MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL- MSPAS-

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD REPRODUCTIVA

PLAN ESTRATÉGICO PARA REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA 2004 - 2008 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

TOMANDO COMO BASE CONCEPTUAL:
LOS LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS PARA REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA 2003 Y LAS RECOMENDACIONES DE LA LINEA BASAL DE MORTALIDAD MATERNA 2,000.

GUATEMALA 2004 - 2008.

PRESENTACIÓN

La actual administración de salud reconoce la mortalidad materna neonatal como la primera prioridad de salud del país

Reconoce además que la clave para la reducción de la mortalidad materna y neonatal reside en el mejoramiento de las condiciones socio económico del país y en especial de las mujeres, así como en el tratamiento oportuno y eficaz de las complicaciones que provocan estas muertes.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social comprometido con esta problemática a definido intervenciones integrales y costo efectivas para impactar en la misma. Es por ello que se priorizan acciones relacionadas a la disminución de las cuatro demoras que inciden en la mortalidad materna. Todo dentro de un contexto de coordinación intersectorial efectiva. Teniendo claro que las muertes maternas son prevenibles y las acciones dirigidas a reducir estas muertes impactarán en mejores condiciones de salud, de calidad de vida y de equidad para las mujeres, las familias y las comunidades.

Es necesario afrontar este problema con la participación de todos los actores(as) y sectores por lo que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social presenta su plan estratégico para abordar el tema como una invitación a unirse al esfuerzo de reducción de mortalidad materna y neonatal, trabajando de manera unificada y coordinada por la consecución de una maternidad saludable.

Ing. Marco Tulio Sosa
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

Ing. Marco Tulio Sosa
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

Dr. Salvador López
Primer Viceministro de Salud.

Dr. Jaime Gómez
Segundo Viceministro de Salud.

Lic. Félix Mendizábal
Director General
Regulación Vigilancia y Control de la Salud

Dr. Mario Gudiel
Director General
Sistema Integral de Atención en Salud

Dr. Edgar Méndez
Jefe
Departamento de Programas de Atención a las Personas

Dr. Alejandro Silva Rodríguez
Coordinador
Programa Nacional de Salud Reproductiva

GLOSARIO DE SIGLAS

AGOG	Asociación de ginecología y Obstetricia de Guatemala
CIESAR	Centro de Investigación en Salud Reproductiva
ENSMI	Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil
GMSM	Grupo de Monitoreo de Salud Materna y Neonatal
JHPIEGO/MNH	Programa Internacional de Educación y Capacitación en Salud Reproductiva de la Universidad John's Hopkings
LBMM/ 00	Línea Basal de Mortalidad Materna 2000
MEF	Mujeres en Edad Fértil
MERTU/CDC	Centro de Investigaciones y Adiestramiento en Entomología Médica de la Universidad del Valle y CDC
MINUGUA	Misión de Verificación de Naciones Unidas para Guatemala.
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud
PNSR	Programa Nacional de Salud Reproductiva
RMM	Razón de Mortalidad Materna
SEPREM	Secretaría Presidencial de la Mujer.
SIGSA	Sistema Gerencial de Información en Salud
TMM	Tasa de Mortalidad Materna
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
URL	Universidad Rafael Landivar
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

INDICE DE CONTENIDOS

NOTA DE PRESENTACIÓN 1

GLOSARIO DE SIGLAS 3

INDICE DE CONTENIDOS..... 4

EXPERIENCIA INTERNACIONAL……..……...5

SITUACION ACTUAL DE LA MORTALIDAD MATERNA..... 6

COMPROMISOS DEL ESTADO GUATEMALTECO PARA REDUCIR LA MUERTE MATERNA. 8

OBJETIVO DEL PRESENTE DOCUMENTO. 9

ESTRATEGIAS GENERALES……..9

ESTRATÉGIAS PARA REDUCIR LAS DEMORAS 10

PRIMERA DEMORA Promover el reconocimiento de los signos de peligro..... 11

SEGUNDA DEMORA Apoyar la toma de decisión para búsqueda de ayuda..... 12

TERCERA DEMORA Acceso a una atención oportuna 13

CUARTA DEMORA Recibir atención oportuna y de calidad 14

MONITOREANDO EL PROGRESO 15

METAS……..17

LINEAMIENTOS INTERSECTORIALES PARA LA REDUCCIÓN DE LA ORTALIDAD MATERNA. 18

BIBLIOGRAFÍA..... 20

ANEXOS……22

¿QUE SABEMOS ACTUALMENTE SOBRE LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL?

Desde hace casi dos décadas, hemos venido aumentando considerablemente el conocimiento de las causas y circunstancias que provocan morbilidad, discapacidad y muerte a las mujeres, relacionadas con el proceso del embarazo, el parto y el puerperio. La evidencia nos dice, que la clave para reducir las muertes maternas no reside exclusivamente en el desarrollo socioeconómico general de la población, sino en ofrecer un tratamiento eficaz y accesible a las complicaciones obstétricas.

Las intervenciones que se han mostrado más eficaces para el logro de la reducción de las muertes maternas, son:

A) **La existencia y el acceso a Cuidados Obstétricos Esenciales Básicos (COEB)**, entendidos como aquellos servicios accesibles a todas las mujeres y que son capaces de brindar:

a) tratamiento de los problemas del embarazo (anemia, diabetes);
b) tratamiento médico de las complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto o el aborto (hemorragias, septicemias, complicaciones del aborto, eclampsia, etc.)
c) procedimientos manuales (retirar placenta, coser desgarros o episiotomías)
d) utilizar el partograma, para la atención y vigilancia del parto
e) atención neonatal básica.

B) **La existencia y acceso a Cuidados Obstétricos Esenciales Integrales (COEI)** que incluyen:

a) todas las acciones del los COEB, más:
b) intervenciones quirúrgicas (cesárea, legrados, laparotomía, etc.)
c) anestesia
d) transfusiones sanguíneas.

C) **La Asistencia del parto por personal calificado**. Esta necesidad surge del fracaso de estrategias anteriores, como el adiestramiento de comadronas o parteras tradicionales y el enfoque de riesgo perinatal. Contar con un personal entrenado con capacidad para prevenir, detectar y manejar las complicaciones obstétricas más graves, junto con el equipo, medicinas y otros suministros esenciales, es el factor más importante en la prevención de las muertes maternas (OMS 1999)
Este personal calificado, es aquel prestador de servicios (médico o enfermera) que tiene habilidades y conocimientos para la correcta atención del embarazo y el parto, como ser:

a) vigilancia correcta del trabajo de parto utilizando el partograma,
b) reconocer la aparición de complicaciones, realizar intervenciones esenciales (EJ: remoción de placenta)
c) comenzar el tratamiento y supervisar el envío de la paciente o el recién nacido complicados.

D) **Calidad y Calidez de la Atención**. Esta atención debe estar basada en intervenciones obstétricas con evidencia científica de beneficio para las pacientes. Basada en estándares de atención (Normas) que se deben conocer y utilizar en forma sistemática. Basada en un trato educado y cálido para las pacientes y sus acompañantes.

E) **Empoderamiento de las mujeres, sus familias y sus comunidades**. Permite que las mujeres con información adecuada, tomen decisiones cruciales para su salud y su supervivencia y por consiguiente les permite ejercer sus derechos humanos (derecho a la vida y la salud) y reproductivos (derecho a una atención adecuada y a una maternidad segura). El empoderamiento de las mujeres, las familias y las comunidades, permite reconocer los signos de peligro y las complicaciones y seguir los procedimientos establecidos a nivel familiar y comunitario (Planes de Emergencia comunitarios) para lograr un traslado rápido y una búsqueda de ayuda oportuna.

E) **Asegurar un enfoque multisectorial**. Debido a que la mortalidad materna es multicausal y muchos de sus factores condicionantes están fuera del sector salud, es imprescindible que exista una fuerte participación comunitaria y de la sociedad civil organizada, al mismo tiempo que existe un fuerte liderazgo nacional para reducir el problema y una adecuada asignación presupuestaria para desarrollar la estrategia nacional.

SITUACION ACTUAL DE LA MORTALIDAD MATERNA EN GUATEMALA

"El Ministerio de Salud Pública
Y Asistencia Social
Reconoce
Que es posible reducir la mortalidad relacionada con
El embarazo, parto y puerperio
Mediante mejoras en el acceso a
Cuidados obstétricos esenciales de calidad,
Que impacten en los aspectos
Físicos, culturales y sociales.
Asimismo, reconoce que
Es posible reducir el riesgo
De morir por causas relacionadas al embarazo a lo largo de la vida reproductiva
De las mujeres,
Facilitando servicios integrales de salud reproductiva".

(Informe final. LBMM 2000, p.7)

La mortalidad materna es un indicador de la disparidad y desigualdad existente entre hombres y mujeres de diferentes áreas geográficas y sociales de un mismo país. La magnitud del problema refleja la posición y condición de las mujeres en la sociedad, su limitado acceso a los servicios sociales, sanitarios, nutricionales y las condiciones económicas precarias. La importancia y gravedad del problema quedaron establecidas en los resultados de la Línea Basal de la Mortalidad Materna/ 2000.

En ese año nacieron en el país 425,410 niños(as) en una población de 3,346,937 mujeres en edad fértil (10-49 años), muriendo 651 mujeres por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio, es decir casi dos mujeres murieron diariamente por causas maternas.

Esta cifra representa una Razón de Mortalidad Materna (RMM) de 153 por cada 100, 000 nacidos vivos[1].

Aunque la mortalidad materna afectó a mujeres de distintos estratos sociales y económicos, un número más elevado afectó a mujeres indígenas, analfabetas, en departamentos con altos índices de pobreza y ruralidad[2], siendo el impacto de muerte materna tres veces superior en las mujeres indígenas.

Las muertes maternas ocurrieron generalmente en un plazo de 24 horas después de la resolución del embarazo. Más de la mitad murieron en el hogar, cuatro de cada diez murieron en un servicio hospitalario. Al momento del parto, seis de cada diez madres que fallecieron fueron atendidas por comadrona, por un familiar o por ellas mismas y cuatro de cada diez recibieron atención por un proveedor(a) de salud.

En nuestro país las muertes maternas todavía se deben a las mismas causas históricas. El noventa por ciento de las muertes maternas se debieron a "causas obstétricas directas", siendo la hemorragia la responsable de la mitad de estas muertes. La infección, la hipertensión inducida por el embarazo y las complicaciones asociadas al aborto ocasionaron el resto de las muertes maternas. En Guatemala la cobertura de atención del parto por personal médico o de enfermería[3] es de 41%, siendo el 65.6% en el área urbana, mientras en el área rural es de 29.5%; la cobertura de atención del parto en mujeres ladinas es de 57% y en mujeres indígenas es de 19.5% lo que evidencia una brecha importante[4].

En cuanto a la necesidad insatisfecha de servicios de planificación familiar, 28% a nivel nacional, siendo esta para las mujeres indígenas y del área rural, una desventaja. La demanda insatisfecha[5] de este servicio para la mujer indígena es de 39.3%, mientras que para la mujer ladina es de 21.9%; en el área urbana la necesidad de servicios de planificación familiar no es cubierta en un 20.2%, y para en el área rural la proporción no cubierta con este servicio es de 32.3%[6].

En cuanto a la prevalencia de planificación familiar, encontramos brechas similares entre las poblaciones rurales y urbanas con un 56.7% de prevalencia en el área urbana

---

[1] Esto representa una Tasa de Mortalidad Materna (TMM) de 19 por cada 100,000 mujeres en edad fértil

[2] Alta Verapaz, Sololá, Huehuetenango, Totonicapán y El Quiché.

[3] La ENSMI utiliza el indicador de "personal calificado" y lo define como personal médico(a) o enfermeras(os) lo cual no es equivalente a "personal competente" pero no se cuenta con fuente de información sobre personal competente, por lo que se usa de forma provisional como un indicador aproximado

[4] Datos ENSMI 2002.

[5] La proporción de mujeres que desean espaciar los embarazos y/o limitar la familia puede considerarse como indicador de la demanda potencial de servicios de planificación familiar, puede calcularse la necesidad insatisfecha de planificación familiar tanto para espaciar y limitar. Forman parte del grupo con necesidad insatisfecha para limitar la familia aquellas mujeres embarazadas o amenorréicas cuyo último embarazo no fue deseado y mujeres fértiles que no están embarazadas o amenorréicas y que manifiestan no desear más hijos. Así mismo, forman parte del grupo de necesidad insatisfecha para espaciar embarazos, las mujeres actualmente embarazadas o amenorréicas cuyo último embarazo si fue deseado pero más tarde y las mujeres fértiles que no están ni embarazadas ni amenorréicas y que manifiestan que sí desean más hijos pero prefieren esperar por lo menos dos años. ENSMI 98-99 Pg. 75.

[6] Datos ENSMI 2002.

y 34.7% en el área rural. Entre las mujeres indígenas la prevalencia de uso de anticonceptivos es de 23.8% y entre las mujeres ladinas de 52.8[7].

La mortalidad materna en Guatemala, no es solamente una desventaja sanitaria, sino también es una desventaja social. Si bien las complicaciones que causan las muertes maternas durante el embarazo, parto o puerperio no puede prevenirse, las muertes maternas derivadas de estas complicaciones si son prevenibles[8]. El reto es aumentar las posibilidades de atención de estas complicaciones a través de intervenciones dirigidas a extender la cobertura de atención obstétrica esencial (AOE)[9], ayudar a las mujeres y sus familias a reconocer los signos de peligro, promover la búsqueda de atención oportuna y facilitar el acceso a servicios que brinden una atención humanizada y de calidad.

COMPROMISOS DEL ESTADO DE GUATEMALA PARA REDUCIR LA MUERTE MATERNA.

El marco internacional de los derechos humanos proclama los principios generales de libertad e igualdad para todos los seres humanos. A pesar de ello, las mujeres han permanecido relegadas a funciones y roles reproductivo, en condiciones de sub-valoración, inequidad, dependencia masculina y un desarrollo humano limitado.

El Estado de Guatemala se compromete a reducir las muertes maternas y plasma este compromiso con la ratificación de instrumentos internacionales, con su participación política en conferencias y con el avance en los instrumentos nacionales. Guatemala ratificó su adhesión en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer en 1982, igualmente participa en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) de 1994, que marcó un hito histórico colocando al centro del desarrollo a las mujeres, adolescentes, niñas y población indígena. Asimismo, supera la visión natalista y demográfica del desarrollo, al colocar los derechos sexuales y reproductivos dentro de los derechos humanos.

Constitucionalmente, el Estado debe garantizar el derecho a la vida, la protección de la familia y el goce de la salud y la asistencia social. La Ley de Desarrollo Social decretada en octubre del 2001 establece como prioridad en materia de salud "reducir las tasas de mortalidad con énfasis en el grupo materno e infantil". Crea el Programa Nacional de Salud Reproductiva para hacer "accesibles los servicios de salud reproductiva a mujeres y hombres", consignando la vida y la salud de las madres, hijos e hijas como un bien público, "por lo que la maternidad saludable es un asunto de urgencia nacional." La Política de Desarrollo Social y Población determina las

[7] Datos ENSMI 2002.

[8] Estrategia Regional para la Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Maternas. junio 2002, CE130.R10 - Washington D.C.

[9] La OMS ha determinado los componentes clave de la AOE, la AOE básica incluye: a) tratamiento del embarazo con problemas (anemia, diabetes); b) tratamiento médico de las complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto o el aborto (hemorragia, septicemia, complicaciones del aborto, eclampsia); c) procedimientos manuales (retirar la placenta, coser desgarros o episiotomías); d) vigilar la dilatación (incluido partograma); y e) atención neonatal básica. La AOE integral incluye todos los servicios de AOE básica, más las intervenciones quirúrgicas, la anestesia y la transfusión sanguínea. Fuente bibliográfica es 26.a Conferencia Sanitaria Panamericana, 54.a Sesión del Comité Regional, Estrategia Regional para la Reducción de la Mortalidad y la Morbilidad Maternas Washington, D.C., EUA, 23-27 de septiembre de 2002

acciones que a través del Programa Nacional de Salud Reproductiva han de realizarse para lograr la reducción de la mortalidad materna.

En enero del 2001 suscribe la Política Nacional de Promoción y Desarrollo de las Mujeres Guatemaltecas y el Plan de Equidad de Oportunidades, que incluye la promoción de la salud integral de las mujeres como base para el desarrollo. Durante el año 2002 se decretó la Ley General de Descentralización y se reformaron la Ley de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural y el Código Municipal. Estos instrumentos legales propician los esfuerzos por reducir la mortalidad materna, convocando la participación de los gobiernos municipales y departamentales, la sociedad civil organizada y las comunidades en general, en programas, proyectos y acciones diversas. Todos estos compromisos se detallan en el marco de los Acuerdos de Paz, específicamente en el “Acuerdo sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria” que determina el compromiso del Estado de presupuestar por lo menos el 50% del gasto público en salud a la atención preventiva y disminuir la tasa de mortalidad materna en Guatemala. Los principales instrumentos se listan en el cuadro 1.

Cuadro No. 1

Instrumento.	Concepto	Algunas referencias.
A nivel internacional:		
Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales.	▪ Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil. ▪ Derecho a la salud física y mental.	Artículos: 10, 12, 27.
La Convención sobre la Eliminación de Todas la Formas de Discriminación Contra la Mujer. CEDAW.	▪ La maternidad como función social. ▪ Acceso a servicios.	Artículos: 05, inciso b; 10, inciso h; 12; 14, 2. b.
La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. CIPD. EL CAIRO.	▪ Salud de la mujer y la maternidad sin riesgo. ▪ Derechos y Salud reproductiva.	Capítulos: VIII, inciso C. 8.20 al 8.22; 8.26. Capítulo VII.
IV Conferencia Mundial de la Mujer. Beijing, China.	▪ Plataforma para la Acción Mundial.	12 áreas temáticas y objetivos.
A nivel nacional:		
Constitución Política de la República de Guatemala.	▪ Derechos humanos, derechos sociales e individuales.	Titulo II, capitulo I, artículo 30. Titulo II, capítulo II, los artículos 46, 47, 93, 94.
Ley de Dignificación y Promoción Integral de la Mujer.	▪ Promoción integral de la Mujer.	Artículo 15.
Ley de Desarrollo Social	▪ Obligaciones del Estado; Programa de Salud Reproductiva y Maternidad Saludable.	Capítulo III. Artículo 10, numeral 5. Capítulo V, sección II. Artículo 26, numeral 1. numeral 5, inciso a, b, c y d.
Ley de Consejos de Desarrollo Urbano y Rural	▪ Protección y promoción integral para la niñez, la adolescencia, la juventud y la mujer.	Decreto No. 11-2002. Artículo 12, inciso d. Artículo 14, inciso d.
Ley General de Descentralización.	▪ Apoyo a la participación de la población, de las organizaciones comunitarias y la fiscalización social.	Capítulo V, artículos 17, 18 y 19.
Código Municipal. (Decreto 12 – 2002)	▪ Competencias del municipio en presupuesto, participación y organización comunitaria, planes de ordenamiento territorial y de desarrollo.	Artículos: 70; 131; 132; 142.
Código de Salud.	▪ Políticas de salud, de la familia y de la mujer.	Artículo 17, inciso b, e, i. Articulo 41.
Política de Desarrollo Social y Poblacional	▪ Desarrollo social y poblacional en materia de salud.	Capítulo - 6.1, numerales 1.1, 1.2 y 1.3.
Política Nacional de Promoción y Desarrollo de las Mujeres Guatemaltecas y Plan de Equidad de Oportunidades, 2001 – 2006.	▪ Salud integral de las mujeres. ▪ Eliminación de la violencia contra las mujeres.	Eje IV y V. Ejes vinculantes: I al IX.
Acuerdos de Paz	▪ Aspectos socioeconómicos y situación Agraria. Desarrollo social y salud.	Articulo 23. inciso d.
Acuerdo Ministerial, “Mayo, Mes de la Salud integral de las Mujeres”.	▪ Salud integral, sexual y reproductiva de las mujeres. Jornadas nacionales y multisectoriales.	Acuerdo SPM 1, 307 2000.
Lineamientos y Normas de Salud Reproductiva.	▪ Salud reproductiva, nuevo enfoque de atención y provisión de servicios a las mujeres durante el embarazo, parto y post parto.	Capitulo 6, numerales del 1 al 11.

OBJETIVO DEL PRESENTE DOCUMENTO.

Revisado el "Informe de la Línea Basal de Mortalidad Materna 2000" y los Lineamientos estratégicos para reducir la mortalidad materna 2003, el MSPAS presenta el presente Plan Estratégico para afrontar desde la perspectiva institucional, sectorial y nacional el grave problema de la Mortalidad Materna del país.

El presente documento además de ser una exposición de las estrategias integrales, planteadas a corto, mediano y largo plazo, tiene como objetivo hacer una invitación para unificar la amplia gama de esfuerzos institucionales, sectoriales y sociales, que permitan la solución a la problemática de la mortalidad materna como una misión de país, que tome en cuenta la multicausalidad del problema.

"Cuando muere una madre, la comunidad pierde un miembro productivo y el trabajo (remunerado o no) que ésta contribuye; y el país pierde lo invertido en la salud y educación de la mujer, y su contribución a la economía"

La gran mayoría de las mujeres que mueren o sufren lesiones serias por cusas relacionadas con la maternidad, se encuentran en la plenitud de su vida...

Fuente: extractos del documento "por una Maternidad sin Riesgos". Population Reference Bureau P. 9.

Para enfocar esta problemática se establecen estrategias y acciones específicas tomando como base el modelo de las demoras que inciden en la mortalidad materna y neonatal. Con el único objetivo final de reducir los altos índices de mortalidad materna - neonatal del país.

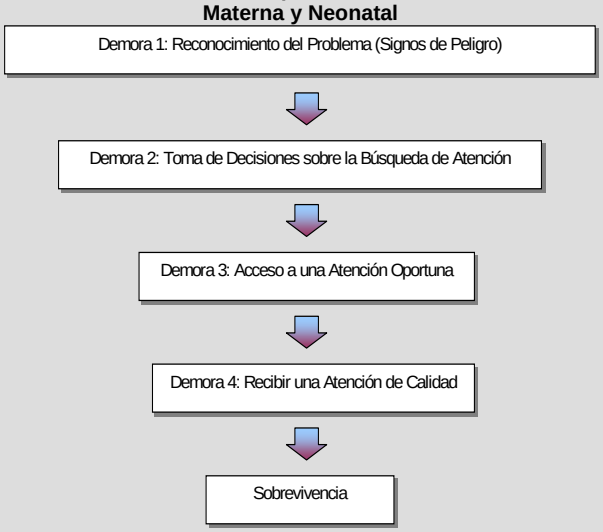
ESTRATEGIAS GENERALES

- **FOCALIZACION** (por criterio epidemiológico)
  - De las Áreas de intervención
- **PRIORIZACION** (mediante el análisis del daño) De
  - Estrategias
  - Actividades
  - Acciones

  Por ciclo de vida, nivel de atención y costo efectividad.
- **INVESTIGACIONES OPERATIVAS** que nos orienten a definir como implementar modelos adecuados en el país
- **SISTEMATIZACION E INTEGRACION** de las acciones para una atención completa de la mujer.
- **ENFOQUE DE GÉNERO E INTERCULTARILIDAD.**
- **COORDINACION INTRA Y EXTRA SECTORIAL.**
- **PARTICIPACION COMUNITARIA**
- **ARTICULACION CON SECTORES DE MEDICINA TRADICIONAL EN ESPECIAL CON LAS COMADRONAS.**

DEMORAS QUE INCIDEN EN LA MORTALIDAD MATERNA

Cuadro No. 3: Demoras que Afectan la Sobrevivencia Materna y Neonatal



Fuente: Adaptado del modelo de Deborah Maine & Serren Thadeus, Soc, Sci. Med.38:1091-1110, 1994 y Proyecto Mother Care 1998.

La ruta crítica que atraviesa una mujer durante el embarazo hacia la resolución del mismo, está compuesta por una serie de barreras y limitaciones que demoran la atención de calidad para salvar su vida.

Las mujeres embarazadas y sus familias, generalmente no reconocen los signos de peligro que amenazan la vida de las mujeres y de los recién nacidos(as). A esta falta de reconocimiento se le conoce como la primera demora. Aún cuando se reconozcan los signos de peligro, la condición de inequidad de género no le permite a la mujer, asumir su derecho y ejercer una toma de decisión por sí misma en busca de atención adecuada y oportuna. Esto se conoce como la segunda demora. Las mujeres también enfrentan limitaciones por falta de acceso a las vías de comunicación y a medios de transporte para acceder a los servicios de salud, lo que constituye la tercera demora. Finalmente, la cuarta demora consiste en una atención deficiente y retardada, ya sea por falta de competencia de los proveedores de servicios de salud o por la falta de insumos y equipo médico–quirúrgico apropiado.

Generalmente, estas demoras pueden enfrentarse con la participación, compromiso y responsabilidad de las personas que son parte del ambiente cotidiano de las mujeres como la comadrona, su pareja, la comunidad, los centros de atención y demás agentes del entorno estructural en el que se desenvuelven. Por tanto, es necesario implementar acciones integradas para prevenir o reducir significativamente la magnitud de estas demoras.

INTERVENCIONES PRIORITARIAS:

- Detección oportuna de los factores de riesgo en embarazo, parto y posparto, mediante intervenciones de **PROMOCIÓN QUE PERMITAN LA PARTICIPACION COMUNITARIA, LOGRAR CAMBIOS EN LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, UTILIZANDO E IEC**
- Incrementar la cobertura de **atención del parto de forma limpia y segura** en todos los niveles **(COMUNITARIO E INSTITUCIONAL** por intermedio de capacitaciones y supervisiones facilitantes, accesar servicios a la comunidad, hogares maternos y centros de atención obstétrica, promoviendo y facilitando la articulación de las comadronas al servicio)

- Asegurar la detección, referencia y tratamiento oportuno de las complicaciones. (mediante acciones de Promoción, IEC, organización comunitarias que establezcan un **SISTEMA DE REFERENCIA Y RESPUESTA**)
- Regularizar la **CAPACIDAD DE RESPUESTA INSTITUCIONAL CON CALIDAD Y CALIDEZ**. (mediante la aplicación de normas, protocolos y guías de Manejo Emergencia Obstétrica).
- Garantizar la resolución de la emergencia obstétrica accesando servicios quirúrgicos en lugares priorizados (**PROVEEDOR COMPETENTE INSTITUCIONAL**).
- Prevenir el embarazo no deseado, el optimo espaciamiento intergenesico (mediante el aseguramiento de la **PROVISIÓN de métodos de Planificación familiar**)
- **SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN** de las intervenciones que permita corregir y reorientar oportunamente.
- Vigilancia Epidemiológica para medición del impacto (**COMITES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA**).

PRIMERA DEMORA

Promover el reconocimiento de los signos de peligro

Primera demora, recursos e intervenciones:

- *El Programa Nacional de Salud Reproductiva ha definido conjuntamente con la Estrategia de AIMN/C guías de educación sobre signos de peligro, para ser utilizadas a nivel comunitario y a nivel de servicios primarios de salud.*
- *Establecer un plan de comunicación formar e informal que permita la coordinación con actores locales incluyendo la temática en consejos de desarrollo, en el sistema educativo, con las iglesia y otros actores sociales.*
- *Establecer sistemas de información persona persona y por intermedio de medios masivos como radio locales.*
- *Proceso sistemático de Capacitación al personal institucional y voluntario sobre signos y señales de peligro*

La primera demora: La Línea Basal de Mortalidad Materna del 2000 demostró que el 54% de las muertes maternas suceden en el hogar o en el trayecto hacia un servicio de salud. Uno de los factores contribuyentes a estas muertes, es la falta de reconocimiento de los signos de peligro para buscar ayuda oportunamente.

Las intervenciones: iniciar un proceso de Promoción de la Maternidad Saludable utilizando como medio para ello la Información, Educación y Comunicación, estableciendo un plan de comunicación que nos permita ir orientando la organización comunitaria en defensa de la maternidad saludable, que nos permita Mejorar el reconocimiento de los signos de peligro por parte de todos los involucrados (pareja, esposo, madre, familia, comadrona, comunidad y otros). Para ello se establecen como acciones principales la comunicación formal de los servicios de salud mediante charlas, la comunicación informal de persona - persona y la utilización de mensajes por medio masivos haciendo alianzas estratégicas con otros actores locales y nacionales.

Este es un esfuerzo que compete no sólo al sector salud, sino también a todas las instituciones locales y organizaciones de la sociedad civil, que desarrollan o apoyan trabajo comunitario, mediante campañas coordinadas e integrales de salud de la mujer.

Sistematizar un proceso de capacitación al personal voluntario e institucional en el reconocimiento de los signos y señales de peligro en todos los niveles de atención, buscando la articulación de los mismos

SEGUNDA DEMORA

Apoyar la toma de decisión para búsqueda de ayuda.

La segunda demora: Luego de reconocida La complicación, es necesario tomar la decisión de buscar ayuda. Existe evidencia en Guatemala[10] que esta decisión no siempre recae en la mujer sino en la pareja, la suegra, la comadrona u otros miembros de la familia. Puede haber desconocimiento sobre dónde acudir por ayuda, desconfianza en los servicios de salud, problemas de transporte, problemas con el recargo de tareas relegadas a las mujeres, problemas con las condiciones para la atención de otros hijos(as), problemas económicos, problemas de autoridad masculina y falta de poder de decisión de la mujer sobre su propia salud. Este segundo retraso evita la búsqueda de ayuda con la rapidez necesaria para salvar una vida.

Segunda demora, recursos e intervenciones.

- *Participación comunitaria mediante comités de emergencia*
- *Guías comunitarias para el desarrollo de planes de emergencia comunitarios.*
- *Guías para la participación comunitaria.*
- *Guías para el desarrollo de foros municipales de apoyo a la maternidad saludable.*
- *Promocionar la paternidad y maternidad responsables.*
- *Investigaciones operativas sobre el abordaje al hombre en el tema de SSR*
- *Sistema de referencia y respuesta.*
- *Trabajo con líderes, especial énfasis en adolescentes y el involucramiento del hombre en el tema de SSR.*

Las intervenciones:

Divulgar, promover y promocionar con las mujeres, sus familias, lideres, la comunidad, las autoridades locales, los consejos de desarrollo, y las organizaciones sociales creación de los planes de emergencia comunitarios que les permita estar preparados para si se presentan complicaciones la toma de la decisión y la acción oportunas.

Sistematizar el proceso de sensibilización en los actores claves de la importancia de la toma de decisión al momento de reconocer los signos y señales de peligro y poner en marcha el plan de emergencia.

En general se deben apoyar y fortalecer las decisiones de las mujeres de acuerdo al ejercicio de sus derechos, basándose en información completa y confiable. La

[10] Valoración de la Maternidad Saludable en la Comunidad, Proyecto MOTHERCARE, Septiembre 1998 y Perspectivas Comunitarias sobre el embarazo, parto y post-parto en los Departamentos De El Quiché, Sololá y San Marcos, Estudio de Línea de Base / proyecto de Salud Materno Neonatal, Diciembre 2001

comunidad, las familias y demás actores deben ver a la mujer como sujeto de la decisión y no sólo como objeto de la misma.

La comunidad organizada debe velar y apoyar la mejoría de los servicios de salud locales, y promover la demanda de atención obstétrica de emergencia cuando esta sea necesaria. Otra acción importante es promover la participación de los hombres en la salud reproductiva.

TERCERA DEMORA

Acceso a una atención oportuna

La tercera demora: Luego de identificar los signos de peligro durante el embarazo, parto o el post-parto y de tomar la decisión de buscar ayuda, existe retraso en el acceso a los servicios de salud. Los obstáculos pueden ser, físicos (vías de comunicación difíciles o inexistentes), financieros (alto costo del transporte, el combustible, gastos relacionados a la movilización lejos del hogar) y de infraestructura (servicios de salud muy lejano). Esta es la tercera demora que incide en el deterioro de la madre a tal punto que puede no llegar con vida o llegar cuando es demasiado tarde al servicio de salud apropiado.

Tercera demora, recursos e intervenciones

- *Regionalización que garantice:*
- *Implementación de centros obstétricos con capacidad resolutiva (Integrales)*
- *Implementación de casas u hogares maternos en las que "toda" mujer embarazada pueda mejorar su acceso a un servicio con capacidad resolutiva.*
- *Proceso de monitoreo evaluación normas del Programa Nacional de Salud Reproductiva*
- *Sistema de referencia y respuesta.*
- *Guías comunitarias para el desarrollo de planes de emergencia comunitarios.*
- *Guías para la participación comunitaria.*
- *Guía para el desarrollo de foros municipales de apoyo a la maternidad saludable*

Las intervenciones:

Asegurar la disponibilidad de transporte de emergencia coordinando los recursos locales.

Fortalecimiento del segundo nivel de resolución mediante la micro regionalización, con criterios de priorizacion y focalización de las acciones, que garantice un servicio accesible a la población con capacidad resolutiva, lo que debe incluir como mínimo cirugía, anestesia, y sangre segura las 24 horas.

Creación e impulso al establecimiento de hogares maternos que permitan albergar a las mujeres un tiempo mínimo previo a su parto acercándolas al centro con capacidad resolutiva.

Mujeres, familias y comunidad deben planificar con antelación a dónde acudir, como trasladarse, quién cuida a otros miembros de la familia y como se cubrirán los gastos mínimos. Establecido en el plan de emergencia comunitario.

Establecer un proceso continuo de capacitación que garantice la calidad de la atención en los servicios de salud

Propiciar hospitales culturalmente adaptados, de puertas abiertas que nos permita articular los servicios a proveedores tradicionales.

LA CUARTA DEMORA

Recibir atención oportuna y de calidad

La cuarta demora: Una tercera parte de las muertes maternas ocurridas en el año 2000 (LBMM) recibieron atención de algún personal de salud y cuatro de cada diez fueron atendidos en un hospital público o privado.

La perdida de sangre por la retención de la placenta y por atonía uterina causaron el 66% de las hemorragias que culminaron en muertes maternas, siguiéndole la sepsis (14.4%), la hipertensión inducida por el embarazo (12%) y el aborto (9.5%)

La atención de partos y sus complicaciones por personal profesional, en instituciones hospitalarias no aseguran por si solos, la reducción de la mortalidad materna. Es necesaria una provisión de servicios integrales de "calidad", por personal con habilidades o "competencias" básicas para la atención materna neonatal esencial, en un ambiente favorable[11] .

Cuarta demora, recursos e intervenciones:

- *Normas de salud reproductiva.*
- *Manual de Guías de manejo de la emergencia obstétrica*
- *Paquete básico de medicamentos e insumos mínimos para atención materna y neonatal.*
- *Centros de atención obstétrica regionalizados.*
- *Uso adecuado del "Partograma" para todos los servicios de maternidad*
- *Ficha y carné perinatal*
- *Libro de Registro de Partos*
- *Sistema de Vigilancia de Muertes Maternas*
  - *Mediante comités de análisis hospitalarios y de DAS*

Siendo las causas clínicas que provocan el mayor porcentaje de las muertes maternas la hemorragia, sepsis, hipertensión inducida por el embarazo y abortos, las acciones deben dirigirse directamente a la solución de estos problemas.

Las intervenciones:

Trabajar para garantizar las competencias en los proveedores institucionales, enfocando temas como:

Atención Prenatal reenfocada: redefiniendo el número y actividades mínimas necesarias para un adecuado control prenatal que permita cumplir con su objetivo primordial como tamizaje a embarazos con complicaciones.

Parto Limpio y seguro: accesando servicios a la población y trabajando en todos los niveles mediante capacitación facilitante y monitoreo constante tanto en el parto institucional como en el parto comunitario.

Atención oportuna del Post parto: garantizando que la paciente tenga un buen seguimiento en el post parto, por ser este el periodo de mayor riesgo

Detección temprana, referencia oportuna y Atención adecuada de Emergencias Obstétricas.

Fortalecer la prestación de servicios de planificación familiar e implementar servicios de atención post-aborto en lugares estratégicos.

[11] Por una Maternidad sin Riesgos. Elizabeth I. Tansom y Nancy V. Yinger. Population Reference Bureau, MEASURE Communication.

Mejorar la calidad de los servicios: Mejorar la aceptación de los servicios de salud a través de la adaptación cultural, la calidad y la calidez de los mismos.

Proveer servicios integrales de salud para las mujeres y sus familias, vinculando los diferentes componentes de salud reproductiva en la atención cotidiana

"Todas las acciones para enfrentar las cuatro demoras, deben formar parte de un proceso que mejore las condiciones sociales y económicas de las mujeres, su derecho a decidir sobre su propia salud y su vida en general".

MONITOREANDO EL PROGRESO

Medir el progreso en los programas de maternidad saludable continúa siendo un reto para la salud reproductiva. Inicialmente se suponía que medir el progreso era medir los cambios en los niveles de mortalidad materna, lo cual por varias razones técnicas es extremadamente difícil[12]. El subregistro de las muertes maternas es frecuente, aún en países desarrollados, dados los problemas de diagnóstico. Por lo cual indicadores de impacto como la Razón de Mortalidad Materna (RMM) no deben utilizarse para fines de monitoreo del avance de un programa.

Las estimaciones de la mortalidad materna son valiosas para fines de abogacía, promoción y defensa público dado que miden el progreso hacia la reducción de una meta de impacto. Sin embargo tienen numerosas limitaciones metodológicas como el alto costo financiero, no detectan cambios en el corto plazo y por sí solas no explican las causas de las muertes maternas.

La mortalidad materna es la causa de muerte más común entre las mujeres en edad reproductiva en países en desarrollo. Sin embargo las muertes maternas son un evento poco frecuente si se comparan, por ejemplo, con las muertes en menores de un año. Esto produce fluctuaciones importantes en los indicadores de uno a otro año y dificulta identificar si esas se deben a un impacto real de los programas o al azar. Por lo tanto, el utilizar las muertes maternas como un indicador de monitoreo significa el estudio de una población muy grande. Tal es el caso de la Línea Basal de Mortalidad Materna 2000 que investigó la totalidad de muertes en mujeres de 10 a 49 años (5,076 defunciones) para encontrar 651 muertes maternas sucedidas en ese período.

Un enfoque alternativo es el medir indicadores de proceso y de resultado. Los procesos se refieren a las actividades y los resultados se refieren a los productos de estas actividades. Los indicadores de proceso y de resultado brindan información que puede utilizarse para monitorear un programa. Estos señalan problemas que necesitan abordarse como la disponibilidad, utilización y calidad de los servicios, información que no se obtiene con los indicadores de impacto. Los indicadores de proceso y de resultado miden la contribución de diversos componentes de un programa al logro de

[12] Diseño y evaluación de programas para mortalidad materna. Debora Maine, Murat Z. Akalin, Victoria M. Ward, Angela Kamara. Junio 1997. Centro para la población y salud familiar. Facultad de Salud Pública, Universidad de Columbia.

la meta de impacto y tienen la ventaja de poder ser medidos a lo largo de la implementación. La actual recomendación de la OMS, es basarse en indicadores de proceso, pues parecen ser los más prometedores para evaluar los programas de maternidad saludable.

Entre las características claves para el monitoreo y evaluación de programas de maternidad saludable debemos mencionar que es fundamental contar con una línea de base que permita hacer las comparaciones del progreso. Así mismo la información basada en utilización de los servicios es de utilidad, por ejemplo la pronta utilización de cuidados médicos en casos de emergencias obstétricas incidirá en la reducción de la mortalidad materna. Recopilar información sobre el costo de las intervenciones ayuda a evaluar la sostenibilidad de los programas. También es necesario conocer la disponibilidad, cobertura, utilización y calidad de los servicios, así como también la percepción de las usuarias de los mismos.

Los indicadores de proceso deben tomar en cuenta las condiciones de las madres y recién nacidos(as). Dadas las características propias del país deben analizarse las diferencias geográficas, por grupo étnico, por área rural y urbana y por grupos etareos.

Trabajando de manera integrada con el Programa Nacional de Salud Reproductiva, el Departamento de Epidemiología, la Unidad de Supervisión, Monitoreo y Evaluación del Ministerio, el Sistema de Información Gerencial en Salud y el Departamento de Desarrollo de los Servicios, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia elaboro una matriz de indicadores clave que permitan evaluar el progreso de la salud materna y neonatal y la salud reproductiva en general, adaptando recomendaciones internacionales a la realidad nacional. Estos indicadores, pendientes de su implementación, serán el insumo de trabajo para los comités locales, departamentales y nacionales de vigilancia de la salud reproductiva. (Ver Anexo)

Por ultimo, pero no menos importante, es necesario reforzar el sistema de vigilancia de la morbilidad materna. En el estudio de Línea Basal de Mortalidad Materna 2000 se utilizaron los registros civiles como fuente de información primaria, para reducir la probabilidad de excluir muertes maternas por diagnósticos erróneos, fueron analizadas, para el período de estudio, todas las muertes de mujeres en edad reproductiva y se amplió el rango de edad incluyendo las muertes de mujeres desde lo 10 años de edad Hasta los 49 años. Esta metodología permite incluir a todas las mujeres dentro de un rango de edad determinado que murieron por cualquier causa en un período dado. Los datos se completan mediante la búsqueda activa de información sobre las causas de muerte en otras fuentes (entrevistas a familiares, vecinos y proveedores de servicios de atención obstétrica, logrando reducir la probabilidad de sub-registrar alguna muerte materna. Esta metodología, conocida como RAMOS por su nombre en ingles (“Reproductive Age Mortality Survey”), se considera el estándar de oro para la investigación de muerte materna.

Para la vigilancia de las muertes maternas se manifiesta la necesidad de reimpulsar los comités de mortalidad materna en todos los niveles, pero especialmente en dentro de los hospitales y en las DAS, quienes tendrán a su cargo la identificación e investigación las defunciones maternas y, basados en los resultados, recomendar y apoyar las medidas necesarias.

METAS

- Disminuir la razón de MM 15% a mediano Plazo tomando como base 153 x 100,000 NV resultado de la LBMM 2000.
- Disminuir la Mortalidad Neonatal 15 % a mediano plazo. Tomando como base 22 x 1000 NV resultado de la ENSMI 2002
- Disminuir el máximo posible la mortalidad materna evitable institucional a mediano plazo tomando como base que es causa del 40% de la MM total, resultado de la LBMM 2000
- Disminuir la demanda insatisfecha de métodos de planificación familiar de 28% a 20%
- Aumentar la prevalencia de uso de métodos de planificación familiar de 43% a 50%.
- Disminuir la tasa de fecundidad de 4.4 hijos por mujer a 2 a 3 hijos por mujer.
- Disminuir el desabastecimiento a nivel nacional de uno o más métodos de 14% a 5%.

LINEAMIENTOS INTERSECTORIALES PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA.

"El estado, a través de la acción del gobierno, los ministerios, las secretarías, las organizaciones sociales de mujeres, los fondos sociales de inversión, la comunidad, las municipalidades y los donantes debieran comprometerse a considerar la muerte materna como una urgencia nacional, priorizando estrategias para institucionalizar una maternidad saludable"

(Marco de la Política de Institucional de la SEPREM, equidad en salud. 2001 – 2006)

Hoy en día en Guatemala las mujeres mueren por causas relacionadas al embarazo, al parto y al puerperio. Estas muertes revelan una serie de ideas y prácticas de sub-valoración a la vida y a las decisiones de las mujeres. Por ello es importante enfrentar las limitaciones simbólicas, políticas, económicas y sociales que hacen que la muerte de éstas mujeres sea considerada un evento natural e inevitable; ajeno a la voluntad de la familia, la comunidad, las municipalidades, las organizaciones locales e incluso a algunas instancias del Estado.

Prevenir estas muertes requiere de medidas que van más allá del sector salud, para organizar esfuerzos y garantizar recursos que salvaguarden la vida de las mujeres y de sus hijas e hijos, promoviendo una salud integral. Es necesaria la coordinación nacional y local, la toma de decisiones conjunta

en los diferentes niveles en apoyo de una maternidad saludable. Todas estas acciones deben ser parte de un proceso que mejore las condiciones sociales y económicas de las mujeres, apoyando el derecho a decidir sobre su salud y vida en general.

Maternidad Saludable:

"La vida y la salud de las madres e hijos son un bien público por lo que la maternidad saludable es un asunto de urgencia nacional.
Se promoverán, apoyarán y ejecutarán acciones que disminuyan efectivamente La tasa de mortalidad materna e infantil..."

(Ley de Desarrollo Social. Capítulo V, sección II. Artículo 26; numeral 5)

De acuerdo a las recomendaciones del informe final de la Línea Basal de Mortalidad Materna 2000 y los Lineamientos estratégicos para la Reducción de la Mortalidad Materna 2003, se definen algunas recomendaciones en todos los aspectos que permitirán abordar el tema: a nivel político nacional, debe avanzarse en la implementación de las políticas públicas y en la aplicación del marco legal vigente nacional e internacional que favorezcan una maternidad saludable en el país. A nivel departamental y municipal, deben potenciarse los esfuerzos institucionales y de coordinación pertinentes para implementar lo postulado en el nivel nacional; a través de los Ministerios, Secretarías, Órganos Legislativos, Fondos Sociales y Organizaciones de la Sociedad Civil. A nivel comunitario, los actores y actoras sociales, municipales, las ONG´s y contrapartes locales de los diferentes órganos del Estado; deben apropiarse de este reto e implementar acciones a favor de la maternidad saludable priorizando la reducción de la mortalidad materna, de manera creativa, coordinada y bien informada

Acciones políticas de nivel nacional:

- Promover la Maternidad Saludable como un asunto de Derechos Humanos y de Justicia Social.
- Conformar la "Comisión Nacional para la Maternidad Saludable", convocando a una amplia gama de sectores para abordar de manera inmediata la reducción de la mortalidad materna, lidereada por el MSPAS y la SEPREM.
- Elaborar la "Estrategia Nacional para una Maternidad Saludable", la cual cuente con un mapa de responsabilidades institucionales.
- Promover la articulación con diferentes instituciones, programas y servicios a través de los órganos competentes, en apoyo a las acciones de la maternidad saludable.
- Promover el apoyo obligatorio a la toma de decisiones informadas por parte de las mujeres, así como la corresponsabilidad social en la búsqueda de ayuda oportuna en caso de presentarse emergencias durante el embarazo, parto y post-parto.

Acciones de nivel departamental y municipal[13]:

Son funciones de los Consejos Municipales de Desarrollo... "Promover políticas, programas y proyectos de Protección y promoción Integral para la niñez, la adolescencia, la juventud y La mujer"

(Ley de Consejos de Desarrollo Urbano y Rural, Decreto 11 – 2002. Artículo 12, inciso d)

- Cumplir con la ley de Consejos de Desarrollo y el Código Municipal, referente al apoyo que las municipalidades deben dar a la Maternidad Saludable, colocando la mortalidad materna en la agenda política local como un problema prioritario.
- Realizar un análisis estratégico de los recursos locales disponibles para ser utilizados en acciones de maternidad saludable.
- Desarrollar planes departamentales y municipales de apoyo a la vida de la madre y el recién nacido(a) buscando facilitar el acceso a servicios integrales de salud.
- Mejorar la disponibilidad de transporte de emergencia y fomentar la búsqueda de ayuda en el nivel apropiado del sistema de salud. La comunidad y autoridades locales deben planificar las prioridades en telefonía rural, carreteras, caminos y servicios de transporte para garantizar el acceso a una atención oportuna.
- Gestionar y redistribuir los recursos humanos, logísticos, financieros y otros que se consideren necesarios para atender zonas de difícil acceso.
- Realizar campañas de divulgación permanente sobre salud reproductiva priorizando a adolescentes y pre-adolescentes.

Acciones de nivel comunitario:

- Desarrollar planes comunitarios de apoyo a la vida de la madre y el recién nacido(a) con el objeto de facilitar el acceso a servicios de salud en caso de presentarse complicaciones maternas o neonatales.
- Garantizar la disponibilidad de transporte de emergencia para la búsqueda de atención materna y neonatal en el nivel apropiado del sistema de salud.
- Promover el apoyo a la libre elección y a la toma de decisiones informadas de las mujeres en aspectos de salud sexual y reproductiva.

[13] Las recomendaciones del nivel técnico normativo del informe de Línea Basal de Mortalidad Materna 2000, se incluyen en parte, en esta sección.

BIBLIOGRAFÍA

Estrategia Regional para la Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Maternas, junio 2002, CE130.R10 - Washington D.C.

Modelo de Deborah Maine & Serren Thadeus, Soc., Sci. Med.38:1091-1110, 1994 y Proyecto Mother Care 1998

Por una Maternidad sin Riesgos. Elizabeth I. Tansom y Nancy V. Yinger. Population Reference Bureau, MEASURE Communication.

Declaración conjunta OMS/UNFPA/UNICEF/Banco Mundial. "Por una maternidad sin riesgos", Population Reference Bureau., 2002

"Diseño y evaluación de Programas para Mortalidad Materna". Maine, D. Akalin, Z. Ward, V. Kamara A. Centro para la Población y Salud Familiar. Facultad de Salud Pública, Universidad de Columbia. 1997

Protocolo de Salud Reproductiva, MSPAS, PNSR. Guatemala, enero 2003.

Lineamientos y Normas de Salud Reproductiva, PNSR. Guatemala, octubre 2002. Población y Desarrollo: un compromiso un compromiso universal. Programa de Acción. UNFPA Lima, Perú, octubre 1997.

Valoración de la Maternidad Segura en la Comunidad. Una guía para la investigación formativa. Nancy Nachbar, Mother Care/ John Snow, Inc. Carol Baumel, Academia para el Desarrollo de la Educación. Septiembre de 1998.

Perspectiva Comunitaria sobre el Embarazo. Parto y Post Parto en los Departamentos de Quiché, Sololá y San Marcos. JH PIEGO.

Ley de Desarrollo Social en Guatemala. Guatemala, octubre 2001.

Fichas Informativas sobre Salud Sexual y Reproductiva. FAMILY CARE INTERNATIONAL en 1999.

Segundo Informe de Gestión Pública Secretaría Presidencial de la Mujer. Guatemala, octubre 2002.

Política de Desarrollo Social y Población. SEGEPLAN. Guatemala, abril 2002. Política Nacional de Promoción y Desarrollo de las Mujeres Guatemaltecas y Plan de Equidad de Oportunidades 2001 – 2006. Guatemala, enero 2001.

Guatemala Beijing. Caminando hacia la equidad: marco jurídico-político de los compromisos internacionales. Comité Beijing Guatemala. Diciembre 2001.

Informe de Resultados y Acciones clave de la Feria de la Salud de las Mujeres. OPS-OMS, ASDI. Mayo – agosto 2000.

Iniciativa Regional de América Latina y el Caribe para reducción de la mortalidad Materna. LAMM. Información General, 2000.

Recopilación de Leyes. Secretaría Presidencial de la Mujer SEPREM. Guatemala, 2002.

Hogares Maternos. MSPAS. PNSR. OPS-OMS. Guatemala 2002.

Lineamientos estrategicos para la Reduccion de la Mortalidad Materna 2001, MSPAS.

Informe Final Línea Basal de Mortalidad Materna para el año 2000. Guatemala, enero 2003.

Encuesta nacional de Salud Materna Infantil 2002. INE, MSPAS.

ANEXO

INDICADORES SALUD MATERNO NEONATAL

Indicadores para la supervisión, el monitoreo y la evaluación del componente de salud materno neonatal. Estos se clasificaron en base al nivel de atención y se consideran el mínimo de información que cada nivel de atención tendría que tener dentro de su sala situacional para el análisis y la toma de decisiones.
El formato no excluye que algún nivel pueda tener todos los que se presentan.

COMUNITARIOS:

Se recolectan a nivel de los puestos de salud y equipos básicos
Se consolidad en el nivel municipal.

Indicador	Definición	Uso - finalidad	Fuente primaria	Tipo	Temporalidad
Numero de comités pro salud comunitarios	No. De comunidades que cuentan con comité pro salud / No. De comunidades x 100	Medir la organizacion comunitaria	Hoja de monitoreo local Actas de formacion	Resultado	Trimestral
Planes de emergencia funcionando	No. De comités que poseen un plan de emergencia funcionando / No. De comités x 100	Medir funcionamiento de comites	Registro de los planes Reporte de emergencias evacuadas	Proceso	Trimestral
Referencias oportunas	No. De complicaciones referidas / No. De complicaciones detectadas x100	Medir la capacidad de efectuar Referencias oportunas	SIGSA 3 Registro de ingreso hospitalario.	Proceso	Mensual anual
Reconocimiento de signos y señales de peligro por familias*	No. De familias que cuentan con al menos un miembro que reconoce como mínimo 3 signos y señales de peligro	Reconocimiento oportuno de signos y señales de peligro	Encuesta CAP'S de base poblacional	Resultado	Bi – Anual

* Este indicador se construirá en base al diseño del estudio específico. Para este estudio se tendrá que contar con el apoyo de epidemiología del nivel central en el diseño de los mismos, pudiendo realizado por DAS ò por regiones.

MUNICIPAL

Se consolida en los distritos de salud, y permite medir el proceso de detección, referencia y respuesta de los servicios, así como el impacto de las acciones.

Indicador	Definición	Uso - finalidad	Fuente primaria	Tipo	Temporalidad
Numero de comités pro salud comunitarios	No. De comunidades que cuentan con comité pro salud / No. De comunidades x 100	Medir la organización comunitaria	Reporte de nivel I	Resultado	Trimestral
Planes de emergencia funcionando	No. De comités que poseen un plan de emergencia funcionando / No. De comités x 100	Medir funcionamiento de comités	Reporte de nivel I	Resultado	Trimestral
Referencias oportunas	No. De complicaciones referidas / No. De complicaciones detectadas x100	Medir la capacidad de efectuar Referencias oportunas	SIGSA 3 Registro de ingreso hospitalario.	Proceso	Mensual
No de muertes Maternas	No. absoluto de muertes maternas en el mes	Evaluar la evolución de la muerte materna local	Reporte de comités	Impacto	Mensual
No de muertes maternas investigadas	No de muertes maternas investigadas / No total de muertes maternas X 100	Evaluar la vigilancia epidemiológica	Reportes comités de análisis	Proceso	Mensual
Razón de Mortalidad Materna	Muertes maternas / Nacidos Vivos. X 100,000 NV	Mide el riesgo de muertes asociadas a embarazo parto y puerperio Análisis de tendencia	Múltiples fuentes. Registro primario es el registro civil	Impacto	Anual
Tasa de Mortalidad Materna	Muertes Maternas / MEF X 1000	Mide el riesgo de morir por causas maternas en las mujeres en edad fértil	Registro Civil Municipal SIGSA 2	Impacto	Anual
Tasa de Mortalidad Neonatal temprana	Muertes en menores de 7 días / Nacidos Vivos X 1000	Mide el riesgo de morir en niños menores de 28 días	Registro Civil Municipal SIGSA 2	Impacto	Mensual
Tasa de Mortalidad Neonatal tardía	Muertes en mayores de 7 días a menores de 28 días / Nacidos Vivos x 1000	Mide el riesgo de morir en niños menores de 28 días	Registro Civil Municipal SIGSA 2	Impacto	Mensual

DIRECCIONES DE ÁREA DE SALUD.

Se verifican a nivel departamental, permiten ver estructura, proceso, resultado e impacto.
Consolida la información recibida de los distintos municipios.

Indicador	Definición	Uso - finalidad	Fuente primaria	Tipo	Temporalidad
Servicios obstétricos Integrales	Total de servicios con AMNE integral x 500,000 Hab. Población total	Mide acceso de atención a AMNE básico e Integral	Consolidado DAS	Resultado	Trimestral
Cobertura de Tda	MEF con 3a dosis de Tda x 100 Total MEF	Acceso a servicios de salud	SIGSA	Resultado	Mensual
Cobertura de atención prenatal	Total de primeras consultas de prenatal X 100 Total de embarazos esperados	Acceso a servicios de salud para atención prenatal	SIGSA	Resultado	Mensual
Partos atendidos por personal calificado**	Total de partos atendidos por personal calificado X 100 Total de partos	Calidad de atención	Registro civil Libro de registro de nacimientos Registro institucional de personal medico calificado	Resultado	Mensual
Demanda obstétrica satisfecha	No de mujeres con una complicación obstétrica directa que son atendidas adecuadamente X 100 No. De mujeres con complicaciones obstétricas Esperadas.	Capacidad de respuesta	Libro de reg. De nacimientos, libro de emergencias, libro de complicaciones	Resultado	Mensual
No de muertes Maternas	No. absoluto de muertes maternas en el mes	Evaluar la evolución de la muerte materna local	Reporte de comités	Impacto	Mensual
No de muertes maternas investigadas	No de muertes maternas investigadas X 100 No total de muertes maternas	Evaluar la vigilancia epidemiológica	Reportes comités de análisis	Proceso	Mensual
Razón de Mortalidad Materna	Muertes maternas X 100,000 NV Nacidos Vivos.	Mide el riesgo de morir por causas maternas Análisis de tendencia	Registro Civil Municipal SIGSA 2	Impacto	Cada año

Tasa de Mortalidad Materna	Muertes Maternas X 1000 MEF	Mide el riesgo de morir entre las mujeres en edad fértil	Registro Civil Municipal SIGSA 2	Impacto	Cada año
Tasa de Mortalidad Neonatal temprana	Muertes en menores de 7 días X 1000 Nacidos Vivos	Mide el riesgo de morir en niños menores de 28 días	Registro Civil Municipal SIGSA 2	Impacto	Mensual
Tasa de Mortalidad Neonatal tardía	Muertes en mayores de 7 días a menores de 28 días X 1000 Nacidos Vivos	Mide el riesgo de morir en niños menores de 28 días	Registro Civil Municipal SIGSA 2	Impacto	Mensual

** equivale a partos institucionales (ENSMI)

HOSPITAL

Indicador	Definición	Uso - finalidad	Fuente primaria	Tipo	Temporalidad
No absoluto de muertes Maternas	No. absoluto de muertes maternas en el mes	Evaluar la evolución de la muerte materna local	Reporte de comités	Impacto	Mensual
Demanda obstétrica satisfecha	No de mujeres con una complicación obstétrica directa que son atendidas adecuadamente X 100 No. De mujeres con complicaciones obstétricas Esperadas.	Capacidad de respuesta	Libro de reg. De nacimientos, libro de emergencias, libro de complicaciones	Resultado y Calidad	Mensual
% de cesáreas	No de cesáreas X 100 No total de partos Institucionales	Medir la Calidad de atención	Libro de registro de nacimientos	Resultado	Mensual

NIVEL CENTRAL

Permiten al nivel nacional conocer los resultados e impacto de las distintas acciones realizadas.
La información se obtiene del SIGSA y se analiza en el Depto de Epidemiología y PNSR.

Indicador	Definición	Uso - finalidad	Fuente primaria	Tipo	Temporalidad
Razón de Mortalidad Materna	Muertes maternas X 100,000 NV Nacidos Vivos.	Mide el riesgo de morir por causas maternas Análisis de tendencia	Registro Civil Municipal SIGSA 2	Impacto	Cada año
Tasa de Mortalidad Materna	Muertes Maternas X 1000 MEF	Mide el riesgo de morir entre las mujeres en edad fértil	Registro Civil Municipal SIGSA 2	Impacto	Cada año
Tasa de Mortalidad Neonatal	Muertes en menores de 28 días X 1000 Nacidos Vivos	Mide el riesgo de morir en niños menores de 28 días	Registro Civil Municipal SIGSA 2	Impacto	Cada año
Tasa de Fecundidad	Nacidos vivos X 1000 MEF	Mide la capacidad de procrear de las MEF	Registro Civil Municipal SIGSA 2	Impacto	Cada año
Tasa de Fecundidad por Grupo edad	Nacidos Vivos x 1000 MEF por Grupos Edad	Mide la capacidad de procrear de las MEF por Grupos edad	Registro Civil Municipal SIGSA 2	Impacto	Cada año
Tasa de Mortalidad Neonatal temprana	Muertes en menores de 7 días X 1000 Nacidos Vivos	Mide el riesgo de morir en niños menores de 28 días	Registro Civil Municipal SIGSA 2	Impacto	Mensual
Tasa de Mortalidad Neonatal tardía	Muertes en mayores de 7 días a menores de 28 días X 1000 Nacidos Vivos	Mide el riesgo de morir en niños menores de 28 días	Registro Civil Municipal SIGSA 2	Impacto	Mensual

No de muertes Maternas	No. absoluto de muertes maternas en el mes	Evaluar la evolución de la muerte materna local	Reporte de comités	Impacto	Mensual
Servicios obstétricos Integrales	Total de servicios obstétricos Integrales / Población total X 500,000 Hab.	Disponibilidad de servicio	Consolidado nacional	Resultado	Anual
Cobertura de atención prenatal	Total de primeras consultas de prenatal / Total de embarazos esperados X 100	Cobertura de prenatal	SIGSA	Resultado	Mensual
Partos atendidos por personal calificado	Total de partos atendidos por Personal calificado ** / Total de partos X 100	Calidad de atención, accesibilidad a los servicios.	Registro civil Libro de registro de nacimientos Registro institucional de personal medico calificado	Resultado	Mensual
% de muertes maternas por Causa Específica	Número de muertes por causas específicas / Muertes maternas X 100	Clasifica las causas más frecuentes de muerte materna	Libro de registro de nacimientos SIGSA	Resultado	Mensual

** equivale a partos institucionales (ENSMI)