

Plan de Acción para la reducción de la MORTALIDAD MATERNA NEONATAL y mejoramiento de la Salud Reproductiva

2010-2015

“Cero tolerancia a la muerte materna y neonatal”



Dr. Ludwig Ovalle Cabrera

Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

Dr. Pedro Rosales

Viceministro Técnico

Dr. Guillermo Echeverría

Viceministro Administrativo

Dra. Silvia Palma

Viceministra de Hospitales

Dr. Salomón López

Director General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud

Dr. Rafael Haeussler

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

Dra. Miriam Bethancourt

Coordinadora del Programa Nacional de Salud Reproductiva

Plan de acción para la reducción de la MORTALIDAD MATERNA NEONATAL y mejoramiento de la Salud Reproductiva **2010 – 2015**

“Cero tolerancia a la muerte materna y neonatal”

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL





*“Cero tolerancia
a la muerte
materna y
neonatal”*

PRESENTACION

Presentación

La Constitución de la República, el Código de Salud y el marco legal existente en el tema de derechos de salud sexual y reproductiva, a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social reconoce, que garantizar el acceso a todas las mujeres a una vida sexual y reproductiva, así como ejercer su derecho a una maternidad saludable es una de las prioridades y retos del Estado, en especial del sector salud y educación del país.

El Ministerio como rector de la Salud, asume su papel en este tema, reconoce que para lograr los compromisos internacionales de Los Objetivos Cuatro y Cinco de Desarrollo del Milenio, que son la Reducción de la Mortalidad Materna, Neonatal e Infantil, es necesario e indispensable el mejoramiento de las condiciones socioeconómicas del país y en especial de las mujeres, el empoderamiento de las mismas para la toma de decisiones informadas, así como el fortalecimiento de servicios de salud reproductiva con enfoque de género e interculturalidad que se enfoquen en las necesidades de los y las usuarias, con diferenciación de acuerdo a los grupos vulnerables o de mayor riesgo.

Así también es de suma importancia la identificación oportuna de las complicaciones y la aplicación de tratamientos eficaces para disminuir las muertes maternas y neonatales.

Comprometidos con esta realidad nacional se han definido lineamientos estratégicos e intervenciones integrales, basadas en evidencia científica, con análisis de costo-efectividad que permitan incidir en la problemática e impactar positivamente en la misma.

Teniendo en cuenta que más del 70% de las muertes maternas son prevenibles, las acciones deben estar dirigidas a reducirlas.

En el marco de lo anteriormente descrito, es necesario afrontar este problema con la participación de todos los sectores con abordaje integral, por lo que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social presenta EL PLAN DE ACCIÓN PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA NEONATAL Y MEJORAMIENTO DE LA SALUD REPRODUCTIVA.

Dr. Ludwig Ovalle
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social



INDICE

INDICE

| | |
|---|----|
| 1. Marco legal y político, Nacional e Internacional | 8 |
| 2. Análisis de la problemática | 10 |
| 3. Modelo de las cuatro demoras | 13 |
| 4. Misión, visión, propósito | 14 |
| 5. Objetivos estratégicos | 14 |
| Objetivos operacionales | |
| 6. Anexos | |
| 7. Matriz operativa | 17 |
| 8. Bibliografía | 37 |
| 9. Siglas | 38 |

Marco Legal

MARCO LEGAL Y POLÍTICO

Nacional e Internacional

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social reconoce que el desarrollo económico, el bienestar social, la estabilidad política y la seguridad nacional del país dependen de la salud de la población.

Teniendo como sustento legal la Constitución Política de la República de Guatemala, Código de Salud, Código de Trabajo, Código Civil, la Ley de Desarrollo Social, la Ley de Acceso Universal y Equitativo a los Métodos de Planificación Familiar, los compromisos asumidos en los Acuerdos de Paz, específicamente en el Acuerdo Sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria. Además, la Ley General de Descentralización, Ley de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural, Código Municipal y los acuerdos internacionales entre los que se incluyen el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, Acuerdo Ministerial 1632-2009 de la Unidad de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad en Guatemala, Ley contra el Femicidio, Convención sobre los Derechos del Niño, Declaración de los Derechos del niño, declaración Universal de los Derechos del Niño, Declaración Americana de los derechos del Hombre, Convención Americana sobre los Derechos Humanos Pacto de San José, Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos, Acuerdos de Paz, Conferencias del Cairo y Beijing, Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia, lo anteriormente descrito constituye la base del derecho interno e internacional para desarrollar acciones dirigidas a disminuir las diferentes inequidades existentes entre indígenas y no indígenas, área rural y urbana, accesibilidad y no accesibilidad de los servicios de salud.

Dada la importancia de reducir la mortalidad materna y neonatal se presenta El Decreto Legislativo 17-2008, que declara de urgencia nacional, la maternidad saludable. Así mismo el Acuerdo Gubernativo 279-2009, que desarrolla el Reglamento de la Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar, su integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva, con la conformación de la Comisión Nacional de Abastecimiento de Anticonceptivos (CNAA).

Guatemala a nivel internacional ha ratificado diversos convenios, entre ellos los OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO, los cuales tienen objetivos específicos:
Objetivo 4: Reducir la Mortalidad de la niñez, Meta: reducir en 2/3 partes entre 1990 y 2015 la mortalidad de los niños menores de 5 años.
Objetivo 5: Mejorar la salud materna, cuya meta 5A: La es reducir entre 1990-2015 la mortalidad materna en $\frac{3}{4}$ partes. Meta 5B: Lograr para el 2015 el acceso universal a la salud reproductiva.

El logro del objetivo 5 requerirá un mayor énfasis en la mejora de la atención sanitaria a las mujeres, incluida la prevención de embarazos no planeados y abortos en condiciones de riesgo y la prestación de cuidados de alta calidad en el embarazo y el parto, así como en la atención obstétrica de urgencia. (12)



ANÁLISIS de la PROBLEMÁTICA

La muerte materna se define como la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de su embarazo, independientemente del sitio y la duración del mismo, debida a cualquier causa relacionada con el embarazo o agravada por el mismo, o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales (12). La razón de mortalidad materna se refiere al número de muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos (OMS, 1997).

La mortalidad materna es difícil de cuantificar con precisión debido a que en muchos países existen deficiencias en la forma como se identifican, atribuyen y documentan casos de muerte materna, lo que hace que las estadísticas oficiales con frecuencia reflejen un importante nivel de sub registro. La efectividad de los sistemas de registro y las metodologías para medir la mortalidad materna varían mucho de un país a otro, dificultando las comparaciones internacionales. Es por ello que las estadísticas comparadas que publica la OMS y otros organismos internacionales son estimaciones basadas en datos nacionales ajustados según el nivel probable de sub registro en cada país (12).

A pesar que se ha presentado una disminución en la tasa global de fecundidad desde 1987 al 2009, según la ENSMI 2008/2009, de 5.6 a 3.6 hijos promedio por mujer, aún es una de las más altas de la región Centroamericana. (3)

Guatemala ocupa en la región de las

Américas el tercer lugar en razón de mortalidad materna y el quinto lugar en mayor mortalidad infantil a pesar de logros importantes en las estadísticas de salud sexual y reproductiva. La Razón de Mortalidad Materna es de 153 por 100,000 nacidos vivos (11). La mortalidad infantil a nivel de país se ha reducido de 92 a 30 x 1,000 NV de los años 1987 a 2008, pero la mortalidad neonatal ha presentado un promedio del 51.4% de esta mortalidad de acuerdo a datos preliminares reportados en la ENSMI 2008 / 2009.(3) Al observar la diferencia de mortalidad en los menores de cinco años de edad en el período de cinco años previo a la encuesta 2008 / 2009, la mortalidad neonatal se encuentra entre el 50% y 78.9% en algunos departamentos. (3)

En aspectos nutricionales, las anemias por deficiencia de hierro en mujeres en edad reproductiva, es de 23%, de este grupo, las mujeres que mayor prevalencia presentan son las adolescentes (15 - 19 años) y en mujeres embarazadas 24% (ENSMI 2003)

Las causas más frecuentes de mortalidad materna son: Hemorragia durante el parto y puerperio inmediato, Hipertensión inducida por el embarazo y Sépsis y complicación de aborto en condiciones de riesgo.

La demanda insatisfecha para espaciar o limitar los embarazos aún tiene brechas importantes (20.8% nivel nacional) y la fuente de mayor obtención de métodos anticonceptivos para espaciamiento de embarazos, son entregados por los servicios de Salud Pública (57.9%), por la iniciativa privada (40.2%); mayores porcentajes

se presentan en mujeres de área rural, indígenas y bajo nivel educativo. (3)

La mortalidad infantil está asociada a madres con períodos intergenésicos cortos, especialmente quienes tienen menos de dos años de espaciamiento, y en consecuencia la mortalidad infantil es del 62%. (3)

Las principales causas de la mortalidad neonatal son: Sépsis, Prematurez y Asfixia Perinatal.

En cuanto a aspectos nutricionales, la lactancia materna exclusiva en los menores de 6 meses fue de 35.2% en el área urbana y 63.9% en el área rural. En el grupo menor de cinco años de edad, la desnutrición crónica fue de 43.4% con 16.1% de crónica severa. (3) La deficiencia de micronutrientes, principalmente la anemia por deficiencia de hierro, el promedio nacional es de 40% en menores de cinco años, sin embargo, en el grupo menor de 24 meses el porcentaje se incrementa, estando por arriba del 55%.(ENSMI 2003)

La solución al problema de la mortalidad materna y neonatal necesita una respuesta integrada e integral y efectiva, que involucre la sensibilidad de los hombres y el empoderamiento de las mujeres, con la participación comunitaria, además de la respuesta eficiente de los proveedores de servicios de salud para la promoción, prevención, y atención en la salud reproductiva, con adecuada y oportuna atención a las emergencias obstétricas y neonatales; con personal institucional capacitado y motivado, acceso a la planificación familiar y servicios con pertinencia cultural. Para implementar las estrategias y definir

las acciones de intervención, se toma como base el "Modelo de las Demoras", (5) el cual aborda el problema de la mortalidad materna y neonatal, considerando que gran parte de la carga de problemas se originan en algunos de los puntos, que integrados con las condicionantes se expresa de la siguiente manera:

- **Primera Demora:**

El desconocimiento que tienen las mujeres, familias y comunidad de los signos y señales de peligro que amenazan la vida de las mujeres durante el embarazo, parto, pos parto y del recién nacido.

o Intervenciones y acciones: Maternidad Saludable (información, educación y comunicación –IEC- a la población mediante guías que identifiquen signos y señales de peligro) IEC: verbal, escrita, visual, radio tv, local nacional y otros.

- **Segunda Demora:**

Aunque la mujer reconozca los signos de peligro, la inequidad de género no le permite asumir su derecho y ejercer la toma de decisión por sí misma, sino que debe ser decidido por su pareja o familiar cercano (padres, suegros, comadrona, entre otros.) o Intervenciones y acciones: promocionar con la comunidad la creación de planes de emergencia familiar que permita estar preparados al presentarse complicaciones y tomar decisiones y acciones oportunas. Concientización a la pareja por medio de IEC: verbal, escrita, visual, radio, tv, local, nacional y otros.



- **Tercera Demora:**

Se refiere a los limitantes que existen por falta de acceso a las vías de comunicación y medios de transporte para acceder a los servicios de salud.

Intervenciones y acciones: Asegurar el traslado de la futura madre en riesgo, implementación de casas maternas, (Hogares Maternos) cercanas al centro de atención de la salud, aseguramiento de centros de atención obstétrica. Formación y funcionamiento del Plan Comunitario (Comités de Emergencia, Redes de Paternidad y Maternidad Responsable, organizaciones juveniles entre otras).

- **Cuarta Demora:**

Se refiere a una atención institucional deficiente e inoportuna por varias causas, entre las que se pueden destacar la falta de competencia (conocimientos, destrezas, habilidades y actitudes) de proveedores de servicios de salud, falta de insumos, medicamentos y equipo adecuado.

o Intervenciones y acciones: Manejo de emergencia obstétricas y garantizar la competencia técnica de los proveedores institucionales para la atención de parto limpio y seguro, atención oportuna del posparto y del recién nacido, con calidad, calidez, dignidad y humanismo.

MODELO DE LAS CUATRO DEMORAS

| DEMORAS | CONDICIONADA |
|--|---|
| 1. Reconocer signos y señales DE PELIGRO | Socioculturales, de conocimiento y prácticas. |
| 2. Búsqueda de Ayuda TOMA DE DECISIÓN | Tener poder para la toma de decisión y buscar ayuda. |
| 3. Accesibilidad a servicios de Salud | Transporte, carretera, horarios, cultura entre otros. |
| 4. Atención oportuna y de calidad | Competencia de proveedores, calidad y calidez y abastecimiento de insumos |



VISIÓN

Para el año 2015 la población Guatemalteca goza de Salud Reproductiva a nivel nacional, mediante la atención integral, con enfoque de género, con calidad, calidez y pertinencia cultural, reduciendo la morbilidad y mortalidad materna-neonatal.

MISIÓN

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social por medio del Programa Nacional de Salud Reproductiva como institución rectora, garantiza el ejercicio del derecho a la salud reproductiva integral de la población, estableciendo normas y lineamientos para la promoción, prevención, atención y recuperación de la salud reproductiva, con enfoque de género e interculturalidad para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna neonatal.

PROPÓSITO

Reducir la mortalidad materna y meonatal, por medio de la implementación de acciones integrales, mediante la participación de los diferentes actores y sectores involucrados.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

1. Fortalecer la institucionalidad del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para la atención de la salud reproductiva con énfasis en atención materno neonatal

Objetivos operacionales

Definir y oficializar la estructura de los servicios de salud por niveles de atención y cartera de servicios para salud reproductiva con énfasis materno neonatal, con enfoque de género e interculturalidad.

Fortalecer acciones de regulación de la salud, mediante la aplicación del marco legal y normativo vigente de Salud Reproductiva en todas las dependencias del MSPAS.

Fortalecer el sistema de información oficial de la salud, vigilancia epidemiológica de la embarazada y vigilancia de la muerte de las mujeres en edad fértil (10-54 años) para identificación de muerte materna, en función de la toma de decisiones.

Fortalecer la alianza multisectorial para sumar esfuerzos en la reducción de la mortalidad materna neonatal a nivel nacional y local.

Gestionar el presupuesto para las acciones de salud reproductiva, dentro del MSPAS

Mejorar la calidad del gasto.

Actualizar e implementar los planes estratégicos territoriales para la reducción de la mortalidad materna neonatal.

Fortalecer el sistema de monitoreo y evaluación en los tres niveles de atención, para garantizar el cumplimiento de las metas programadas por el MSPAS en Salud Reproductiva.

2. Extensión de la cobertura y mejoramiento de la calidad de la red de los servicios en los tres niveles de atención.

Objetivos operacionales

Garantizar el cumplimiento de las prácticas de medicina basada en la evidencia con enfoque de género e interculturalidad, por los proveedores de salud en los tres niveles de atención, mediante la aplicación de la normativa nacional.

Fortalecer la logística del abastecimiento de equipo, medicamentos, materiales e insumos para atención en los tres niveles de atención, con enfoque de género e interculturalidad.

Fortalecer la participación social en la promoción y monitoreo de la accesibilidad a los servicios y calidad dentro de los mismos.

Garantizar el acceso a la información, educación y comunicación sobre salud sexual, reproductiva, materna y neonatal a los diferentes segmentos de la población con enfoque de género e interculturalidad.

Promover el acceso a los métodos de Planificación Familiar.

Prevenir y atender las lesiones que predisponen al cáncer cérvico uterino y otras afecciones ginecológicas.

Fortalecer el sistema de referencia y contra referencia en los tres niveles de atención.



3. Ampliar la cobertura y calidad de los servicios de agua y saneamiento básico en los tres niveles de atención.

Objetivos operacionales

Verificar a través del monitoreo continuo la implementación de infraestructura, equipo e insumos necesarios para el uso correcto del agua, así como el manejo de los desechos en los servicios de los tres niveles de atención, especialmente los que atienden eventos obstétricos, con enfoque de género e interculturalidad.

4. Fortalecer el desarrollo del recurso humano en Salud, a nivel técnico y especializado y la administración de la fuerza laboral, para garantizar la atención calificada en los servicios de salud sexual y reproductiva, adolescente, embarazo, parto, puerperio y neonato.

Objetivos operacionales

Fortalecer competencias y actualizar el recurso humano en el cumplimiento de las prácticas de medicina basada en evidencia en temas de salud sexual, reproductiva y atención materna neonatal en los tres niveles de atención utilizando técnicas innovadoras, con enfoque de género e interculturalidad.

Coordinación y alianza entre el MSPAS Y las instituciones formadoras de recurso humano en salud para que incluyan temas de salud sexual y reproductiva en sus diversos componentes.

Descentralizar la administración del personal con el perfil que responda a las necesidades de las unidades y servicios de Salud Reproductiva en los tres niveles de atención.

Promover la creación por RRHH de la carrera administrativa del proveedor de SSRR en los tres niveles de atención con enfoque de género e interculturalidad.

**FORTALECER LA INSTITUCIONALIDAD DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASITENCIA SOCIAL
PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD REPRODUCTIVA CON ÉNFASIS MATERNO NEONATAL**

OBJETIVO ESTRATÉGICO UNO

| OBJETIVOS OPERATIVOS | AC- CIO- NES | INDICADOR | TIPO DE INDICA- DOR | FORMULA DEL INDICADOR | VALOR DE RE- FREN- CJA/ META | PERIODI- CIDAD | Responsa- ble. |
|----------------------|---|---|---------------------------|--|--|--|--|
| 1,1 | "Definir y oficializar la estructura de los servicios de salud por niveles de atención y cartera de servicios para salud reproductiva con énfasis en atención materno neonatal utilizando los medios administrativos correspondientes." | % de servicios de salud oficializados según nivel y cartera de servicio para salud reproductiva con énfasis en atención materno neonatal. | Proceso | No. de servicios oficializados/ Total de servicios X 100. | 100% | 2010-2015 | Despacho Ministerial / SIAS. |
| | | % de campañas de socialización a la población sobre la nueva estructura de la red de servicios según cartera de atención. | Proceso | No. De campañas realizadas/ Total de campañas programadas X 100. | 100% | 2010-2015 | PROEDUSA. |
| | | % de Servicios abastecidos con infra-estructura, equipo, insumos y RRHH según cartera de atención para salud reproductiva con énfasis en atención materno neonatal. | Proceso | No. de Servicios fortalecidos /Total de Servicios programados X 100. | 100% | 2010-2015 | Gerencia General Admon. Financiera/ RRHH. |
| | | % de servicios que brindan atención en salud reproductiva con énfasis en materno neonatal, con pertinencia cultural, género y ciclo de vida. | Proceso | Numero de Servicios que brindan atención reproductiva con énfasis en materno neonatal, con pertinencia cultural, género y ciclo de vida /Total de servicios X 100. | 100% | 2010-2015 | PNSR y UASPIG. |
| 1,2 | Fortalecer acciones de regulación de la salud, mediante la aplicación del marco legal y normativo vigente de Salud Reproductiva en todas las dependencias del MSPAS. | % de dependencia del MSPAS que cuentan con el Marco Legal nacional y convenios internacionales ratificados y normativo vigente de Salud Reproductiva. | Estructura | Número de dependencias que cuentan con el marco legal nacional y convenios internacionales ratificados y normativo vigente Salud Reproductiva/Total de dependencias del MSPAS X 100. | 100% | 2010-2015 | PNSR/ta-clifadores Hospitalarios, USME. |
| | | % de personal de las dependencias del MSPAS que conoce el marco legal vigente y derechos de la Salud Reproductiva. | Proceso | Numero de personal que conoce el marco legal vigente y los derechos de la salud reproductiva /Total de personal MSPAS x 100. | 80% | 2010-2015 anual | PNSR. |
| | "1.2.3 " | Dependencias del MSPAS que resuelven oportunamente los procesos legales técnico-administrativos, relacionados con la mortalidad materno neonatal utilizando el marco legal y normativo vigente. | Proceso | Número de procesos técnico-administrativos resueltos / Total de procesos técnicos administrativos que se presentan x 100. | 100% | 2010-2015, Trimestral, Semestral y Anual | Unidad de Asesoría Jurídica, PNSR, Gerencia General Administrativo Financiera. |

| | | | | | | | | | |
|-----|--|-------|---|--|-----------|---|------|--|---|
| | | 1.2.4 | Establecer el perfil y funciones de la abuela comadrona, partera capacitada y la AECAMN como parte de los proveedores de salud. | % de abuela comadrona, partera capacitada y la AECAMN que cumplen con el perfil y funciones establecidas por MSPAS. | proceso | No. de abuela comadrona, partera capacitada y la AECAMN que cumplen con el perfil y funciones establecidas/No. Total de comadronas X 100. | 80% | 2010-2015, Trimestral, Semestral y Anual.+ | PNSR, PNMTA y UASPIIC. |
| 1.3 | Fortalecer el sistema de información oficial y vigilancia epidemiológica de la embarazada y de la muerte de mujeres en edad fértil (10 a 59 años) para identificación de muerte en función de la toma de decisiones. | 1.3.1 | Definir los indicadores trazadores para incorporar al sistema de información, para el análisis y toma de decisiones en mortalidad materna y neonatal. | % de indicadores trazadores incorporados al sistema de información para análisis y toma de decisiones en mortalidad materna y neonatal. | Resultado | No. De indicadores trazadores incorporados al SIGSA/ total de indicadores x 100. | 100% | 2010-2015, Anual | CNE. |
| | | 1.3.2 | Definir los estándares para el cumplimiento de los indicadores trazadores. | % de dependencias notificadoras que utilizan el sistema de información fortalecido. | Proceso | No. De dependencias notificadoras que utilizan el sistema de información fortalecido/No. Total de dependencias notificadoras del MSPAS X 100. | 100% | 2010-2015, Anual | CNE. |
| | | 1.3.3 | Envío oportuno de la información de las dependencias notificadoras a donde corresponde. | % de dependencias notificadoras que envían información oportunamente. | Proceso | No. de dependencias notificadoras que envían la información oportunamente/Total de dependencias notificadoras X 100. | 100% | 2010-2015, diaria, Semanal, Mensual, trimestral y anual. | DAS, SIGSA y CNE. |
| | | 1.3.4 | Aplicación del protocolo de vigilancia de la embarazada con énfasis en mortalidad materna y neonatal en todos los servicios del MSPAS. | % de servicios del MSPAS que aplican el protocolo de mortalidad materna neonatal. | Procesos | No. de servicios del MSPAS que aplican el protocolo de Vigilancia de mortalidad materna neonatal/Total de servicios del MSPAS. | 100% | 2010-2015, diaria, Semanal, Mensual, trimestral y anual. | DAS (CAP, CAIMI, Maternidad Central), Hospitales. |
| | | 1.3.5 | Fortalecimiento y actualización de la sala situacional de Salud reproductiva con inclusión de los datos correspondientes a la vigilancia de embarazadas. | % de servicios de salud que cuentan con sala situacional de Salud reproductiva actualizada con inclusión de los datos correspondientes a la vigilancia de embarazadas. | Resultado | No. De servicios de salud con sala situacional de Salud Reproductiva actualizada/ Total de servicios de salud del MSPAS X 100. | 100% | 2010-2015, Mensual, trimestral y anual. | Equipo de SR de las DAS, Hospitales y PNSR. |
| | Fortalecer la alianza multisectorial para sumar esfuerzos en la reducción de la mortalidad materna neonatal a nivel nacional y local. | 1.4.1 | Socializar el plan de reducción de muerte materna neonatal a nivel multisectorial nacional y local. | % de instituciones que participan en la socialización del plan operativo. | Proceso | No de instituciones que participan en la socialización del plan operativo para reducción MMN/ No. De instituciones invitadas X 100. | 100% | 2010-2015, Anual | DAS, SIAS, PNSR. |
| | | 1.4.2 | Socializar el protocolo actualizado de vigilancia de mortalidad materna neonatal a nivel multisectorial y local. | % de instituciones que participan en la socialización del protocolo de vigilancia de la MMN. | proceso | No de instituciones que participan en la socialización del protocolo de vigilancia de la MMN/ No. De instituciones invitadas X 100. | 100% | 2010-2015, Anual | DAS, PNSR. |
| | | 1.4.3 | Establecer las líneas de participación de las instituciones nacionales, sociedad civil y agencias de cooperación para la operativización e implementación de las acciones encaminadas a la reducción de la mortalidad materna neonatal. | % de convenios establecidos con instituciones nacionales, sociedad civil y agencias de Cooperación para la operativización e implementación de las acciones encaminadas a la reducción de MMN. | Resultado | No. De convenios establecidos/ No. De agencias de cooperación invitadas a participar X 100. | 100% | 2010-2015, Anual | UPE, DAS, PNSR. |

| | | | | | | | | | | |
|-----|-------------------------------|--|--------|---|--|-----------|---|------|------------------------------|---|
| | | | 1.4.4 | Reactivación de la comisión de maternidad saludable, para que se tomen acciones multisectoriales que mejoren las condiciones de la salud reproductiva de la población. | elaborar un plan operativo anual de la comisión de maternidad saludable. | entrada | plan de acción anual elaborado por la comisión de maternidad saludable. | 100% | 2010-2015, Anual | Despacho ministerial, PNSR. |
| | | | | | % de acciones ejecutadas por la comisión de maternidad saludable en beneficio de la salud reproductiva de la población. | Resultado | No. De acciones desarrolladas con la comisión de maternidad saludable en beneficio de la población/ no de acciones planificadas por la comisión de maternidad saludable X 100. | 100% | 2010-2015, trimestral, anual | Despacho ministerial, PNSR. |
| | | | 1.5.1 | Asignación del presupuesto para acciones específicas de los componentes del programa de salud reproductiva. | % del presupuesto asignado para acciones específicas de los componentes del programa de salud reproductiva. | Proceso | Presupuesto asignado/ presupuesto solicitado X 100. | 100% | 2010-2015, Anual | Gerencia general admo. Financiera. |
| | | | 1.5.2. | Apoyo técnico y financiero de las instituciones cooperantes en la implementación del plan de acción para la reducción de la mortalidad materna neonatal. | % de instituciones cooperantes que brindan apoyo técnico y financiero para la implementación del plan de acción para la reducción de la mortalidad materna neonatal. | proceso | No de instituciones cooperantes que brindan apoyo técnico y financiero para la implementación del plan de reducción de mortalidad materna y neonatal/ <No. Fr instituciones cooperantes invitadas a participar. | 100% | 2010-2015, Anual | |
| 1,6 | Mejorar la calidad del gasto. | | 1.6.1 | Evaluación del proceso de planificación, programación y asignación del presupuesto al Programa Nacional de Salud Reproductiva, basado en las prioridades y necesidades enunciadas en el plan de reducción de muerte materno neonatal para el alcance de las metas establecidas. | % de prioridades cubiertas con el presupuesto asignado al Programa de Salud reproductiva. | Resultado | No. De prioridades cubiertas por el programa/ Total de prioridades a cubrir X 100. Ejecutoras MSPAS X 100. | 100% | 2010-2015, anual | Gerencia General Administrativo financiero. |

| | | | | | | | | | | | | |
|-----|-------|---|---|------------|---|------|---|---|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | |
| | 1.6.2 | Aplicación de las políticas y procesos administrativos y financieros establecidos, para la ejecución del presupuesto asignado al Programa Nacional de Salud Reproductiva. | % de unidades ejecutoras que aplican las políticas y procesos administrativos financieros establecidos. | Resultado | No. De unidades ejecutoras que aplican políticas y procesos administrativos y financieros / Total de unidades ejecutoras MSPAS x 100. | 100% | 2010-2015. Mensual, trimestral y anual. | Gerencia General Administrativo financiero. | | | | |
| 1.7 | 1.7.1 | Formulación del plan estratégico territorial consensado por departamentos en el país en el cual se asegura el presupuesto para su ejecución. | % de planes estratégicos departamentales para reducción de mortalidad materna neonatal que tienen asegurado el presupuesto para su ejecución. | Resultado | No. De planes estratégicos departamentales para la reducción de mortalidad materna neonatal formulados con presupuesto asegurado/ No. De departamentos x 100. | 100% | 2010-2015, anual | PNSR, SIAS, Gerencia General Administrativo financiero. | | | | |
| | 1.7.2 | Socialización del plan estratégico territorial a nivel multiseccional y con la sociedad civil para priorizar el tema de mortalidad materna neonatal. | % de planes territoriales formulados por departamento socializados a nivel multiseccional y con sociedad civil. | Estructura | No. De planes territoriales socializados/No. Total de departamentos x 100. | 100% | 2010-2015, anual | DAS, SIAS, PNSR, Viceministerio de Hospitales. | | | | |
| | 1.7.3 | Determinación de las brechas de la implementación de los planes territoriales. | % de instituciones que conocen el plan territorial y el tema de mortalidad materna neonatal como problema prioritario de salud. | Estructura | No. De actividades de socialización del Plan territorial efectuadas/No. De actividades de socialización del PT programadas X 100. | 100% | 2010-2015, Mensual, trimestral y anual. | DAS, SIAS; Viceministerio de Hospitales. | | | | |
| 1.8 | 1.8.1 | Adecuación e implementación del sistema de monitoreo y evaluación institucional, en Salud Reproductiva, con diseño de instrumentos específicos para el efecto. | % de instrumentos de monitoreo y evaluación para salud reproductiva, adecuados. | Proceso | No. De instrumentos diseñados específicos para monitoreo y evaluación para Salud Reproductiva. | 100% | 2010-2015, Trimestral, anual. | SIAS, PNSR, Viceministerio de Hospitales. | | | | |
| | 1.8.2 | Socialización del sistema de monitoreo y evaluación institucional de Salud reproductiva. | % de establecimientos socializados con el sistema de monitoreo y evaluación. | Proceso | No. De establecimientos socializados con el sistema de monitoreo y evaluación para salud reproductiva | 100% | 2010-2015, Mensual, trimestral y anual. | DAS, SIAS, USME, Viceministerio de Hospitales, PNSR. | | | | |
| | 1.8.3 | Operativización del sistema de monitoreo y evaluación institucional de Salud Reproductiva en las dependencias MSPAS. | % de establecimientos del MSPAS operativizando el sistema de monitoreo y evaluación del PNSR. | Proceso | No. De dependencias MSPAS operativizando el sistema de monitoreo y evaluación evaluadas y monitoreas / Total de dependencias MSPAS x 100 | | 2010-2015, Mensual, trimestral y anual. | DAS, SIAS, Viceministerio de Hospitales. | | | | |
| | 1.8.4 | Monitoreo y evaluación de planes territoriales de salud reproductiva para el fortalecimiento de la toma de decisiones. | % de planes territoriales de salud reproductiva monitoreados y evaluados para el fortalecimiento de la toma de decisiones. | Proceso | No. de planes territoriales de salud reproductiva monitoreados y evaluados/ No total de planes territoriales de salud reproductivo. | 100% | 2010-2015, Mensual, trimestral y anual. | DAS, SIAS, Viceministerio de Hospitales. | | | | |

EXTENSIÓN DE COBERTURA Y MEJORAMIENTO DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN

OBJETIVO ESTRATÉGICO DOS

| | | | | | | | | | |
|-----|---|----------|---|---|---------|--|------|-----------------|---|
| 2.1 | "Garantizar el cumplimiento de prácticas de medicina basada en la evidencia con enfoque de género e interculturalidad, por los proveedores de salud en los tres niveles de atención, mediante la aplicación de la normativa nacional. | 2.1.1. | Mejoramiento continuo del cumplimiento de estándares, indicadores y criterios de prácticas de medicina basada en evidencia en los tres niveles de atención con pertinencia cultural. | | | | | | Vice Ministerio de Hospitales, PNSR |
| | | 2.1.1.1. | Definición de estándares, indicadores y criterios de prácticas de medicina basada en evidencia para el mejoramiento continuo de la calidad de atención materna y neonatal a partir de las normas de atención a cumplirse en los tres niveles de atención incluyendo terapeutas indígenas (abuelas comatronas, parteras, aecamm) Equipo Básico (Cuidado Obstétrico Neonatal Esencial ambulatorio (prenatal, puerperio), Cuidado Obstétrico Neonatal Esencial hospitalario (partograma, MATEP, puerperio inmediato, cuidados rutinarios del RN), Cuidado Obstétrico Neonatal Esencial Integral (complicaciones) en hospitales (hemorragia obstétrica, infección puerperal, pre eclampsia / eclampsia) en los tres niveles de atención para la reducción de morbilidad extrema y mortalidad materna, atención post aborto y sus complicaciones, planificación familiar, atención diferenciada de las y los adolescentes.) | % de estándares, indicadores y criterios de prácticas de medicina basada en evidencia para el mejoramiento continuo de la calidad de atención materna y neonatal definidos. | proceso | No. De estándares, indicadores y criterios definidos/ No total. De estándares, indicadores y criterios establecidos. | 100% | 2010-2015 anual | DRPAP, Vice Ministerio de Hospitales, PNSR, UASPLIG |

| | | | | | | | | |
|--|----------|--|---|-----------|---|------|-----------------|---|
| | 2.1.1.2. | <p>Consenso de la metodología de mejoramiento continuo para el cumplimiento de estándares, indicadores y criterios de prácticas de medicina basada en la evidencia para garantizar el cumplimiento de la calidad de atención materna y neonatal a partir de las normas de atención en los tres niveles de atención.</p> | <p>Metodología consensuada para el cumplimiento de estándares, indicadores y criterios de prácticas de medicina basada en la evidencia para garantizar el cumplimiento de la calidad de atención materna y neonatal a partir de las normas de atención en los tres niveles de atención.</p> | proceso | <p>Estándares, indicadores y criterios de prácticas de medicina basada en la evidencia con metodología consensuada para su ejecución.</p> | 100% | 2010-2015 anual | DRPAP, Viceministerio de Hospitales, PNSR, UASPIIG. |
| | 2.1.1.3. | <p>Socialización de la metodología de mejoramiento continuo del nivel central y áreas de salud a los tres niveles de atención para el cumplimiento de estándares, indicadores y criterios de prácticas de medicina basada en la evidencia para la atención materna y neonatal a partir de las normas de atención.</p> | <p>% de dependencias del MSPAS que han socializado la metodología para el mejoramiento continuo.</p> | proceso | <p>No. De dependencias del MSPAS que han socializado la metodología para el mejoramiento continuo/ total de dependencias del MSPAS x 100.</p> | 100% | 2010-2015 anual | Vice Ministerio de Hospitales, PNSR. |
| | 2.1.1.4 | <p>Implementación de la metodología de mejoramiento continuo en los tres niveles de atención para el cumplimiento de estándares, indicadores y criterios de prácticas de medicina basada en la evidencia para la atención materna y neonatal a partir de las normas de atención.</p> | <p>% de metodología implementada para el mejoramiento continuo en los tres niveles de atención para el cumplimiento de estándares, indicadores y criterios de prácticas de medicina basada en la evidencia para la atención materna y neonatal a partir de las normas de atención.</p> | proceso | <p>No. De normas de atención con metodología implementada/ total de normas de atención materna y neonatal.</p> | 100% | 2010-2015 anual | SIAS, DAS, Vice Ministerio de Hospitales. |
| | 2.1.1.5 | <p>Incorporación al tablero de mando en red, de los resultados de los indicadores del mejoramiento continuo de la atención materna y neonatal en los tres niveles de atención, (terapeutas indígenas especialmente comadronas, proveedores comunitarios, Distritos, Hospitales, Área de Salud, hasta el Nivel central y Despacho Ministerial).</p> | <p>Tablero de mando en red con los indicadores del mejoramiento continuo en la atención materna y neonatal incorporados. En los tres niveles de atención, (terapeutas indígenas especialmente comadronas, proveedores comunitarios, Distrito, Hospitales, Área de Salud, hasta el Nivel central y Despacho Ministerial)</p> | Resultado | <p>Tablero de mando en red con indicadores del mejoramiento continuo en la atención materna y neonatal incorporados.</p> | | 2010-2015 anual | SIGSA, CNE, DAS, Hospitales. |
| | 2.1.1.6 | <p>Ampliación de los horarios de atención en los servicios de salud, especialmente los servicios materno neonatales.</p> | <p>% de servicios de salud materno neonatal que ampliaron el horario de atención.</p> | Resultado | <p>No de servicios materno neonatal con horario ampliado/ Total de servicios X 100.</p> | 30% | 2010-2015 anual | SIAS, Vice Ministerio de Hospitales, DAS. |

| | | | | | | | | | |
|--|--|----------|--|--|-----------|--|------|-----------------|--|
| | | 2.1.1.7 | Fortalecimiento de las capacidades de las abuelas comadronas, las parteras y AECAMN y proveedores de salud reproductiva comunitarios a través del diálogo de saberes y de provisión de los elementos terapéuticos necesarios que contribuyan al cumplimiento de las normas en salud reproductiva con pertinencia cultural con énfasis en adolescencia, embarazo, parto puerperio, planificación familiar, neonato y niñez. | % de comadronas que cumplen la norma para salud reproductiva con énfasis en adolescencia, embarazo, parto puerperio, planificación familiar, neonato y niñez. | proceso | No. De comadronas y equipos básicos de salud que cumplen la norma/ No. total de comadronas y equipos básicos X 100. | 100% | 2010-2015 anual | SIAS, PNSR, DAS UASPIG. |
| | | 2.1.1.8 | Definición de las normas y caracterización de prácticas de medicina basada en evidencia y diálogo de saberes a desarrollar por de las abuelas comadronas, las parteras y AECAMN a nivel comunitario, en el tema de salud reproductiva, con énfasis en adolescencia, embarazo, parto puerperio, planificación familiar, neonato y niñez. | Normas y caracterización de prácticas de medicina basada en evidencia y diálogo de saberes a desarrollar por la comadrona a nivel comunitario y equipos básicos de salud en el tema de salud reproductiva, con énfasis en adolescencia, embarazo, parto puerperio, planificación familiar, neonato y niñez, definidas. | proceso | Normas, caracterización de prácticas de medicina basada en evidencia y diálogo de saberes a desarrollar por la comadrona. | 100% | 2010-2015 anual | SIAS, PNSR, DAS UASPIG, DECAP, PNMITA. |
| | | 2.1.1.9 | Diálogo de saberes y fortalecimiento de capacidades de prácticas de medicina basada en evidencia con la abuela comadrona, partera y EDECAMN. | % de espacios de diálogo de saberes medicina basada en evidencia impartidos a la abuela comadrona, partera y AECAMN. | Resultado | No. De talleres de capacitación y diálogo de saberes de prácticas de medicina basada en evidencia impartidos a la comadrona/ No. De talleres planificados. | 100% | 2010-2015 anual | SIAS, PNSR, DAS UASPIG, DECAP, PNMITA. |
| | | 2.1.1.10 | Verificar y fortalecer la contribución de la abuela comadrona, partera, aecamn para el cumplimiento de las normas a través de planes de emergencia familiar y comunitaria desarrollados, identificación de signos y señales de peligro y referencia oportuna. | % de planes de emergencia familiares desarrollados en conjunto con la abuela comadrona, partera y AECAMN identificación de señales de peligro y referencia oportuna/ No. Total de embarazos atendidos por comadrona X 100. | proceso | No. De planes de emergencia familiares desarrollados en conjunto con la comadrona, identificación de señales de peligro y referencia oportuna/ No. Total de embarazos atendidos por comadrona X 100. | 100% | 2010-2015 anual | SIAS, PNSR, DAS UASPIG, DECAP, PNMITA. |



| | | | | | | | | | |
|-----|--|-------|---|--|-----------|---|------|---------------------------------------|---|
| 2.2 | Fortalecer la logística del abastecimiento de equipo, medicamentos, materiales e insumos en los tres niveles de atención, con enfoque de género e interculturalidad. | 2.2.1 | Identificación de los requerimientos básicos de los procesos de abastecimiento de equipo, medicamentos, materiales e insumos en los tres niveles de atención. | % de servicios de salud que cuentan con los requerimientos básicos de abastecimiento de equipo, medicamentos, materiales e insumos para la atención en los tres niveles de atención. | proceso | No. De servicios de salud que cuentan con los requerimientos básicos de abastecimiento de equipo, medicamentos, materiales e insumos para la atención/ No. Total de servicios de salud x 100. | 100% | 2010-2015 anual | SIAS, DAS, DAM, PNSR, Unidad de Logística, Vice Ministerio de Hospitales. |
| | | 2.2.2 | Diseño de los instrumentos de verificación del abastecimiento de equipo, medicamentos, materiales e insumos para atención en los tres niveles de atención. | Instrumentos de verificación diseñados. | Resultado | Instrumentos de verificación diseñados. | 100% | 2010-2015 anual | SIAS, DAS, DAM, PNSR, Unidad de Logística, Vice Ministerio de Hospitales, Gerencia General Administrativa Financiero. |
| | | 2.2.3 | Medición y mejoramiento continuo del abastecimiento a nivel de los servicios con el apoyo de las Direcciones de Área de Salud y Nivel Central. | % de servicios abastecidos . | proceso | No. De servicios abastecidos/ No. Total de servicios. | 100% | 2010-2015 anual | Unidad de Logística, PNSR, DRPAP, SIAS. |
| | | 2.2.4 | Socialización de los resultados del mejoramiento del abastecimiento de equipo, medicamentos, materiales e insumos para atención en los tres niveles de atención. | Resultados del mejoramiento del abastecimiento de equipo, medicamentos, materiales e insumos presentados a los tres niveles de atención. | Resultado | Resultados del mejoramiento del abastecimiento de equipo, medicamentos, materiales e insumos presentados a los tres niveles de atención. | 100% | 2010-2015 anual | Unidad de Logística, PNSR, DRPAP, SIAS. |
| | | 2.2.5 | Incorporación de estos resultados al tablero de mando para toma de decisiones en todos los niveles de atención. | Tablero de mando con los resultados del mejoramiento continuo en la atención materna y neonatal incorporados. | Resultado | Tablero de mando con los resultados del mejoramiento continuo en la atención materna y neonatal incorporados. | 100% | 2010-2015, mensual, trimestral, anual | SIAS, SIGSA, DAS, CNE. |
| 2.3 | Fortalecer la participación social en la promoción y monitoreo de la accesibilidad a los servicios y calidad dentro de los mismos. | 2.3.1 | Promoción de la participación comunitaria organizada para la implementación de planes de emergencia familiares y comunitarios. | % de comunidades organizadas. | Proceso | No. De comunidades organizadas/total de comunidades x 100. | 100% | 2010-2015 anual | PROEDUSA, PNSR, DAS. |
| | | 2.3.2 | Abordaje a las autoridades locales, municipales a través de los cocodes para desarrollar y promover el financiamiento para los planes de acción comunitarios de reducción de mortalidad materna neonatal. | % de cocodes que asignan un presupuesto y desarrollan planes de acción comunitarios de reducción de mortalidad materna neonatal. | Resultado | No. De cocodes que asignan un presupuesto y desarrollan planes de acción comunitarios de reducción de mortalidad materna neonatal/ No. De cocodes. X 100 | 100% | 2010-2015 anual | DAS, Vice Ministerio de Hospitales . |
| | | 2.3.3 | Implementación / fortalecimiento de la Auditoría Social para garantizar la calidad de atención de los servicios. | % de comunidades que realizan auditoría social a los servicios de salud. | Proceso | No. De comunidades que realizan auditoría social a los SS/Total de comunidades X 100 | 100% | 2010-2015 anual | Gestión de Calidad, SIAS, DAS Vice Ministerio de Hospitales, PNSR, UASPIIG |

| | | | | | | | | | |
|-----|--|---------|--|---|---------|--|------|-----------------|--|
| 2.4 | Garantizar el acceso a la información, educación y comunicación sobre salud sexual, reproductiva, materna y neonatal a los diferentes segmentos de la población con enfoque de género e interculturalidad. | 2.4.1 | Desarrollar un plan de estrategias de información, comunicación y educación en temática de salud sexual y reproductiva, con énfasis en reducción de mortalidad materna y neonatal, acordes a los patrones socioculturales de la población. | % de estrategias de información, educación y comunicación en temática de salud sexual y reproductiva con énfasis en reducción de mortalidad materna y neonatal, acordes a los patrones de la población. | Proceso | Plan desarrollado de estrategias de la información y educación en temas de salud sexual y reproductiva. | 100% | 2010-2015 anual | USA, comunicación social, DAS Vice Ministerio de Hospitales, PNSR, UASPLIG. |
| | | 2.4.2 | Implementación de estrategias educativas dirigidas a los y las adolescentes, con énfasis en prevención de embarazo en adolescentes, vida sexual y reproductiva libre de riesgos, ITS/ VIH/sida. | % de estrategias educativas dirigidas a los y las adolescentes, con énfasis en prevención de embarazo en adolescentes, vida sexual y reproductiva libre de riesgos, ITS/ VIH/sida. | proceso | No. De estrategias educativas dirigidas a los y las adolescentes, con énfasis en prevención de embarazo en adolescentes, vida sexual y reproductiva libre de riesgos, ITS/ VIH/sida./ No. De estrategias educativas programadas. | 100% | 2010-2015 anual | DRPAP, DAS, UASPLIG. |
| | | 2.4.3 | Promocionar la cartera de servicios de atención prenatal, parto limpio y seguro; control del puerperio, neonato, planificación familiar, atención diferenciada a los y las adolescentes a través de medios de comunicación masivos. | Cobertura de atención prenatal, el parto limpio y seguro y el control durante el puerperio, neonato, planificación familiar, atención diferenciada a los y las adolescentes a través de medios de comunicación masivos. | Proceso | Número de embarazos con atención prenatal, parto limpio y seguro y el puerperio (según normal)/ Total de embarazos esperados X 100. | 85% | 2010-2015 anual | PNSR, PROEDUSA, Unidad de Comunicación Social, Vice Ministerio de Hospitales, UASPLIG. |
| | | 2.4.4 | Abogacía para incluir temas de salud sexual y reproductiva al pensum de estudios (MINEDUC). | % de temas de salud sexual y reproductiva incorporados al pensum de estudios del MINEDUC. | Proceso | No. De temas de salud sexual y reproductiva incorporados al pensum de estudios del MINEDUC/ Total de temas solicitados de incorporación X 100. | 100% | 2010-2015 anual | Despacho Ministerial PNSR. |
| | | 2.4.5 | Involucramiento de hombres y mujeres en procesos de sensibilización, capacitación y empoderamiento para el ejercicio de la paternidad y maternidad responsable. | % de procesos de sensibilización dirigidos a hombres y mujeres sobre el ejercicio de la paternidad y maternidad responsable. | Proceso | No. De procesos de sensibilización dirigidos a hombres y mujeres sobre el ejercicio de la paternidad y maternidad responsable efectuados/ Total de procesos programados X 100. | 100% | 2010-2015 anual | PNSR, PROEDUSA, Unidad de Comunicación Social UASPLIG. |
| 2.5 | Promover el acceso a los métodos de Planificación Familiar. | 2.5.1 | Incremento de la demanda de los métodos de Planificación familiar, mediante la estrategia de la consejería balanceada, con pertinencia cultural y genero. | Porcentaje de usuarias nuevas en el año que utilizan métodos de planificación familiar | Proceso | Número usuarias nuevas que ingresan al programa de PF/ Número de ME Programados X100. | 100% | 2010-2015 anual | PNSR, PROEDUSA, DAS, Vice Ministerio Hospitales, UASPLIG, Unidad Logística. |
| | | 2.5.1.1 | Investigación sobre la reproducción humana desde la logística de los pueblos indígenas. | estudio desarrollado. | | | | | Unidad de Pueblos Indígenas. |

| | | | | | | | | | | |
|-----|---|--|-------|---|--|-----------|---|-----------------------------|------------------|--|
| | | | 2.5.2 | Abastecimiento de métodos de planificación familiar a toda la red de servicios. | % de servicios abastecidos con métodos de planificación familiar. | Proceso | No. De servicios abastecidos con métodos de planificación familiar/total de servicios X 100. | 100% | 2010-2015 anual. | PNSR, DAS, Vice Ministerio de Hospitales. Unidad de Logística. |
| | | | 2.5.3 | Oferta sistemática de los métodos de planificación familiar en el post evento obstétrico promoviendo la importancia del espacio intergenésico óptimo. | % mujeres por post evento obstétrico con métodos de planificación familiar para espaciar embarazos. | Resultado | Total de nacimientos/Población total X 1000. | Nacional: 22.18 por 1000 NV | 2010-2015 anual. | PNSR, DAS, Vice Ministerio de Hospitales. |
| 2.6 | Prevenir y atender las lesiones que predisponen al cáncer cérvico uterino y otras afecciones ginecológicas. | | 2.6.1 | Fortalecimiento de la competencia técnica del personal en el tema de prevención de cáncer de la mujer mediante la aplicación de normas, protocolos, guías y manuales. | % de personal capacitado para la prevención, detección y atención del cáncer en la mujer. | Proceso | No. De personal capacitado en prevención, detección y atención del cáncer en la mujer/Total del personal programado a capacitar X 100. | 80% | 2010-2015 anual. | PNSR, DAS, Vice Ministerio de Hospitales. |
| | | | 2.6.2 | Incremento de la cobertura del tamizaje cervicouterino para la prevención y detección temprana del cáncer. | % de cobertura de detección temprana de cáncer cérvico uterino. | Resultado | No. De mujeres con muestra de Papanicolaou (TAMIZA-DAS) / Total de mujeres en edad fértil X 100. | 80% | 2010-2015 anual. | PNSR, DAS, Vice Ministerio de Hospitales. |
| | | | 2.6.3 | Fortalecimiento de la capacidad diagnóstica y terapéutica de las lesiones neoplásicas ginecológicas. | % de servicios con capacidad diagnóstica y terapéutica para la atención de las lesiones neoplásicas ginecológicas. | Resultado | No. De servicios fortalecidos para el diagnóstico y tratamiento de las lesiones neoplásicas ginecológicas/ Total de servicios programados a fortalecer X 100. | 80% | 2010-2015 anual. | PNSR, DAS, Vice Ministerio de Hospitales. |
| 2.7 | Fortalecer el sistema de referencia y contra referencia en los tres niveles de atención. | | 2.7.1 | Estandarización de lineamientos para la operativización del sistema de referencia y contra referencia. | Lineamientos para el sistema de referencia y contra referencia establecido. | Proceso | lineamientos estandarizados. | 100% | 2010-2015 anual. | PNSR |
| | | | 2.7.2 | Implementación del sistema de referencia y contra referencia en los tres niveles de atención. | % de pacientes evaluados y referidos oportunamente al nivel correspondiente. | Resultado | No. de pacientes evaluados y referidos oportunamente al nivel correspondiente/total de emergencias obstétricas atendidas X 100. | 100% | 2010-2015 anual. | DAS, Vice Ministerio de Hospitales. |

OBJETIVO ESTRATÉGICO TRES

AMPLIAR LA COBERTURA Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE AGUA Y SANEAMIENTO BÁSICO EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN

OBJETIVO ESTRATÉGICO TRES

| | | | | | | | | |
|-----|---|-------|--|--|---------|------|-----------------------------|--|
| 3,1 | Verificar a través del monitoreo continuo la implementación de infraestructura, equipo e insumos necesarios para el uso correcto del agua así como el manejo de los desechos en los servicios de los tres niveles de atención, especialmente los que atienden eventos obstétricos, con enfoque de género e interculturalidad. | 3.1.1 | Diseño de instrumentos para el monitoreo de las condiciones básicas necesarias que faciliten un parto limpio y seguro, así como el uso correcto del agua en los tres niveles de atención incluyendo a las Abuelas comadronas, parteras y AECAMN y EBS. | Instrumento diseñado para el monitoreo. | Proceso | 100% | 2010-2015 semestral, anual. | DRASES, PNSR, DAS, Vice Ministerio de Hospitales, UASPLIG, División de Salud y Ambiente. |
| | | 3.1.2 | Monitoreo en el cumplimiento de la normativa relacionada con el uso correcto del agua así como el manejo de desechos, especialmente los que atienden eventos obstétricos. | % de servicios que resuelven eventos obstétricos que cumplen con la normativa relacionada con el uso correcto del agua así como el manejo de desechos. | Proceso | 100% | 2010-2015 semestral, anual. | DAS, Vice Ministerio de Hospitales, División de Salud y Ambiente, SIAS. |

FORTALECER EL DESARROLLO DEL RECURSO HUMANO EN SALUD A NIVEL TÉCNICO, ESPECIALIZADO Y LA ADMINISTRACIÓN DE LA FUERZA LABORAL PARA GARANTIZAR LA ATENCIÓN CALIFICADA EN LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, (ADOLESCENCIA, EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO Y NEONATO).

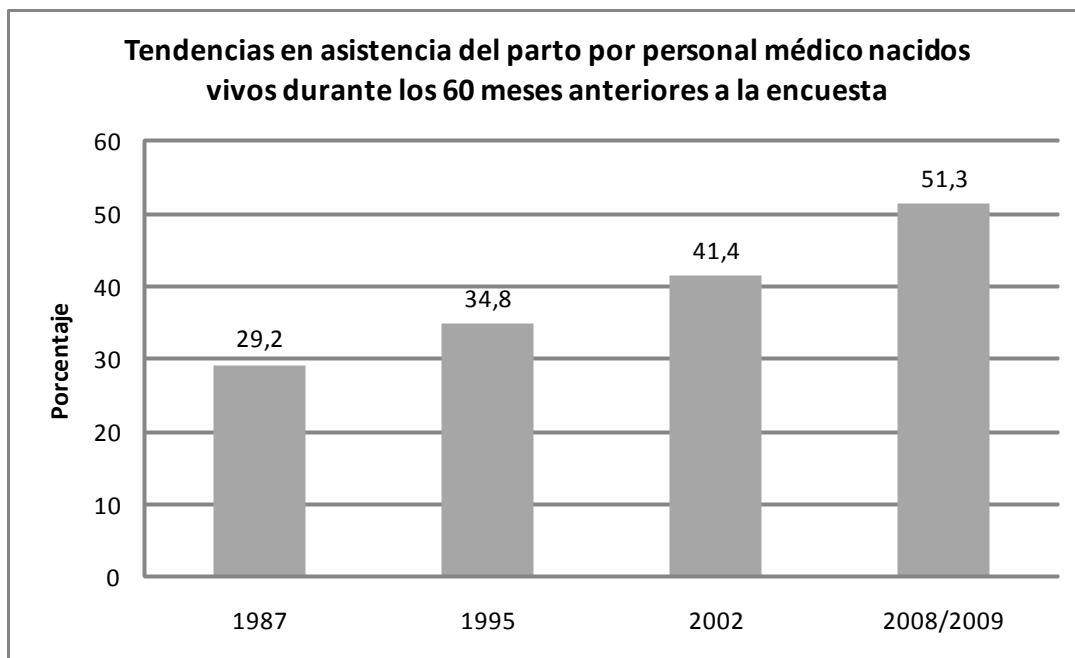
OBJETIVO ESTRATÉGICO CUATRO

| | | | | | | | | | |
|-----|--|-------|--|---|------------|---|---|------------------|--|
| 4,1 | Fortalecer competencias y actualización del recurso humano en el cumplimiento de las prácticas de medicina basada en evidencia en temas de salud sexual, reproductiva y atención materna neonatal en los tres niveles de atención utilizando técnicas innovadoras con enfoque de género e interculturalidad. | 4.1.1 | Línea de Base para la identificación de las brechas de capacitación de acuerdo al cumplimiento de las prácticas de medicina basada en la evidencia en salud sexual, reproductiva y materna neonatal. | % de Recurso Humano que completa el proceso educativo por medio de alternativas de formación. | Resultado | Número de recurso humano que completa el proceso educativo por medio de alternativas de formación/ Número de recurso Humano que inicia el proceso educativo por medio de alternativas de formación x 100. | 80% del recurso humano completa el proceso educativo. | 2010-2015 anual. | DECAP, PNSR, SIAS, Dirección General de RRHH, |
| 4,2 | | 4.1.2 | Creación y gestión de talleres, seminarios, diplomados en las áreas correspondientes según resultados obtenidos en la evaluación de desempeño utilizando metodología y tecnología que permita la descentralización de la capacitación. | % de actividades desarrolladas en las Áreas correspondientes, según resultados obtenidos en evaluación del desempeño/ No de actividades planificadas. | Resultado | No. de actividades desarrolladas en las Áreas correspondientes, según resultados obtenidos en evaluación del desempeño/ No de actividades planificadas. | 100% | 2010-2015 anual. | DECAP, PNSR, SIAS, Dirección General de RRHH, DAS. |
| 4,2 | Coordinación y alianza entre el MSPAS Y las instituciones formadoras de recurso Humano en salud para que incluyan temas de salud sexual y reproductiva en sus diversos componentes, con perspectiva de género e interculturalidad. | 4.2.1 | Inclusión y fortalecimiento dentro de los pensum de estudios de las escuelas formadoras de recurso humano del MSPAS, de los temas relacionados con salud sexual y reproductiva en sus diversos componentes, Normas, guías, protocolos del MSPAS. | % de escuelas formadoras de recurso humano que incluyen temas de salud sexual y reproductiva, normas, Guías y Protocolos del MSPAS. | Resultado | No. De escuelas formadoras de recurso humano que incluyen temas de salud sexual y reproductiva, normas, guías y protocolos del MSPAS/ No Total de escuelas formadoras. | 80% | 2010-2015 anual. | DECAP, PNSR, Dirección General de RRHH. |
| 4,3 | Descentralizar la administración del personal con el perfil que responda a las necesidades de las unidades y servicios de salud Reproductiva en los tres niveles de atención. | 4.3.1 | Establecimiento de procesos de selección y contratación de personal según las necesidades del MSPAS Elaboración del perfil del proveedor de servicios de salud reproductiva, de los tres niveles de atención. | % de personal seleccionado según los requerimientos del MSPAS. | Resultado | Número de personas seleccionadas y contratadas/Total de requerimientos de personal del MSPAS. | 80% (2011) | 2010-2015 anual. | Administración de RRHH, PNSR. |
| | | 4.3.2 | Desconcentración y descentralización de la gestión y procesos de administración del personal en salud con enfoque de género y pertinencia cultural. | % de unidades ejecutoras con jefatura de recursos humanos . | Estructura | Unidades ejecutoras con jefaturas de recursos humanos / total de unidades ejecutoras x 100. | 100% (2011) | 2010-2015 anual. | Administración de RRHH, DAS. |
| 4,4 | Promover la creación por RRHH de la carrera administrativa del proveedor de SSR en los tres niveles de atención, con enfoque de género e interculturalidad. | 4.4.1 | Creación de las condiciones para impulsar la reclasificación de puestos y salarios del personal en salud reproductiva, con enfoque de género y pertinencia cultural. | % de personal reclasificado . | Resultado | Porcentaje de personal reclasificado/ Total de personal x 100. | 100% del personal 011 para 2011 | 2010-2015 anual. | Dirección General de RRHH. |

Anexos

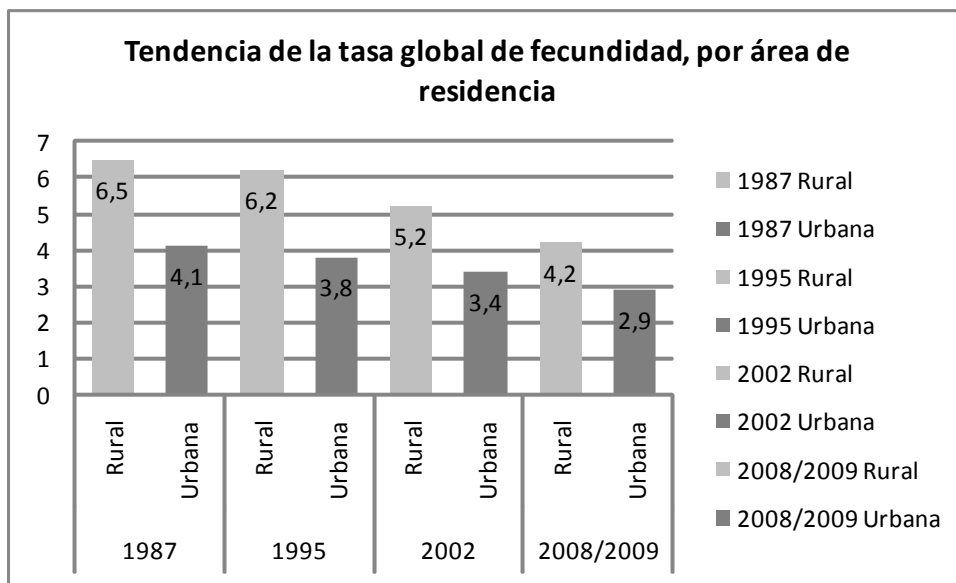
ANEXOS

(1) Tendencias en la Tasa Global de Fecundidad (TGF): Promedio de nacimientos por mujer.



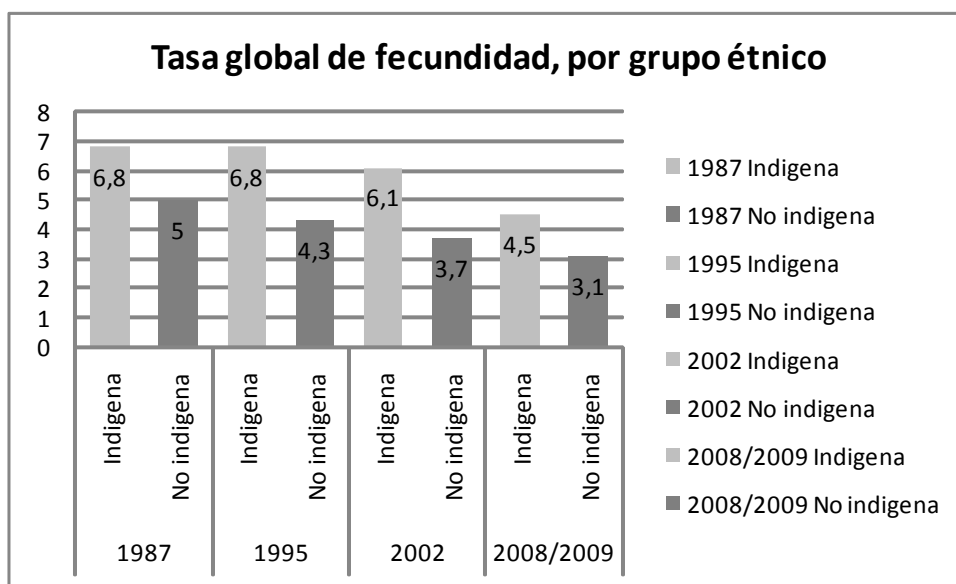
Fuente: ENSMI's 1987, 1995, 2002 y 2008/09.

(2) Tendencias en la Tasa Global de Fecundidad, por área de residencia.



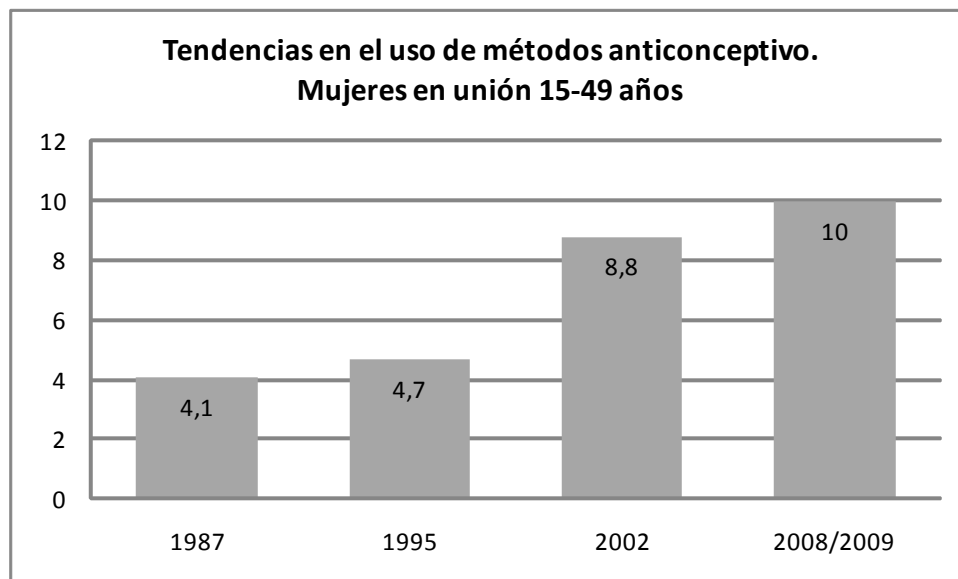
Fuente: ENSMI's 1987, 1995, 2002 y 2008/09.

(3) Tendencias en la Tasa Global de Fecundidad, por área de residencia.



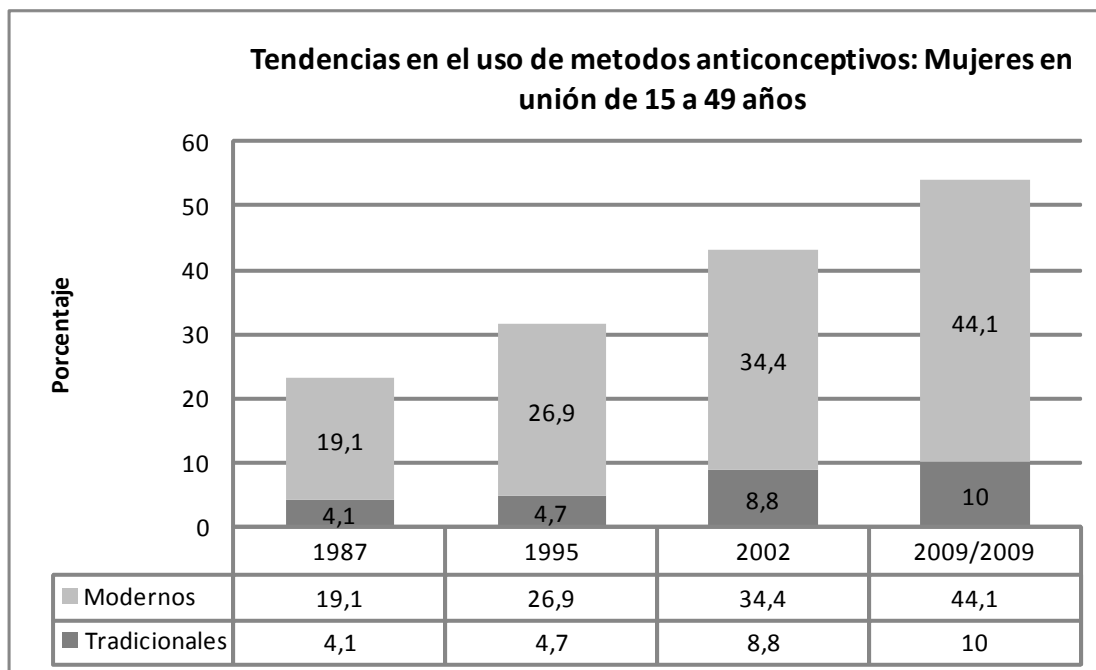
Fuente: ENSMI's 1987, 1995, 2002 y 2008/09.

(5) Tendencias en el uso de métodos anticonceptivos:
Mujeres en unión de 15-49 años.



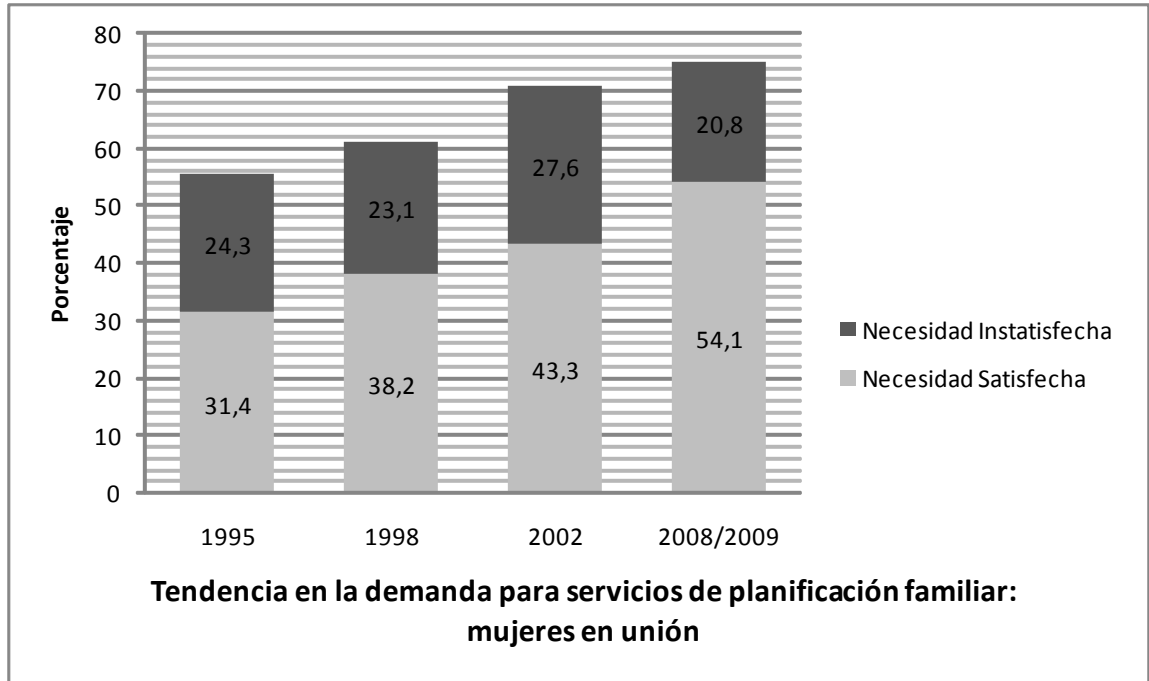
Fuente: ENSMI's 1987, 1995, 2002 y 2008/09.

(6) Tendencias en el uso de anticonceptivos, por tipo de método:
Mujeres en unión de 15 a 49 años.



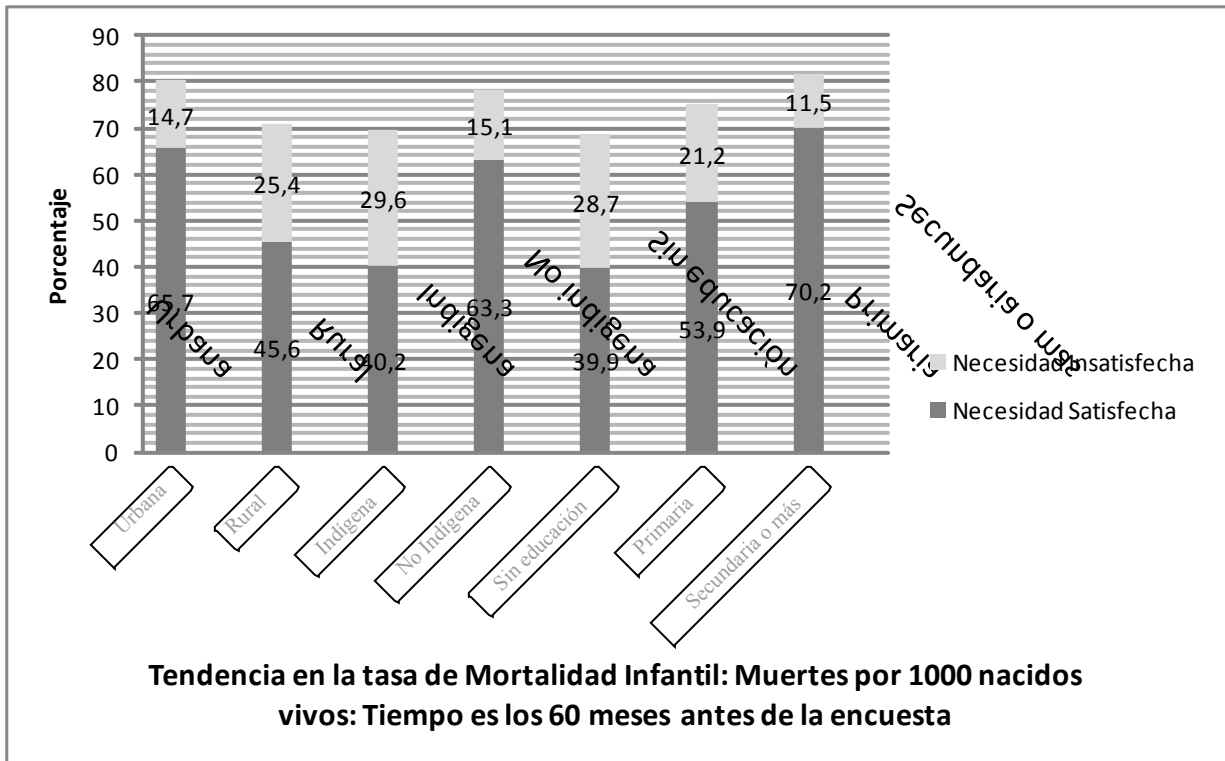
Fuente: ENSMI's 1987, 1995, 2002 y 2008/09.

(7) Tendencia en la demanda para servicios de planificación familiar: Mujeres en unión.



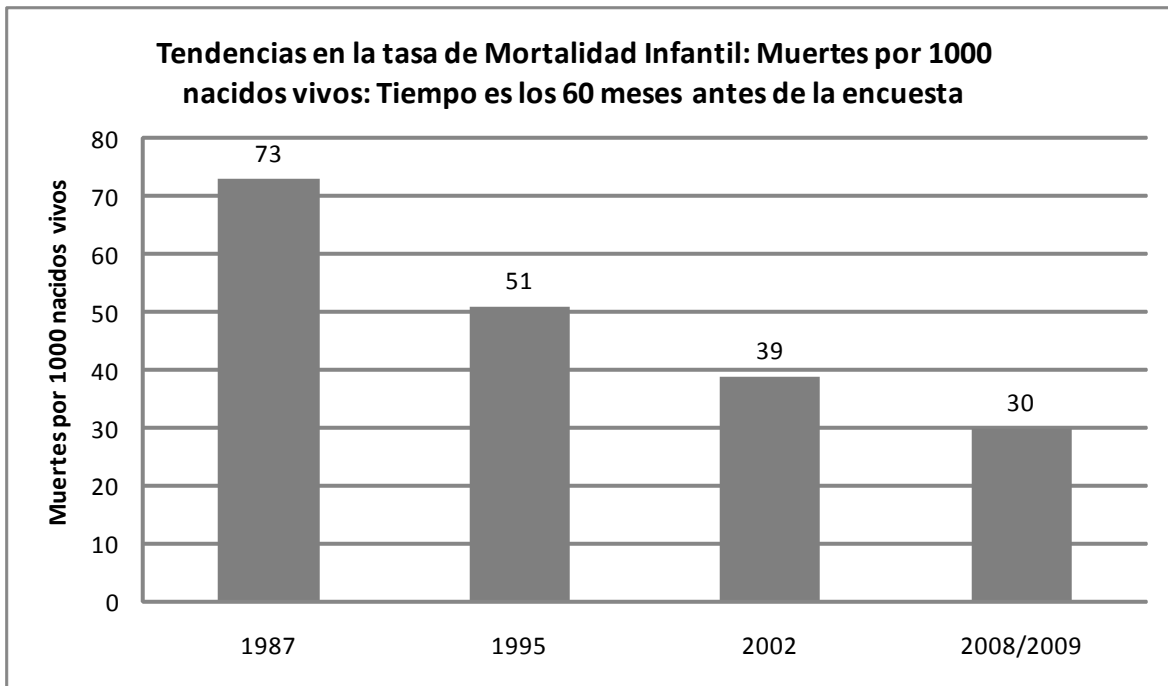
Fuente: ENSMI's 1987, 1995, 2002 y 2008/09.

(8) Tendencias en la Tasa de Mortalidad Infantil: Muertes por 1000 nacidos vivos: Tiempo es los 60 meses antes de la encuesta.



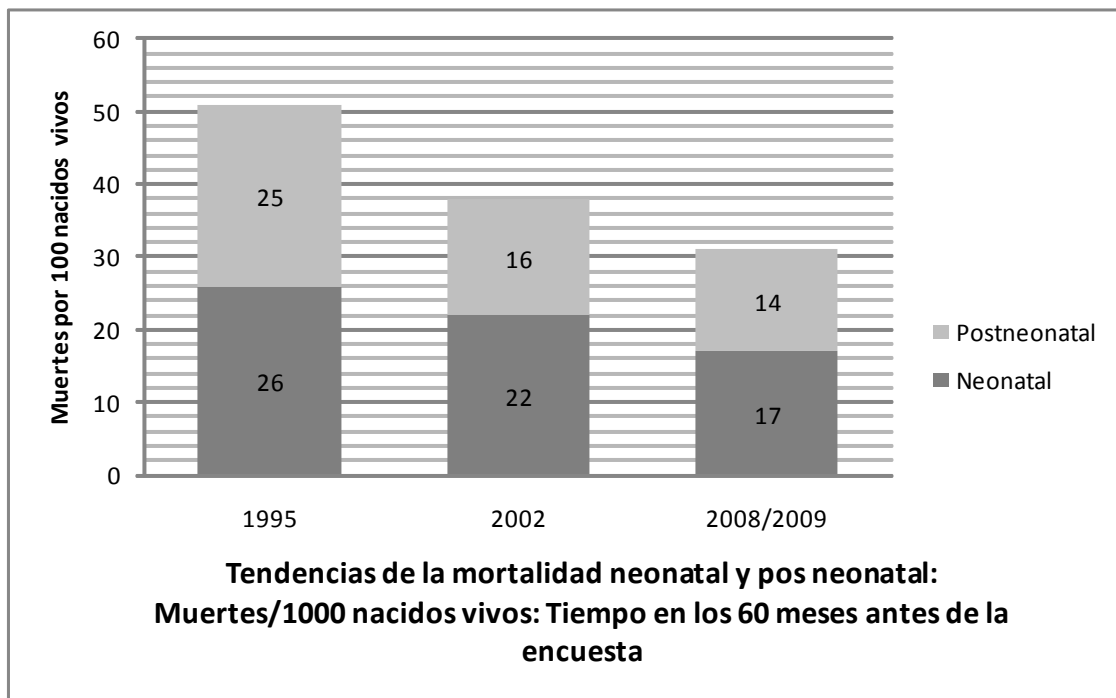
Fuente: ENSMI's 1987, 1995, 2002 y 2008/09.

(9) Tendencias en la Tasa de Mortalidad Infantil: Muertes por 1000 nacidos vivos: Tiempo es los 60 meses antes de la encuesta



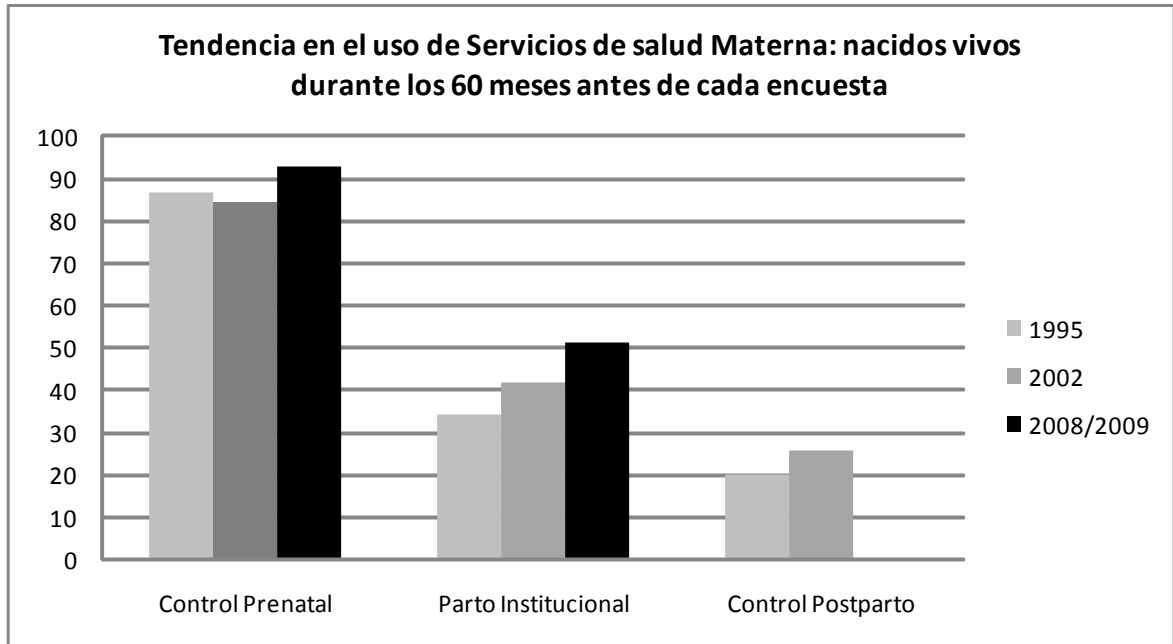
Fuente: ENSMI's 1987, 1995, 2002 y 2008/09.

(10) Tendencias en la mortalidad neonatal y postneonatal: Muertes/1000 nacidos vivos: Tiempo es los 60 meses antes de la encuesta.



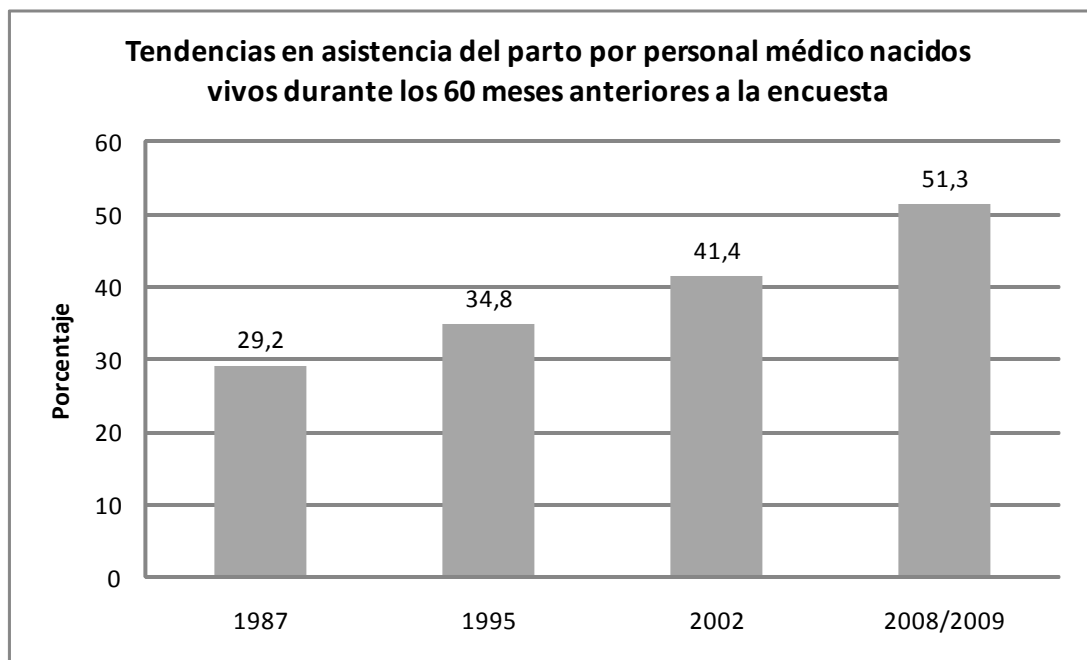
Fuente: ENSMI's 1987, 1995, 2002 y 2008/09.

(11) Tendencias en el uso de servicios de salud materna:
Nacidos vivos durante los 60 meses antes de cada encuesta.



Fuente: ENSMI's 1987, 1995, 2002 y 2008/09.

(12) Tendencias en asistencia del parto por personal médico nacidos vivos durante los 60 meses anteriores a la encuesta



Fuente: ENSMI's 1987, 1995, 2002 y 2008/09.

Bibliografía

BIBLIOGRAFIA

1. La atención calificada durante el parto. Recomendaciones para política. Mia MacDonald y Ann Starrs. Family Care International. Inc 2003.
2. La atención calificada durante el parto un cuaderno informativo. Secretaría del Grupo Interagencial por una Maternidad Sin Riesgo (IAG) Family Care International 2003.
3. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009 Guatemala, Noviembre 2009.
4. Estrategia Regional para la Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Materna, junio 2002, Washington D.C.
5. Modelo de Debora Maine & Serren Thadeus, Soc, Sci. 1994 y Proyecto Mother Care 1998.
6. Lineamientos y Normas de Salud Reproductiva PNSR, Guatemala, Octubre 2002.
7. Protocolo de Salud Reproductiva, MSPAS/PNSR, Guatemala. 2003.
8. Ley de Desarrollo Social en Guatemala, octubre 2001.
9. Punto Resolutivo del Congreso de la República 17-2008.
10. Estrategia y Plan de Acción Regionales Sobre la Salud del Recién Nacido en el Contexto del Proceso continuo de la atención de la Madre del Recién Nacido y del Niño. 48º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. 60ª Sesión del Comité Regional Washington, D.C EUA, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2008. Organización Panamericana de la Salud.
11. Informe Final Línea Basal de Mortalidad Materna para el año 2000. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala marzo 2003.
12. Mortalidad Materna en 2005. Estimaciones elaboradas por la OMS, UNICEF, UNFPA Y BANCO MUNDIAL. Organización Mundial de la Salud. 2008.

Glosario de siglas

Glosario de siglas

APA: Atención Post-Aborto.
APROFAM: Asociación Pro Bienestar de la Familia.
CAP: Centro de Atención Permanente
CAIMI: Centro de Atención Integral Materno Infantil
CIPD: Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo.
CNAA: Comisión Nacional para el Aseguramiento de Anticonceptivos.
CNE:: Centro Nacional de Epidemiología
DAS: Dirección de Área de Salud.
DECAP: Departamento de Capacitaciones
ENSMI: Encuesta Nacional Salud Materno Infantil.
GO: Gineco-obstetras del Programa Nacional de Salud Reproductiva.
IEC: Información, Educación y Comunicación.
IGSS: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
ITS: Infecciones de Transmisión Sexual.
IVAA: Investigación Visual con Acido Acético.
LBMM: Línea Basal de Mortalidad Materna.
MINEDUC: Ministerio de Educación.
MSPAS: Ministerio de Salud Pública Y Asistencia Social.
OPS: Organización Panamericana de la Salud.
PNSR: Programa Nacional de Salud Reproductiva.
PROEDUSA: Promoción de Educación en Salud.
RMM: Razón de Mortalidad Materna.
SIAS: Sistema Integral de Atención en Salud.
SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
SIGSA: Sistema de Información Gerencial en Salud.
SR/PF: Salud Reproductiva/ Planificación Familiar.
SSR: Salud Sexual y Reproductiva.
VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

Dr. Ludwig Ovalle
Ministro de Salud pública y Asistencia Social

Dra. Silvia palma
Viceministra de Hospitales

Dr. Pedro Rosales
Viceministro Técnico

Dr. Guillermo Echeverría
Viceministro Administrativo

DIRECTORES

Dra. Xiomara Castañeda
Directora del Sistema Integral de Atención en Salud

Dr. Edgar Gonzáles
Coordinador de la Unidad de Planificación Estratégica

Dr. Salomón López
Director General de regulación Vigilancia y Control de la Salud

Dr. Cesar González
Director de Recursos Humanos

Lic. Albertico Orrego Góngora
Gerente General Administrativo y Financiero.

Dr. Rafael Haeussler
Jefe del Departamento de Atención a las Personas.

EQUIPO TECNICO PROGRAMA NACIONAL DE SALUD REPRODUCTIVA

Dra. Miriam Bethancourt
Coordinadora del Programa Nacional de Salud Reproductiva

Dra. Consuelo Arriola
Componente de Adolescentes

Dr. Erick Álvarez
Componente de Cáncer Ginecológico.

Dr. Carlos Morales
Componente de Planificación Familiar

Licda. Julieta Flores Arango
Componente de Logística

Licda. Mirna Flores
Componente de Paternidad y Maternidad Responsable

Dr. Julio García Colindres.
Componente de Vigilancia Epidemiológica

Componente Materno Neo Natal
Dra. Ludy Rodas
Dr. Carlos Yax,
Dr. Carlos Cifuentes

Licda. Almeda Aguilar Fajardo.
Comadronas

CONSULTORES DEL DESPACHO MINISTERIAL

Dr. Francisco Chew
Nutrición

Dr. Carlos Quan
Componente Neo Natal

EQUIPO TECNICO MINISTERIO DE SALU PÚBLICA UNIDAD DE PUEBLOS INDIGENAS

Licda. Lourdes Xutumul Piox

EQUIPO TECNICO DEL CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA

Dr. Francisco J. Ardon P.
Dr. Juan Chojoj Mux

EQUIPO TECNICO UNIDAD COMUNICACIÓN SOCIAL CS/MSPAS

Licda. Sandra Caravantes
Licda Raquel León
Licda. Tanya Migoya
Lic. Carlos López Rueda

EQUIPO TECNICO DEL OBSERVATORIO DE SALUD REPRODUCTIVA (OSAR)

Dr. Alfredo Moreno
Dra. Mirna Montenegro
Dr. Carlos Paz
Dra. Laura Figueroa

EQUIPO TECNICO DEL INSTITUTO GUATEMALATECO DE SEGURIDAD SOCIAL (IGSS)

Dr. Edgar Herrarte M.
Dr. Jorge de Alvarado Andrade
Dr. José Fernando Ortiz

EQUIPO TECNICO DEL PROYECTO DE SALUD Y NUTRICION (BANCO MUNDIAL)

Dr. Eduardo Rodríguez Reyes

EQUIPO TECNICO DE LA ASOCIACION GUATEMALTECA DE LAS MUJERES MÉDICAS (AGMM)

Dra. Carolina Salazar

EQUIPO TECNICO USAID/HCI

Dr. Carlos Leonel Gómez Barrera
EQUIPO TECNICO USAID/RHPI
Dr. Telma Duarte
Dr. Marisela de la Cruz

EQUIPO TECNICO USAID/DIALOGO

Dr. Werner Figueroa

EQUIPO TECNICO PASMO

Licda. Pilar Sebastián
Dr. Edwin L. Morales
Dra. Rossana Cifuentes

EQUIPO TECNICO OPS/OMS

Dr. Fernando Amado
Dr. Homero Ramírez
Dr. Daniel Frade

EQUIPO TECNICO AGOG

Dr. Margarito Castro

EQUIPO TECNICO UNFPA

Dr. Alejandro Silva

Dra. Hilda Rivas

EQUIPO TECNICO DE CONVERGENCIAS CIVICO POLITICAS DE MUJERES

Dra. Dora Amalia Taracena

EQUIPO TECNICO DE POPULATION COUNCIL

Dra. Diana Letona

EQUIPO TECNICO ISAM

Dr. Ernesto Monzón

VICEMINISTERIO DE HOSPITALES

Dr. Gustavo Batres

Dr. Carlos Grajeda



**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Programa Nacional de Salud Reproductiva**

