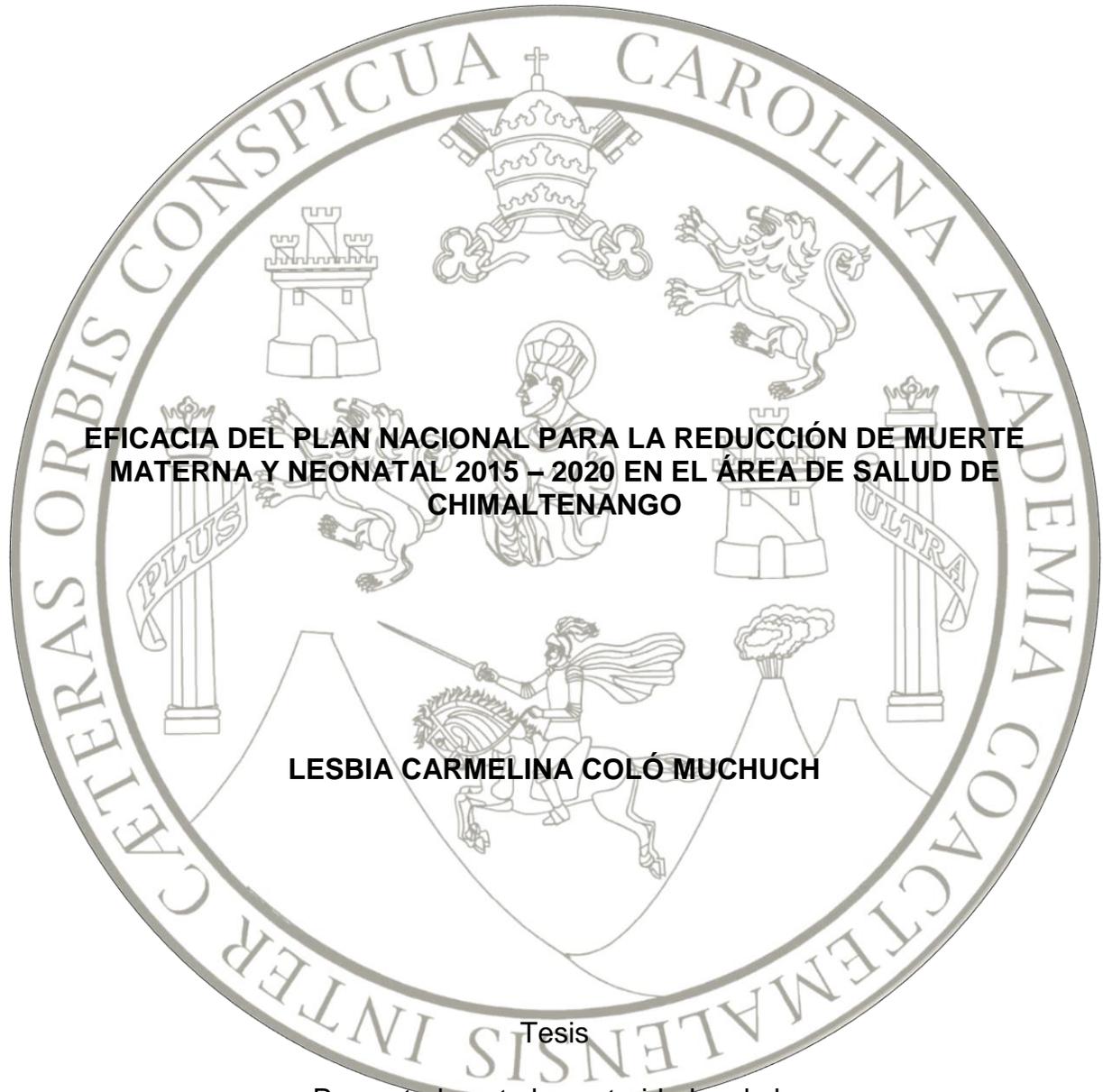


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



**EFICACIA DEL PLAN NACIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE MUERTE
MATERNA Y NEONATAL 2015 – 2020 EN EL ÁREA DE SALUD DE
CHIMALTENANGO**

LESBIA CARMELINA COLO MUCHUCH

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Salud Pública con Énfasis en Gerencia de Sistemas
y Servicios de Salud
Para obtener el grado de
Maestra en Salud Pública con Énfasis en en Gerencia de Sistemas
y Servicios de Salud

Octubre 2021



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

ME.OI.404.2021

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Lesbia Carmelina Coló Muchuch

Registro Académico No.: 200220134

No. de CUI : 2411751510406

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en **Salud Pública con Énfasis en Gerencia de Sistemas y Servicios de Salud**, el trabajo de TESIS **EFICACIA DEL PLAN NACIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE MUERTE MATERNA Y NEONATAL 2015-2020 EN EL ÁREA DE SALUD DE CHIMALTENANGO**

Que fue asesorado por: Dra. Mirna Jeaneth Montenegro Rangel, MA.

Y revisado por: Dr. Joel Eleazar Sical Flores.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **Octubre 2021**

Guatemala, 23 de Septiembre de 2021.


SEPT. 24, 2021

Dr. Rigoberto Velásquez Paz, MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. José Arnoldo Saenz Morales, MA.
Coordinador General de
Maestrías y Especialidades



/dlsr

Guatemala, 23 de junio de 2021

Señores
Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas,
Escuela de Estudios de Postgrado
Ciudad

A quien interese:

Por este medio me permito informarle que he llevado a cabo la revisión de los aspectos gramaticales (morfología y sintaxis), semánticos, ortográficos, pragmáticos y formales de la tesis que se me encargara. Aclaro que he respetado las correcciones relacionadas con los aspectos técnicos de la especialidad, realizadas por los asesores, para asegurar el contexto del proyecto de graduación de:

LESBIA CARMELINA COLÓ MUCHUCH

La cual se titula:

**EFICACIA DEL PLAN NACIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE MUERTE MATERNA Y
NEONATAL 2015 – 2020 EN EL ÁREA DE SALUD DE CHIMALTENANGO**

La profesional deberá presentar el texto corregido y, si se le requiere, las versiones trabajadas por el correcto.

Respetuosamente,



Dra. Elsa Nuila Paredes
Correctora externa
Colegiado No. 232

Elsa Nuila Paredes
LICENCIADA EN LETRAS
DOCTORA EN EDUCACIÓN
COLEGIADO No. 2324

Ciudad de Guatemala, 2 de Julio de 2020

Doctor

Joel Eleazar Sical Flores

Coordinador Específico

Maestría en Ciencias en Salud Pública

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de San Carlos de Guatemala

Presente

Respetable Doctor Sical:

Por este medio informo que he asesorado a fondo el informe final de graduación que presenta la Doctora **LESBIA CARMELINA COLÒ MUCHUCH, carné 200220134**, de la carrera de Maestría en Salud Pública con Énfasis en Gerencia de Sistemas y Servicios de Salud, el cual se titula **"EFICACIA DEL PLAN NACIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE MUERTE MATERNA Y NEONATAL 2015 - 2020" EN EL ÀREA DE SALUD DE CHIMALTENANGO**".

Luego de la asesoría, hago constar que la Dra. **Colò Muchuch**, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,



Dra. Mirna Jeaneth Montenegro Rangel MA
ASESORA DE TESIS

Mirna Jeaneth Montenegro
Médico y Cirujano
Col. 8,701



Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

Guatemala, 04 de agosto de 2020

Doctor
Joel Eleazar Sical Flores
Coordinador Específico
Maestría en Ciencias en Salud Pública
Escuela Estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Médicas
Presente

Estimado Doctor Sical:

Para su conocimiento y efectos le informo que luego de revisar el informe final de tesis presentando por la estudiante, **Lesbia Carmelina Coló Muchuch**, carné: **200220134**, titulado **"Eficacia del Plan Nacional para la reducción de muerte materna y neonatal 2015 - 2020 en el Área de Salud de Chimaltenango"**. El mismo cumple con los requisitos establecidos por el Programa de Maestría en Ciencias en Salud Pública.

Agradeciendo la atención a la presente de usted. Cordialmente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Dr. Alfredo Moreno Quiñónez
Profesor Área de Investigación
Maestría en Ciencias en Salud Pública
Escuela Estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Médicas



Ciudad de Guatemala, 07 de septiembre de 2020

Doctor
José Arnoldo Sáenz Morales, MA.
Coordinador General
Programas de Maestrías y Especialidades
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Respetable Doctor Sáenz:

Por este medio informo que he revisado a fondo el informe final de graduación que presenta la Doctora LESBIA **CARMELINA COLÓ MUCHUCH**, *carne 200220134*, de la carrera de Maestría en Ciencias en Salud Pública con Énfasis en Gerencia de Sistemas y Servicios de Salud, el cual se titula "**Eficacia del Plan Nacional para la reducción de muerte materna y neonatal 2015 – 2020 en el Área de Salud de Chimaltenango**".

Luego de la revisión, hago constar que la Dra. **Coló Muchuch**, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,


Dr. Joel Eleazar Sical Flores
REVISOR DE TESIS

Dr. Joel Eleazar Sical Flores
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado No. 4176

DICTAMEN.UdT.EEP/259-2021
Guatemala, 30 de agosto de 2021

Doctor
Joel Eleazar Sical Flores
Coordinador Específico
Maestría en Salud Pública

Doctor Sical Flores:

Para su conocimiento y efecto correspondiente le informo que se revisó el informe final de la estudiante:

LESBIA CARMELINA COLÓ MUCHUCH

De la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Gerencia de Sistemas y Servicios de Salud, registro académico 200220134. Por lo cual se determina Autorizar solicitud de examen privado, con el tema de investigación:

“EFICACIA DEL PLAN NACIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE MUERTE MATERNAY NEONATAL 2015-2020 EN EL ÁREA DE SALUD DE CHIMALTENANGO”

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz, MSc.
Responsable
Unidad de Tesis
Escuela de Estudios de Postgrado

c.c. Archivo
LARC/karin --

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÒN.....	1
CAPITULO I MARCO TEÒRICO.....	3
CAPITULO II JUSTIFICACIÒN.....	27
CAPITULO III OBJETIVOS.....	29
CAPITULO IV MATERIAL Y METODOS.....	30
CAPITULO V RESULTADOS.....	34
CAPITULO VI DISCUSIÒN Y ANÀLISIS DE DATOS.....	43
CONCLUSIONES.....	50
RECOMENDACIONES.....	52
REFERENCIAS BIBLIOGRÀFICAS.....	54
ANEXOS.....	62

ÍNDICE DE TABLAS

Abastecimiento de anticonceptivo.....	36
Abastecimiento de medicamento materno neonatal.....	37
Atención de urgencias obstétricas y neonatal.....	38
Evaluación de código rojo.....	38
Atención de parto, posparto y recién nacido por persona de salud.....	40
Análisis de muerte materna.....	41

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Usuarías nuevo de DIU, implante y otros métodos.....	35
Embarazadas con control prenatal en el primer trimestre.....	39
Monitoreo de comadrona con carne.....	42

RESUMEN

La evaluación de eficacia del plan Nacional para la reducción de muerte materna y neonatal es esencial, para calificar, medir logro, grado de realización, la eficiencia en cuanto al desarrollo y permite generar información científica valida, para mejorar la calidad del proceso de toma de decisiones públicas. **Objetivo:** evaluar la eficacia del Plan nacional para la reducción de muerte materna y neonatal 2015 – 2020 en el Área de salud de Chimaltenango. **Métodos:** estudio descriptivo transversal observacional, se realizó un análisis univariado de los datos relacionados con el plan de reducción de muerte materna y neonatal y sus estrategias de planificación familiar, servicios de salud integrados, recursos humanos calificado, vigilancia epidemiológica y sistema de información. **Resultados:** el 94 % de los distritos no se alcanzaron las metas de cobertura del primer control prenatal, el 71 % de referencias obstétricas y neonatal, el 59 % con desabastecimiento de medicamentos de planificación familiar. No se realizó análisis de morbilidad materna y mortalidad neonatal. **Conclusiones:** hay ineficacia del plan Nacional para la reducción de muerte materna y neonatal 2015 – 2020 en el área de salud de Chimaltenango por el incumplimiento de las metas establecidas en las estrategias de planificación familia y recursos humanos

Palabras clave: evaluación de programa, estrategias, mortalidad materna y neonatal.

INTRODUCCION

La evaluación de programas resulta esencial en el terreno de la política pública y el manejo efectivo de programas particularmente en el contexto de la provisión de servicio de salud, la atención de necesidades de salud de la población. De esta forma se constituye en un mecanismo de redistribución de recursos que busca compensar las desigualdades entre los distintos sectores de la sociedad, con criterio de equidad y justicia social. ^{1,2}

La organización Mundial de la Salud (OMS) enfoca la valoración de las políticas públicas, el funcionamiento de los programas y los resultados de mayor alcance, la evaluación de impacto, de los sistemas de salud en las condiciones de salud de la población. ¹

Para Perloff y Sussana, 1976 la evaluación de programas se define como la determinación de la medida en que un programa logró uno o más de sus objetivos; las razones por las cuales no los alcanzó y la relación existente entre los efectos de un programa y una diversidad de variables y características del programa. ¹

El objetivo fundamental de la evaluación de impacto en salud (EIS) es mejorar la calidad del proceso de toma de decisiones públicas a través de recomendaciones para reforzar los impactos positivos previstos y minimizar los negativos. ^{4,5}

La evaluación de los planes y de las políticas es un elemento clave en gestión. Como las políticas o los planes suelen incluir un conjunto de componentes que operan simultáneamente y con frecuencia hay factores ajenos que afecta los problemas que se quieren abordar con su actuación, su evaluación es compleja. ⁶

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (MSPAS) reporta que la muerte materna y neonatal es una problemática en salud de Guatemala. Esta situación se refleja en la desintegración familiar, crisis psicosociales y económicas, que, de no superarse, podría llegar a provocar descomposición social, cuando no

se logra superar esta lamentable pérdida.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (MSPAS) de Guatemala implementó el Plan Nacional de Reducción de Muerte Materna y Neonatal que establece acciones estratégicas técnicas / normativas para la reducción de la mortalidad materna en el país, sin embargo, no existe un plan para la evaluación de impacto de este. 6, 7

Se realizó un estudio descriptivo transversal observacional para evaluar las estrategias del plan, para determinar la eficacia de este.

Se determinó luego de la evaluación del plan los alcances de las metas propuestas para las estrategias: 1. Eje estratégico de planificación familiar Metodología anticonceptiva; no se realizó campañas de comunicación de métodos de planificación familiar y falta de plan de capacitación, actualización y monitoreo de los servicios, no se registró abastecimiento ideal de todos los métodos de planificación familiar, 2. Eje estratégico red de servicios de salud integrados; el 94 % de distritos no alcanzo cobertura ideal de primer control prenatal de primer trimestre del embarazo, el 76 % de distrito registro un 50 % de su meta de referencias obstétricas y neonatales, 10 distritos con menos de 60 % de abastecimiento de medicamentos para planificación familiar. 3. Eje estratégico de recursos humanos calificado; no se determinó la cantidad de partos y posparto atendidos por ginecólogo, solo dos distritos Chimaltenango (93%) y El Tejar y (91 %) tuvieron una atención por médico. 4. Eje estratégico de vigilancia epidemiológica y sistema de información; los 17 distritos de salud cuentan con comité de análisis de muerte materna, y no hay registro de análisis de caso de morbilidad materna y mortalidad neonatal.

Existe ineficacia del plan Nacional de Reducción de Muerte Materna y Neonatal 2010 - 2015 y su actualización 2015 – 2020 por incumplimiento de metas

CAPITULO I MARCO TEÓRICO

1.1. Modelo teórico

1.1.1. Modelo teórico con un enfoque integral

Contemplar aspectos de trabajo interdisciplinario y el análisis del problema a lo largo de todo el proceso reproductivo. El modelo aborda integralmente la mortalidad materna (MM), y las complicaciones potencialmente fatales (CPF) y la Muerte Materna Grave (MMG). El modelo consta de siete campos de indagación cada uno de ellos apoyado en resultados científicos generados por el Centro de investigación en salud poblacional (CISAP) de Argentina. Además, está en coordinación con los lineamientos técnicos propuestos por la Organización Mundial de la Salud y el centro Latinoamericano de perineonatología, salud de la mujer y reproductiva. 8

1.1.1.1. Monitorización y evaluación de resultados

Un punto clave de, EIS es monitorizar sistemáticamente los resultados. Se debe estudiar si tras el asesoramiento alcanza los resultados esperados en los dos niveles.

Evaluación de impacto: qué influencia ha tenido en las tomas de decisiones, respondiendo preguntas, como ¿cómo se ha desarrollado la EIS en el desarrollo de la política, programa o proyecto? ¿Cómo ha influido el resultado de la EIS en la medida política? ¿las recomendaciones fueron aceptadas y puestas en ejecución? 8

1.1.1.2. Priorización y conocimiento de problema

La priorización del análisis de la mortalidad materna grave (MMG) y las complicaciones potencialmente fatales (CPF) corresponde a un cambio de paradigma en torno a la muerte materna (MM) que, además de su definición, contempla su magnitud histórica evolutiva y estructura causal. La MM una realidad compleja y poco visibilizada, debe incluir criterios para detectar casos de MMG que

se basa en enfermedades, tienen mayor sensibilidad y, en general, les corresponde la mayoría de los casos. 8

1.1.1.3. Caracterización contextual

El contexto influye sobre la salud sexual y reproductiva. El contexto expresado en sus múltiples facetas (políticas, socioeconómicas, culturales, territoriales, e institucionales) es un potente determinante que explica la variación de los indicadores de salud. La existencia de un marco normativo nacional no asegura el cumplimiento homogéneo en todas las divisiones administrativas de un país. La territorialidad (estructura demográfica, situación socioeconómica e infraestructura), expresa en la accesibilidad de los servicios de salud y una gran variedad de los patrones de uso de esos servicios. 8

1.1.1.4. Amplitud Metodológica

La amplitud metodológica requiere de diversas estrategias investigativas de triangulación que integren tanto aspectos cuantitativos, como los cualitativos.

La investigación cualitativa contribuye a destacar las dimensiones sociales y culturales de esos problemas y permite ampliar su comprensión, facilita el conocimiento de dimensiones complejas que no se reflejan en los registros clínicos o las estadísticas.

Como el modelo Maine, conocido como las tres demoras, se pueden abordar las muertes maternas a partir de esas demoras explicativas. 8

1.1.1.5. Gestión de conocimientos

Para abordar integralmente la MM, la MMG y las CPF, es necesario establecer un sistema de información que oriente las acciones programáticas. 8

1.1.1.6. Innovación

La investigación en salud pública cobra sentido cuando su propósito tiende a

presentar respuesta a problemas relevantes de la población. Algunas líneas que apoyan esta visión están representadas por la investigación aplicada, operativa y de implementación. 8

1.1.1.7. Implementación

La medida de implementación se traduce en acciones concretas sobre el sistema de salud. A partir de estudios de MMG, los ministerios de salud provinciales definieron la creación de las unidades de respuesta rápida en los hospitales de mayor complejidad, según las estrategias propuestas por la Organización Panamericana de la Salud y el respaldo de diversas publicaciones científicas. Estas unidades de respuesta rápida utilizan un sistema unificado de comunicación y consulta un protocolo estandarizado de atención y un mecanismo común para el traslado de casos cuando lo requieren. 8

1.1.1.8. Monitoreo y evaluación

El monitoreo y evaluación son componentes esenciales de enfoque integral del modelo, ya permite generar información científicamente validada que va más allá de los aspectos clínicos. 8

1.1.2. Metodología teórico integral, propuesta por la OMS para determinar el impacto sobre la salud de los proyectos, propuestas de políticas. 3

1.1.2.1. Valoración de la pertinencia

El primer paso para una evaluación de impacto en salud (ESI) es valorar si la intervención que se va a realizar (una política, un programa o proyecto) va a tener impacto en la salud de la población y si es adecuado la EIS para determinarlo. Se ha desarrollado *check list*, para identificar intervenciones que potencialmente van a tener un impacto en la salud de las poblaciones. 3

1.1.2.2. Definición del alcance de la evaluación

Definir los alcances de la evaluación que se va a realizar, diseñar y planificar adecuadamente la ESI y la profundidad del análisis que se llevará a cabo. En este paso es importante implicar al grupo asesor (en el que deberían participar expertos en el tema o informantes claves y responsables o participantes en la elaboración de la política pan o proyecto a evaluar) y fijar claramente los términos que se evaluarán (objetivos, métodos), el alcance (la profundidad de la evaluación, geográfica como temporal, de contexto, de la política, de la unidad de análisis), los productos esperados, la capacidad y los recursos necesarios (económicos, tiempo, personal).

3

1.1.2.3. Divulgación

Es el momento en que se presenta y negocian las recomendaciones, donde realiza el asesoramiento, ya que, una vez finalizado el proceso de identificación, análisis y priorización de impactos, es posible presentar las medidas que el grupo asesor propone para la mejora de políticas, programas o proyecto evaluado. 3

1.1.2.4. Monitorización y evaluación de resultados

Un punto clave de EIS es monitorizar sistemáticamente los resultados. Hay que estudiar si tras el asesoramiento alcanza los resultados esperados en los dos niveles.

Evaluación de impacto: que influencia a tenido en las tomas de decisiones, respondiendo preguntas tales como ¿Cómo se a desarrollado la EIS en el desarrollo de la política, programa o proyecto? ¿Cómo ha influido el resultado de la EIS en la medida política? ¿las recomendaciones fueron aceptadas y puestas en ejecución? 3

1.2. Marco conceptual

1.2.1. Evaluación

La evaluación trata de determinar la pertinencia de los objetivos y su grado de realización, la eficiencia en cuanto al desarrollo, eficacia, impacto, y viabilidad.

La evaluación es el cálculo para calificar y medir el logro y la forma de satisfacer los objetivos propuestos de un determinado sistema o unidad y plantea una evaluación integral requiere considerar la continuidad de los procesos de evaluación, su carácter científico, la inclusión de las expectativas de los usuarios, tanto internos como externos, las oportunidades y las amenazas existentes en el entorno; así como la complejidad de los elementos que integran el fenómeno de evaluación: los objetivos de la institución, las metas, la visión, las estrategias, las acciones, productos, servicios, recursos, eficiencia y eficacia, beneficios de impacto. ^{9,10,11}

1.2.1.1. Evaluación de impacto

Proceso que posibilita el conocimiento de los efectos de un proyecto o programa en relación con las metas propuestas y los recursos movilizados (Liberta Bonilla 2007). Efectos con relación a las metas propuestas y de resultados finales de bienestar más allá que únicamente considerar los productos de un proyecto o la evaluación de un proceso enfocándose en la implementación (Independent Evaluation Group 2006). ⁴¹

Este término se ha vuelto lugar común ya que se emplea constantemente y, con poca rigurosidad. Realizar una evaluación de impacto implica establecer evidencias de una relación causal entre el programa y los resultados de salud que se observa en la población. El establecimiento de relaciones causales es uno de los retos más grandes en la investigación científica. El impacto se refiere a resultado de programas que pueden ser asociados a dimensiones de calidad de vida de desarrollo humano. Los cambios esperados pueden ser cualitativo o cuantitativos, pero siempre deben ser medibles. ¹²

La evaluación de impacto en salud (EIS) se puede llevar a cabo en diferentes momentos del proceso de planificación y realización de una política, programa o proyecto. La función predictiva de la EIS en el apoyo a la toma de decisiones políticas. Es recomendable que esta sea prospectiva, de esta forma será posible modificar su planteamiento inicial. Diversas razones prácticas impiden planificar la

EIS con anterioridad a su implantación de las intervenciones, por lo cual la evaluación se realiza durante la intervención (EIS concurrente) o posterior a esta (EIS retrospectiva).

La ESI concurrente permite actuar durante el proceso de implementación del proyecto, corrigiendo alguno de sus elementos en función de los resultados.

La EIS retrospectiva aporta información relevante de las consecuencias sobre la salud que cabe tener en cuenta en futuras intervenciones similares.

La EIS no fue originalmente diseñada como método de reducción de las desigualdades sociales en salud, ofrece una gran oportunidad de identificar sistemáticamente las potenciales desigualdades derivadas de la implementación de una política y de proponer cambios que promuevan una mayor equidad en salud. ¹²

1.2.2. Tipos de evaluación

1.2.2.1. Evaluación cualitativa

Las evaluaciones cualitativas usan registros narrativos de los fenómenos que son estudiados mediante técnicas como la observación participante, estudios de casos y entrevistas no estructuradas. ¹²

1.2.2.2. Evaluación cuantitativa

La evaluación cuantitativa es aquella en la que recoge y analiza los datos numéricos sobre distintas variables vinculadas con los programas. Se enfoca a determinar la fuerza asociación o correlación entre variables, la generalización y objetividad de los resultados a través de una parte representativa de la población, para hacer inferencia a la totalidad de esta o a un subconjunto específico. ¹

1.2.3. Eje estratégico de planificación familiar/metodología anticonceptiva

La planificación familiar dentro del programa de salud reproductiva garantiza el abastecimiento de métodos de alta calidad en los servicios de salud públicos.

Conlleve la información, consejería, educación sobre la salud sexual y reproductiva de las personas, paternidad responsable y el derecho de las personas a decidir libremente el número de hijos, el momento y frecuencia de los embarazos. De esta manera que asegura que el proveedor tenga las competencias técnicas para prestar servicios de calidad, calidez y cuenten con el equipo e insumo de acuerdo con la normativa establecida por el MSPA. 13, 14, 15, 16

1.2.4. Eje estratégico red de servicio de salud integrados con calidad, calidez y pertinencia cultural

Implementar los mecanismos necesarios para mejorar la salud y calidad de vida de las mujeres y del recién nacido. Promover el desarrollo humano asegurando la maternidad de las mujeres, más vulnerable; adolescentes, jóvenes, población rural, población indígena y población migrante. mediante acceso universal, oportuno, gratuito, veraz, completo y servicio de calidad con pertinencia cultural, antes del embarazo, durante el proceso y después de concluido este; durante el parto y el postparto, para la prevención de la mortalidad materna. 17, 18, 19, 20

1.2.5. Eje estratégico recursos humanos calificados

Proveedor calificado, profesional de salud con destrezas y habilidades, medico/médica, partera/partero, enfermera/enfermero, comadrona técnica que ha recibido capacitación certificada y es competente para la atención del embarazo, parto y postparto, así como sus complicaciones.

Proveedor comunitario y tradicional, persona reconocida en la comunidad, en el primer nivel de atención realiza acciones, como; control prenatal e identificación y referencia de complicaciones obstétricas, consejería en planificación familiar y acompañamiento de la mujer embarazada a los servicios de salud. 20,21,22

1.2.6. Eje estratégico vigilancia epidemiológica y sistema de información

Vigilancia epidemiológica de mortalidad y morbilidad materna neonatal. Las direcciones del área de salud, con apoyo técnico de Centro Nacional de

Epidemiología y del Programa Nacional de la Salud Reproductiva del Ministerio de Salud Pública, tienen la responsabilidad de integrar comités para elaborar sus normas y protocolos de funcionamiento y los instrumentos y mecanismos de la vigilancia epidemiológica en el ámbito nacional. ^{20,23,24}

Los servicios de salud públicos y privados que prestan el servicio materno-neonatal tienen obligación de informar las muertes maternas y neonatales al Centro Nacional de Epidemiología, dentro de las siguientes cuarenta y ocho horas después de haber sucedido el evento. El Centro Nacional de epidemiología debe notificar al sistema de información Gerencial en Salud (SIGSA), un plazo no mayor de cinco días. ²⁵

1.3. Marco Referencial

1.3.1. Muerte materna como problema de salud pública

La mortalidad materna se ha reconocido como un problema de subdesarrollo en el ámbito global, como un indicador que refleja el grado de desarrollo sanitario, razón por la cual su disminución se convirtió en una prioridad para las Naciones Unidas de Desarrollo del Milenio.

La tasa de mortalidad materna representa la probabilidad de que una mujer en edad fértil muera durante un embarazo, el parto o durante dos meses posteriores. Mientras que la razón de mortalidad materna representa la probabilidad de que una mujer ya embarazada muera durante el embarazo, el parto o durante los meses posterior, por lo que pone énfasis en el riesgo obstétrico del embarazo y la mortalidad. ^{26,27,28}

1.3.1.1. Muerte materna en el ámbito mundial

La razón muerte materna (RMM) mundial disminuyó cerca de 44% en los últimos 25 años. De una RMM de 385 por 100,000 nacidos vivos en 1990 a una RMM de 216 por 100,000 nacidos vivos en 2015. El número anual de muertes disminuyó en un 43%, aproximadamente 532,000 en 1990 a una cifra 303,000 en 2015. El riesgo mundial aproximado de muerte materna a lo largo de la vida disminuyó(5)

considerablemente: de 1 muerte por 73 mujeres a 1 por 180.²⁹

Aproximadamente el 99% (302,000) de las muertes maternas registradas en el mundo en 2015 se produjeron en las regiones en desarrollo; destaca África subsahariana con cerca del 66% (201,000), seguido de Asia Meridional (66,000). Las emergencias humanitarias emergentes y las situaciones de conflicto, posconflicto y desastre suponen importantes obstáculos a los progresos en la reducción de la mortalidad materna. En esas situaciones, la descomposición de los sistemas de salud puede causar un aumento espectacular de las muertes debida a las complicaciones que podría tratarse fácilmente en condiciones estable. En los países clasificados como estados frágiles, el riesgo estimado de mortalidad materna a lo largo de la vida es de 1 por 54.

Las consecuencias de la meta del objetivo del desarrollo del milenio consisten en lograr una RMM mundial inferior a 70 necesitará una reducción media de la RMM mundial del orden del 7.5% anual entre 2016 y 2030. Para ello será necesario que la tasa anual de reducción observada entre 1990 y 2015 del 2.3% se multiplique por más de tres. ²⁹

1.3.1.2. Muerte materna en América latina

Riesgo de Mortalidad materna en América Latina y el Caribe, más alta en promedio regional es decir entre 89-359 por 100,000 nacidos vivos. Se trata en particular, de países con tasas de fecundidad altas, niveles elevados de pobreza y cobertura y calidad de atención deficiente. Ningún país mostró una reducción de 75% de ese indicador entre 1990 y 201, 12 países logran una reducción de más de 50% en ese mismo periodo. ³⁰

La mayor parte de las muertes son evitables. El acceso a cuidados maternos de calidad podría prevenir un 54% de las muertes y el acceso universal a la planificación familiar podría prevenir un 29% adicional de defunciones maternas. Entre las causas más frecuentes de mortalidad materna en la región están la

hemorragia (23.1%), la hipertensión inducida por el embarazo (22.1%), las causas indirectas (18.5%), causas directas (14.8%), las complicaciones relacionadas con el aborto en condiciones de riesgo (9.9%) y sepsis (8.3%). se estima que en 2016 hubo unos 3.6 millones de embarazos en adolescentes en la región en los cuales 1.4 millones (39%) terminaron en aborto, en su mayoría de carácter clandestino. ³⁰

1.3.1.3. Muerte materna en Guatemala

La tasa de mortalidad materna en Guatemala es el número anual de muertes maternas por cada 1,000 mujeres de 15 a 49 años de edad, para el periodo 2009-2020 a 2014-2015 fue de 0.15. la muerte materna representó el 13% de todas las muertes en mujeres de 15-49 años de edad. La razón de mortalidad materna (RMM) así estimada es de 140 muertes materna por 100,000 nacimientos vivos para el periodo 2008- 2015. ²⁶

Riesgo de muerte materna durante toda su vida reproductiva de la mujer. Se considera que una mujer durante su vida fértil puede tener varios embarazos y partos, en promedio un número igual a la tasa global de fecundidad de la población. El valor de este riesgo 0.005, lo que indica que, en Guatemala, en las condiciones actuales, una de cada 200 mujeres morirá por causas maternas durante su vida. ²⁶

1.3.2. Factores relacionados con la muerte materna

1.3.2.1. Características sociodemográficas

La mayor proporción de muerte ocurre en mujeres mayores de 35 años. Referente a la media de edad de las mujeres fallecidas, clasificadas como MM hospitalaria (28.4 años), y MM no hospitalaria (29.2 años).

La mayor proporción de muerte, tanto en hospitales (41.48%), como fuera de esto (82.59%), sucedió en mujeres indígenas. De acuerdo con su estado civil, en ambos grupos la mayor proporción de mujeres estaban casadas o unidas (hospitalarios 79.77% y no hospitalarios 92.77%). La proporción de mujeres con una ocupación

no remunerada fue alta en ambos grupos, 98.9% en MM no hospitalarias y 88.8% hospitalarias.

El grado de educación fue bajo en ambos grupos. La proporción de analfabetismo fue 63% en las MM hospitalarias y 69% en la MM no hospitalarias. La media de años de escolaridad fue 2.1 y 1.1 años, respectivamente.

Lugar donde se registró los casos de MM, se agrupa en los departamentos en ocho regiones, de acuerdo con la clasificación que utiliza el Ministerio de Salud Pública (suroeste, sureste, noroeste, norte, Petén, central y Metropolitana). La mayor parte de casos de MM sucedió en zona noroeste. Se encontró que, para los casos de MM hospitalaria la mayor proporción ocurrió en zona metropolitana (45.6%) y zona suroeste (20.7%), casi todo el caso de MM no hospitalaria sucedió en zona noroeste (30.3%).³¹

1.3.3. Evaluación de acción sanitaria en salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) planteó los objetivos de Salud para todos en el año 2000, que tuvieron influencia en la planificación sanitaria en muchos países europeos en España, las comunidades autónomas desarrollaron y aplicaron planes de salud, estimuladas además por las provisiones de la ley general de Sanidad de 1986. Estos planes autonómicos establecieron las líneas estratégicas ligadas a las políticas sanitarias de los gobiernos autonómicos y formularon objetivos estratégicos de la salud y disminución de riesgo.³²

La unión europea, el interés en la EIS tiene origen en el artículo 152 del tratado de Ámsterdam. La declaración de Roma aprobada en conferencia Ministerial de la Unión Europea de diciembre de 2007 resalta la importancia de estrategias de Salud en todas las políticas y con el ello el desarrollo de la EIS. Las experiencias documentadas cubren sectores tan diversos como transporte, vivienda, urbanismo, medio ambiente, salud, desarrollo económico, energía, agricultura, industria y educación.³²

La evaluación de nuevos programas de gestión clínica y asistencia de carácter integrado en el sistema Nacional de Salud para la atención de personas con enfermedades crónicas. Se realizó una revisión exhaustiva de la literatura entre 2002 – 2013 incluyendo revisiones sistemáticas, metaanálisis e informes con modelos de evaluación de programas. Se estudiaron y describieron programas locales de atención a la cronicidad implementados en Cataluña y se realizó entrevistas semiestructuradas con expertos claves. El enlace y el marco conceptual se definieron mediante la técnica del *brainstorming*. 33

El 14 de junio de 2010 se llevó a cabo en la Ciudad de México el lanzamiento de la Iniciativa Salud Mesoamericana 2015, una iniciativa con apoyo político y privado que busca reducir las brechas de equidad en salud en la región Mesoamericana. El lanzamiento de esta iniciativa es una indicación clara de compromiso que realizar acciones para mejorar la salud en distintas áreas, entre las que se incluyen la salud materna, reproductiva y neonatal. 5

El plan regional de acción presentado en este documento buscan ser una guía para actividades de esta iniciativa.

El principal problema para lograr mejoras en esta área es la falta de una implementación efectiva con evaluación rigurosa de prácticas de efectividad probadas. 5

1.3.3.1. Evaluación del Programa en salud

Se define como la respuesta organizada para anticipar, eliminar o reducir uno o más problemas, en donde la respuesta incluye al menos el establecimiento de objetivos, desarrollo de actividades y la aplicación de recursos destinados a su realización. 12

Este concepto fundamental se ha incorporado recientemente de manera explícita a la teoría y práctica de evaluación, según Rossi et al (1999), desde los años 70 varios autores líderes en el campo reconocieron y discutieron de nociones similares.

La teoría del programa no ha sido articulada anteriormente por diseñadores o ejecutores de programas, no ha sido formalmente establecida, por ello, los evaluadores deben hacerla explícita. Se llama evaluación de caja negra a aquella evaluación que se realiza sin haber articulado formalmente la teoría del programa. La disciplina evaluativa ha evolucionado para plantear actualmente la necesidad de evaluar también la pertinencia de los mismos objetivos del programa y para ello la teoría del programa es una herramienta esencial.

Elementos básicos en la teoría del programa: la teoría del proceso; describe planes, organizativos y el de utilización de servicios del programa (se hacen monitoreo y evaluación de procesos). ³⁴

Identifica diversas dimensiones o aspectos prioritarios hacia donde apunta la evaluación de un programa. 1. Pertinencia, 2. Progreso de las acciones establecidas por el programa, 3. Efectividad 4. Eficiencia 5. Impacto. Todas estas consideraciones pueden ser aplicables de manera secuencial o simultánea(6) durante evaluación de un programa, depende de la disponibilidad de recursos, las capacidades profesionales de los evaluadores a cargo de los programas. ¹²

1.3.3.2. Evaluación de políticas y planes

Los planes y las políticas son elementos claves de su gestión. Permite juzgar basándose en datos, su desempeño, si se está alcanzando los objetivos propuestos, permite tener una base para revisar el programa o política, también redefinir los objetivos y alcanzar. ¹

La OMS y diferentes gobiernos estatales y regionales han elaborado políticas y planes de actuación con el objetivo de reducir dichas desigualdades. Las etapas de evaluación de impacto en salud, ordenada según la secuencia temporal.

Cribado: es de crucial importancia, ya que a partir de una valoración preliminar de los posibles impactos de la intervención en salud completa de la intervención en salud y las desigualdades permiten decidir sobre la necesidad de realizar una

evaluación del impacto en salud completa. Esta sección también permite establecer prioridades cuando se trata de seleccionar las políticas más adecuadas para su evaluación en función de criterios preestablecidos. De este modo, según su alcance, se diferencia dos tipos de cribados.

Cribado en profundidad, que se aplica de manera individualizada y analiza los impactos con mayor detalle.

Cribado sistemático que consiste en cribar todas las intervenciones de un área o sector determinado en un mismo proceso. ^{27,43}

1.3.3.3. Enfoques de evaluación

Enfoque analítico: se caracteriza por abordar en mayor o menor medida los componentes estructurales de un programa y puede considerar la evaluación parcial de algunos de sus componentes; utiliza métodos cuantitativos y cualitativos de estudios de investigación.

Enfoque global: apunta a evaluación integral y emplea métodos cualitativos de investigación, si bien en la práctica de programas, se combinan los enfoques y procedimientos de ambos modelos, lo que corresponde a las necesidades de encontrar alternativas, que responde a la necesidad y requerimientos de los programas que se evaluarán, sus características y limitaciones a su alrededor. ¹²

1.3.3.4. Etapas de evaluación de un programa en salud

Reconocimiento del contexto de operación del programa en salud

Es una actividad relevante que debe ser considerada antes de iniciar la planeación y desarrollo de las EAP. Esta actividad es de gran utilidad para los evaluadores externos y el propio equipo de evaluación de la institución, al brindar un acercamiento y diagnóstico general del programa, permite reconocer el ambiente que rodea el programa y los problemas generales que envuelve su operación, además de aquellos aspectos trascendentales que puede incidir en el desarrollo de

las AEP. Visitas de campo, entrevistas informales con funcionarios a cargo del programa y los propios trabajadores o beneficiarios de este, así como la observación exploratoria para un reconocimiento inicial. La elaboración de un listado de reconocimiento de información o de aspectos relevantes del funcionamiento del programa y los lugares donde se lleva a cabo las actividades permitirá sistematizar la información en esta primera fase acercamiento inicial.

Cuando la evaluación es la base poblacional, es de sumo interés reconocer las características de las localidades, población general, servicios de salud, perfiles del personal, usuarias del servicio (centro de salud, archivo, consultorios, equipo), que serán objetos de estudio y fuentes de datos para la evaluación. ¹²

1.3.3.5. Descripción del programa a evaluar

La descripción del programa a evaluar es una de las actividades más delicadas. Constituye un acercamiento formal del evaluador con el objeto de estudio y cada uno de sus componentes. Uno de los problemas que se enfrentan con frecuencia, es la incorporación tardía de la evaluación a los programas de intervención o incluso su ausencia total dentro del mecanismo de control de gestión. La falta de criterios, indicadores y parámetros de comparación específico, que limita aún más la tarea de control y seguimiento de los objetivos, meta y programas de las actividades de los programas, cuando estos llegan a existir. ¹²

1.3.3.6. Importancia de evaluar un programa en salud

1.3.3.6.1. Determinar el cumplimiento de metas y objetivos de los programas

1.3.3.6.2. Fortalecer el análisis crítico de los programas, su desempeño real e impacto en la población.

1.3.3.6.3. Identifica desviaciones y barrera que afecta el desarrollo de los programas.

1.3.3.6.4. Contribuye al establecimiento de propuesta de mejora con base en las lecciones aprendidas.

1.3.3.6.5. Fortalece y cohesiona la organización de los servicios alrededor de los programas.

- 1.3.3.6.6. Apoya la toma de decisiones y la formulación de objetivos y cursos de acción.
- 1.3.3.6.7. Retroalimenta a los responsables de la conducción de programas.
- 1.3.3.6.8. Informa a la sociedad sobre los resultados de los programas en la población. (12)

1.3.4. Antecedentes de evaluación de programas

1.3.4.2 Estados Unidos

El proceso de evaluación en los sistemas y programas de salud han llegado algo tardíamente. Desde los años 50 se realizó evaluaciones en Estados Unidos para buscar evidencias de efectividad de programas de capacitación laboral. Varios programas educativos fueron pioneros en ser valorados como modelo de evaluación. En salud pública desde hace varias décadas se realiza evaluaciones de intervenciones específica, como proyecto para evitar el abuso en el consumo de ciertas sustancias y drogas (Rossi et al, 1999).

Después de la Segunda Guerra Mundial, de Organizaciones Internacionales del sistema de desarrollo de las naciones menos industrializadas. En campo de salud, las evaluaciones de los programas nacionales de planificación familiar y salud reproductiva (Bertrand et al, 1996). El interés por evaluar de manera global todo el sistema de salud pública es relativamente reciente. (Aday et al, 1998). 35

1.3.4.3 Paraguay

Evaluación realizada por UNICEF en Paraguay, UNICEF HQ y LACRO, las instituciones contrapartes nacionales y distritales, organizaciones multilaterales del sector salud, e instituciones académicas. Evaluación externa independiente y objetiva, de los procesos y resultados a mitad del periodo de ejecución del programa de Supervivencia Infantil y Materna de Alto Paraná y Canindeyú 2014 - 2019 a través del análisis de los proyectos NACER: reducción de mortalidad materna y neonatal, CRECER: reducción de la niñez vulnerables y poblaciones

indígenas, PRIMERA INFANCIA: asistencia a la niñez en los primeros años de vida, criterio de evaluación son evaluación de relevancia/pertinencia, eficiencia, eficacia, efectividad, sostenibilidad de los procesos aplicados y de las estrategias que se implementaron. Los informantes principales fueron los funcionarios de salud de ambas regiones. Resultado esperado fortalecido el compromiso político y la capacidad local para el cuidado de la salud materno neonatal, condiciones obstétricas y neonatales de la red integrada de servicio de salud mejora con el uso equitativo de intervenciones de salud materno infantil de gran repercusión, la cobertura de control prenatal, de atención institucional de parto y atención de recién nacido aumenta. La razón de mortalidad materna y tasa de mortalidad neonatal en Alto Paraná y Canindeyú es reducida en tres puntos. ³⁶

1.3.4.4 Costa Rica

Actividades evaluativas que llevan años desarrollándose y aplicándose, en países como Costa Rica. Esta perspectiva, se menciona medición de calidad de la atención en los servicios de salud, satisfacción de los usuarios, los análisis de situación de salud, las auditorías médicas, estudios epidemiológicos y la investigación clínica. ³⁵

1.3 .4.5 Argentina

La evaluación se realizó mediante acuerdo entre el Ministerio de Salud de la Nación y la D.N. SIEMPRO. Se realizó una evaluación de medio término, enfocada en los procesos. El estudio fue cuantitativo y cualitativo, mediante talleres, entrevistas en profundidad y análisis de indicadores sanitarios y de información de gestión. El área de estudio abarcó 5 jurisdicciones adheridas al plan de la provincia de Buenos Aires. La población objetivo estuvo constituida por el sistema sanitario y los servicios de salud. Se estableció línea de base año 2009 a partir de un conjunto de indicadores seleccionados- el diseño resultó adecuado para el sistema de salud argentino.

Se verificó un alto cumplimiento de los planes de trabajo provinciales. Se implementaron numerosas intervenciones, con efectividad y cobertura adecuadas.

Hubo debilidades en la capacidad de gestión y conducción de las unidades ejecutoras provinciales y en la obtención de información. Conclusión: la investigación mejorará la toma de decisiones en relación con las políticas sobre la mortalidad materno-infantil de las adolescentes y las mujeres. 37

1.3.4.6 Colombia

Mejoramiento continuo de la atención prenatal y su impacto en la mortalidad perinatal en dos instituciones de salud de Popayán. Estudio prospectivo descriptivo, entre enero de 1977 y mayo de 1998, se evaluó la calidad de atención ofrecida a las pacientes que asistieron a control prenatal en el centro de atención ambulatorio del instituto de seguros sociales (CAA - ISS) y el centro de sur occidente del servicio de salud del cauca (CSS SS) de la ciudad de Popayán. Después de un periodo de cinco meses, la intervención, realizada en control de calidad, se utilizó un formato diseñado para evaluar correcto diligenciamiento de 92 variables de la historia clínica prenatal. Se realizó el diligenciamiento de 22,292 variables que correspondieron a una muestra de 5.7% de los controles prenatales realizados en ambas instituciones. El mayor impacto de la intervención se evidenció en las tasas de mortalidad perinatal que disminuyeron de el CSS – SS, con el coeficiente de correlaciones lineal estadísticamente significativas especialmente en el seguro social. Concluye la supervisión conduce al mejoramiento de los resultados perinatales. 38

1.3.4.7 Perú

Según Luis Távara un estudio que se realizó en Perú en tres regiones (Arequipa, Piura y Ucayali) 2011. La planificación familiar requiere atención especial como estrategias, es una medida de prevención primaria eficaz para reducir los embarazos no deseados, tiene el potencial de evitar el 32 % de las muertes maternas y 10 % de las muertes infantil.

La muerte materna ocurre en establecimiento de salud, por deficiente calidad de atención, falta de personal calificado, deficiencia de infraestructura y frecuente carencia de insumos.

Los comités de muerte materna estudian cada caso en forma retrospectiva, revisiones de caso graves de morbilidad materna y seguimiento de cada caso para determinar el problema o fallas del manejo para evitar casos similares en el futuro. Métodos anticonceptivos modernos Ucayali disminuyo esto dio lugar a aumento en frecuencia de embarazo no deseados y de abortos clandestinos e inseguros, se tiene inconveniente con la disponibilidad

Deficiencia de insumo en anticonceptivo, deficiencia en la información que tienen las mujeres en especial las adolescentes. La universidad tiene la deficiencia en la enseñanza de salud sexual y reproductiva, incluyendo la planificación familiar a los futuros profesionales de la ciencia de la salud. Deficiencia en captar a paciente en el primer trimestre del embarazo no detectar tempranamente las complicaciones del embarazo, falta de plan educacional acerca de signos de alarma, factores de riesgo durante el embarazo, parto. Las referencias de las parteras y del primer nivel de atención al hospital se realizan tardíamente y las pacientes llegan en condiciones muy graves, dificulta el manejo exitoso, exponen al riesgo de la muerte. La atención obstétrica falta de motivación del personal de salud por las políticas de recursos humanos que las remuneraciones son pobres, malas condiciones de laborales, pocas oportunidades de capacitación y el desarrollo profesional.

Incorporar las organizaciones comunitarias, actores locales para que sea el primer contacto y coordinar atención o traslado de la paciente a servicio con capacidad resolutive. La atención del evento obstétrico se debe aprovechar dar consejería acerca del uso de métodos y de ser posible iniciar la planificación familiar, de lo contrario se pierde una oportunidad. ³⁹

Según el estudio, contribución de los adolescentes a la muerte materna en el Perú, 2004. La muerte materna es una discriminación de género en el Perú, la maternidad segura se debe enfocar como un problema de salud pública y de derechos humanos, todas las mujeres son sujetos de derechos e individuos con dignidad.

Las adolescentes no reciben educación sobre vida familiar, sexual o reciben una educación insuficiente y sin relación con las necesidades rurales, raramente

acceden a los servicios de salud reproductiva y anticoncepción. El embarazo no planeado ocurre por falta de información, falla o uso incorrecto de los métodos de planificación familiar, relaciones sexuales sin protección o violación. Stiffman afirma que las condiciones económicas de un país son importantes para alcanzar mejores niveles de salud enfrentar la mortalidad materna. Los servicios de salud inaccesible o mal equipados limitan la atención obstétrica de emergencia.

Obstáculo del adolescente para asistir al servicio; refieren que el servicio no existe, las actitudes del prestador de servicio de salud los rechazan, el horario de atención no les permite adaptar a sus estudios y trabajo, falta de dinero para pagar un servicio, falta de capacitación del personal de atender este grupo de paciente y una parte se debe a renuencia del adolescente a usar los servicios. ⁴⁰

Perú realiza estudio de tendencia de la mortalidad materna, desafíos pendientes 2013. La falta de promoción y educación de uso de métodos anticonceptivos predispone a las mujeres a tener embarazos frecuentes, el sistema de salud continua sin tener un plan de intervención. ⁴¹

La calidad de atención materna requiere de cambios a nivel estatal e institucional en el marco de las políticas nacionales, un sistema financiero eficiente y transparente, presupuesto suficientes y progresivos, infraestructuras adecuadas, insumo y equipamiento, intervenciones resolutivas por cada nivel de atención, recursos humanos suficientes, motivados, capacitados y sensibilizados y mecanismos para participación del usuario. ⁴²

Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas es grave. Se estudiaron cuatro estrategias; prevención de embarazos no deseados y de las complicaciones derivado de ellos, 2) acceso universal a los servicios de maternidad asequibles y de calidad de, 3) Recursos humanos calificados 4) Información estratégica para la acción y rendición de cuentas. Dentro del sistema coordinado de atención de salud la estrategia más efectiva; atención intraparto de alta calidad para todas las mujeres embarazadas, incluyendo la atención integral

de la emergencia obstétrica, para el 90 % de mujeres.

Las intervenciones la mayoría son altamente costo – efectividad, el problema es la implementación de la estrategia, incompleta y deficiente.

Los grupos asiáticos han visto crecer su economía y disminuir sus niveles de pobreza a partir de la reducción de sus familias. El 30 al 50% de crecimiento económico de Asia entre el año 1965 al 1990 fue atribuido a la dinámica demográfica, influenciada por la planificación familiar.

La mala información, mitos o creencias acerca de los métodos anticonceptivos son barreras para el uso adecuado, acerca del dispositivo intrauterino lo señalan como un abortivo, que falla mucho y produce infecciones. El uso de métodos modernos se ha mantenido sin modificaciones en los últimos 12 años, siendo un 51% del total.

La equidad en salud, se debe disminuir la necesidad insatisfecha de planificación familiar y reducir la brecha que existe entre los métodos anticonceptivos modernos ofrecidos por el sector público, debe ser asumida totalmente por el estado. Es responsabilidad del estado tener políticas claras de planificación familiar, el acceso y disponibilidad de todos los métodos anticonceptivo. 42,43,44

1.3.4.8 Nicaragua

Estudio servicios integrados para la lucha contra la mortalidad materna en Nicaragua 2004, La asociación de Salud comunitaria dio servicios básicos de salud a 8 comunidades en el municipio de san Carlos, su equipo incluyo; médico y tres enfermeras, la asociación coordino actividades con el ministerio de salud.

La acción coordinada que realizo los centros para mujeres, aumento la planificación familiar, se intensifico la educación, resultado de las visitas que se efectuó a los hogares, las reuniones comunitarias y las conversaciones en los centros para mujeres, la planificación familiar en mujeres en edad fértil aumento en más de la mitad de 21% a 43% y 47% respectivamente. La mortalidad materna disminuyo de 16.7 a 6.2 por cada 100,000 nacidos vivos.

Las beneficiarias valoraron la atención recibida por parte del personal; médicos y el personal, calificaron la atención buena, no solo ere por caridad, algunas mujeres indicaron que su estadio les permitió disfrutar de un descanso físico y psicológico.

45

1.3.4.9 México

Estudio de muerte materna, acciones y estrategias hacia una maternidad segura, México, 2009. Los proveedores deben ser técnicamente competentes, tener un protocolo basado en evidencia científica para el manejo de casos obstétrica y neonatales. El nivel académico no garantiza la habilidad y competencia técnica. Hay datos de casos de muerte materna en las instituciones de salud, por proveedores calificados, el acceso y disponibilidad de atención no es suficiente para asegurar una buena salud materna.

Las relaciones interpersonales son importantes, por ello, el personal debe estar capacitado para atender a las personas de manera respetuosa, confidencial y culturalmente apropiada, cuando esto no se demuestra, es difícil que la usuaria regrese al servicio de salud.

En Chiapas, la población reporta mala calidad de atención y pobre acceso de las beneficiarias cuando enfrentan una emergencia obstétrica. Por esta razón deben mejorarse los servicios de salud establecidos. Ya que la muerte de pacientes hospitales o servicios de atención primaria en salud, son cada vez más frecuentes.

La mortalidad materna es uno de los indicadores que compromete la imagen del país, la proclividad a subregistro de muerte materna es enorme, es necesario promover estrategias que aborde su mejora. ^{46,47}

La atención que se brinda en los servicios de salud presenta escasez de médicos con especialidad. La existencia de brechas asistenciales entre las necesidades de salud de la población y de los recursos humanos, son factores que hay que trabajar

para el desarrollo de integración de los sistemas de salud de los países. 47,48

La vigilancia ante el problema de la mortalidad materno neonatal, la falta de estructuración de un sistema de vigilancia en medio de cambio de modelo de salud, la escasez de personal o de la institución sin criterios claros, falta de conocimiento, formación de recursos humanos basado en un programa de capacitación continua, apoyo de la gestión de los sistemas de vigilancia como proyecto de asignación presupuestaria para el recurso humano y logístico, seguimiento del personal profesional responsable en el programa, optimización de la comunicación interinstitucional, fortalecimiento del modelo, estructuración del sistema de formación, análisis de datos. 49

Las fortalezas en vigilancia epidemiológica fue 100 %, vigencia en la mortalidad materna 100%, establecimiento de una asistencia física 100 %, recurso humano comprometido 83.33 %, las debilidades programas de promoción 66.66%, deficiencia en número de centros asistenciales 50 %, falla en anticonceptivos 50 %, déficit en recursos humanos 33.33 %. amenazas relevantes: factores sociales interferentes como inseguridad, violencia 50%, población y territorio geográfico disperso 33.33 %.

Propuesta: asignación de un presupuesto que garantice el cumplimiento de los programas, mejorar las condiciones socioeconómicas y culturales de la población, incorporar la participación comunitaria en el proceso de salud, optimizar la calidad de atención y cobertura de la atención prenatal. 50

La investigación sobre las causas de la muerte materna debe ser confidencial. El comité de muerte materna se encarga de la investigación local, institucional, regional y nacional. Los comités deben efectuar intercambios constantes de información y desarrollar mecanismos de retroalimentación. Se debe evaluar la causa de muerte, revisar las normas de atención obstétrica y la disponibilidad de recursos para prevenir futuras muertes. 51,52,53

Estrategia adecuada para la disminución de la mortalidad materna, es dedicar esfuerzo a la vigilancia y análisis de la morbilidad materna extremadamente grave, es un excelente indicador de la calidad de trabajo obstétrico. 54

CAPITULO II JUSTIFICACION

En el campo de la Salud Pública existe diversidad de programas y planes de carácter nacional, regional e incluso en pequeños grupos poblacionales. Poco de estos esfuerzos cuenta con evaluación sistemática y menos de impacto. La misma política de salud pública nacional debería ser objeto de evaluación de su impacto.

55,56

La evaluación de impacto tiene como propósito evaluar si se produjeron efectos esperados de determinada acción en salud en la población blanco, hogares e instituciones y si esos efectos son atribuibles a la intervención. La obtención de evidencia contra fáctica acerca de qué habría ocurrido si el programa no se habría implantado, para que esta evidencia contra factual sea válida, se requiere aislar los efectos del medio social para poder identificar con precisión los efectos de las intervenciones (Baker 2000; Ravillion, 2004). 55,56

Este tipo de evaluación se ha difundido ampliamente y lo impulsan los organismos multilaterales de financiamiento; sin embargo, no está libre de discusión y no debe entenderse como la única opción, especialmente, cuando conduce a procesos muy costosos y de difícil repetición, tratándose de políticas, planes y programas de gran cobertura. 55,56

En el campo de la salud pública, la evaluación de impacto de las acciones en salud (EIS), es una combinación de procedimientos, métodos y herramientas mediante la cual una política, programa o un proyecto puede ser evaluados en relación con sus efectos en salud de la población y la distribución de tales efectos sobre la misma

3,57,58

La evaluación de impacto se puede realizar de dos formas: 1) evaluación basada en investigación, las dificultades teóricas y prácticas de utilizar modelos experimentales o cuasi experimentales, en situaciones que no son necesariamente la más propicia para estos métodos. 2) evaluación basada en indicadores, dentro

de las posibilidades de evaluación por indicadores puede utilizarse la opción de indicadores trazadores. Este tipo de evaluación no se basa en investigación sino en sistema de información que suministra datos. 6,39

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (MSPAS), implementó el Plan Nacional de Reducción de Muerte Materna y Neonatal 2010 - 2015 y su actualización 2015 – 2020 en la que establece acciones estratégicas técnicas / normativa para la reducción de la mortalidad materna en el país, sin embargo, no existe un plan para la evaluación de impacto de este. 7,43

Por lo anterior, se considera necesario realizar este estudio con el propósito de determinar los alcances y cumplimiento de lo establecido en dicho plan y con ello obtener evidencia que permita mejorar las acciones y cumplimiento de las metas propuestas para la reducción de la muerte materna en el país.

CAPITULO III OBJETIVOS

General

Eficacia del plan Nacional para la reducción de muerte materna y neonatal 2015 – 2020 en el Área de Salud de Chimaltenango durante el año 2018.

Específicos

3.2.1 Determinar cumplimiento de metas del eje estratégico de planificación familiar/ Metodología anticonceptiva del Plan Nacional.

3.2.2 Determinar cumplimiento de metas del eje estratégico red de servicio de salud integrados con calidad, calidez y pertinencia Cultural del Plan Nacional.

3.2.3 Determinar cumplimiento de metas del eje estratégico recursos humanos calificados del Plan Nacional.

3.2.4 Determinar cumplimiento de metas del eje estratégico vigilancia epidemiológica y sistema de información del Plan Nacional

CAPITULO IV MATERIAL Y METODOS

4.1 Tipo de estudio

Descriptivo transversal observacional.

4.2 Universo o población

Sección de epidemiología, salud reproductiva y los distritos de salud del área de salud de Chimaltenango.

4.3 Selección y tamaño de la muestra

En el siguiente estudio no se utilizará ningún tipo de muestra, ya que se estudia el total del universo.

4.4 Sujeto u objeto de estudio

Dirección de Áreas de Salud de Chimaltenango (epidemiología y salud reproductiva).

4.5 Criterios de inclusión

Los 17 distritos de salud del Área de Chimaltenango, que forman parte de la red de servicio de salud del Ministerio de Salud de Guatemala.

Distrito de Salud que tengan implementado las estrategias que establece el plan Nacional de Reducción de muerte materna y neonatal.

4.6 Criterios de exclusión

Distritos de Salud que no tengan implementados los cuatro indicadores que establece el Plan de reducción de muerte materna y neonatal Área de Salud de Chimaltenango.

Distritos de salud que no tenga casos reportados en SIGSA WEB, de muerte materna y neonatal.

4.7 Variables estudiadas

- Eje estratégico de planificación familiar/metodología anticonceptiva.
- Eje estratégico red de servicios de salud integrados.
- Eje estratégico recursos humanos calificados para la atención de la mujer embarazada.
- Eje estratégico vigilancia epidemiológica de la salud materna y perinatal

4.8 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición de variable	Indicador	Tipo de variable	Rango
1. Eje estratégico de planificación familiar metodología anticonceptiva	Acciones para aseguramiento del uso de anticonceptivos para asegurar la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, en condiciones seguras.	<ul style="list-style-type: none"> • Número de actualización y capacitaciones en un año • Número de campañas de comunicación durante el año. • Número de usuarias nuevas cada año. • Porcentaje de abastecimiento de anticonceptivo por año • Número de monitoreo del servicio PF durante el año • Número de usuarias de DIU e implantes durante el año. 	Cuantitativa	Razón; se obtendrá de lo ejecutado según metas físicas del Áreas de salud de Chimaltenango

<p>2. Eje estratégico red de servicios de salud integrados con calidad, calidez y pertinencia cultural.</p>	<p>Componentes para la atención de la mujer en su edad fértil asegurar la maternidad, mediante acceso universal, oportuno, gratuito, veraz, completa y de servicio de calidad con pertinencia cultural, antes, durante el embarazo, parto y postparto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de abastecimiento de medicamento y insumos trazadores para atención materno neonatal por año. • Número de urgencia obstétrica y neonatal atendidas cada año • Número de evaluación de manejo de código rojo en los servicios de atención cada año • Número de embarazadas que asiste a su primer control 	<p>Cuantitativa</p>	<p>Razón; se obtendrá de lo ejecutado según metas físicas del Área de salud de Chimaltenango</p>
---	--	--	---------------------	--

		<p>prenatal en el primer trimestre. Número de partos eutócicos y distócicos en un año</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de casas maternas funcionando • Número de servicios que cuentan con comité de muerte materna, a nivel departamental aplicando el protocolo de vigilancia. 		
--	--	--	--	--

3. Eje estratégico recurso humano calificado	Proveedor para la atención de la mujer embarazada. competente para la atención del embarazo, parto y postparto y recién nacidos, así como sus complicaciones.	<p>Número de parto y postparto y recién nacido atendido según tipo de proveedor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de Ginecobotetra en cada servicio de salud por año y partos atendidos, según tipo de servicio. • Número de médico general en cada servicio de salud por año y partos atendidos • Número de enfermero profesional en cada servicio de salud por año y partos atendidos • Número de enfermero auxiliar en cada servicio de salud por año y partos atendidos • Número de comadronas en cada departamento y número de partos atendidos. 	Cuantitativa	Razón
--	---	---	--------------	-------

--	--	--	--	--

<p>4. Eje estratégico de vigilancia epidemiológica y el sistema de información.</p>	<p>Vigilancia del comportamiento epidemiológico de salud materna y peri neonatal, para adecuar las acciones según requerimiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Número de servicio de salud que cuentan con comités de análisis de mortalidad materna y neonatal a nivel nacional. • Número de servicios que tiene clasificación de embarazadas según factores de riesgo. • Número de reuniones de análisis de muerte materna y neonatal realizada en los servicios de salud a nivel nacional. • Número de servicios que capacitan y monitorean a las comadronas y verifican si tienen carné vigente. • % de unidades del sector salud, notificadora de los eventos. • % de unidades del sector salud con el sistema informático perinatal implementado. 	<p>Cuantitativa</p>	<p>Razón</p>
---	--	---	---------------------	--------------

CAPITULO V

RESULTADOS

Se presentan los resultados del estudio *Eficacia del plan nacional de muerte materna y neonatal 2015-2020 en el área de salud de Chimaltenango*.

Los resultados se presentan de acuerdo con las variables: 1) Eje estratégico de planificación familiar Metodología anticonceptiva, 2) Eje estratégico red de servicios de salud integrados con calidad, calidez y pertinencia cultura, 3) Eje estratégico de recursos humanos calificado 4) Eje estratégico de vigilancia epidemiológica y sistema de información.

Eje estratégico planificación familiar metodología anticonceptiva

Se refiere a las acciones para aseguramiento del uso de anticonceptivos para asegurar la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, en condiciones seguras.

El Área de Salud de Chimaltenango realizó una capacitación y actualización acerca de los métodos de planificación familiar a auxiliar de enfermería y trabajo social de los 17 distritos de salud en el año 2018.

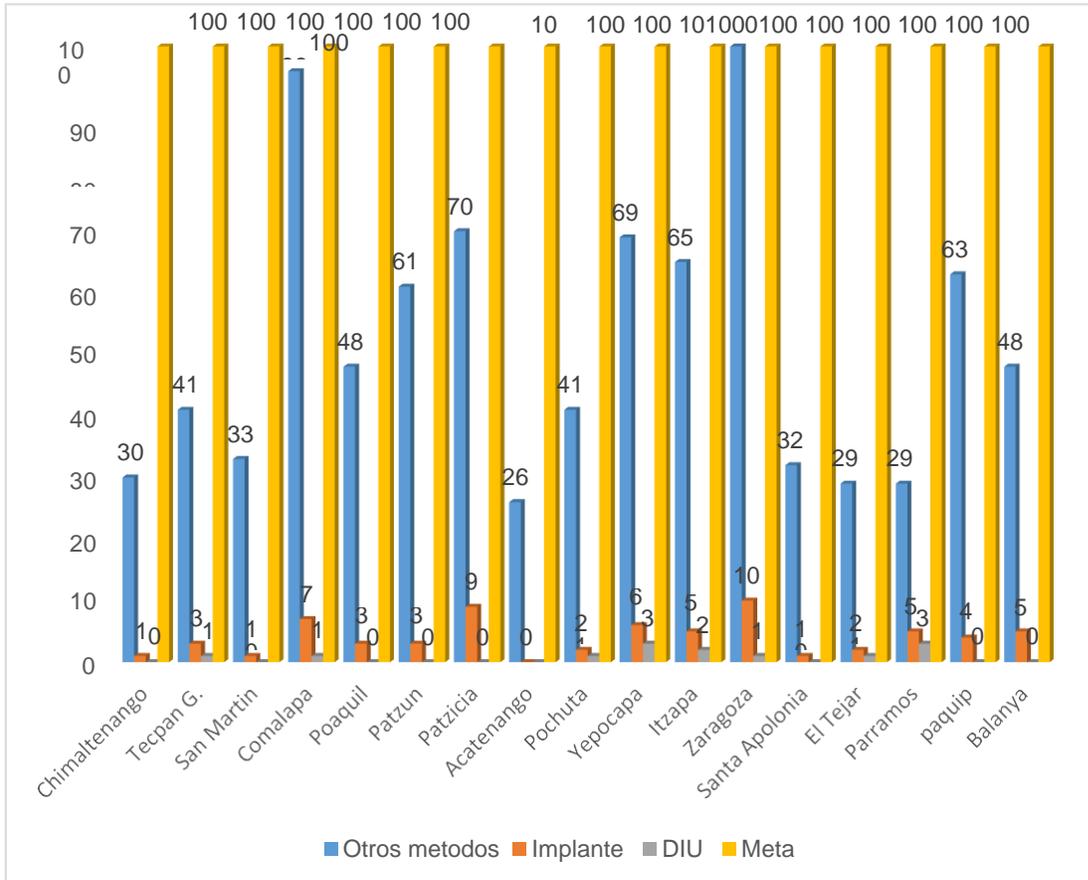
El Área de Salud de Chimaltenango no realizo campañas de comunicación acerca planificación familiar en el periodo de estudio, solo realizo consejerías y se brindó en cada distrito de salud, 15 distritos de salud registran datos.

Se certificó a 7 personas (dos médicos, 5 enfermeros profesionales) de diferentes distritos de salud que no tenía personal capacitado para colocación de métodos a largo plazo (implante y T de cobre).

El monitoreo de las actividades de planificación familiar se realiza cuando hacen supervisión de servicio que son de dos a tres veces durante el año. La encargada del programa de salud reproductiva del área les asigna una meta (20 % de la población de mujeres en edad fértil de cada distrito de salud), con base en la meta

realiza evaluación mensual de los datos ingresados en SIGSA Web.

Gráfica 1. Usuaris nuevas de DIU, implante y otros métodos



Fuente: Reporte de Ejecución de metas, 2018, Área de Salud de Chimaltenango.

Solo dos distritos (Zaragoza y Comalapa) alcanzaron la cobertura anual asignada según metas físicas.

Tabla 1. Abastecimiento de anticonceptivos

Distritos	Depoprovera %	Condón %	Microginon %	Noriginon %	Noristerat %	Implante %	DIU %
Acatenango	77	21	84	70	60	45	58
Balanyá	89	69	62	82	74	140	67
Chimaltenango	75	68	73	78	52	65	74
Comalapa	74	87	70	70	59	45	50
El tejar	110	53	83	68	84	86	78
Itzapa	80	79	76	82	70	140	77
Paquip	8	53	8	20	47	35	8
Parramos	88	81	89	84	73	112	76
Patzicía	83	73	77	81	80	78	81
Patzún	80	79	81	75	85	67	50
Poaquil	86	93	65	79	69	75	52
Pochuta	73	46	72	75	65	70	22
San Martín	75	65	72	70	62	82	26
Santa Apolonia	106	72	61	78	62	60	20
Tecpán G	77	66	75	77	70	109	68
Yepocapa	76	35	81	48	74	72	0
zaragoza	81	48	87	79	59	69	31

Fuente: Reporte de balance y requisición y envío de suministros, 2018, Área de Salud de Chimaltenango.

El abastecimiento se clasifica de esta manera: desabastecido por debajo de 60 % relativamente abastecido de 60 – 84 %, aceptable de 85 – 94 %, ideal de 95 – 100 %.

Depoprovera, el distrito de paquip estuvo desabastecido con 8 %, dos distritos (El tejar, Santa Apolonia) con sobre abastecimiento más 100 %, condón; 6 distritos (Acatenango, El Tejar, Paquip, Pochuta, Yepoapa y Zaragoza) con desabastecimiento, microginon; distrito de Paquip con desabastecimiento, noriginon; dos distritos (Paquip y Yepocapa) con desabastecimiento, noristerat; 4 distritos (Chimaltenango, Comalapa, Paquip, Zaragoza) con desabastecimiento, implante; 3 distritos (Acatenango, Comalapa, Paquip) con desabastecimiento y 4 distritos (Balanyá, Itzapa, Parramos, Tecpán) son sobre abastecimiento, DIU; 10 distritos (Acatenango, Comalapa, Paquip, Patzún, Poaquil, Pochuta, San Martín,

Santa Apolonia, Yepocapa, zaragoza) con desabastecimiento.

Eje estratégico red de servicios de salud integrados con calidad, calidez y pertinencia cultura

Tabla 2. Abastecimiento de medicamentos materno neonatal

Distritos	Ácido fólico 5 mg (%)	Hierro Aminoquelado 30 mg (%)
Acatenango	46	76
Balanyá	75	133
Chimaltenango	66	55
Comalapa	62	70
El Tejar	71	83
Itzapa	71	154
Paquip	40	69
Parramos	86	123
Patzicía	69	105
Patzún	68	113
Poaquil	61	86
Pochuta	69	79
San Martín	69	69
Santa Apolonia	62	84
Tecpán G.	68	124
Yepocapa	69	105
Zaragoza	70	65

Fuente: Reporte de balance y requisición y envío de suministros, 2018, Área de Salud de Chimaltenango.

El abastecimiento de medicamentos trazadores para la atención materna neonatal, solo proporcionaron el listado (sulfato de magnesio, nifedipino, hidralazina, oxitocina, methergin, misoprostol), los medicamentos trazadores maternos solo los centros de atención permanente la disponen. El abastecimiento de ácido fólico; 2 distritos (Acatenango, Paquip) con desabastecimiento, hierro aminoquelado; 6 distritos (Balanyá, Itzapa, Parramos, Patzicía, Patzún, Tecpán G) con sobre abastecimiento y el distrito de Chimaltenango con desabastecimiento.

Tabla 3. Atención de urgencias obstétricas y neonatal

Distrito	Urgencias obstétricas alcanzadas (%)	Urgencias neonatales alcanzadas (%)	Meta (%)
Chimaltenango	100	17	100
Tecpán G	100	70	100
San Martín	88	38	100
Comalapa	91	61	100
Poquíl	95	5	100
Patzún	94	100	100
Patzicía	100	0	100
Acatenango	76	30	100
Pochuta	71	25	100
Yepocapa	74	30	100
Itzapa	48	71	100
Zaragoza	100	50	100
Santa Apolonia	32	16	100
El Tejar	56	0	100
Parramos	58	20	100
Paquip	91	21	100
Balanyá	100	40	100

Fuente: Reporte de Ejecución de metas, 2018, Área de Salud de Chimaltenango.

La atención de urgencias obstétricas atendidas, 5 distritos (Chimaltenango, Tecpán G, Patzicía, Zaragoza, Balanyá) alcanzaron el 100% de la meta propuesta. La atención de urgencias neonatales fue alcanzada en el 100% por el distrito de salud de Patzún. La mayoría de los distritos (76%) Chimaltenango, San Martín, Poquíl, Acatenango, Pochuta, Yepocapa, Zaragoza, Santa Apolonia, El tejar, Parramos, Paquip, Balanyá alcanzaron menos del 50 % de la meta propuesta.

Tabla 4. Evaluación de código rojo

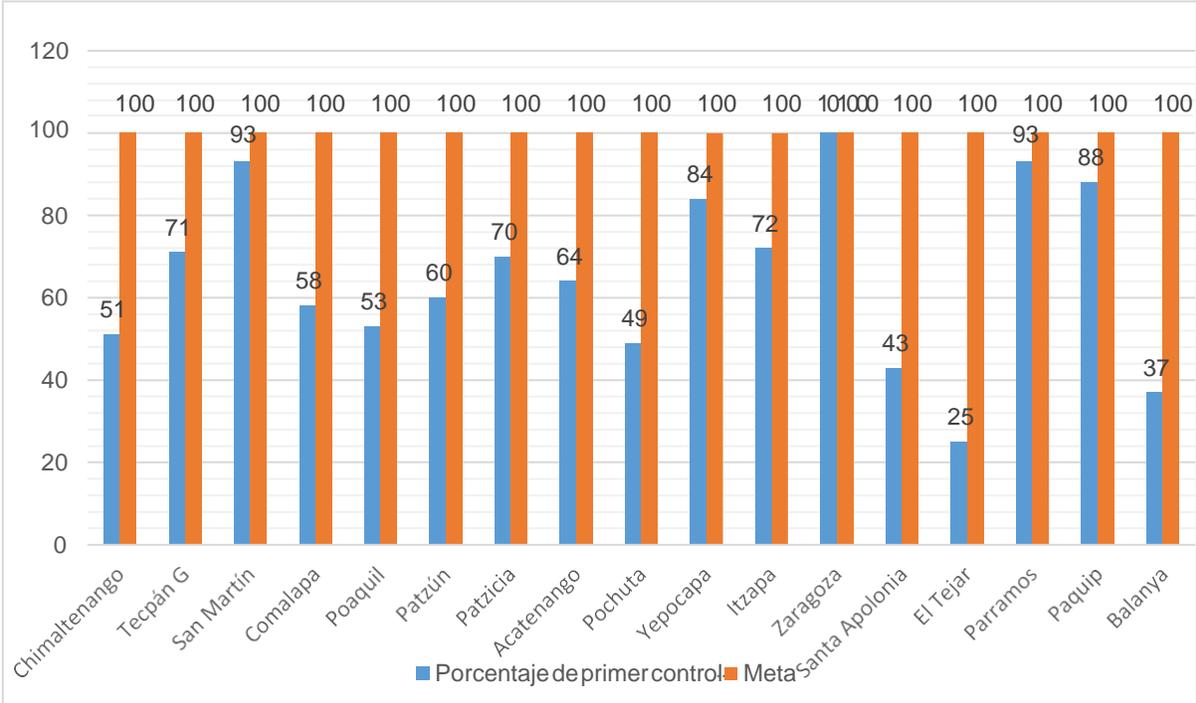
Distrito	Causa	Servicio de atención	Eslabón crítico
Acatenango	Ruptura uterina	Hospital Chimaltenango	Evento obstétrico
San Martín Jilotepeque	Retención placentaria	Domicilio	Evento obstétrico

Fuente: SIGSA 2, reporte de estadística 2018, Área de Salud de Chimaltenango

Se reportaron dos casos en los cuales fue necesario activar el código rojo. El primer

caso que activó el código rojo en hospital, pero fue imposible salvarle la vida a la paciente. El segundo caso fue la atención de un parto domiciliario en el cual se activó el código rojo tardíamente y no fue posible llegar a un servicio con capacidad de atención

Gráfica 2. Embarazadas con control prenatal en el primer trimestre



Fuente: Reporte de Ejecución de metas, 2018, Área de Salud de Chimaltenango.

Solo el distrito de salud (Zaragoza) alcanzó el 100% de la meta física anual. Los distritos que alcanzaron menor proporción de la meta propuesta son El tejar y Balanjá con 25 y 37%, respectivamente.

Sobre el número de partos eutócicos y distócicos no hay datos con clasificación, solo se obtuvo datos del total de partos atendidos en el año de estudio.

En el departamento de Chimaltenango existe una casa materna en San Juan Comalapa que desde el año 2015 no funciona.

El 100% de distritos de salud tienen comité de muerte materna fue una información verbal con el personal de salud de los servicios, sin tener a la vista ningún

documento que confirme la existencia de dicho comité.

Eje estratégico de recursos humanos calificado

Tabla 5. Atención de parto, posparto y recién nacido por personal de salud

Distrito	Gineco Obstetra %	Médica/o %	Enfermería Profesional %	Enfermería Auxiliar %	Comadronas %	otros %
Chimaltenango	0	93	0	1	42	3
Tecpán G.	0	35	0	0	65	0
San Martín	0	43	0	0	54	0
Comalapa	0	50	0	0	48	0
Poaquil	0	62	0	0	37	0
Patzún	0	44	0	1	55	0
Patzicía	0	49	0	0	51	0
Acatenango	0	53	0	0	23	0
Pochuta	0	76	0	0	21	0
Yepocapa	0	71	0	2	28	0
Itzapa	0	76	0	0	23	0
Zaragoza	0	72	0	0	27	1
Santa Apolonia	0	36	0	0	64	0
El Tejar	0	91	0	0	17	0
Parramos	0	89	0	1	11	1
Paquip	0	7	0	2	93	0
Balanyá	0	38	0	0	58	5

Fuente: SIGSA 1, reporte de estadística 2018, Área de Salud de Chimaltenango

En la atención del parto, posparto y recién nacido, según el personal de salud en los distritos, se carece de registro de atención de partos por ginecobstetra. Solo los distritos de Chimaltenango y El Tejar reportaron alta proporción de atención por médico de los partos, 93% y 91 % respectivamente. Los distritos de Paquip y Tecpán G reportan una alta proporción de partos atendidos por comadrona, 93% y 65% respectivamente.

Eje estratégico de vigilancia epidemiológica y sistema de información

El 100 % de distritos de salud tienen comité de análisis de muerte materna y neonatal, los distritos que participaron en los análisis de casos de muerte materna son los que reportaron casos.

Los 17 distritos realizan la clasificación de embarazadas según factores de riesgo, adjuntan a cada ficha de embarazada la ficha de riesgo obstétrico, iniciaron a con una base de datos digital, una información verbal, a finales del año 2018.

Para la vigilancia de la muerte perinatal y neonatal tardía, los 17 distritos de salud tienen un registro de caso, sin haber realizado análisis por eslabones a nivel distrital ni departamental durante el año 2018.

Tabla 6. Análisis de muerte materna

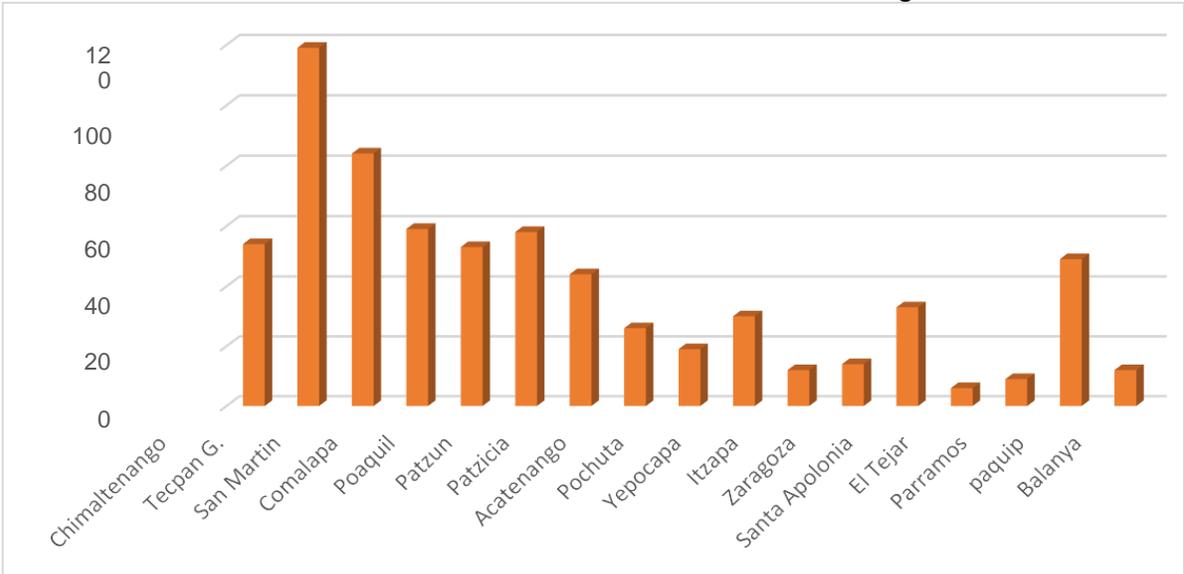
Distritos	Meses que fallecieron	No. de casos analizados en cada reunión	Causa Directa
Acatenango	Enero	1	Choque obstétrico
Poaquil, Tecpán	Febrero	2	Fallo multiorgánico Choque séptico
Patzicía, Yepocapa, Tecpán	Marzo Abril	4	Choque séptico Evento cerebrovascular Edema agudo del pulmón Choque séptico
San Martín Comalapa	Junio Julio	2	Choque obstétrico Insuficiencia respiratoria
San Martín	Julio	1	Hernia cerebral
Chimaltenango	Agosto	1	Asfixia
Zaragoza Poaquil Tecpán G. Parramos	Octubre, noviembre, Diciembre	4	Asfixia Fallo multiorgánico Choque séptico Fallo multiorgánico

Fuente: Base de datos de muerte materna, epidemiología 2018, Área de Salud de Chimaltenango

El año 2018 se registraron 15 casos de muerte materna y solo realizaron 7 reuniones de análisis de muerte materna. Incumplieron con la indicación del plan relacionada con que las reuniones se deben llevar a cabo cada 15 días, no solo cuando se registren caso. Solo participaron distritos que reportaron casos de muerte materna. En el año 2018 no se implementó el análisis de muerte neonatal

en el departamento de Chimaltenango, pero se cuentan con dato sobre la ocurrencia de estas.

Gráfica 3. Monitoreo de comadronas con carne vigente



Fuente: Salud Reproductiva del Área de Salud de Chimaltenango año 2018.

Los 17 distritos de salud cuentan con el servicio de comadronas. Tecpán G. registró 120 comadronas. Los distritos que contaron con menos comadronas son El tejar y Parramos con 6 y 9 respectivamente. El 100 % capacitó y verificó que contaran con carné vigente durante el período de estudio.

El 100 % de distritos de salud notifican inmediatamente los eventos de muerte materna y neonatal al epidemiólogo del área de salud de Chimaltenango.

El 100% de distritos de salud tiene un sistema de información estandarizado cuya implementación inició en 2018, esto permite que cada semana se envíe un informe a epidemiología del área de salud de Chimaltenango.

CAPITULO VI DISCUSION Y ANALISIS DE RESULTADO

A continuación, se analizan y discuten los resultados obtenidos de este estudio, de acuerdo con los objetivos para determinar los logros de los cuatro ejes estratégicos del plan de reducción de muerte materna y neonatal 2015 – 2020 en el Área de Salud de Chimaltenango durante el año 2018.

Los resultados del estudio se analizan y discuten de acuerdo con el modelo teórico con un enfoque integral, lineamientos técnicos propuestos por la Organización Mundial de la Salud. El modelo consta de siete campos de indagación: monitorización y evaluación de resultados, priorización y conocimiento del problema, caracterización conceptual, amplitud metodológica, gestión de conocimientos, innovación, implementación, monitoreo y evaluación. No existen estudios de evaluación de programas, plan de reducción de muerte materna.

El análisis y discusión de los resultados del estudio se realiza de acuerdo con las variables estudiadas: 1) Eje estratégico de planificación familiar Metodología anticonceptiva, 2) Eje estratégico red de servicios de salud integrados con calidad, calidez y pertinencia cultura, 3) Eje estratégico de recursos humanos calificado 4) Eje estratégico de vigilancia epidemiológica y sistema de información. Se presentan los resultados por medio de indicadores de cada eje estratégico.

Eje estratégico de planificación familiar. Metodología anticonceptiva

Se refiere al acceso de la población a información de servicio de planificación familiar. Estas acciones garantizan que las mujeres en edad fértil (10 a 54 años) reciban información, consejería, educación sobre salud sexual, reproductiva y que el servicio de salud pública cuente con abastecimiento de métodos de planificación familiar y que el proveedor evidencie la competencia técnica, para prestar servicio de calidad.

El departamento de Chimaltenango tiene 16 municipios y cuenta con 17 distritos de salud, es decir, uno por municipio. Se exceptúa el municipio de Tecpán, Guatemala que cuenta con dos distritos. Se carece de registros relacionados con la

capacitación, actualización y campañas de comunicación de los métodos de planificación familiar. Tampoco existen registros de un plan de capacitación, por lo que el área de salud de Chimaltenango solo realizó una actividad durante el periodo de estudio. Realizaron consejerías en los distritos de salud.

En las usuarias, los métodos a largo plazo, como el dispositivo intrauterino e implante, tienen muy poca aceptación. Los dos distritos que reportaron mayor cobertura son Patzicía 9 % y Zaragoza 10 % según la meta propuesta.

El monitoreo de planificación familiar solo registró dos o tres cuadros de evaluación de coberturas en cada distrito de salud, durante el periodo de estudio. La falta de análisis y monitoreo no garantiza el cumplimiento de las metas propuestas anualmente.

El acceso y disponibilidad de métodos anticonceptivos es esencial, los 17 distritos de salud tienen problema con el abastecimiento de los métodos de planificación familiar. El distrito de Paquip tuvo desabastecimiento (menos del 60 %) en todos los métodos, durante el periodo de estudio.

Luis Tavarra y colaboradores, en su estudio *La planificación familiar requiere atención especial como estrategia para reducir la mortalidad materna* (2011), concluyeron que la planificación familiar es una medida de prevención primaria eficaz para reducir los casos de embarazos no deseados. El resultado es diferente a pesar de que se evaluaron servicios de primer nivel de atención, por limitar sus actividades en consejerías y falta de abastecimiento de métodos de planificación familiar. ³⁹

La planificación familiar tiene el potencial de evitar el 32 % de las muertes maternas y 10 % de las muertes infantiles. Los asiáticos han visto crecer su economía y disminuir sus niveles de pobreza a partir de la disminución del número de integrante de las familias. Esto favorece el crecimiento de un 30 a 50 % de crecimiento económico. ³⁹

El estudio *Tendencia de mortalidad materna* de Luis Tavarra Orozco (Perú, 2013) determinó que la deficiencia de promoción y educación de uso de métodos anticonceptivos, el conocimiento deficiente desde la formación del personal predispone a las mujeres a tener embarazos frecuentes. Estos resultados coinciden con la falta de cumplimiento de los indicadores de capacitación, actualización, campañas de comunicación y falta plan de monitoreo de los métodos familiares de los 17 servicio de salud de Chimaltenango.

Según los resultados presentados en esta investigación, todos los servicios de salud de Chimaltenango alcanzaron menos del 10 % de usuarias nuevas, que utilizaron el dispositivo intrauterino e implante. Estos resultados fueron adversos a lo reportado por, Luis Villanueva (2013) en su estudio *Intervenciones latinoamericanas basadas en evidencia para reducir la mortalidad materna*. Los métodos modernos han tenido un uso de 51 % en Perú y se ha mantenido los últimos 12 años. ^{42,44}

La falta y mala información, mitos o creencias son barreras para el uso del dispositivo intrauterino e implantes, la equidad en salud debe disminuir la necesidad insatisfecha de métodos modernos. ^{42,44}

Eje estratégico red de servicios de salud integrados con calidad, calidez y pertinencia cultura

Se refiere a red de servicios de salud integral: atención de mujeres en edad fértil, maternidad y recién nacidos, promoción del desarrollo humano, garantía del acceso universal, oportuno y gratuito a los servicios de salud con calidad, calidez y pertinencia cultural, para prevención de mortalidad materna y neonatal.

Solo cinco distritos de salud de Chimaltenango alcanzaron el 100 % de la meta anual propuesta para la atención de urgencias obstétrica y neonatal. Uno de los distritos alcanzó el 100 % de la meta de atención neonatal.

Se evaluó la activación del código rojo. Durante el periodo de estudio se registraron dos casos de mortalidad materna. El primero fue institucional dentro del hospital, el segundo activó el plan de emergencia domiciliar el cual, a la vez, activa el código rojo. En ambos casos no fue posible proporcionar atención oportuna.

El control prenatal en el primer trimestre es necesario para realizar la evaluación y cumplimiento de los cuatro controles, según las normas de atención de salud reproductiva. De los 17 distritos de salud solo el distrito de Zaragoza alcanzó el 100 % de su meta anual, dos distritos (El Tejar y Balanyá) alcanzaron menos del 40 %.

El registro de los datos del tipo de parto es deficiente ya que el registro en el sistema de información gerencial de salud (SIGSA) no cuenta con un apartado que especifique el tipo de parto (eutócico o distócico). En estas circunstancias, no es posible realizar la evaluación de la atención y es difícil tomar decisiones por falta de especificación de datos.

En la estrategia, los comités de muerte materna y neonatal deben cumplir con el análisis de todos los casos de morbilidad, mortalidad materna y neonatal, en el área de salud solo se registró análisis de muerte materna.

Las instalaciones de atención de parto son esenciales. Entre los indicadores se toman en cuenta las casas maternas y, en el caso de Chimaltenango no cuenta con casa materna funcional.

María Elena Ruiz Abril, en su investigación *Servicios integrados, para la lucha contra la mortalidad materna en Nicaragua (2004)* concluye que el servicio integral y de calidad reduce la mortalidad materna. Los resultados del presente estudio difieren de los obtenidos por Ruiz Abril porque los servicios son de primer nivel de atención. Se limitó al control prenatal, clasificación de embarazadas con factores de riesgo y referencia en servicio de salud con capacidad resolutoria. ⁴⁵

En relación La ubicación y falta aceptación de los servicios de atención prenatal afecta a las embarazadas y las hace vulnerables. De los 17 distritos solo, solo uno

realizó el primer control prenatal en el primer trimestre del embarazo, lo cual constituye la meta anual asignada. Estos resultados son similares a lo reportado por Graciela Freyermuth Enciso (2010) en el estudio *Desiguales en la vida, desiguales para morir, un análisis desde la inequidad*. En él concluyó que captar pacientes en el primer trimestre es deficiente, impide detectar tempranamente las complicaciones del embarazo. Las referencias de las parteras y de primer nivel de atención al hospital se realiza tardíamente y las pacientes se presentan en condiciones más graves. ⁴⁶

Luis Tavarra Orozco (Perú, 2013) en su estudio *Tendencia de mortalidad materna* revisó casos de morbilidad materna y seguimiento de casos, de forma retrospectiva para determinar el problema o falla en el manejo y evitar casos similares en el futuro. En los resultados de esta investigación no coinciden las medidas preventivas porque el comité de muerte materna y neonatal no realiza revisión de casos. ⁴³

Eje estratégico de recursos humanos calificado

Se refiere a estrategia de recursos humanos; proveedor calificado, profesional de la salud, comadronas técnicas que han recibido capacitación certificada y es competente para la atención de embarazo, parto, posparto, recién nacido y sus complicaciones.

En Chimaltenango, según los registros, no se determinó la cantidad de partos y pospartos atendidos por ginecólogo. En los distritos de salud de Chimaltenango y El Tejar la atención por médicos es alta: 93 y 91 % respectivamente. En los distritos de Tecpán G, Paquip se registra una alta proporción de partos atendidos por comadronas: 65 y 95 %, respectivamente.

Por falta de servicio de 24 horas en los distritos de salud, las pacientes que necesiten atención médica deben acudir a un hospital. En el periodo de estudio, el único hospital de referencia se ubica en la cabecera departamental.

En dos distritos aun registraron que más del 60% de pacientes que recibieron atención por comadrona relacionada con parto, posparto y recién nacidos. En 15 distritos, más del 50 % fueron atendidas por médicos. Estos resultados difieren de los reportados por Graciela Freyermuth Enciso (México, 2009) en su estudio *Muerte*

materna y estrategias hacia una maternidad segura concluyó que los proveedores deben ser técnicamente competente y tener un protocolo basado en evidencia científica para el manejo de casos obstétricos y neonatales. Enfatiza en que el nivel académico del proveedor no garantiza la habilidad y competencia técnica. Esta aseveración se basa en los casos que se registran en instituciones de salud, donde, a pesar de contar con proveedores calificados, el acceso y disponibilidad de atención no es suficiente para asegurar una buena salud materna. 47

La distribución de servicios, personal y el nivel de atención que brindan los distritos se limita a la atención primaria. No atienden partos por lo que este condicionante adverso en el sistema de salud propicia que estos resultados sean similares a los del estudio de Ileana Heredia (2013), *Brechas en la cobertura de atención continua del embarazo y el parto en México*. En él concluyó que los factores que limitan que la paciente reciba atención médica son la brecha de personal que existe en el ministerio de salud, las distancias de las comunidades, el difícil acceso, medio transporte y falta de aceptación de atención hospitalaria. La toma de decisiones depende de la familia, contribuye a que se mantenga alta la mortalidad materna. 48

Eje estratégico de vigilancia epidemiológica y sistema de información

Se refiere a vigilancia epidemiológica y sistema de información de salud materna y neonatal, como a vigilar el comportamiento epidemiológico de morbilidad materna, mortalidad materna y neonatal. Tiene responsabilidad de integrar comités que elaboren normas, protocolo, instrumentos de vigilancia y un sistema de información.

En el área de Chimaltenango todos los distritos de salud cuentan con un comité de análisis de muerte materna. La deficiencia radica en que solo realiza un análisis cuando hay casos de muerte materna. Se carece de análisis de morbilidad materna y neonatal. Durante el año de estudio, se registraron 15 casos de muerte materna y solo realizaron 7 reuniones de análisis. No hay registro de análisis de muertes neonatal. Solo 10 distritos participaron en los análisis de casos, 7 no participaron porque no registraron casos.

En todos los municipios de Chimaltenango hay comadronas que atienden partos. El municipio de Tecpán G. 120 comadronas capacitadas y con carné vigente que atienden el 65 % de los partos, pospartos y a recién nacidos. El distrito de Paquip cuenta con comadronas que atienden el 95 % de los partos. Este distrito cubre comunidades lejanas, de difícil acceso y donde las familias rechazan la atención en hospitales.

El área de salud de Chimaltenango tiene un sistema gerencia en salud (SIGSA), donde registran a todos pacientes que reciben atención materna y neonatal, también tienen base de datos de morbilidad materna, mortalidad materna y neonatal.

La vigilancia epidemiológica del área de salud de Chimaltenango realizó 7 reuniones para análisis de caso de muerte materna. No se contó con registro de análisis de muerte neonatal. Durante el periodo de estudio se registró 15 muertes maternas. Estas medidas son adversas a los resultados que obtuvo Mario Delgado Noguera (2000), en su estudio *Factores que afectan el proceso de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna en el departamento de Cauca, Colombia* concluyó que la vigilancia epidemiológica es una fortaleza para la reducción de mortalidad materna y neonatal con recurso humano comprometido. El comité investiga en el ámbito local, institucional, regional y nacional. Realiza análisis e intercambio de información y retroalimentación, revisan las normas de atención obstétrica con propósito de prevenir futuras de muertes materna neonatal. 49

Limitaciones del estudio

Las limitantes para la realización del estudio son:

- No existe registro detallado de abastecimiento de medicamento trazadores materno (sulfato de magnesio, nifedipino, hidralazina, oxitocina, methergin, misoprostol).
- No fue posible evaluar todos los indicadores por falta de adecuado registro de la información por parte del Área de salud de Chimaltenango.

CONCLUSIONES

El análisis y discusión de los resultados del estudio sobre *Eficacia del Plan Nacional para la reducción de muerte materna y neonatal 2015 – 2020* en el área de salud de Chimaltenango, permitió concluir lo siguiente:

1. La estrategia de planificación familiar se determinó por medio de los siguientes indicadores: no se realizaron campañas de comunicación, falta de plan de capacitación, actualización y monitoreo de los servicios, no se registró abastecimiento ideal de todos los métodos de planificación familiar y la poca aceptación del uso de métodos anticonceptivos (implante, DIU), son factores que limitaron la disminución de casos de muerte materna y neonatal.

2. Se determinó que, en la estrategia de red de servicios de salud integrados, el 94 % de distritos no alcanzo cobertura ideal de primer control prenatal de primer trimestre del embarazo, el 76 % de distrito registro un 50 % de su meta de referencias obstétricas y neonatal, el abastecimiento de medicamentos para suplemento de mujeres embarazadas no fue lo ideal, el 100 % de servicios tienen comité de muerte materna, no hay casas maternas el departamento de Chimaltenango.

3. En la estrategia de recursos humanos calificados se determinó que existe personal capacitado que provee la atención de parto, posparto y recién nacido. En dos distritos se registró que más del 65 % de los pacientes fue atendido por comadrona. La atención de parto institucional brindada por médicos generales se ha incrementado. No se cuenta con registro de atención por ginecoobstetra. El 93 % de servicios es de atención de 8 horas, no ofrecen atención de parto.

4. La estrategia de vigilancia epidemiológica y sistema de información se determinó que todos los distritos de salud cuentan con comité de análisis de muerte materna y neonatal, realizaron reuniones locales y en el contexto del área de salud,

pero estas reuniones se realizaron cuando se registraron casos de mortalidad materna, en las cuales analizaron más de dos casos en una reunión. No realizaron análisis de morbilidad materna y mortalidad neonatal. Registran la información en las bases de datos de SIGSA web.

RECOMENDACIONES

De acuerdo con los resultados del estudio *Eficacia del Plan Nacional para la reducción de muerte materna y neonatal 2015 – 2020*, en el área de salud de Chimaltenango, se presentan las siguientes recomendaciones:

1. Establecer un plan de evaluación por medio de indicadores de la estrategia de planificación familiar, gestionar fondo para campañas de comunicación en los 16 municipios del departamento de Chimaltenango, realizar un calendario anual de capacitación, actualización y monitoreo de usuarias nuevas de métodos a largo plazo y disponer de un formato de registro y análisis de abastecimiento de los métodos de planificación en los 17 distritos de salud.
2. Promover la red de servicios de salud integral a la población, para alcanzar cobertura ideal de primer control prenatal en el primer trimestre del embarazo, realizar clasificación de morbilidad materna y neonatal, referir oportunamente las pacientes de alto riesgo, valorar la disponibilidad de medicamentos trazadores en todos los distritos de salud, garantizar el abastecimiento ideal de los medicamentos, documentar la formación y reunión de comité de muerte materna y neonatal.
3. Fortalecer los servicios de los centros de salud, con recurso humano calificado, para garantizar que las pacientes reciban atención de calidad, oportuno, integral con mayor capacidad resolutive de las embarazadas que necesiten atención de parto normal, posparto y recién nacido, establecer un protocolo de atención, implementar un apartado para el registro de tipo de atención de parto y las atenciones dadas por ginecobstetra.
4. Establecer un plan de monitoreo de los indicadores de vigilancia de morbilidad materna, mortalidad materna y neonatal en los 17 distritos de salud,

establecer un calendario de análisis de casos a nivel local y de área de salud, socializar a los hospitales, trabajadores de salud, líderes comunitario, sociedad civil para evitar casos similares en el futuro. Realizar estudio de eficacia del plan, para contribuir con la reducción de mortalidad materna y neonatal, cumplir con llenado de bases de datos de los casos que se presente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 México. Secretaría de la Salud y Bienestar Social de Colima. Modelo de evaluación de programas. [en línea]. México. 2014. [Citado 8 mar 2019]. Disponible en: <http://www.saludcolima.gob.mx/images/documentos/ModeloDeEvaluacionDeProgramasDeSalud.pdf>
- 2 Nebot M, López JM. Evaluación en Salud Pública. Rev Gaceta Sanitaria [en línea]. 2011. [Citado 8 mar 2019]; vol. 25: 7-64. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es-vol-25-num-s1-sumario-S0213911111X70012>
- 3 Vázquez MS, Santamera AS. Evaluación de Impacto en Salud, valorando la efectividad de las políticas en salud de las poblaciones. Rev Española de Salud Pública [en línea]. 2011. [Citado 13 mar 2019]; vol. 82: 261-272. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272008000300003
- 4 Vasco. Departamento de Sanidad. Guía para la Evaluación del Impacto en la Salud y en el bienestar del proyecto, programas o Políticas extrasanitarias. [en línea]. 2005. [Citado 10 mar 2019]; 14-40. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/2005_osteba_publicacion/es_def/adjuntos/2005/d_05-04_guia_evaluacion_impacto_salud.pdf
- 5 España. Ministerio de Sanidad. Desarrollo de un marco conceptual para la evaluación de la atención a la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Revista Española de Salud Pública [en línea]. 2016. [Citado 8 mar 2019]; Vol. 90 2-17. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/resp/v90/2173-9110-resp-90-e20003.pdf
- 6 Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan Nacional para la reducción de muerte materna y neonatal. Guatemala: MSPAS; 2015.
- 7 México. Salud Pública. Perfil Situacional y Estrategias de Intervención en la Región Mesoamericana en el Área de Salud Materna, Reproductiva y Neonatal. Rev Scielo [en línea]. 2011. [Citado 8 mar 2019]; vol. 53: 1-10. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000900005
- 8 Karolinski A, Mercer R, Micone P, Ocampo C, Salgado P, Szulik D, et al. Model for a comprehensive approach to maternal mortality and severe

maternal morbidity. Rev Panam Salud Pública. [en línea]. 2015. [Citado 8 mar 2019]; p 1-9. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v37n4-5/v37n4-5a24.pdf

9 Napoles MM, Rodríguez J, Guerrero M, Álvarez M. Modelo teórico para la evaluación de impacto en programas de salud pública. Rev Hum Med [en línea]. Cuba 2012. [Citado 8 mar 2019]; vol. 12 p 1-10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202012000200002

10 González L, Gómez LG. La evaluación ex-post o de impacto: un reto para la gestión de proyectos de cooperación internacional al desarrollo. [en línea]. 2000. [Citado 13 mar 2019]; p 2-49. Disponible en: [.http://www.ehu.eus/ojs/index.php/hegoa/article/view/10792/10066](http://www.ehu.eus/ojs/index.php/hegoa/article/view/10792/10066)

11 Angel BDPM, Del Pilar M. Angel B. Exploración de modelos para la evaluación del impacto económico, social, político y científico de la investigación en salud. Revista de Salud Pública. [en línea]. 2015. [Citado 8 mar 2019]; Vol. 17 p 470-81. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n3.52918>

12 Montero E. Marco conceptual para la evaluación de programas de salud. Rev Científica de América Latina [en línea]. Costa Rica 2004. [Citado 13 mar 2019]; p 1-15. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44601206>

13 Programa sectorial de salud. Programa de acción específica, planificación familiar y anticoncepción. [en línea]. México 2014. [Citado 13 mar 2019]; p 15-57. Disponible en: <http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/PlanFam/PlanificacionFamiliarAnticoncepcion.pdf>

14 Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía Nacional de Planificación Familiar. Programa Nacional de Salud Reproductiva. Guatemala. 2014. MSPAS

15 Massip C, Ortiz R.M, Llanta M.C. La evaluación de satisfacción en salud. Rev Cubana Salud Pública [en línea]. Cuba 2008. [Citado 13 mar 2019]; Vol. 34 p 1-10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400013

16 Guatemala. Congreso de la República. Decreto número 87 – 2005. Ley de acceso universal y Equitativo de Servicio de Planificación Familiar y su integración en el programa Nacional de Salud Reproductiva. [en línea]. Guatemala. Congreso de la República; 2005. [Citado 13 mar 2019]; Disponible en:

<http://ww2.oj.gob.gt/es/QueEsOJ/EstructuraOJ/UnidadesAdministrativas/CentroAnalisisDocumentacionJudicial/cds/CDs%20leyes/2005/pdfs/decretos/D087-2005.pdf>

17 Salaverry Oswaldo. Interculturalidad en salud. Rev. perú. med. exp. salud pública. [en línea]. 2010. [Citado 20 Abr 2019]; Vol. 27 p 80-93. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342010000100013&lng=es.

18 Alarcón M Ana M, Vidal H Aldo, Neira Rozas Jaime. Conceptuales bases of intercultural health. Rev. méd. Chile. [en línea]. 2003. [Citado 20 Abr 2019]; Vol. 131 p1061-1065. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000900014&lng=es.

19 Hasen Narváez Felipe Nayip. Interculturality In Health: Competence In Health Practices With Indigenous Population. [en línea]. 2012. [Citado 20 Abr 2019]; p 17-24. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717

20 Guatemala. Congreso de la República. Decreto número 32-2010. Ley para la maternidad saludable. [en línea]. Guatemala. Congreso de la República; 2010. [Citado 14 mar 2019]; Disponible en: <https://www.mspas.gob.gt/images/files/pueblosindigenas/documentos/LeyparaLaMaternidadSaludable.pdf>

21 Reveiz L. Champman E. Pinzon C.E. Torres R. Prioridades de investigación en políticas y sistemas de salud centradas en los recursos humanos en salud. Rev Panam Salud Pública. [en línea]. Washington 2013. [Citado 8 mar 2019]; p 1-8. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v34n5/295-303/es>

22 Bronfman M.N. Lopez S. Atención prenatal en el primer nivel de atención, características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias. Rev Salud Pública. [en línea]. México 2003. [Citado 8 mar 2019]; Vol. 45 p 1-9. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000600004

23 Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Estadística de Mortalidad Materna. Vigilancia de Mortalidad Materna. [en línea]. Guatemala. 2015. Disponible en: <http://epidemiologia.mspas.gob.gt/files/Publicaciones%202016/Salas%20Situaciones/INFORME%20MM2014-2015.pdf>

24 Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Lineamiento para el desarrollo y fortalecimiento de Unidades de Epidemiología,

organización y funciones. Centro Nacional de Epidemiología. [en línea]. Guatemala 2007. [Citado 20 Abr 2019]; p 18-20. Disponible en: http://epidemiologia.mspas.gob.gt/files/Publicaciones%202017/Desarrollo/lineamientos_para_las_unidades_de_epide.pdf

25 Guatemala. Ministerio de Salud y Asistencia Social. Sistema de Información Gerencial de Salud. SIGSA web versión 5.5 [en línea]. Guatemala 2018. [Citado 20 Abr 2019]; p 18-20. Disponible en: <https://sigsa.mspas.gob.gt/component/content/featured?Itemid=437>

26 Guatemala. Ministerio de salud Pública y Asistencia Social. IV Encuesta Nacional materno infantil. Guatemala. p. 149-183 MSPAS.

27 Tzul AM, Kestler E, Hernández-Prado B, Hernández-Girón C. Mortalidad materna en Guatemala: diferencias entre muerte hospitalaria y no hospitalaria. Rev Salud Pública [en línea]. México 2006. [Citado 20 Abr 2019]; vol. 48: p 183-92. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/s0036-36342006000300002>

28 Orozco-Núñez E, González-Block MÁ, Kageyama-Escobar LM, Hernández-Prado B. Participación social en salud: la experiencia del programa de salud materna Arranque Parejo en la Vida. Rev Salud Pública [en línea]. Mexico 2009 [Citado 20 Abr 2019]; Vol. 51 p. 104–13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/s0036-36342009000200005>

29 Donoso E, Ayarzún E. Análisis comparativo de la mortalidad materna en Chile, Cuba y Estados Unidos de Norteamérica. Rev Chil Obstet Ginecol [en línea]. Chile 2004 [Citado 20 Abr 2019]; Vol. 69. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262004000100004>

30 Naciones Unidas. [Panorama de la Inserción Internacional de América Latina y el Caribe. \[en línea\]](#). [Citado 20 Abr 2019]; Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40744/1/S1601274_es.pdf

31 Faneite Pedro, Linares Milagros, Faneite Josmery, Gómez Ramón, Sablone Sonia, Guedez Jesús et al . Mortalidad neonatal gran reto. Rev Obstet Ginecol Venez [en línea]; 2004 [citado 2019 Abr 23] ; Vol. 64 p 129-132. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322004000300002&lng=es. Mortalidad neonatal

32 Villalbí JR, Tresserras R. Evaluación de políticas y planes de salud. Gaceta Sanitaria [En línea]. España 2011 [citado 23 Abr 2019]; Vol. 25 p. 17–24. [http://dx.doi.org/10.1016/s0213-9111\(11\)70004-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0213-9111(11)70004-8)

33 Venegas-Sánchez J, Rivadeneyra-Sicilia A, Bolívar-Muñoz J, López- Fernández LA, Martín-Olmedo P, Fernández-Ajuria A, et al. Evaluación del impacto en la salud del proyecto de reurbanización de la calle San Fernando en Alcalá de Guadaíra. Gaceta Sanitaria [En línea]. Sevilla 2013 [citado 23 Abr 2019]

Vol. 27 p. 233–40 Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.08.002>

34 Genovich-Richards J. Interview with a Quality Leader: John M. Eisenberg and the Agency for Healthcare Research and Quality. *Journal For Healthcare Quality* [En línea]. 2001 [citado 23 Abr 2019] Vol. 23 p. 26– 8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1945-1474.2001.tb00387.x>

35 Maestre C. Zabala C. García J.A. Educación para la Salud en los problemas prevalentes del medio penitenciario, proyecto en Ocaña. *Rev esp. Sanid. Penit.* [En línea] España 2016 [citado 23 Abr 2019] Vol 18 p 1-10. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202016000300003

36 UNICEF. Evaluación de procesos del programa de supervivencia infantil y materna de alto Paraná y Canindeyú. [En línea] Paraguay 2017 p. 4-20 [citado 23 Abr 2019] Disponible en: <https://www.unicef.org/paraguay/spanish/unicefpy-tdr-evaluacion-salud.pdf>

37 Argentina. Ministerio de Salud presidencia de la Nación. Implementación del plan operativo para la Reducción de la Mortalidad Materna Infantil, de la mujer y de la Adolescente. [En línea] Argentina. 2012. [citado 24 Abr 2019] p. 4-120 Disponible en: http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sipi_intervencion/implementacion-plan-operativo-reduccion-mortalidad-_arg2009-2011.pdf

38 Arias J, Mejoramiento continuo de la atención prenatal y su impacto en la mortalidad perinatal en dos instituciones de salud de Popayán. *Rev Obstetricia y Ginecología* [En línea], Colombia 2001. [citado 24 Abr 2019] vol. 52 p. 33-42 Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/742>

39 Távara L, Cárdenas B, Becerra C, Calderón G, Panta D, Esteban I, et al. La planificación familiar requiere atención especial como estrategia para reducir la mortalidad materna. *Rev. peru. ginecol. obstet.* [Internet]. 2011 [citado 2020 Mar 09]; 57(3): 177-187. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322011000300007&lng=es.

40 Távara Luis, Contribución de la adolescentes a la muerte materna en Perú, *Rev. peru. ginecol. obstet.* [Internet]. 2004 [citado 2020 Mar 09]; 50 (2), 111 – 122, [file:///C:/Users/TOSHIBA/Downloads/366-1273-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/TOSHIBA/Downloads/366-1273-1-PB%20(1).pdf)

41 Távara Orozco Luis. Tendencia de la mortalidad materna en el Perú: desafíos pendientes. *Rev. peru. ginecol. obstet.* [En línea]. Perú 2013, [citado 2020 Mar 09] 59(3) p. 153-156 Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-

51322013000300001&lng=es.

42 Villanueva Egan, Luis, Schiavon Ermani, Raffaella, Intervenciones latinoamericanas basadas en evidencia para reducir la mortalidad materna, Rev. Conamed [En línea]. 2013 [citado 2020 Mar 09]; 18(1): 21 - 30 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2013/con131d.pdf>

43 Távara Orozco Luis. Tendencia de la mortalidad materna en el Perú: desafíos pendientes. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2013 Jul [citado 2020 Mar 09] ; 59(3): 153-156. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322013000300001&lng=es.](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322013000300001&lng=es)

44 Lugones Botell Miguel. Atención preconcepcional como estrategia básica para prevenir y disminuir la mortalidad materno-infantil. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2016 Mar [citado 2020 Mar 09] ; 42(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000100001&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000100001&lng=es)

45 Ruiz Abril, M. E, Fernández Díaz, Jesus, Servicios integrados, para la lucha contra la mortalidad materna en Nicaragua. Rev. En breve 2004 [citado 2020 Mar 09],). Disponible en: <http://documents.worldbank.org/curated/en/899651468775817231/pdf/307260SPANISH0en0breve047.pdf>

46 Freyermuth Enciso G. mortalidad materna en Chiapas: un análisis desde la inequidad, Mexico 2010 [citado 2020 Mar 13], Disponible en: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/56783162/Desiguales_e_n_la_vida_desiguales_para_morir._La_mortalidad_materna_en_Chiapas_u_n_analisis_desde_la_inequidad.pdf?responsecontentdisposition=inline%3B%20filename%3DDesiguales_en_la_vida_desiguales_para_mo.pdf&X-Amz-

47 Freyermuth, G, Sesia, P, la muerte materna y estrategias hacia una maternidad segura, mexico 2009, [citado 2020 Mar 13], Disponible en: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/39721971/muerte_materna.pdf?response-contentdisposition=inline%3B%20filename%3DLa_muerte_materna._Acciones_y_estrategia.pdf&X-Amz-Algorithm=A

48 Heredia-Pi Ileana, Serván-Mori Edson, Reyes-Morales Hortensia, Lozano Rafael. Brechas en la cobertura de atención continua del embarazo y el parto en México. Salud pública Méx [revista en Internet]. 2013 [citado 2020 Mar 13] ; 55(Suppl 2): S282-S288. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800023&lng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800023&lng=es)

- 49 Delgado Noguera, M, Daza C, Factores que afectan el proceso de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna en el departamento de Cauca, Colombia 2000 [citado 2020 Mar 13], Disponible en: <file:///C:/Users/TOSHIBA/Downloads/687-Texto%20del%20art%C3%ADculo-1608-1-10-20160810.pdf>
- Rojas L, Briceño G, mortalidad materna y análisis, Venezuela 2006 Rev. 10 (1), 26 – 30 [citado 2020 Mar 13], Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3759/375938979006.pdf>
- 50 del Carpio Ancaya Lucy. Situation of maternal mortality in Peru, 2000 - 2012. Rev. perú. med. exp. salud pública [Internet]. 2013 Jul [citado 2020 Mar 14]; 30(3): 461-464. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000300015&lng=es.
- 51 Donoso S Enrique. MORTALIDAD MATERNA EN CHILE, 2000-2004. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2006 [citado 2020 Mar 14]; 71(4): 246-251. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262006000400005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262006000400005>.
- 52 Távara Orosco, L. (2015). Rol de la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna en la toma de decisiones. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 51(3), 136-142. doi:<https://doi.org/10.31403/rpgo.v51i379>
- 53 Águila Setián Sonia I. A strategy to decrease the mother mortality. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2012 Jun [citado 2020 Mar 14]; 38(2): 281-289. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000200015&lng=es.
- 54 Scoppetta O. Discusión sobre el Impacto de Programas y Proyectos Sociales en Salud Pública. [en línea]. Colombia. 2006. [Citado 20 mar 2019]. p 1-9 Disponible Colombia. 2006. <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a21.pdf>
- 55 Garrido-Latorre F, López-Moreno S. Evaluación de los Programas y Servicios de Salud. Rev Salud Pública de México [en línea]. 2011. [Citado 13 mar 2019]; vol. 53: p. 399–401. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/s0036-36342011001000002>
- 56 Bacigalupe A, Esnaola S, Calderón C, Zuazagoitia J, Aldasoro E. La Evaluación del Impacto sobre la Salud: una Herramienta para incorporar la salud en las intervenciones no sanitarias. Rev Gaceta Sanitaria [en línea]. 2009. [Citado 8

mar 2019]; vol. 23: 62-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2008.02.004>

57 Aldasoro E, Sanz E, Bacigalupe A, Esnaola S, Calderón C, Cambra K, et al. Avanzando en la evaluación del impacto en la salud: Análisis de las políticas públicas sectoriales del Gobierno Vasco como paso previo a la fase de cribado sistemático. Rev Gaceta Sanitaria [en línea]. 2012. [Citado 13 mar 2019]; vol. 26: 83-90. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.07.005>

58 España. Campos P, et al. Desarrollo de una herramienta de cribado para evaluación de impacto en salud de políticas Nacionales. Ministerio de sanidad. [en línea]. 2014. [Citado 8 mar 2019]; p 3-10. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Herramienta_Cribado.pdf

ANEXOS



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Estudio sobre la Eficacia del plan de reducción de muerte materna y neonatal de año 2018 del Área de Salud de Chimaltenango

Boleta No. _____ Área de Salud _____

INTRODUCCION

La hoja de registro de datos contiene cuatro partes que son los ejes estratégicos por evaluar con varios ítems que será llenado con los datos que proporcionen en área de epidemiología y salud reproductiva del Área de Salud de Chimaltenango.

Primera parte

I. Eje estratégico de Acceso de la población a información y servicios de planificación familiar Metodología anticonceptiva

AÑO	2018	
	EJEC	META
No. de actualización y capacitaciones		
No. de campañas de comunicación (consejería y charlas)		
No. de usuarias nuevas		
% de abastecimiento de anticonceptivo		
No. de monitoreo del servicio PF		
No. de usuarias de DIU e implantes		

Segunda parte**II: Eje estratégico red de servicios de salud integrados**

AÑO	2018	META
% de abastecimiento de medicamento y insumos trazadores para atención materno neonatal		
No. de urgencia obstétrica y neonatal atendidas		
No. de evaluación de manejo de código rojo en los servicios de atención		
No. de embarazadas que asiste a su primer control prenatal oportuno		
No. de partos eutócicos y distócicos		
No. de casas maternas funcionando		
No. de servicios que cuentan con comité de muerte materna		

Tercera parte**III. Eje estratégico fortalecer el desarrollo del recurso humano en el nivel técnico y especializado en la atención materno neonatal**

Servicio de salud			
AÑO	2018		
	No. personal	Parto	RN
No. de Ginecobstetra en cada servicio de salud y partos atendidos.			
No. de Médico General en cada servicio y partos atendidos			
No. de enfermero profesional en cada servicio y partos atendidos			
No. de enfermero auxiliar en cada servicio y partos atendidos			
No. de comadronas y número de partos atendidos			

Cuarta parte**IV. Eje estratégico vigilancia epidemiológica y el sistema de información de la salud materna y perinatal.**

ANO	2018	META
No. de servicio de salud que cuentan con comités de análisis de morbilidad y mortalidad materna y neonatal a nivel nacional.		
No. de servicios que tiene clasificación de embarazadas según factores de riesgo.		
No. de reuniones de análisis de muerte materna y neonatal realizada en los servicios de salud a nivel Nacional.		
No. de servicios que capacitan y monitorean a las comadronas y verifican si tienen licencia actualizada		
% de unidades del sector salud, notificadora de los eventos		
% de unidades del sector salud con el sistema informático perinatal implementado		
Promoción de parto institucional		

PERMISO DE AUTOR PARA COPIAR TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada **“EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL PROGRAMA NACIONAL DE TUBERCULOSIS EN EL DEPARTAMENTO DEL PROGRESO”** para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.