



Ley para la
maternidad
saludable
y su reglamento

CONTENIDO

3 Ley para la maternidad saludable.

Decreto número 32-2010

- 5 Capítulo I. Disposiciones generales
- 8 Capítulo II. Acceso universal a los servicios de salud materna y neonatal y sus entes responsables
- 12 Capítulo III. Servicios y recurso humano acreditado para los servicios de atención materno-neonatal
- 13 Capítulo IV. Acciones inmediatas para mejorar la salud materna neonatal
- 14 Capítulo V. Vigilancia epidemiológica y sistema de información en mortalidad materna
- 15 Capítulo VI. Aseguramiento de la maternidad saludable
- 17 Capítulo VII. Criterios presupuestarios
- 18 Capítulo VIII. Disposiciones complementarias
- 19 Capítulo IX. Disposiciones finales

21 Reglamento de la ley para la maternidad saludable.

Acuerdo gubernativo número 65-2012

- 22 Capítulo I. Disposiciones generales
- 23 Capítulo II. Instituciones responsables de garantizar el acceso a servicios de salud materna y neonatal
- 25 Capítulo III. Acceso universal a los servicios de salud materna y neonatal
- 32 Capítulo IV. Acciones para mejorar la salud materna neonatal
- 34 Capítulo V. Sistema de monitoreo y evaluación
- 35 Capítulo VI. Vigilancia epidemiológica
- 36 Capítulo VII. Aseguramiento de la maternidad saludable
- 37 Capítulo VIII. Criterios presupuestarios

Más información sobre salud materna en Guatemala en:

www.osarguatemala.org 

2362 3572



Ley para la maternidad saludable

DECRETO NÚMERO 32-2010

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA

CONSIDERANDO:

Que la Constitución Política de la República de Guatemala establece que la salud de los habitantes de la Nación es un bien público; que el goce de la misma es un derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna y que es obligación del Estado desarrollar, a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles a los habitantes el más completo bienestar físico, mental y social.

CONSIDERANDO:

Que el Estado de Guatemala ha ratificado instrumentos de derechos humanos como la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW), y asumido compromisos con lo establecido en la Plataforma de Acción emanada de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, el Plan de Acción Mundial de Población y Desarrollo, la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, que en su cuarto y quinto objetivos se refiere a reducir la mortalidad infantil y a mejorar la salud materna, por lo que el Estado de Guatemala debe armonizar su ordenamiento jurídico interno con estos compromisos.

CONSIDERANDO:

Que en Guatemala, la razón de mortalidad materna es uno de los más altos de América Latina; que dos mujeres mueren cada día por causas relacionadas con el embarazo, parto o posparto, siendo las mujeres indígenas, las adolescentes y las mujeres que viven en áreas rurales las más afectadas, y que el Estado tiene obligación de proteger el proceso reproductivo, reconociendo que todo embarazo está en riesgo, y que es necesario garantizar a todas las mujeres el acceso a servicios de salud de calidad con calidez y pertinencia cultural, tomando en cuenta la diversidad etaria y ubicación geográfica para la resolución de su embarazo, sin el riesgo de daño o muerte para la madre, o su hijo o hija.

CONSIDERANDO:

Que las niñas y niños como sujetos de derecho, el Estado debe protegerles y garantizarles condiciones de vida saludable y un futuro prometedor, por lo que tomando en cuenta que todo embarazo representa un riesgo para las mujeres y neonatos, se hace necesario promulgar una ley que garantice a las mujeres el ejercicio del derecho a una maternidad saludable.

POR TANTO:

En ejercicio de las atribuciones que le confiere el artículo 171 literal a) de la Constitución Política de la República de Guatemala.

DECRETA:

La siguiente:

LEY PARA LA MATERNIDAD SALUDABLE



CAPÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1. Objeto de la ley.

La presente Ley tiene por objeto la creación de un marco jurídico que permita implementar los mecanismos necesarios para mejorar la salud y calidad de vida de las mujeres y del recién nacido, y promover el desarrollo humano a través de asegurar la maternidad de las mujeres, mediante el acceso universal, oportuno y gratuito a información oportuna, veraz y completa y servicios de calidad antes y durante el embarazo, parto o posparto, para la prevención y erradicación progresiva de la mortalidad materna-neonatal.

ARTÍCULO 2. Fines.

Los fines de esta Ley son:

- a) Declarar la maternidad saludable asunto de urgencia nacional; apoyar y promover acciones para reducir las tasas de mortalidad materna y neonatal, especialmente en la población vulnerada, adolescentes y jóvenes, población rural, población indígena y población migrante, entre otros.
- b) Fortalecer el Programa de Salud Reproductiva y la Unidad de Atención de Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, respetando los métodos de atención a la salud tradicional de las culturas maya, xinca y garífuna.
- c) Promover un sistema de monitoreo, vigilancia y evaluación que permita medir los avances y desafíos para cumplir con el objeto de la presente Ley.

- d) Garantizar el acceso universal, oportuno y de calidad a servicios materno-neonatales, incluida la planificación familiar, la atención diferenciada en adolescentes, respetando la pertinencia cultural y la ubicación geográfica de las mujeres guatemaltecas, entre otras.
- e) Establecer un único sistema de vigilancia epidemiológica de la salud materna neonatal, que permita medir el avance e impacto de la estrategia de reducción de la mortalidad materna en el corto, mediano y largo plazo; y monitorear, evaluar y redireccionar las acciones desarrolladas en el mismo.
- f) Promover el involucramiento de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural, las municipalidades, organizaciones civiles y empresas privadas para prevenir y reducir la mortalidad materna neonatal.

ARTÍCULO 3. Instituciones responsables.

Son responsables de la aplicación y cumplimiento de la presente Ley las instituciones siguientes: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y Organizaciones No Gubernamentales que tienen entre sus fines, los servicios de salud y que están debidamente contratadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

ARTÍCULO 4. Principios rectores.

El desarrollo de la presente Ley se enmarca en los principios siguientes:

- a) **Gratuidad:** En la red de los servicios públicos de salud, se garantizará la atención gratuita en todas las intervenciones relacionadas con la salud materna-neonatal.
- b) **Accesibilidad:** El Estado garantizará que los servicios de salud para la atención materno-neonatal sean accesibles geográfica y culturalmente, con énfasis en los grupos socialmente excluidos mencionados en la literal a) del artículo 2 de la presente Ley.
- c) **Equidad:** En la prestación de servicios se dará especial atención a las mujeres más vulneradas en pobreza y pobreza extrema, de áreas rurales, adolescentes, indígenas, migrantes, discapacitadas, a efecto de disminuir la inequidad provocada por la condición de género y condición socioeconómica.
- d) **Respeto a la interculturalidad:** Los servicios de salud materno-neonatal deberán prestarse garantizando el respeto a la identidad cultural, valores y costumbres de las comunidades.
- e) **Sostenibilidad:** El Estado debe asignar los recursos necesarios y suficientes para el desarrollo de los programas en materia de salud materna-neonatal que reduzcan los riesgos y aseguren la vida de mujeres, adolescentes y neonatos.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Organizaciones No Gubernamentales que tienen entre sus fines los servicios de salud y que están debidamente contratadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, son responsables de velar porque los servicios de salud materno-neonatal sean prestados con calidad, centrados en las usuarias y asegurando la evaluación y supervisión de los mismos.

ARTÍCULO 5. Definiciones.

Para la aplicación de la presente Ley, se entenderá por:

- a) **Muerte materna:** Es la muerte de una mujer durante su embarazo, parto o dentro de los cuarenta y dos días después del parto, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o posparto o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.
- b) **Muerte neonatal:** Niñas y niños que nacen vivos pero mueren durante los primeros veintiocho días de vida.
- c) **Proveedor/a calificado:** Profesional de salud con destrezas y habilidades, médico/médica, partera/partero, enfermera/enfermero, comadrona técnica que ha recibido capacitación certificada y es competente para la atención del embarazo, parto y posparto, así como sus complicaciones.
- d) **Proveedor/a comunitario y tradicional:** Personas reconocidas por la comunidad, que en el primer nivel de atención realizan 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, entre otros.
- e) **Atención prenatal:** Es el conjunto de acciones médicas y asistenciales que se brindan a las mujeres embarazadas, con el objetivo de detectar tempranamente las complicaciones que pueden surgir durante el embarazo y preparar el plan de parto, que incluye la elaboración de un plan de emergencia ante una complicación.
- f) **Atención calificada del parto y recién nacido:** Es la atención de la mujer embarazada y del recién nacido durante el parto y posparto inmediato, en el hogar, en el centro de salud o en el hospital.
- g) **Atención posnatal:** Es la atención calificada que se brinda, posterior al alumbramiento, hasta los cuarenta días después del parto.
- h) **Niveles de atención:** Según la estructura de prestación de servicios de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, está constituido por:

- I. *Primer nivel:* Puestos de Salud, Centros de Convergencia a través del Equipo Básico de Salud del Programa de Extensión de Cobertura.
- II. *Segundo nivel:* Centros de Salud, Maternidades Periféricas, Centros de Atención Permanente (CAP) y Centro de Atención Integral Materno Infantil (CAIMI).
- III. *Tercer nivel:* hospitales distritales, departamentales, regionales, nacionales generales y nacionales especializados.



CAPÍTULO II

ACCESO UNIVERSAL A LOS SERVICIOS DE SALUD MATERNA Y NEONATAL Y SUS ENTES RESPONSABLES

ARTÍCULO 6. Acceso universal a los servicios de salud materna neonatal.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS-, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS- y Organizaciones No Gubernamentales que tienen entre sus fines los servicios de salud y que están debidamente contratadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS-, están obligadas a garantizar a las usuarias el acceso a servicios de salud materna-neonatal con calidad, con pertinencia cultural y sin discriminación alguna, en los tres niveles de atención, promoviendo la participación social y comunitaria para compartir la responsabilidad de proveer condiciones adecuadas para una maternidad saludable.

ARTÍCULO 7. Condiciones para un embarazo saludable.

Las instituciones responsables a que se refiere el artículo 6 de la presente

Ley, en coordinación con el Ministerio de Educación y la Universidad de San Carlos de Guatemala, están obligadas a promover acciones dirigidas a informar, orientar y educar acerca de condiciones físicas, mentales, emocionales y sociales que contribuyan en la toma de decisiones para prevenir embarazos no deseados, así como para promover embarazos saludables, procurando condiciones nutricionales adecuadas y administración de suplementos alimenticios y vitamínicos.

ARTÍCULO 8. Atención obligatoria durante el embarazo.

Las instituciones responsables a que se refiere el artículo 6 de la presente Ley, están obligadas a coordinar las acciones de los tres niveles de atención, con el fin de garantizar que las mujeres embarazadas reciban la atención de las intervenciones básicas siguientes:

- a) Atención prenatal de acuerdo con los estándares técnicos basados en la evidencia científica, con énfasis en la cantidad de controles del embarazo, vigilancia nutricional de la mujer y signos y síntomas de peligro en el embarazo.
- b) Manejo y referencia a niveles de mayor complejidad de los casos que presenten complicaciones obstétricas que no puedan ser resueltas en ese servicio.
- c) Disponibilidad y entrega de los medicamentos e insumos requeridos para la atención del embarazo, así como de patologías y/o condiciones especiales asociadas a este evento.
- d) Acceso a servicios de laboratorio clínico de acuerdo con el nivel de complejidad del establecimiento y, cuando sea necesario, hacer la referencia correspondiente.
- e) Consejería en planificación familiar.
- f) Consejería pre y post en la realización de la prueba de VIH.
- g) Atención integral y diferenciada para niñas y adolescentes embarazadas, tomando en cuenta su edad, etnia, escolaridad, ubicación geográfica y situación socioeconómica.
- h) Las mujeres serán atendidas en su idioma materno para asegurar que el tratamiento y los procedimientos de comunicación sean comprensibles y claros para ellas y su familia.
- i) El acceso a material educativo y comprensible para todo el núcleo familiar, en el cual se instruya a la mujer y a su familia, respecto de las acciones que se deben tomar en caso de emergencias durante el embarazo, para responder oportunamente a emergencias obstétricas que puedan presentarse.

ARTÍCULO 9. Atención obligatoria durante el parto.

Las instituciones a que se refiere el artículo 6 de la presente Ley, están obligadas a coordinar las acciones de los tres niveles de atención, con el fin de garantizar la atención calificada del parto, bajo las siguientes condiciones:

- a) Atención obstétrica de acuerdo con los estándares técnicos recomendados por las instituciones especializadas, nacionales e internacionales, y los protocolos institucionales vigentes.
- b) Las niñas y adolescentes recibirán atención diferenciada tomando en cuenta su edad, etnia y escolaridad.
- c) Posición para la atención del parto, según preferencia de la mujer, deberá formularse el protocolo de parto vertical. Los servicios de salud que atienden partos, deberán considerar el acompañamiento de las mujeres por un familiar o persona de confianza en el momento del parto, cuando se trate de un parto normal.
- d) Atención obstétrica de emergencia básica que incluya los procedimientos establecidos en los protocolos para la atención de la emergencia obstétrica, con énfasis en las hemorragias obstétricas, cualquiera que sea su origen.
- e) Equipo médico, insumos y medicamentos disponibles para la atención del parto, del recién nacido, posparto y hemorragias obstétricas, de acuerdo al nivel de resolución de cada servicio.
- f) Disponibilidad de transporte en las unidades de atención del segundo y tercer nivel, las veinticuatro horas del día.
- g) Disponibilidad de sangre segura en cantidad y calidad suficiente.

ARTÍCULO 10. Atención obligatoria en el posparto.

Las instituciones a que se refiere el artículo 6 de la presente Ley, están obligadas a coordinar las acciones de los tres niveles de atención, con el fin de garantizar que las mujeres reciban atención posparto con pertinencia cultural, desde el nacimiento del niño o niña, hasta los cuarenta y dos días posteriores al parto.

- a) Vigilancia inmediata del puerperio y control del mismo.
- b) Información, consejería y suministro de métodos de planificación familiar solicitados para el período posparto, con el objetivo de lograr el óptimo espaciamiento entre embarazos.
- c) Orientación sobre prevención de cáncer cérvico uterino y de mama.

- d) Información sobre la importancia de un régimen nutricional y suplementos alimenticios para la recuperación física y emocional.
- e) Orientación, identificación y referencia en casos de problemas emocionales.
- f) Visita de posparto en el hogar cuando éste se lleve a cabo en el hogar, un proveedor/a calificada debe visitar a la mujer puérpera y al recién nacido, entre las primeras veinticuatro a cuarenta y ocho horas. Este personal deberá identificar signos y síntomas de peligro y remitir a la mujer o al recién nacido, según sea el caso, al nivel de atención con la capacidad resolutive necesaria, según la morbilidad detectada.

ARTÍCULO 11. Salud neonatal.

Las instituciones responsables a que se refiere el artículo 6 de la presente Ley, deberán implementar las acciones costo-efectivas para la reducción de la muerte neonatal, tales como la lactancia materna exclusiva, el uso de antibióticos para infecciones neonatales, la vacunación para prevenir el tétanos y la disminución de barreras para acceder a los servicios de salud. De igual forma, deberá promoverse la visita al recién nacido durante las primeras veinticuatro horas.

ARTÍCULO 12. Centros de Atención Integral Materno Infantil y Centros de Atención Permanente.

Se institucionalizarán los Centros de Atención Integral Materno Infantil -CAIMI- y Centros de Atención Permanente -CAP-, como parte del segundo nivel de atención de la Red de Servicios Públicos de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como centros especializados, y estarán ubicados geográfica y estratégicamente de acuerdo con características poblacionales y epidemiológicas relevantes que inciden en la salud materna y neonatal.

Serán atendidos por médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería calificados. Podrán participar las comadronas, quienes brindarán servicios con pertinencia cultural para mejorar la salud materna neonatal y prevenir las muertes maternas y neonatales evitables, y atenderán las veinticuatro horas del día durante todo el año.

ARTÍCULO 13. Casas maternas con pertinencia cultural.

Se establecerán casas maternas cercanas a los hospitales CAIMI y CAP. Estas casas deberán diseñarse basadas en la pertinencia cultural, para permitir a las mujeres embarazadas hospedarse en fechas cercanas a su parto y tener acceso inmediato a los servicios de salud.

ARTÍCULO 14. Extensión de cobertura por Organizaciones No Gubernamentales.

Las Organizaciones No Gubernamentales que tienen contrato para prestar

servicios de salud con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, deben cumplir con la atención de la mujer en edad fértil no embarazada, la atención prenatal, materna y posnatal especificados en esta Ley.



CAPÍTULO III SERVICIOS Y RECURSO HUMANO ACREDITADO PARA LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MATERNO-NEONATAL

ARTÍCULO 15. Recurso humano calificado.

La acreditación del recurso humano calificado estará a cargo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, con el correspondiente aval de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

ARTÍCULO 16. Regulación de los servicios privados.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, a través de la Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud, deberán definir, certificar y supervisar estándares de calidad y con calidez para la atención de parto, posparto y neonato en clínicas y hospitales privados.

En caso de incumplimiento se fijará un plazo no mayor de ocho días para reparar la omisión identificada.

ARTÍCULO 17. Proveedores comunitarios y tradicionales.

Los proveedores comunitarios y tradicionales brindarán los servicios de maternidad en el primer nivel de atención, aplicando normas y protocolos establecidos.

En el caso de las comadronas, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social deberá formular, en coordinación con las organizaciones de comadronas, una política que incluya definición del rol de las comadronas,

sus funciones, el relacionamiento con los servicios de salud, así como establecer un programa de transición para la formación de comadronas capacitadas y certificadas a nivel técnico.



CAPÍTULO IV ACCIONES INMEDIATAS PARA MEJORAR LA SALUD MATERNA NEONATAL

ARTÍCULO 18. Acciones inmediatas.

Para prevenir las complicaciones de embarazos que pongan en riesgo la vida de las mujeres, principalmente las mujeres vulnerables, se hace necesario establecer acciones inmediatas que conlleven:

- Programas nutricionales a niñas, adolescentes, y mujeres embarazadas y lactantes, para prevenir el deterioro de su salud y los nacimientos de niños y niñas con bajo peso, así como las malformaciones congénitas y el deterioro de la salud de las madres.
- Prevención de embarazos en niñas y adolescentes.
- Servicios de planificación familiar y post-evento obstétrico.
- Atención prenatal, atención del parto y posparto.
- Atención de emergencias obstétricas.
- Realizar estudio de factibilidad que permita crear un seguro de maternidad y niñez que garantice a las mujeres y a sus hijos e hijas, el acceso a los servicios de salud con calidad y calidez.



CAPÍTULO V VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y SISTEMA DE INFORMACIÓN EN MORTALIDAD MATERNA

ARTÍCULO 19. Entes responsables.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, a través del Centro Nacional de Epidemiología, del Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA) y del Programa Nacional de Salud Reproductiva, desarrollará acciones de vigilancia epidemiológica de la salud materna neonatal y de la mortalidad y morbilidad materna neonatal, sus consecuencias, factores de riesgo y el impacto en el sistema de salud pública, en el marco de la prevención y la atención de la salud materna neonatal.

ARTÍCULO 20. Comités de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad y Morbilidad Materna Neonatal.

Las direcciones de áreas de salud, con el apoyo técnico del Centro Nacional de Epidemiología y del Programa Nacional de Salud Reproductiva del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, tienen la responsabilidad de integrar los Comités de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad y Morbilidad Materna y Neonatal. El Centro Nacional de Epidemiología y el Programa Nacional de Salud Reproductiva, conjuntamente, deben elaborar las normas y protocolos de funcionamiento de dichos comités y los instrumentos y mecanismos de la vigilancia epidemiológica a nivel nacional.

Los comités de vigilancia epidemiológica a nivel nacional, departamental, municipal y hospitalario, deberán incluir la participación de dos representantes de las organizaciones de la sociedad civil.

ARTÍCULO 21. Reporte obligatorio e Inmediato de las muertes maternas y neonatales.

La red de establecimientos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, los hospitales y clínicas privadas que prestan servicios materno-neonatales, 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 deberá notificarlo al Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA), en un plazo no mayor de cinco días.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el último día de cada mes, deberá enviar a la Comisión de Salud y Asistencia Social del Congreso de la República, informe sobre las muertes maternas y neonatales acaecidas, detallando las razones y los lugares en donde se produjeron y las acciones que se han tomado para resolver los problemas que llevaron a estas muertes.



CAPÍTULO VI ASEGURAMIENTO DE LA MATERNIDAD SALUDABLE

ARTÍCULO 22. Comisión Multisectorial para la Maternidad Saludable.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, deberá crear la Comisión Multisectorial para la Maternidad Saludable -CMPMS-, que será presidida por el Ministro de Salud o su Viceministro Técnico. La CMPMS tendrá las siguientes funciones:

- a) Realizar el monitoreo y evaluación de la estrategia de reducción de la mortalidad materna.

- b) Vigilar la disponibilidad de financiamiento para el cumplimiento de las disposiciones contenidas en esta Ley, así como el análisis del impacto en reducción de la muerte materna.
- c) Garantizar la sostenibilidad de la estrategia a largo plazo, la actualización de la evidencia científica y su aplicación en Guatemala.

ARTÍCULO 23. Integrantes de la Comisión Multisectorial para la Maternidad Saludable.

La CMPMS estará integrada por los representantes de:

- a) Vice ministerio de Hospitales.
- b) Sistema de Atención en Salud -SIAS-.
- c) Programa Nacional de Salud Reproductiva.
- d) Centro Nacional de Epidemiología.
- e) Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-.
- f) Comisión de Salud del Congreso de la República.
- g) Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia -SEGEPLAN-.
- h) Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas.
- i) Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala.

Adicionalmente, como observadores, participarán las agencias de cooperación internacional interesadas en el tema y el Observatorio en Salud Reproductiva -OSAR-, que realizará las funciones de vigilancia y monitoreo a la implementación de esta Ley.

ARTÍCULO 24. Convocatoria para la Instalación de la CMPMS.

Para la instalación de la CMPMS, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, dentro de los siguientes sesenta días de entrada en vigencia la presente Ley, convocará a las instituciones descritas en el artículo anterior para que, en el plazo de quince días, nombren a sus representantes.



CAPÍTULO VII CRITERIOS PRESUPUESTARIOS

ARTÍCULO 25. Financiamiento.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, asignarán los recursos necesarios para la atención de la salud materna neonatal en los tres niveles de atención definidos en esta Ley, priorizando aquellas regiones del país con mayor índice de muerte materna y neonatal, así como las regiones con mayor vulnerabilidad en función al nivel de pobreza y extrema pobreza de la población.

ARTÍCULO 26. Prioridades presupuestarias.

A fin de cumplir con la presente Ley, se prioriza la inversión en los aspectos siguientes:

- Construcción, mantenimiento y readecuación de la infraestructura de los servicios de salud.
- Equipamiento de las unidades de salud, de acuerdo al nivel de atención.
- Capacitación permanente y con base en la evidencia científica sobre la identificación y manejo de las emergencias obstétricas dirigidas a todo el personal que presta atención materna-neonatal.
- Equipo e insumos para garantizar el ambiente habilitante para la atención de la salud materno-neonatal.

- e) Programas de sensibilización y capacitación para el relacionamiento intercultural, en caso de la atención de poblaciones indígenas.
- f) Contratación de recurso humano calificado para la atención de la salud materna neonatal.



CAPÍTULO VIII DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

ARTÍCULO 27.

Se reforma el artículo 25 de la Ley del Impuesto sobre la Distribución de Bebidas Alcohólicas Destiladas, Cervezas y otras Bebidas Fermentadas, Decreto Número 21-2004 del Congreso de la República, el cual queda así:

“Artículo 25. Destino. De los recursos recaudados por la aplicación del presente impuesto, se destinará un mínimo del quince por ciento (15%) para programas de salud sexual y reproductiva, planificación familiar y alcoholismo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. De esta asignación del quince por ciento (15%) para estos programas, como mínimo deberá destinarse un treinta por ciento (30%), exclusivamente, para la compra de insumos anticonceptivos; dicha adquisición se realizará según lo establecido en el artículo 19 de la Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva, Decreto Número 87-2005 del Congreso de la República.

El Ministerio de Finanzas Públicas deberá crear, dentro del Presupuesto del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, una partida presupuestaria específica para la compra de insumos anticonceptivos.”

ARTÍCULO 28. Penalización.

El incumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente Ley, será sancionado de acuerdo a lo establecido en el Código Penal y leyes penales especiales.

A los funcionarios y empleados públicos, profesionales, técnicos y personas proveedoras de servicios de salud materna-neonatal que cometan hechos constitutivos de delito, conjuntamente con la pena principal, se les impondrá la de inhabilitación para ejercer su profesión.

ARTÍCULO 29. Penalización al conviviente.

El conviviente de la mujer deberá permitir, promover y facilitar que ésta tenga acceso a los servicios de salud materna-neonatal. En caso contrario y como consecuencia se produjeran hechos que constituyan delitos, deben ser perseguidos y sancionados de conformidad con las disposiciones penales correspondientes.



CAPÍTULO IX DISPOSICIONES FINALES

ARTÍCULO 30. Reglamento.

El Organismo Ejecutivo emitirá y publicará el Reglamento de la presente Ley, dentro de los sesenta (60) días siguientes a la vigencia de la misma.

ARTÍCULO 31. Derogatorias.

Se derogan todas aquellas disposiciones que contravengan el contenido de la presente Ley.

ARTÍCULO 32. Vigencia.

El presente Decreto entrará en vigencia el día siguiente de su publicación en el Diario Oficial.

REMÍTASE AL ORGANISMO EJECUTIVO PARA SU SANCIÓN,
PROMULGACIÓN Y PUBLICACIÓN.

EMITIDO EN EL PALACIO DEL ORGANISMO LEGISLATIVO, EN LA CIUDAD DE
GUATEMALA, EL NUEVE DE SEPTIEMBRE DE DOS MIL DIEZ.

JOSÉ ROBERTO ALEJOS CÁMBARA
PRESIDENTE

HUGO FERNANDO GARCÍA GUDIEL
SECRETARIO

REYNABEL ESTRADA ROCA
SECRETARIO

PALACIO NACIONAL: Guatemala, veintiocho de septiembre
del año dos mil diez.
PUBLÍQUESE Y CUMPLASE

ING. ÁLVARO COLOM CABALLEROS
PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

DR. LUDWIN WERNER OVALLE CABRERA
MINISTRO DE SALUD PÚBLICA Y A. S.

EDGAR ALFREDO BALSELLS CONDE
MINISTRO DE FINANZAS PÚBLICAS

CARLOS LARIOS OCHAITA
SECRETARIO GENERAL
DE LA PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA

Reglamento de ley para la **maternidad saludable**

**ACUERDO GUBERNATIVO NÚMERO 65-2012
GUATEMALA, 29 DE MARZO DE 2012**

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

CONSIDERANDO:

Que la Constitución Política de la República de Guatemala establece que el Estado garantiza y protege la vida humana desde su concepción, así como la integridad y la seguridad de la persona; que la maternidad tiene la protección del Estado, el que velará en forma especial por el estricto cumplimiento de los derechos y obligaciones que de ella deriven y que el goce de la salud es un derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna;

CONSIDERANDO:

Que mediante el Decreto Número 32-2010 del Congreso de la República se emitió la Ley para la Maternidad Saludable, cuyo objeto es la creación de un marco jurídico que permita implementar los mecanismos necesarios para mejorar la salud y calidad de vida de las mujeres y del recién nacido, y promover el desarrollo humano, a través de asegurar la maternidad de las mujeres, mediante el acceso universal, oportuno y gratuito a información oportuna, veraz y completa y servicios de calidad antes y durante el embarazo, parto o posparto, para la prevención y erradicación progresiva de la mortalidad materna-neonatal, de lo que procede emitir el reglamento de la ley, para su estricto cumplimiento;

POR TANTO:

En ejercicio de las funciones que le confiere el Artículo 183 literal e) de la Constitución Política de la República de Guatemala y con fundamento en el Artículo 30 del Decreto Número 32-2010 del Congreso de la República, Ley para la Maternidad Saludable,

ACUERDA:

Emitir el siguiente:

REGLAMENTO DE LA LEY PARA LA MATERNIDAD SALUDABLE

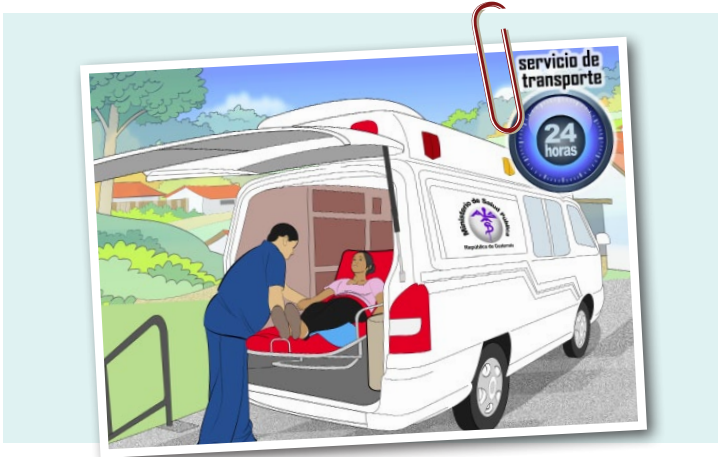
CAPÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1. Objeto

El presente reglamento tiene por objeto establecer los procedimientos que permitan desarrollar las disposiciones de la Ley para la Maternidad Saludable.

ARTÍCULO 2. Ámbito de aplicación.

El presente reglamento tendrá su ámbito de aplicación a nivel nacional, en todos los servicios de salud en los tres niveles de atención que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social establece, los servicios del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, para sus afiliadas y beneficiarias, los servicios prestados por las Organizaciones No Gubernamentales contratadas en el Programa de Extensión de Cobertura e instituciones privadas lucrativas y no lucrativas.



CAPÍTULO II INSTITUCIONES RESPONSABLES DE GARANTIZAR EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD MATERNA Y NEONATAL

ARTÍCULO 3. Rector en salud.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, a través de sus dependencias responsables, garantizará los servicios de salud materna y neonatal, tendrá la rectoría en la implementación operativa a nivel nacional en las instituciones señaladas en el Artículo 2 del presente reglamento, según corresponda.

ARTÍCULO 4. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, tendrá bajo su responsabilidad la agilización de la promoción, prevención, atención en los servicios, prenatal, parto, posparto y neonatal, así como la vigilancia epidemiológica, registro e información de la mortalidad materna y neonatal, de conformidad con su Ley Orgánica y en lo que fuere aplicable, a los fines establecidos en el Decreto Número 32-2010 del Congreso de la República, Ley para la Maternidad Saludable.

ARTÍCULO 5. Organizaciones No Gubernamentales.

Las Organizaciones no Gubernamentales debidamente contratadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, a través de convenios para la implementación del programa de extensión de cobertura, deberán de observar las disposiciones contenidas en la Ley para la Maternidad Saludable y en el presente reglamento, en lo que concierne en el primer nivel de atención, los centros de convergencia y comunidades

de cobertura. Las Organizaciones No Gubernamentales que tengan convenios o contratos conforme a la ley, para intervenciones materno-neonatales y prestación de servicios en el primero, segundo y tercer nivel de atención deben de observar las disposiciones contenidas en la Ley para la Maternidad Saludable y el presente reglamento.

ARTÍCULO 6. Interculturalidad en salud materno neonatal.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y las Organizaciones No Gubernamentales, que prestan servicios de salud materno neonatales, desarrollarán acciones para el reconocimiento, respeto y comprensión de las diferencias socioculturales de los pueblos, sus conocimientos y elementos terapéuticos en el mejoramiento de la salud materno neonatal de la población, promoviendo su aplicación según las normas y protocolos establecidos por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

ARTÍCULO 7. Coordinaciones con otras instituciones.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, a través de la Comisión Multisectorial para la Maternidad Saludable -CMPMS-, promoverá espacios de coordinación con el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS, Ministerio de Educación, Centros formadores de recursos humanos en salud, escuelas de enfermería, Universidad de San Carlos de Guatemala y otras universidades, empresas del sector privado y organizaciones de la sociedad civil, para promover acciones conjuntas que fortalezcan la mejora continua de la calidad para la atención de una maternidad saludable y coadyuven a la aplicación de la Ley para la Maternidad Saludable y el presente reglamento.

Dentro de la coordinación con el Ministerio de Educación, se deberá observar, entre otros, la Estrategia de Educación Integral en Sexualidad (EIS) en el Curriculum Nacional Base, a nivel primario y secundario, como lo establece la Ley de Desarrollo Social y la Ley de Acceso Universal para los Servicios de Planificación Familiar y su Integración al Programa Nacional de Salud Reproductiva y la Carta Convenio Biministerial Educar para Prevenir, las cuales se desarrollan bajo el enfoque de los derechos humanos, género, sexualidad e interculturalidad.



CAPÍTULO III ACCESO UNIVERSAL A LOS SERVICIOS DE SALUD MATERNA Y NEONATAL

ARTÍCULO 8. Condiciones para el acceso universal de salud materna

En cumplimiento al Capítulo II de la Ley para la Maternidad Saludable se deben regular las condiciones básicas que deben observar las instituciones responsables de la atención, para garantizar el acceso a los servicios de salud materna y neonatal, durante la atención prenatal, parto y posparto.

ARTÍCULO 9. Atención prenatal.

Con el fin de brindar a las mujeres embarazadas una atención prenatal de calidad, la atención prenatal deberá brindarse en etapas tempranas, lo que permitirá detectar las complicaciones que puedan surgir.

La consejería en planificación familiar debe brindarse en todos los niveles de atención. Las instituciones mencionadas en el Capítulo II de este reglamento, deben prestar atención prenatal, conforme al Artículo 8 de la Ley para la Maternidad Saludable y la normativa vigente en atención materna y neonatal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, se rige por su Ley Orgánica y el artículo citado en este párrafo, en lo que le sea aplicable.

Asimismo, debe de tomarse en consideración, los medios de divulgación para el acceso y las acciones que promuevan concientizar a mujeres y hombres de la importancia de acudir a los servicios de salud, para la atención integral de la salud sexual y reproductiva.

ARTÍCULO 10. Atención calificada del parto y recién nacido.

Con el fin de brindar una atención inmediata en los casos en que el parto haya sucedido en el hogar, el proveedor comunitario y tradicional deberá observar lo siguiente:

- a) Facilitar conocimientos a la familia y comunidad, para el reconocimiento de los signos de peligro;
- b) Referencia a servicios de salud con mayor capacidad resolutive en casos de complicaciones, según la norma vigente del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social;
- c) Informar sobre las ventajas del parto institucional y su acceso al mismo, así como a la referencia a casas maternas, como una elección de la mujer, priorizando los casos identificados como embarazos de riesgo establecidos en las normas y protocolos vigentes.

La atención calificada debe brindarse con pertinencia cultural en todos los servicios de salud con capacidad resolutive para el parto, observando lo establecido en el Artículo 9 de la Ley para la Maternidad Saludable.

El protocolo para la atención del parto vertical será oficializado, treinta días calendario, después de la publicación del presente reglamento, el cual deberá de considerar, entre otros aspectos, el de identificar dónde se implementarán y en qué establecimientos se brindará la atención del parto vertical.

El personal de los servicios de salud materno neonatales, el proveedor calificado, comadrona técnica, enfermera profesional, auxiliar de enfermería, médico/a general, médico/a gineco-obstetra, que han recibido capacitación certificada y son competentes para la atención del embarazo, parto y sus complicaciones están obligados a:

- a) Promover los derechos humanos con énfasis en salud sexual y reproductiva;
- b) Tener conocimiento y cumplir la Ley para la Maternidad Saludable y el presente reglamento;
- c) Conocer e implementar normas, protocolos y guías de atención materna neonatal vigentes del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social;
- d) Registrar inmediatamente el evento obstétrico al Sistema de Información Gerencial de Salud-SIGSA-;

- e) Notificar obligatoriamente el evento de muerte materna y neonatal al Centro Nacional de Epidemiología y, al confirmarse, su registro al Sistema de Información Gerencial de Salud.

Las instituciones mencionadas en el Artículo 2 del presente reglamento, deberán dar cumplimiento de los incisos d) y e) de este artículo, por los mecanismos que las mismas establezcan.

El personal certificado y capacitado para la atención materna neonatal será ubicado en los servicios de atención materna neonatal, promoviendo el ejercicio de su especialidad, evitando la rotación para otros servicios.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, a través de las unidades correspondientes, definirá los lineamientos básicos que deben contener los programas de inducción a personal nuevo y capacitación permanente, dirigido a prestadores de salud materno neonatal, el cual será la base para los programas desarrollados de inducción y capacitación de las organizaciones privadas y públicas que prestan servicios materno neonatales, para garantizar las competencias del personal. La Comisión Multisectorial para la Maternidad Saludable, será la responsable de monitorear el cumplimiento de estos programas de inducción y capacitación a nivel nacional.

ARTÍCULO 11. Atención Posparto.

Con el fin de garantizar que las mujeres y neonatos reciban una atención calificada desde el nacimiento hasta los cuarenta y dos días posteriores al parto, las instituciones a que se refiere el Artículo 6 de la Ley para la Maternidad Saludable, están obligadas a coordinar acciones en los tres niveles de atención, para lo cual deberán:

- a) Observar la Guía para Implementación de la Atención Integrada Materna y Neonatal calificada, con enfoque de género y adecuación cultural en los servicios institucionales de atención de parto;
- b) Cumplir la normativa en relación a la atención de la visita domiciliaria, lista de chequeo para la madre y recién nacido, plan educacional sobre complicaciones y la referencia y contra referencia, cuando corresponda;
- c) Coordinar con las instancias locales para garantizar el traslado, transporte, atención de la mujer y recién nacido que tenga complicaciones a un servicio con mayor resolución, cuando el parto sea domiciliar;

- d) Hacer constar por escrito y en presencia de una autoridad local, representante comunitario o testigo, en caso de negativa al traslado a un servicio de salud de la madre y/o el recién nacido y existiera oposición por parte de la familia.

ARTÍCULO 12. Responsabilidad de informar el parto domiciliario.

Con el fin de mejorar la atención del parto domiciliario, será obligatorio por parte de las instituciones mencionadas en el Artículo 2 de este reglamento, realizar las acciones siguientes;

- a) Contar con un registro permanente y censo de mujeres embarazadas en las comunidades con fechas probables de parto;
- b) Implementar los mecanismos para facilitar a las comunidades que informen del parto o evento obstétrico ocurrido en los hogares de su comunidad.

ARTÍCULO 13. Obligación de las organizaciones locales.

Para hacer eficaz lo establecido en el artículo anterior, los Consejos Comunitarios de Desarrollo, Comités de Vecinos u otras organizaciones locales, la familia, cónyuge o conviviente de la embarazada, están obligados a informar del parto o evento obstétrico ocurrido en los hogares ante el Distrito de Salud, con el fin de que los servicios de salud y el proveedor estén enterados y pueda hacer la visita domiciliaria, conforme lo establece el Artículo 10 literal f) de la Ley para la Maternidad Saludable.

ARTÍCULO 14. Acreditación.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como rector del sector salud, coordinará con las instituciones encargadas de formar el recurso humano en salud para que respondan a las necesidades de salud del país.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social será el responsable de la acreditación de los servicios que brinden atención prenatal, atención calificada del parto y recién nacido y en la atención, a través del Departamento de Regulación, Acreditación y Control de Establecimiento de Salud -DRACES-, con la participación del Vice Ministerio de Hospitales, Programa Nacional de Salud Reproductiva, Sistema Integral de Atención en Salud -SIAS-, Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala-AGOG-, Asociación de Perinatología y Agencias de Cooperación.

ARTÍCULO 15. Salud neonatal.

Con el fin de garantizar las condiciones de salud de los niños y niñas que nacen vivos y durante los primeros veintiocho días de vida, es necesario observar las acciones planteadas en el Plan Estratégico de Salud Integral de la Niñez y Estrategia y Plan Nacional de Salud Neonatal, ambos comprendidos de los años 2010 al 2015, dichos planes y estrategia deberán ser actualizados cada dos años, por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

ARTÍCULO 16. Institucionalización de los Centros de Atención Integral Materno Infantil y Centros de Atención Permanente.

Con el fin de hacer eficaz lo establecido en el Artículo 12 de la Ley para la Maternidad Saludable, se definen los Centros de Atención Integral Materno Infantil, como el establecimiento de salud para la atención integral materno infantil, el cual contará con servicios de consulta externa, atención, estabilización y referencia de urgencias cuando sobrepase su capacidad resolutive, los cuales estarán ubicados en áreas geográficas seleccionadas, principalmente, en áreas urbanas de alta concentración poblacional (cabeceras municipales), donde no se cuente con un servicio de salud similar, áreas que constituyen un lugar de convergencia de otros establecimientos de salud para la referencia de pacientes, interconsultas o comunidades rurales de difícil acceso. Estos centros prestarán atención en el segundo nivel de atención de la Red de Servicios Públicos de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Estos centros desarrollarán actividades de atención ambulatoria extramuros, brindando además servicios de promoción, prevención y recuperación de la salud. Estarán habilitados para atención materna e infantil, resolución de parto eutócico, resolución quirúrgica del parto, los cuales contarán con encamamiento necesario, de acuerdo a la población y salas de atención de parto, por lo que deberán de funcionar las veinticuatro horas del día.

Los Centros de Atención Permanente se definen, como el establecimiento de salud para atención médica permanente, las veinticuatro horas del día. Cuenta con servicios de consulta externa, atención, estabilización y referencia de urgencias. Se ubican en municipios que tienen una población mayor de veinte mil habitantes, en áreas geográficas donde el traslado en vehículo de pacientes, a otro servicio de veinticuatro horas, se lleve más de una hora. Desarrolla actividades dirigidas a la persona, la familia y la comunidad, prestando servicios de promoción, prevención, vigilancia, recuperación y rehabilitación de la salud, con pertinencia cultural y enfoques de género e interculturalidad, de acuerdo a lo establecido en las normas de atención. Estos servicios, están habilitados para la resolución de parto eutócico, por lo que cuenta con salas de atención del parto.

ARTÍCULO 17. Recursos humanos, físicos e insumos para su funcionamiento.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en coordinación con las escuelas formadoras de recurso humano en salud, establecerá el perfil de formación del recurso humano para responder a las necesidades de salud del país, incluyendo personal técnico, a nivel de licenciatura y a nivel de postgrado.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, fortalecerá la institucionalización, a través de la Unidad de Planificación Estratégica, la cartera de servicios y de acuerdo a las necesidades epidemiológicas

del país, definirá la implementación, readequación de la red de servicios de salud, también coordinará con la gerencia financiera para establecer el costeo de la implementación y funcionamiento óptimo. A través de la Dirección de Recursos Humanos, con el Programa Nacional de Salud Reproductiva, el Programa Integral de la Niñez, el Programa Nacional de Adolescentes, el Sistema Integral de Atención en Salud, el Centro Nacional de Epidemiología y la Unidad de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas, se elaborará el perfil de puestos y funciones.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, a través de la coordinación interinstitucional del Vice Ministerio de Hospitales y en coordinación con los postgrados de especialidades en salud de las universidades y Escuela Nacional de Enfermería, implementarán que el Ejercicio Profesional Supervisado de especialidades sea realizado, no sólo en los hospitales, sino, además, en los Centros de Atención Integral Materno Infantil, que hayan sido priorizados según la mortalidad materna y neonatal del país, conforme a la información oficial. Estos equipos básicos de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, entrarán a operar a partir del año dos mil doce, los cuales estarán conformados por:

- a) Un Médico/a Pediatra;
- b) Un Médico/a Ginecólogo y Obstetra;
- c) Un Médico/a Anestesiólogo;
- d) Un Enfermero/a del Ejercicio Profesional Supervisado de Enfermería;
- e) Un Odontólogo/a.

Todo el recurso humano tendrá un proceso de inducción y capacitación para que cuenten con las competencias necesarias y estarán certificados para brindar la atención materna neonatal, lo cual no excluye el contar con personal permanente contratado como especialista.

ARTÍCULO 18. Establecimiento de casas maternas con pertinencia cultural.

Con la finalidad de que los Centros de Atención Integrales Materno Infantil, los Centros de Atención Permanente y hospitales logren brindar el servicio oportuno y eficaz es necesario establecer cerca de estos centros, casas maternas con pertinencia cultural, donde las mujeres pueden hospedarse en fechas cercanas a su parto para el acceso inmediato a los servicios de salud, para lo cual se debe cumplir con:

- a) Contar con casas maternas ubicadas a un kilómetro de distancia, como máximo, de los Centros de Atención Integral Materno Infantil,

Centros de Atención Permanente y hospitales, priorizando las áreas de mayor mortalidad materna y neonatal;

- b) Observar las características socioculturales, prácticas de salud y cosmovisión del lugar;
- c) Observar que las casas maternas estén ambientadas y culturalmente adaptadas;
- d) Procurar que el personal que atiende las casas maternas sean de la región, hablen el idioma local, observen y respeten las costumbres de la población.

En coordinación con la Unidad de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad, Unidad de Planificación Estratégica, Programa Nacional de Salud Reproductiva, Programa de Medicina Tradicional y Alternativa, Vice Ministerio de Hospitales, Sistema Integral de Atención en Salud, las organizaciones comunitarias, las municipalidades y los servicios de salud locales, definirán los lineamientos para la construcción o adecuación de la casa materna, siguiendo las normas brindadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Los servicios de salud cercanos a una casa materna, tendrán la responsabilidad de monitorear a las pacientes que se encuentren en las mismas, detectar inicio de trabajo de parto, señales de peligro y referirlos al nivel correspondiente.

La sostenibilidad financiera de los servicios básicos, como la renta, pago de energía eléctrica, agua potable, equipo e insumos para el funcionamiento, entre otros, para la casa materna, será proporcionada por los gobiernos locales en coordinación con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

ARTÍCULO 19. Cobertura de las Organizaciones No Gubernamentales.

Las Organizaciones No Gubernamentales que tienen contratos con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, deben atender a la mujer en edad fértil no embarazada, en la atención prenatal, atención del parto, posparto y recién nacido, observando lo siguiente:

- a) Incluir servicios a mujeres en edad fértil no embarazada, sobre planificación familiar, micronutrientes, prevención de cáncer de cérvix, prevención de sífilis, VIH-SIDA y otras infecciones de transmisión sexual (ITS);
- b) Aplicar los protocolos emitidos por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, para la atención prenatal, parto, posparto y cuidados del recién nacido.



CAPÍTULO IV ACCIONES PARA MEJORAR LA SALUD MATERNA NEONATAL

ARTÍCULO 20. Implementación de Programas Nutricionales.

Con la finalidad de dar cumplimiento a lo establecido en el Artículo 18 de la Ley para la Maternidad Saludable, es necesario implementar programas nutricionales, que consideren los aspectos siguientes:

- a) Programas nutricionales a mujeres en edad fértil con énfasis en niñas y adolescentes, a través del Programa Nacional de Salud Alimentaria, en coordinación con la Secretaría de Salud Alimentaria y Nutricional, Ministerio de Educación, empresas privadas y autoridades locales;
- b) Programas nutricionales a mujeres embarazadas y lactantes, a través del Programa Nacional de Salud Alimentaria, en coordinación con la Secretaría de Salud Alimentaria y Nutricional, empresas privadas y autoridades locales.

ARTÍCULO 21. Acciones para prevenir los embarazos de niñas y adolescentes.

Para la prevención de los embarazos en las niñas y las adolescentes es necesario que los Ministerios de Salud Pública y Asistencia Social y de Educación, garanticen la educación integral en la sexualidad; según la Carta Acuerdo Prevenir con Educación y tomen en consideración, como mínimo, lo siguiente:

- a) Observar lo establecido en el segundo párrafo del Artículo 7 del presente reglamento;
- b) Identificar y comunicar de inmediato sobre los embarazos a la Procuraduría de los Derechos Humanos y otras organizaciones responsables para la investigación de casos de violencia sexual y su abordaje integral, garantizando la continuidad de sus estudios y el acceso a los servicios de salud reproductiva.

ARTÍCULO 22. Acciones para la atención prenatal, parto, posparto y servicios de planificación familiar.

Los proveedores de salud deberán prestar la atención de acuerdo a la normativa vigente, emitida por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, incluyendo dentro de esa normativa, la estandarización de una ficha clínica que registre información relacionada con embarazo, parto, puerperio y planificación familiar, incluyendo la planificación familiar post evento obstétrico, que pueda ser analizada a nivel local y central para la toma de decisiones.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, prestará esta atención, de conformidad con su Ley Orgánica, sus reglamentos y lo que sea aplicable de la Ley para la Maternidad Saludable.

ARTÍCULO 23. Acciones de atención para las emergencias obstétricas.

Los proveedores de salud deberán aplicar la Guía para la Implementación de la Atención Integrada Materna y Neonatal, calificada con enfoque de género y adecuación cultural, en los servicios institucionales de atención del parto, de acuerdo a su nivel de atención.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, aplicará las disposiciones de su Ley Orgánica, sus reglamentos y supletoriamente la Guía indicada en el párrafo anterior.

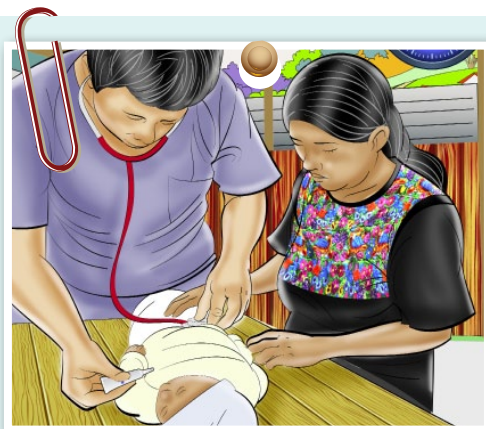


CAPÍTULO V SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

ARTÍCULO 24. Creación de un Sistema de Monitoreo y Evaluación.

Para dar cumplimiento a lo que establece el Artículo 19 de la Ley para la Maternidad Saludable, debe crearse un Sistema Único de Monitoreo a cargo del Vice ministerio de Hospitales, Sistema Integral de Atención en Salud y el Programa Nacional de Salud Reproductiva, en coordinación con el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y Organizaciones No Gubernamentales.

El Comité Técnico Ministerial para la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal, será el responsable del análisis, seguimiento y evaluación que permita medir los avances y desafíos para el cumplimiento de la misma.



CAPÍTULO VI VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

ARTÍCULO 25. Integración de Comités de Vigilancia Epidemiológica.

Conforme a lo establecido en el Artículo 20 de la Ley para la Maternidad Saludable, se integrarán los Comités de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad y Morbilidad Materna y Neonatal, los cuales se deben conformar a nivel nacional, departamental, municipal y hospitalario, realizando el análisis correspondiente. Para efectuar este análisis, todos los servicios de salud deberán notificar la morbilidad y mortalidad, tal como lo establecen las normas del sistema de información y los protocolos de vigilancia epidemiológica respectivos.

Estos Comités elaborarán informes a los comités de desarrollo local, como los Consejos Comunitarios de Desarrollo -COCODES-; Consejos Municipales de Desarrollo -COMUDES-, Consejos Departamentales de Desarrollo -CODEDES-, para garantizar el transporte de las mujeres y recién nacidos con complicaciones y la sostenibilidad de las casas maternas, entre otros, para la reducción de la muerte materna y neonatal.



CAPÍTULO VII ASEGURAMIENTO DE LA MATERNIDAD SALUDABLE

ARTÍCULO 26. Funciones de Monitoreo y Evaluación de la Estrategia de Reducción de la Mortalidad Materna.

Con el fin de reducir la mortalidad materna, la Comisión Multisectorial para la Maternidad Saludable, tendrá, dentro de sus funciones, para el monitoreo y evaluación de la estrategia de reducción de la mortalidad materna, las siguientes:

- a) Diseñar, implementar y revisar el marco metodológico y de indicadores que regirán el proceso de monitoreo y evaluación de la estrategia;
- b) Proponer las medidas necesarias para corregir o mejorar el impacto de la estrategia, en base a los resultados;
- c) Diseñar el marco de análisis presupuestal, la asignación de los gastos y su ejecución.

El sistema de monitoreo identificará los indicadores que permitan verificar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los establecimientos, bienes y servicios de salud materna. Debe contener indicadores que se relacionen con causas directas y factores estructurales de la mortalidad materna para verificar la pertinencia de la estrategia de reducción de la mortalidad materna.

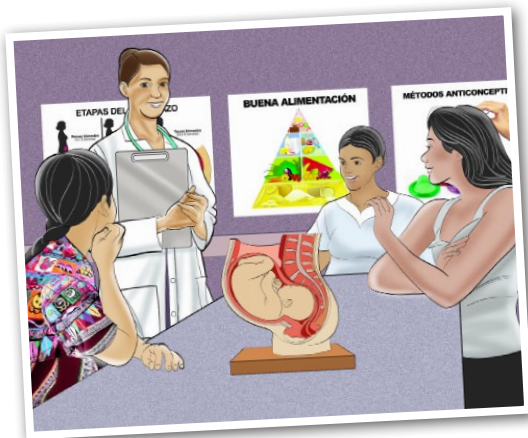
El aseguramiento de la sostenibilidad del Plan de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal y Mejoramiento de la Salud

Reproductiva comprendido de los años 2010 al 2015, se hará a través del establecimiento de una serie de indicadores que vigilen la sostenibilidad, tanto financiera como en el tiempo de la estrategia, la coordinación con otras instituciones públicas y privadas para acciones incluidas en el plan, de manera que sea posible evaluar su avance.

La información que se compile será agregada y desagregada y deberá ponerse a disposición del público. El sistema de monitoreo se realizará de manera periódica y contará con el financiamiento necesario que será vigilado por la Comisión Multisectorial para la Maternidad Saludable, conforme a los recursos que sean asignados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, de acuerdo al Artículo 25 de la Ley para la Maternidad Saludable y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en cuanto a la población afiliada y beneficiaria se refiere, de acuerdo a su Ley Orgánica.

ARTÍCULO 27. Reuniones de la Comisión Multisectorial para la Maternidad Saludable.

Para el cumplimiento efectivo del párrafo segundo del Artículo 22 de la Ley para la Maternidad Saludable, la Comisión Multisectorial para la Maternidad Saludable, deberá de reunirse como mínimo una vez al mes.



CAPÍTULO VIII CRITERIOS PRESUPUESTARIOS

ARTÍCULO 28. Aseguramiento.

El financiamiento establecido en el Artículo 25 de la Ley para la Maternidad Saludable, debe asegurar el cumplimiento de los derechos fundamentales de manera progresiva y sin discriminación. La financiación

de la salud materna y neonatal será prioritaria en el gasto público en salud y corresponderá a la Comisión Multisectorial para la Maternidad Saludable, vigilar que el Estado esté usando el máximo de sus recursos disponibles para el cumplimiento de la estrategia contenida en la Ley para la Maternidad Saludable.

La financiación y su ejecución en el presupuesto deberán ser transparentes, indicándose de manera desagregada y explícita los rubros asignados a los distintos componentes de la estrategia, para la promoción de la salud materna y neonatal, la prevención y reducción de la mortalidad y morbilidad materna y neonatal. Estos elementos son constitutivos de sistema de monitoreo efectivo del financiamiento y ejecución del gasto.

La Comisión Multisectorial para la Maternidad Saludable, como responsable del sistema de monitoreo integral de la estrategia, se encargará del diseño de los indicadores y métodos de la inversión y gasto ejecutado para el cumplimiento de la Ley para la Maternidad Saludable.

ARTÍCULO 29. Listado básico de medicamentos.

El listado básico de medicamentos debe ser elaborado conforme a las normas de atención, protocolos y guías vigentes del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y serán revisados, anualmente, de acuerdo a la evidencia científica.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social aplicará las disposiciones de su Ley Orgánica y sus reglamentos y supletoriamente las normas indicadas en el párrafo anterior.

Los insumos y equipos deberán elaborarse de acuerdo a las normas, guías y protocolos establecidos por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y serán revisados anualmente.

ARTÍCULO 30. Vigencia

El presente reglamento empieza a regir el día siguiente de su publicación en el Diario de Centro América.

COMUNÍQUESE,

OTTO FERNANDO PÉREZ MOLINA
PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

DR. FRANCISCO ALFREDO ARREDONDO MENDOZA
MINISTRO
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y A.S.

LIC. GUSTAVO ADOLFO MARTINEZ LUNA
SECRETARIO GENERAL
DE LA PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA

Esta es una publicación del Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (OSAR)

El Proyecto de Políticas en Salud y Educación (HEPP) es financiado por la Agencia de Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID) bajo el Acuerdo N° AID-OAA-A-10 a 00.067, acuerdo cooperativo por cinco años a partir del 30 de septiembre de 2010 implementado por Futures Group, en colaboración con el CEDPA, Futures Institute, Socios en Población y Desarrollo, Oficina Regional para África (PPD ARO), Population Reference Bureau (PRB), Research Triangle Institute (RTI) International y la Alianza Cinta Blanca para una Maternidad Segura (WRA).

Lo publicado en este documento no es información oficial del Gobierno de Estados Unidos, ni refleja necesariamente el punto de vista de la Agencia para el Desarrollo Internacional.

Diseñado por Tritón imagen & comunicaciones
Producido en Guatemala
Mayo de 2012
5,000 ejemplares

Este folleto contiene la Ley para la Maternidad Saludable, Decreto número 32-2010, del Congreso de la República de Guatemala; y el Reglamento de la Ley para la Maternidad Saludable, Acuerdo gubernativo número 65-2012, del Presidente de la República de Guatemala.

Estos instrumentos obligan a las autoridades de salud a garantizar los servicios y la atención básica a las mujeres antes, durante y después del parto. Esto permitirá reducir los altos índices de muertes maternas y mejorar la calidad de vida de las mujeres y sus bebés. Asimismo, contempla presupuesto específico para la implementación de la ley y sanciones para quienes la incumplan.

