

**PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO  
2007-2012  
Arranque Parejo en la Vida**



**SECRETARÍA DE SALUD**

**SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y  
PROMOCIÓN DE LA SALUD**

**PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO 2007-2012**  
Arranque Parejo en la Vida

Primera edición 2008

D.R.© Secretaría de Salud  
Lieja 7, Col. Juárez  
06696 México,D.F.

ISBN: 978-607-460-039-1

**Impreso y hecho en México**  
**Printed and made in Mexico**

# Directorio

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos  
**Secretario de Salud**

Dr. Mauricio Hernández Ávila  
**Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud**

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez  
**Subsecretaria de Innovación y Calidad**

Lic. María Eugenia de León-May  
**Subsecretaria de Administración y Finanzas**

Lic. Daniel Karam Toumeh  
**Comisionado Nacional de Protección Social en Salud**

Lic. Miguel Angel Toscano Velasco  
**Comisionado Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios**

Dr. Germán Fajardo Dolci  
**Comisionado Nacional de Arbitraje Médico**

Dr. Julio Sotelo Morales  
**Titular de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad**

Lic. Bernardo E. Fernández del Castillo  
**Director General de Asuntos Jurídicos**

Lic. Carlos Olmos Tomasini  
**Director General de Comunicación Social**

Dra. María de los Ángeles Fromow Rangel  
**Titular de la Unidad Coordinadora de Vinculación Social y Participación Social**

Dra. Jacqueline Arzoz Padrés  
**Titular de la Unidad de Análisis Económico**

Titulares del Sector Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos  
**Secretario de Salud**

Lic. Miguel Angel Yunes Linares  
**Director General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado**

Mtro. Juan Francisco Molinar Horcasitas  
**Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social**

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morin  
**Titular del Organismo Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia**

Lic. Carolina Gómez Vinales  
**Titular de la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades**

General Guillermo Galván Galván  
**Secretario de la Defensa Nacional**

Dr. Jesús Federico Reyes Heróles González Garza  
**Director General de Petróleos Mexicanos**

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza  
**Secretario de Marina**

Dr. Enrique Ruelas Barajas  
**Secretario del Consejo de Salubridad General**

Directorio del Centro Nacional de Equidad de  
Género y Salud Reproductiva

Dra. Patricia Uribe Zúñiga  
**Directora General**

Dr. Cuitláhuac Ruiz Matus  
**Director General Adjunto de Salud  
Materna y Perinatal**

Dra. Susana Cerón Mireles  
**Directora General Adjunta de  
Salud Reproductiva**

Dra. Aurora del Río Zolezzi  
**Directora General Adjunta de  
Equidad de Género**

Lic. Patricia Veloz Avila  
**Directora de Desarrollo Comunitario**

Dr. Rufino Luna Gordillo  
**Director de Atención a la Salud  
Materna y Perinatal**

Dra. Liliana Martínez Peñafiel  
**Subdirectora de Atención del Recién  
Nacido y Prevención de la Discapacidad**

Dr. Eduardo Morales Andrade  
**Subdirector de Atención Materna**

Dr. Gustavo A. Von Schmeling Gan  
**Subdirector de Monitoreo y Seguimiento**

Lic. Roberto Carrión Balderas  
**Subdirector de Redes Sociales**

Dra. Myriam Astorga Castañeda  
**Jefa del Departamento de Prevención  
de la Discapacidad**

# Contenido

<b>Mensaje del C. Secretario de Salud</b>	<b>7</b>
<b>Mensaje del C. Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud</b>	<b>9</b>
<b>Introducción</b>	<b>11</b>
<b>1. Marco institucional</b>	<b>13</b>
1.1 Marco jurídico	13
1.2 Vinculación con el PND 2007-2012	15
1.3 Sustentación con base en el PROSESA 2007-2012	15
<b>2. Diagnóstico de Salud</b>	<b>17</b>
2.1 Problemática	17
2.2 Avances 2000-2006	19
2.3 Retos 2007-2012	24
<b>3. Organización del Programa</b>	<b>31</b>
3.1 Misión	31
3.2 Visión	31
3.3 Objetivos	32
3.4 Estrategias y líneas de acción	32
3.5 Metas anuales 2008-2012	39
3.6 Indicadores	55
<b>4. Estrategia de Implantación Operativa</b>	<b>45</b>
4.1 Modelo operativo	45
4.2 Estructura y niveles de responsabilidad	46
4.3 Etapas para la instrumentación	51
4.4 Acciones de mejora de la gestión pública	52
<b>5. Evaluación y Rendición de Cuentas</b>	<b>55</b>
5.1 Sistema de monitoreo y seguimiento	55
5.2 Evaluación de resultados	55
<b>6. Anexos</b>	<b>63</b>
<b>7. Bibliografía</b>	<b>77</b>
<b>8. Glosario de Términos, Acrónimos y Sinónimos</b>	<b>79</b>
<b>9. Agradecimientos</b>	<b>83</b>



# Mensaje del C. Secretario de Salud

Un país como el nuestro, que ha tenido avances importantes en torno a la salud de la población, debe atender de manera imperativa la salud materna y perinatal que hoy presenta rezagos importantes que se manifiestan en una cantidad inaceptable de defunciones maternas y perinatales. Sabemos de facto que los rezagos en este rubro traducen desigualdad e injusticia que debemos superar, pues para quienes tenemos la responsabilidad de favorecer los entornos para procurar una mejor salud estos temas deben ser detonantes de estrategias innovadoras, basadas en evidencias y de probada efectividad.

México es signatario de las denominadas “Metas para el Desarrollo del Milenio” en donde se incluyeron específicamente los temas de disminución de la mortalidad materna y de la mortalidad infantil que incluye como componente principal la mortalidad neonatal. En este tenor, es imperativo tomar acciones estratégicas que nos permitan acercarnos al cumplimiento de estas metas que más allá de compromisos internacionales representan imperativos éticos para nuestra población.

El Gobierno de la República ha dimensionado la importancia de la atención a la Salud Materna y Perinatal y ha decidido colocarla como uno de los temas prioritarios en la agenda nacional. Esto implica un seguimiento estrecho y un trabajo sistemático que involucre no solo a los prestadores de servicios, sino que incluya a la comunidad en su conjunto y a las autoridades de los distintos niveles y órdenes de gobierno. Para ello, se requiere de un Programa de Acción que reconozca en primer término los rezagos y avances que en la materia ha tenido nuestro país; con

base en un diagnóstico estratégico de la situación, con líneas de acción y estrategias claras y realistas.

En un sistema de salud descentralizado en el cual participan múltiples instituciones y niveles de gobierno, es fundamental contar con directrices y acciones coordinadas que permitan que los esfuerzos que se realizan por todos los actores involucrados estén alineados con las metas comprometidas a nivel nacional. Asimismo, es necesaria la definición de responsabilidades específicas para cada institución, organización o sector; en aras de generar una colaboración eficiente, transparente y con un verdadero impacto en la salud de las y los mexicanos.

Los programas de acción específicos son los instrumentos rectores que se han elaborado de manera consensuada, con estrategias sustentadas en las mejores prácticas y en la evidencia científica disponibles; para definir la dirección que todas las instituciones y niveles de gobierno deberán seguir para lograr avanzar de manera conjunta y armónica en los principales retos de salud que enfrenta el Sistema Nacional de Salud.

El Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida incluye todas estas características y suma, además los esfuerzos estatales específicos, al incluir por vez primera indicadores de impacto elaborados por cada uno de los estados y consensuados con los responsables a nivel nacional, como una forma de hacer visible sus compromisos locales en el afán de contribuir a la consecución de la meta nacional.

Este Programa de Acción contempla también la suma de esfuerzos de todas las instituciones que con-

forman el Sistema Nacional de Salud y las cuales son corresponsables de los avances en la materia, y deben por tanto sujetarse a la rectoría del Programa de Acción que no limita en ningún momento la posibilidad de estrategias propias con características específicas.

Desde la Secretaría de Salud estaremos pendientes de los avances en esta materia por que consideramos fundamental mantener a salvo el derecho a la salud sexual y reproductiva, especialmente del tema de salud materna y perinatal de todos los mexicanos.

**Dr. José Ángel Córdova Villalobos**

# Mensaje del C. Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

**E**n el contexto general de la salud en México, la salud materna y perinatal es sin duda un reto importante e ineludible que el Gobierno de la República asume como una prioridad y como una política de estado. En la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud estamos convencidos de que la batalla contra la mortalidad materna y la mortalidad perinatal y la lucha a favor de la prevención de discapacidades por defectos al nacimiento son cuestiones de ética, de justicia social y de derechos sexuales, reproductivos y humanos; por ello daremos continuidad a las acciones que han demostrado su efectividad en la aplicación en campo e incorporaremos con decisión aquellas acciones que cuenten con evidencia científica y puedan ser aplicadas con las características especiales que requiere nuestro país.

En este programa de acción daremos también especial relevancia a los determinantes sociales que en salud pública son entendidos como aquellos factores que son parte de la génesis del problema que se aborda; es decir “la causa de la causa”. Especialmente hablando de mortalidad materna, los determinantes sociales son sumamente importantes si recordamos que la muerte materna es un indicador básico del desarrollo de una comunidad. Así pues estaremos a través de este programa de acción convocando a los diversos sectores involucrados a colaborar para el abatimiento de este importante problema de salud pública.

Con el planteamiento de las estrategias de este programa de acción, daremos también un sustento

operativo a los objetivos planteados en el Plan Nacional de Desarrollo, dándole apoyo sin reservas también a la salud perinatal, que es la otra parte de un binomio indisoluble y que en ocasiones por la gravedad y prioridad que tiene la parte materna es olvidado o relegado a un segundo plano. En esta administración pretendemos hacer de la salud perinatal un foco de atención tan importante como lo es hoy la salud materna y eso requiere de estrategias novedosas y también basadas en evidencias que fortalezcan nuestras acciones en este tema y que se encuentran plasmadas en este programa.

No debemos olvidar que son también motivo de nuestro más alto interés las acciones para prevenir las discapacidades por defectos al nacimiento, para lo que hemos planteado estrategias costo efectivas y basadas en evidencias que han demostrado ya su utilidad como la suplementación y fortificación con ácido fólico y el fortalecimiento del tamiz neonatal.

No quisiera dejar pasar la oportunidad de mencionar que uno de los ejes centrales de nuestro programa de acción en torno a la salud materna y perinatal es el trabajo conjunto con la sociedad civil organizada pues somos conscientes de que es sólo de esta forma como en México avanzaremos para tener mejores condiciones de salud, de igualdad y de justicia social.

**Dr. Mauricio Hernández Ávila**



# Introducción



La salud de las madres y de sus descendientes ha ocupado un lugar prioritario en el sistema de salud mexicano desde sus orígenes. La salud materno-infantil constituye un objetivo básico de desarrollo porque en ella descansa la reproducción biológica y social del ser humano, es condición esencial del desarrollo de las familias, y constituye un elemento clave para reducir las desigualdades y la pobreza.

Ha sido ampliamente documentado que los problemas de salud constituyen uno de los principales factores que conducen a las familias al empobrecimiento o las mantienen en esa condición. En el caso de la morbilidad y mortalidad materna, sus efectos son devastadores debido a que la madre juega un papel estratégico en la reproducción social, por lo que su ausencia temporal o permanente disminuye o elimina sus contribuciones económicas, sociales y afectivas al hogar y a la sociedad, a la vez que la supervivencia y la educación de sus hijos se ven seriamente amenazadas. La salud infantil, por su parte, representa un activo fundamental porque incide en buena medida en las capacidades y recursos iniciales de las nuevas generaciones, con implicaciones tanto en las trayectorias de vida de los individuos, como en el potencial de desarrollo de la sociedad. Es particularmente en el embarazo y en el periodo neonatal donde se fundamenta buena parte de la salud futura de toda persona.

El Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida (APV) ha sido diseñado para contribuir a ampliar las capacidades y oportunidades de las mujeres para cursar el embarazo, el parto y el puerperio de forma segura y saludable, y para que sus hijos nazcan y se desarrollen con salud,<sup>1</sup> con pleno respeto a la diversidad cultural y al ejercicio de sus derechos.

---

<sup>1</sup> Los estudiosos conceptualizan a la Salud Reproductiva como el estado de completo bienestar físico, mental y social, durante el proceso de reproducción y el ejercicio de la sexualidad y la analizan a partir de tres elementos básicos:

- Capacidad, que depende de poder reproducirse, decidir cuántos hijos tener y cuándo; y gozar de su sexualidad;
- Logro, que depende de la supervivencia y el desarrollo de un(una) niño(a) sano(a); y
- Seguridad, que significa embarazos y partos con bajos riesgos.

El objetivo principal del Programa es que las mujeres puedan ejercer sus derechos reproductivos, particularmente los relacionados con el derecho a la salud materna, y promover el derecho a la salud de toda persona desde el nacimiento, con énfasis en el desarrollo sano del recién nacido y la prevención de defectos al nacimiento.

El programa APV es el instrumento de la política nacional de salud con el que se busca contribuir al cumplimiento de dos de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que el Gobierno de México hizo suyos, junto con 189 países más, al adoptar la Declaración del Milenio en el año 2000. Los ODM establecen metas ambiciosas para verificar y evaluar los avances en la reducción de la mortalidad de los niños menores de cinco años y en el mejoramiento de la salud materna. En el primer caso, el Programa contribuye con la reducción de la mortalidad neonatal, la cual concentró en nuestro país el 40% en el año 2005; reportes internacionales refieren que la contribución por esta causa es del 36% del total de las defunciones de menores de 5 años en los países en desarrollo en el año 2004. Por otra parte, el Programa es estratégico en la meta contemplada en los ODM de reducir la razón de mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015. Los logros recientes en la disminución de la mortalidad materna, aunque relevantes, se han dado a un ritmo más lento que el requerido para alcanzar esa meta, al registrar, por ejemplo, durante el primer cuatrienio del siglo XXI, un descenso promedio anual de la razón de mortalidad materna ligeramente menor de 4%, cuando se requiere, al menos, una disminución sostenida de 5% anual, en promedio, en ese indicador. Ante este escenario, resulta imperioso redoblar esfuerzos y dar un renovado impulso al fortalecimiento de los servicios, mejorando su organización, cobertura y calidad, a fin de avanzar más rápidamente en el logro de las metas, satisfacer de manera más equitativa las necesidades de salud materno-infantil de

la población de México y reducir las disparidades sociales que persisten en esta materia.

Muchas son las lecciones aprendidas que se derivan de la puesta en marcha del Programa APV en los años pasados. Al igual que los enfoques previos de la atención materno-infantil, el programa se propuso ampliar la cobertura y la calidad de la atención del embarazo, parto y puerperio pero, a diferencia de los programas previos, puso mayor énfasis en elevar la capacidad resolutive de las unidades médicas para la atención de las urgencias obstétricas, mediante la capacitación, el equipamiento adecuado, el fortalecimiento de las redes de servicios y los sistemas de referencia y contrarreferencia, así como a través de facilitar el traslado oportuno de las pacientes con complicaciones, mediante el apoyo de la comunidad y de agentes institucionales relevantes.

Evidentemente el Programa Sectorial de Salud otorga a la Salud Materna y Perinatal un espacio relevante dentro de las prioridades en salud, haciendo un abordaje integral del tema y relacionándolo en cada uno de los temas que lo involucra, así podemos verlo mencionado en el tema de rezagos y brechas; en caravanas de la salud; en protección contra riesgos sanitarios; en calidad de la atención; en Protección Social en Salud etc.

Es en esta administración cuando por vez primera se promueve la elaboración de Programas Estatales de Salud Materna y Perinatal que, siguiendo los lineamientos del Programa Sectorial, lleven a cabo la operación de estrategias, generen alternativas y contribuyan equitativamente con su esfuerzo para alcanzar las metas del país. Este es un paso importante, ya que permite darle continuidad operativa a las acciones en campo y permite poner a salvo, de tiempos administrativos y políticos, las estrategias que estrictamente pertenecen al campo de la salud pública.

# 1. Marco institucional



## 1.1 Marco jurídico

El marco jurídico que norma el quehacer del Programa APV tiene su fundamento en el Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que establece el derecho de toda persona a la salud y a decidir sobre el número y espaciamiento de los embarazos.

La Ley General de Salud reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona con el sólo hecho de residir en el territorio mexicano. En el Artículo 31, esta Ley establece que “La Atención Materno Infantil es materia de salubridad general”; además, en el Artículo 61 señala que dicha atención es de carácter prioritario, comprendiendo acciones de atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como la atención al niño y la vigilancia de su crecimiento y desarrollo.

La instancia de la Secretaría de Salud responsable de conducir la ejecución del Programa APV es el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, de conformidad con lo que establecen los artículos 2, inciso C, fracción II, y artículo 40, fracciones I a la XXV, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud y está adscrito a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.

El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva tiene, entre otros objetivos, lograr la cobertura universal y condiciones igualitarias de atención integrada con calidad a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como a las niñas y niños desde antes de su nacimiento hasta el período neonatal.

El Programa APV también es congruente con lo que establecen las siguientes leyes y Reglamentos:

- Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal. D.O.F. 31-12-1976
- Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

D.O.F. 04-01-2000. Última Reforma Publicada

D.O.F. 07-07-2005

- Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental. D.O.F. 11-06-2002
- Ley General de Población. D.O.F. 07-01-1974.

Última Reforma Publicada D.O.F. 04-01-1999

- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal D.O.F. 29-12-1976

Última Reforma Publicada D.O.F.02-06-2002

- Ley de Información Estadística y Geográfica D.O.F. 30-12-1980

Última Reforma Publicada D.O.F. 12-12-1983

- Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos D.O.F. 31-12-1982

Última Reforma Publicada D.O.F. 13-06-2003

- Ley de Planeación D.O.F. 5-1-1983.
- Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. D.O.F. 27-12-1983

Última Reforma Publicada D.O.F.2-01-2007

- Ley Federal de Procedimiento Administrativo. D.O.F. 4-08-1994

Última Reforma Publicada D.O.F. 30-05-2000

- Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal

D.O.F. 10-04-2003 Última Reforma Publicada D.O.F.09-01-2006

- Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.

D.O.F. 13-03-2002 Última Reforma Publicada D.O.F. 21-08-2006

- Ley General de Salud DOF. 7- 02-1984

Actualizada 19-06-2003

- Ley para la Protección de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes

D.O.F. 29-05-2000

- Reglamento de la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicio de Atención Médica. D.O.F. 29-04-1986
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos. Productos y Servicios.
- Reglamento de la Ley General de Población. D.O.F. 31-08-1992
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. D.O.F. 19-01-2004

Decreto que reforma, adiciona y deroga D.O.F. 29-11-2006

- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud
- Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público

El Programa APV se apega a la normatividad técnica de salud contenida en:

- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993. Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. D.O.F. 06-01-1995
- Norma Oficial Mexicana NOM 031-SSA2-1999 para la Atención a la Salud del Niño D.O.F. 9-02-2001
- Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA-2-2000 para la Prevención y Control de los Defectos al Nacimiento .D.O.F. 23 de octubre de 2003.
- Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA-2-1994. Para la Vigilancia Epidemiológica. D.O.F. 11-10-1999.

- Norma Técnica de Competencia Laboral, “Atención Integral de la Mujer, niña o niño durante su nacimiento”. Autorizada por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social el 21-10-2003
- Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993 De los Servicios de Planificación Familiar D.O.F. 30-05-1994 Última Actualización Publicada D.O.F. 21-01-2004
- NOM 013-SSA2-1994. Para la prevención y control de enfermedades bucales. Publicada para sugerencias el 19 de mayo de 2006.

Por último el Programa APV es congruente con los siguientes Acuerdos:

- Acuerdo que establece la Cartilla Nacional de la Mujer. 6 de marzo de 1998.
- Acuerdo Secretarial Número 121 por el que se crea el Comité Nacional de Lactancia Materna D.O.F. 08-05-1995
- Acuerdo Número 127 por el que se crea el Comité Nacional para el Estudio de Mortalidad Materna y Perinatal D.O.F. 01-08-1995

Última Reforma Publicada D.O.F.21-01-2004

- Acuerdo Secretarial que establece la creación del Comité Nacional del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de octubre del 2001.
- Acuerdo del Consejo de Salubridad General para la aplicación del programa de Acción Arranque Parejo en la Vida y la instrumentación de la vigilancia epidemiológica activa de las defunciones maternas. (DOF 1 de noviembre de 2004)

## 1.2 Vinculación con el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012

El Programa APV 2007-2012 responde a los objetivos 4 y 6 y las estrategias 4.2 6.1 respectivamente, planteados en el Plan Nacional de Desarrollo y en el Programa Sectorial de Salud, al objetivo 2, con todas sus estrategias, a la vez que responde a los objetivos de reducir la mortalidad materna y neonatal y

proteger los derechos reproductivos que orientan a la política de población de México.

La política en salud será congruente con los principios rectores del Gobierno Mexicano y se focalizarán los recursos en los programas que han demostrado ser más efectivos así como se utilizarán sistemas de evaluación y seguimiento que permitan monitorear y mejorar los programas en forma constante. Se buscará vincular adecuadamente las estrategias para crear sinergias entre programas complementarios y evitar duplicidad de esfuerzos y transparentar la asignación y el gasto de los recursos.

Ello generará la puesta en marcha de estrategias encaminadas a promover la salud reproductiva y la salud materna y perinatal, dichas estrategias serán dirigidas para reducir la mortalidad materna e infantil, por ello, se aplicarán medidas preventivas, como una buena alimentación, la vigilancia de posibles factores de riesgo, un ambiente higiénico al momento de dar a luz, así como acceso a atención rápida y eficaz en casos de urgencia.

Los grandes retos nacionales para mejorar la salud perinatal se presentan en la necesidad de establecerla como prioridad en la agenda nacional, al mismo nivel que hoy se encuentra la salud materna. Por ello, se creará un Sistema Nacional de Información de Salud Perinatal, con indicadores precisos, que permita conocer la verdadera situación del recién nacido en México.

## 1.3 Sustentación con base al PROSESA 2007-2012

El presente Programa de Acción tiene sustento en el Programa Sectorial de Salud 2007-2012, cuyas bases de acción pertenecen a la igualdad de oportunidades y a la disminución de las condiciones que obstaculizan el acceso universal a los servicios de salud de calidad, oportunos y basados en la evidencia científica más reciente a nivel internacional y nacional. Su vinculación con el Programa Sectorial de Salud, es a través de la estrategia 2, y líneas de acción 2.6 y 2.7. Es por ello que, además de focalizar

las acciones en áreas geográficas particularmente vulnerables, es importante fortalecer la atención materna en las adolescentes, que presentan una prevalencia muy alta de embarazo y un riesgo de morir por problemas relacionados con la maternidad superior al de las mujeres de 20 a 35 años. De hecho, 13% de las muertes maternas que se presentaron en el país en 2005 ocurrieron en adolescentes.

El reto es mejorar la detección temprana y el tratamiento oportuno de estas complicaciones así como mejorar el acceso, la calidad y la oportunidad de la atención del parto y el puerperio. Las mejores prácticas médicas serán promovidas en el Sistema Nacional de Salud, favoreciendo que la atención obstétrica esté basada en la evidencia científica y cumpla con los estándares de calidad sugeridos por las organizaciones internacionales de salud.

## 2. Diagnóstico de Salud



### 2.1 Problemática

La mortalidad materna y la mortalidad neonatal constituyen dos graves problemas de salud pública en México. Ambos son indicadores de la insuficiencia en la cobertura y la calidad de los servicios de salud reproductiva en el país. Su estrecha relación con las condiciones socioeconómicas de la población los coloca entre los indicadores prioritarios en el ámbito internacional para evaluar los progresos alcanzados en la lucha contra la desigualdad y la pobreza.

La mortalidad materna es, sin duda, el indicador que mejor refleja las disparidades entre grupos sociales, regiones y países. Por ejemplo, mientras que las diferencias en la mortalidad infantil entre países en desarrollo y desarrollados es de 10 veces, las discrepancias ascienden a 100 veces en materia de mortalidad materna (Maine D, et.al. 1997). Este rango es considerado como la diferencia más profunda entre todas las estadísticas de salud.

En México la mortalidad materna ha venido descendiendo paulatinamente desde hace varias décadas. Entre 1955 y 2006 se registró una reducción en la razón de mortalidad materna de 70.6 por ciento, al pasar de 204.4 a 60.0 defunciones maternas por cada 100 mil nacidos vivos. Sin embargo, es probable que el descenso de la mortalidad materna en ese periodo haya sido mayor, debido a que durante ese lapso, pero sobre todo durante los últimos años, se han hecho esfuerzos inéditos por mejorar la calidad del dato, lo que incide en la aparente desaceleración en el ritmo de descenso a partir de 1990. Las correcciones instrumentadas al sistema de registro de las defunciones maternas ha permitido prácticamente disminuir el subregistro, que se estimaba en 40 por ciento en 1990 (Lozano, Nuñez y Duarte, 2005)

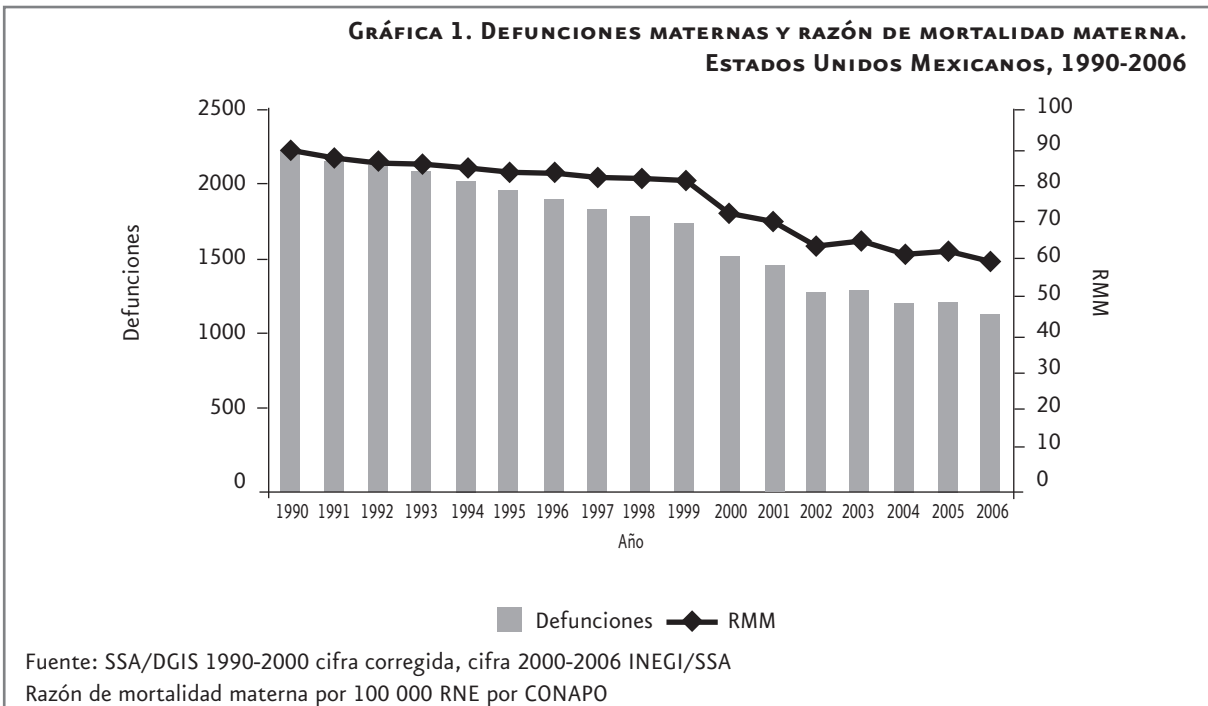
El cumplimiento de la meta de los objetivos del desarrollo del milenio, de reducir en 75% la razón de la mortalidad materna, constituye un reto sumamente complejo, dado el aparente pobre desempeño de los esfuerzos realizados hasta ahora para encarar este grave problema social. Se estima que en 1990

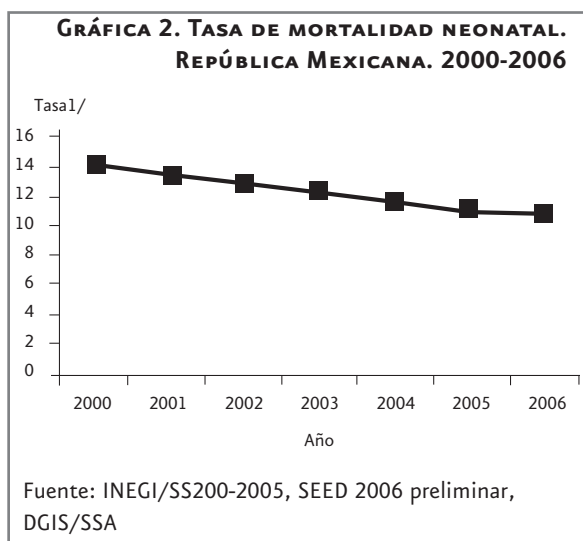
la razón de muerte materna ascendía a 89 por cien mil nacidos vivos, cifra que había disminuido a 72.6 en 2000 y a 60.0 en 2006 (Gráfica 1), esto es una reducción de 32.6 por ciento en 17 años, por lo que, para alcanzar la meta del 2015 —registrar una RMM no mayor de 22 por cien mil nacidos vivos— se requiere forzosamente incrementar la efectividad de las acciones y registrar un descenso mucho más acelerado que el obtenido hasta ahora. En número absolutos, se ha logrado disminuir de 2,203 defunciones maternas en 1990 a 1,166 en 2006, y se espera, de alcanzar la meta, que esta cifra no sea mayor de 417 defunciones maternas en 2015.

La Organización Mundial de la Salud define a la mortalidad perinatal como la que ocurre a partir de la semana 22 del embarazo y hasta el séptimo día del nacimiento. La mortalidad neonatal, por su parte, se refiere a todo aquel fallecimiento que sucede durante el periodo que transcurre entre el nacimiento y el vigésimo octavo día de vida. La mortalidad neonatal puede a su vez ser clasificada en i) muertes neonatales precoces o tempranas (primeros siete días de vida) y ii) muertes neonatales tardías (después del séptimo día pero antes de los 28 días posteriores al nacimiento) (OMS, 1992. p.129).

La importancia de la mortalidad neonatal en el ámbito de la mortalidad infantil puede advertirse en la creciente presencia de las defunciones infantiles que ocurren durante los primeros 28 días respecto al total de las muertes infantiles. Por ejemplo, de las 44 mil muertes infantiles registradas en 2002, 27 mil ocurrieron en el periodo neonatal, lo que significa que en este periodo de la vida se concentran casi dos terceras partes de las defunciones infantiles (62.5%), y dentro de ellas, son las neonatales tempranas las más numerosas (20 mil, equivalentes a 74% del total de neonatales), particularmente las que ocurren en las primeras 24 horas del nacimiento (9 mil). (Lozano R. y Suárez A, 2006)

Aun cuando la mortalidad neonatal disminuyó 20.8% durante los últimos seis años (Gráfica 2); hay retos pendientes como disminuir el subregistro y mal registro de la mortalidad perinatal y neonatal, e implementar y operacionalizar el manejo de certificados de nacimiento. Las estrategias de salud del recién nacido, deben entenderse como un proceso continuo que va desde las mujeres en edad fértil, el cuidado materno y del recién nacido y la atención de niñas y niños.





El perfil de las principales causas de muerte neonatal ha sufrido notables transformaciones. El cambio más significativo lo constituye el predominio casi absoluto de las afecciones propias del periodo perinatal y las anomalías congénitas, cuya contribución aumentó de 67 por ciento en 1980 a 95 por ciento en 2002. En contraste, las muertes neonatales asociadas a diarrea e infección respiratoria disminuyeron su participación en el mismo periodo al pasar de 25 a menos de uno por ciento.

En materia de Salud Perinatal hemos observado un importante avance, sin embargo, aún falta mucho por hacer. La magnitud que representa el número de defunciones perinatales la clasifica como un problema de salud pública de primer orden en la atención del Estado como una de las vías para alcanzar la igualdad de oportunidades desde el inicio de la vida.

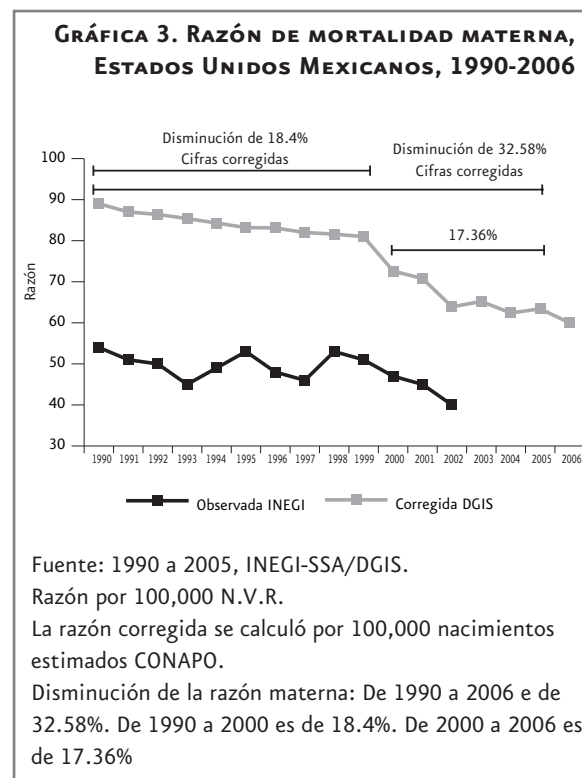
## 2.2 Avances 2000-2006

Determinar los progresos en la reducción de la mortalidad materna y neonatal es complejo, ya que en México, como en muchos países del mundo los datos disponibles a través de los sistemas oficiales o estadísticas vitales, resultan insuficientes o inadecuados para suministrar estimaciones precisas.

En el caso del registro de la mortalidad materna en nuestro país, se realizaron esfuerzos encaminados

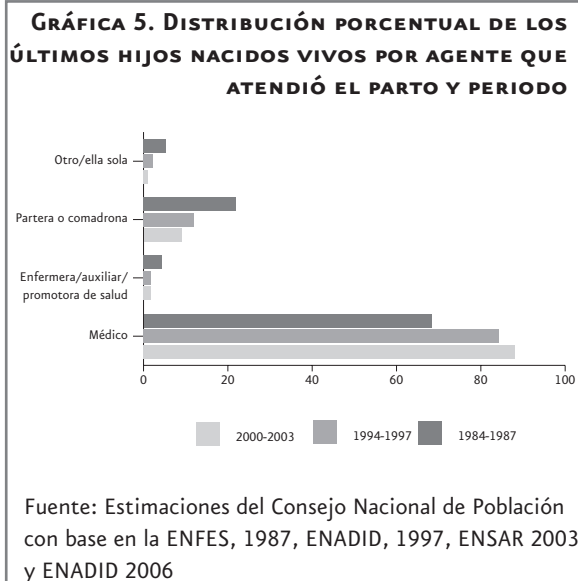
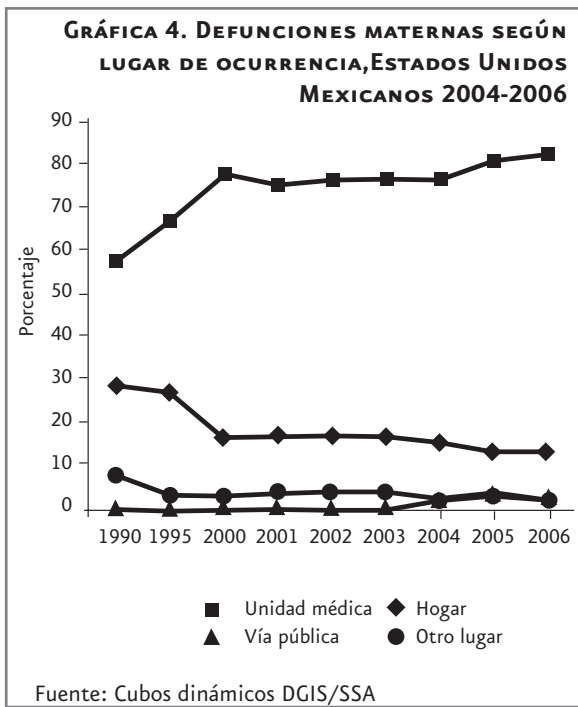
a mejorar la calidad y confiabilidad del dato para disminuir la mala clasificación y el subregistro estimado en 40% para 1990. A partir de la introducción de un estándar internacional de calidad de la información en 2003 con el método de búsqueda intencionada RAMOS modificado, se logró un aumento del 15% anual en el registro de las muertes maternas directas y tardías en el 2006. La coordinación estrecha entre las áreas de salud reproductiva, epidemiología y e información en salud al interior de la Secretaría de Salud, así como la colaboración efectiva con el Registro Civil y el INEGI han hecho posible que se disponga de una cifra oficial de mortalidad materna durante el segundo semestre posterior al cierre del año calendario.

A partir de las estrategias instrumentadas, la razón de mortalidad materna observó una disminución de 17.36% entre 2000 y 2006, superando las cifras alcanzadas en periodos previos (6.5% en 1990-1995; 12.7% en 1995-2000). La velocidad de la reducción de las defunciones maternas incrementó a un ritmo de 2.84% anual entre 2000 y 2006, a diferencia del 1.84% anual registrado entre 1990 y 1999. (Gráfica 3)



Entre los factores que se asocian a esta disminución, se encuentra la ampliación de la cobertura de atención de parto por personal calificado a partir de la incorporación de municipios indígenas al Seguro Popular, que se incrementó de 70% en el año 2000 a 94.1% al cierre del 2006.

El incremento en el número de nacimientos atendidos en unidades médicas favoreció la reducción del número de mujeres que fallecieron en el hogar (Gráfica 4) sin haber recibido atención médica (17.05% en 2002; 13.5% en 2006).



Debido al porcentaje importante de partos atendidos por parteras tradicionales en el hogar (Gráfica 5) en algunas entidades federativas del país, en el 2004 se elaboró la Norma de Competencia Laboral y se instrumentó una estrategia que incluyó como elemento central la vinculación de la partera tradicional con las unidades de salud para la detección y referencia oportuna de mujeres con complicaciones obstétricas. Durante el periodo 2004-2006 se certificaron 1,247 parteras tradicionales.

El componente de participación comunitaria propició la sensibilización y el compromiso de los gobiernos municipales, líderes y actores comunitarios clave con la salud materna. A través del Fondo de Comunidades Saludables (FCS) se invirtieron recursos federales y municipales para el desarrollo de proyectos que incluyeron la difusión de información, el levantamiento de censos, traslado a unidades y alojamiento en Posadas AME de mujeres con embarazo de riesgo y/o complicaciones obstétricas de municipios repetidores de muerte materna, indígenas y de alta marginalidad. El número de municipios participantes se incrementó de 12 que se sumaron en el 2004 a 118 en el 2006, logrando contribuir en ese último año a la disminución de la muerte materna, con el traslado oportuno de 1,027 mujeres y el albergue en Posadas a 396 embarazadas.

La ampliación del acceso a la atención del parto en unidades médicas, la capacitación y certificación de parteras tradicionales, los sistemas comunitarios de traslado, los esfuerzos por garantizar la disponibilidad de sangre segura e insumos fundamentales en las unidades médicas en conjunto con otras acciones, contribuyeron a disminuir las muertes maternas por hemorragia obstétrica. Mientras que en el 2005 fallecieron 304 mujeres por esta causa, el número se redujo a 257 en el 2006, representando un descenso de 15% en la Razón de Mortalidad Materna por esa causa. (Cuadro 1)

Gran parte de los avances reportados fueron posibles a partir del ejercicio de liderazgo y voluntad política del gobierno federal y el de algunos estados y municipios expresada en la incorporación del tema

**Cuadro 1. Mortalidad materna por causa. 2000-2006**

	2000	2002	2003	2004	2005	2006	%					
							2000	2002	2003	2004	2005	2006
Enf. hipertensiva en el embarazo	466	427	412	365	322	344	35.7	32.6	31.4	29.5	25.9	29.5
Hemorragia obstétrica	255	238	344	316	304	257	19.5	18.2	26.2	25.5	24.5	22.0
Obstétricas indirectas	142	187	181	199	230	230	10.9	14.3	13.8	16.1	18.5	19.7
Aborto	89	97	86	88	93	94	6.8	7.4	6.5	7.1	7.5	8.1
Infección puerperal	43	52	45	43	30	28	3.3	4.0	3.4	3.5	2.4	2.4
Otras complicaciones del embarazo y del parto	275	253	188	157	181	150	21.1	19.3	14.3	12.7	14.6	12.9
Otras complicaciones del puerperio	33	52	53	66	77	57	2.5	4.0	4.0	5.3	6.2	4.9
Causa no esp.	2	3	4	5	5	6	0.2	0.2	0.3	0.4	0.4	0.5
Tardías	19	21	26	34	36	34						

Fuente: SSA/DGIS/INEGI.

de salud materna y perinatal como prioridad en la agenda y en la inversión para el reforzamiento de la estructura de las unidades médicas.

Se logró sumar el compromiso de todas las instituciones públicas y privadas del sector en el abatimiento de la mortalidad materna y perinatal, a través del Acuerdo Secretarial del Consejo de Salubridad General publicado en el Diario Oficial de la Federación el 1° de noviembre del 2004, para la aplicación y observancia obligatoria del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida y la vigilancia activa de las defunciones maternas en todas las unidades de atención de las instituciones públicas y privadas del Sistema Nacional de Salud.

A partir de la emisión del Acuerdo del Consejo de Salubridad General, se instrumentó una estrategia para identificar las principales fallas en la cadena de atención obstétrica mediante la aplicación en campo de la metodología de eslabones críticos a través del grupo de Atención inmediata a las Defunciones Maternas (Ai-DeM). El análisis de las muertes maternas ocurridas permitió documentar que la calidad de la atención del parto y de las emergencias obstétricas en unidades de segundo

nivel (40%), la limitada información y acceso a métodos de planificación familiar en el primer nivel de atención (36.6%) y las deficiencias en el llenado de expediente clínico, en el registro de signos vitales, medición de fondo uterino, foco cardíaco fetal, signos y síntomas de alarma obstétrica en el control prenatal (20%) constituyen los eslabones más débiles y los principales focos para la adopción de acciones de mejora.

Las acciones conjuntas desarrolladas con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Dirección General de Calidad y Enseñanza, Centro Nacional de Excelencia en Tecnologías, Dirección General de Equidad y Desarrollo en Salud, Comisión Nacional de Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), y Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), empezaron a manifestar su impacto a partir del 2006, reflejándose por ejemplo, en la cobertura de verificación del 56% de unidades médicas en las que ocurrieron muertes maternas; se visitaron 233 unidades de las 414 que fueron reportadas a la COFEPRIS por el Sistema Federal Sanitario.

Finalmente, el proceso de certificación externa llevado a cabo por el Fondo de Población de las

Naciones Unidas y la Organización Panamericana de la Salud en el 2006, permitió al Programa de Arranque Parejo en la Vida obtener una verificación externa, objetiva y sólida de los avances alcanzados, que incluyó la aportación sistematizada de recomendaciones y conclusiones relevantes, adaptadas al contexto nacional de las actividades clave, para mejorar su operación y promover su continuidad.

## Mortalidad Neonatal

Los esfuerzos realizados en torno a la salud perinatal en México han sido importantes a pesar de que el tema no se ha considerado como prioritario debido a los diversos retos que ha enfrentado el país en salud pública en los últimos años. A través de estrategias concretas y sencillas como las encaminadas a la prevención de discapacidades se ha podido colocar paulatinamente el tema en la agenda nacional y en la estatal.

En torno a la mortalidad neonatal, las acciones emprendidas para su prevención, registraron una disminución del 20.8% entre el año 2000 y el 2006, mostrando una velocidad de disminución de 3.47% anual.

De las principales causas de muerte perinatal, la prematuridad ocupó el primer lugar con 43% del total de causas de 2000 a 2005, seguida de las causas infecciosas (23.2%) y la hipoxia-asfixia (17%), que históricamente se mantenía en el primer lugar previo al manejo de la estrategia de reanimación neonatal y actualmente disminuyó al tercer lugar, (Cuadro 2)

Del 2000 al 2006 se ha capacitado a 10,000 reanimadores y 300 instructores en reanimación neonatal, esto gracias a una alianza de cooperación para la capacitación con la Federación Nacional de Neonatología de México y se incorporó el curso de reanimación neonatal como un requisito para la Certificación de Neonatología.

**Cuadro 2. Distribución porcentual de las muertes perinatales según grupos de causas, 2000-2005**

Año	Prematuridad	Infecciosas	Asfixia y traumatismos al nacimiento	Otras causas	Total
2000	42.1	22.5	17.1	18.2	100.0
2001	42.0	23.4	17.2	17.4	100.0
2002	42.9	23.9	16.6	16.6	100.0
2003	44.2	22.9	17.1	15.8	100.0
2004	43.7	23.2	16.9	16.2	100.0
2005	43.0	23.6	17.3	16.0	100.0
Total	43.0	23.2	17.0	16.8	100.0

Fuente: SINAIS/DGIS

## Prevención de la Discapacidad

En México, las acciones para la prevención de la discapacidad por defectos al nacimiento eran llevadas a cabo en forma aislada, es decir, no se vinculaban las diferentes estrategias basadas en la evidencia documentada para disminuir la muerte neonatal. Entre estas estrategias se encuentran, la administración de ácido fólico, tamiz neonatal, prevención de enfermedades de transmisión sexual, reanimación neonatal, Servicios Integrales para la Prevención y Atención de la Discapacidad (SinDis) entre otras. Estas estrategias se articularon en una estrategia de prevención integral durante el 2000 y se consolidaron en la Norma Oficial Mexicana 034 para la Prevención y Control de los Defectos al Nacimiento en 2004.

## Acido Fólico

A pesar de que en México se contaba con una de las incidencias mayores en defectos de tubo neural, la suplementación con ácido fólico no era considerada como una estrategia de prevención y por ello, no se tenía la información oportuna y completa de las mujeres que eran suplementadas. Es a partir del 2003 cuando surge como una estrategia de salud pública la suplementación con ácido fólico a mujeres en edad fértil, además de la distribución

de ácido fólico en las Semanas Nacionales de Salud. El trabajo conjunto con la sociedad civil permitió incrementar el número de mujeres en edad fértil con suplementación de ácido fólico del 1.4 % al 28%, incrementando en 200 veces el número de mujeres beneficiadas en tres años.

## Tamiz Neonatal

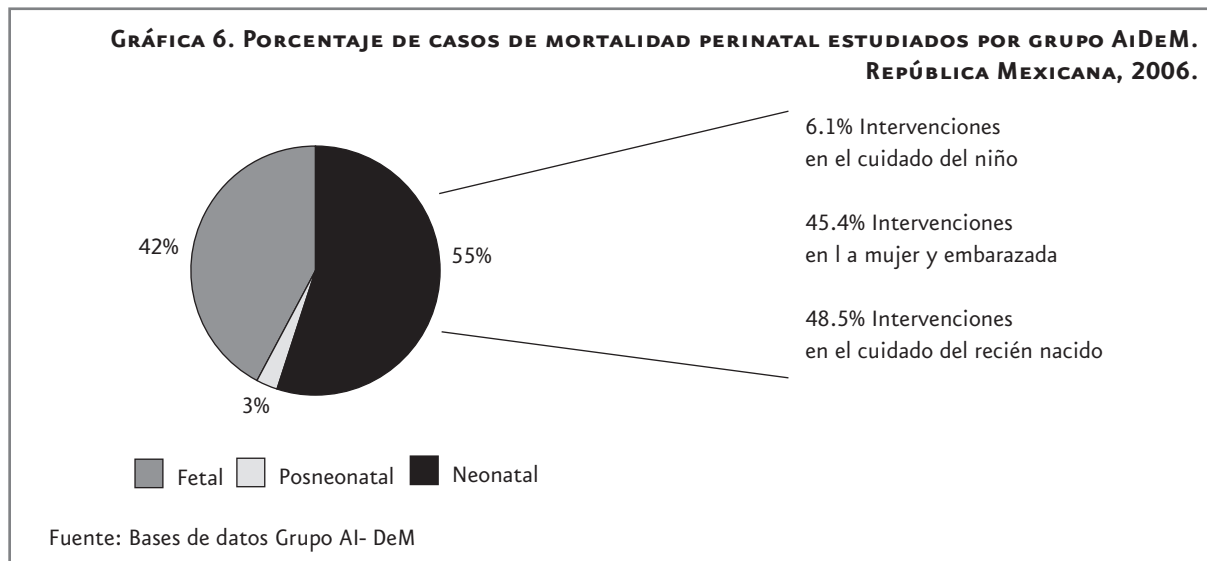
El inicio de la estrategia surge en la Secretaría de Salud en 1988, difundándose posteriormente a todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud. A través del esfuerzo generado en las diferentes entidades federativas y de la propia Secretaría de Salud federal se ha logrado en los últimos años mejorar la cobertura de tamiz neonatal. La cual llegó en la población no asegurada en el 2000 de 85.5 al 88% en 2006. Así mismo, el número de niños hipotiroideos diagnosticados durante el periodo 2000-2006 presentó una frecuencia de 1 por cada 1900 niños. En este momento el reto es garantizar la confirmación del diagnóstico y el inicio del tratamiento durante las primeras 4 semanas de vida.

Actualmente existen 12 laboratorios estatales y un central que procesan las muestras del tamiz, los cuales fueron automatizados y se ha incorporado un sistema de información para mejorar los procesos

preanalítico (toma de muestra y envío), analítico (procesamiento químico de la muestra) y postanalítico (confirmación tratamiento y seguimiento).

## AIDEM

Aunque el Grupo de Atención Inmediata a Defunciones Maternas (AIDeM) originalmente se conceptualizó para la atención materna, se incluyó la parte de análisis perinatal que permitió realizar entre 2005 y 2006 el análisis de defunciones perinatales en 49 hospitales relacionados con defunciones maternas correspondientes a 19 entidades federativas. De 2,862 defunciones analizadas (Gráfica 6), 42% fueron clasificadas como fetales y 55% neonatales. De las defunciones neonatales, 45% corresponden a muertes que pueden evitarse con intervenciones en la mujer y en la embarazada (Metodología de periodos perinatales de riesgo de City Match/CDC avalada por OMS), correspondiendo con datos internacionales en donde se describe un mayor riesgo de morir en las primeras horas de vida, ya que estas defunciones se encuentran en la etapa neonatal temprana. Esto permitió determinar la problemática existente y plantear las estrategias que necesariamente deben implementarse en el programa para obtener un impacto en la salud perinatal.



## 2.3 Retos 2007-2012

### Retos en Salud Materna

#### 1. El Riesgo social y la concentración numérica

Una de las prioridades de la política de salud es reducir las brechas que existen en las condiciones de salud entre grupos sociales y regiones del país. Particularmente, en el caso de la muerte materna, son las mujeres pobres y de las regiones con más rezago socioeconómico las que se encuentran más susceptibles a morir durante el embarazo, parto o puerperio. Por ejemplo, en los municipios de muy alta marginación se estima una razón de mortalidad materna de 172.42 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos, cifra tres veces superior a la que se registra en aquéllos con marginación baja o muy baja (50 y 58 por cien mil, respectivamente. R. Lozano 2005).

Esas discrepancias sociales permiten afirmar que la mortalidad materna es ante todo un problema de justicia social, por lo que es necesario encararla con intervenciones que estén dirigidas a reducir la mayor vulnerabilidad de las mujeres que viven en condiciones socioeconómicas desfavorables, como son las mujeres indígenas, las que viven en pequeñas localidades rurales aisladas y dispersas y las que residen en zonas urbanas marginadas.

Si en términos relativos, el riesgo de la muerte materna es mucho mayor en los contextos de pobreza y marginación, en números absolutos las grandes cifras se concentran en los grupos socioeconómicos más numerosos del país, como son la población no indígena, los sectores urbanos, los municipios de menor marginación, entre otros. Para ilustrar este hecho cabe señalar que a pesar de que el riesgo de muerte asociado a la reproducción es mucho mayor en los municipios de muy alta marginación (tres veces superior) respecto a los de muy baja marginación, la alta concentración de nacimientos que se presenta en este último grupo (52%) lo hace susceptible a concentrar también el mayor número de las

defunciones maternas. Lo mismo ocurre entre los sectores urbanos y rurales. En el periodo 2000-2004, dos de cada tres defunciones maternas fueron de mujeres de las localidades mixtas o urbanas (aquéllas con más de 2500 habitantes), mientras que 20 años atrás prácticamente una de cada dos sucedía en el medio rural. (Lozano, 2005, p.174).

Es evidente que cualquier esfuerzo orientado a reducir la muerte materna tendrá que definir estrategias claras y efectivas orientadas tanto a los grupos sociales más desfavorecidos y marginados de la sociedad, a fin de reducir la desigualdad e inequidad social en esta materia, como a aquéllos sectores intermedios y más numerosos en donde se concentra el mayor número de nacimientos y de muertes maternas.

#### 2. El riesgo obstétrico y el manejo oportuno y adecuado de las complicaciones

Hasta muy recientemente, los programas de salud materna privilegiaron el enfoque de riesgo relativo para prevenir muertes maternas, bajo la convicción de que era posible reducir y detectar con oportunidad los embarazos susceptibles de presentar complicaciones obstétricas mediante la atención prenatal (incluida la que brindan las parteras tradicionales capacitadas por el Sistema Nacional de Salud), y la referencia hacia servicios especializados (Obstetricia) para las embarazadas con alto riesgo.

El enfoque de riesgo se basa en el conocimiento que existe sobre la propensión a la muerte bajo ciertos comportamientos, características o patologías. Por ejemplo, se sabe que la edad de la madre se encuentra estrechamente relacionada con la mortalidad materna. En México (Gráfica 7), como sucede en muchos otros países, el menor riesgo de muerte materna corresponde a las mujeres de 20 a 29 años de edad, cuya razón ascendió, en 2006, a 43 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos, seguido de las adolescentes cuya razón de mortalidad materna es mayor (66.4), mientras que en las mujeres de 30

a 39 años la RMM casi duplica a la del primer grupo (79) y en las de 40 años de edad o más el riesgo es más de tres veces superior (140.3) (Análisis de la mortalidad materna 2006, APV/DGIS/SSA).

Al enfoque de carácter preventivo de las complicaciones, se agrega ahora el énfasis en la atención oportuna y con calidad de la urgencia obstétrica ya que el 50% de las complicaciones obstétricas no puedan prevenirse debido a que no presentan signos o síntomas de alarma.

Las principales causas de muerte materna en México (Gráfica 8) son la toxemia (29.5%), la he-

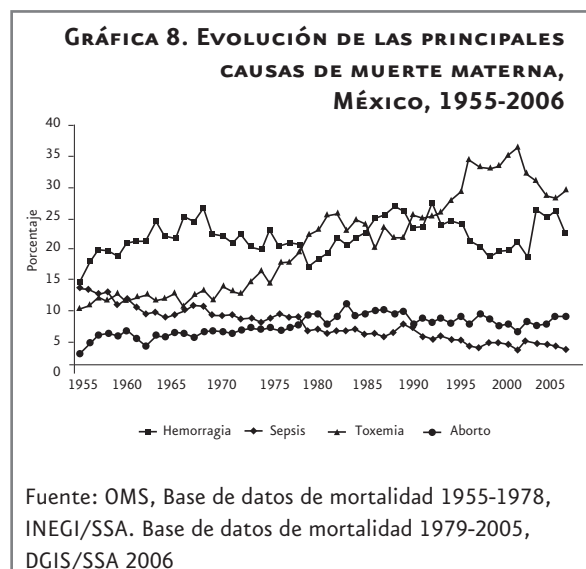
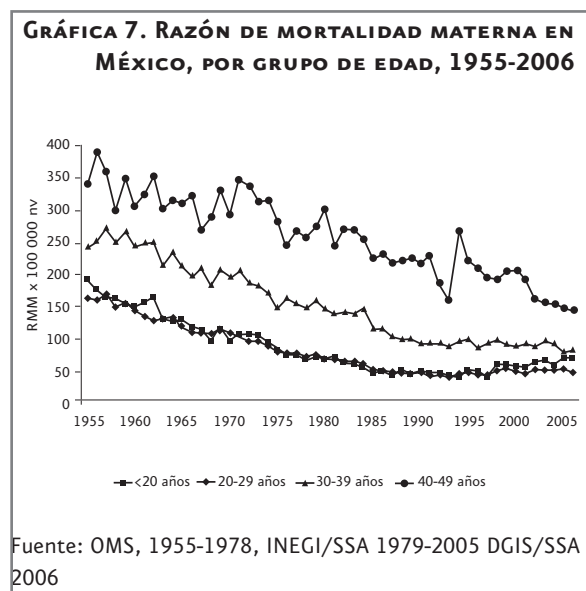
morragia durante el embarazo, parto y/o puerperio (22.1%), el aborto (8.1%) y la sepsis puerperal (2.4%). En conjunto, estas causas concentraron el 62% de las defunciones maternas en 2006.<sup>2</sup> Todas ellas, al igual que la mayoría de las causas directas de muerte materna tienen la característica de ser complicaciones obstétricas cuyo efecto letal puede ser prácticamente eliminado mediante el uso oportuno de la tecnología adecuada. También es cierto que con excepción del aborto, la mayor parte de las muertes maternas ocurren durante el parto o poco después del mismo, lo que permite instrumentar estrategias que tienen un alto impacto en la reducción de la letalidad de las complicaciones obstétricas.

### 3. La cobertura y la calidad de la atención

El cambio de enfoque hacia el manejo adecuado de las complicaciones obstétricas obliga a fortalecer los vínculos entre los distintos niveles de atención que integran las redes de servicios de salud, así como asignar a cada nivel y unidad de atención las responsabilidades que les corresponden en la atención obstétrica y perinatal, vista ésta como un continuo que se inicia con el embarazo y concluye 42 días después del parto.<sup>3</sup>

Un análisis útil para identificar el papel de las unidades de salud y niveles de la atención médica lo constituye la revisión del lugar donde ocurren tanto los partos como las defunciones maternas.

A pesar de que nuestro país ha incrementado de manera notable la atención del parto por personal calificado, comparado con los países desarrollados, en los que la cobertura médica en la atención del parto asciende a 99 por ciento, México tiene aún un largo camino que recorrer. Incluso el rezago mexicano es más evidente si se toma en cuenta que 8 países de la región latinoamericana y caribeña ya



<sup>2</sup> Análisis de la mortalidad materna 2006, APV/CNEGySR/SSA

<sup>3</sup> Definimos como condiciones maternas a los eventos que abarcan desde la concepción hasta 42 días después del parto. En Gram W. et al, 2006

habían alcanzado la cobertura universal en el año 2000 (incluidos Cuba y Chile) y México ocupaba apenas el lugar 21 con mayor cobertura de un total de 27 países de la región.<sup>4</sup> La falta de cobertura es particularmente grave en las áreas rurales, donde uno de cada tres partos no es atendido por personal médico, situación que llega a ser incluso mayor en estados como Chiapas, Guerrero y Oaxaca.

Uno de los problemas que afecta a muchas mujeres de las áreas rurales del país, es su menor acceso a hospitales con capacidad resolutive en la atención de complicaciones obstétricas. Al mismo tiempo, el mayor problema que incide en la mortalidad de las mujeres urbanas —grupo que concentra dos de cada tres defunciones maternas— está relacionado con la calidad de la atención hospitalaria. En este sentido, hoy en día las prioridades para abatir la mortalidad materna se orientan a los servicios obstétricos hospitalarios, de manera que se mejore su acceso, la oportunidad de su utilización y la calidad de la atención.

El Grupo de Atención Inmediata a Defunciones Maternas (AIDEM)<sup>5</sup> ha documentado que en la cadena de atención que recibe una mujer durante el embarazo, parto y puerperio, la principal falla asociada a la mortalidad materna tiene que ver con la calidad de la atención del parto y de las emergencias obstétricas, principalmente en unidades médicas hospitalarias (40% de los casos); el segundo eslabón crítico lo representan los programas preventivos, generalmente a cargo del primer nivel de atención, vinculados con la aplicación de toxoide tetánico y planificación familiar (36.6%); y, por último, las muertes se asocian a deficiencias en la calidad de la atención prenatal (20%).

<sup>4</sup> CEPAL, 2005.

<sup>5</sup> El grupo AIDEM depende del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva y tiene a su cargo la revisión de los procesos de atención médica de las mujeres que fallecen por causas maternas, sobre todo en los estados y jurisdicciones de salud con alta incidencia. En 2005, el grupo visitó 21 estados de la república y analizó 107 defunciones maternas; en 2006, acudió a 27 entidades federativas y revisó 196 defunciones; y, de enero a julio de 2007, visitó 16 entidades federativas,

Los estudios elaborados por la Dirección General de Información de la Secretaría de Salud, con base en los certificados de defunción de las muertes maternas, y los reportes estatales de los Comités de Muertes Maternas han permitido identificar algunos problemas específicos correspondientes a la calidad de la atención hospitalaria y particularmente al manejo inadecuado de las complicaciones obstétricas, entre los que destacan los siguientes:<sup>6</sup>

- Falta de manejo activo con oxitócicos en el alumbramiento.
- En 3 de cada 10 muertes maternas hospitalarias por preeclampsia-eclampsia hubo una administración inadecuada de líquidos intravenosos, sumado al manejo precipitado de vasodilatadores.
- En 1 de cada 10 defunciones maternas por hemorragia posquirúrgica se documentan deficiencias en la aplicación de la técnica quirúrgica.
- Un porcentaje no precisado de muertes maternas ocurridas en el hogar, fueron las mujeres que se egresaron de hospitales en forma precoz sin haber identificado alto riesgo.
- Falta de supervisión a los médicos adscritos, médicos residentes y estudiantes de pregrado.
- Escasa disponibilidad de recursos para cubrir guardias, lo que se asocia al incremento de las defunciones en los periodos vacacionales de verano, invierno y fines de semana.

#### 4. Los niveles de atención y las redes de servicios.

Los diversos esfuerzos desplegados para evaluar el Programa Arranque Parejo en la Vida durante la pasada administración federal, constituyen insumos valiosos para el fortalecimiento de su diseño y operación. Uno de los aspectos que sobresalen por su importancia estratégica es el funcionamiento de las unidades en un esquema operativo más amplio, basado en la organización de redes funcionales de servicios.

<sup>6</sup> Tomado de Lozano R. et.al., 2005 p.182

El proceso de Certificación Internacional del Programa identificó como una de las principales debilidades de las redes de servicios, la autonomía de los hospitales generales respecto a los esquemas de operación y supervisión del primer nivel de atención que, en el caso de la Secretaría de Salud, depende de las jurisdicciones sanitarias. La independencia jerárquica en la estructura administrativa del segundo nivel de atención dificulta la integración de centros de salud y hospitales en redes de atención para garantizar la oportunidad, continuidad, eficacia y calidad de la atención de los procesos obstétricos y neonatales que reciben las mujeres y neonatos en su tránsito por la red. Esta situación se agrava por el hecho de que los sistemas de referencia y contrarreferencia son en general ineficaces, lo que conlleva a que se interrumpa el seguimiento de las pacientes y que se pierda información valiosa para asegurar la continuidad de la atención.

En relación a la capacidad resolutoria de las unidades médicas para la estabilización y manejo de complicaciones obstétricas, el proceso de certificación encontró que mientras los hospitales generales reúnen adecuadamente las condiciones para la atención de urgencias obstétricas, casi todos los hospitales integrales enfrentan serias limitaciones. Su capacidad resolutoria se ve mermada por la falta de especialistas en los turnos vespertino y nocturno y, en algunos casos durante la jornada acumulada, a lo que se suma la insuficiencia de unidades de sangre y hemoderivados, la falta de vehículo funcional las 24 horas del día, incluyendo los fines de semana, entre otras limitaciones.

Por su parte, los centros de salud, particularmente los de las áreas rurales dispersas y aquéllos que tienen servicios de hospitalización, también requieren de más herramientas para estabilizar una urgencia obstétrica. En la mayoría de los centros de salud visitados la capacidad de respuesta ante una urgencia obstétrica es limitada ya que presentan una o más de las siguientes condiciones:

- No se cuenta con vehículos institucionales o comunitarios para garantizar el traslado ante una urgencia obstétrica.

- No siempre se cumple el acompañamiento por personal de salud de las mujeres que son referidas a los hospitales con una emergencia.
- Muchos no cuentan con sistema de radiocomunicación o no funcionan adecuadamente.
- Frecuentemente faltan los insumos que permiten estabilizar complicaciones obstétricas.
- No disponen de personal de salud las 24 horas del día.

## 5. El aborto

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) se consideran muertes por abortos espontáneos, inducidos legal e ilegalmente, complicaciones de legrados mal manejados y abortos no especificados. En el cuadro 3 se presentan las defunciones por aborto en México en los últimos 27 años. La variación a la baja más importante se presenta en la década de los ochenta. A partir de 1990 no se ha modificado en términos absolutos, y en términos relativos aumenta a 7.8%.

El aborto se ha ubicado desde 1980, como la tercera causa de defunción de las mujeres que mueren por causas obstétricas, después de la toxemia y la hemorragia. Esta causa ha concentrado entre 6 y 10 por ciento del total de las defunciones maternas, cifra que muestra una ligera tendencia a la baja en los últimos años.

El aborto sigue siendo un problema de salud pública de alta prioridad. Se reconoce que existe un

**Cuadro 3. Mortalidad materna por aborto en México 1980-2006**

	Aborto	Maternas	% abortos
1980	194	2,296	8.4
1986	149	1,681	8.9
1990	98	1,477	6.6
1996	87	1,291	6.7
2000	89	1,325	6.7
2006	94	1,202	7.8

Fuente: DGIS/SSA

subregistro en este tema y que se requiere continuar reduciendo los embarazos no planeados, así como los esfuerzos dirigidos a la ampliación del acceso a servicios de atención prenatal y a una consejería adecuada sobre los síntomas de alarma relacionados con el aborto. A ello se añade la promoción de la anticoncepción postevento obstétrico, así como el mejoramiento de la calidad de la atención de pacientes que llegan a solicitar servicios de salud con complicaciones de aborto.

## Retos en Salud Perinatal

### 1. Fortalecimiento del registro de la mortalidad perinatal

En nuestro país, las estadísticas de mortalidad perinatal no son adecuadas al 100%, existe un subregistro importante que impide determinar con exactitud la magnitud del problema.

La dificultad para obtener cifras reales de mortalidad perinatal es evidenciada por inconsistencias en la descripción estatal de las tasas de mortalidad y algunos otros indicadores de desarrollo y salud, en Guerrero, por ejemplo, se muestra una tasa de mortalidad perinatal baja, que contrasta con el bajo nivel de desarrollo en el estado, así como las altas tasas de mortalidad materna, las bajas coberturas de Anticoncepción Post Evento Obstétrico (APEO) y planificación familiar y la mala calidad en la atención perinatal, indicadores que indudablemente influyen en la mortalidad perinatal.

A pesar de ello, se han realizado esfuerzos por difundir estadísticas perinatales cercanas a la realidad, la Dirección General de Información de la Secretaría de Salud ofrece, a través de los denominados cubos dinámicos, la posibilidad de acceder a información estadística perinatal en diferentes niveles de interés institucional y del Sistema Nacional de Salud.

Es importante enfatizar, que existe un grave problema de subregistro de las muertes en este gru-

po de edad debido a que el registro de los nacidos muertos y las defunciones infantiles tempranas es muy bajo. Corregir esta situación representa un reto importante para los sistemas de información en salud del país y un desafío para la formulación de la política pública en el tema.

El sistema de información en Salud Perinatal necesita revolucionarse, la información debe ser conocida a la par de los sucesos de morbilidad y mortalidad en el tiempo, lugar y persona de manera oportuna y veraz. La propuesta de contar con el Certificado de Nacimiento es un adelanto en este sentido, que deberá ser impulsado por todos los órdenes de salud y estadística en el país. El Sistema de Información de Salud Perinatal representa entonces uno de los principales retos que deberemos afrontar y que coadyuvará a la puesta en escena de una atención perinatal acorde con los tiempos actuales de la salud pública en México.

Es importante resaltar que la mejoría en el registro de información en torno al tema perinatal apoyará de manera directa las estadísticas vitales de la salud materna toda vez que proporcionará un denominador adecuado para el cálculo de la razón de mortalidad materna.

### 2. Acceso y calidad de la atención perinatal

Es importante focalizar esfuerzos por mejorar la atención de las mujeres embarazadas, púérperas y del recién nacido a nivel institucional, pues ahí se observa la causa mayor de la problemática de las muertes neonatales y esto se vincula necesariamente a las mejores coberturas de atención del parto por personal calificado.

Los Grupos de Atención Inmediata a Defunciones Maternas (AIDeM) han realizado entre 2005 y 2006 análisis de defunciones perinatales en 49 hospitales de 19 entidades federativas. De 2,862 defunciones analizadas (Gráfica 6), 42% fueron clasificadas como fetales y 55% neonatales. Del total de defunciones neonatales, 45% correspondieron a muertes que

pueden evitarse con intervenciones en la mujer y en la embarazada de acuerdo con la metodología de análisis de muerte perinatal utilizada por la OMS.

El entorno habilitante en el que se desarrolla la atención del recién nacido es una condicionante para su supervivencia, este entorno habilitante fue analizado en 85 hospitales de 25 entidades federativas visitadas por el Grupo AIDeM en 2005 y 2006 (Gráfica 9), en donde las deficiencias en la infraestructura (77%) y la insuficiencia de personal médico y paramédico (75 y 78%) fueron una constante.

De la misma forma, el conocimiento médico y paramédico en reanimación neonatal ha demostrado ser un factor de importancia para la supervivencia de recién nacidos; el promedio de conocimientos en reanimación neonatal en los hospitales visitados alcanzó una media de 68%, insuficiente para asegurar una atención de calidad al recién nacido.

### 3. Disminuir riesgos, detectar y tratar oportunamente al neonato con complicaciones y prevenir discapacidades por defectos al nacimiento.

La práctica adecuada de la lactancia materna ha demostrado con evidencia científica que es una estrategia que mejora las condiciones de salud y nu-

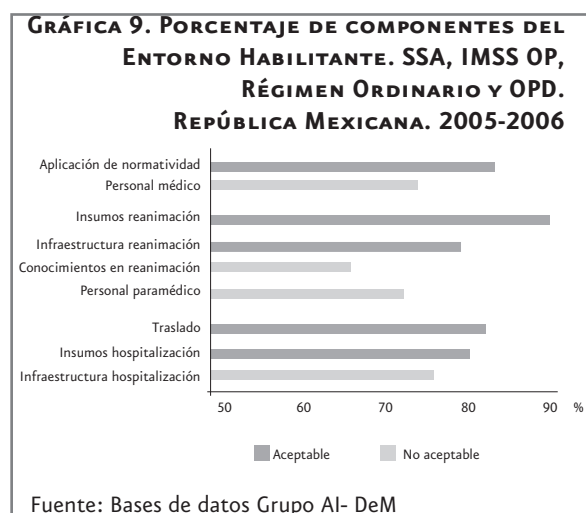
trición de los niños además de que se ha evidenciado el impacto favorable que tiene en la disminución de la obesidad infantil.

En términos generales, el 13,9% de la mortalidad infantil por toda causa en América Latina y el Caribe (aproximadamente 52.000 fallecimientos anuales) podrían haber sido evitados por la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y por la lactancia materna parcial para el resto del primer año de vida. Incluso durante los primeros 6 meses de vida, no iniciar la lactancia materna o interrumpirla, se asoció con un incremento 10 veces mayor de mortalidad por diarrea.

Por lo anterior identificamos como retos importantes, lograr una práctica de la lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida y combinada con otros alimentos hasta avanzado el segundo año de vida, informar en forma clara y honesta a toda la población las ventajas de la lactancia materna y los riesgos de otro tipo de alimentación y asegurar que todos los sectores de la población trabajemos unidos en el fomento y práctica de la lactancia materna.

Se estima que en México cerca de medio millón de recién nacidos por año están en riesgo de presentar algún defecto al nacimiento o padecer alguna de sus secuelas, sabemos además que por cada niño que muere debido a un defecto al nacimiento o una enfermedad genética durante el primer año de vida, cinco sobreviven y estos se convierten en individuos que generalmente padecen algún tipo de discapacidad durante toda su vida. Por ello el reto de fortalecer las estrategias de prevención de la discapacidad por defectos al nacimiento se convierte en una de las prioridades del presente programa de acción.

Para la prevención de los defectos al nacimiento debemos redoblar esfuerzos en nuestras estrategias de suplementación y fortificación con micronutrientes, especialmente el ácido fólico, en la ampliación del tamiz neonatal y en la calidad de la atención prenatal, del parto y del recién nacido como estrategias básicas en la prevención de las discapacidades.





## 3. Organización del Programa



### 3.1 Misión

Ser el instrumento de la política pública mexicana en materia de salud materna y perinatal que establece los lineamientos para fortalecer la rectoría y la prestación de servicios que orienten los esfuerzos de todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud y de los diferentes niveles de gobierno, con el fin de ampliar las capacidades y oportunidades de las mujeres para ejercer su derecho a cursar un embarazo saludable, un parto seguro y un puerperio sin complicaciones, así como para prevenir la discapacidad por defectos al nacimiento y proteger el derecho a la salud del recién nacido.

### 3.2 Visión

En México en el año 2012, un mayor número de mujeres y recién nacidos tienen acceso a servicios de salud culturalmente competentes, organizados en redes resolutivas, que garantizan una atención oportuna y de calidad durante el embarazo parto, puerperio así como la atención de urgencias obstétricas y neonatales.

### 3.3 Objetivos

#### Objetivo general

Brindar información y servicios de salud de calidad para garantizar un embarazo saludable, un parto seguro y un puerperio sin complicaciones a todas las mujeres mexicanas, así como igualdad de oportunidades de crecimiento y desarrollo a todas las niñas y niños, desde antes de su nacimiento hasta los 28 días de vida.

#### Objetivos específicos

Para alcanzar el objetivo general será necesario dar cumplimiento a los siguientes cuatro objetivos específicos:

1. Garantizar la prestación de servicios de salud oportunos, con calidad y seguridad durante el embarazo, parto, puerperio y en la atención de emergencias obstétricas (AEO) a todas las mujeres mexicanas sin distinción de condición socioeconómica, cultural y social.
2. Reducir las brechas existentes en las condiciones de salud para las mujeres durante el proceso reproductivo y para las niñas y niños durante los primeros 28 días de edad entre las entidades federativas y municipios con el menor Índice de Desarrollo Humano
3. Promover la atención integral y de calidad a las niñas y niños durante los primeros 28 días de vida para prevenir la discapacidad y favorecer su sano crecimiento y desarrollo.
4. Fortalecer en los tres niveles de gobierno, las acciones de rectoría que contribuyan a mejorar las condiciones de salud materna y perinatal en la población mexicana, coordinando esfuerzos, unificando criterios y optimizando recursos.

**Objetivo 1:** Garantizar la prestación de servicios de salud oportunos, con calidad y seguridad durante el embarazo, parto, puerperio y en la atención de emergencias obstétricas (AEO) a todas las mujeres mexicanas sin distinción de condición socioeconómica, cultural y social.

### 3.4 Estrategias y líneas de acción

1. Reorganización de servicios en redes de atención médica para garantizar el acceso y la continuidad de la atención obstétrica.
  - Fomentar la afiliación al programa Embarazo Saludable (Seguro Popular) de todas las embarazadas sin seguridad social formal, como una manera de asegurar la atención obstétrica oportuna, con calidad y seguridad.
  - Proponer la integración en redes de servicios a los agentes comunitarios, las unidades médicas móviles, centros de salud rurales y urbanos, centros de salud/clínicas con hospitalización, centros de salud/clínicas con capacidad para estabilizar complicaciones y hospitales con capacidad para AEO (uno por cada 500,000 habitantes )
  - Asegurar que los responsables de unidades que atienden mujeres embarazadas conozcan la oferta de servicios, horarios de atención, ubicación geográfica y teléfonos de todas las unidades que integran la red; además de existir entre ellas mecanismos eficientes de referencia y contrarreferencia de las pacientes, así como un sistema efectivo de comunicación entre las unidades de salud.
  - Instalar Módulos de Atención a Embarazadas de Riesgo (MATER) en los establecimientos seleccionados por su ubicación estratégica, para garantizar que las mujeres con factores de riesgo sean valoradas por un ginecólogo a fin de determinar si el control prenatal debe continuarse con el especialista o bien, en caso contrario, contra-referir al primer nivel de atención con indicaciones precisas para su atención y seguimiento. Toda mujer referida por el primer nivel de atención para valoración de riesgo debe ser atendida de forma inmediata, sin necesidad de previa cita, en el consultorio MATER.
2. Fortalecer la capacidad resolutoria de unidades de las redes de atención médica para el control prenatal, la atención del parto y AEO.
  - Abasto oportuno y suficiente de insumos estratégicos a unidades de primer nivel para

realizar el tamizaje prenatal, la atención del parto y la detección, estabilización y referencia de complicaciones obstétricas (cajas rosa y guinda. Cuadros 16 y 17). Ninguna mujer que presente una urgencia obstétrica podrá ser trasladada o referida a otra unidad sin ser estabilizada previamente y trasladada de manera segura desde el primer nivel de atención, para ello, se propone incluir como paquete mínimo para la atención de la madre y del recién nacido el paquete de intervenciones básicas en salud materna y perinatal. (Cuadro 4)

- Promover la contratación de gineco-obstetras y de personal alterno (enfermeras obstetras y/o parteras profesionales) para garantizar la existencia y disponibilidad del personal calificado las 24 horas del día, los 365 días del año en unidades estratégicas de la red de atención médica.
  - Habilitar a los hospitales resolutivos de EO con los recursos humanos (anestesiólogo, gineco-obstetra, pediatra, enfermera especialista), la infraestructura y los insumos (terapia intensiva o intermedia, terapia neonatal, equipo para Aspiración Manual Endouterina (AMEU), laboratorio y banco de sangre) para garantizar el servicio las 24 horas del día, los 365 días del año.
  - Instrumentar protocolos de atención hospitalaria y triage obstétrico que reduzcan las demoras en el ingreso, consulta e interconsulta para garantizar la valoración, diagnóstico y manejo inmediato de las mujeres la atención del parto y complicaciones obstétricas.
  - Promover que la atención de la salud materna y perinatal con calidad sea un criterio para la acreditación y certificación de las unidades de salud, públicas o privadas.
  - Fortalecer el control sanitario de los establecimientos que proporcionan atención prenatal, del parto y de AEO.
3. Elevar la competencia técnica y humanística del personal de salud para la atención del evento obstétrico, con énfasis en AEO.
- Promover la adopción de prácticas basadas en evidencia científica tales como el manejo activo del tercer periodo del parto y el uso de hidralazina y sulfato de magnesio para enfermedad hipertensiva del embarazo y la Aspiración Manual Endo Uterina (AMEU) para la prevención de complicaciones por aborto.
  - Instrumentar programas de capacitación para los distintos agentes de salud en maternidad sin riesgo, con énfasis en la atención del embarazo, parto, puerperio y en el manejo de emergencias obstétricas, particularmente hemorragia obstétrica y preclampsia-eclampsia.
  - Vincular la certificación de médicos especialistas con los lineamientos técnicos vigentes para la atención del embarazo, parto, puerperio y emergencias obstétricas.
  - Promover el establecimiento de mecanismos efectivos para la identificación de omisiones, errores o negligencia en la atención a la salud, para el establecimiento de la responsabilidad profesional y las sanciones correspondientes.
  - Promover estrategias de sensibilización y capacitación en seguridad del paciente como una dimensión fundamental de la calidad de la atención durante el embarazo, el parto, el puerperio y emergencias obstétricas.
  - Promover el diseño, la realización, intercambio y reconocimiento de prácticas innovadoras y proyectos demostrativos en la atención materna y perinatal, a través de concursos y premios de excelencia y calidad, tales como el Foro de Excelencia, Premio de Calidad, Premio Innova de la Administración Pública, entre otros.
  - Promover la reingeniería del servicio social profesional de los residentes en ginecología para apoyar a las unidades hospitalarias que carece de plantillas completas y vincular con la Dirección General de Calidad y Enseñanza en Salud (DGCE) para evaluar conjuntamente con el CNEGySR la calidad del usuario de campos clínicos.

4. Asegurar el desarrollo de acciones de información, consejería, educación y comunicación sobre salud y derechos sexuales y reproductivos a la población en general.
  - Vinculación con la SEP para manejo de determinantes de salud materna en escuelas.
  - Promover la incorporación de contenidos sobre el manejo de determinantes de la salud materna en libros de texto y en otros contenidos educativos.
  - Favorecer la alineación de mensajes de todas las instituciones de salud en Campañas para sensibilizar, informar y motivar en manejo de determinantes de la salud materna.
  - Favorecer la generación de una nueva cultura para el manejo de determinantes mediante programas de comunicación de riesgos, signos y síntomas de alarma obstétrica y sobre la importancia de solicitar atención médica inmediata.
  - Promover la formación de grupos de ayuda mutua para embarazadas de alto riesgo.
  - Promover entre las embarazadas, sus parejas y familiares la elaboración de planes para la atención del parto, en el que se identifique el lugar de atención, el vehículo a utilizar en el traslado y la persona acompañante; considerar planes alternativos en caso de emergencia.
  - Fomentar la participación del varón en el cuidado de la salud materna y perinatal, promoviendo la visita de la pareja a cuando menos una consulta de control prenatal.
  - Informar a las mujeres, su pareja, familiares y líderes comunitarios de la ubicación, horario y personal responsable de las unidades de salud resolutivas más cercanas para la atención del embarazo, parto y puerperio, así como de las establecidas para AEO. (Plan de seguridad)
  - Informar a todo el personal de las unidades hospitalarias sobre la existencia del Plan de Seguridad, incluyendo personal médico, paramédico, de seguridad, intendencia, trabajo social y admisión.
  
5. Fortalecimiento de la organización comunitaria para establecer redes sociales de apoyo a las mujeres embarazadas.
  - Vinculación con la Red Mexicana de Municipios por la Salud y redes estatales para lograr municipios favorables a la salud materna.
  - Reorientación y activación de los comités locales de salud para que participen como sujetos sociales en el manejo de determinantes de la salud materna.
  - Favorecer el desarrollo de proyectos municipales que favorezcan el manejo de determinantes de la salud materna, promover la utilización oportuna de servicios de salud y apoyar el traslado de mujeres con complicaciones obstétricas a las unidades de salud.
  - Promover el desarrollo de entornos favorables a la salud materna, valorando la necesidad de establecer Posadas de Asistencia a la Mujer Embarazada (AME) cercanas a los hospitales que atienden población que proviene de localidades con distancias mayores a tres horas.
  - Difundir entre la población y personal de salud, la existencia de sistemas comunitarios de traslado y Posadas AME.

**Objetivo 2.** Reducir las brechas existentes en las condiciones de salud para las mujeres durante el proceso reproductivo y para las niñas y niños durante los primeros 28 días de edad entre las entidades federativas y municipios con el menor Índice de Desarrollo Humano

### Estrategias y líneas de acción:

1. Acceso a personal calificado y servicios de salud culturalmente competentes.
  - Extender la cobertura de atención a zonas altamente marginadas a través de Caravanas de la Salud.
  - Afiliar al programa Embarazo Saludable (Seguro Popular) a todas las embarazadas de municipios con menor Índice de Desarrollo Humano (IDH) y/o atendidas por Caravanas de la Salud

- Gestionar con las entidades federativas la contratación de personal alterno (enfermeras obstétricas y/o parteras profesionales para ampliar horarios de atención en Hospitales integrales).
  - Vinculación de actores comunitarios (parteras tradicionales, vocales oportunistas, enlaces interculturales y traductores) a las redes de atención médica institucional.
  - Capacitar y evaluar a parteras tradicionales en la atención al evento obstétrico, con énfasis en la identificación de signos y señales de alarma obstétrica y neonatal y en la referencia oportuna de embarazadas con riesgo y/o complicaciones.
  - Establecer, difundir y promover el levantamiento de censos de embarazadas y el uso de sistemas comunitarios de traslado para favorecer la asistencia al control prenatal, la atención de parto y la atención inmediata de complicaciones obstétricas.
  - Establecer, difundir y promover a través de los gobiernos municipales, los comités locales de salud y prestadores de servicios de salud, la utilización de Posadas AME en hospitales que atiendan población de municipios con menor IDH y/o distancias mayores a tres horas.
2. Fortalecimiento de la capacidad de respuesta de las unidades para la Atención de Emergencias Obstétricas (AEO)
- Promover una mayor colaboración y coordinación entre las instituciones del sistema nacional de salud para el mejor aprovechamiento de la capacidad instalada para la atención de emergencias obstétricas.
  - Asegurar el abasto a las unidades de primer nivel de insumos estratégicos para detectar, estabilizar y referir complicaciones obstétricas (cajas rosa y guinda)
  - Promover la contratación de personal para garantizar plantillas completas en unidades resolutivas.
  - Promover el desarrollo de competencia técnica y sensibilidad cultural y perspectiva humanista del personal de salud
- Promover estrategias que garanticen las competencias técnicas en el personal de salud de la red de servicios, como son establecer estándares de enseñanza en cursos clínicos, supervisión permanente de personal en formación, exámenes de competencias y criterios de acreditación/ certificación
  - Promover la presencia de personal bilingüe en hospitales que atiendan a población indígena. (Enlaces interculturales)
3. Favorecer el conocimiento de determinantes de la salud y desarrollo de competencias entre la población mexicana para el manejo adecuado de la salud materna y perinatal.
- Fortalecer el empoderamiento de la población y la capacidad de decisión de las mujeres y sus parejas para el manejo adecuado de los determinantes de la salud materna.
  - Promover talleres comunitarios dirigidos a embarazadas, sus parejas y familiares sobre los determinantes de la salud materna, que favorezcan la identificación de factores de riesgo obstétrico y la demanda inmediata de atención ante complicaciones.
  - Promover entre las embarazadas, sus parejas y familiares (esposos e hijos) la elaboración de planes para la atención del parto, en el que se identifique el lugar de atención, el vehículo a utilizar en el traslado y la persona acompañante; considerar planes alternativos en caso de emergencia.
  - Fomentar que todos los integrantes de la comunidad (líderes comunitarios, autoridades municipales, maestros, ministros religiosos, parteras tradicionales, etc) conozcan e identifiquen los signos de alarma obstétrica además de conocer el plan de seguridad de la embarazada.
  - Diseñar, producir y difundir mensajes con enfoque intercultural y perspectiva de género para promover la utilización de los servicios de salud.
  - Fomentar la participación del varón en el cuidado de la salud materna y perinatal, promoviendo la visita de la pareja a cuando menos una consulta de control prenatal.

**Objetivo 3.** Promover la atención integral y de calidad a las niñas y niños durante los primeros 28 días de vida para prevenir la discapacidad y favorecer su sano crecimiento y desarrollo

### Estrategias y líneas de acción:

1. Garantizar la atención integral del recién nacido en las unidades de atención obstétrica y neonatal
  - Garantizar la existencia de los insumos necesarios para la atención integral del recién nacido (Insumos para reanimación neonatal, vitamina K, cloranfenicol oftálmico, material para tamiz neonatal, insumos de vacunación).
  - Asegurar la atención del recién nacido por personal calificado, mediante la capacitación continua en reanimación neonatal a estudiantes de medicina, enfermería, residentes, pediatras, neonatólogos, médicos y parteras en contacto con el recién nacido a través de Escuelas, Facultades, Academias, Sociedades Médicas y Personal de enseñanza de las entidades federativas con la coordinación y rectoría del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.
  - Fortalecer el entorno habilitante para el recién nacido de riesgo en hospitales clave para su atención
  - Reorganizar las redes de atención neonatales de acuerdo a su capacidad resolutive por infraestructura y personal calificado para la atención adecuada y oportuna de urgencias neonatales.
  - Capacitar al personal de las unidades con menor capacidad resolutive en el uso de la "Presión Positiva Continua en la Vía Aérea" (CPAP nasal por sus siglas en inglés), estabilización y transporte del recién nacido así como uso de esteroides para maduración pulmonar.
  - Asegurar la existencia de insumos para el uso de CPAP nasal
  - Capacitar en el uso de surfactante en hospitales de mayor capacidad resolutive y asegurar el insumo.
2. Prevenir la discapacidad por defectos y patologías del periodo perinatal
  - Capacitar en la prevención diagnóstico y manejo de retinopatía del prematuro en hospitales con atención de recién nacidos prematuros
  - Favorecer la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses del recién nacido, mediante la capacitación al personal de salud de su importancia y evitar el consumo de fórmulas lácteas.
  - Asegurar el traslado de recién nacidos de riesgo o complicados a unidades con capacidad resolutive.

- Implantar el sistema de información de tamiz neonatal, así como la evaluación de todos los procesos.
  - Implantar el sistema de información de tamiz neonatal, así como la evaluación de Toma de muestra, envío y transporte, análisis de muestras en el laboratorio, informe de resultados, localización de niños, confirmación de casos sospechosos y tratamiento, seguimiento y rehabilitación.
  - Evaluar y priorizar en base a la evidencia científica y las mejores prácticas así como panorama epidemiológico los errores innatos del metabolismo con posibilidad de inclusión en el tamiz así como su tratamiento y seguimiento.
3. Fortalecer y desarrollar clínicas multidisciplinarias en los Servicios Integrales para la Prevención y Atención de la Discapacidad (SinDis)
- Garantizar la existencia en los 32 SinDis de las clínicas de atención perinatal, defectos de tubo neural así como de hipotiroidismo congénito.
  - Asegurar la articulación de los Servicios Integrales para la Prevención y Atención de la Discapacidad, a las redes de servicios establecidas en las entidades federativas.
  - Garantizar que los Servicios Integrales para la Prevención y Atención de la Discapacidad se organicen y funcionen de acuerdo al modelo establecido y que cuenten con los recursos necesarios para operar.
4. Mejorar el registro y la vigilancia epidemiológica de muertes perinatales
- Disminuir el subregistro de muertes neonatales en coordinación con las instancias involucradas.
  - Garantizar que todo niño que nazca en territorio mexicano cuente con certificado de nacimiento.
  - Sensibilizar al personal de salud y a la comunidad así como a los servicios de estadística estatales y jurisdiccionales sobre la importancia del certificado de nacimiento.
  - Incorporar en la certificación de parteras la evaluación de la referencia para la realización del certificado de nacimiento.

- Fortalecer el análisis de la mortalidad perinatal y neonatal hospitalaria por los grupos AI-DeM nacionales, estatales e institucionales.
- Elaborar la propuesta de notificación semanal de muertes neonatales hospitalarias mediante la metodología de periodos perinatales de riesgo de City Match/CDC/avalada por OMS.
- Promover la operación y utilización del Registro Hospitalario de Defectos al nacimiento.

**Objetivo 4.** Fortalecer en los tres niveles de gobierno, las acciones de rectoría que contribuyan a mejorar las condiciones de salud materna y perinatal en la población mexicana, coordinando esfuerzos, unificando criterios y optimizando recursos.

## Estrategias y líneas de acción:

1. Fortalecer la coordinación inter e intra-institucional.
  - Continuar las acciones del Comité Nacional del Programa APV, como instancia de coordinación de las instituciones públicas que integran el Sector Salud.
  - Establecer comités de coordinación estatales entre instituciones de salud para la conducción y el seguimiento del Programa APV, bajo la dirección del Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud y los Titulares de los Servicios Estatales de Salud, con el objeto de establecer los compromisos y las responsabilidades para cada institución, y nivel de gobierno.
  - Elaborar programas de acción de salud materna y perinatal estatales 2007-2012 por todos los servicios estatales de salud, alineados a los lineamientos establecidos en el programa de acción nacional, priorizando las estrategias recomendadas para combatir las principales fallas que se han identificado y que responden a la realidad de cada municipio o estado.
  - Establecer un espacio de coordinación a nivel jurisdiccional o delegacional para instrumentar, dar seguimiento y evaluar el Programa Estatal de Arranque Parejo en

- la Vida, a través de la instalación de los equipos 4X4, integrados por los responsables de los programas de salud que están vinculados a la salud materna y perinatal, bajo la conducción del jefe jurisdiccional o delegacional.
- Fortalecer el liderazgo de los equipos 4X4 para supervisar el funcionamiento de las redes de servicios, incluidos hospitales generales y clínicas o centros de salud, que le permita establecer acciones para la plena articulación de los servicios de los distintos niveles de atención y mejorar la operación de los sistemas de referencia y contrarreferencia.
  - Promover la participación de actores sociales y de la iniciativa privada en acciones estratégicas de salud materna y perinatal, particularmente presidentes municipales, líderes sociales, autoridades indígenas, organizaciones civiles con trabajo en salud materna, perinatal o planificación familiar, como el Comité Promotor una Maternidad sin riesgos, la Red Nacional para la Prevención de la Discapacidad, Fundación TELMEX, por citar sólo algunos
2. Mejorar la calidad de los sistemas de registro, así como el análisis y utilización de la información en la operación de los servicios.
    - Continuar la vigilancia activa de la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal, lo que implica notificar de manera inmediata a las jurisdicciones, los servicios estatales y al nivel federal, las defunciones maternas y neonatales ocurridas en el área de influencia correspondiente. La vigilancia activa incluye la visita del Grupo de Análisis Inmediato de las Defunciones Maternas (AIDEM), procedente del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, a las redes y municipios repetidores de muerte materna, además de identificar los factores psicosociales asociados a la muerte materna y las posibles fallas ocurridas en el proceso de atención y asesorar a los servicios estatales de salud para su corrección.
  3. Desarrollar proyectos de investigación y evaluación que contribuyan al diseño y adecuación de las estrategias del Programa Arranque Parejo en la Vida con el objeto de incrementar su eficiencia y efectividad.
    - Dar seguimiento puntual y sistemático a las recomendaciones emitidas por los grupos AIDEM.
    - Aplicar la metodología RAMOS Modificado para mejorar el registro de la muerte materna y sus causas, así como promover alternativas de búsqueda activa en zonas con bajo IDH ( ej: análisis de la sobremortalidad en mujeres en edad fértil)
    - Instalar, operar y fortalecer los Comités de Morbi-Mortalidad Materna y Perinatal a nivel estatal, jurisdiccional y de hospitales. Dichos comités tienen la tarea de analizar cada muerte materna y perinatal, así como los casos de morbilidad grave, que ocurran en su ámbito de acción, mediante la metodología de eslabones críticos, así como identificar, instrumentar y dar seguimiento a acciones de mejora.
    - Fortalecer la capacidad de respuesta de los equipos jurisdiccionales en el manejo de la información estadística para la toma de decisiones.
    - Fortalecer el Subcomité de Evaluación y Seguimiento de APV, para dar seguimiento efectivo a los compromisos del programa a nivel intra e inter institucional.
- Realizar una convocatoria anual para identificar y premiar los estudios, trabajos y proyectos de intervención realizados por los prestadores de servicios del sector salud para mejorar la operación del Programa APV.
  - Analizar periódicamente los flujos de financiamiento y gasto en salud materna y perinatal para monitorear el cumplimiento de las acciones prioritarias establecidas a través de la asignación de los recursos necesarios por fuente de financiamiento, función e institución (estudios de cuentas en equidad de género y salud reproductiva)

- Instrumentar el programa de certificación de APV en redes de servicios.
  - Realizar encuestas rápidas de cobertura y otras metodologías para evaluar los procesos de atención del Programa APV.
  - Promover y participar en iniciativas institucionales e interinstitucionales para el levantamiento de encuestas y la realización de estudios cuali-cuantitativos que contribuyan a la evaluación del Programa APV y a un mayor conocimiento de la situación de la salud materno y perinatal.
4. Propiciar y en su caso fortalecer las alianzas estratégicas con organizaciones de la Sociedad Civil que permitan potenciar la eficiencia y la eficacia del Programa de Acción “Arranque Parejo en la Vida” en beneficio de la población.

### 3.5 Metas anuales 2008-2012

#### Metas

- Disminuir 24% la razón de mortalidad materna en relación con la registrada en el 2006.
- Disminuir la Razón de Mortalidad Materna en 50% en los 100 municipios de menor IDH.
- Reducir en 15% la tasa de mortalidad neonatal con relación a la registrada en el 2006.
- Aumentar a 92% la cobertura de atención del parto por personal capacitado en la población no asegurada.
- Certificar a por lo menos 1,800 parteras tradicionales en todo el periodo.
- Disminuir a 6.8% el porcentaje de bajo peso al nacer.

- Realizar la prueba de tamiz neonatal al 90% de los recién nacidos.

Para medir los avances, pertinencia, eficiencia e impacto de las acciones del programa, es necesario extender las actividades de evaluación a todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud (cuadro 9), a todas las entidades federativas y a todos los ámbitos operativos lo cuál implica el fortalecimiento de los Sistemas Oficiales de Información.

Para el cumplimiento de las metas de disminución de las tasas de mortalidad materna y neonatal, se debe tomar en cuenta el desempeño y los esfuerzos de todas y cada una de las entidades federativas, por lo tanto mientras estas realicen sus actividades y logren las alianzas estratégicas con los sectores correspondientes se podrá cumplir con estas metas.

El programa de Arranque Parejo en la Vida dará seguimiento a cuatro metas fundamentales:

- Disminuir la razón de mortalidad materna en los 100 municipios con el menor índice de desarrollo humano incluida en el Sistema de Metas Presidenciales que deberá ser reportada en forma anual a la Oficina de la Presidencia;
- Reducir la razón de mortalidad materna en 24%; reducir la tasa de mortalidad neonatal en 15%; incrementar a 92% la cobertura de atención del parto por personal calificado incorporadas en el Programa Sectorial de Salud 2007-2012.

**Cuadro 9. Cuadro de metas para 2012, por institución**

Meta Nacional	SSA	IMSS	ISSSTE	IMSS-Oportunidades	Otras
Disminuir 24% la razón de mortalidad materna en relación con la registrada en el 2006.	13.1%	6.1%	1.4%	2.4%	1.0%
Reducir en 15% la tasa de mortalidad neonatal con relación a la registrada en el 2006.	8.19%	3.81%	0.87%	1.5%	0.63%
Realizar la prueba de tamiz neonatal al 90% de los recién nacidos.	53.4%	28.9%	1.9%	4.8%	1.0%

**Cuadro 10. Línea base y metas para el 2012, por entidad federativa**

Entidad Federativa	Razon de mortalidad materna		Tasa de mortalidad neonatal		Entidad Federativa	Razon de mortalidad materna		Tasa de mortalidad neonatal	
	Línea basal 2006	Meta para 2012	Línea basal 2005	Meta para 2012		Línea basal 2006	Meta para 2012	Línea basal 2005	Meta para 2012
Aguscalientes	58.0	34.3	8.77	7.39	Nayarit	38.7	29.2	5.52	4.60
Baja California	42.2	30.8	10.11	9.67	Nuevo León	32.4	24.8	7.77	6.42
Baja California Sur	43.8	31.6	11.33	9.01	Oaxaca	74.2	57.6	7.93	7.22
Campeche	67.1	53.3	7.88	6.76	Puebla	59.7	45.5	16.50	14.41
Chiapas	90.1	70.0	6.72	5.34	Querétaro	65.3	48.1	10.68	8.72
Chihuahua	68.8	52.7	10.93	8.35	Quintana Roo	58.7	41.2	10.40	8.17
Coahuila	30.7	22.7	7.20	6.25	San Luis Potosí	45.2	34.4	9.26	7.52
Colima	57.6	28.9	10.44	9.21	Sinaloa	40.8	31.9	5.43	3.93
Distrito Federal	56.7	42.8	12.10	10.08	Sonora	55.6	40.6	10.12	8.30
Durango	90.7	67.4	9.57	7.22	Tabasco	52.9	41.1	11.82	9.61
Guanajuato	44.4	34.9	12.55	9.89	Tamaulipas	61.3	45.4	8.79	6.89
Guerrero	129.5	100.4	7.08	5.86	Tlaxcala	68.4	53.5	16.34	12.88
Hidalgo	59.0	45.2	8.91	7.07	Veracruz	63.1	48.5	10.18	8.86
Jalisco	62.1	47.2	9.65	8.17	Yucatán	30.4	24.2	7.16	6.47
México	55.6	43.3	12.94	11.01	Zacatecas	52.2	41.6	9.45	8.31
Michoacán	68.0	51.7	9.17	7.19	Estados Unidos Mexicanos	60.0	45.6	10.33	8.64
Morelos	55.4	43.2	8.89	7.67					

En el cuadro 10 se observan las metas estatales mínimas para cumplir las metas nacionales de mortalidad materna y neonatal para 2012.

### Proceso Crítico:

## Correlación de redes de atención médica y social

### Descripción

La red de servicios enlaza las unidades del primer nivel de atención –incluyendo– parteras con las Clínicas y Hospitales Sí Mujer, así como con los Servicios Integrales de Prevención y Atención de la Discapacidad (SINDIS), ubicados en hospitales estatales o regionales. Las redes de atención médica generan un flujo de pacientes que necesitan atención inmediata de unidades de primer nivel, inclusive desde la comunidad, hacia unidades resolutivas

para la atención del parto y/o urgencias obstétricas; este flujo de pacientes debe ser apoyado por redes sociales que contribuyen con la identificación en la comunidad de mujeres embarazadas o en puerperio, la radiocomunicación y el traslado en transporte seguro, Posadas AME (Apoyo a la Mujer Embarazada) y Casitas AME (Apoyo a la Mujer Embarazada).

### Justificación

Uno de los principales determinantes para la adecuada atención de las mujeres embarazadas y en trabajo de parto con complicaciones así como la atención integral del recién nacido y del recién nacido complicado es la articulación funcional de las redes de atención y las redes sociales formales. Las redes deben ser socializadas y formar parte del plan de parto en todas las mujeres que acuden a consulta prenatal. De no suceder así, las mujeres con complicaciones caerán en la tercera demora que condiciona defunciones maternas.

## Elementos necesarios

1. Este proceso crítico debe ser conocido y apoyado por el Secretario de Salud Estatal (Voluntad política).
2. Las jurisdicciones sanitarias deben identificar y formar las redes de atención médica, así como las redes sociales formales, asegurando tiempo de traslado que permita la atención oportuna del parto o de la urgencia obstétrica y neonatal
3. Deberá darse a conocer a las unidades de primero y segundo nivel y su capacidad resolutive. Las unidades de salud deberán dar a conocer estas redes a las mujeres que acudan a consultas prenatales.
4. Deberá existir una red social formal, conformada por las autoridades municipales y estatales así como por líderes comunitarios, las cuales deberán conocer la infraestructura médica y contribuir en acciones que permitan un traslado seguro y la atención oportuna y resolutive, así como el apoyo en Posadas AME, y la difusión de información sobre la salud materna y perinatal, señales de peligro durante el embarazo, el parto y el puerperio, y del recién nacido, así como información sobre qué hacer y teléfonos y lugares a dónde acudir para la atención médica oportuna en caso de emergencia.

### Proceso Crítico:

## Articular los Determinantes Sociales para mejorar la Salud Materna y Perinatal

### Descripción

Se entiende por determinantes sociales las condiciones en que viven y trabajan las personas y que influyen en la calidad de vida y la salud de las personas. Las determinantes sociales de peligro, son las “causas que subyacen a las causas” de la mala salud, entre otras, la pobreza, la vulnerabilidad y la exclusión social, la falta de vivienda adecuada, las carencias del desarrollo en la primera infancia, la falta de

educación, las condiciones laborales insalubres, y la falta de vías de comunicación funcionales.

Para realizar acciones de mejora enfocadas a los determinantes sociales que beneficien la condición materna, es necesario el reconocimiento del sujeto en su construcción social e histórica, teniendo en cuenta los significados que los grupos sociales generan alrededor de la maternidad y el nacimiento, de los derechos sexuales y reproductivos, involucrando a las personas a reconocer en su vida cotidiana los vínculos que construyen con las mujeres gestantes y sus hijos, y considerando las representaciones de vida, cuidado, afecto, participación social y las relaciones que teje en su espacio local y social como actores sociales aportando en los procesos de participación, organización, ciudadanía, democracia y cultura.

### Justificación

La salud materna y perinatal tiene un origen plural, los determinantes sociales de peligro, aunados a las deficiencias en la atención médica significan la necesidad de abordaje multilateral e interdisciplinario. Las defunciones maternas por hemorragia obstétrica presentan una carga importante de dificultad en la accesibilidad a las unidades de salud, accesibilidad debido a la falta de vías de comunicación, o por su mal estado. La mayoría de los embarazos en adolescentes no son planeados, derivando en la necesidad de abortos inducidos que en el país generan el 7% del total de defunciones maternas. Esta situación es generada por la falta de información en la prevención del embarazo y educación sexual. En este proceso crítico deben participar diferentes sectores de gobierno y no gubernamentales, para generar acciones en el ámbito de competencia que consideren la intervención para modificar los determinantes sociales de peligro.

El analfabetismo, así como el mal estado nutricional de las madres que viven en condiciones de pobreza, tienen un impacto negativo importante al nacimiento de los recién nacidos, pues estos niños(as) tienen mayor riesgo de fallecer o de presentar alguna discapacidad al nacimiento. Estos determinantes sociales de peligro, presentes en

lugares lejanos y carentes de vías de acceso y comunicación dificultan el cuidado de la salud materna, complican el traslado de las madres a hospitales con capacidad resolutoria para ellas y sus recién nacidos que generalmente pueden presentar algún padecimiento perinatal.

## Elementos necesarios

1. Este proceso crítico debe ser conocido y apoyado por el titular del ejecutivo y el delegado de cada institución de salud en las entidades federativas (Voluntad política).
2. Debe existir el puntual conocimiento de los determinantes sociales que influyen en la ocurrencia de las defunciones maternas y perinatales y determinar los actores que deben involucrarse en intervenciones para su transformación y mejora.
3. Es necesaria la participación coordinada de los diferentes sectores de gobierno, como el de educación, comunicaciones y transportes, y desarrollo social, así como organizaciones civiles, líderes comunitarios, universidades y otros implicados.
4. Asegurar por lo tanto como mínima irreductible:
  - a) Educación sexual y en salud reproductiva que facilite al autonomía de las mujeres.
  - b) Vías de comunicación seguras y efectivas que favorezcan el flujo de personas entre la Red de Atención.
  - c) Apoyo continuo y efectivo en temas de interculturalidad en aquellas redes de atención que así lo requieran.

## Proceso Crítico:

### **Proporcionar el control prenatal y la atención de urgencias obstétricas y neonatales con calidad**

#### Descripción

La atención con calidad se refiere al acción de mejora

por la cual una mujer embarazada y su bebé reciben los cuidados adecuados y oportunos durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el período de posparto y neonatal, ya sea que el parto tenga lugar en el centro de salud o el hospital, siempre con trato digno, con el resguardo de su seguridad como paciente, con apego a la normatividad vigente, y con respeto a sus derechos humanos. Para que esto ocurra, el proveedor debe tener los conocimientos y destrezas necesarias y además contar con el apoyo de un entorno habilitante en varios niveles del sistema de salud. La calidad en la atención materna y perinatal incluye la supervisión y asesoría constante entre los diferentes niveles operativos y administrativos (AIDeM), la adecuada vigilancia epidemiológica de las defunciones maternas y perinatales así como la prevención del embarazo y planificación familiar.

## Justificación

Alrededor de 50 millones de mujeres en el mundo experimentan una complicación seria en su embarazo, y más de medio millón muere, cerca de 1200 de ellas en nuestro país, como consecuencia de que la emergencia médica que padecen no es atendida o lo es pero de manera tardía e inapropiada. El número sugerido de consultas prenatales no impide que las mujeres fallezcan por condiciones previsible en la consulta prenatal. Actualmente el nuevo paradigma en la Salud Materna y Perinatal se ha modificado en el marco de la salud reproductiva y los derechos reproductivos, y es ahora que la calidad en la atención prenatal y en la atención de urgencias obstétricas y neonatales debe ser considerada como una acción de mejora para la prevención y tratamiento de complicaciones.

El monitoreo y evaluación constante permite que los resultados obtenidos sean divulgados, tanto los que muestran cómo está funcionando el programa, como los que determinan las estrategias que no tienen el impacto deseado y contribuye a nuestra comprensión global de lo que funciona en el mejoramiento de la salud materna y perinatal. Esto promueve nuevos conocimientos en este campo creando un conjunto de lecciones aprendidas y “prácticas óptimas” que pueden fortalecer el programa.

## Elementos necesarios

1. Este proceso crítico debe ser conocido y apoyado por el titular del ejecutivo y el delegado de cada institución de salud en las entidades federativas (Voluntad política).
2. Las jurisdicciones sanitarias y delegaciones de salud deben identificar las deficiencias en conocimientos, destrezas y habilidades para la atención prenatal, del parto y complicaciones obstétricas y neonatales, así como generar asesorías que aseguren el óptimo reconocimiento del personal de salud para la atención de calidad.
3. Las universidades, consejos médicos de certificación y COFEPRIS, deberán generar los medios adecuados para asegurar que el personal médico ejerza la atención materna y perinatal con la calidad mínima requerida.
4. Debe existir una adecuada vigilancia epidemiológica que permita generar acciones que condicionen el conocimiento de la causalidad asociada a las defunciones y determinar respuestas correctivas a las deficiencias identificadas.
5. La calidad de la atención debe incluir las acciones por la seguridad del paciente, el trato digno y respetuoso, con pleno respeto a sus derechos humanos y a una atención segura y humanitaria, y considerar a las pacientes en la elaboración de propuestas de programas y planes de trabajo.
6. Es necesaria la presencia permanente que analice y sugiera acciones de mejora a través de grupos de tarea como el Grupo de Atención Inmediata de las Defunciones Maternas (AIDeM).
7. Asegurar el uso obligatorio y adecuado de los lineamientos técnicos y la adopción de prácticas efectivas basadas en evidencias científicas como por ejemplo:
  - a) Manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto
  - b) Manejo adecuado de líquidos
  - c) Uso del Sulfato de Magnesio en los casos de Preeclampsia/eclampsia.

## Proceso Crítico:

### **Subir a la agenda estatal la Salud Perinatal y la prevención de la discapacidad por defectos al nacimiento como tema prioritario**

#### Descripción

La salud perinatal debe tener un impulso importante en las políticas públicas de salud pues es actualmente el principal reto en la mortalidad infantil y representa el mayor porcentaje en la mortalidad en menores de 5 años, es por ello que debe tomar mayor importancia en las agendas estatales de salud.

#### Justificación

En los años anteriores las principales causas de mortalidad en menores de 5 años eran producidas por causas infecciosas, prevenibles por vacunación y las enfermedades diarreicas y respiratorias, las cuales fueron los principales retos, hoy la transición epidemiológica nos alerta pues la mortalidad perinatal se encuentra como la quinta causa de la mortalidad general del país, y en menores de 1 año es la primera causa, pero en cuanto a morbilidad se encuentra ocupando los primeros lugares como egresos hospitalarios en menores de 1 año, por ello este tema se ha convertido en un gran reto para el país.

Es importante vincular las acciones de mejora en la salud materna y medir sus impactos no solo en las madres si no también en el recién nacido pues hoy México debe prevenir las discapacidades originadas en el periodo perinatal. Nuestro país ha iniciado un modelo de prevención de la discapacidad cuyas acciones deben fortalecerse pues el impacto y costo social y económico podría rebasar la capacidad del sistema de salud en un futuro cercano.

México debe sumarse a las estrategias mundiales que han iniciado desde el 2005 en donde se reconoció que la salud perinatal se había postergado pues existían otras prioridades en salud, pero ahora se ha promovido las estrategias maternas y perinatales y la medición de su impacto.

### Elementos necesarios

1. Este proceso crítico debe ser conocido y apoyado por el titular del ejecutivo y el delegado de cada institución de salud en las entidades federativas (Voluntad política).
2. Reasignación presupuestaria para contar con programas sustentables que aseguren los recursos necesarios para el fortalecimiento de la salud materna y perinatal
3. Fortalecer el desarrollo de las estrategias y acciones específicas implementadas para la salud perinatal y la prevención de la discapacidad:
  - a) Asegurar el abasto de ácido fólico para todas las embarazadas.
  - b) Asegurar la cobertura total del tamiz neonatal para hipotiroidismo congénito.
4. Establecer sistemas de evaluación y control para medir y comparar el impacto de las acciones en la salud perinatal.
5. Procurar el fortalecimiento del entorno habilitante para la atención del neonato complicado.

### 3.6 Indicadores

A continuación se enuncian los indicadores prioritarios, necesarios para realizar el monitoreo y evaluación del Programa de Acción; asimismo se integran las fuentes y fórmulas para obtenerlos.

### Indicadores

#### De Proceso:

- Porcentaje de mujeres con control puerperal.

- Porcentaje de embarazadas atendidas desde el primer trimestre gestacional.
- Porcentaje de recién nacidos a los que se realizó la prueba de tamiz neonatal.

### Indicadores

#### Impacto intermedio:

- Cobertura de atención de parto institucional.
- Cobertura de partos atendidos por personal calificado en población no derechohabiente.
- Letalidad hospitalaria por enfermedad hipertensiva del embarazo.
- Letalidad hospitalaria por hemorragia obstétrica.
- Letalidad hospitalaria por aborto.
- Porcentaje de partos resueltos por cesárea.
- Porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacimiento.
- Cobertura de tamizaje de sífilis en mujeres embarazadas.
- Número de defectos del tubo neural.

### Indicadores

#### De Impacto final:

- Razón de mortalidad materna.
- Razón de mortalidad materna en los 100 municipios con menor Índice de Desarrollo Humano (IDH).
- Tasa de mortalidad neonatal.
- Número de niños(as) menores de un año con discapacidades por hipotiroidismo congénito.

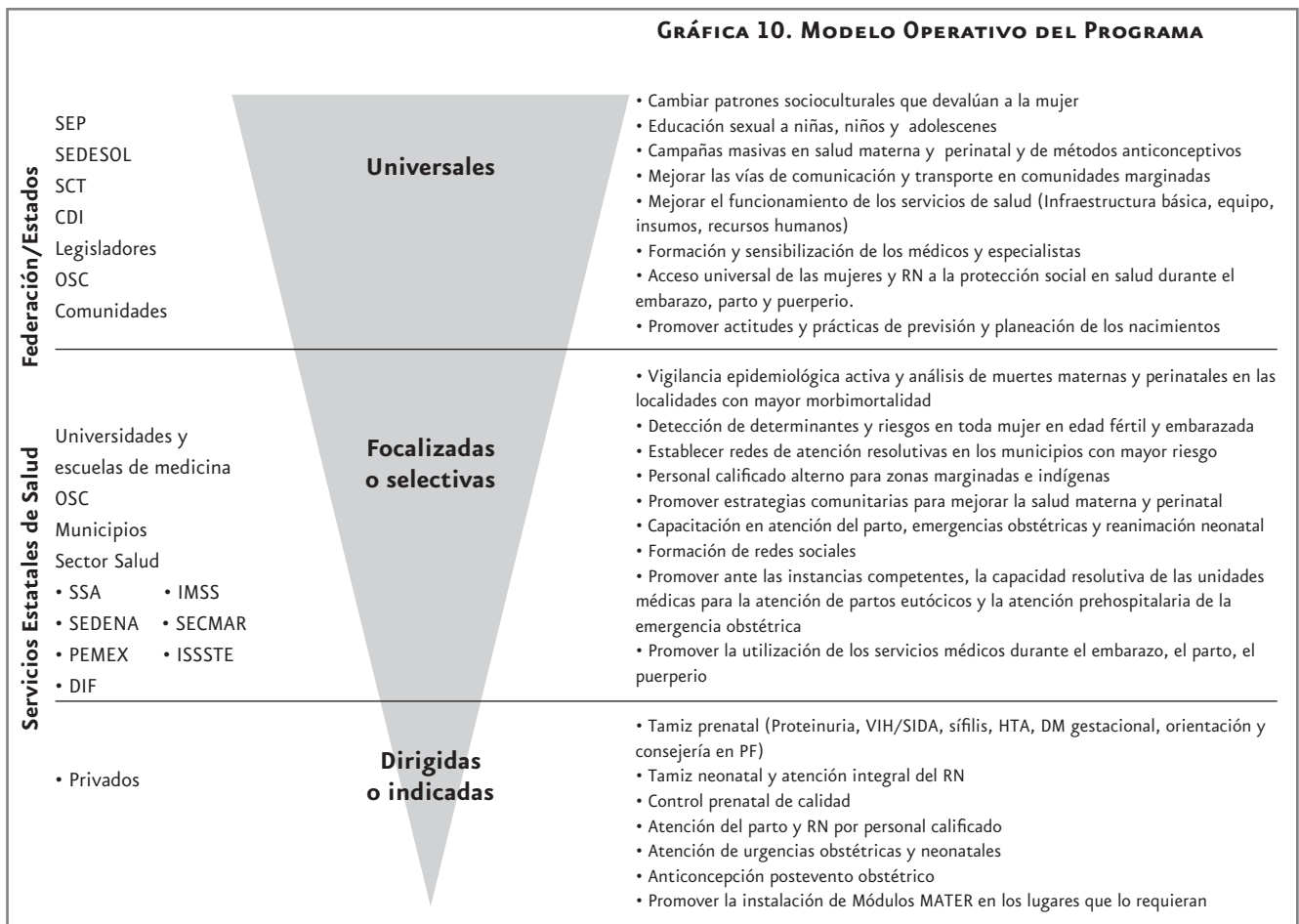
# 4. Estrategia de implantación operativa



## 4.1 Modelo Operativo

Con este abordaje a través de un modelo ecológico podemos corroborar que en la salud materna y perinatal confluyen varios factores, actores y estrategias y que el esfuerzo para mejorar sus condiciones, si bien tiene su centro en los servicios de salud requiere del concurso y del esfuerzo de una gran cantidad de protagonistas que deben alinear sus prioridades en torno a este problema de salud pública ya que ello representa tener como prioridad el desarrollo de México. (Gráfica 10)

Con el propósito de hacer posible la instrumentación de este modelo operativo identificamos cuatro procesos críticos que es necesario vigilar como básicos para el buen desarrollo del programa y que a continuación se describen:



## 4.2 Estructura y niveles de responsabilidad

### Estructura

Para asegurar una atención obstétrica y neonatal oportuna y de calidad es importante tener ciertos indicadores que nos marquen la trayectoria que llevamos para alcanzar la meta de mejorar las condiciones de salud materna y perinatal. Los siguientes son indicadores que recomienda la Organización Mundial de la Salud en estructura y recursos, por lo que debe buscarse su incorporación o adecuación a la situación nacional con la instancia competente de acuerdo con las condiciones demográficas y territoriales de cada estado o región.

- Un Hospital resolutorio por cada 500,000 habitantes.
- Por cada 1,000 nacimientos se requieren 4 camas obstétricas por día.
- Por cada 1,000 embarazadas se requieren 2 camas en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) obstétricos.
- Por cada dos camas de obstetricia se requiere una sala de labor.
- Por cada 1,000 nacimientos, se requieren por lo menos 4 Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).
- Por cada 1,000 nacimientos, se requieren por lo menos 4 Unidades de Cuidados Intermedios o cuneros patológicos.

### Intervenciones necesarias para la atención de la salud durante el embarazo, parto y puerperio

Se ha documentado a nivel internacional que se debe de organizar la red de servicios, garantizando una serie de intervenciones estratégicas que han demostrado que son fundamentales para lograr

disminuir la morbilidad materna y perinatal (intervenciones estratégicas). De acuerdo a la forma de organización de los servicios estatales de salud y de las instituciones públicas se deberá determinar en qué unidades médicas se otorgarán cada una de estas intervenciones de manera oportuna y adecuada.

En el cuadro siguiente ( cuadro 4) se ejemplifica cómo se podrían distribuir las intervenciones de acuerdo a la capacidad resolutoria de las unidades médicas que se encuentran establecidas en los servicios estatales de salud.

### Niveles de responsabilidad

Para la salud materna y perinatal, las acciones comprendidas a favor de la consecución de los objetivos, debemos determinar las áreas y sectores necesarios en la aplicación de intervenciones que la favorezcan, dichos actores soportan algún grado de responsabilidad que, de cumplirlo, se cristalizarán los esfuerzos en la mejora de la salud materna y perinatal, de lo contrario, el cumplimiento de las metas de gobierno y aquellas contraídas a nivel internacional no serán alcanzadas.

Los diversos sectores involucrados en la mejora de la salud materna y perinatal deberán observar las estrategias propuestas en este documento, sin embargo, existen algunas más (Cuadro 8) que, de no operarlas en conjunto con el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva condicionarán retraso en el cumplimiento de los objetivos planteados.

A continuación se exponen los cuadros que revelan los actores necesarios y el nivel de responsabilidad de cada uno de ellos (Cuadros 5-7), eso no significa que cualquiera de los interesados intervenga con mayor o menor impulso a favor de la salud materna y perinatal de ser necesario.

**Cuadro 4. Paquete de intervenciones estratégicas para la salud materna**

Acciones	Centro Salud Rural	Centro Salud Urbano	Hospital Integral o comunitario	Hospital General
Atención prenatal	X	X	X	
Tx Anemia severa			X	X
ITS-Sífilis	X	X		
ITS-Otras	X	X		
Atención parto normal	X*	X*	X	X
Atención hemorragia			X	X
Atención eclampsia		X*	X	X
Parto obstruído			X	X
Sepsis			X	X
Complicaciones neonato			X	X
Atención posparto	X	X	X	
Estabilización y traslado seguro en emergencias obstétricas	X	X	X	X
Complicaciones aborto				X
APEO-Condón	X	X		
APEO-DepoProvera	X	X		
APEO-DIU	X	X	X	X
APEO-Norplant		X		
APEO-Hormonales oral	X	X		
APEO-OTB			X	X

\* Atención propuesta de acuerdo con las necesidades y recursos disponibles. Evaluación y autorización por las autoridades estatales y jurisdiccionales

**Paquete de intervenciones estratégicas para la salud perinatal\***

Acción	% Reducción de la mortalidad neonatal	Centro de Salud Rural	Centro de Salud Urbano	Hospital Integral o Comunitario	Hospital General
Periconcepcional					
Planificación familiar	25%	X	X	X	X
Suplementación con ácido fólico	72%	X	X	X	
Gestacional					
Control prenatal (detecciones VIH, sífilis, bacteriuria, proteinuria, aplicación de toxoide tetánico y uso inductores como maduradores pulmonares)	35-100%	X	X	X	X
Intraparto					
Seguimiento de trabajo del parto	40%			X	X
Postnatal					
Reanimación	6-42%			X	X
Lactancia materna	55-87%	X	X	X	X
Cuidados especiales para los prematuros	20-40%			X	X
Manejo de infecciones en el neonato	20-50%			X	X

\* Fuente: Joy E. Lawn, Jelka Zupan et al. Disease Control Priorities in Developing Countries, Chapter 27 Newborn Survival, 2006 The Lancet, 20055. Neonatal Survival. Newborn health: a key to child survival. Estado mundial de las madres 2006, Salvar la vida de las madres y de los recién nacidos, Save the Children, Mayo 2006

**Cuadro 5**

Estrategias	Rectoría												Operación				
	CNEGYSR	DGCYES	COFEPRIS	Seguro Popular	DGPLADES	DGIS	CENSIDA	DGPS	Consejos médicos	DGCS	OSC	DGTI	SESA	IMSS	ISSSTE	Resto del SNS	
Reorganización de servicios en redes de atención médica para garantizar el acceso y la continuidad de la atención obstétrica																	
Fortalecer la capacidad resolutive de unidades de las redes de atención médica para el control prenatal, la atención del parto y AEO																	
Elevar la competencia técnica y humanística del personal de salud para la atención del evento obstétrico, con énfasis en AEO																	
Asegurar el desarrollo de acciones de información, consejería, educación y comunicación sobre salud y derechos sexuales y reproductivos a la población en general																	
Fortalecimiento de la organización comunitaria para establecer redes sociales de apoyo a las mujeres embarazadas																	
Acceso a personal calificado y servicios de salud culturalmente competentes																	
Fortalecimiento de la capacidad de respuesta de las unidades para la Atención de Emergencias Obstétricas																	
Propiciar y en su caso fortalecer las alianzas estratégicas con organizaciones de la Sociedad Civil que permiten potenciar la eficiencia y la eficacia del Programa de Acción "Arranque Parejo en la Vida" en beneficio de la población																	

■ Responsable    ■ Corresponsable

**Cuadro 6**

Estrategias	Rectoría											Operación						
	CNEGYSR	DGCYES	COFE-PRIS	Seguro Popular	CENAVECE	DGPLADES	DGIS	INSP	CENSIA	DGPS	DGCS	Consejos médicos	OSC	DGTI	SESA	IMSS	ISSSTE	Resto del SNS
Garantizar la atención integral del recién nacido en las unidades de atención obstétrica y neonatal																		
Prevenir la discapacidad por defectos y patologías del período perinatal																		
Fortalecer y desarrollar clínicas multidisciplinarias en los Servicios Integrales para la Prevención y Atención de la Discapacidad (SinDis)																		
Mejorar el registro y la vigilancia epidemiológica de muertes perinatales																		
Mejorar la calidad de los sistemas de registro, así como el análisis y utilización de la información en la operación de los servicios																		
Garantizar el traslado de recién nacidos de riesgo o complicados a unidades con capacidad resolutoria 365 días del año																		

■ Responsable      ■ Corresponsable

**Cuadro 7**

Estrategias	Sectores										
	CNEGYR	SCT	SEP	SEDESOL	Universidades	Consejos médicos	CDI	OSC	Legisladores	Municipios	Secretaría de economía
Fortalecer la coordinación inter e intra institucional											
Propiciar y en su caso fortalecer las alianzas estratégicas con organizaciones de la Sociedad Civil que permitan potenciar la eficiencia y la eficacia del Programa de Acción "Arranque Parejo en la Vida" en beneficio de la población											
Desarrollar proyectos de investigación y evaluación que contribuyan al diseño y adecuación de las estrategias del Programa Arranque Parejo en la Vida con el objeto de incrementar su eficiencia y efectividad											

■ Responsable

■ Corresponsable

### 4.3 Etapas para la instrumentación

Cuadro 8. Etapas para la Instrumentación del Programa de Acción

Línea de Acción del PROSESA		Meta para 2012	Año								
Línea de Acción PROSESA	Estrategia dentro del Programa de Acción		2007	2008	2009	2010	2011	2012			
2.6. Fortalecer las políticas de salud materna y perinatal	Programa de Acción	Mujeres embarazadas, en parto y puerperio	Nacional y Estatal	Población Blanco (sexo y grupo de edad)	Reducir para el 2012, la razón de mortalidad materna en un 24% con respecto a la registrada en 2006.	4%	8%	12%	16%	20%	24%
						2.5%	5.0%	7.5%	10%	12.5%	15%
	Arranque Parejo en la Vida	Mujeres embarazadas y niños recién nacidos hasta 28 días.	Nacional y Estatal	Mujeres embarazadas y en parto en población no asegurada	Reducir para el 2012, la tasa de mortalidad neonatal en un 15% con respecto a la registrada en 2006.	89.2	89.8	90.3	91.0	91.4	92.0
						Aumentar para el 2012, a 92% la cobertura de atención de parto por personal calificado en población no asegurada	7.92	7.64	7.37	7.1	6.95
		Niñas y niños recién nacidos en unidades de salud.	Nacional y Estatal	Disminuir para el 2012, a 6.8% el porcentaje de bajo peso al nacer							

## 4.4 Acciones de mejora de la gestión pública

Con el propósito de dar respuesta a los planteamientos del Plan de Desarrollo 2006-2012 en materia de mejorar la gestión pública, específicamente a las estrategias propuestas, se indican las siguientes:

1. Elevar los estándares de eficiencia y eficacia gubernamental a través de la sistematización y digitalización de todos los trámites administrativos y el aprovechamiento de tecnologías de la información y comunicaciones para la gestión pública.
  - Instrumentación del sistema de información de tamiz neonatal a través de un software específico que permite automatizar los procesos de captura, procesamiento y seguimiento de los niños tamizados en el país con el propósito de elevar los estándares de eficiencia y eficacia y asegurar el seguimiento puntual de los mismos; especialmente de aquellos que tuvieron resultados positivos a hipotiroidismo congénito. La instrumentación de este sistema se hará de manera paulatina durante el 2008 en la totalidad de las entidades federativas del país. Con la implantación de este sistema pretendemos darle precisión y control a todas las fases del proceso de tamizaje neonatal. Con este desarrollo informático se alcanza una plataforma tecnológica de avanzada ya que permite el seguimiento en línea y en tiempo real de casi un millón de niños tamizados por año.
  - Apoyo para el desarrollo e instrumentación del Registro Hospitalario de los Defectos al Nacimiento (RHDAN) en coordinación con la Dirección General Adjunta de Epidemiología. Se pretende que con este registro (basado en un software desarrollado ad hoc) se pueda tener una mejor y más oportuna información epidemiológica sobre la ocurrencia de algunos defectos al nacimiento que son susceptibles de prevención y por tanto de interés inmediato del programa de Salud Materna y Perinatal. Se pretende el pilotaje de este sistema en por lo menos 32 unidades hospitalarias (una por entidad federativa) durante el 2008.
2. Hacer más eficiente la operación y el gasto de las dependencias y entidades federales y estatales.
  - Reorganización de servicios en redes de atención médica para garantizar el acceso y la continuidad de la atención obstétrica lo que permitirá incrementar la eficiencia y efectividad de los servicios de salud, muchos de los cuales hoy trabajan de manera aislada. Con esta estrategia se pretende de manera primordial dar continuidad a la atención obstétrica y neonatal para asegurar la calidad y oportunidad de la atención, pero de manera paralela se busca fortalecer la operación y el gasto de las dependencias estatales o federales que operan las redes de atención obstétrica y neonatal.
3. Profesionalizar el servicio público para mejorar el rendimiento de las estructuras orgánicas de la Administración Pública Federal y Estatal. Elevar la competencia técnica y humanística del personal de salud para la atención del evento obstétrico con énfasis en la atención de las emergencias obstétricas y neonatales, promoviendo la adopción de prácticas basadas en evidencias científica, instrumentando programas de capacitación para los distintos agentes de salud, vinculando la certificación de médicos especialistas con los lineamientos técnicos vigentes en nuestro país y promoviendo estrategias de sensibilización para el personal de salud.
4. Adoptar un modelo de diseño del presupuesto basado en resultados que facilite la rendición de cuentas y genere los incentivos para que la Administración Pública Federal y Estatal cumpla las metas planteadas.
  - Acuerdos de Salud Pública firmados entre la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y los Servicios Estatales de Salud para comprometer el cumplimiento de las metas estatales en los programas de salud pública prioritarios acordados.

- El Seguro Popular incluirá en sus criterios de evaluación y de asignación de recursos el cumplimiento de metas establecidas en los programas de salud prioritarios incluidos en el Catálogo Único de Servicios Universales en Salud (CAUSES), haciendo énfasis en las metas de mortalidad materna e infantil como un indicador del desempeño.
  - Anexos de Ejecución firmados entre los órganos desconcentrados, unidades administrativas o instituciones descentralizadas con los Servicios de Salud de los Estados, de los insumos, equipos, donaciones o subsidios que sean transferidos por el nivel federal (Ramo 12) a los estados, comprometiéndose los resultados que deberán entregar con estos apoyos.
5. Evaluar el desempeño de los programas de gobierno y su impacto en la población. Promover la generación de Programas Estatales de Salud Materna y Perinatal basados en las estrategias plasmadas en el presente Programa de Acción, que incluyan las metas de impacto necesarias para que la suma de todas ellas construya la meta nacional. El presente Programa de Acción, contempla en su capítulo V todo un tema de Evaluación y Rendición de Cuentas.



## 5. Evaluación y rendición de cuentas



### 5.1 Sistema de monitoreo y seguimiento

Es indispensable contar con un sistema de monitoreo y seguimiento basado en indicadores vinculados con las metas propuestas. Este sistema debe incluir la evaluación de indicadores de estructura y procesos de calidad de la atención médica en el primero y segundo nivel de atención, evaluación que deben operacionalizar las diferentes instituciones del Sistema Nacional de Salud, así como los diferentes niveles de atención que otorgan servicios obstétricos y de urgencias obstétricas y perinatales.

El Programa de Acción “Arranque Parejo en la Vida” propone el uso de indicadores de estructura y proceso (Cuadro 22) que conducirán a la obtención de los indicadores de resultado e impacto, bajo la premisa de contar con herramientas de evaluación y monitoreo que permitan actuar antes de observar algún impacto negativo con otros indicadores, otorgando así, oportunidad para la puesta en marcha de acciones de mejora en la organización institucional que favorezca la consecución de las metas señaladas anteriormente.

### 5.2 Evaluación de resultados

El seguimiento continuo y la evaluación periódica de los logros obtenidos por el Programa Arranque Parejo en la Vida 2007-2012 (APV) constituye una de las estrategias prioritarias para garantizar que los esfuerzos del Sistema Nacional de Salud contribuyan efectivamente a elevar la salud de madres e hijos y a reducir las disparidades sociales y de género que persisten en México en esta materia. La transparencia y la rendición de cuentas constituyen normas básicas del quehacer de las dependencias e instituciones que integran este Sistema, por lo que el seguimiento y la evaluación seria y sistemática del Programa APV constituye la base para informar oportunamente a la ciudadanía sobre los obstáculos enfrentados y los logros alcanzados, así como sobre las acciones instrumentadas y el uso de los recursos asignados.

Los procedimientos de seguimiento y evaluación del Programa tienen como propósitos los siguientes:

- Propiciar la participación de los equipos de salud en la identificación de problemas y mecanismos de mejora, a través de la operación de los equipos 4 X 4 de las jurisdicciones sanitarias, de los Comités de Muerte Materna y Perinatal de los hospitales, las jurisdicciones y los estados y del Grupo AIDEM del nivel federal.
- Identificar los obstáculos y problemas emergentes que enfrenta el Programa o sus estrategias y, en su caso, aplicar las medidas correctivas
- Valorar los avances, resultados e impactos de las acciones desplegadas
- Certificar los esfuerzos institucionales y regionales en la instrumentación del Programa
- Rendir cuentas a la sociedad sobre las acciones desplegadas, los logros obtenidos y los recursos utilizados.

La evaluación de los resultados se llevará a cabo de la siguiente manera:

1. Seguimiento estrecho del cumplimiento de las metas prioritarias, lo cual será reportado en los Informes de Gobierno, Informe de Labores de la Secretaría de Salud e Informes adicionales solicitados por legisladores, organizaciones civiles o instituciones fiscalizadoras.
2. Reuniones para evaluar avances de cada uno de los programas prioritarios a nivel jurisdiccional, estatal y federal.
3. Reportes periódicos al interior del Comité Nacional y del Subcomité de Evaluación y Seguimiento del Programa “Arranque Parejo en la Vida”.
4. Reuniones periódicas internas de evaluación en cada una de las instituciones de seguridad social.
5. Boletín Caminando a la Excelencia en Salud Materna y Perinatal. Instrumento informativo de periodicidad trimestral y anual que permite retroalimentar el desempeño del programa en los Servicios Estatales de Salud, para facilitar la identificación de áreas de oportunidad de mejora. Los indicadores que mide son los siguientes: control prenatal (promedio de consultas prenatales por embarazada y oportunidad en la captación de la embarazada), cobertura de nacimientos atendidos en población no asegurada, porcentaje de hipotiroideos confirmados, porcentaje de nacimientos atendidos por cesárea, inicio en el control del puerperio y porcentaje de recién nacidos con bajo peso.
6. Supervisiones programadas: Se realizarán visitas de supervisión específicas a los estados considerados prioritarios a través grupos de tarea temáticos que abordarán temas específicos y mediante auditorías técnicas realizadas por los grupos de Atención Inmediata a las Defunciones Maternas (AI-DeM) en el 20% de las defunciones notificadas. Dichas supervisiones estarán acompañadas con el envío de un oficio al Secretario de Salud del estado visitado o su equivalente, mediante el cual se le darán a conocer los hallazgos obtenidos durante la visita de supervisión y se solicita el envío de acciones de mejora durante los 15 días siguientes a la recepción del documento. De la misma manera, al término de la supervisión se dejará un reporte más detallado en los servicios de salud del estado correspondiente para que con ello sea darle seguimiento a las acciones acordadas
7. Encuestas rápidas de cobertura. Se llevarán a cabo encuestas rápidas de cobertura en coordinación con el Centro Nacional de Salud de la Infancia y la Adolescencia a través del “método de lotes”, con el fin de obtener información estratégica seleccionada como ministración de micronutrientes a las mujeres en edad fértil, con énfasis en las embarazadas para verificar sus coberturas reales y registro en campo del cumplimiento de las acciones y metas.
8. Vigilancia epidemiológica activa de las defunciones maternas. Se efectuará de manera permanente en coordinación con la Dirección General de Epidemiología mediante la revisión de los comunicados de los comités de mortalidad materna y perinatal de las entidades federativas y la revisión del Sistema Estadístico y Epidemiológico para el Estudio de las Defunciones (SEED).
9. Aplicar la metodología RAMOS Modificado para mejorar el registro de la muerte materna y sus causas, así como promover alternativas de búsqueda activa en zonas con bajo IDH.

Las siguientes tablas muestran los indicadores de impacto, resultado, proceso y estructura requeridos para las acciones y monitoreo, seguimiento y evaluación del programa. En los cuadros se observan una serie de indicadores necesarios para el buen seguimiento y evaluación del programa, pero que actualmente no cuentan con fuentes de información, por lo tanto se necesita incluir nuevas variables en los sistemas de información y en algunos casos realizar algunas encuestas.

En el apartado de Anexos, los cuadros 18-22 muestran un desglose y correlación de objetivos específicos, metas, estrategias, acciones e indicadores para el mejor entendimiento de este programa de acción.

Con el fin de apoyar la evaluación y seguimiento en el nivel operativo, en el cuadro 22, se colocan una serie de indicadores no formales que pueden apoyar el adecuado desarrollo de este programa de acción. Vale la pena destacar que varios de los indicadores señalados en el cuadro mencionado no cuentan con un sistema oficial de información, por lo que deberán ser recabados en los niveles locales para su adecuado análisis.

## Acciones de Rectoría

Para contribuir a garantizar el cumplimiento de los programas de acción se llevarán a cabo además las siguientes acciones de rectoría:

- A. Conducción y alineación al interior del Sistema Nacional de Salud.
  - 1. Acuerdos de Salud Pública firmados entre la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y los Servicios Estatales de Salud para comprometer el cumplimiento de las metas estatales en los programas de salud pública prioritarios acordados.
  - 2. Acuerdos firmados por los titulares de las instituciones de Seguridad Social ( IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, Marina) con el Secretario de Salud federal comprometiendo metas institucionales anuales 2007-2012 vinculadas a los programas prioritarios establecidos en el Programa Sectorial de Salud 2007-2012.

- 3. El Seguro Popular incluirá en sus criterios de evaluación y de asignación de recursos el cumplimiento de metas establecidas en los programas de salud prioritarios incluidos en el CAUSES, haciendo énfasis en las metas de mortalidad materna e infantil como un indicador de desempeño.
- 4. Instrumentación y seguimiento del Acuerdo del Consejo de Salubridad General (DOF 1 de noviembre del 2004)
- 5. Anexos de Ejecución firmados entre los órganos desconcentrados, unidades administrativas o instituciones descentralizadas con los Servicios de Salud de los Estados de los insumos, equipos, donaciones o subsidios que sean transferidos por el nivel federal ( Ramo 12) a los estados, comprometiendo los resultados que deberán entregar con estos apoyos..
- 6. Se le dará seguimiento a nivel Secretarial de los avances en las metas de manera periódica en las reuniones del Consejo Nacional de Salud y en reuniones específicas con los estados con la mayor problemática a través de las Reuniones de Seguimiento Secretarial de la Salud Materna y Perinatal.
- 7. Coordinar acciones con el Seguro Médico para una Nueva generación como una estrategia sustantiva para disminuir la mortalidad perinatal. El primero de diciembre de 2006 se creó el Seguro Médico para una Nueva Generación, cuyo objetivo general se orienta a reducir la carga de enfermedad y discapacidad en la población de los recién nacidos, contribuir a un crecimiento y desarrollo saludables durante los primeros años de vida, mejorar la salud de las familias de menos ingresos y avanzar hacia un esquema de aseguramiento universal. Esta Nueva Generación, estará protegida de los principales padecimientos que ocurren en los primeros cinco años de vida, pero sobre todo en el primer mes, que es el período donde se presentan alrededor del 40% de las defunciones de este grupo de edad. Los criterios normativos y mecanismos operativos del Seguro Médico para una Nueva Generación serán instrumentados a través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

8. Coordinar acciones con el programa Embarazo Saludable del Seguro Popular como una forma de asegurar la atención obstétrica oportuna y de calidad y contribuir con ello a la reducción de la morbi mortalidad materna y perinatal. El 9 de mayo de 2008, el Titular del Ejecutivo Federal, anunció la puesta en marcha del Programa de Embarazo Saludable como una ampliación al Seguro Médico para una Nueva Generación, motivo por el cual a partir de esa fecha se garantiza en todo momento la incorporación al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) a todas aquellas mujeres con diagnóstico de embarazo, sin considerar el tiempo de gestación que tengan, a fin de proteger la salud de la mujer durante todo su embarazo y al momento del parto, así como al recién nacido desde el momento mismo de su nacimiento.

Al afiliarse la mujer embarazada al Seguro Popular, también puede afiliarse a toda su familia y a partir del 1o de agosto de 2008 el inicio de la vigencia de derechos de estas familias será a partir del mismo día en que realicen su trámite de afiliación.

## **Acciones fuera del Sistema Nacional de Salud**

1. Pacto Nacional por una Mejor Salud: Monitorear específicamente las acciones encaminadas a Disminuir la Mortalidad Materna e Infantil como uno de los enfoques principales de este mecanismo de coordinación.
  2. Se dará seguimiento a temas específicos como los siguientes:
    - a. Acuerdo de los fabricantes y distribuidores de los sucedáneos de la leche materna con la SSA para la protección de la lactancia materna que busca principalmente evitar la “competencia desleal” que llevan a cabo los productores y distribuidores de sucedáneos de leche materna al entregar o promocionar directamente sus productos a las madres. Este convenio faculta al Sistema Nacional de Salud para realizar la vigilancia de esta práctica.
    - b. Convenio entre la Red Nacional para la Prevención de la Discapacidad y DHL para el traslado de las muestras de tamiz neonatal.
- B. Regulación**
1. Se actualizarán las Normas Oficiales Mexicanas NOM-007-SSA2-1993 Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido y la NOM-034-SSA2-2000, así las guías, manuales y lineamientos técnicos correspondientes mencionados en el apartado de marco jurídico del presente programa de acción.
  2. Se incluirán como criterios de acreditación de las unidades médicas indicadores que garanticen la calidad de la atención obstétrica y perinatal.
  3. Se solicitará la intervención de COFEPRIS en las unidades médicas públicas y privadas que presenten indicadores inadecuados de mortalidad materna y perinatal con el objeto de establecer las medidas preventivas, correctivas o el cierre de la unidad en caso de que sea necesario.
  4. CONAMED establecerá un plan de acción de los problemas de salud prioritarios vinculados a metas de prioridad presidencial y secretarial que causan el mayor daño o muerte por negligencia de acuerdo a los reportes anuales de esta institución.
  5. Se reportará a las contralorías internas de cada entidad federativa o institución las irregularidades detectadas para que se realice la investigación pertinente y se aplique la sanción que corresponda en caso de identificar que existió responsabilidad institucional o profesional en casos específicos de atención a la salud materna y perinatal.

**Cuadro 11. Indicadores con fuentes de información actuales**

Tipo de indicador	Indicador	Fórmula	Fuente	Periodicidad	Línea basal	Observaciones
Impacto	Razón de mortalidad materna	Número de defunciones maternas entre nacidos vivos estimados por 100,000	SSA/DGIS/INEGI CONAPO	Anual	60.0 por 100,000 nve en 2006	Se registrará en forma anual conforme al corte oficial de la DGIS
	Razón de mortalidad materna en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano (IDH)	Defunciones maternas en los 100 municipios con menor IDH entre nacidos vivos estimados en estos municipios por 100,000	SSA/DGIS/INEGI CONAPO	Anual	187.7 en el 2005	Se registrará en forma anual, conforme al corte oficial de la DGIS
	Tasa de mortalidad neonatal	Número de defunciones en menores de 28 días de edad entre nacidos vivos estimados por 1,000	SSA/DGIS/INEGI CONAPO	Anual	10.33 por 1,000 nve en 2005	Se registrará en forma anual, conforme al corte oficial de la DGIS
	Número de defectos del tubo neural	Número de defectos del tubo neural	SSA/DGE	Anual	257 (2006)	Reporte del Boletín "Epidemiología"
	Número de niños menores de un año con discapacidad asociada a hipotiroidismo congénito	Número de niños menores de un año con hipotiroidismo congénito en tratamiento entre total de niños que su prueba fue positiva por 100	SSA/CNEGySR	Anual		Se requiere instalar el software en todo el país para que nos de el indicador
Impacto intermedio	Cobertura de atención de parto institucional	Total de partos atendidos en instituciones del SNS entre nacidos vivos estimados por 1,000	Sistemas de información institucionales CONAPO	Anual		La información está disponible tres meses posteriores a la fecha del reporte
	Cobertura de atención del parto por personal capacitado en población no derechohabiente	Total de partos atendidos por el IMSS-Oportunidades y la SSA entre los nacimientos estimados en población derechohabiente de estas instituciones por 100	Sistemas de información del IMSS-Oportunidades y la SSA CONAPO	Semestral	88.6% (2006)	
	Tasa de letalidad hospitalaria por enfermedad hipertensiva del embarazo	Defunciones hospitalarias por enfermedad hipertensiva del embarazo entre total de casos de enfermedad hipertensiva del embarazo hospitalarias por 100	SSA/DGIS/SA EH	Semestral	S/D	
	Tasa de letalidad hospitalaria por hemorragia obstétrica	Defunciones hospitalarias por hemorragia obstétrica entre total de casos de hemorragia obstétrica hospitalarias por 100	SSA/DGIS/SA EH	Semestral	S/D	
	Tasa de letalidad hospitalaria por aborto	Defunciones hospitalarias por aborto entre total de casos de aborto hospitalario por 100	SSA/DGISS/SA EH	Semestral	S/D	

Nota: Sistema Nacional de Salud: SNS

**Cuadro 12. Indicadores con fuentes de información actuales**

Tipo de indicador	Indicador	Fórmula	Fuente	Periodicidad	Línea basal	Observaciones
Proceso	Por ciento de partos resueltos por cesárea, en las instituciones del SNS	Total de partos atendidos por cesárea entre el total de partos atendidos en las instituciones del SNS por 100	Sistemas Institucionales de información	Semestral	36.56% (2006)	La información está disponible tres meses posteriores a la fecha del reporte
	Porcentaje de bajo peso al nacer en las instituciones del SNS	Recién nacidos con < de 2,500 kg al nacer entre el total de recién nacidos en las instituciones del SNS por 100	Sistemas Institucionales de información	Semestral	7.91% (2006)	
	Cobertura de tamizaje de sífilis en mujeres embarazadas	Número de embarazadas con tamizaje de sífilis entre total de embarazadas atendidas por 100	Sistemas Institucionales de información	Anual	S/D	
	Porcentaje de mujeres con control puerperal en las instituciones del SNS	Mujeres que regresan a atención del puerperio entre Total de partos y cesáreas atendidos en las instituciones del SNS por 100	Sistemas Institucionales de información	Trimestral	55.92% (2006)	
	Porcentaje de embarazadas atendidas desde el primer trimestre gestacional en las instituciones de salud	Embarazadas atendidas en el primer trimestre gestacional entre el total de embarazadas atendidas por 100	Sistemas Institucionales de Información	Trimestral	35.35% (2006)	
	Cobertura de la prueba de tamiz neonatal entre los recién nacidos del país	Recién nacidos que se les realizó la prueba de tamiz neonatal entre el total de nacimientos estimados por 100	Sistemas institucionales de información CONAPO	Trimestral	82.5% (2006)	

Nota: Sistema Nacional de Salud: SNS

**Cuadro 13. Indicadores sin fuentes de información actuales (se necesita incorporar variables o realizar una encuesta)**

Tipo de indicador	Indicador	Fórmula	Fuente	Periodicidad	Línea basal	Observaciones
Impacto intermedio	Número de recién nacidos con defectos al nacimiento que fueron atendidos en los SINDIS*	Número de recién nacidos atendidos en los SINDIS	No disponible	Anual	S/D	Los sistemas de información vigentes no incluyen datos especiales es necesario contar con un sistema de información específico o realizar encuesta para la obtención de este indicador
	Número de niños positivos a hipotiroidismo congénito que recibieron diagnóstico y tratamiento oportunos	Total de niños positivos a hipotiroidismo congénito con diagnóstico y tratamiento oportuno entre total de niños positivos a hipotiroidismo congénito por 100	SSA/CNEGySR	Anual	S/D	
Proceso	Número de unidades médicas en cada Red de Servicios que cuentan con módulos MATER	Número de unidades médicas en cada Red de Servicios que cuentan con Módulos MATER	No disponible	Anual	S/D	
	Porcentaje de mujeres con preeclampsia severa manejadas con sulfato de magnesio	Mujeres con preeclampsia severa manejadas con sulfato de magnesio entre total de mujeres con preeclampsia severa por 100	No disponible		S/D	
	Porcentaje de mujeres con pérdida de más de 1000 ml de sangre que recibieron hemoderivados	Mujeres con pérdida de más de 1000 ml de sangre que recibieron hemoderivados entre total de mujeres con pérdida de más de 1000 ml de sangre por 100	No disponible	Anual	S/D	
	Número de proyectos municipales en salud materna y perinatal	Número de proyectos municipales en salud materna y perinatal presentados	No disponible	Anual	S/D	
	Porcentaje de embarazadas de municipios con < IDH atendidas desde el primer trimestre gestacional	Embarazadas de municipios con < IDH atendidas en el primer trimestre gestacional entre el total de embarazadas de municipios con < IDH atendidas por 100	No disponible	Trimestral	S/D	
	Número de mujeres embarazadas de municipios con < IDH trasladadas	Número de mujeres embarazadas de municipios con < IDH trasladadas	No disponible	Trimestral	S/D	
	Número de hospitales que atienden a los municipios con menor IDH que cuentan con personal alterno contratado	Número de hospitales que atienden a los municipios con con menor IDH que cuentan con personal alterno contratado	No disponible	Trimestral	S/D	
Porcentaje de unidades de primer nivel de atención con disponibilidad de cajas guinda y rosa	Número de unidades de primer nivel que dispone de sangre y/o de las cajas guinda y rosa entre el total de unidades de primer nivel por 100	No disponible	Trimestral	S/D		

Nota: Sistema Nacional de Salud: SNS

**Cuadro 14. Indicadores sin fuentes de información actuales (se necesita incorporar variables o realizar una encuesta)**

Tipo de indicador	Indicador	Fórmula	Fuente	Periodicidad	Línea basal	Observaciones
Proceso	Abasto suficiente de frascos de ácido fólico	Número de frascos de ácido fólico entre el total de mujeres en edad fértil por 100	No disponible	Anual	S/D	Los sistemas de información vigentes no incluyen datos especiales es necesario contar con un sistema de información específico o realizar encuesta para la obtención de este indicador
	Número de unidades de servicios integrales para la prevención y atención de la discapacidad (Sindis) por estado	Número de unidades de servicios integrales para la prevención y atención de la discapacidad (Sindis) por entidad federativa	SSA/DGIS/SINAIIS/SINERHIAS	Anual	S/D	
	Número de unidades que reportar al RHODAN	Número de unidades que reportar al RHODAN	No disponible	Trimestral	S/D	
	Número de entidades federativas que cuentan con la estructura informática y de comunicación necesaria para operar el software del tamiz neonatal	Número de entidades federativas con estructura informática y de comunicación necesaria para operar el software de tamiz neonatal entre el total de entidades federativas por 100	No disponible	Anual	S/D	
	Número de unidades con defunciones maternas con visita de control sanitario (COFEPRIS)	Número de unidades con defunciones maternas con visita de control sanitario	(COFEPRIS) No disponible	Semestral	S/D	
	Número de campañas institucionales difundidas	Número de campañas institucionales difundidas entre campañas realizadas por 100	No disponible	Anual	S/D	
Producto	Número de posadas AME funcionando	Número de posadas AME funcionando	No disponible	Anual	S/D	Los sistemas de información vigentes no incluyen datos especiales es necesario contar con un sistema de información específico o realizar encuesta para la obtención de este indicador
	Número de spots radiofónicos e impresos en lengua indígena	Número de spots radiofónicos e impresos en lengua indígena	No disponible	Anual	S/D	
	Porcentaje de cumplimiento de metas estratégicas comprometidas por entidad federativa	Metas estratégicas cumplidas entre las metas comprometidas por entidad federativa por 100	No disponible	Anual	S/D	
	Porcentaje de muertes maternas estudiadas por el Grupo ADeM	Número de muertes maternas estudiadas por el Grupo ADeM entre el total de muertes maternas notificadas por 100	No disponible	Anual	S/D	
	Porcentaje de visitas de grupo ADeM con vigilancia de la mortalidad perinatal	Número de visitas del Grupo ADeM con vigilancia de la mortalidad perinatal entre el total de visitas del Grupo ADeM por 100	No disponible	Anual	S/D	

**Cuadro 15. Indicadores sin fuentes de información actuales (se necesita incorporar variables o realizar una encuesta)**

Tipo de indicador	Indicador	Fórmula	Fuente	Periodicidad	Línea basal	Observaciones
Producto	Porcentaje de cumplimiento de acuerdos tomados en el Subcomité de Evaluación y Seguimiento de APV	Acuerdos del Subcomité de Evaluación y Seguimiento de APV cumplidos entre el total de acuerdos tomados en el Subcomité de Evaluación y Seguimiento de APV por 100	No disponible	Anual	S/D	Los sistemas de información vigentes no incluyen datos especiales es necesario contar con un sistema de información específico o realizar encuesta para la obtención de este indicador
	Número de proyectos de salud materna y perinatal apoyados por el nivel federal	Número de proyectos de Salud Materna y Perinatal apoyados por el nivel federal	No disponible	Anual	S/D	
	Número de prácticas exitosas presentadas en el Foro y Premio APV	Número de prácticas exitosas presentadas en el Foro y Premio APV	No disponible	Anual	S/D	

# 6. Anexos



**Cuadro 16. Botiquín para el tratamiento de la preeclampsia-eclampsia. Caja guinda**

Clave	Cantidad	Concepto	Presentación
SC	1	Tiras reactivas para diagnóstico 3 parámetros (URS-3). Sangre, glucosa y albúmina	Envase con 100 tiras
202	2 ampolletas	Diacepam solución inyectable. Cada ampolleta contiene diacepam 10 mg	Envase co 50 ampolletas de 2 ml
597	4 cápsulas	Nifedipino cápsulas de gelatina blanda. Cada cápsula contiene nifedipino 10 mgs	Envase con 20 cápsulas
60.550.1279	2	Jeringa de plástico grado médico, con pivote tipo LUER LOCK. Capacidad de 3 ml. Escala graduada en ml con divisiones de 0.5 ml y subdivisiones de 0.1 ml, con aguja calibre 22 y 32 mm de longitud. Estéril y desechable.	Pieza
060.532.0167	2	Equipo para venoclisis sin aguja. Estériles. Desechable. Normogotero	Equipo
060.168.4376	2	Catéter para venoclisis, de plástico, no radiopaco, estéril y desechable. Con aguja y conector para jeringa. Longitud 25 mm calibre 18 G	Pieza
38003	2	Solución glucosana anhidra al 10%. Cada 100 ml contienen solución glucosada anhidra 10 grs	Envase con 500 ml
3616	2	Solución Hartmann. Cada envase contiene sodio 3000 mgs, potasio 157 mgs, calcio 54.5 mgs, cloruro de sodio 3880, lactato 2460 mg, agua inyectable 1000 ml	Envase
SC	1	Alcohol en frasco de plástico irrompible en presentación gel	Envase con 60 ml
SC	2	Algodón	Paquete con 3 grs
060.869.0202	1 pieza	Tela de acetato con adhesivo en una de sus caras. Longitud 10 mts. Ancho 5 cms	Envase con 6 piezas
3629	2 ámpulas	Sulfato de magnesio. Solución inyectable, 1gr/10 ml	Envase con 10 ámpulas

**Cuadro 17. Botiquín para el tratamiento de la hemorragia obstétrica. Caja rosa**

Clave	Cantidad	Concepto	Presentación
3616	2	Solución Hartmann. Cada envase contiene sodio 3000 mg; potasio 157 mg; calcio 54.5 mg; cloruro 3880 mg, lactato 2460 mg; agua inyectable 1000 ml	Envase
SC	2	Hidroxietilalmidón de última generación Solución coloidal al 6% inyectable para infusión, origen vegetal para reposición y mantenimiento de hasta 6 horas. Bolsa con 500 cc. 130/0.4/6% (Expansor plasmático)	Envase con 500 cc
060.532.0167	2	Equipo para venoclisis sin aguja. Estéril. Desechable. Normogotero	Equipo
060.168.4376	2	Cateter para venoclisis, de plástico, no radiopaco, estéril y desechable; con aguja y conector para jeringa. Longitud 25 mm. Calibre 18G	Pieza
SC	1	Alcohol en frasco de plástico irrompible en presentación gel.	Envase con 60 ml
SC	1	Algodón	Paquete con 3 grs
060.869.0202	1 pieza	Tela de acetato con adhesivo en una de sus caras. Longitud 10 mts. Ancho 5 cms	Envase con 6 piezas
060.908.0890	1	Tubo para torniquete de látex con caja color ámbar, con espesor de la pared de 1.13-1.37 mm	Pieza
1544	1 ampolleta	Ergometrina solución inyectable. Cada ampolleta contiene Maleato de Ergometrina 0.2 mgs	Envase con 50 ampolletas de 1 ml
1732	1 ampolleta	Fitomenadiona. Emulsión inyectable. Cada ampolleta contiene fitomenadiona vitamina K, 2 mgs	Envase con 3 ampolletas de 0.2 mgs
1541	1 ampolleta	Carbetocina. Solución inyectable. Cada ampolleta contiene carbetocina 100 ig	Envase con 1 ampolleta

Los insumos de cada caja son para dos pacientes con preeclampsia-eclampsia

**Cuadro 18**

Objetivo específico	Meta	Estrategias	Acciones	Impacto final			
				Proceso	Producto	Impacto intermedio	Impacto final
Garantizar la prestación de servicios de salud con calidad y seguridad durante el embarazo, parto, puerperio y en la atención de emergencias obstétricas (AEO) a todas las mujeres mexicanas sin distinción de condición socioeconómica, cultural y social	Disminuir 24% la razón de mortalidad materna en relación con la registrada en el 2006.	1. Servicios en redes de atención médica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Integración en redes de servicios</li> <li>Oferta de servicios, mecanismos eficientes de referencia y contrarreferencia y sistema efectivo de comunicación.</li> <li>Módulos MATER</li> </ul>	Número de embarazadas atendidas desde el primer trimestre de gestación	Número de unidades que cuentan con módulo MATER*	Número de unidades que cuentan con módulo MATER*	Disminución de la mortalidad materna. Disminución de la letalidad por causas maternas
		2. Capacidad resolutive de unidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>Abasto oportuno y suficiente de insumos</li> <li>Existencia y disponibilidad del personal calificado</li> <li>Hospitales resolutivos de EO</li> <li>Protocolos de atención hospitalaria y triage obstétrico</li> <li>Atención de la salud materna y perinatal con calidad</li> <li>Control sanitario de los establecimientos</li> </ul>	Disminución de la mortalidad materna. Disminución de la letalidad por causas maternas	Número de unidades médicas con defunciones maternas con visita de control sanitario (COFEPRIS)*	Letalidad hospitalaria por enfermedad hipertensiva del embarazo. Letalidad hospitalaria por aborto	
		3. Competencia técnica y humanística del personal de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prácticas basadas en evidencia científica</li> <li>Programas de capacitación</li> <li>Certificación de médicos especialistas</li> <li>Establecimiento de la responsabilidad profesional y las sanciones correspondientes.</li> <li>Sensibilización y capacitación en seguridad del paciente.</li> <li>Concursos y premios de excelencia y calidad</li> <li>Reingeniería del servicio social profesional de los residentes en ginecología obstétrica.</li> </ul>	Porcentaje de mujeres con pérdida de mas de 1000 ml de sangre que recibieron hemoderivados*	Letalidad hospitalaria por hemorragia obstétrica  Porcentaje de cesáreas		

\* Los datos necesarios para la construcción de estos indicadores no se obtienen de Sistemas Oficiales de Información, se obtienen de informes solicitados a las Entidades Federativas

Objetivo específico	Meta	Estrategias	Acciones	Impacto final			
				Proceso	Producto	Impacto intermedio	Impacto final
Garantizar la prestación de servicios de salud con calidad y seguridad durante el embarazo, parto, puerperio y en la atención de emergencias obstétricas (AEO) a todas las mujeres mexicanas sin distinción de condición socioeconómica, cultural y social	Disminuir 24% la razón de mortalidad materna en relación con la registrada en el 2006.	4. Desarrollo de acciones de información, consejería, educación y comunicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vinculación con la SEP.</li> <li>• Determinantes de la salud materna en libros de texto y en otros contenidos educativos.</li> <li>• Alineación de mensajes de todas las instituciones de salud en Campañas.</li> <li>• Generación de una nueva cultura para el manejo de determinantes.</li> <li>• Formación de grupos de ayuda mutua para embarazadas de alto riesgo.</li> <li>• Elaboración de planes para la atención del parto.</li> <li>• Participación del varón en el cuidado de la salud</li> </ul>		Número de campañas institucionales difundidas*		Disminución de la mortalidad materna. Disminución de la letalidad por causas maternas
		5. Organización comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar de la ubicación, horario y personal responsable de las unidades de salud resolutivas</li> <li>• Vinculación con la Red Mexicana de Municipios por la Salud y redes estatales</li> <li>• Reorientación y activación de los comités locales de salud.</li> <li>• Desarrollo de proyectos municipales</li> <li>• Desarrollo de entornos favorables a la salud materna.</li> <li>• Difundir la existencia de sistemas comunitarios de traslado y Posadas AME.</li> </ul>	Número de proyectos municipales en Salud Materna y Perinatal*	Número de Posadas AME funcionando*		

\* Los datos necesarios para la construcción de estos indicadores no se obtienen de Sistemas Oficiales de Información, se obtienen de informes solicitados a las Entidades Federativas

**Cuadro 19**

Objetivo específico	Meta	Estrategias	Acciones	Impacto final			
				Proceso	Producto	Impacto intermedio	Impacto final
Reducir las brechas existentes en las condiciones de salud para las mujeres durante el proceso reproductivo y para las niñas y niños durante los primeros 28 días de edad entre las entidades federativas y municipios con el menor Índice de Desarrollo Humano	Disminuir la Razón de Mortalidad Materna en 50% en los 100 municipios de menor IDH.	1. Ampliación del acceso a personal calificado y servicios de salud culturalmente competentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extender la cobertura de atención a zonas altamente marginadas a través de Caravanas de la Salud.</li> <li>• Afiliar al Seguro Popular a todas las embarazadas de municipios con menor Índice de Desarrollo Humano (IDH) y/o atendidas por Caravanas de la Salud</li> <li>• Contratar personal alterno (enfermeras obstétricas y/o parteras profesionales para ampliar horarios de atención en Hospitales Integrales.</li> <li>• Vinculación de actores comunitarios (parteras tradicionales, vocales oportunidades, enlaces interculturales y traductores) a las redes de atención médica institucional.</li> <li>• Capacitar y evaluar a parteras tradicionales en la atención al evento obstétrico, con énfasis en la identificación de signos y señales de alarma obstétrica y neonatal y en la referencia oportuna de embarazadas con riesgo y/o complicaciones.</li> <li>• Establecer, difundir y promover el levantamiento de censos de embarazadas y el uso de sistemas comunitarios de traslado para favorecer la asistencia al control prenatal, la atención de parto y la atención inmediata de complicaciones obstétricas.</li> <li>• Establecer, difundir y promover la utilización de Posadas AME en hospitales que atiendan población de municipios con menor IDH y/o distancias mayores a tres horas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de embarazadas de Mcpios. -IDH atendidas desde el primer trimestre de gestación.</li> <li>• Porcentaje de mujeres de Mcpios. -IDH con control puerperal.</li> <li>• Número de parteras certificadas en Mcpios. IDH (*)</li> <li>• Número de mujeres de Mcpios. - IDH trasladadas (*)</li> <li>• Número de mujeres de Mcpios. -IDH albergadas en Posadas (*)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cobertura de atención de parto institucional</li> <li>• Cobertura de partos atendidos por personal calificado en población no de-rechohabiente.</li> </ul>	Disminuir la Razón de Mortalidad Materna en 50% en los 100 municipios con menor IDH.

(\*) Los datos necesarios para la construcción de estos indicadores no se obtiene de Sistemas Oficiales de Información, se obtiene de informes solicitados a las Entidades Federativas.

Objetivo específico	Meta	Estrategias	Acciones	Impacto final			
				Proceso	Producto	Impacto intermedio	Impacto final
Reducir las brechas existentes en las condiciones de salud para las mujeres durante el proceso reproductivo y para las niñas y niños durante los primeros 28 días de edad entre las entidades federativas y municipios con el menor Índice de Desarrollo Humano	Disminuir la Razón de Mortalidad Materna en 50% en los 100 municipios de menor IDH.	2. Fortalecimiento de la capacidad de respuesta de las unidades para la Atención de Emergencias Obstétricas (AEO)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover una mayor colaboración entre las instituciones del sector para el mejor aprovechamiento de la capacidad instalada para la atención de emergencias obstétricas.</li> <li>• Asegurar el abasto a las unidades de primer nivel de insumos estratégicos para detectar, estabilizar y referir complicaciones obstétricas (cajas rosa y guinda)</li> <li>• Promover la contratación de personal para garantizar plantillas completas en unidades resolutivas.</li> <li>• Promover el desarrollo de competencia técnica y sensibilidad cultural y perspectiva humanista del personal de salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de unidades de primer nivel de atención que atienden Mcpios. -IDH con cajas rosa y guinda. (*)</li> <li>• Porcentaje de hospitales que atienden Mcpios. -IDH que cuentan con personal alterno contratado (*)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de unidades de primer nivel de atención que atienden Mcpios. -IDH con cajas rosa y guinda. (*)</li> <li>• Porcentaje de hospitales que atienden Mcpios. -IDH que cuentan con personal alterno contratado (*)</li> </ul>	Disminuir la Razón de Mortalidad Materna en 50% en los 100 municipios con menor IDH.

(\*) Los datos necesarios para la construcción de estos indicadores no se obtiene de Sistemas Oficiales de Información, se obtiene de informes solicitados a las Entidades Federativas.

Objetivo específico	Meta	Estrategias	Acciones	Impacto final			
				Proceso	Producto	Impacto intermedio	Impacto final
Reducir las brechas existentes en las condiciones de salud para las mujeres durante el proceso reproductivo y para las niñas y niños durante los primeros 28 días de edad entre las entidades federativas y municipios con el menor Índice de Desarrollo Humano	Disminuir la Razón de Mortalidad Materna en 50% en los 100 municipios de menor IDH.	3. Favorecer el conocimiento de determinantes de la salud y desarrollo de competencias entre la población para el manejo adecuado de la salud materna y perinatal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fortalecer el empoderamiento de la población y la capacidad de decisión de las mujeres y sus parejas para el manejo adecuado de los determinantes de la salud materna.</li> <li>Promover talleres comunitarios dirigidos a embarazadas, sus parejas y familiares sobre los determinantes de la salud materna, que favorezcan la identificación de factores de riesgo obstétrico y la demanda inmediata de atención ante complicaciones.</li> <li>Promover entre las embarazadas, sus parejas y familiares la elaboración de planes para la atención del parto, en el que se identifique el lugar de atención, el vehículo a utilizar en el traslado y la persona acompañante; considerar planes alternativos en caso de emergencia.</li> <li>Diseñar, producir y difundir mensajes con enfoque intercultural y perspectiva de género para promover la utilización de los servicios de salud.</li> <li>Fomentar la participación del varón en el cuidado de la salud materna y perinatal, promoviendo la visita de la pareja a cuando menos una consulta de control prenatal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de embarazadas de Mcpios. -IDH atendidas desde el primer trimestre de gestación.</li> <li>Porcentaje de mujeres de mcpios. -IDH con control puerperal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de spots radiofónicos e impresos en lengua indígena. (*)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cobertura de atención de parto institucional.</li> <li>Cobertura de partos atendidos por personal calificado en población no derechohabiente</li> </ul>	Disminuir la Razón de Mortalidad Materna en 50% en los 100 municipios con menor IDH.

(\*) Los datos necesarios para la construcción de estos indicadores no se obtiene de Sistemas Oficiales de Información, se obtiene de informes solicitados a las Entidades Federativas.

**Cuadro 20**

Objetivo específico	Meta	Estrategias	Acciones	Impacto final			
				Proceso	Producto	Impacto intermedio	Impacto final
Garantizar la atención integral y de calidad a las niñas y niños durante los primeros 28 días de vida para prevenir la discapacidad y favorecer el sano crecimiento	Reducir en 15% la tasa de mortalidad neonatal con relación a la registrada en el 2006	Garantizar la atención integral del recién nacido en las unidades de atención obstétrica y neonatal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Garantizar la existencia de insumos</li> <li>Asegurar la atención por personal calificado</li> <li>Fortalecer el entorno habilitante</li> <li>Reorganizar las redes de atención</li> <li>Capacitar en temas como CPAP Nasal, retinopatía del prematuro, uso de surfactante</li> <li>Favorecer la lactancia materna exclusiva</li> <li>Asegurar el traslado</li> </ul>	<p>Número de embarazadas atendidas desde el primer trimestre gestacional.</p> <p>Porcentaje de mujeres con control puerperal.</p>		Porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer.	
		Prevenir la discapacidad por defectos y patologías del periodo perinatal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Generar alianzas estratégicas con la sociedad civil</li> <li>Asegurar la suplementación y fortificación con ácido fólico para mujeres en edad fértil y embarazadas</li> <li>Capacitación sobre ácido fólico</li> <li>Realizar la vigilancia epidemiológica sobre defectos de tubo neural</li> <li>Asegurar la toma de tamiz neonatal</li> <li>Garantizar los insumos para el tamiz neonatal</li> <li>Realizar el control de calidad de los laboratorios</li> <li>Capacitar sobre hipotiroidismo congénito</li> <li>Implantar el sistema de software</li> <li>Incluir otros errores innatos del metabolismo</li> </ul>	<p>Número de frascos de ácido fólico distribuidos en las entidades federativas.*</p> <p>Porcentaje de recién nacidos a los que se realizó la prueba de tamiz neonatal</p> <p>Número de entidades federativas que cuentan con estructura informática y de comunicación necesaria para operar el software de tamiz neonatal.*</p>	<p>Número de niños con Defectos del Tubo Neural*</p> <p>Cobertura de tamizaje de sífilis en mujeres embarazadas*</p>	<p>Disminuir el porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacimiento.</p> <p>Disminuir el número de defectos del tubo neural.</p> <p>Reducir la mortalidad neonatal</p>	

\* Los datos necesarios para la construcción de estos indicadores no se obtienen de Sistemas Oficiales de Información, se obtienen de informes solicitados a las Entidades Federativas

Objetivo específico	Meta	Estrategias	Acciones	Impacto final			
				Proceso	Producto	Impacto intermedio	Impacto final
Garantizar la atención integral y de calidad a las niñas y niños durante los primeros 28 días de vida para prevenir la discapacidad y favorecer el sano crecimiento	Reducir en 15% la tasa de mortalidad neonatal con relación a la registrada en el 2006	Fortalecer y desarrollar clínicas multidisciplinarias en los Servicios Integrales para la Prevención y Atención de la Discapacidad (SinDis)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Garantizar la existencia, de las clínicas de atención perinatal, de defectos de tubo neural así como de hipotiroidismo congénito</li> <li>Asegurar la articulación de los SinDis, a las redes de servicios</li> <li>Garantizar la organización y funcionamiento de los SInDis</li> </ul>	Número de unidades de Servicios Integrales para la Prevención y Atención de la Discapacidad (Sindis) por entidad federativa*		<p>Número de niños@s positiv@s a hipotiroidismo congénito que recibieron diagnóstico y tratamiento oportuno*</p> <p>Porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer.</p> <p>Número de recién nacidos con defectos al nacimiento que fueron atendidos en el Sindis*</p>	<p>Disminuir el porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacimiento.</p> <p>Disminuir el número de defectos del tubo neural.</p> <p>Reducir la mortalidad neonatal</p>
		Mejorar el registro y la vigilancia epidemiológica de muertes perinatales	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disminuir el subregistro Fortalecer el análisis de la mortalidad hospitalaria por los grupos Al-DeM</li> <li>Uso del certificado de nacimiento</li> <li>Sensibilizar al personal sobre la importancia del certificado de nacimiento</li> <li>Incorporar el uso del certificado de nacimiento a la certificación de parteras</li> <li>Elaborar propuesta de notificación semanal de muertes perinatales hospitalarias</li> <li>Utilizar el Registro Hospitalario de Defectos al nacimiento.</li> </ul>	Número de unidades que reportan a RHDAN*	Número de Visitas AlDeM con vigilancia de mortalidad perinatal*		

\* Los datos necesarios para la construcción de estos indicadores no se obtienen de Sistemas Oficiales de Información, se obtienen de informes solicitados a las Entidades Federativas

**Cuadro 21**

Objetivo específico	Meta	Estrategias	Acciones	Impacto final			
				Proceso	Producto	Impacto intermedio	Impacto final
Fortalecer la rectoría, coordinando esfuerzos, unificando criterios y optimizando recursos para mejorar las condiciones en salud materna y perinatal de la población mexicana	Disminuir la razón de mortalidad materna un 24% para el 2012, con respecto a la registrada en el 2006.	Coordinación Inter –Intra Institucional	Comité Nacional APV Comités Estatales de APV Programas de Acción Estatales Equipos 4 x 4 Promover la participación de OSC's e Iniciativa privada.		Porcentaje de cumplimiento de las metas estratégicas comprometidas por entidad federativa *		Cumplimiento de los tres niveles de gobierno de cada actividad y metas comprometidas
	Disminuir la razón de mortalidad materna en 50% en los municipios con menor IDH		Vigilancia Activa de la Mortalidad Materna Estrategia AIDeM Método de RAMOS Modificado Comités de Morbi-Mortalidad Materna y Perinatal Subcomité de Evaluación y Seguimiento APV	% de Muertes maternas estudiadas por el Grupo AIDeM.  Porcentaje de cumplimiento de acuerdos tomados en el Subcomité de Evaluación y Seguimiento APV.			
	Reducir la tasa de mortalidad neonatal un 15% para 2012 con respecto a la registrada en 2006.	Sistemas de registro y análisis de información					
		Proyectos de investigación y evaluación	Foro y Premio APV Cuentas en Salud Materna y Perinatal Certificación de Redes de Servicios Encuestas Rápidas de Cobertura Protocolos de Investigación	Número de proyectos en Salud Materna y Perinatal apoyados por el nivel federal	Número de prácticas exitosas presentadas en el Foro y Premio APV		

NOTA: La conformación de estos indicadores son con fuentes extraoficiales.

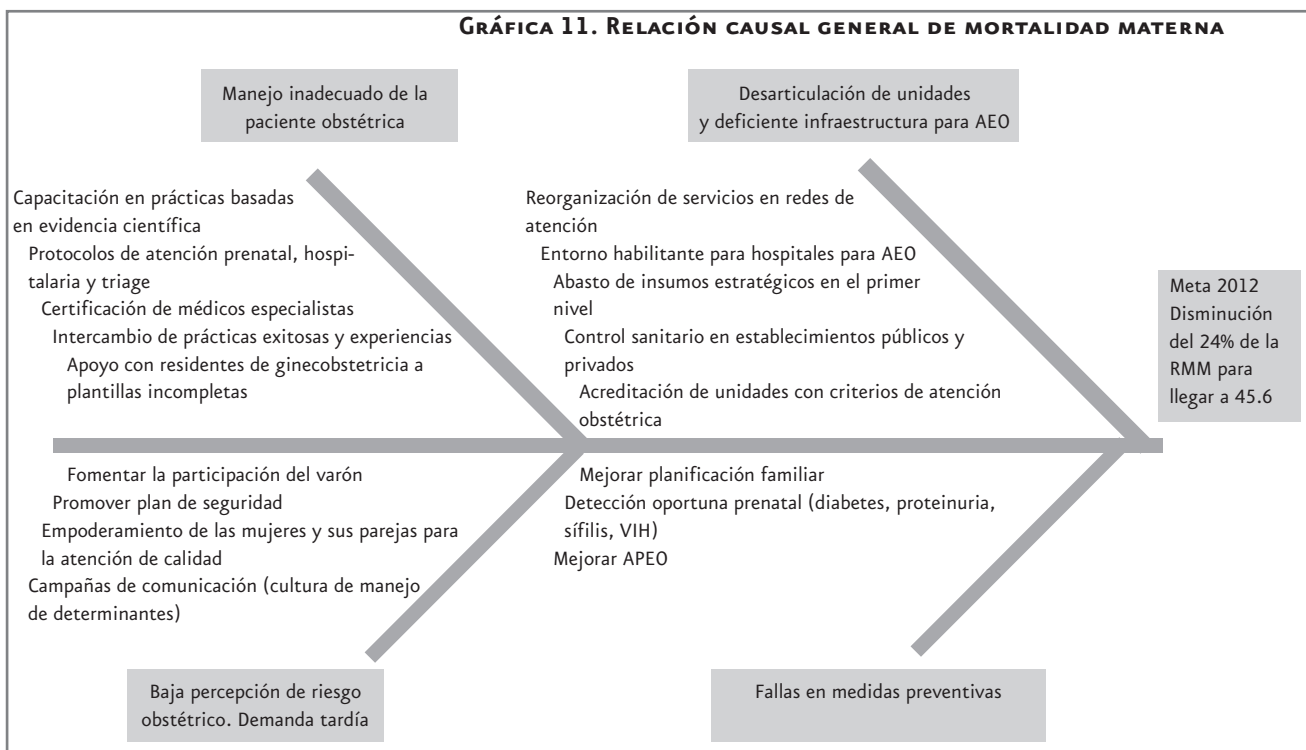
**Cuadro 22. Indicadores de estructura, proceso y resultado para el cumplimiento de las metas nacionales de impacto al 2012**

Indicadores			
Estructura	Proceso	Resultado	Impacto
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de camas de terapia intensiva por cada 1,000 embarazadas</li> <li>• 1 Red de atención médica resolutivas funcionando por cada 500,000 habitantes</li> <li>• Turnos con plantillas completas de personal calificado para la atención obstétrica y perinatal en las unidades médicas u hospitales que atienden el 80% de las embarazadas</li> <li>• Disponibilidad permanente en las unidades resolutivas de hidralazina, sulfato de magnesio, oxitocina y hemoderivados</li> <li>• 1 personal calificado para la atención obstétrica por cada 5,000 habitantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de mujeres con preeclampsia severa manejadas con sulfato de magnesio</li> <li>• Porcentaje de mujeres en las que se utilizó el manejo activo de la tercera fase del trabajo de parto</li> <li>• Porcentaje de mujeres con pérdida de más de 1000 ml. de sangre que recibieron hemoderivados</li> <li>• Porcentaje de mujeres atendidas con preeclampsia en las que se utilizó hidralazina</li> <li>• Porcentaje de mujeres con control puerperal</li> <li>• Número de unidades médicas en la Red que cuentan con Módulos MATER.</li> <li>• Porcentaje de mujeres embarazadas que solicitan atención del parto en hospital y que cuentan con cartilla de la mujer requisitada adecuadamente.*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cobertura de parto institucional</li> <li>• Cobertura de partos atendidos por personal calificado</li> <li>• Letalidad por enfermedad hipertensiva del embarazo</li> <li>• Letalidad por hemorragia obstétrica</li> <li>• Porcentaje de cesáreas</li> <li>• Porcentaje de Anticoncepción Post Evento Obstétrico (Programa de Planificación Familiar)</li> <li>• Porcentaje de mujeres postparto con estancia hospitalaria entre 2 y 3 días.*</li> <li>• Porcentaje de mujeres postcesárea con estancia hospitalaria entre 3 y 5 días.*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminuir 24% la razón de mortalidad materna en relación con la registrada en el 2006.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de municipios que cuentan con un enlace o monitor comunitario (vocal, madrina, etc.) por localidad</li> <li>• Unidades médicas resolutivas con Posada AME</li> <li>• Porcentaje de municipios con sistema de transporte terrestre y/o aéreo para el traslado de embarazadas</li> <li>• Porcentaje de unidades de la red con sistema de intercomunicación</li> <li>• Número de enfermeras obstetras contratadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de embarazadas de municipios con menor IDH atendidas desde el primer trimestre de gestación</li> <li>• Porcentaje de mujeres de municipios con menor IDH con control puerperal.</li> <li>• Número de mujeres albergadas en Posadas AME</li> <li>• Número de traslados seguros en mujeres que presentan signos de alarma y/o complicaciones</li> <li>• Porcentaje de mujeres referidas y/o acompañadas por enlaces comunitarios a unidades médicas (partera tradicional, madrina, etc.)</li> <li>• Número de municipios que difunden información sobre ruta segura de atención del parto.</li> <li>• Porcentaje de parteras tradicionales certificadas</li> <li>• Porcentaje de localidades con censos de embarazadas actualizados de manera permanente.</li> <li>• Numero de mujeres de municipios con menor IDH trasladadas.</li> <li>• Disponibilidad de sangre y/o disponibilidad de cajas guinda y rosa en unidades de primer nivel de atención.</li> <li>• Porcentaje de hospitales que atienden Mpios. –IDH que cuentan con personal alterno contratado</li> <li>• Número de proyectos municipales en Salud Materna Perinatal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cobertura de parto institucional en unidades que atienden a la población de 100 municipios con menor IDH</li> <li>• Cobertura de partos atendidos por personal c alternativo (partera profesional, enfermera obstetra y personal de salud con competencia)</li> <li>• Letalidad por hemorragia en unidades que atienden a la población de 100 municipios con menor IDH</li> <li>• Letalidad por enfermedad hipertensiva en unidades que atienden a la población de 100 municipios con menor IDH hipertensiva del embarazo</li> <li>• Letalidad por sepsis en unidades que atienden a la población de 100 municipios con menor IDH hipertensiva del embarazo</li> <li>• Incremento en la cobertura del uso de anticonceptivos y APEO en adolescentes y mayores de 35 años.</li> <li>• Sobremortalidad de mujeres en Edad Fértil en municipios con menor IDH: Razón Mujer: hombre de la tasa de mortalidad general en el grupo de edad fértil ( 15 a 49 años)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminuir la Razón de Mortalidad Materna en 50% en los 100 municipios de menor IDH.</li> </ul>

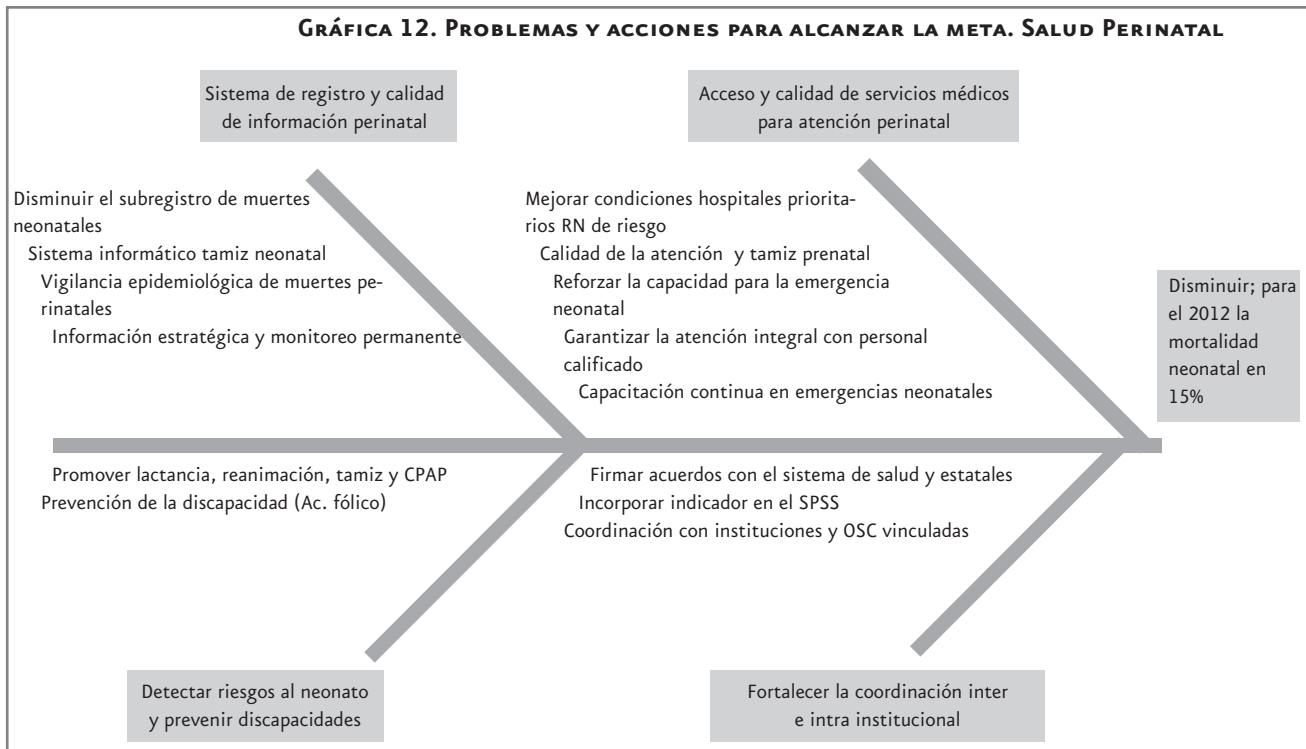
Indicadores			
Estructura	Proceso	Resultado	Impacto
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 Unidades de cuidados intensivos neonatales por cada 1000 nacimientos</li> <li>• Equipamiento e insumos para reanimación neonatal Equipamiento e insumos para CPAP nasal.</li> <li>• Porcentaje de unidades médicas en la red que cuentan con personal capacitado en emergencias neonatales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de embarazadas atendidas desde el primer trimestre de gestación</li> <li>• Número de personal capacitado y recertificado en reanimación neonatal</li> <li>• Número de personal capacitado en el manejo de CPAP nasal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de recién nacido con bajo peso al nacimiento</li> <li>• Porcentaje de recién nacidos que recibieron atención por personal calificado o capacitado en reanimación neonatal</li> <li>• Porcentaje de recién nacidos que recibieron atención por personal calificado o capacitado en CPAP nasal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir en 15% la tasa de mortalidad neonatal con relación a la registrada en el 2006.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de frascos de ácido fólico distribuidos en las entidades federativas.</li> <li>• Número de entidades federativas que cuentan estructura informática y de comunicación necesaria para operar el software de tamiz neonatal.</li> <li>• Número de embarazadas que tomaron ácido fólico por lo menos tres meses antes y tres meses después del embarazo.</li> <li>• Porcentaje de niños tamizados para hipotiroidismo congénito</li> <li>• Porcentaje de niños tamizados y localizados</li> <li>• Porcentaje de niños localizados que fueron confirmados</li> <li>• Número de unidades médicas que atienden embarazos que cumplen con criterios de lactancia materna y estimulación temprana.</li> <li>• Unidades de Servicios Integrales para la Prevención y Atención de la Discapacidad (Sindis) por Entidad Federativa.</li> <li>• Número de unidades que reportan a RHDAN.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de recién nacidos con defectos al nacimiento que fueron atendidos en los Sindis*</li> <li>• Número de niños positivos a tamiz que recibieron diagnóstico y tratamiento oportunos</li> <li>• Disminución del consumo de alcohol y tabaco durante el embarazo (CONADIC)</li> <li>• Disminución del embarazo en adolescentes (PLANIFICACIÓN FAMILIAR)</li> <li>• Número total de defunciones fetales y neonatales en mayores de 2500 grs.</li> <li>• Número de recién nacidos con sífilis congénita (CENSIDA)</li> <li>• Número de recién nacidos con VIH perinatal (CENSIDA)</li> </ul> <p>*Excepto bajo peso al nacer y prematuridad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminuir en 40% los defectos del tubo neural</li> <li>• Disminuir en 80% la discapacidad asociada a hipotiroidismo congénito</li> </ul>

\*Indicadores sugeridos de acuerdo con la fuente de información disponible en el nivel local.

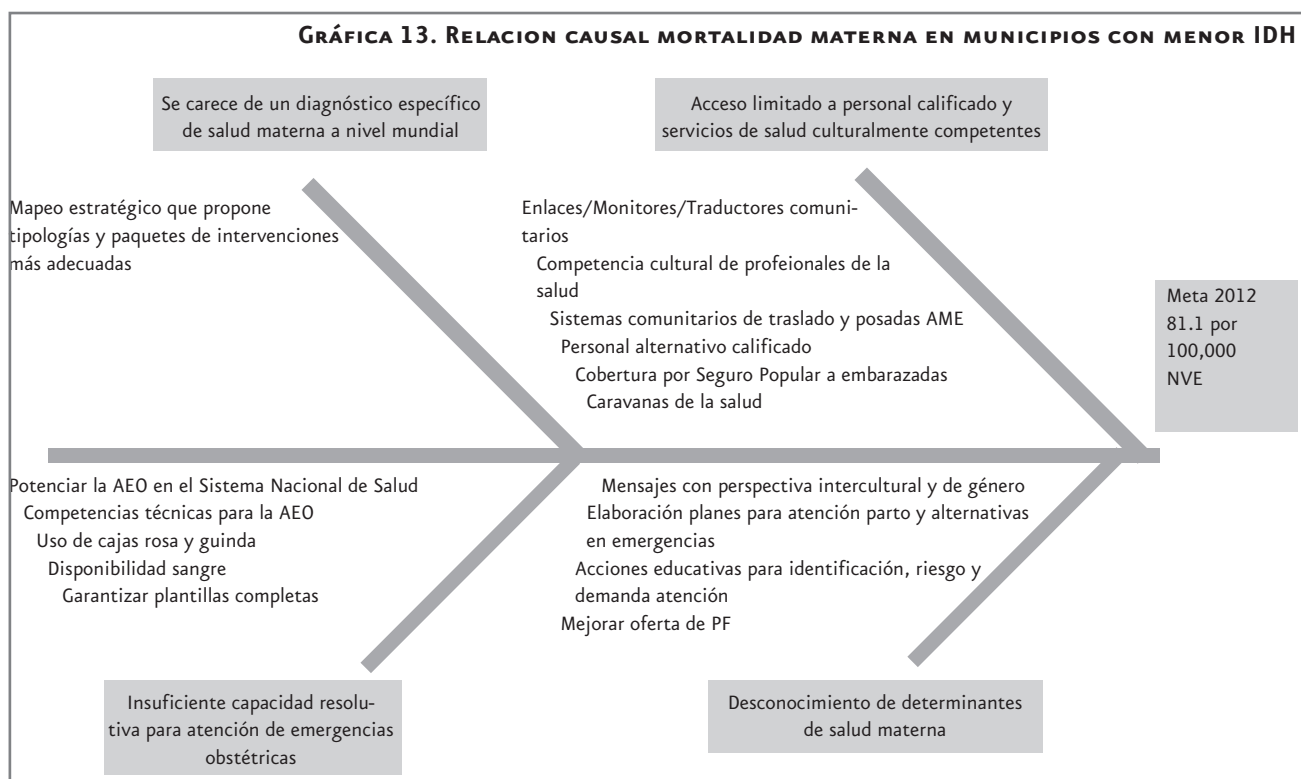
**GRÁFICA 11. RELACIÓN CAUSAL GENERAL DE MORTALIDAD MATERNA**



**GRÁFICA 12. PROBLEMAS Y ACCIONES PARA ALCANZAR LA META. SALUD PERINATAL**



**GRÁFICA 13. RELACION CAUSAL MORTALIDAD MATERNA EN MUNICIPIOS CON MENOR IDH**



## 7. Bibliografía

1. Castro R., Campero L, Hernández B; and Langer A. "A study on maternal mortality in Mexico through a qualitative approach". *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine*. 2000; 9(6): 679 – 90.
2. Machinea J, Bárcena A, León A, Coordinadores. *Objetivos de Desarrollo del Milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe*. CEPAL. 2005. Disponible en: [http://www.cinu.org.mx/ODM/Documentos/ObjetivosDesarrollo/indice\\_prologocepal.pdf](http://www.cinu.org.mx/ODM/Documentos/ObjetivosDesarrollo/indice_prologocepal.pdf)
3. Castañeda M, Díaz D, Sánchez D, Freyermuth G, La mortalidad materna: un problema sin resolver. FUNDAR. Centro de Análisis e Investigación A.C. México, 2002.
4. Graham W, Cairns J, Sohinee B, Colin B, Zahidul Q, and Khama R. *Maternal and Perinatal Conditions*. En: Jamison D, Breman J, editors. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. Second Edition, Copublication of Oxford University Press and The World Bank; 2006. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=dcp2.chapter.3599>
5. Lozano R, Núñez R, Duarte M, Torres J. Evolución y tendencias a largo plazo de la mortalidad materna en México. En: Zúñiga E, Coordinador. *México ante los desafíos de desarrollo del Milenio*. México. CONAPO; 2005.
6. Maine D, Murat Z, Victoria M, Kamara A, Diseño y evaluación de programas para mortalidad materna. Centro para la población y salud familiar, Facultad de Salud Pública, Universidad de Columbia, Junio 1997. Disponible en: <http://www.amddprogram.org/resources/DesignEvalMM-SP.pdf>
7. Population Reference Bureau. *Cómo mejorar la salud reproductiva de los países en desarrollo*, National Academy Press, Washington, 1997. Disponible en: <http://www.prb.org/SpanishContent/Topics/SaludReproductiva.aspx?page=6>
8. Sen A. *Desarrollo y Libertad*, Editorial Planeta; 2000
9. Zúñiga E, Zubieta B. *Cuadernos de Salud Reproductiva: República Mexicana*, CONAPO, 2000 . Disponible en: <http://www.mortalidadmaterna.com.mx/docs/Republica.pdf>
10. Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación 7/11/1984. Última reforma publicada en DOF: 18/12/2007. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/doc/142.doc>
11. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar. Diario Oficial de la Federación 30/1994. Modificación publicada en DOF: 21/01/2004.
12. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la Mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido. Diario Oficial de la Federación 6/01/1995.
13. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2002, para la prevención y control de los defectos al nacimiento. Diario Oficial de la Federación 27/10/2003.
14. Secretaría de Salud / INEGI. *Mortalidad Materna 1990-2000*. Tomos correspondientes a cada año. Secretaría de Salud. México
15. Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. *Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Preeclampsia-Eclampsia*. Lineamiento Técnico 3ª edición. México. 2006.
16. Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva. *Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Obstétrica*. Lineamiento Técnico 1ª edición. México. 2002.
17. Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva. *Indicación y práctica de la operación cesárea*. Lineamiento Técnico. 2ª edición. México 2002.
18. Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva. *Prevención, diagnóstico y manejo de la infección puerperal*. Lineamiento Técnico. 1ª edición. México 2001.
19. Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva. *Embarazo saludable, parto y puerperio seguros, recién nacido sano*. Manual de atención. 1ª edición. México. 2001
20. Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. *Clínicas de Lactancia*

- en Hospitales Infantiles y Generales, Sin Dis. Lineamiento Técnico. 1ª edición. México. 2006.
21. Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Tamiz Neonatal, Detección y tratamiento oportuno e integral del hipotiroidismo congénito. Lineamiento Técnico. 1ª edición. México. 2007.
  22. Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Atención integral de la persona con Síndrome de Down. Lineamiento Técnico. 1ª edición. México. 2007.
  23. Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Prevención, tratamiento, manejo y rehabilitación de niños con Labio y Paladar Hendido. Lineamiento Técnico. 1ª edición. México. 2006.
  24. Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva. Urgencias Obstétricas en Unidades de Primer Nivel. Manual de atención. 1ª edición. México 2001.
  25. Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Manejo Madre Canguro. Manual de atención. 1ª edición. México. 2006.
  26. Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva.: Prevención, detección, manejo y seguimiento de los defectos al nacimiento y otras patologías del período perinatal. Lineamiento Técnico. 1ª edición. México. 2002.
  27. Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva. Organización y procedimientos de la Red de Servicios de Salud. Manual. 1ª edición. México. 2002.
  28. OPS/UNFPA/Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Certificación Internacional del Programa Arranque Parejo en la Vida y Certificación del Proceso de Generación de Estadísticas sobre Mortalidad Materna. México; UNFA/OPS.
  29. Secretaría de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. Arranque Parejo en la Vida. Evaluación del programa de Acción 2000-2005, Evaluación externa. INSP; México; 2006.
  30. Report of the International Conference on Population and Development. United Nations, Cairo, Egypt, 1994. Unites Nations. New Yorg 1995. Disponible en: [http://www.unfpa.org/icpd/docs/icpd/conference-report/finalreport\\_icpd\\_eng.pdf](http://www.unfpa.org/icpd/docs/icpd/conference-report/finalreport_icpd_eng.pdf)
  31. Joy E. Lawn, et al. The Lancet. 2005. Neonatal Survival. Newborn health: a key to child survival 1-51.
  32. Christianson A., Howson C., Modell B. Global Report of Birth Defects. The Hidden Toll of Dying an Disabled Children. In March of Dimes. New York, USA; 2006.
  33. WHO, UNICEF. Low Birthweight Country, Regional and Global Estimates. UNICEF. New York; 2004. Disponible en: [http://www.who.int/reproductive-health/publications/low\\_birthweight/low\\_birthweight\\_estimates.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/publications/low_birthweight/low_birthweight_estimates.pdf)
  34. Lawn J, Zupan J, Begkoyian G, and R Knippenberg, Newborn Survival. En: Disease Control Priorities in Developing Countries; 2006, 531- 549.
  35. Graham W, Cairns J, Bhattacharya J, Bullough C, Quayyum Z, and Rogo K. Maternal and Perinatal Conditions. En: Disease Control Priorities in Developing Countries; 2006, 499-529.
  36. Wagstaff A, Claeson M, Hecht R, Gottret P, and Fang Q; Millennium Development Goals for Health: What Will It Take to Accelerate Progress?. En: Disease Control Priorities in Developing Countries; 2006, 181-194
  37. Laxminarayan R, Chow J y S-Salles S. La costo-efectividad de las intervenciones: repaso general de las ideas más importantes. En: Disease Control Priorities in Developing Countries, 2006; 41-105
  38. Standards for Maternal and Neonatal Care developed by the Department of Making Pregnancy Safer, World Health Organization, 2002. Disponible en: [http://www.who.int/making\\_pregnancy\\_safer/publications/Standards1.2N.pdf](http://www.who.int/making_pregnancy_safer/publications/Standards1.2N.pdf)
  39. Secretaría de Salud. Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida. 2002. Disponible en: [www.generosaludreproductiva.gob.mx](http://www.generosaludreproductiva.gob.mx)
  40. Secretaría de Salud. Salud: México. Rendición de Cuentas 2001 – 2005.; SINAIS/DGIS; 2006.
  41. Secretaría de Salud; Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva; Population Council, Fundación MACarthur; Diálogo de expertos en salud materna y perinatal: Recomendaciones para el Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida. México; 2005.
  42. Gordon R.; An operacional clasifcation of diseases prevention in Steinberg, J.A. and Silverman. En: Preventing Mental Disorders, Rockville, M.D.: U.S. Departament of Health and Human Services, 1987.
  43. K Gill, R Pande, A Malhotra. Lancet 2007; 370: 1347–57

## 8. Glosario de Términos, Acrónimos y Sinónimos

### A

**Aborto:** expulsión del producto en gestación, de menos de 22 semanas de embarazo de la madre, también se considera aborto cuando su peso es menor a 500 gramos.

**Alimentación materna exclusiva:** es aquella proporcionada al bebé únicamente con leche materna, sin la adición de otros líquidos o alimentos, evitando el uso de chupones y biberones. También se le conoce como lactancia materna exclusiva.

**Alojamiento conjunto:** la ubicación del recién nacido y su madre en la misma habitación, favoreciendo el contacto anticipado y permanente, fomentando con ello la lactancia materna exclusiva.

**Alumbramiento o nacimiento de la placenta:** la expulsión o extracción de la placenta, membranas y cordón umbilical, esto ocurre como máximo 30 minutos después del nacimiento del bebé.

**Arranque parejo en la vida:** estrategia que garantiza una atención prenatal adecuada, un nacimiento con el mínimo de riesgos y una vigilancia estrecha del crecimiento y desarrollo de las niñas y niños de nuestro país, desde antes de su nacimiento hasta los dos años de vida.

**Atención prenatal:** es la vigilancia de la evolución del embarazo por el personal de salud para la detección y prevención de factores de riesgo.

### C

**Calidad de la atención:** se considera al tipo de atención médica donde se obtienen los mayores beneficios con la oportunidad, accesibilidad, tiempo y mejores resultados en la salud de la población.

**Calidez en la atención:** actitud positiva y respetuosa del prestador de servicios de salud con el usuario.

**Campaña:** son aquellas acciones intensivas de difusión y promoción para acercar la información y ofertar los servicios de salud a una población específica.

**Capacitación integrada:** es un proceso de formación que incluye los aspectos:

**Técnicos.** Conocimiento teórico-práctico específico para cada eslabón de la cadena de servicios de Arranque Parejo en la Vida.

**Humanísticos.** Es la formación que permite fortalecer al prestador de servicios tanto en su parte individual como en la integración de equipos de trabajo y sentido de pertenencia a la institución.

**Cesárea:** intervención quirúrgica para extraer al producto de la concepción, así como la placenta, cordón y membranas.

**Clínica Sí Mujer:** unidad de servicio de atención integral a la mujer, ubicada estratégicamente en microregiones donde no existen hospitales; cuenta con personal calificado para la atención de embarazos de bajo y mediano riesgo, con equipo e insumos suficientes, con atención las 24 horas del día, los 365 días del año.

**Comunicación educativa en salud:** proceso basado en el desarrollo de esquemas novedosos y creativos de comunicación, sustentada en técnicas de mercadotecnia social, que permite la producción y difusión de mensajes de alto impacto, con el fin de reforzar los conocimientos en salud y promover conductas saludables entre la población.

CPAP Nasal: Estrategia de manejo ventilatorio que aplica la presión positiva a la vía aérea en un paciente que respira espontáneamente, la cual ha demostrado efectividad clínica siendo también una tecnología de bajo costo.

## D

**Defecto al nacimiento:** son un conjunto de patologías que alteran la estructura anatómica, la fisiología de la misma, los procesos del metabolismo y del crecimiento y desarrollo de los fetos y neonatos. Algunos de estos defectos pueden ser prevenibles, diagnosticados y manejados oportunamente; esta última acción permite ofrecer a la madre atención con calidad al momento de la resolución obstétrica y, al neonato, posibilidades de una mejor condición de vida.

**Distocia:** complicación o dificultad que se presenta en el mecanismo del parto que interfiere en su evolución.

## E

**Edad gestacional:** tiempo que transcurre desde la concepción hasta el nacimiento. Se expresa en semanas y días completos.

**Embarazo de alto riesgo:** aquel en el cual se tiene la probabilidad o certeza de poder presentar alguna complicación en la salud de la madre, el feto o el recién nacido.

**Estimulación temprana:** procedimientos para proporcionar a niñas y niños, desde su nacimiento hasta los dos años la atención, cuidados, conocimientos, ayuda y experiencias necesarias para que desarrollen sus capacidades y habilidades con relación al mundo que les rodea.

**Equipos 4 x 4 en APV:** grupos de trabajo a nivel estatal y jurisdiccional, integrados por los responsables de los programas de Salud Reproductiva, Salud de la Infancia y Adolescencia, Promoción de la Salud y áreas afines que el estado y jurisdicción consideren necesario incluir, cuya función principal será la de desarrollar de manera integral la supervisión, segui-

miento y asesoría de las acciones de los componentes sustantivos y estratégicos del programa, a partir del ámbito de competencia de cada área.

**Eutocia:** parto normal o sin complicaciones.

## H

**Hipotiroidismo congénito:** enfermedad que se presenta desde el nacimiento y se caracteriza por ausencia o formación inadecuada de la glándula tiroides y que puede causar retraso mental.

**Hospital Sí Mujer:** unidad regional de segundo nivel de atención con capacidad resolutive en la atención obstétrica y pediátrica, a donde son referidas las embarazadas con riesgo, para el manejo de su embarazo, parto o puerperio y de recién nacido complicado para ser atendido por personal especializado.

## L

**Lactancia materna:** alimentación del niño con leche de la madre.

## M

**Módulo de Atención para Embarazadas de Riesgo (MATER):** consultorio ubicado en los hospitales, para la atención prioritaria de los embarazos de alto riesgo.

**Muerte fetal:** Muerte del producto de la gestación, de 5 meses o más, dentro del cuerpo de la madre.

**Muerte materna:** fallecimiento de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

**Muerte neonatal:** muerte de una niña o niño, en el período comprendido desde su nacimiento hasta los 28 días.

## N

**Nacimiento:** expulsión completa o extracción del organismo materno, de un feto de 22 semanas o

más de gestación. El término se emplea para los que nacen vivos o muertos.

**Notificación inmediata:** Notificación de defunciones maternas en las primeras 24 horas de ocurrida

## O

**Oportunidad de la atención:** consiste en otorgar los servicios en el momento en que se requieran, comprendiendo accesibilidad a la unidad y tiempo de respuesta del proveedor de servicios.

## P

**Participación social:** proceso que permite involucrar a la población y a las instituciones de los sectores público, social y privado, en la planeación, programación, ejecución y evaluación de los programas y acciones de salud, con el propósito de lograr un mayor impacto y fortalecer la salud materna y perinatal.

**Participación comunitaria en APV:** proceso de incorporación del trabajo de los grupos comunitarios organizados para impulsar las acciones de salud que contribuyan a garantizar un embarazo saludable, un parto y puerperio seguros e igualdad de oportunidades de crecimiento y desarrollo para niñas y niños desde antes de su nacimiento y hasta los dos primeros años de vida.

**Parto:** conjunto de fenómenos activos y pasivos, que permiten la expulsión por vía vaginal del feto de 22 semanas o más, de la placenta, cordón umbilical y membranas.

**Posadas de Asistencia a la Mujer Embarazada (Posadas AME):** espacios en donde la embarazada con alguna complicación recibe asistencia, alimentación, hospedaje y vigilancia médica, en tanto se controla y se atiende el parto.

**Promoción de la salud:** estrategia que permite fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes de la población en general, para participar corresponsablemente en el cuidado de la salud y optar por estilos de vida saludables, facilitando el logro y la

conservación de un óptimo estado de salud individual, familiar y colectiva.

**Puerperio:** período que inicia después del alumbramiento, en el cual los órganos genitales maternos y el estado general vuelven a adquirir las características anteriores al embarazo. Tiene una duración de 42 días.

## R

**Reanimación neonatal:** son las maniobras de reanimación cardiopulmonar al recién nacido como medidas de asistencia.

**Recién nacido:** niña o niño, desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.

**Recién nacido vivo:** producto proveniente de un embarazo de 22 o más semanas de gestación y con peso de 500 gramos o más, que después de concluir su separación del organismo materno manifiesta algún signo de vida.

**Recién nacido muerto:** producto de la concepción procedente de un embarazo de 22 semanas o más y, de 500 gramos o más, que no manifieste signo alguno de vida.

**Recién nacido con peso bajo al nacer:** niña o niño que pesa al nacer menos de 2 500 gramos, independientemente de su edad gestacional.

**Recién nacido prematuro:** niña o niño que nace antes de cumplir 37 semanas de gestación (menos de 8 meses).

**Red social:** organización de la sociedad civil, que tiene como propósito conseguir fondos para apoyar la operación del programa, instalación de posadas de asistencia y casas infantiles comunitarias.

## S

**Servicios Integrales de Prevención y Atención a la Discapacidad (SINDIS):** unidad de servicios integrados, ubicada en un Hospital Sí Mujer Regional o de especialidad pediátrica, para la prevención y atención

de defectos al nacimiento y/u otras complicaciones, para disminuir los daños y secuelas de las niñas y niños.

**Sucedáneo de la leche materna:** todo alimento comercializado, que se presenta como sustituto parcial o total de la leche materna.

## T

**Tamiz metabólico neonatal:** exámenes practicados al recién nacido, para detectar padecimientos de tipo metabólico.

**Tamiz Prenatal:** Esto incluye la realización de detecciones en el embarazo de proteinuria, sífilis y

VIH mediante el uso de pruebas rápidas, estas dos últimas se realizan en coordinación con el Centro Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA.

## U

**Urgencia Neonatal:** situación clínica de riesgo vital secundaria a condiciones maternas o perinatales y que requiere por tanto una asistencia inmediata y adecuada ya que puede producirle la muerte al recién nacido o quedar con secuelas graves.

**Urgencia obstétrica:** complicación durante el embarazo, el parto o el puerperio, que ponen en riesgo la salud y la vida de la mujer o la del producto.

## 9. Agradecimientos

Agradecemos especialmente el apoyo de:

Dra. Silvia Roldán Fernández  
Dra. Rosa María Núñez Urquiza  
Dra. Elena Zúñiga Herrera  
Lic. Esperanza Delgado Herrera  
Act. Yolanda Varela Chávez  
Dr. Luís Durán Arenas

Personal responsable del Programa  
Arranque Parejo en la Vida por Entidad Federativa

### **Aguascalientes**

Dra. Maria Eugenia Velazio Marin

### **Baja California**

Lic. Enf. Martha Xóchitl Díaz

### **Baja California Sur**

Enf. Maria Mercedes Núñez Méndez

### **Campeche**

Dra. Sheyla Artemisa López Dado

### **Colima**

Dr. Luis Javier Martínez Figueroa

### **Coahuila**

Dra. Linda Elizabeth Garza Martínez

### **Chiapas**

Dr. José de Jesús Romero Ángeles  
Dr. Ángel Gabriel Ocampo González

### **Chihuahua**

Dra. Beatriz Medrano Navarro

### **Distrito Federal**

Dr. Patricio Sanhueza Smith

### **Durango**

Dra. Rosa María Monsivais Chávez

### **Guanajuato**

Dr. Luis Alberto García Baeza

### **Guerrero**

Dr. Tomas Miranda Barrientos

### **Hidalgo**

Dra. Ida María Guzmán Olgún

### **Jalisco**

Dra. Martha Gabriela Pérez Castillo

### **Estado de México**

Dra. Miriam Ovando Aldama

### **Michoacán**

Dra. Rosa Elena Gamiño Ortiz

### **Morelos**

Dra. Maria del Carmen Puente Aranda

### **Nayarit**

Dra. Norma Leticia Pérez Trigueros

### **Nuevo León**

Dr. Alberto Mendoza Cruz

### **Oaxaca**

Dr. Alberto Guadalupe Campos Santiago

### **Puebla**

Dra. Lidia Valdovinos Salas

### **Querétaro de Arteaga**

Dra. María del Pilar Malagón Salazar

**Quintana Roo**

Lic. Enf. Rosa María Saldívar Lara

**San Luis Potosí**

Dra. Angélica Rodríguez Lara

**Sinaloa**

Dr. Jorge Alberto Díaz Rodríguez

**Sonora**

Dra. Silvia Guadalupe Acedo Cubillas

Dr. Martín Becerra Tiznado

**Tabasco**

Dr. Jaime de Jesús Aguirre Aque

**Tamaulipas**

Dra. Sergia Juárez Delgado

**Tlaxcala**

Dra. Dulce María Cadena Delgado

**Veracruz de Ignacio de la Llave**

Dra. Esmeralda Bernal Aguilera

**Yucatán**

Dr. Francisco Javier Uicab Alonso

**Zacatecas**

Dra. Ana María Vega Leyva

*Programa de Acción Específico 2007-2012.*

*Arranque Parejo en la Vida.*

Se terminó de imprimir y encuadernar en Grupo Editorial Raf, S.A. de C.V.

Abasolo No. 40, Col. Santa Úrsula Coapa, Delegación Coyoacán, C.P. 04650

México, D.F.

Agosto de 2008

Esta edición consta de 3,000 ejemplares