada y que cubra los requisitos necesarios para la atención con calidad. Las unidades deben brindar atención de acuerdo con su capacidad o designación y no deben limitar o retrasar el acceso a la atención médica y/o quirúrgica restringiendo la accesibilidad a días específicos o calendarizados.

- c. Las poblaciones deben conocer qué y cuales servicios se brindan en las diferentes unidades de atención.
  - d. Deben realizarse monitoreos de la calidad, con la finalidad de verificar el cumplimiento de los protocolos de atención en base a la normativa vigente y poder detectar deficiencias con la finalidad de tomar acciones correctivas.
2. Participación multisectorial para la maternidad saludable: la maternidad saludable no es únicamente responsabilidad del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, sino requiere de la participación de otros sectores de la sociedad, quienes tienen un papel importante para la implementación de aspectos de salud que favorecen el bienestar de la mujer. Las autoridades locales y otros actores de sociedad civil deben participar priorizando y favoreciendo el cuidado de la mujer en período preconcepcional, durante la gestación, el parto, el puerperio, así como la salud del neonato con la finalidad de promover la maternidad saludable, reducir la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal. La presente línea estratégica posee cuatro puntos importantes:
- a. La estrategia de las Casas Maternas: es una medida que acerca a las mujeres a unidades de salud para la asistencia del parto institucional por medio de brindar hospedaje temporal previo y postevento obstétrico; de igual manera permite estancia materna por necesidad de hospitalización del neonato. Las Casas Maternas están descritas en la Ley para la Maternidad Saludable y en su Reglamento, donde se describen sus características y funciones (5). El MSPAS con apoyo de Sociedad Civil, elaboró el “Modelo de Gestión para la Implementación y Funcionamiento de las Casas Maternas” como una guía para las diferentes autoridades locales, grupos de sociedad civil u otras organizaciones interesadas en participar en dicha estrategia. (10)
  - b. Comisión de salud: es una organización de base comunitaria que busca favorecer y facilitar soluciones a problemas propios de las comunidades y que dentro de sus funciones está brindar apoyo para la salud materna y neonatal, favoreciendo acciones de detección de signos y señales de peligro, elaboración y puesta en acción de planes de parto y de emergencia, los cuales incluyen la movilización comunal. Las comisiones de salud se implementan por medio del Manual de los Cinco Pasos y requieren del apoyo de autoridades locales de salud para fortalecer sus acciones y actividades. (11)
  - c. Fortalecimiento de las acciones y actividades que incorporan a las comadronas en acciones en favor de la maternidad saludable: según la ENSMI (12) 2017, el 65% de los partos son institucionales y del 35% restante, 29% son atendidos por comadronas tradicionales. Este porcentaje de partos asistidos por comadronas tradicionales es un promedio nacional, pero al ver datos de varios departamentos y primordialmente de municipios con dificultades de acceso, esta cifra alcanza niveles superiores al 80%. Ante el conocimiento de que las comadronas juegan un papel importante en la salud comunitaria y con ello en la salud materna, hace necesario que la salud pública estreche vínculos

con ellas, lo cual se inicia con el reconocimiento de su importancia dentro de los sistemas de salud y, a demás, por medio del “intercambio de saberes” cuyo beneficiario final es la madre y el neonato. Dentro de la red de servicios de MSPAS se debe considerar el favorecer el parto culturalmente adecuado por medio de facilitar la asistencia de dicho evento a las comadronas en sus instalaciones (CAIMI y CAP) donde personal calificado apoya con estrategias como el MATEP, el manejo oportuno de complicaciones y una referencia más pronta de ser requerido (13).

- d. Satisfacción de la usuaria: la percepción de la usuaria sobre la atención que se le brinda en una unidad debe ser evaluada para conocer el grado de satisfacción, puesto que ello permite determinar parte de la calidez con la que debe ser atendida, favoreciendo con ello el retorno a la unidad de la usuaria.
- e. Implementación de estrategias basadas en evidencia científica sugeridas por sector salud, entidades de sociedad civil, cooperación internacional u otras instituciones interesadas en la salud materna y neonatal en función de la reducción de la mortalidad materna y neonatal, con énfasis en poblaciones marginadas, de alto riesgo, deben ser el resultado de la búsqueda de soluciones alternativas que puedan ser implementadas en beneficio de la mujer y del neonato.

## **EJE ESTRATÉGICO #3: RECURSO HUMANO CALIFICADO**

### **Objetivo:**

Contar con personal de salud con los conocimientos y las destrezas adecuadas para brindar atención materna-neonatal, planificación familiar y atención a la población adolescente, con calidad en tanto condiciones de salud como en el manejo de urgencias, ya sea en la red de servicios del MSPAS, como en otras entidades que proporcionan dicha atención.

### **Meta:**

El 100% del personal institucional que brinda atención en procesos preconceptionales, embarazo, parto, posparto y neonatal, está calificado para la atención de dicha población.

## Descripción:

La ley para la Maternidad Saludable establece las habilidades que debe poseer el personal para considerarse calificado para la atención del embarazo, parto, neonato y puerperio, tanto en condiciones normales como cuando se presenten complicaciones. El personal debe contar con los conocimientos, las habilidades y destrezas para desempeñar su trabajo en forma eficaz y eficiente, de acuerdo con la capacidad resolutoria de las unidades donde desempeñan sus labores.

### 1. Personal calificado para la atención de población:

- a. Inducción a personal de nuevo ingreso o por rotación de servicios: todo personal de nuevo ingreso a una unidad o servicio que brinda atención de planificación familiar, salud materna-neonatal y atención a la población adolescente debe llevar un proceso de inducción que garantice sus conocimientos y habilidades tanto en condición normales como en el manejo de urgencias. Para el personal de la red de servicios del MSPAS, deben conocer y aplicar la normativa vigente que ha desarrollado el PNSR para garantizar la aplicación de los principios básicos. En este punto y en el siguiente, el ejercicio de simulacros debe mantener al personal con las destrezas para un trabajo organizado por equipo para intervenciones más eficientes, prontas y seguras.
- b. Educación médica continua: la actualización de avances en normativa en función de nueva evidencia científica, es requisito para que el personal pueda accionar en base a nuevos conocimientos.
- c. Con la oportunidad de la colocación de métodos de intervalo de larga duración inmediatamente después del evento obstétrico, la certificación de personal para su colocación unido a la disponibilidad de los métodos en las unidades operativas, favorece el espaciamiento de embarazos, reduce las oportunidades perdidas cuando dicho servicio es requerido y tiene ventajas en costo – beneficio.

### 2. Escuelas formadoras de recurso humano en salud:

- a. La carrera de Técnicas Universitarias en Partería (TUP) para mejorar la calidad de atención en unidades de atención de parto, debe dársele continuidad en el apoyo requerido para aumentar el personal calificado en apoyo a la maternidad saludable.
- b. Escuelas formadoras de profesionales o de servicios técnicos en medicina: Se establecerá coordinación y alianzas con la academia para la educación y formación de los nuevos profesionales de la salud, integrando en el pensum de estudios aspectos específicos (técnicos y legales) sobre salud sexual y reproductiva y sobre la maternidad saludable tanto en estudio de pre y posgrado.



## EJE ESTRATÉGICO #4: VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y SISTEMA DE INFORMACIÓN

### Objetivo:

Vigilar, monitorear, cuantificar, georreferenciar, analizar y socializar la información sobre mortalidad materna y neonatal para proponer respuestas estratégicas en base a la información obtenida.

### Meta:

100% de los hospitales, DAS y distritos de salud implementaron las herramientas de información oficiales, relacionados a mortalidad materna y neonatal.

### Descripción:

Todo proceso, actividad u acción que promueve cambios positivos, requiere de mecanismos que muestren el grado de avance y de impacto que se está logrando. Para ello el sistema de recopilación de información debe ser confiable, efectivo, veraz y ágil para que permita el oportuno análisis de la situación o evento para la toma de decisiones correctivas. Los resultados de este proceso son los marcadores de los cambios y ajustes requeridos para adecuar acciones según estas sean necesariamente ajustadas a las características de cada sitio de influencia o localidad. La vigilancia epidemiológica esta descrita en la Ley para la Maternidad Saludable (5) y su reglamento (14) donde se consolidan las tareas y funciones de la vigilancia epidemiológica para la muerte materna y neonatal.

### Líneas estratégicas:

#### 1. Contar con Información vital para la toma de decisiones y rendición de cuentas:

- Fortalecimiento de la Mesa Técnica de Mortalidad Materna y Neonatal: funciona como el filtro final en el análisis de las muertes maternas y neonatales, siendo el ente que certifica el evento una vez haya sido evaluado por las mesas respectivas en las áreas de salud. La revisión de los documentos permite evaluar la calidad del dato que se produce en el nivel operativo, pero con especial énfasis en el desarrollo de planes de mejora según el eslabón de atención que falló. El análisis de la muerte se debe llevarse a cabo de acuerdo con el “Protocolo de Vigilancia/ Respuesta de la embarazada y la vigilancia de las muertes de mujeres en edad fértil para identificar muertes maternas.
- Implementación del Sistema Informático Perinatal (SIP): para el MSPAS permitirá utilizar una herramienta de fácil llenado, práctica y que resume toda la información necesaria sobre la evolución del embarazo; además posee la característica que permite obtener información epidemiológica de forma pronta y resumida.



- Implementación del Protocolo de Morbilidad Materna Extrema (MME): Esta condición materna se considera un problema de salud pública complejo, determinado no solo por las condiciones individuales de la mujer, sino también por la calidad de los servicios médicos y los contextos culturales y sociales donde estos se prestan. La MME es una condición severa que ocurre durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, que pone en riesgo la vida de la mujer, pero ésta sobrevive y está regida de acuerdo con una serie de criterios establecidos. El estudio y la evaluación de mujeres que estuvieron en ésta situación permite evaluar todo proceso de la complicación comenzando con el evento que la desencadenó, el manejo y evolución de la paciente y el resultado final de todas las intervenciones que fueron aplicadas.

## **2. Participación multisectorial para desarrollo de estadísticas vitales:**

Fortalecimiento de la integralidad de la vigilancia epidemiológica y sistemas de información con otros proveedores de servicios de salud: la muerte materna y neonatal ocurre también en unidades prestadoras de servicios fuera de la red del MSPAS y dichos eventos deben ser incluidos en las estadísticas vitales de país. La participación de estas entidades se inicia con el reporte al Departamento de Epidemiología del MSPAS quien avisa a la mesa técnica para incorporar a dicha unidad en el análisis de ese evento y favorecer, por medio del análisis, la sugerencia de planes de mejora.

Se desarrolla, socializa y utiliza un formato único para el reporte de defunción: es requisito indispensable para el desarrollo de estadísticas vitales nacionales confiables que los certificados de defunción sean llenados correctamente por personal capacitado en un formato único de uso nacional.

## VII. CUADROS DEL PLAN ESTRATÉGICO EJE ESTRATÉGICO #1:

### ACCESO UNIVERSAL Y EQUITATIVO A SERVICIOS DE METODOLOGÍA ANTICONCEPTIVA

- **Objetivo:**  
Promover la metodología anticonceptiva para espaciamiento de embarazos.
- **Metas:**  
Se disminuyó la necesidad insatisfecha a 11%.  
Se aumentó la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos al 70% (todos los métodos).

LÍNEA ESTRATÉGICA	ACTIVIDAD	TEMPORALIDAD	NIVEL DE INTERVENCIÓN	RESPONSABLE
<b>Promoción e Información sobre metodología anticonceptiva</b>	Promover el acceso universal a información y servicios de metodología anticonceptiva para toda población usuaria	Continuo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MSPAS</li> <li>• IGSS</li> <li>• Instituciones públicas y privadas que brindan atención a población usuaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MSPAS (PNRSR, Hospitales y DAS)</li> <li>• ONG's que tienen intervenciones en planificación familiar y metodología anticonceptiva</li> </ul>
<b>Adquisición y distribución de métodos anticonceptivos</b>	Abastecimiento permanente de métodos anticonceptivos por medio de logística de adquisición y distribución a nivel central	Continuo	MSPAS (PNRSR y DAS) IGSS Instituciones públicas o privadas brindan atención a población usuaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MSPAS (PNRSR)</li> <li>• Cooperantes internacionales</li> <li>• Otros proveedores</li> </ul>
	Abastecimiento oportuno por medio de sistema logístico la distribución hasta los puntos de entrega	Continuo	MSPAS (PNRSR y DAS) IGSS Instituciones públicas o privadas que brindan atención a población usuaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MSPAS (PNRSR, Hospitales y DAS)</li> <li>• ONG's que tienen intervenciones en planificación familiar y metodología anticonceptiva</li> </ul>

LÍNEA ESTRATÉGICA	ACTIVIDAD	TEMPORALIDAD	NIVEL DE INTERVENCIÓN	RESPONSABLE
<b>Participación multisectorial</b>	Alianzas estratégicas con organizaciones participantes en la oferta, provisión y aplicación de métodos anticonceptivos	Continuo	<ul style="list-style-type: none"> <li>MSPAS (PNSR y DAS)</li> <li>IGSS</li> <li>Instituciones públicas o privadas que brindan atención a población usuaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MSPAS (PNSR y DAS)</li> <li>ONG's participantes</li> </ul>
<b>Prevención de embarazo en adolescentes</b>	Información, consejería y provisión de métodos anticonceptivos para la población adolescente mayor de 14 años	Continuo	<ul style="list-style-type: none"> <li>MSPAS</li> <li>IGSS</li> <li>Otras instituciones u organizaciones públicas y privadas brindan atención a población usuaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>PLANEA</li> <li>MSPAS y MINEDUC (EIS)</li> <li>Espacios amigables</li> <li>ONG's con acciones en bienestar de adolescentes</li> </ul>

## EJE ESTRATÉGICO #2: RED DE SERVICIOS DE SALUD INTEGRADOS, BRINDANDO ATENCIÓN CON CALIDAD, CALIDEZ Y PERTINENCIA CULTURAL

- **Objetivos:**  
Brindar atención con calidad a la población de mujeres embarazadas y neonatos.  
Promover la participación local para la salud materna y neonatal por medio de participación de actores civiles y autoridades gubernamentales.
- **Metas:**  
El 70% de la primera atención prenatal se realizó antes de las 12 semanas de embarazo.  
El 50% de mujeres embarazadas recibieron una 4ta atención prenatal en la red de servicios de MSPAS según normativa.  
Se alcanzó el 80% de la atención materna y neonatal con calidad de acuerdo con protocolos institucionales.  
El parto institucional alcanzó el 70%.

LÍNEA ESTRATÉGICA	ACTIVIDAD	TEMPORALIDAD	NIVEL DE INTERVENCIÓN	RESPONSABLE
Se cuenta con el ambiente habilitante de condiciones esenciales para brindar atención materna y neonatal	El proceso administrativo permite a las unidades operativas gestionar y contar con el equipo, material e insumos necesarios para la atención materna y neonatal	Continuo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Red de servicios del MSPAS</li> <li>• IGSS</li> <li>• Sector privado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MSPAS</li> <li>• IGSS</li> <li>• Sector privado</li> <li>• Otras redes de servicios en sus unidades de intervención</li> </ul>
	Recurso humano calificado para la atención materna y neonatal disponible en los servicios	Continuo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Red de servicios del MSPAS</li> <li>• IGSS</li> <li>• Sector privado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MSPAS</li> <li>• IGSS</li> <li>• Sector privado</li> <li>• Otras redes de servicios en sus unidades de intervención</li> </ul>

LÍNEA ESTRATÉGICA	ACTIVIDAD	TEMPORALIDAD	NIVEL DE INTERVENCIÓN	RESPONSABLE
	Se promueve y/o implementa la cartera de servicios de las diferentes instituciones	Continuo	<ul style="list-style-type: none"> <li>MSPAS (PNSR y DAS)</li> <li>IGSS</li> <li>Instituciones públicas o privadas que brindan atención a población usuaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MSPAS (PNSR y DAS)</li> <li>ONG's participantes</li> </ul>
	Se efectúa monitoreo periódico de la calidad de atención materna y neonatal en base a la normativa vigente	Continuo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Red de servicios de MSPAS</li> <li>Otras instituciones que brindan atención materna y neonatal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MSPAS por medio de Hospitales, SIAS y DAS</li> <li>Otras redes de servicios</li> </ul>
	Se promueve y apoya la implementación de la estrategia de Casas Maternas	Continuo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Red de servicios de MSPAS priorizando regiones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MSPAS (DAS y PNSR)</li> <li>Gobiernos locales</li> <li>Sociedad civil y/o ONG's involucradas en acciones para la maternidad saludable</li> </ul>
<b>Participación multisectorial para la maternidad saludable</b>	Se brinda apoyo técnico a la organización comunitaria para el funcionamiento de las Comisiones de Salud y otros servicios y/o instituciones participantes en la salud materna y neonatal	Continuo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los municipios y sus comunidades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MSPAS (DAS y PNSR)</li> <li>Gobiernos locales de municipios y territorios</li> <li>Sociedad civil</li> </ul>

<p><b>Participación multisectorial para la maternidad saludable</b></p>	<p>Se fortalecen las acciones y actividades que incorporan a las comadronas en acciones en favor de la maternidad saludable</p>	<p>Continuo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DAS y red de servicios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MSPAS (DAS y PNSR)</li> <li>• Gobierno - autoridad local</li> <li>• Sociedad civil</li> <li>• Asociaciones de comadronas reconocidas</li> <li>• ONG's involucradas en acciones para la maternidad saludable</li> </ul>
	<p>Se realizan estudios de satisfacción de la usuaria en servicios de atención</p>	<p>Según programación</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Red de servicios del MSPA</li> </ul>	<p>MSPAS por medio de DAS y PNSR IGSS ONG's</p>
	<p>Se implementan estrategias basadas en evidencia científica en función de favorecer la reducción de la mortalidad materna y neonatal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuo</li> <li>• En situaciones especiales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DAS con red de servicios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MSPAS por medio del PNSR</li> <li>• IGSS</li> <li>• Organizaciones de sociedad civil participantes en la salud materna y neonatal</li> </ul>

## EJE ESTRATÉGICO #3: RECURSO HUMANO CALIFICADO

- **Objetivo:**

Contar con personal calificado que brinda atención a la salud integral de la mujer en el periodo reproductivo (materna-neonatal) con los conocimientos y las destrezas adecuadas para prestar atención con calidad en condiciones de salud así como en el manejo de urgencias, tanto en la red de servicios del MSPAS, como en otras entidades que proporcionan dicha atención.

- **Meta:**

El 100% del personal que da atención materna y neonatal fue capacitado y participando en programas de educación médica continúa.

LÍNEA ESTRATÉGICA	ACTIVIDAD	TEMPORALIDAD	NIVEL DE INTERVENCIÓN	RESPONSABLE
<b>Personal calificado para la atención de la población en periodo prepreconcepcional, embarazo, parto, postparto, neonatos y atención a adolescentes</b>	Inducción a todo personal de nuevo ingreso o por rotación de servicios, en metodología anticonceptiva y atención materna neonatal en normativa vigente	Continuo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MSPAS en red de servicios materna y neonatal</li> <li>• IGSS</li> <li>• Servicios donde se brinda atención materna y neonatal</li> </ul>	DAS en sus unidades operativas Depto. de Maternidad de hospitales nacionales IGSS Otras redes de servicios en sus unidades de intervención
	Educación médica continua al personal de los servicios de salud para actualización sobre conocimientos y habilidades en atención materna y neonatal	Continuo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MSPAS en red de servicios materna y neonatal</li> <li>• IGSS</li> <li>• AGOG</li> <li>• COLMED</li> <li>• Servicios donde se brinda atención materna y neonatal</li> </ul>	DAS a sus unidades operativas Depto. de Maternidad de hospitales nacionales IGSS Otras redes de servicios en sus unidades de intervención



LÍNEA ESTRATÉGICA	ACTIVIDAD	TEMPORALIDAD	NIVEL DE INTERVENCIÓN	RESPONSABLE
	Certificación de personal de unidades de salud para aplicación de métodos anticonceptivos de larga duración	Continuo	<ul style="list-style-type: none"> <li>MSPAS en red de servicios materna y neonatal</li> <li>IGSS</li> <li>Servicios donde se brinda atención materna y neonatal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DAS en sus unidades operativas</li> <li>Depto. de Maternidad de hospitales nacionales</li> <li>IGSS</li> <li>Otras redes de servicios en sus unidades de intervención</li> </ul>
	Educación médica continua al personal de los servicios de salud para actualización sobre conocimientos y habilidades en atención materna y neonatal	Continuo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Departamento de Formación de Recursos Humanos en salud del MSPAS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MSPAS</li> <li>Centros de estudios superiores con carrera para técnicas universitarias en partería</li> <li>Cooperación internacional</li> </ul>
	Certificación de personal de unidades de salud para aplicación de métodos anticonceptivos de larga duración	Continuo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Red de servicios del MSPAS</li> <li>Otras instituciones participantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MSPAS (PNSR)</li> <li>DECAP</li> <li>Organizaciones que proveen servicios de planificación familiar / metodología anticonceptiva</li> </ul>

	<p>Asegurar la continuidad técnica y financiera para brindar sostenibilidad a la Carrera Técnica Universitaria en Partería</p>	<p>Continuo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Departamento de Formación de Recursos Humanos en salud del MSPAS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MSPAS</li> <li>• Centros de estudios superiores con carrera para técnicas universitarias en partería</li> <li>• Cooperación internacional</li> </ul>
	<p>Pensum de estudios de las carreras de formación en salud incluyen los marcos legales y normativos relativos a salud materna y neonatal</p>	<p>Continuo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuelas formadoras de recurso humano en salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MSPAS</li> <li>• Universidades con carreras en ciencias médicas</li> <li>• Instituciones estatales y privadas que forman personal de enfermería</li> <li>• Cooperación internacional</li> </ul>

## EJE ESTRATÉGICO #4: VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y SISTEMA DE INFORMACIÓN

- Objetivo:**  
 Contar con un sistema de vigilancia epidemiológica que permita obtener información veraz, pronta y oportuna, para la toma de decisiones y rendición de cuentas.
- Meta:**  
 El 100% de las unidades notificadoras aplicaron las acciones establecidas en los protocolos de vigilancia y de sistemas de información.

LÍNEA ESTRATÉGICA	ACTIVIDAD	TEMPORALIDAD	NIVEL DE INTERVENCIÓN	RESPONSABLE
Contar con Información vital para la toma de decisiones y rendición de cuentas	Fortalecimiento de la mesa técnica de análisis de mortalidad materna y neonatal	Continuo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Técnico Normativo</li> <li>DAS y sus unidades operativas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programa Nacional de Salud Reproductiva</li> <li>Departamento de epidemiología (MSPAS)</li> <li>Coordinación de hospitales</li> <li>SIAS</li> </ul>
	Actualización a unidades operativas sobre el Protocolo de Vigilancia/Respuesta de la embarazada y la vigilancia de las muertes de mujeres en edad fértil para identificar muertes maternas y neonatales	Un año calendario después de su autorización Continuo	<ul style="list-style-type: none"> <li>DAS y sus unidades operativas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MSPAS por medio de la mesa técnica de mortalidad materna</li> </ul>
	Implementación del Sistema Informático Perinatal	Continuo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Red de servicios del MSPAS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MSPAS por medio de la mesa técnica de mortalidad materna - PNSR</li> </ul>

LÍNEA ESTRATÉGICA	ACTIVIDAD	TEMPORALIDAD	NIVEL DE INTERVENCIÓN	RESPONSABLE
<b>Contar con Información vital para la toma de decisiones y rendición de cuentas</b>	Desarrollo e implementación de sala situacional de salud sexual y reproductiva	Continuo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PNSR</li> <li>• DAS y sus unidades operativas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PNSR</li> <li>• DAS</li> </ul>
	Implementación del Protocolo de Morbilidad Materna Extrema	Primer año después de su autorización Continuo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Red hospitalaria del MSPAS</li> <li>• IGSS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MSPAS por medio de la mesa técnica de mortalidad materna</li> </ul>
	Informe de país de la situación de la mortalidad materna y neonatal	Anual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MSPAS</li> <li>• IGSS</li> <li>• Servicios donde se brinda atención materna y neonatal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MSPAS por medio de la mesa técnica de mortalidad materna y neonatal</li> </ul>
<b>Participación multisectorial para desarrollo de estadísticas vitales</b>	Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y sistemas de información con otros proveedores de servicios de salud	Continuo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MSPAS</li> <li>• IGSS</li> <li>• Otras redes que brindan servicios maternos y neonatales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesa técnica de muerte materna</li> <li>• Depto. de Epidemiología (MSPAS)</li> <li>• IGSS</li> <li>• RENAP</li> <li>• INE</li> <li>• COLMED</li> </ul>
	Se desarrolla, socializa y utiliza un formato único para el reporte de defunción	Continuo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nacional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesa técnica de muerte materna</li> <li>• IGSS</li> <li>• RENAP</li> <li>• INE</li> <li>• Colegio de Médicos</li> <li>• INACIF</li> </ul>

## VIII. INDICADORES

Los indicadores se ajustarán individualmente a las diferentes variables y de acuerdo con las características propias de cada intervención. A continuación se enumeran los indicadores:

De impacto:

- Reducción de la Razón de mortalidad materna.
- Reducción de la Tasa de mortalidad neonatal.
- Reducción de la Tasa global de Fecundidad.

Otros indicadores determinados por unidad que brinda servicios de atención materna:

- Años Protección Pareja (APP).
- Población usuaria nueva disgregado por grupos étnicos y unidades o cooperantes que brinden atención en servicios de metodología anticonceptiva.
- Distribución de parto institucional/domiciliar.
- Estudio de control de calidad en atención materna y neonatal.
- Resultados de estrategias implementadas para reducción de muerte materna y neonatal.
- Número de casas maternas funcionando.
- Comisiones de salud activas disgregadas por área de salud, distrito y territorio.
- Personal que presta atención materna y neonatal por unidad administrativa y operativa de la red de servicios del MSPAS.
- Implementación del Sistema Informático Perinatal.
- Implementación y resultados del protocolo de Morbilidad Materna Extrema.
- Porcentaje de certificación de muerte materna en primer análisis de caso en la mesa técnica de mortalidad materna.
- Ejecución global del presupuesto del PNSR.
- Asignación y ejecución de presupuesto para salud materna de consejos municipales.

## IX. SUPERVISIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN

La Comisión Multisectorial para la Maternidad Saludable es la responsable de llevar a cabo el monitoreo y evaluación de la estrategia de reducción de la mortalidad materna (5). Dentro del plan de trabajo de la CMPMS deberá establecerse las fechas y procedimientos para llevar a cabo y desarrollar los informes correspondientes.

Las visitas de equipos multidisciplinarios del MSPAS deben mantener un proceso continuo de supervisión y monitoreo a diferentes unidades administrativas y ejecutoras en las áreas de salud, con la finalidad de brindar apoyo técnico en los aspectos relacionados con la disminución de la mortalidad materna y neonatal. En esta actividad deben participar representantes de los componentes del Programa Nacional de Salud Reproductiva, de la Unidad de Supervisión, Monitoreo y Evaluación del SIAS y del Viceministerio de Hospitales. La participación de entidades nacionales o internacionales interesadas en el tema es voluntaria.

## X. Bibliografía

1. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de la República de Guatemala, Acuerdo Legislativo No. 18-93, Artículo 52, Título I. Guatemala; 1993.
2. Congreso de la República de Guatemala. Código de Salud, Organismo Legislativo, Acuerdo Gubernativo Decreto 90-97, capítulo II, artículo 9. Guatemala; 1997.
3. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Compendio de Leyes para la Salud Sexual y Reproductiva. Guatemala; 2014.
4. Congreso de la República de Guatemala. Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud reproductiva. Guatemala; 2005.
5. Congreso de la República de Guatemala. Ley para la Maternidad Saludable. Guatemala: Decreto 32; 2010.
6. Congreso de la República de Guatemala. Plan de Desarrollo: K'atún Nuestra Guatemala 2032. Guatemala: Segeplan; Acuerdo Ministerial No. 326-2019.
7. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Informe de País, Situación de la Mortalidad Materna 2016-2018. Guatemala; 2020.
8. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía Nacional de Planificación Familiar. Segunda ed. Guatemala; 2018.
9. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes. Primera ed. Guatemala; 2020.
10. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Modelo de Gestión para la Implementación y Funcionamiento de las Casas Maternas. Primera ed. Guatemala; 2018.
11. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Manual de cinco pasos para la Organización de comisiones de salud y la elaboración e implementación de los planes de emergencia comunitarios. Segunda ed. Guatemala; 2020.
12. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Informe Final Encuesta Nacional de Salud Materna Infantil 2014-2015. Primera ed. Guatemala; 2017.
13. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Acuerdo Gubernativo 20-2016, Normativa para la Categorización y Habilitación de la Red de Servicios de Salud. Guatemala; 2016.
14. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Reglamento de la Ley para la Maternidad Saludable. Guatemala: Acuerdo Gubernativo Número 65-2012 ; 2012.



## XI. ANEXOS

### ANEXO No. 1

#### NACIONALES

- Constitución Política de la República de Guatemala, modificada 1983.
- Código de Salud (Decreto 90-97);
- Ley de Desarrollo Social (Decreto 42-2001);
- Código de Trabajo (Decreto 1441).
- Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia (Decreto 27- 2003).
- 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).
- Ley contra el Femicidio y Otras Formas de Violencia Contra la Mujer (Decreto 22-2008).
- 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.
- Ley contra la violencia sexual, trata y explotación de personas (Decreto 9-2009);
- Ley de dignificación y promoción integral de la mujer (Decreto 7-99).
- Ley Para la Maternidad Saludable Decreto 32-2010 y su Reglamento Acuerdo Gubernativo 65-2012.
- Política de Población y Desarrollo Social, Segeplan, Guatemala 2001.
- Política de Bienestar y Salud para la adolescencia y juventud, Guatemala 2015.
- Plan de Desarrollo Katún "Nuestra Guatemala 2032", Segeplan, Acuerdo Ministerial No. 326-2019.

#### INTERNACIONALES

- Declaración Universal de los Derechos Humanos 1948.
- Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) ONU 1981.
- La Conferencia Internacional sobre Maternidad sin Riesgo, Nairobi 1987.
- Convención sobre los Derechos del Niño, 1989.
- Conferencia Mundial de la Infancia, Nueva York 1990.
- Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo CIPD (Egipto) 1994.
- Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing 1995 y sus avances.
- Acuerdos de la Cumbre del Milenio, septiembre de 2000.
- Sesión Especial de la ONU sobre la Infancia, Nueva York 2002.
- Plan Regional de Salud Materna Neonatal y Reproductiva.
- Cumbre de las Américas: de Mar de Plata 2005 a Puerto España 2009.
- Convención contra la Tortura y Trato o Castigo Cruel, Inhumano o Degradante, Estados Miembros de las Naciones Unidas 1987.
- Convención sobre los Derechos del Niño, Unicef, Madrid, 2006.
- Convención Americana de Derechos Humanos ("Pacto de San José, Costa Rica"), 1969.
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ("Protocolo de San Salvador).
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer ("Convención de Belem do Pará") 1994.
- Objetivos de Desarrollo del Milenio, Nueva York, 2000.

## ANEXO No. 2

Esquema sugerido para desarrollo de planes anuales de reducción de muerte materna y neonatal para unidades administrativas y operativas

### Información general

- Se debe considerar que existen muchos diseños para elaborar planes de trabajo o de acción y que el presente es un bosquejo general sugerido basado en el plan presentado en este documento, con la finalidad de facilitar su elaboración en los niveles administrativos y operativos.
- La utilización del siguiente bosquejo es opcional y puede y debe ser ajustado a las actividades propias de cada unidad.
- Presenta lineamientos generales para que los hospitales, áreas de salud y distritos de salud (u otras unidades de otras instituciones fuera del MSPAS que deseen adoptarlo), puedan utilizar como guía general debiéndose ajustar su contenido a las circunstancias y características propias de cada una de las áreas de influencia o instituciones.
- El objetivo es contar con una base estandarizada para orientar el trabajo a realizarse.
- Su desarrollo debe ser anual con la idea de brindar continuidad en base a los resultados obtenidos en cada año de trabajo.

### Terminología:

- **Objetivo general:** presenta la idea central o básica que se busca realizar. Preferentemente debe ser concisa y clara en su definición. Debe escribirse iniciando con un verbo en infinitivo (ar, er o ir, ejemplo: contribuir a la reducción....) y no debe describir como se llevará a cabo.
- **Objetivo específico:** tiene relación directa con el objetivo general, pero presenta con más detalle cómo se quiere lograr el objetivo general, por lo que funcionan como una guía de como se abordará el trabajo propuesto y el cual será desarrollado en detalle en el documento. Al igual que el objetivo general deben escribirse iniciando con un verbo en infinitivo (Fortalecer la implementación del marco jurídico de la ley para la maternidad saludable). Ejemplo: si el objetivo general es contribuir a la reducción de la mortalidad materna, los específicos podrían relacionarse como: fomentar el parto institucional (como se hará es lo que se debe describir en "metodología"), etc.

**Meta:**

Representa a donde se desea llegar por lo que debe ser realista y concreta. Debe entenderse como el resultado final de las acciones planificadas en un límite de tiempo establecido y debe ser medible o cuantificable. No se debe utilizar en su redacción verbos en infinitivo o redacción en tiempo futuro puesto que puede confundirse o interpretarse como un objetivo. (Ejemplo: “certificar a xx%” se identifica como objetivo; debe redactarse “se certificó a xx% de personal en aplicación de métodos anticonceptivos de larga duración”. En el ejemplo anterior, para establecer la meta, se debe conocer el personal que aún no está certificado y establecer cuántos pueden certificarse y así determinar el cumplimiento de lo esperado); otro ejemplo: se aumentó el parto institucional el 5%)

**Acerca del formato:**

- Es una sugerencia de formato a utilizar y las acciones descritas son una visión de las áreas donde se puede influir en función de la reducción de la muerte materna y neonatal.
- **Los 4 ejes estratégicos** ya están establecidos.
- Tanto el/los objetivos y la meta de cada eje estratégico deben ser definidos por la unidad que está desarrollando el plan y ajustados al nivel de intervención y circunstancias locales de acuerdo con las actividades que desarrollan.
- Cada uno de los 4 ejes trae las **líneas estratégicas** de trabajo a desarrollar y tiene definido su objetivo.
- Cada línea estratégica posee acciones específicas a desarrollar las cuales no necesariamente son aplicables a todas las unidades y que también pueden ser ampliadas en función del plan local.
- En las casillas de **metodología** es donde se debe describir **cómo** se llevará a cabo la acción. Es importante no utilizar términos muy genéricos como “fortalecer” puesto que no especifican como se brindará ese servicio y se dificulta medir el grado de cumplimiento (observe como “fortalecer” suena más a un objetivo que a acciones a desarrollar). Se podrá observar que trae diferentes puntos a desarrollar, puesto que acciones como “información” deben desarrollarse en forma diferentes para cada población, por ejemplo, sobre metodología anticonceptiva no podrá y no debe ser igual para la población que asiste a una consulta externa, que para adolescentes o la población en general, puesto que cada uno de ellos utiliza diferente medio o forma de difusión.
- El **medio de verificación** se refiere al sistema o forma que será utilizado para respaldar que dicha acción se llevó a cabo. Notar que el medio de verificación no sirve para medir impacto de la acción, sino para el cumplimiento de la actividad programada y desarrollada.
- La **meta** es lo que se espera haber logrado al completar el año de trabajo y está relacionada con la “acción” y la “metodología” (por ejemplo, si en un distrito el parto institucional es del 50%, la meta sería “se aumentó al 60% los partos institucionales). Deben ser ajustadas a la situación local, tratando de no ser ambiciosas o difíciles de lograr.
- El **indicador** es en porcentaje y este es una relación en lo que logró hacer (numerador) contra los que se tenía planificado lograr (denominador) multiplicado

por 100, dando el porcentaje alcanzado, por ejemplo: si se planificó certificar para aplicación de métodos anticonceptivos de larga duración a 15 personas y solo se certificaron 9, el indicador sería 60% de logro.

- El **responsable** de la acción y la metodología deben ser anotados con nombre de la persona, el cargo que desempeña y la institución a la que pertenece. Se debe considerar que el responsable puede incluir otros actores locales como redes de servicios, instituciones civiles participantes en la maternidad saludable, etc.
- **Temporalidad** se refiere a cuando se llevarán a cabo las actividades, unas serán constantes, otras deberán planificarse para fechas específicas (capacitaciones y evaluaciones son ejemplos de fechas programadas).

Es necesario resaltar que cada plan operativo debe ser ajustado a las acciones y atribuciones de cada unidad, por lo que debe considerarse que, si bien es un formato unificado, las unidades administrativas lo desarrollarán en base a sus funciones y las unidades operativas ajustadas a sus actividades. Ambos deben desarrollarse en conjunto para que sean reflejo de la integración de acciones del nivel administrativo y el operativo.

**CUADROS DEL PLAN ESTRATÉGICO  
EJE ESTRATÉGICO #1:  
ACCESO UNIVERSAL Y EQUITATIVO A SERVICIOS DE METODOLOGÍA ANTICONCEPTIVA**

**Acceso universal y equitativo a servicios de metodología anticonceptiva**

**Objetivo:**

**Meta:**

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO	ACCIÓN	METODOLOGÍA	MÉTODO DE VERIFICACIÓN	META	INDICADOR	RESPONSABLE	TEMPORALIDAD
Promoción del acceso universal a metodología anticonceptiva	Brindar información, educación y comunicación a la población	Para la población en general						
		Para personas que asisten a los servicios de salud						
Abastecimiento permanente de métodos anticonceptivos por medio de logística de adquisición y distribución a nivel central	Evitar el desabastecimiento en las unidades que entregan o aplican métodos	Diferenciado para adolescentes						
		Desarrollar rutas de entrega efectivas y oportunas a unidades operativas						

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO	ACCIÓN	METODOLOGÍA	MÉTODO DE VERIFICACIÓN	META	INDICADOR	RESPONSABLE	TEMPORALIDAD
Provisión o entrega de metodología anticonceptiva	Disponibilidad de métodos en las unidades operativas para entrega por demanda	A la población en general que consulta a la unidad de salud						
		A la población adolescente						
		Pos-evento obstétrico (posparto y pos-ameu)						
Alianzas estratégicas multisectoriales para la promoción de metodología en adolescentes	Promover la participación de instituciones de gobierno central y local, ONG's y otras entidades interesadas para la EIS y distribución por demanda a la población adolescente							

## EJE ESTRATÉGICO #2 RED DE SERVICIOS INTEGRADOS BRINDANDO ATENCIÓN CON CALIDAD, CALIDEZ Y PERTINENCIA CULTURAL

**Objetivos:**

**Meta:**

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO	ACCIÓN	METODOLOGÍA	MÉTODO DE VERIFICACIÓN	META	INDICADOR	RESPONSABLE	TEMPORALIDAD
Ambiente habilitante es adecuado con condiciones para brindar atención materna y neonatal de calidad	Contar con los insumos, el equipo necesario y el recurso humano para la atención continua y permanente	Mejoramiento de espacio físico						
		Equipo médico quirúrgico						
		Material e insumos Se aplica la normativa vigente para la atención materna y neonatal por nivel de atención						
Contar con los insumos, el equipo necesario y el recurso humano para la atención continua y permanente	Contar con los insumos, el equipo necesario y el recurso humano para la atención continua y permanente	Mejoramiento de espacio físico						
		Material e insumos						
		Se aplica la normativa vigente para la atención materna y neonatal por nivel de atención						







## EJE ESTRATÉGICO #3 RECURSO HUMANO CALIFICADO

**Objetivo:**

Que el personal posea las habilidades y competencias requeridas para brindar atención materna y neonatal con calidad

**Meta:**

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO	ACCIÓN	METODOLOGÍA	MÉTODO DE VERIFICACIÓN	META	INDICADOR	RESPONSABLE	TEMPORALIDAD
Personal calificado para la atención de población por medio de normativa vigente	Contar con personal calificado para la atención de la población materna y neonatal, así como en metodología anticonceptiva	Inducción a normativa en salud reproductiva a personal de nuevo ingreso a unidades de atención  Se brinda educación médica continua al personal en base a actualizaciones de la normativa  Se capacita a personal para desarrollo de habilidades y destrezas en acciones para la maternidad saludable, incluyendo aplicación de metodología anticonceptiva de larga duración						

## EJE ESTRATÉGICO #4 VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y SISTEMA DE INFORMACIÓN

**Objetivo:**

**Meta**

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO	ACCIÓN	METODOLOGÍA	MÉTODO DE VERIFICACIÓN	META	INDICADOR	RESPONSABLE	TEMPORALIDAD
Sistema de información ágil y permanente	Contar con información vital para la toma de decisiones	Fortalecimiento de la mesa técnica de mortalidad materna y neonatal	Para el área de salud Para el distrito de salud Para el hospital					
Participación multisectorial para desarrollo de estadísticas vitales	Mejorar la información vital sobre mortalidad materna y neonatal	Otros proveedores de salud informan sobre eventos						

