



PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO

SALUD MATERNA Y PERINATAL
2013-2018

PROGRAMA SECTORIAL
DE SALUD

Versión electrónica, en proceso su
publicación impresa

ÍNDICE GENERAL

DIRECTORIO	5
MENSAJE DE LA C. SECRETARIA DE SALUD	7
MENSAJE DEL C. SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD	9
INTRODUCCIÓN	11
I. MARCO CONCEPTUAL	13
II. MARCO JURÍDICO.....	23
III. DIAGNÓSTICO.....	29
III.1 Antecedentes	31
III.2 Situación Actual y Problemática	31
III.3 Avances 2000-2012	45
III.4 Retos 2013-2018	49
III.5 Objetivos del Desarrollo del Milenio.....	52
IV. ALINEACIÓN CON LAS METAS NACIONALES.....	53
IV.1 Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.....	55
IV.2 Alineación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018	56
V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA	59
V.1 Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción.....	61
V.2 Estrategias Transversales	62
VI. INDICADORES Y METAS.....	63
VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD.....	71
VIII. TRANSPARENCIA.....	77
BIBLIOGRAFÍA	81
ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS.....	85
GLOSARIO DE TÉRMINOS	87
ANEXOS	91

DIRECTORIO

SECRETARÍA DE SALUD

María de las Mercedes Martha Juan López
SECRETARIA DE SALUD

Eduardo González Pier
SUBSECRETARIO DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

Pablo Antonio Kuri Morales
SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Marcela Guillermina Velasco González
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

Fernando Gutiérrez Domínguez
COORDINADOR GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS Y DERECHOS HUMANOS

Guillermo Miguel Ruiz-Palacios y Santos
TITULAR DE LA COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES Y
HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

Manuel Mondragón y Kalb
COMISIONADO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES

Ernesto Héctor Monroy Yurrieta
TITULAR DE LA UNIDAD COORDINADORA DE VINCULACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

Nelly Aguilera Aburto
TITULAR DE LA UNIDAD DE ANÁLISIS ECONÓMICO

Mikel Andoni Arriola Peñaloza
COMISIONADO FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

José Meljem Moctezuma
COMISIONADO NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

Manuel Hugo Ruíz de Chávez Guerrero
PRESIDENTE DEL CONSEJO DE LA COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA

Gabriel O'Shea Cuevas
COMISIONADO NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Leobardo Ruíz Pérez
SECRETARIO DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Ricardo Juan García Cavazos
DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO NACIONAL DE EQUITAD DE GÉNERO Y
SALUD REPRODUCTIVA

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

José Antonio González Anaya
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Sebastián Lerdo de Tejada Covarrubias
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y
SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

Laura Ibernia Vargas Carrillo
TITULAR DEL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Emilio Ricardo Lozoya Austin
PETRÓLEOS MEXICANOS

Salvador Cienfuegos Zepeda
SECRETARIO DE LA DEFENSA NACIONAL

Vidal Francisco Soberón Sanz
SECRETARIO DE MARINA



MENSAJE DE LA C. SECRETARIA DE SALUD

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y el Programa Sectorial de Salud, establecen de manera prioritaria que las instituciones del Sistema Nacional de Salud y la sociedad en su conjunto debemos “Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud”, con el propósito de alcanzar la Meta Nacional de un México Incluyente.

Ello es posible, mediante la consolidación de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, la prestación de servicios plurales y articulados basados en la atención primaria y el fomento de la participación de la sociedad.

Las premisas descritas nos permitirán cerrar las brechas existentes entre los diferentes grupos sociales y regionales del país, para asegurar la consolidación y el uso efectivo de los recursos destinados a la salud.

En la actualidad los retos epidemiológicos y demográficos son de una magnitud mayor a aquellos a los que se hizo frente en lustros pasados, de ahí que el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud sea cada vez más complejo.

Por ello, reconocemos la imperiosa necesidad de que las instituciones de salud adecúen sus esquemas operativos con el fin de responder al desafío de construir un Sistema Nacional de Salud más eficiente y de calidad para hacer frente a las crecientes necesidades de la población.

Las instituciones públicas de Salud trabajan hoy en día para que mujeres y hombres dispongan de mejores opciones, acceso a servicios de salud con perspectiva de género, interculturalidad y respeto a los derechos humanos.

En México y en el mundo, enfrentamos desafíos como son el sobrepeso, la obesidad, la diabetes y otras enfermedades no transmisibles, entre las que destacan las cardiovasculares, diferentes tipos de cáncer y las que afectan la salud mental. Esta situación es resultado por una parte del cambio demográfico de la población mexicana, así como de la adopción de estilos de vida no saludables como son los asociados al sedentarismo, la alimentación incorrecta, el tabaquismo y el consumo de alcohol.

Ello nos impone la necesidad de una respuesta integral y articulada para reducir los factores de riesgo a través de la promoción de estilos de vida saludables que implican el cambio conductual de la población.

Para llevar a México a su máximo potencial, tal como está previsto en el actual Plan Nacional de Desarrollo, una de las prioridades en la agenda de la salud pública es instrumentar políticas públicas dirigidas a proteger la salud de las niñas, niños, adolescentes, mujeres y mujeres embarazadas. Para ello, en los Programas de Acción Específico se incluyeron acciones efectivas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, entre ellas, lactancia materna, vacunación, planificación familiar, educación sexual y reproductiva con énfasis en adolescentes, que contribuyen a un mejor desarrollo de las personas, familias y la comunidad, así como a obtener mejores niveles de calidad de vida de las nuevas generaciones de nuestro país.

Por otro lado, seguimos comprometidos en consolidar e incrementar la vigilancia epidemiológica, la prevención y el control de las enfermedades transmisibles como VIH, Sida, tuberculosis, influenza y dengue; expandir esquemas efectivos para la prevención de accidentes y atender oportunamente a la población ante emergencias epidemiológicas, brotes y desastres.

Ante este escenario complejo, se requiere de la participación decidida y coordinada de todas las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, de los diferentes órdenes de gobierno, de la iniciativa privada y de la sociedad civil. Los Programas de Acción Específico de Prevención y Promoción de la Salud, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y del Programa Sectorial de Salud, son la herramienta de coordinación, evaluación y seguimiento de las estrategias, líneas de acción e indicadores que nos permitirán medir nuestro desempeño.

Agradezco a las instituciones del Sistema Nacional de Salud, a las instancias académicas y de la sociedad civil que participaron en la elaboración de estos documentos, mediante el cual se impulsan de manera transversal y sectorial, las estrategias y líneas de acción para la vigilancia epidemiológica, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; necesarias para lograr las metas y objetivos a los que nos hemos comprometido.

El paso hacia un Sistema Universal de Salud requiere de la acción de todos los actores involucrados, para que desde la salud podamos contribuir con nuestro aporte al logro de un México más sano e incluyente.

Dra. María de las Mercedes Martha Juan López



MENSAJE DEL C. SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

México atraviesa una marcada transición poblacional y epidemiológica, la cual ha impactado de forma importante el perfil de la salud de la población. Muestra de ello es la epidemia de las enfermedades no transmisibles, las cuales han ascendido a los primeros sitios de morbilidad y mortalidad. Por otra parte, las enfermedades transmisibles siguen presentes acentuando la inequidad social.

Lo anterior constituye un importante reto para todas las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, por lo que se requiere sumar esfuerzos para que la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades graviten en la reducción de la carga de enfermedad y contribuya a mejorar la calidad de vida de los mexicanos.

La promoción de la salud y la prevención de enfermedades constituyen el eje fundamental de la salud pública, por ello, son componentes esenciales del modelo de atención a la salud en México. Un elemento sustantivo de la promoción de la salud es su carácter anticipatorio, el cual busca atender, no a la enfermedad directamente, sino a los determinantes sociales de la salud. Se trata de crear y fortalecer determinantes positivos y delimitar o eliminar los negativos.

Los Programas de Acción Específico retoman los principios enunciados, por lo que están enfocados a impulsar acciones que proporcionen a la población los medios necesarios para lograr una mejor salud, con ese fin contienen acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, así como para dotarlos de las herramientas que les permitan modificar sus condiciones sociales y ambientales.

El presente Programa contiene estrategias que buscan fortalecer y hacer eficientes las prácticas que han mostrado efectividad. Adicionalmente se incorporan intervenciones innovadoras para contribuir a preservar y mantener la salud de la población, con especial énfasis en los grupos en situación de desigualdad, buscando de manera proactiva el fortalecimiento del tejido social.

La operación de este Programa apunta hacia la formulación de acciones con la participación intersectorial, exhortando a las entidades federativas a generar vínculos de trabajo con las diferentes dependencias e instituciones y promoviendo la transversalidad de la salud en todas las políticas.

En este documento se consideraron las estrategias y acciones que lograron un impacto significativo en diferentes grupos de la población en los últimos años, por ello es importante aplicar un enfoque de prevención combinada (intervenciones biomédicas, conductuales y estructurales) en un marco de derechos humanos, perspectiva de género e interculturalidad.

El Programa que aquí se presenta, contiene las estrategias, líneas de acción, indicadores y metas que permitirán su instrumentación, seguimiento y evaluación para todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud y las entidades federativas; asimismo, en él se promueve el acompañamiento y la participación del personal de salud y de la sociedad civil, que son indispensables para el logro de los objetivos planteados.

Dr. Pablo Antonio Kuri Morales

INTRODUCCIÓN

El Programa de Acción Específico (PAE) de Salud Materna y Perinatal del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), se construye vinculado estrechamente al Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018, en la Meta II. México Incluyente, el Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y la no Discriminación contra las Mujeres 2013-2018, y al Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018 el cual se vincula estrechamente con la finalidad de acelerar la obtención de resultados de impacto en la salud materna y perinatal, consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades. Para ello se alinean objetivos, estrategias y líneas de acción del Programa, a los que deberán apegarse las diferentes instituciones de la administración pública federal para materializar el derecho a la protección de la salud.

Cada día fallecen mujeres mexicanas que se encuentran cursando un embarazo, lo que se convierte en una tragedia al poner en peligro la vida de la mujer y de los recién nacidos. No conforme con este riesgo inminente, que con el conocimiento actual puede en la mayoría de los casos controlarse y prevenirse, no ha sido posible lograrlo en las dimensiones esperadas. Muchas de las madres, así como los recién nacidos, quedan con secuelas de complicaciones del parto, que determinan discapacidad, disminución de su potencial de desarrollo y la reducción de años de vida futura.

Es motivo de reflexión el ordenar las estrategias y cambiar la actitud de todos y todas las personas involucradas en el cuidado de la salud, para lograr en una gran alianza nacional para acelerar la reducción de la morbimortalidad materna y perinatal. El PAE de Salud Materna y Perinatal 2013-2018, aborda la detección de factores biológicos o del desarrollo que afectan periodos sensibles y tienen un efecto a largo plazo independientemente de circunstancias ulteriores, haciendo énfasis en la prevención y la promoción del cuidado de la salud en mujeres y hombres con perspectiva de género y derechos humanos.

Antes del nacimiento la protección pregestacional y prenatal desde etapas tempranas, es fundamental. Los factores de agresión como desnutrición, nutrición subóptima, tabaquismo, enfermedades concomitantes como infecciones de transmisión sexual (ITS), diabetes, sobrepeso, obesidad, hipertensión, hipotiroidismo entre otras, pueden ser atendidas y controladas para evitar complicaciones y fallecimientos. El abordaje renovado de prevención en el curso de vida, es uno solo continuo, integrado, no son etapas de vida desconectadas, deterministas, sino transformadoras y se incorporan trayectorias interactivas y promueve el desarrollo y derechos a lo largo de la vida, valorando en cada edad.

Los beneficios máximos en un grupo de edad pueden derivarse de intervenciones realizadas en una edad más temprana. Son necesarias intervenciones en varios momentos a lo largo de la vida para lograr mejores resultados y efectos acumulativos. Existen riesgos y beneficios intergeneracionales que son esenciales en el abordaje de riesgos en todos los grupos de edad.

El Programa plantea la necesidad de mejorar la calidad de los servicios de salud, su efectividad, el seguimiento y la rendición de cuentas y lograr que se disminuyan los rezagos en salud que afecta a la población. La vinculación transversal con los programas del CNEGSR fortalece las acciones y suma esfuerzos para el cumplimiento de las metas, así la coordinación con los Programas de Planificación Familiar y Anticoncepción, Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, Igualdad de Género, Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género, así como con otros programas transversales de enlace de la Secretaría de Salud es necesaria para lograr progresos reales y perdurables y es parte de la suma de esfuerzos coordinados para lograr avances en acelerar la reducción de la morbimortalidad materna y perinatal y mejorar la salud materna y perinatal.¹



I. MARCO CONCEPTUAL



I. MARCO CONCEPTUAL

La salud es un derecho social cuya base jurídica se expresa en diversas obligaciones que los estados deben cumplir en conformidad con las convenciones, protocolos y declaraciones por ellos suscritos. La salud materna, perinatal e infantil, son temas altamente relevantes para las sociedades y constituyen el centro de los derechos a la salud. Desde el comienzo del siglo pasado, las políticas de salud en el mundo han privilegiado a la maternidad segura (1987) y la supervivencia infantil, la primera centró su atención en la mortalidad materna para ampliarse al enfoque de la salud reproductiva, centrada en la condición social de la mujer, y luego en los derechos reproductivos.

En el informe 2012 de los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM), la muerte materna en los últimos 20 años muestra menor progreso que el resto de metas, siendo que en todo el mundo disminuyó un 49% (400 muertes por cada 100 000 niños nacidos vivos en 1990, a 210 en 2010; esta reducción está muy lejos de la meta establecida para la ODM 5.A.

La Razón de Muerte Materna (RMM) observada en países en desarrollo (240 muertes por 100 000 nacidos vivos) es 15 veces mayor que la que presentan los países desarrollados. Esta enorme diferencia ha sido llamada “la mayor desigualdad de todas las estadísticas de salud pública” desde esta perspectiva, para avanzar en la reducción de la muerte materna, se requiere avanzar en el logro de la igualdad de género (ODM 3).^{2,3}

Uno de los temas más sensibles en el ámbito de la salud sexual y reproductiva en México ha sido el cuidar y mejorar la salud de las madres y su crianza, en especial en grupos en situación de desventaja social. Durante muchos años la salud materna y perinatal ha ocupado un lugar prioritario en el sistema de salud mexicano desde sus orígenes y, aun así, existen necesidades no satisfechas de prevención y atención.

La salud materno-paterno-infantil, constituye un trinomio de interacción y complementación, entre los individuos y su entorno, cuyo objetivo es básico en el desarrollo del curso de la vida, es donde descansa la reproducción biológica y social del ser humano, condición esencial del desarrollo de las familias y 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 y neonatal, 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 de mexicanos, con implicaciones tanto en las trayectorias de vida de los individuos, como en el potencial de desarrollo de la propia sociedad y de la patria. Es particularmente desde la pregestación como la aportación integral y programada de los gametos sanos culmina en un embarazo y un recién nacido sano, donde se fundamenta buena parte de la salud futura de calidad de toda persona.

El Programa es el instrumento de la política nacional de salud con el que se busca contribuir al cumplimiento de dos de los ocho 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 espera reducir la mortalidad neonatal, la cual concentró en nuestro país el 60% de las muertes infantiles 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 RMM 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 RMM es ligeramente menor del 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 médicos, 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.

Reducir sustancialmente la muerte materna y neonatal prevenible en México, no debe ser un sueño, debe de ser conciencia de un desafío, donde todos participemos en una alianza nacional para acelerar la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.⁴

El PAE de Salud Materna y Perinatal, ha sido diseñado para contribuir, apoyar y acompañar a las mujeres para ampliar las capacidades y oportunidades de cursar el embarazo sano, el parto respetuoso y el puerperio seguro, y para que sus hijos nazcan y se desarrollen con salud, con pleno respeto a la diversidad cultural y al ejercicio de sus derechos, apoyando su proyecto de vida.

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

Muchas son las lecciones aprendidas que se derivan de la puesta en marcha del PAE de Salud Materna y Perinatal en los años anteriores, al igual que los enfoques previos de la atención materno-infantil, propusieron ampliar la cobertura y la calidad de la atención del embarazo, parto y puerperio pero, a diferencia de los Programas previos, el Programa actual pone mayor énfasis en mejorar la calidad de la atención prenatal, elevar la capacidad resolutoria de las unidades médicas para la atención de las emergencias obstétricas, mediante la capacitación, el equipamiento adecuado, el fortalecimiento de las redes de servicios y los sistemas de referencia y contra referencia, 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.⁵ Evidentemente, el Programa Sectorial de Salud otorga a la Salud Materna y Perinatal un espacio relevante dentro de sus prioridades, haciendo un abordaje integral, 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, entre otras.

Figura 1. Intervenciones efectivas integrales para embarazo saludable y parto seguro en la línea de vida



PREGESTACIONAL

Atención a la salud pregestacional

La primera pregunta que surge es por qué, a pesar del conocimiento obtenido, lecciones aprendidas y estrategias creadas no ha habido resultados de gran trascendencia, con muy pocos cambios en la epidemiología de la morbi-mortalidad materna y perinatal.

La idea de la atención previa a la gestación tiene sus raíces dentro de la perspectiva del ciclo vital por medio de estrategias para prevenir los resultados adversos del embarazo mediante la mejora de la salud de las mujeres y los hombres antes del embarazo, como la detección de riesgos, como preámbulo a una gestación segura y a un recién nacido sano.^{6,7}



Las tasas de parto prematuro y los nacimientos con bajo peso, los cuales siguen aumentando en México a pesar del mayor acceso a los servicios de atención prenatal de calidad. Esto sugiere que las intervenciones efectivas después del embarazo no impactan de manera óptima los riesgos para los resultados adversos del embarazo, parto y puerperio y menos en el recién nacido, y que se ha demostrado, que dichos riesgos son posibles de detectar, manejar y prevenir, y que son más frecuentes de lo que se registra entre las mujeres y los hombres antes del embarazo.

Es importante señalar que casi la mitad de todos los embarazos, son no deseados o planeados en México, especialmente en adolescentes, lo que sugiere que muchas mujeres no se dan cuenta de que están embarazadas a tiempo para obtener atención pregestacional, e iniciar medidas preventivas, como la suplementación de ácido fólico, multivitamínicos, vacunación, pruebas de laboratorio o tomar medidas efectivas para abordar el embarazo con problemas preexistentes.

Al reconocer que en el principio está el fin, el abordaje en el curso de la vida las Asociaciones Internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), han enfatizado en la atención de la salud de la mujer y del hombre antes de llevar a cabo el primer embarazo y entre los embarazos, orientado a la importancia de planificar el embarazo y promocionar la Salud Pregestacional para mejorar el cuidado de la madre y el niño y evitar o reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal.

La atención pregestacional se refiere a un conjunto de intervenciones que tienen como objetivo identificar riesgos biomédicos, conductuales y sociales antes de la gestación, en el primero o en un nuevo embarazo y permitir la continuación, con una intervención oportuna, diseñadas para optimizar la efectividad y exitosamente implementadas para modificar factores de riesgo antes del embarazo y reducir la probabilidad de los efectos nocivos para la mujer, el feto y el recién nacido a través de la prevención y la gestión, lo que implica: a) la evaluación de riesgos (plan de vida reproductiva, intervalo intergenésico antecedentes de embarazos pasados, los antecedentes médicos e historial quirúrgico, adicciones, obesidad, sobrepeso, diabetes tipo 1, medicamentos y alergias, antecedentes familiares y genéticos, la historia social, evaluación de comportamiento y nutrición, salud mental, depresión y pruebas de laboratorio), b) estilo de vida (la familia, la capacidad de recuperación del estrés, ambiente laboral, la preparación nutricional, inmunidad, y medio ambiente sano), y c) las intervenciones médicas y psicosociales (individualizados para riesgos identificados, como infertilidad, anticoncepción, alteraciones genéticas o congénitas y referir a servicios de prevención y atención primaria y especializada).⁸

La conceptualización de los posibles determinantes en la utilización de los servicios de salud para la atención previa a la gestación es un desafío. Si bien, la atención de la salud pregestacional se considerara como atención preventiva, en la que una de sus metas es prevenir resultados adversos del embarazo tanto para la mujer como para el niño, y reducir la morbimortalidad materna y perinatal. Los aspectos preventivos pueden no ser evidentes o de importancia para la población y más triste aún para los trabajadores de la salud. (Figura 1)

Acceso y atención prenatal de calidad

La confirmación temprana del embarazo es muy importante para llevar a cabo el programa de vigilancia de la salud materno-fetal con intervenciones que reducen o mitigan los factores de riesgo. Esto incluye tamizaje temprano para enfermedades concomitantes, como ITS, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y diabetes gestacional entre otras. La atención prenatal integral y efectiva, de acceso universal a toda mujer que lo requiera bajo condiciones de vulnerabilidad, etnia, cultura, edad y marginación, conceptualiza, en gran medida los resultados del parto, como consecuencia de lo ocurrido durante el embarazo, pero no como resultado de las trayectorias de desarrollo general y los determinantes de salud y sociales de todo el período de vida de la madre y el padre y ofrece una única oportunidad de identificar los riesgos acumulativos e intervenir sobre la base de acciones efectivas e integrales, en forma ordenada durante los tres trimestres del embarazo. Es conveniente tener la historia clínica implementada como soporte en el seguimiento del embarazo, la detección de factores de riesgo, su atención oportuna y efectiva para favorecer la calidad de la atención, embarazo saludable y el parto seguro.

Las recomendaciones para incluir intervenciones específicas integrales en la clínica prenatal, adicionan componentes de la atención previa al embarazo, es un proceso basado en la revisión sistemática, la evidencia sobre la efectividad comparativa de las diferentes intervenciones que faltaban, así como, los mecanismos de entrega más eficaces para una aplicación metódica, que permiten una mejor atención, seguimiento y un embarazo saludable, un parto seguro y un recién nacido con un futuro más prometedor.

La atención efectiva e integral debe iniciar idealmente antes de la semana 12 de gestación para la identificación temprana de factores de riesgo, favorecer el seguimiento del embarazo de bajo riesgo y organizar las intervenciones de atención, por lo menos, en cinco consultas. (Figuras 1 y 2)

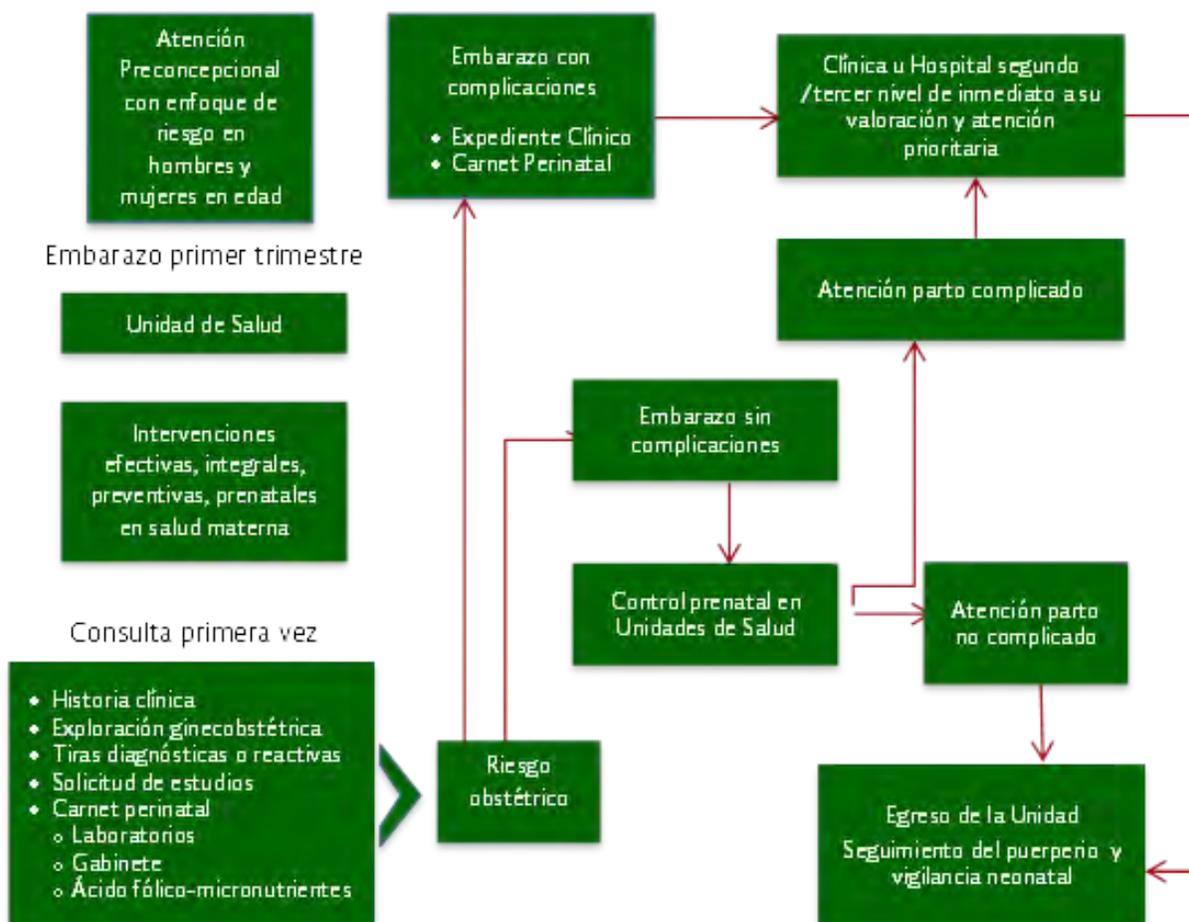
Atención del parto y puerperio seguro y respetuoso

El modelo de atención obstétrica en México se ha sustentado en manuales de atención, lineamientos, la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación de servicios y guías clínicas nacionales e internacionales donde se describen acciones y procedimientos para la adecuada atención obstétrica, para obtener un embarazo y un parto saludable y seguro, así como la atención de algunas complicaciones y de la emergencia obstétrica, todo basado en evidencia científica.

Dentro de los aspectos prioritarios se involucra a la embarazada con el conocimiento de signos y síntomas de alarma y el seguimiento del plan de seguridad para acudir al sitio de resolución del embarazo; la atención por personal calificado; la priorización de riesgos y de la urgencia de atención a la llegada de la mujer en trabajo de parto a la unidad (triage) y; la integración de un equipo de respuesta inmediata a la emergencia obstétrica con el apoyo de la infraestructura adecuada.

En esta etapa el respeto a los derechos de la embarazada es fundamental procurando un trato respetuoso y humano. (Esquema 1)

Esquema 1. Ruta crítica de la atención del embarazo en la línea de vida





Atención integral del neonato

El modelo actual de atención y vigilancia de la salud del recién nacido se encuentra sustentado en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, y la Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2002, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento.

En este contexto la atención del recién nacido vivo implica asistencia en el momento del nacimiento, así como su control a los 7 y 28 días, observando los siguientes parámetros:

- a) Reanimación neonatal: En toda unidad de salud con atención obstétrica y neonatal, se aplicarán los criterios y procedimientos técnicos médicos de la Estrategia Nacional de Reanimación Neonatal.
- b) Manejo del cordón umbilical.
- c) Prevención de Enfermedad hemorrágica del recién nacido y oftalmopatía purulenta: La prevención de enfermedad hemorrágica empleando vitamina K y la prevención de la oftalmía purulenta con antibióticos de uso local.
- d) Identificación del recién nacido de riesgo y de defectos al nacimiento: Considera la realización de exámenes físico y antropométrico completos para la detección de malformaciones congénitas y del recién nacido con bajo peso, así como la determinación de la edad gestacional. La atención inmediata al neonato con defectos al nacimiento, debe ser prioritaria y proporcionada en cualquier unidad de salud de los sectores público, privado o social.

Es recomendable investigar rutinariamente en el recién nacido de madre Rh negativa que se sospeche riesgo de isoimmunización, el grupo ABO, el factor Rho (D), su variante débil D_u y la prueba de antiglobulina directa (prueba de Coombs).

- e) Inmunizaciones: Con la aplicación de las vacunas BCG y hepatitis B.
- f) Nutrición y apego: Promoción de la lactancia materna exclusiva dentro de los 30 minutos posteriores al nacimiento y el alojamiento conjunto madre/hijo.

Toda intervención temprana nos permite detectar oportunamente alteraciones en el recién nacido que son causa de discapacidad y de reducción de años de vida saludables.

Recién nacido prematuro

Las instituciones de salud deben promover que la atención de la amenaza de parto pretérmino, el recién nacido prematuro y la restricción del crecimiento intrauterino se lleve a cabo en unidades de segundo o tercer nivel o por personal especializado. Como estrategias para la atención de los recién nacidos prematuros, el Centro Nacional ha promovido la capacitación para el uso de CPAP y Surfactante pulmonar para la atención de los recién nacidos prematuros con riesgo de síndrome de dificultad respiratoria en unidades de segundo nivel de atención, y la elaboración del lineamiento técnico para la detección oportuna y manejo de la retinopatía del prematuro.

Prevención del retraso mental así como de alteraciones endocrinológicas producidas por hipotiroidismo congénito, galactosemia, fenilcetonuria, e hiperplasia de glándulas suprarrenales.

Toda unidad que atienda partos y recién nacidos debe efectuar el examen de tamiz neonatal entre las 48 horas y preferiblemente antes de la segunda semana de vida, en apego al lineamiento técnico de Tamiz Neonatal, Detección, Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento de los Errores Innatos del Metabolismo.

Recién Nacido con Peso Bajo

La atención de estos recién nacidos promueve que sean alimentados con leche materna impulsando la creación de "bancos de leche" materna en las instituciones donde se hospitalizan niños de pretérmino que no pueden ser alimentados por la madre, en forma adicional. De fundamental importancia es la capacitación y entrenamiento de los padres sobre los cuidados domiciliarios del recién nacido de peso bajo.

Atención Preventiva Integrada a la Salud Materna y Perinatal en la Atención Primaria

Con base en las disposiciones de la Ley General de Salud, el Programa se incorpora para llevar a cabo la atención médica integrada de carácter preventivo en la salud sexual y reproductiva, que lleve a una cultura de prevención, y que permita cumplir con el preámbulo a una gestación segura, para ello el abordaje en la línea de vida de mujeres y hombres se integra en la atención desde la etapa pregestacional con el objeto de cuidar la salud, detectar factores de riesgo que puedan ser corregidos o manejados y se logre un embarazo saludable, parto y puerperio seguros y un recién nacido sano.

Hoy en día, nadie duda de la importancia de la prevención vinculada a las intervenciones efectivas en la línea de la vida, lo que permitirá mantener la salud y evitar la enfermedad, por ello cambiar la cultura del cuidado de la salud con visión al futuro, generará la conciencia para las madres, los padres y los niños del futuro, por lo tanto, el trabajo se inicia al integrar la atención preventiva desde



la pregestación, el embarazo, el parto y el puerperio que incluye al recién nacido.

La nutrición es uno de los ejes fundamentales de la salud humana, que debe de atenderse en especial cuando se busca el embarazo o se está en él. Numerosos estudios han determinado que la nutrición subóptima, genera altos riesgos para la madre y el niño o la niña, siendo motivo de gran atención internacional para evitar complicaciones maternas y/o neonatales, parto pretérmino, prematuridad, muerte perinatal, defectos congénitos y otras. Hay que aceptar que nuestros estilos de vida, actividad física, salud mental, hábitos adecuados, y más, en relación a la nutrición no son los mejores, siendo uno de los principales determinantes de la salud.

Por lo cual el PAE de Salud Materna y Perinatal con esta perspectiva incluye un eje de atención a la nutrición.

Aborto seguro

A pesar de los grandes avances en la medicina y en la segunda década del siglo XXI, se estima que cada año en el mundo se realizan 22 millones de abortos en forma insegura, lo que produce la muerte de alrededor de 47,000 mujeres y discapacidades en otras 5 millones de mujeres. Un gran número de estas muertes y discapacidades podrían haberse evitado a través de la educación sexual, la planificación familiar, el acceso al aborto inducido en forma legal y sin riesgos, y a la atención inmediata y segura de calidad de las complicaciones del aborto, con respeto y sin discriminación.⁹

En los países donde el aborto inducido legal está sumamente restringido o no está disponible, con frecuencia un aborto sin riesgos se ha vuelto en el privilegio de los ricos, mientras que las mujeres de escasos recursos no tienen otra opción que acudir a proveedores inseguros, que provocan la muerte y morbilidades que se convirtieron en la responsabilidad social y financiera del sistema de salud pública.¹⁰

En el siguiente cuadro 1 se presentan los datos que registran las pérdidas gestacionales (abortos) en los años 2007 al 2012 en México por institución.

Cuadro 1. Abortos atendidos según institución de atención. México, 2007–2012.

Institución	2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	ABS	%										
Secretaría de Salud	100,794	55.2	120,508	59.1	118,879	59.5	125,706	59.8	138,364	62.5	138,669	62.4
IMSS-Oportunidades	5,790	3.2	5,796	2.8	5,913	3.0	8,703	4.1	7,770	3.5	7,630	3.4
Universitarios	1,187	0.7	2,452	1.2	200	0.1	1,281	0.6	511	0.2	1,099	0.5
IMSS	65,859	36.1	66,464	32.6	65,231	32.7	63,438	30.2	64,197	29.0	64,174	28.9
ISSSTE	7,299	4.0	7,143	3.5	7,528	3.8	8,168	3.9	8,079	3.6	7,855	3.5
PEMEX	444	0.2	370	0.2	408	0.2	424	0.2	385	0.2	385	0.2
SEDENA	0	0.0	0	0.0	398	0.2	1,089	0.5	902	0.4	818	0.4
SEMAR	303	0.2	312	0.2	255	0.1	39	0.0	278	0.1	0	0.0
ESTATALES	895	0.5	732	0.4	866	0.4	1,193	0.6	1,011	0.5	1,618	0.7
TOTAL	182,571	100.0	203,777	100.0	199,678	100.0	210,041	100.0	221,497	100.0	222,248	100.0

Fuente: SSA/DGIS/Boletín de información estadística, Volumen III Servicios otorgados 2008-2012, bol28_mujer_repro, Cuadro: NAL y NAL(2) Variable: Mortalidad intrauterina, (Aborto (<22 semanas)).

Dentro de las unidades de la Secretaría de Salud se atendieron en el año 2012 138,669 casos (62.4%), seguida del IMSS con 64,174 (28.9%), el total de casos reportados fue de 222,248.

El reporte de los últimos años (2007-2012), como se muestra en el Cuadro 2, las muertes maternas por aborto van de 7.4 a 8.2% del total de las defunciones maternas. Registrándose como la 4ª causa de muerte.

Cuadro 2. Mortalidad materna por aborto. México, 2007-2012

Año	Abortos	Maternas	% de abortos
2007	81	1,097	7.4
2008	78	1,119	7.0
2009	74	1,207	6.1
2010	92	992	9.3
2011	74	971	7.6
2012	79	960	8.2

Fuente: Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud/Cubos Dinámicos.

Por lo que sigue siendo un gran problema de salud pública de alta prioridad, que amerita redoblar esfuerzos para reducir los embarazos no deseados, no planeados, con la ampliación del acceso a servicios de atención prenatal temprana y a una consejería adecuada sobre los síntomas de alarma relacionados con la pérdida gestacional. Es fundamental la promoción de la anticoncepción postevento obstétrico (APEO), así como el mejoramiento de la atención con calidad y respetuosa, en un marco de derechos humanos y de respeto a la libre decisión de aquellas pacientes que llegan a solicitar los servicios de salud con complicaciones de aborto.



II. MARCO JURÍDICO



II. MARCO JURÍDICO

El marco jurídico que norma el quehacer del PAE de Salud Materna y Perinatal, tiene su fundamento en los Artículos 1° y 4° de la **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos** que establecen que todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en la Constitución y en los Tratados Internacionales de los que el estado mexicano sea parte, así como 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 de Salud Materna y Perinatal, es el CNEGSR, de conformidad con lo que establecen el Artículo 2, inciso C, fracción II, y el 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 CNEGSR 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.

Leyes

- Ley General de Salud 07-02-1984. Última reforma publicada DOF 24-04-2013.
- Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, Nueva Ley DOF 30-02-2006. Última reforma publicada DOF 09-04-2012.
- Ley de Adquisiciones Arrendamientos y Servicios del Sector Público. DOF 04-01-2000. Última Reforma Publicada DOF 16-01-2012.
- Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental. DOF 11-06-2002. Última reforma DOF 08-06-2012.
- Ley General de Población. DOF 07-01-1974. Última Reforma Publicada DOF 09-04-2012.
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. DOF 29-12-1976. Última Reforma Publicada DOF 02-04-2013.
- Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geografía. DOF 30-12-1980. Nueva Ley publicada el 16-04-2008.
- Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos. DOF 30-12-1982. Última Reforma Publicada DOF 09-04-2012.
- Ley de Planeación. DOF 05-01-1983. Última reforma DOF 09-04-2012.
- Ley del Seguro Social. DOF 21-11-1995. Última reforma. DOF 02-04-2014.
- Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. DOF 27-12 1983. Última Reforma Publicada DOF 28-05-2012.
- Ley Federal de Procedimiento Administrativos. DOF 04-08-1994. Última Reforma Publicada DOF 09-04-2012.
- Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal DOF 10-04-2003. Última Reforma Publicada DOF 09-01-2006.
- Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos DOF 13-03-2002. Última Reforma Publicada DOF 15-06-2012.
- Ley para la Protección de los Derechos de las niñas niños y adolescentes. DOF 29-05-2000. Última Reforma DOF 19-08-2010.
- Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de Atención Preventiva Integrada a la Salud Artículo 7, fracción II Bis.- Promover e impulsar que las instituciones del Sistema Nacional de Salud



implementen programas cuyo objeto consista en brindar atención médica integrada de carácter preventivo, acorde con la edad, sexo y factores de riesgo de las personas.

- Artículo 27 fracción III La atención médica integral, que comprende la atención médica integrada de carácter preventivo, acciones curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias.

La atención médica integrada de carácter preventivo, consiste en realizar todas las acciones de prevención y promoción para la protección de la salud, de acuerdo con la edad, sexo y los determinantes físicos y psíquicos de las personas, realizadas preferentemente en una sola consulta.2009.

- Decreto por el que se adicionan y reforman diversas disposiciones de la Ley General de Salud; de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B) del artículo 123 Constitucional; de la Ley del Seguro Social; de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; de la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, y de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

Reglamentos

- Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria. Nuevo Reglamento DOF 13-03-2002. Última reforma DOF 15-06-2012.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicio de Atención Médica. DOF 29-04-1986. Última reforma DOF 04-12-2009.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades Establecimientos. Productos y Servicios. DOF 18-01-1998. Última reforma DOF 28-12- 2004.
- Reglamento de la Ley General de Población DOF 31-08-1992. Última Reforma DOF 20-09-2012.
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. DOF 19-01-2004. Decreto que reforma adiciona y deroga DOF 10-01-2011.
- 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. Nuevo Reglamento DOF 28-07-2010.

Normas Oficiales Mexicanas

- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo parto y puerperio y del recién nacido. DOF 06-01-1995. PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido. DOF 05-12-2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud y manual de procedimientos para la búsqueda intencionada y reclasificación de muertes maternas. Última actualización DOF 30-11-2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-2010, Para la atención a la salud del niño. DOF 09-02-2001.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento. DOF: 24-06-2014.
- Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica. DOF 19-02-2013.
- NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control por el virus de la inmunodeficiencia humana VIH. Publicada en el DOF 21-06-2000, última actualización DOF 10-11-2010.
- Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993. De los servicios de planificación familiar. DOF 30-05-1994. Última Actualización Publicada DOF 21-01-2004.
- Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1994. Para la prevención y control de enfermedades bucales Publicada para sugerencias en el 19-05-2006. DOF 08-10-2008.
- Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. criterios para la prevención y atención. DOF 13-01-2014.



Acuerdos y otros documentos

Acuerdo que establece la Cartilla Nacional de la Mujer. DOF 06-03-1998.

- Acuerdo por el que se establecen las acciones que deberán cumplirse para acreditar el fomento a la lactancia materna en los establecimientos de atención médica que se sujeten al procedimiento de Certificación del Consejo de Salubridad General.
- Acuerdo por el que se establecen las directrices para fortalecer la política pública en lactancia materna.
- Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General emite disposiciones para fortalecer la política pública en lactancia materna en materia de sucedáneos de la leche materna o humana.
- Acuerdo Número 127 por el que se crea el Comité Nacional para el Estudio de Mortalidad Materna y Perinatal DOF01-08-1995 Última Reforma Publicada DOF 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, para quedar como Comité Nacional de Salud Materna y Perinatal. DOF (En proceso de validación por la Dirección General Jurídica).
- 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 01-11-2014) para quedar como Programa de Acción de Salud Materna y Perinatal y la instrumentación de la vigilancia epidemiológica activa de las defunciones maternas. DOF.
- Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH, CONASIDA, 2012.
- 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.
- Constitución de la Organización Mundial de la Salud.
- Plan de Acción Regional para la reducción de la mortalidad materna en las Américas 1990.

- Población y Salud Reproductiva 1998.
- Estrategia regional para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna 2002.
- Estrategia y Plan de Acción de regionales sobre la salud del recién nacido y del niño 2008.
- Plan de Acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes 2009.



III. DIAGNÓSTICO



III. DIAGNÓSTICO

III.1 Antecedentes

El modelo para abordar la salud materna y de la mujer incluye programas inter e intra-disciplinarios, con énfasis en la educación participativa que lleva a las capacitaciones, actualizaciones y entrenamientos para abordar en forma efectiva, la salud de la mujer y de la embarazada, enlazando la salud sexual y reproductiva hacia una práctica clínica de atención efectiva e integral y con fundamentos preventivos dentro de los derechos humanos de las mujeres.

El 85% de los problemas de salud que afectan a la población mexicana se resuelven en el primer contacto, por lo que hay que fortalecer los servicios del primer nivel de atención.

En América Latina y el Caribe, cada año ocurren más de 20,000 defunciones maternas y más de 200,000 defunciones neonatales. La inmensa mayoría de estas defunciones son prevenibles.

Aunque la atención a la salud materna e infantil en América Latina y el Caribe ha tenido avances importantes en los últimos años, estos no han sido suficientes para cambiar el destino de enfermedad y muerte de mujeres y niños.

Los efectos de la muerte materna son devastadores para la familia; la ausencia definitiva de la madre perturba la economía, daña los lazos afectivos y dificulta la supervivencia y educación de los hijos.

Por otra parte, la atención a la salud neonatal e infantil es un imperativo ético y una prioridad para cualquier país, porque en esas etapas de la vida se construyen las capacidades y planes de vida de los individuos, en quienes se basa el desarrollo de la sociedad.

Existen pocos modelos desarrollados y probados en dichos países que provean respuestas sólidas para prevenir, detectar y tratar estos importantes y frecuentes problemas de salud.

México en su nivel de desarrollo y con su transición demográfica, ha modificado al momento la transición epidemiológica en relación a la salud materna y perinatal. Para ubicar las prioridades de la atención del embarazo, se requiere el perfil de salud de las mujeres y los hombres en el país por entidad federativa para determinar las prioridades más urgentes.

En México, desde la década de los 40's se han realizado importantes esfuerzos para disminuir la muerte materna a través de la atención materno infantil. Sin embargo; la cobertura se ha visto frenada debido a la fragmentación del sistema de salud, lo que sumado a la descentralización de los servicios de salud, da lugar a niveles muy heterogéneos de calidad y cobertura, todo lo cual afecta en especial a la población marginada y de alta vulnerabilidad, indígena y adolescente.

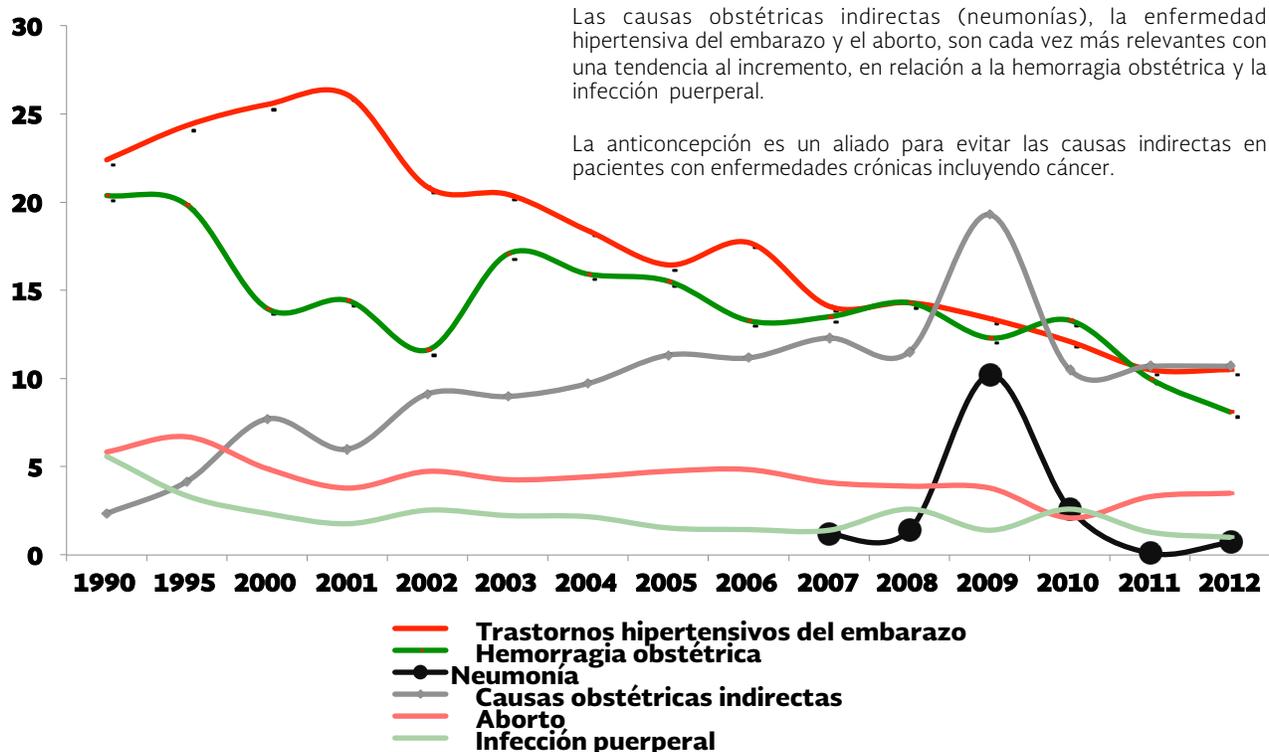
III.2 Situación Actual y Problemática

La muerte materna en México se presenta en las zonas metropolitanas o ciudades medias, el 60% de estas muertes ocurre en mujeres de 20 a 34 años, más del 90% tuvieron atención prenatal, en hospitales públicos y por causas prevenibles, asociadas con la mala calidad de la atención.

Sin embargo, se observa un cambio importante en las causas de defunción materna, en años anteriores, las primeras causas de muerte materna correspondían a la enfermedad hipertensiva del embarazo, la hemorragia, la infección puerperal, el aborto y otras causas. (Gráfica 1)

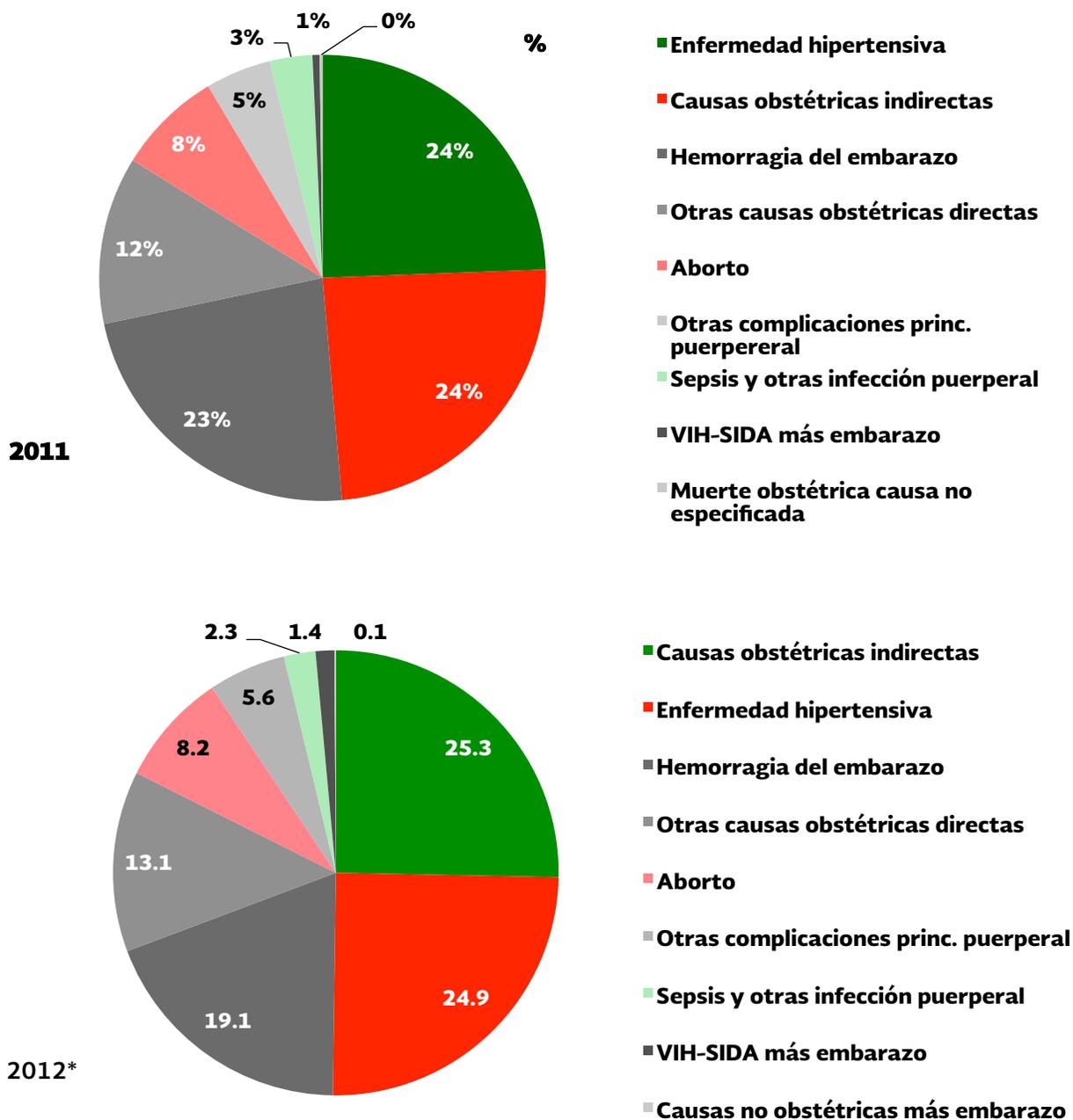
Del 2011 al 2012 se modificaron las causas de muerte materna y actualmente se ha incrementado el porcentaje de las causas obstétricas indirectas como fue la influenza en 2009. (Gráfica 2)

Gráfica 1. Razón de muertes maternas, según causas. México, 1990 - 2012



Fuente: DGIS/INEGI.

Gráfica 2. Porcentaje de causas de muerte materna. México, 2011-2012*

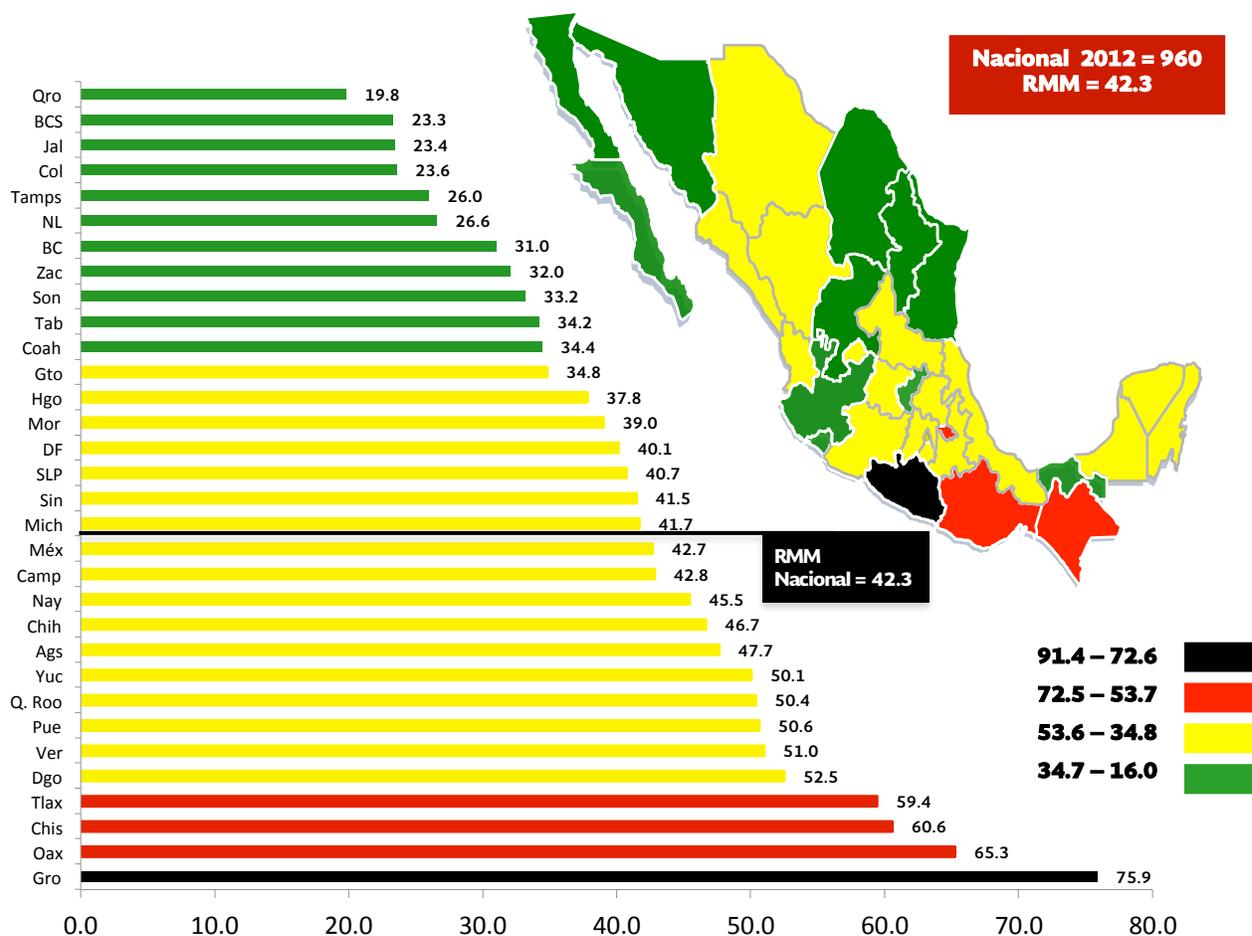


Fuente: *2011-2012- Cierre definitivo, DGIS/INEGI.

A pesar de que se ha observado una reducción en la muerte materna a nivel nacional, existen grandes brechas entre las entidades federativas en donde aún se presentan RMM altas, similares a países subdesarrollados

y con índices de desarrollo bajo. Como se observa en Guerrero, Chiapas y Oaxaca (Gráfica 3) ^{11,12}

Gráfica 3. Razón de Muerte Materna por entidad de residencia. México, 2012

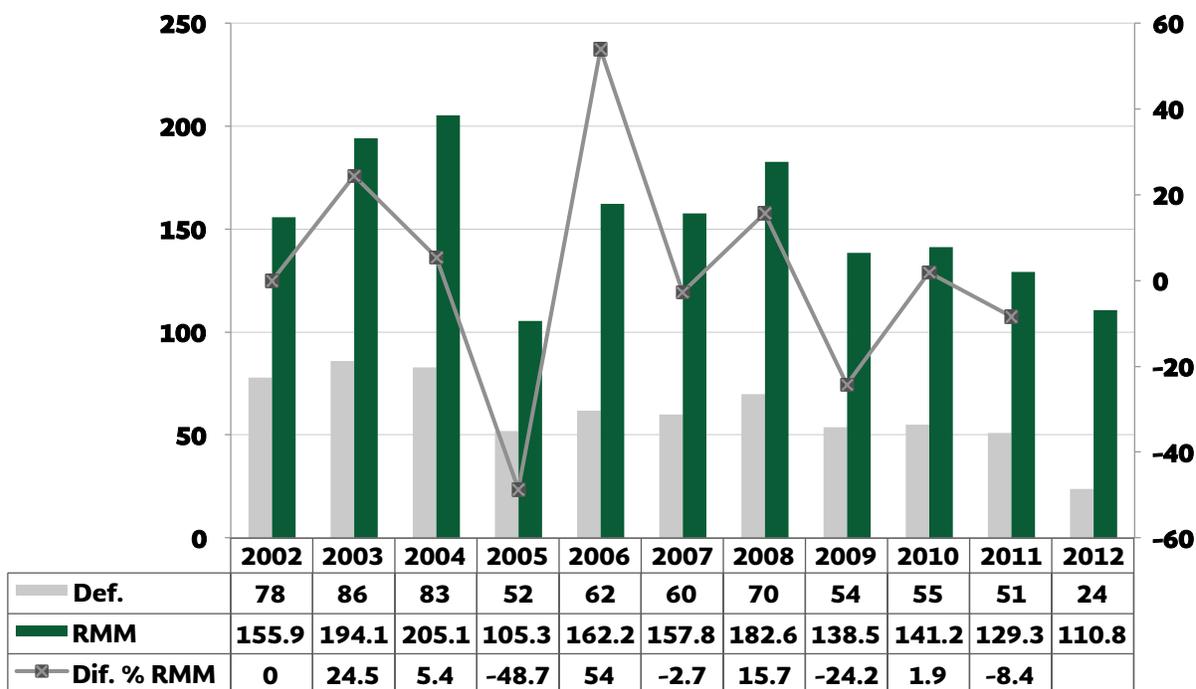


Fuente: DGIS/INEGI 2012.

RMM por 100 mil nacidos vivos registrados en SINAC.

En las entidades donde se encuentran los 125 municipios con menor índice de Desarrollo Humano, se ha observado en los últimos años una reducción secundaria a las estrategias implementadas sobre todo en entidades como Guerrero, pero a pesar de ello aún estos esfuerzos no son uniformes y suficientes para alcanzar las metas establecidas. (Gráfica 4)¹³

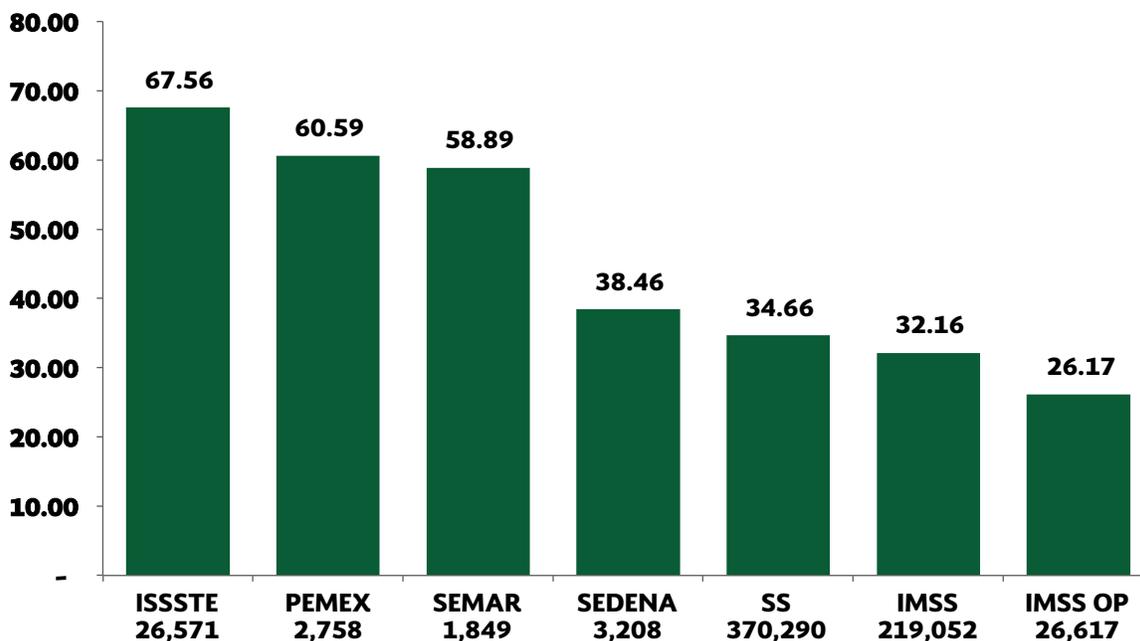
Gráfica 4. Mortalidad materna en los 125 municipios con el menor Índice de Desarrollo Humano. México, 2002 -2012



Fuente: DGIS/INEGI, 2002-2012.

A nivel mundial se ha observado un incremento en la realización de cesáreas innecesarias principalmente por causas secundarias (Aseguradoras médicas, mala información de las embarazadas, deficiente interpretación de registros de cardiocografía fetal, mala práctica de obstetras, etc.). En nuestro Sistema Nacional de Salud se ha observado en algunas instituciones incrementos por arriba de lo normado nacional e internacionalmente. En el 2012 se identificaron instituciones que tenían más del 50% de la atención de sus nacimientos por cesáreas. (Gráfica 5)

Gráfica 5. Porcentaje de cesáreas por institución. México, 2012



En los últimos años se han planteado estrategias para acelerar la reducción de muerte materna, sin embargo el resultado aún no es suficiente, por ello se ha realizado un análisis de su comportamiento durante los últimos tres años (2010-2012) en donde se observó que la mayoría de las defunciones solo ocurren en el 21% del total de los municipios.

El 61% de la mortalidad se encuentra en 10 entidades federativas que son: Estado de México, Veracruz, Chiapas, Puebla, Distrito Federal, Guerrero, Oaxaca, Jalisco, Chihuahua y Baja California, concentrándose en municipios urbanos. Aquí se encuentra el reto para incorporar nuevas estrategias focalizadas que permitan en estas entidades lograr una mayor disminución que impacte en la RMM nacional, involucrando a todas las instituciones del Sistema de Salud e instituciones privadas. (Cuadro 3)



Cuadro 3. Entidades por lugar de residencia que contribuyen con el 61% de la mortalidad materna

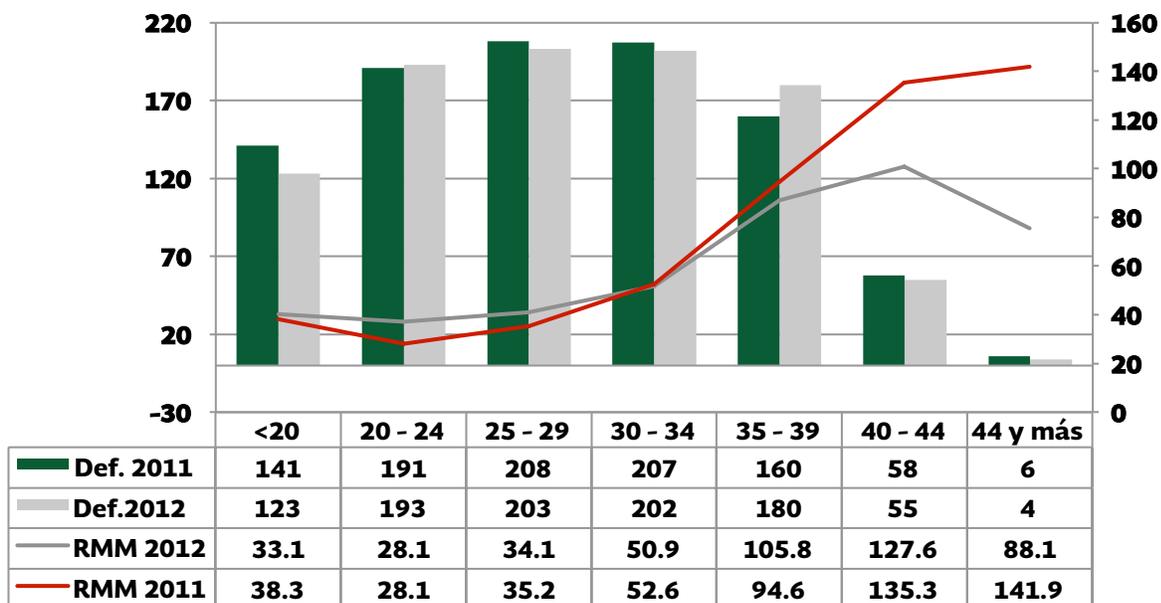
Entidades	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
	1,242	1,166	1,097	1,119	1,207	992	971	960
México	197	149	144	154	166	119	127	130
Veracruz	82	79	99	98	93	78	81	72
Chiapas	82	82	78	92	71	69	60	68
Puebla	74	63	58	62	78	58	59	64
Distrito Federal	80	78	89	69	72	76	56	56
Guerrero	85	84	64	62	68	53	69	56
Oaxaca	70	54	70	67	66	59	50	53
Jalisco	52	77	46	52	81	48	36	36
Chihuahua	57	43	46	38	55	39	46	32
Baja California	28	23	22	24	30	24	21	18
Subtotal	815	728	727	725	770	642	605	585
Porcentaje del total	65.6	62.4	66.3	64.8	63.8	64.7	62.3	60.9

Fuente: 2005- 2012 Cierre definitivo DGIS/INEGI, Defunciones notificadas, por lugar de residencia.

A través del estudio de las muertes maternas hemos comprendido que los grupos de mayor riesgo y que representan las mayores razones de mortalidad materna se encuentran en los extremos de la vida, por ello es necesario aplicar nuevas estrategias que incrementen la prevención del embarazo en adolescentes y el retraso en la vida sexual activa, así como en el otro extremo (mayores de 35 años) favorecer que estas mujeres prevengan enfermedades concomitantes. Pues se observa un incremento en las muertes maternas indirectas. Lo que obliga a la detección temprana de estas enfermedades desde la etapa pregestacional para hacer más oportuna las intervenciones. (Gráfica 6)

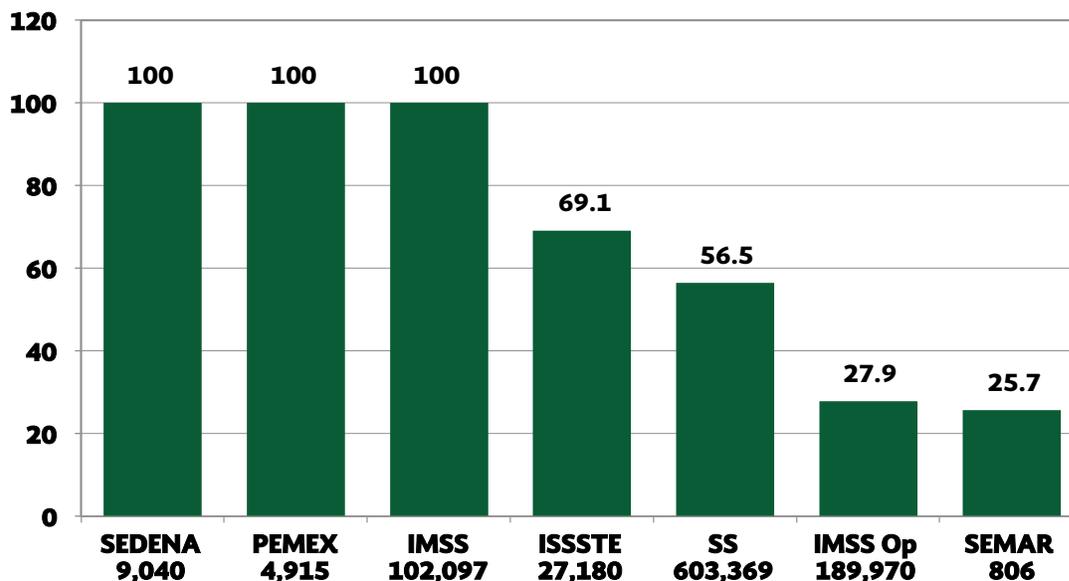
Muchas de las defunciones maternas ocurren durante la etapa del puerperio por lo cual se hace necesario promover la importancia de llevar a cabo la atención puerperal desde el control del embarazo, en todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud. (Gráfica 7)¹⁴

Gráfica 6. Defunciones y Razón de Muerte Materna por grupo de edad. México 2011 vs 2012



2011 Nacional Defunciones = 971 RMM= 43.0	2012 Nacional Defunciones= 960 RMM= 42.3
--	---

Gráfica 7. Porcentaje de mujeres que inician control de puerperio por institución. México, 2012



Nacional: 937,377
49.16%

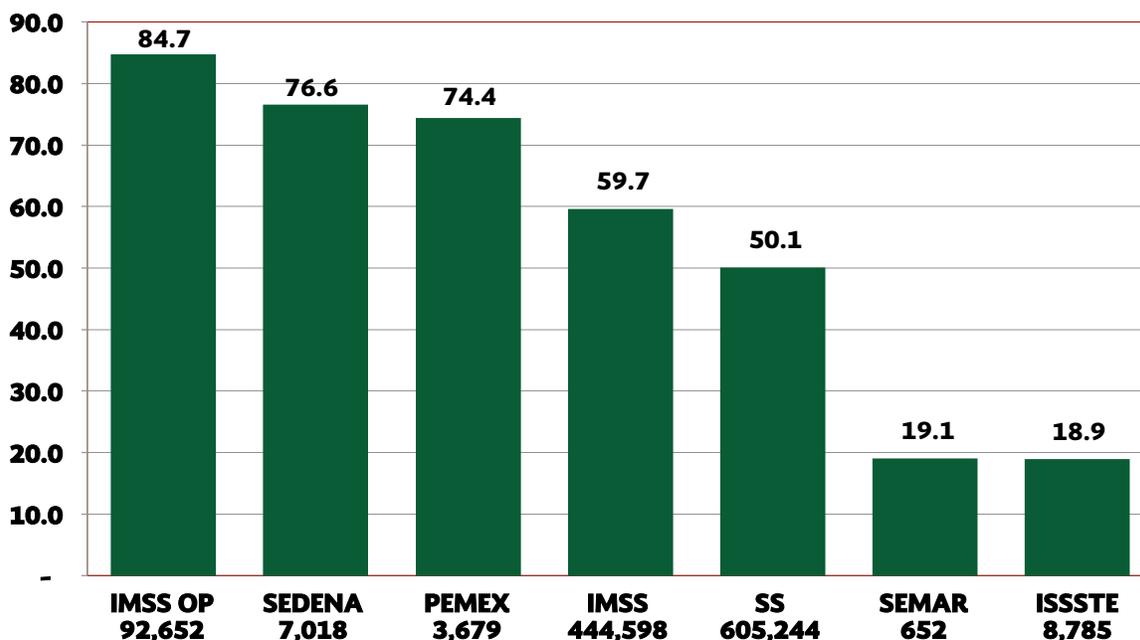
Fuente: Sistemas institucionales de información.



En los últimos años se ha promovido la atención de la emergencia obstétrica, integración de los servicios de urgencias y formación de Equipos de Respuesta Inmediata, pero es necesario que estas acciones sean sistematizadas y universales.

Es conocido que una de las estrategias con mayor impacto para la reducción de muerte materna es la anticoncepción, en nuestro país es una de las estrategias que se abandonó en los últimos años. (Gráfica 8)

Gráfica 8. Porcentaje de aceptantes de método anticonceptivo en el postevento obstétrico, por institución México 2012



Fuente: Sistemas institucionales de información.

Situación de la mortalidad neonatal

En México al igual que en otros países de América Latina, la mortalidad neonatal constituye más del 60% de la mortalidad infantil y ha presentado mínimos cambios en los últimos años.

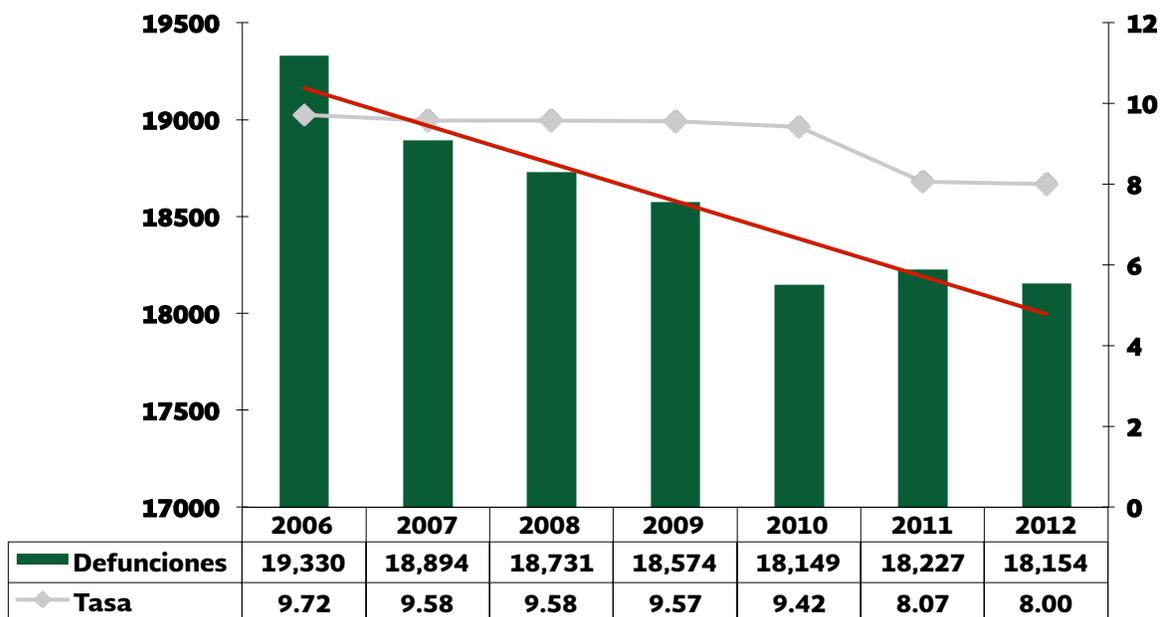
Para dar cumplimiento a la meta 4 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, se requiere intensificar las acciones que permitan reducir el número de muertes neonatales, ya que los esfuerzos hasta ahora realizados han sido insuficientes, pues la mayor reducción de la mortalidad en menores de 5 años se observa en la etapa pos neonatal y los avances en la etapa neonatal son mínimos.¹² (Gráfica 9)

Desde hace una década, una revisión sistemática de la evidencia con respecto a las intervenciones con potencial para reducir la mortalidad infantil en dos tercios, ha resaltado la importancia de integrar paquetes de intervención que abarcan el continuo de atención desde la etapa pre- gestacional, desde entonces se ha avanzado mucho, sin embargo existen brechas importantes en la cobertura de las intervenciones, lo que limita el avance en la reducción de la mortalidad neonatal en nuestro país y por tanto, coloca en riesgo el cumplimiento del ODM 4^{7,15}

Gráfica 9. Tasa de Mortalidad Neonatal 2006-2012

Defunciones de recién nacidos	2006	2007	2008	2009	2010	2011*	2012*
		19,330	18,894	18,731	18,574	18,149	18,227
Tasa de mortalidad en recién nacidos	9.72	9.58	9.58	9.57	9.42	8.07	8.00

Tasa de Mortalidad Neonatal 2006 – 2012



Fuentes: DGIS:SS

Tasa por 1,000 N.V.E. La tasa se calculó con nacimientos estimados por CONAPO 1990-2 010.

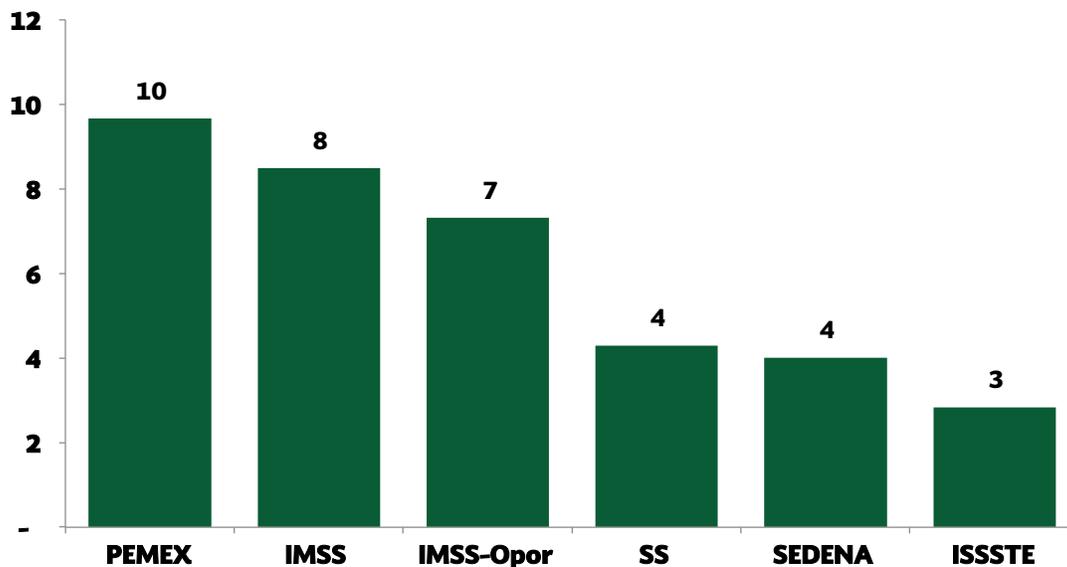
*Tasa por 1,000 NVR SINAC 2011-2012.

Para un incremento importante en la reducción de tasas de mortalidad neonatal se requiere fortalecer la calidad del control prenatal e iniciar con la valoración de la etapa pregestacional.

Es necesario incrementar el promedio de consultas integrales y efectivas en algunas instituciones, así como mejorar la calidad de las mismas, y con ello prevenir las principales complicaciones maternas y neonatales. (Gráfica 10)



Gráfica 10. Promedio de consultas otorgadas por las instituciones a embarazadas. México, 2012

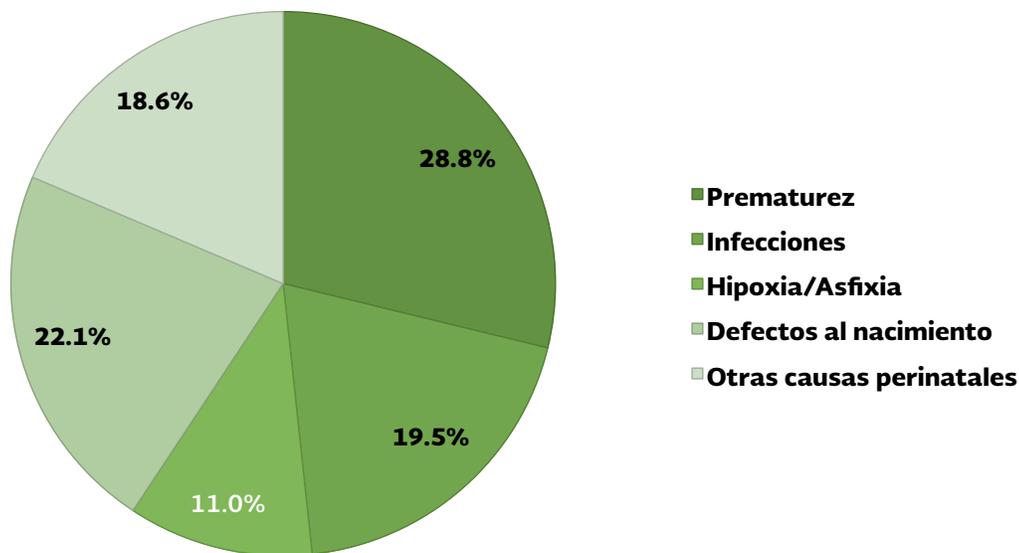


Fuente: Sistemas institucionales de información.

En cuanto a las principales causas de muerte neonatal durante el 2012 se observó que fueron principalmente la prematuridad, defectos al nacimiento y las infecciones. Por ello se requiere mejorar e incrementar las intervenciones de la etapa pregestacional y prenatal, que son las de mayor impacto en estas causas, además de ser costo efectivas. (Gráfica 11)



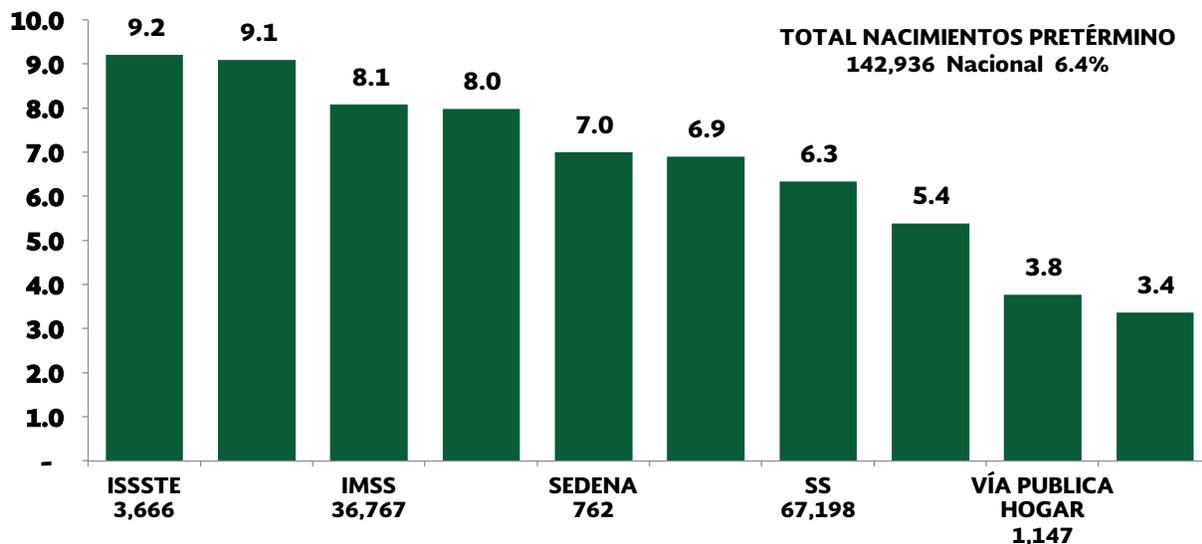
Gráfica 11. Principales causas de mortalidad neonatal. México, 2012



Fuente: SS/DGIS/Cubos defunciones neonatales, 2012 INEGI-SIS.

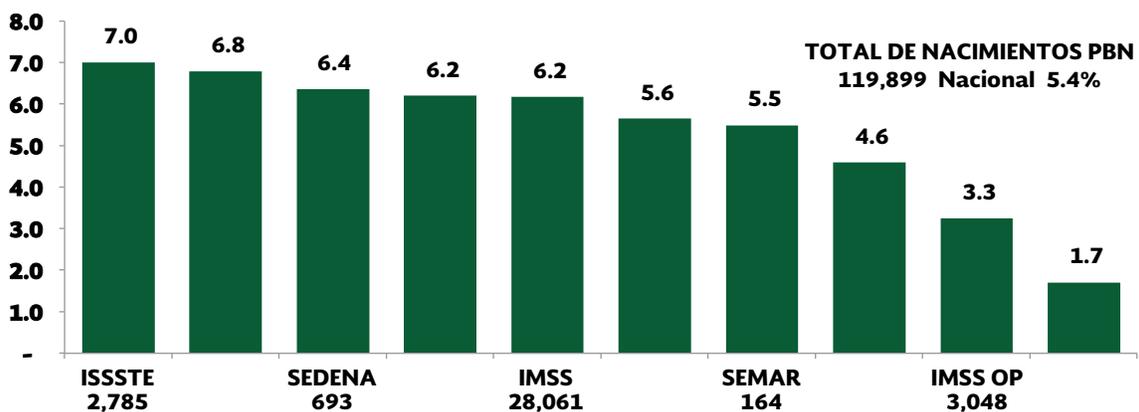
En cuanto a la salud perinatal actualmente se tienen porcentajes altos de prematuros y peso bajo al nacimiento (Gráficas 12 y 13), condiciones que generan riesgos altos para la mortalidad y discapacidad en estos niños y niñas, es por ello que se requiere incrementar la cobertura de los paquetes de intervenciones que permitan reducir los nacimientos prematuros y mortalidad ocasionados por esta causa, como son el control prenatal con detección oportuna de bacteriuria sintomática, adecuada nutrición, ácido fólico, uso de esteroides en amenaza de parto prematuro, uso de surfactante y CPAP nasal.¹⁶⁻¹⁸

Gráfica 12. Porcentaje de prematuridad por institución. México, 2012



Fuente: SINAC/DGIS CUBOS DINÁMICOS AÑO 2012.

Gráfica 13. Porcentaje de bajo peso al nacimiento por institución. México, 2012



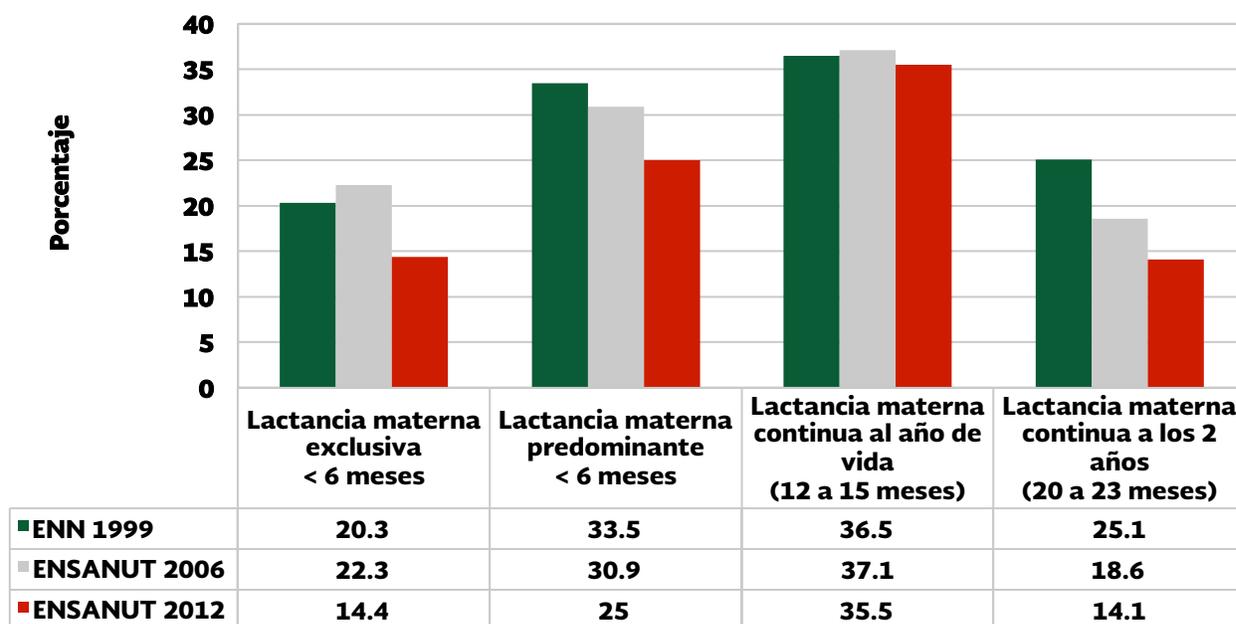
Fuente: SINAC/DGIS Cubos Dinámicos, 2012.

Lactancia materna

En México el porcentaje de niños de seis meses que reciben lactancia materna exclusiva es sumamente bajo 14.4%, al año solo la tercera parte de los niños reciben lactancia materna y a los dos años solo una séptima parte. Del 2006-2012 la lactancia materna exclusiva disminuyó de 22.3 % a 14.4 % y en el área rural la reducción fue de 36.9% a 18.5% y el 50% de los niños menores de dos años usan el biberón. De acuerdo con datos de ENSANUT 2012 se hace notar el descenso entre el 2006 y el 2012 lo cual es un desafío al sistema de salud para lograr incrementar esta estrategia generosa para la salud de los niños y las niñas, y la reducción de la morbimortalidad infantil en cuanto al estado nutricional, prevención de obesidad y de enfermedades infecciosas respiratorias, digestivas, alérgicas e incluso leucemias en menores de 5 años, y la programación en la línea de vida, así como la prevención de enfermedades crónico degenerativas del adulto y representa un beneficio para la madre ya que contribuye en la prevención del cáncer de mama. (Gráfica 14)

La práctica de la lactancia materna exclusiva, es de las intervenciones más costo-efectivas^{17,19-21} para la reducción de la mortalidad, sin contar con los incontables beneficios que; es por esto que es fundamental realizar y unificar acciones que permitan incrementar el número de niñas y niños que son alimentados con leche materna desde su nacimiento y hasta los 2 años de edad, para lo cual, es importante; posicionar el tema en la agenda de los tomadores de decisión de los diferentes órdenes de gobierno, fortalecer las competencias institucionales para la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna, así como vigilar el cumplimiento del Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna.

Gráfica 14. Duración de la lactancia exclusiva



Fuente: Deterioro de la lactancia materna: dejar las fórmulas y apegarse a lo básico. Evidencia para la política pública en salud. ENSANUT 2012.



Protección y fomento de la lactancia materna exclusiva

La Secretaría de Salud, con el apoyo de la OPS han venido apoyando el Programa de Hospital Amigo del Niño y de la Madre, estableciendo los criterios y procedimientos para la protección y fomento de la lactancia materna exclusiva, atendiendo las condiciones sociales, culturales y laborales de la mujer lactante. Estos criterios y procedimientos deben ser la base para la capacitación del personal e información a las madres.²²

Actualmente solo el 4.56% de los 767 están certificados hasta el 2006.

Existe un rezago importante en las instituciones educativas en las carreras de la salud, donde no se incluye la materia de nutrición y menos la de lactancia materna, donde no se le ha dado la importancia debida. Cabe señalar que sumado a este rezago no se cuenta con una campaña de medios que influya en la percepción de la lactancia natural en la población en general y que elimine mitos y falacias.

III.3 Avances 2000-2012

Avances en salud materna

Búsqueda Intencionada y Reclasificación de la Muerte Materna (BIRMM)

En 2002 México realizó un estudio que confirmó la mala clasificación de las muertes maternas del país, debido al registro incorrecto de las causas de muerte en el Certificado de Defunción; así mismo, se reconoció el subregistro y registro extemporáneo de los nacidos vivos captados a través de su inscripción en el registro civil, lo cual en conjunto provocaba una reducción artificial de la RMM.

Con el fin de corregir estas deficiencias a partir del 2002 se estableció la Búsqueda Intencionada y Reclasificación de las Muertes Maternas (BIRMM) en todo el país, cuyo objetivo es subsanar la mala clasificación de estas defunciones. La BIRMM ha permitido rescatar anualmente para la estadística oficial entre 10 y 30% de defunciones que inicialmente no se reconocían como maternas.

Al respecto, es importante destacar que mediante Acuerdo Secretarial, el 28 de diciembre del 2012 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Manual de Procedimientos para la Búsqueda Intencionada y Reclasificación de Muertes Maternas, por lo que su ejecución es ahora de observancia obligatoria en todo el país, de la misma forma, en la NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información en Salud (DOF 30-11-2012, se

incorporó el numeral 12.2.16.1, donde se establece que todas las defunciones maternas confirmadas, probables o sospechosas de serlo, deben ser estudiadas conforme a lo establecido en el citado Manual; de manera complementaria, en la Tercera Reunión Ordinaria 2012-2018 del Consejo Nacional de Salud, se estableció como compromiso permanente (Acuerdo 11) el “Cumplimiento de los lineamientos de la BIRMM” lo cual obligará a monitorear este cumplimiento durante todo el sexenio.²³

Notificación inmediata de muertes maternas

El 1º de noviembre de 2004 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el “Acuerdo por el que se establece la aplicación obligatoria en las instituciones públicas y privadas del Sistema Nacional de Salud, de los componentes del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida y de la Vigilancia Epidemiológica Activa de las defunciones Maternas”.

El Sistema de notificación inmediata tiene como objetivo, la recepción de información preliminar en defunciones relacionadas con embarazo y causas obstétricas directas e indirectas.

En el 2011 se implementó el Módulo de Muertes Maternas en la Plataforma del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), es una herramienta muy importante para la alerta temprana que permite identificar riesgos a la salud materna y no solo alerta por defunción, así mismo facilita la coordinación interinstitucional (CNEGSR, COFEPRIS, DGIS) y el análisis y difusión para toma de decisiones.

Convenio General de Colaboración Interinstitucional de Emergencias Obstétricas (CAEO)

El Sistema Nacional de Salud se encuentra fragmentado, este hecho es una barrera de acceso para los servicios de salud; lo que representaba un riesgo para la atención de la emergencia obstétrica, por ello, el 28 de mayo del 2009 se implementó el Convenio General de Colaboración (CAEO) que celebraron la SS, el IMSS y el ISSSTE; con el objeto de promover una mayor colaboración entre instituciones, a fin de garantizar la prestación de servicios médicos de urgencias de acuerdo a la normatividad vigente, para el mejor aprovechamiento de la capacidad instalada en materia de prestación de servicios de salud, lo cual promoverá mediante instrumentos internos y de coordinación de las acciones, la atención de emergencias obstétricas mediante la prestación de servicios con calidad y seguridad en unidades acreditadas,^{24, 25} para el paciente, coadyuvando de esta manera en la disminución de las brechas existentes en materia de capacidad instalada para ampliar la oportunidad de acceso a los servicios de salud.

En el 2011 se reactivó dicho convenio y con apoyo de las tres Instituciones, se creó el Sistema para el Registro de



las Emergencias Obstétricas (SREO) de uso obligatorio para la contraprestación de los servicios derivados del Convenio General, dicho sistema integra la información de manera única, estandarizada y disponible en línea.

Bajo esta premisa, en el 2012 se incorporaron a esta modalidad de servicios 414 unidades hospitalarias de resolutivez alta, media y básica, de las tres instituciones, como se muestra en el Cuadro 4.

Cuadro 4. Unidades hospitalarias resolutivas del CAEO. México 2012

UM	IMSS	ISSSTE	SALUD		TOTAL
			SESA	INS y HFR	
Alta resolutivez	39	29	90	2	160
Media resolutivez	52	13	172	4	241
Básica	4	9	0	0	13
Total	95	51	262	6	414

De 2011 a noviembre del 2013 se han atendido 2,274 pacientes en alguna unidad médica diferente a su adscripción o derechohabencia, con un costo estimado en 54.7 millones de pesos, de los cuales, el 10% corresponde al ISSSTE, el 52% al IMSS y el 38% a la Secretaría de Salud.

Uno de los requisitos para el funcionamiento del convenio es la acreditación de unidades médicas resolutivas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) (Atención Materna). Hasta el 2012 se han acreditado 318 unidades de las cuales, 203 son de la Secretaría de Salud, 76 del IMSS, 39 de ISSSTE. En el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPCGC) (Atención del Recién Nacido) se han acreditado 98 unidades de la Secretaría de Salud. (Cuadro 5)



Cuadro 5. Acreditación de Unidades Médicas Resolutivas en el SREO 2012
Estatus de Acreditación de Unidades Médicas Resolutivas

Causas			
	Acreditadas	No Acreditadas	Total
SS	203	65	268
IMSS	76	19	95
ISSSTE	39	12	365
Total	318	96	414

FPGC-SM (UCIN)			
	Acreditadas	No Acreditadas	Total
SS	98	53	151
IMSS	0	47	47
ISSSTE	0	29	29
Total	98	129	227

Avances en salud perinatal

En materia de salud perinatal se han conseguido avances importantes, sin embargo aún no se refleja el impacto deseado en la reducción.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 se señala que las prácticas de alimentación infantil en niños menores de dos años mostró que un 38.3% de los niños son puestos a seno materno en la primera hora de vida. En el ámbito nacional entre 2006 y 2012 la lactancia materna exclusiva a los seis meses disminuyó de 22.3% a 14.4%, mientras en el medio rural la reducción fue de 36.9% a 18.5%.

Por ello, se retomaron acciones tales como: la iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Niña, la Capacitación en Lactancia Materna y la Implementación de Bancos de Leche Humana, para otorgar los beneficios de la leche materna a los niños enfermos y/o de riesgo. Así mismo, durante el 2012 se realizaron 3 cursos de formación y actualización de evaluadores externos, así como la evaluación de 25 hospitales para otorgar la nominación de Hospital Amigo del Niño y la Niña, bajo los criterios globales establecidos por la OMS, nominación que se

otorgó a 24 de las unidades evaluadas.

En cuanto a la mortalidad por hipoxia-asfixia que actualmente ocupa el 4° lugar como causa de muerte, se instrumentó la estrategia de reanimación neonatal, mediante el desarrollo de 2,488 cursos de capacitación en el periodo 2005-2012, dirigidos al personal operativo de las entidades federativas, contándose a la fecha con 417 instructores y 4,909 reanimadores; así mismo se realizó el primer curso nacional de formación de instructores en el programa ayudando a respirar a los bebés, dirigido a la capacitación del personal comunitario en las maniobras básicas de reanimación y atención inicial del recién nacido.

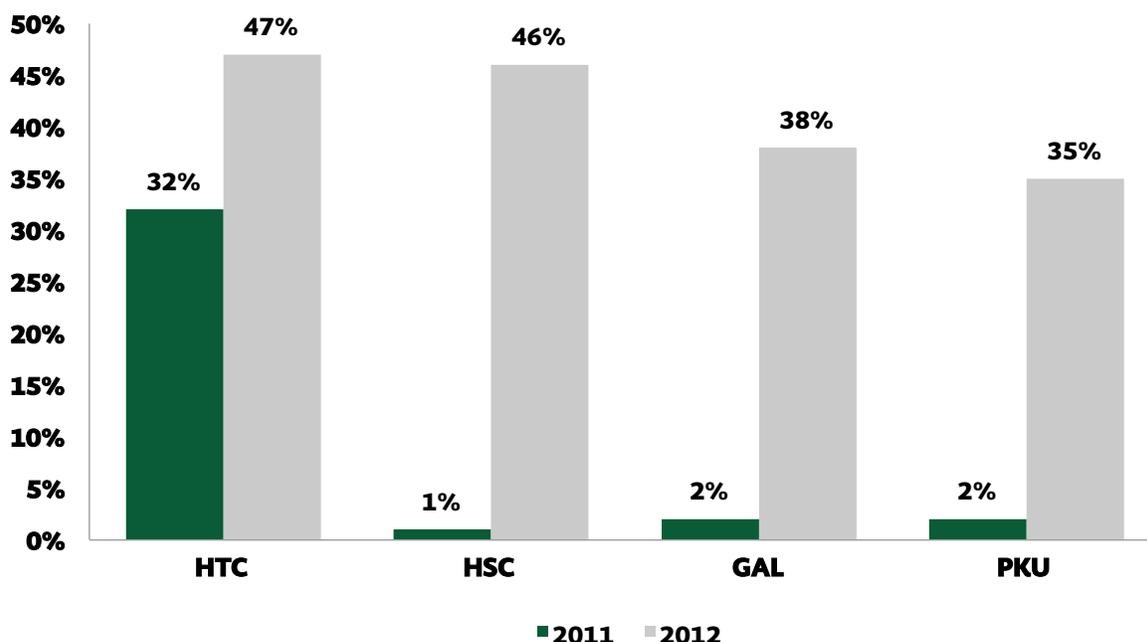
Con relación a la prevención de discapacidad mediante la detección oportuna de enfermedades con el tamiz neonatal, se observan cambios importantes, ya que la cobertura para la detección de hipotiroidismo congénito incrementó de 57.7 en el año 2000 a 98% en 2012.



En 1996 se inició el tamiz neonatal en el Sistema Nacional de Salud con la detección de hipotiroidismo congénito. Paulatinamente se agregaron nuevas determinaciones en el IMSS, ISSSTE fueron: hiperplasia de glándulas suprarrenales, fenilcetonuria, galactosemia y deficiencia de biotinidasa. En la Secretaría de Salud se incrementaron la detección de Hiperplasia de glándulas suprarrenales, fenilcetonuria y galactosemia, en los Servicios de Salud de Pemex se realizan 57 determinaciones.

Se elaboraron lineamientos para el manejo,²⁶ se incorporó mediante un convenio de colaboración el envío gratuito de muestras por DHL en 2007. Se observa un incremento en el acceso a pruebas confirmatorias del 2011 al 2012. (Gráfica 15)

Gráfica 15. Acceso a pruebas confirmatorias para el tamiz neonatal SS, 2011-2012



Fuente: Sistemas institucionales de información.

HTC: hipotiroidismo congénito HST: Hiperplasia de Glándulas Suprarrenales GAL: Galactosemia PKU: Fenilcetonuria.

Participación comunitaria

El CNEGSR ha desarrollado diversas acciones comunitarias que contribuyan al abatimiento de la muerte materna. Entre ellas destaca la implementación de una estrategia de participación social y de las autoridades municipales, autoridades de salud, grupos organizados y comunidad en general que dan complemento a la red de servicios de salud y fomentan la participación activa de la comunidad, con el propósito de facilitar el acceso de las embarazadas y puérperas a los servicios de salud, sobre todo ante una emergencia obstétrica, y contribuir al abatimiento de la mortalidad materna y perinatal.

La estrategia se ha desarrollado principalmente en municipios repetidores de muerte materna y de alta marginalidad.

Las acciones fundamentales para el desarrollo de esta estrategia, parten de la capacitación brindada en talleres específicos que enfatizan y sensibilizan a los diferentes actores sobre la mortalidad materna y perinatal, la importancia de su articulación y del trabajo comunitario, así como sobre la responsabilidad de todos sobre el tema. De los talleres se derivan compromisos de trabajo acorde a las necesidades identificadas y mecanismos de seguimiento a los mismos.



Una de las estrategias más valiosas es la instalación de Posadas de Atención a la Mujer Embarazada (Posadas AME), que integran espacios físicos ubicados cerca de hospitales resolutivos, donde las mujeres que residen en localidades dispersas o que se ubican a más de dos horas de distancia de los servicios de salud pueden recibir hospedaje, alimentación e incluso apoyo en el cuidado de sus hijas/os mientras se atiende su salud.

En el 2013 operaron 82 Posadas en 19 entidades federativas y albergaron a un total de 12,228 embarazadas y púerperas, y desde 2007 a la fecha 35,575 mujeres.

Otra fortaleza importante es el transporte de embarazadas o púerperas, ante un caso de emergencia obstétrica a los hospitales o unidades resolutivos (Transporte AME). En 2013 se efectuaron 14,649 traslados y acumulativo desde 2007, se han efectuado 96,795 traslados.

Desde 2008 se implementó la estrategia de identificar dentro de la comunidad, personas dispuestas a acompañar a la gestante durante el control prenatal, la atención del parto y la vigilancia del puerperio, con el propósito de orientarla y apoyarla en el cuidado de su salud. A estos personajes se les denominó Madrinas comunitarias y reciben capacitación por parte del personal de salud para realizar un acompañamiento efectivo.

Desde su inicio al cierre de 2013 se han apoyado a 112,637 mujeres embarazadas consiguiendo que todas ellas llevaran a buen término la gestación.

Para apoyar las acciones de información a la población y de capacitación al personal de salud, se han diseñado materiales impresos que informan sobre cómo elaborar un plan de seguridad a seguir en el momento del parto o ante una emergencia obstétrica; el reconocimiento de datos de alarma durante el embarazo, parto y puerperio; así como para promover la lactancia materna y el cuidado neonatal, entre otros. Muchos de los materiales se han traducido a diferentes lenguas de las comunidades marginadas.

Otra estrategia para la atención de la emergencia obstétrica es la implementación de la línea 018000MATERNA que funciona las 24 horas los 365 días del año como un apoyo más a las embarazadas y familiares, para orientarlos en cuanto a señales de alarma durante el embarazo y el puerperio y sobre los sitios y procedimientos para recibir servicio médico, durante el embarazo, el parto y particularmente durante una emergencia obstétrica, favoreciendo el cero rechazo. En el año 2013 se atendieron un total de 2,083 llamadas.

III.4 Retos 2013-2018

Ante este panorama, resulta indispensable:

Prioridades para acelerar la reducción de la mortalidad materna, intervenciones de impacto.

1. Acceso Universal

- Acceso de las mujeres y los hombres a la información y educación en salud reproductiva incluyendo planificación familiar y anticoncepción.
- Atención pregestacional, prenatal integral, efectiva, oportuna y programada a toda embarazada con énfasis en los grupos vulnerables, con intervenciones efectivas en la línea de vida.
- Consejería en durante la edad fértil, el embarazo, parto y puerperio en metodología anticonceptiva y APEO y lactancia desde el embarazo durante el parto y el puerperio²⁷
- Reorganización del modelo de atención del parto institucional con pertinencia cultural.
- La creación y fortalecimiento de redes obstétricas de atención hasta el puerperio.
- Acceso a la atención de la emergencia obstétrica (AEO) e integración de los servicios de urgencias y formación de los Equipos de Respuesta Inmediata (ERI).

2. Mejora de la calidad de atención

- Control prenatal integral ^{18,28-30}
- Identificación de riesgos y enfermedades concomitantes VIH/SIDA y la enfermedad de Chagas en zonas endémicas con pruebas rápidas y de laboratorio.
- Perspectiva de género e interculturalidad con respeto a los derechos humanos.
- Atención obstétrica de bajo riesgo en el primer nivel y manejo calificado en el 2º nivel y de la emergencia obstétrica, con intervenciones de probada eficacia.^{27-29,31}
- Cesáreas necesarias.³²
- Referencia y contra referencia efectiva y manejo de eslabones críticos y morbilidad severa "Near miss".³³



3. Recursos humanos calificados

- Capacidad suficiente de personal profesional para la atención pregestacional, prenatal, parto, puerperio seguro y respetuoso, del recién nacido, las 24 horas, los 365 días del año.
- Formación, capacitación y actualización de personal en obstetricia, parto seguro y emergencias obstétricas y neonatales.
- ERI en Emergencias Obstétricas.
- Fortalecimiento de capacidades gerenciales.

4. Infraestructura e insumos

- Equipo e insumos esenciales para la atención pregestacional, prenatal y perinatal así como para parteras tradicionales.^{28,29}
- Fortalecer el abasto y disponibilidad de insumos esenciales.
- Apoyar la ampliación y modernizar las unidades con capacidad resolutive obstétrica.
- Remodelación de servicios.
- Nuevas unidades que cumplan con la normatividad.

5. Información estratégica

- Armonizar los sistemas de información registro y vigilancia de la salud materna e historia clínica perinatal.
- Integración de Comités de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal, eficientes, con participación comunitaria que retroalimenten las políticas públicas.
- Vigilar el cumplimiento de normas y procedimientos.
- Monitoreo y supervisión del uso eficiente de los recursos.
- Investigación cuali y cuantitativa que impacte en la calidad de la atención.

El principal reto es redoblar esfuerzos para acelerar la reducción de muerte materna y con ello el cumplimiento de los ODM, para ello es necesario visualizar los siguientes puntos que aún tienen oportunidades de mejora:

Para conseguir un acceso efectivo a los servicios de atención obstétrica es necesario implementar la atención desde la etapa pregestacional para la detección y prevención de enfermedades concomitantes en las mujeres y hombres previó a su embarazo, así como garantizar la atención prenatal oportuna a toda embarazada con énfasis en los grupos vulnerables.^{19,20,34,35,36}

Es necesario el fortalecimiento de las redes de atención obstétricas, que incluya la vigilancia del puerperio, donde se presenta gran porcentaje de la mortalidad materna, como se observa en la gráfica 10, es necesario incrementar la atención durante el puerperio.^{19,34,35}

Se deberá promover el adecuado control de la salud materna y perinatal, basado en evidencia científica disponible, con la participación de todo equipo de salud, de la familia y la comunidad.^{19,20,34,35}

Incluyendo el proceso educativo de la mujer para el cuidado de la salud mejorando los estilos de vida.

Para tener un buen control prenatal oportuno, con el fin de prevenir y detectar a tiempo los riesgos obstétricos es necesario aumentar el porcentaje de embarazadas que acuden a su control desde el primer trimestre de gestación, en todo el Sistema Nacional de Salud. (Cuadro 6)



Cuadro 6. Porcentaje de embarazadas que inician el control prenatal durante el primer trimestre del embarazo. México, 2008-2012

Institución	Periodo				
	2008	2009	2010	2011	2012
SS	33.59	32.77	33.11	32.95	33.41
IMSS	46.28	48.90	52.43	54.68	57.30
IMSS- Oportunidades	57.48	57.02	54.72	53.09	57.90
ISSSTE	31.36	31.29	31.82	31.52	32.43
PEMEX	50.93	48.87	46.14	58.35	61.06
SEDENA	53.80	29.81	31.08	24.94	37.94
SEMAR	36.45	N/D	33.03	33.20	32.06
TOTAL	38.13	37.87	38.86	39.00	40.40

Fuente: Informes institucionales del SNS, 2008-2012.

Los resultados de impacto nos han demostrado que a pesar que se han incrementado el promedio de consultas prenatales, aún tenemos que mejorar la calidad de éstas, realizándolas en forma sistemática y ordenada, apoyada en instrumentos útiles.

Aunque se ha incrementado la atención del parto a nivel institucional, como se observa en la gráfica 18; nuestro gran reto continúa siendo garantizar el rechazo “CERO”, en todas las instituciones del sector, sin importar su derechohabencia, eliminando las prácticas innecesarias, respetando la diversidad e interculturalidad, respetando los derechos y con perspectiva de género.

Es necesario incorporar, como ya lo han hecho otros países la estrategia de parto respetuoso.

Para lograr estos cambios es prioritario la sensibilización del personal de salud, para que mejore su aptitud ante sus pacientes, tenga mejor trato, brinde información necesaria y con respecto a los derechos humanos de cada una de sus pacientes, respetando sus preferencias interculturales.

Con respecto a la atención neonatal, se ha visto que la mejor estrategia para la supervivencia infantil, mejorando su nutrición y la prevención de enfermedades es la lactancia materna, nuestro gran reto para el país es incrementar su prevalencia como lo recomienda la OMS,

de lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida y prolongar hasta los dos años de edad.^{17,19,20,30}

Para lo cual se consolidara la iniciativa de “Hospital Amigo del Niño y la Niña”, para promover la lactancia materna, así como la instalación de los Bancos de Leche Humana, en por lo menos uno en cada entidad federativa, además de la implementación de los lactarios en las dependencias públicas y privadas.

Armonizar los sistemas de información, así como la uniformidad en los mismos, es indispensable, por lo cual es necesario contar con un sistema que sea robusto y nos proporcione todas las variables para responder a nuestras necesidades de información y evaluación del Programa de salud materna y perinatal, por lo cual se ha pensado implementar el Sistema Informático Perinatal en todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

En los últimos años la reducción de muerte neonatal es un gran reto, incrementar su reducción.

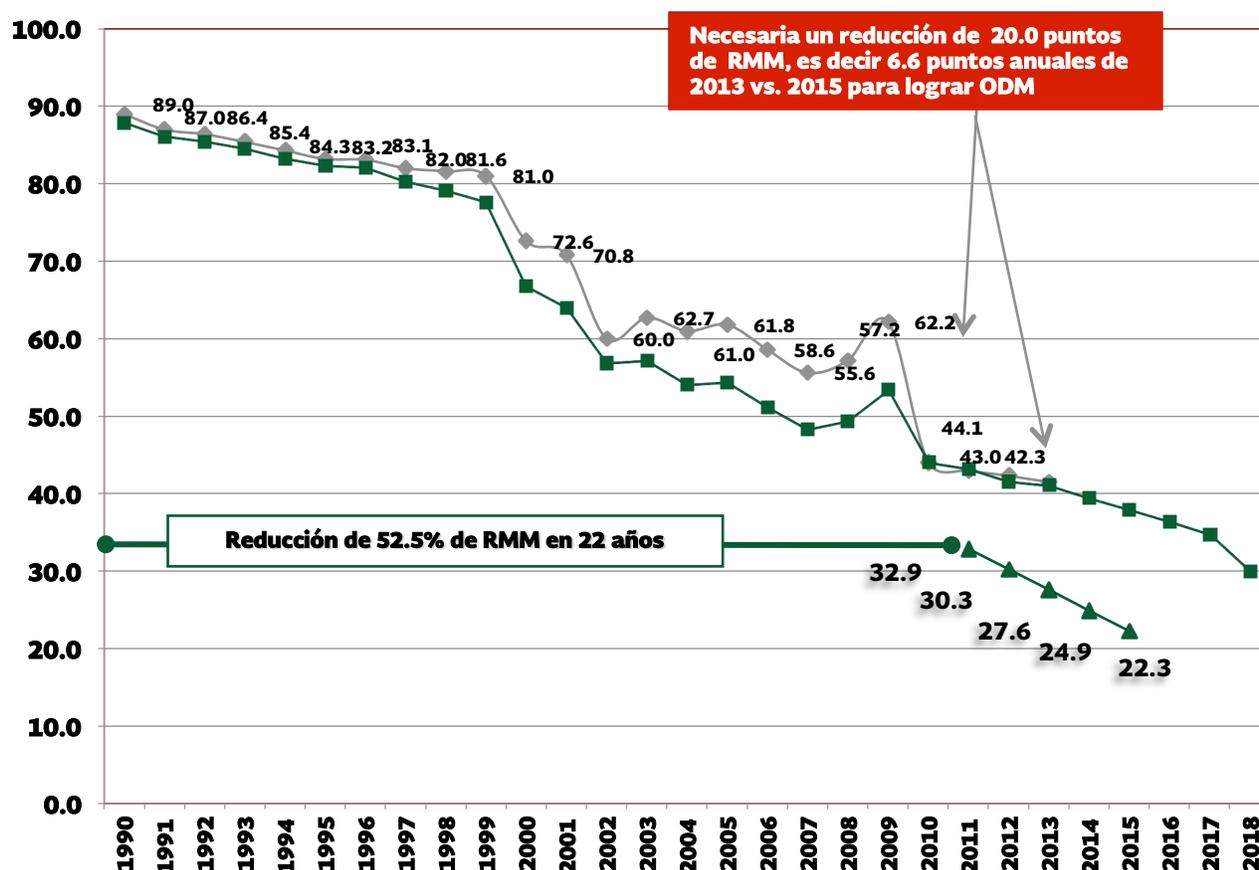
En cuanto al tamiz neonatal, se deberá trabajar en la ampliación de este en forma progresiva.^{37,38}

III.5 Objetivos del Desarrollo del Milenio

La mortalidad materna en México, desde 1990 a la fecha muestra que se ha logrado una reducción de la RMM, de 52.5% en 22 años, sin embargo para el avance tecnológico y científico de nuestro país, es muy poco, y por lo tanto no se logrará cumplir con los ODM, para lo que se requeriría acelerar la reducción en 20 puntos de razón, es decir 6.6 puntos anuales por año de 2013 a 2015.³⁹ (Gráfica 16)

Es necesario implementar nuevas estrategias y fortalecer las que han mostrado su efectividad, para incrementar la aceleración de la disminución de la mortalidad materna, con el involucramiento de todos los niveles, federal, estatal y local, además de otros sectores que intervienen para reducir la mortalidad materna^{2, 40, 41}

Gráfica 16. Razón de Muerte Materna en México, 1990-2018



Fuente: 1990 a 2012, INEGI-SSA/DGIS, SSA/ PROYECCIÓN OFIC 2013-2018.
La RMM corregida se calculó por 100,000 nacidos vivos del SINAC (2010-2012).



IV. ALINEACIÓN CON LAS METAS NACIONALES



IV. ALINEACIÓN CON LAS METAS NACIONALES

IV.1 Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018

La mortalidad materna y la mortalidad neonatal constituyen dos graves problemas de salud pública en México de origen multifactorial. Aun siendo una prioridad como política de estado, no se ha podido reducir la RMM y neonatal a la velocidad que nos permitiera pensar que las estrategias y acciones han tenido el impacto esperado, es por ello que ante el PND y el PROSESA,⁴³ se hace evidente la responsabilidad de impulsar el trabajo en el área de la prevención y de promoción de la salud ante una atención integrada de prevención en los diferentes niveles de las unidades médicas.

La vinculación con el PND 2013-2018⁴² y el PAE de Salud Materna y Perinatal 2013-2018 responde a la Meta México Incluyente para garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales de todos los mexicanos y mexicanas, que vaya más allá del asistencialismo y que conecte el capital humano con las oportunidades que genera la economía en el marco de una nueva productividad social, que disminuya las brechas de desigualdad y que promueva la más amplia participación social en las políticas públicas como factor de cohesión y ciudadanía a través de los siguientes objetivos estrategias y líneas de acción.

Cuadro 7. Alineación con el PND 2013-2018

Meta Nacional	Objetivo de la Meta Nacional	Estrategias del Objetivo de la Meta Nacional	Objetivo del PAE
2. México Incluyente	2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud.	2.3.1. Avanzar en la construcción de un Sistema de Salud Universal.	1. Propiciar el acceso universal de mujeres en etapas pregestacional, embarazo, parto, puerperio y neonatal, a servicios de calidad y respetuosos.
		2.3.3. Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad.	2. Contribuir a reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal, con enfoque de interculturalidad, priorizando grupos de alta marginación y de riesgo.
		2.3.4. Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.	1. Propiciar el acceso universal de mujeres en etapas pregestacional, embarazo, parto, puerperio y neonatal, a servicios de calidad y respetuosos.



IV.2 Alineación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018

El PROSESA 2013-2018⁴³ establece los objetivos, estrategias y líneas de acción a los que deberán apegarse las diferentes instituciones de la administración pública federal para materializar el derecho a la protección de la salud los cuales deberán ser congruentes con las metas nacionales del PND 2013-2018.

Por lo cual el Programa se vincula estrechamente con la finalidad de acelerar la obtención de resultados de impacto en la salud materna y perinatal para ello se alinean los siguientes objetivos estratégicos y líneas de acción.

Cuadro 8. Alineación con el PROSESA 2013–2018

Objetivos del PROSESA	Estrategias del PROSESA	Líneas de acción del PROSESA	Objetivo del PAE
1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y la prevención de enfermedades.	1.5. Incrementar el acceso a la salud sexual y reproductiva con especial énfasis en adolescentes y poblaciones vulnerables.	1.5.2 Promover acciones para prevenir el embarazo adolescente.	1. Propiciar el acceso universal de mujeres en etapas pregestacional, embarazo, parto, puerperio y neonatal, a servicios de calidad y respetuosos.
		1.5.8 Incrementar la cobertura de prevención prenatal y tratamiento oportuno para prevenir la transmisión vertical del VIH y Sífilis congénita.	
4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.	4.2. Asegurar un enfoque integral y la participación de todos los involucrados para reducir la mortalidad materna, especialmente en comunidades marginadas.	4.2.1. Asegurar un enfoque integral y la participación incluyente y corresponsable en la atención del embarazo, parto y puerperio.	2. Contribuir a reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal, con enfoque de interculturalidad, priorizando grupos de alta marginación y de riesgo.
		4.2.2. Mejorar la calidad de la atención materna en todos los niveles de atención.	
		4.2.3. Fortalecer la atención perinatal con enfoque de interculturalidad.	
		4.2.4. Proporcionar consejería y el acceso a la anticoncepción para prevenir el embarazo no planeado.	
		4.2.5. Vigilar el embarazo con enfoque de riesgo y referencia oportuna a la evaluación especializada.	
		4.2.6. Fortalecer la atención oportuna y de calidad en emergencias obstétricas, considerando redes efectivas interinstitucionales de servicios.	
		4.2.7. Consolidar el proceso de vigilancia epidemiológica, búsqueda intencionada y reclasificación de muertes maternas.	
		4.2.8. Promover la participación comunitaria para el apoyo a embarazadas y mujeres con emergencias obstétricas.	



V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA



V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA

V.1 Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción

Es fundamental reducir los rezagos en la atención de todas las mujeres, sus parejas y sus recién nacidos durante la etapa pregestacional, el embarazo (prenatal), parto, puerperio y la etapa neonatal, y que las intervenciones efectivas, preventivas e integrales y de calidad logren el impacto en la población blanco y las pacientes manifiesten satisfacción por el trato digno y respetuoso que reciben de los prestadores de servicios de salud.

El acceso de la atención a grupos de alta marginación, adolescentes y población de alto riesgo es una de las prioridades ya que, la evidencia científica a determinado que las mayores tasas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal se encuentran en estos grupos.

Objetivos:

1. Propiciar el acceso universal de mujeres en etapas pregestacional, embarazo, parto, puerperio y neonatal, a servicios de calidad y respetuosos.
2. Contribuir a reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal, con enfoque de interculturalidad, priorizando grupos de alta marginación y de riesgo.

Objetivo 1. Propiciar el acceso universal de mujeres en etapas pregestacional, embarazo, parto, puerperio y neonatal, a servicios de calidad y respetuosos.

Estrategia 1.1. Incrementar el acceso en las etapas pregestacional, prenatal, parto, puerperio y neonatal a servicios con alta calidad.

Líneas de acción:

- 1.1.1. Contribuir a mejorar la calidad y seguridad en la atención, con base en evidencia científica y mejores prácticas, eliminando intervenciones nocivas e innecesarias.

- 1.1.2. Implementar el desarrollo de intervenciones comunitarias y participativas para mejorar la salud materna, perinatal y paternidad responsable.

- 1.1.3. Promover, mantener y mejorar la salud de las embarazadas y de sus recién nacidos con un enfoque intercultural y género.

- 1.1.4. Fortalecer en coordinación con el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida (CENSIDA) las medidas para prevenir la transmisión vertical del VIH y la sífilis congénita, así como el seguimiento al recién nacido, en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud.

- 1.1.5. Identificar oportunamente riesgos en el embarazo para la referencia oportuna a la evaluación especializada y contra referencia efectiva.

- 1.1.6. Fortalecer la atención oportuna y de calidad en emergencias obstétricas considerando redes efectivas interinstitucionales de servicios.

- 1.1.7. Fortalecer y desarrollar acciones, específicas para la prevención, detección y manejo de los defectos al nacimiento.

Estrategia 1.2. Promover la nutrición efectiva en forma temprana y específica, en las etapas pregestacional, prenatal y neonatal.

Líneas de acción:

- 1.2.1. Fomentar la alimentación de calidad con micronutrientes que favorezcan la salud materna y fetal.

- 1.2.2. Impulsar la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y en caso de las mujeres con VIH brindar consejería sobre las alternativas para la alimentación infantil.

- 1.2.3. Fortalecer el manejo nutricional del prematuro extremo sustentado en evidencia científicas actuales y buenas prácticas.

Objetivo 2. Contribuir a reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal, con enfoque de interculturalidad, priorizando grupos de alta marginación y de riesgo.



Estrategia 2.1. Promover formación, actualización y desarrollo de recursos humanos para la atención integral, pregestacional, prenatal, del parto, puerperio y del neonato.

Líneas de acción:

- 2.1.1. Favorecer la disponibilidad de personal capacitado para la atención pregestacional, prenatal, parto, puerperio, las emergencias obstétricas y neonatales.
- 2.1.2. Sensibilizar y capacitar al personal para brindar atención materna y perinatal segura, competente y respetuosa de los derechos humanos.

Estrategia 2.2. Contribuir a prevenir embarazos de alto riesgo impulsando el acceso a métodos anticonceptivos, respetando la libre decisión de las mujeres.

Líneas de acción:

- 2.2.1. Favorecer el acceso de métodos anticonceptivos efectivos en mujeres con enfermedades que incrementan riesgos en el embarazo.
- 2.2.2. Promover acciones efectivas en el embarazo y el postparto para acceder a métodos anticonceptivos acordes a su condición.

Estrategia 2.3. Apoyar la gestión para insumos y equipamiento en unidades médicas que atiendan la salud materna y perinatal.

Líneas de acción:

- 2.3.1. Promover la adquisición de insumos y equipo estratégico para la atención materna y neonatal, priorizando localidades de alta marginación y concentración.
- 2.3.2. Apoyar la implementación de unidades de atención de parto centradas en necesidades y preferencias interculturales.

Estrategia 2.4. Fortalecer la vinculación de los procesos de gestión, vigilancia, monitoreo, seguimiento y evaluación para la acción y rendición de cuentas.

Líneas de acción:

- 2.4.1. Contribuir al fortalecimiento y vinculación de los sistemas de información y vigilancia de la salud materna y perinatal.
- 2.4.2. Fortalecer e impulsar los Comités de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal para identificar deficiencias y corregirlas.
- 2.4.3. Supervisar el desarrollo del Programa y dar seguimiento a las desviaciones y recomendaciones emitidas.
- 2.4.4. Dar seguimiento al uso eficiente de los recursos y su vinculación con resultados.

V.2 Estrategias Transversales

El Programa contribuye al cumplimiento de la estrategia transversal Perspectiva de Género específicamente en las líneas de acción del Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres (PROIGUALDAD) 2013-2018:

- 4.2.8. Reducir la mortalidad materna y fortalecer la atención perinatal con enfoque de interculturalidad.
- 4.6.1. Garantizar que los esquemas de programas alimentarios incorporen a niñas y mujeres embarazadas.

Lo anterior se cumplirá por medio de acciones aplicadas desde la etapa pregestacional, durante la atención prenatal, del parto y el puerperio, respetando la decisión de cada mujer y hombre como pareja, sobre cómo quiere ser atendido sobre todo en el periodo de expulsión, de acuerdo a las diferentes corrientes culturales, para que se tenga una atención de calidad, calidez y de respecto a sus derechos humanos y sexuales.

Con respecto a garantizar que los esquemas de programas alimentarios incorporen a niñas y mujeres embarazadas, se brindará orientación nutricional durante todas las etapas de la vida, para que se puedan alimentar aprovechando los productos de cada región y no con dietas pre-dirigidas que no correspondan con la realidad.



VI. INDICADORES Y METAS

VI. INDICADORES Y METAS

El seguimiento continuo y la evaluación periódica de los logros obtenidos por el programa constituye una de las estrategias prioritarias para garantizar que los esfuerzos del Sistema Nacional de Salud contribuya 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.

A continuación se observan los indicadores necesarios para dar seguimiento y evaluación, necesarios para cumplir las metas nacionales de mortalidad materna y neonatal para 2018.⁴⁴

Elemento	Características					
Indicador 1	Porcentaje de embarazadas atendidas en el primer trimestre gestacional.					
Objetivo del PAE	Propiciar el acceso universal de mujeres en etapas pregestacional, embarazo, parto, puerperio y neonatal, a servicios de calidad y respetuosos.					
Descripción general	El indicador mide indirectamente a nivel institucional la calidad en la promoción y conocimiento de la mujer en la importancia de acudir al cuidado de su embarazo en forma temprana y oportuna para la prevención de complicaciones.					
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Total de mujeres embarazadas atendidas en el primer trimestre gestacional para su control prenatal en un año determinado / Denominador: Total de mujeres atendidas para su control prenatal para el mismo periodo por 100.					
Periodicidad	Trimestral.					
Fuente	Numerador: Sistemas de Información Institucionales; Denominador: Sistemas de Información Institucionales.					
Referencias adicionales	Rectoría: CNEGSR Estimación: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Monitoreo: Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED).					
Metas intermedias	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	41.4%	42.3%	44.2%	46.2%	48.1%	50.0%
Línea base 2012			Meta Sexenal			
40.4%			50.0%			



Elemento	Características					
Indicador 2	Cobertura de Tamiz Neonatal.					
Objetivo del PAE	Propiciar el acceso universal de mujeres en etapas pregestacional, embarazo, parto, puerperio y neonatal, a servicios de calidad y respetuosos.					
Descripción general	El indicador mide la calidad en la atención de los recién nacidos para la prevención de defectos congénitos metabólicos a nivel institucional.					
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Total de recién nacidos que se les realizó la prueba de tamiz neonatal en un año determinado / Denominador: Total de nacimientos atendidos para el mismo periodo por 100.					
Periodicidad	Trimestral.					
Fuente	http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/std_nacimientos.html					
Referencias adicionales	Rectoría: CNEGSR. Estimación: DGIS Monitoreo: DGED					
Metas intermedias	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	77.0%	79.6%	82.2%	84.8%	87.4%	90.0%
Línea base 2012			Meta 2018			
74.4%			90.0%			

Elemento	Características					
Indicador 3	Porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer.					
Objetivo del PAE	Propiciar acceso universal de mujeres en etapas pregestacional, embarazo, parto, puerperio y neonatal, a servicios de calidad y respetuosos.					
Descripción general	El indicador mide indirectamente la calidad en la atención durante el control prenatal a nivel institucional.					
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Total de recién nacidos con peso menor a 2,500 gramos al nacer en un año determinado / Denominador: Total de nacimientos registrados en los certificados de nacimiento para el mismo periodo por 100.					
Periodicidad	Trimestral.					
Fuente	Numerador: Sistemas de Información Institucionales Denominador: Subsistema de Información sobre Nacimientos. http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/std_nacimientos.html					
Referencias adicionales	Rectoría: CNEGSR Estimación: DGIS Monitoreo: DGED					
Metas intermedias	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	5.36%	5.32%	5.24%	5.16%	5.08%	5.0%
Línea base 2012			Meta Sexenal			
5.4%			5.0%			



Elemento	Características					
Indicador 4	Razón de Mortalidad Materna.					
Objetivo del PAE	Contribuir a reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal, con enfoque de interculturalidad, priorizando grupos de alta marginación y de riesgo.					
Descripción general	El indicador mide indirectamente la efectividad de las acciones de prevención y atención oportuna de complicaciones en mujeres embarazadas, parturientas y púerperas de acuerdo con la normatividad aplicable.					
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Total de defunciones de mujeres por causas maternas en un año determinado / Denominador: Total de nacimientos registrados en los certificados de nacimiento para el mismo periodo por 100,000.					
Periodicidad	Anual.					
Fuente	Numerador: Base de datos de mortalidad INEGI/SS. http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/std_defunciones.html Denominador: Subsistema de Información sobre Nacimientos. http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/std_nacimientos.html					
Referencias adicionales	Rectoría: CNEGSR Estimación: DGIS Monitoreo: DGED					
Metas intermedias	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	41.2	39.5	37.2	35.0	32.7	30.0
Línea base 2012			Meta Sexenal			
42.3			30.0			

Elemento	Características					
Indicador 5	Tasa de Mortalidad Neonatal.					
Objetivo del PAE	Contribuir a reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal, con enfoque de interculturalidad, priorizando grupos de alta marginación y de riesgo.					
Descripción general	El indicador mide indirectamente la efectividad de las acciones de prevención y atención oportuna en los menores de 28 días de edad de acuerdo con la normatividad aplicable.					
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Total de defunciones de menores de 28 días de edad en un año determinado / Denominador: Total de nacimientos registrados en los certificados de nacimiento para el mismo periodo por 1,000.					
Periodicidad	Anual.					
Fuente	Numerador: Base de datos de mortalidad INEGI/SS. http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/std_defunciones.html Denominador: Subsistema de Información sobre Nacimientos. http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/std_nacimientos.html					
Referencias adicionales	Rectoría: CNEGSR Estimación: DGIS Monitoreo: DGED					
Metas intermedias	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	7.91	7.82	7.63	7.44	7.25	7.07
Línea base 2012			Meta Sexenal			
8.0			7.07			

Elemento	Características					
Indicador 6	Porcentaje de partos atendidos a nivel institucional.					
Objetivo del PAE	Contribuir a reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal, con enfoque de interculturalidad, priorizando grupos de alta marginación, y de riesgo.					
Descripción general	El indicador mide indirectamente la calidad en la atención de los partos a nivel institucional.					
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Total de nacimientos atendidos a nivel institucional en un año determinado / Denominador: Total de nacimientos registrados en los certificados de nacimiento para el mismo periodo por 100.					
Periodicidad	Trimestral.					
Fuente	Numerador y denominador: Subsistema de Información sobre Nacimientos. http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/std_nacimientos.html					
Referencias adicionales	Rectoría: CNEGSR Estimación: DGIS Monitoreo: DGED					
Metas intermedias	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	98.3%	98.5%	98.7%	99.0%	99.2%	99.5%
Línea base 2012			Meta Sexenal			
98.2%			99.5%			



VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD

VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD

Matriz de Corresponsabilidad Externa

Objetivo 1	Propiciar el acceso universal de mujeres en etapas pregestacional, embarazo, parto, puerperio y neonatal, a servicios de calidad y respetuosos.										
Indicador 1	Porcentaje de embarazadas atendidas en el primer trimestre gestacional.							Meta 1	50.0%		
Indicador 2	Cobertura de Tamiz Neonatal.							Meta 2	90.0%		
Indicador 3	Porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer.							Meta 3	5.0%		
Línea de acción		SS	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones	
No.	Descripción										
1.1.1.	Contribuir a mejorar calidad y seguridad en la atención, con base en evidencia científica y mejores prácticas, eliminando intervenciones nocivas e innecesarias.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Hospitales privados.	
1.1.2.	Implementar el desarrollo de intervenciones comunitarias y participativas para mejorar la salud materna, perinatal y paternidad responsable.				✓		✓	✓	✓	En otros se incluye a Organizaciones de la Sociedad Civil, presidentes municipales y agentes comunitarios.	
1.1.3.	Promover, mantener y mejorar la salud de las embarazadas y de sus recién nacidos con un enfoque intercultural y de género.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Organizaciones de la Sociedad Civil.	



Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
1.1.4.	Fortalecer en coordinación con el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida (CENSIDA) las medidas para prevenir la transmisión vertical del VIH y la sífilis congénita, así como el seguimiento al recién nacido, en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	En otros se incluye a académicos, Organizaciones de la Sociedad Civil.
1.1.5.	Identificar oportunamente riesgos en el embarazo para la referencia oportuna a la evaluación especializada y contra referencia efectiva.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
1.1.6.	Fortalecer la atención oportuna y de calidad en emergencias obstétricas considerando redes efectivas interinstitucionales de servicios.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	En otros se incluye a académicos, Organizaciones de la Sociedad Civil.
1.1.7.	Fortalecer y desarrollar acciones, específicas para la prevención, detección y manejo de los defectos al nacimiento.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	En otros se incluye a académicos, Organizaciones de la Sociedad Civil.
1.2.1.	Fomentar la alimentación de calidad con micronutrientes que favorezcan la salud materna y fetal.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	En otros se incluye a académicos, Organizaciones de la Sociedad Civil.
1.2.2.	Impulsar la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y en caso de las mujeres con VIH brindar consejería sobre las alternativas para la alimentación infantil.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	En otros se incluye a académicos, Organizaciones de la Sociedad Civil, empresas y hospitales privados.

Objetivo 2		Contribuir a reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal, con enfoque de interculturalidad, priorizando grupos de alta marginación y de riesgo.								
Indicador 4	Razón de Mortalidad Materna.	Meta 4	30.0							
Indicador 5	Tasa de Mortalidad Neonatal.	Meta 5	7.07							
Indicador 6	Porcentaje de partos atendidos a nivel institucional.	Meta 6	99.5%							
Indicador 7	Porcentaje de cesáreas.	Meta 7	25%							
Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
2.1.1.	Favorecer la disponibilidad de personal capacitado para la atención pregestacional, prenatal, parto, puerperio, las emergencias obstétricas y neonatales.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Otros incluyen académicos.
2.1.2.	Sensibilizar y capacitar al personal para brindar atención materna y perinatal segura, competente y respetuosa de los derechos humanos.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
2.2.1.	Favorecer el acceso de métodos anticonceptivos efectivos en mujeres con enfermedades que incrementan riesgos en el embarazo.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
2.2.2.	Promover acciones efectivas en el embarazo y el postparto para acceder a métodos anticonceptivos acordes a su condición.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
2.3.1.	Promover la adquisición de insumos, equipo estratégico para la atención materna y neonatal, priorizando localidades de alta marginación y concentración.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
2.3.2.	Apoyar la implementación de unidades de atención de parto centradas en necesidades y preferencias interculturales.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
2.4.1.	Contribuir al fortalecimiento y vinculación de los sistemas de información y vigilancia de la salud materna y perinatal.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
2.4.2.	Fortalecer e impulsar los Comités de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal para identificar deficiencias y corregirlas.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
2.4.3.	Supervisar el desarrollo del Programa y dar seguimiento a las desviaciones y recomendaciones emitidas.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
2.4.4.	Dar seguimiento al uso eficiente de los recursos y su vinculación con resultados.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	



VIII. TRANSPARENCIA



VIII. TRANSPARENCIA

El monitoreo y evaluación de los Programas contribuye a la gobernabilidad mediante el fortalecimiento de rendición de cuentas y de transparencia en la gestión. Asimismo, impulsa el desarrollo de la cultura del desempeño en la administración pública capaz de sustentar una mejor formulación de políticas y una más eficiente toma de decisiones presupuestarias. En las últimas décadas nuestro país ha tenido una transición progresiva de la sociedad civil que han participado e intervenido para que esto suceda como agentes de cambio; no obstante aún quedan retos por resolver.

Para dar cumplimiento al acceso a la sociedad civil sobre el logro de metas, existen diversas fuentes de información de libre acceso disponibles en la página de la Secretaría de Salud: www.gob.mx/salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud: www.spps.gob.mx, del CNEGRS: <http://cnegrs.salud.gob.mx> y a través del enlace de contacto en el sitio web.





BIBLIOGRAFÍA

1. Report of the International Conference on Population and Development. United Nations, Cairo, Egypt, 1994. Unites Nations. New York 1995. Disponible en: http://www.unfpa.org/icpd/docs/icpd/conferencereport/finalreport_icpd_eng.pdf
2. 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. CO-NAPO; 2005.
3. 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
4. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y morbilidad materna grave 51.º Consejo Directivo 63º Sesión del Comité Regional Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la salud. Sep, 2011.
5. 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.
6. Hamisu M. S., Salinas A., and Mulubrhan M. The Missing Link in Preconceptional Care: The Role of Comparative Effectiveness Research Matern Child Health J. 2013 July; 17(5): 776–782.
7. De-Regil LM., Fernández-Gaxiola AC, Dowswell T., Peña-Rosas JP., Effects and safety of periconceptional folate supplement for preventing birth defects (Review) The Cochrane 2010.
8. Hellemeier M M., Weisman CS., Chase GA. Dyer AM., Shaffer ML. Women's Preconceptional Health and Use of Health Services: Implications for Preconception Care. HSR: Health Services Research 43:1, Part I (February 2008).
9. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Segunda Edición Organización Mundial de la Salud, 2012.
10. Barraza E., Bernal GE., Lamas M., Taracena R.: Mirada sobre el aborto. Ética y el Aborto.
11. K Gill, R Pande, A Malhotra. Lancet 2007; 370: 1347–57.
12. Bhutta Z. A., Black R.E.,: Global maternal, Newborn, and Child Health- So Near and Yet So Far. N Engl J Med 369;23, 2013.
13. 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.
14. Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva. Embarazo saludable, parto y puerperio seguros, recién nacido sano. Manual de atención. 1a edición. México. 2001.
15. Christianson A., Howson C., Modell B. Global Report of Birth Defects. The Hidden Toll of Dying and Disable Children. In March of Dimes. New York, USA; 2006.
16. Born Too Soon The Global Action Report Preterm Birth March of Dimes World Health Organization 2012.
17. Keen A., Keogh B., Toolkit for high-quality Neonatal Services Department of Health NHS, 2009.
18. AIEPIn Neonatal Intervenciones basadas en evidencia 2ª Edición Organización Panamericana de la Salud 2010.
19. 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.



20. Lawn J, Zupan J, Begkoyian G, and R Knippenberg, Newborn Survival. En: Disease Control Priorities in Developing Countries; 2006, 531- 549.
21. Joy E. Lawn, et al. The Lancet. 2005. Neonatal Survival. Newborn health: a key to child survival 1-51.
22. 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.
23. Búsqueda Intencionada y Reclasificación de las Muertes Maternas en México Informe Primera edición 2012 Secretaría de Salud <http://dgis.salud.gob.mx/>
24. Estándares para la certificación hospitalares. Consejo de Salubridad General. México, 2012.
25. Estándares para la certificación de clínicas de atención primaria y consulta de especialidades. Consejo de Salubridad General. México, 2012.
26. Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Tamiz Neonatal, Detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los errores innatos del metabolismo. Lineamiento Técnico. México, 2010.
27. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar. DOF 30-05-1994. Modificación publicada en DOF 21-01-2004.
28. 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>
29. 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.
30. OPS/UNICEF 2008 Estrategia y Plan de Acción Regionales Sobre la Salud del Recién Nacido en el Contexto de Continuo de Atención de la Madre, del Recién Nacido y del Niño.
31. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la Mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido. DOF 06-01-1995.
32. Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva. Indicación y práctica de la operación cesárea. Lineamiento Técnico. 3a edición. México, 2012.
33. Haddad S.M., Cecatti G J et al. From planning to practice: building the national network for the surveillance of severe maternal morbidity BMC Public Health 2011, 11:283.
34. Estrategias para el abordaje de la salud materna y perinatal en el próximo decenio; Una visión desde la salud pública REPORTE Organización Panamericana de la Salud Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva. Nov 2011.
35. Freyermuth G, Sesia P. M. La muerte materna Acciones y estrategias hacia una maternidad segura Evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva Mujeres y Hombres en el siglo XXI, 2009.
36. Freyermuth G., Sesia P. La Muerte Materna Acciones y Estrategias hacia una Maternidad Segura Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social 2009.
37. Forman J., Coyle F., Levy-Fisch J., Roberts P., Terry S., Legge M.: Screening criteria: the need to deal with new developments and ethical issues in newborn metabolic screening. J Community Genet 2013 4: 59-67.
38. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013, para la prevención y control de los defectos al nacimiento. Diario Oficial de la Federación 24/16/2013.
39. Secretaría de Salud / INEGI. Mortalidad Materna 1990-2000. Tomos correspondientes a cada año. Secretaría de Salud. México.
40. Crane BB, Hord Smith C.H.E., Access to Safe Abortion: An Essential Strategy for Achieving the Millenium Development Goals to Improve Maternal Health, Promote Gender Equality, and Reduce Poverty. Millennium Project 2006.
41. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de Avances 2013. Objetivo 5 Mejorar la Salud Materna 2013.
42. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.
43. Programa Sectorial de Salud 2013-2018.



-
44. Guía para el Diseño, Construcción e Interpretación de Indicadores: Estrategia de Fortalecimiento Estadístico Territorial. Departamento Administrativo Nacional de estadística (DANE).
 45. 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.
 46. Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva. Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Obstétrica. Lineamiento Técnico 1a edición. México. 2002.
 47. Institute for Clinical Systems Improvements, Health Care Guideline; Routine Prenatal Care, July 2010.

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

AEO	Atención de Emergencias Obstétricas
APEO	Anticoncepción Post Evento Obstétrico
BIRMM	Búsqueda Intencionada de Reclasificación de la Muerte Materna
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud
CNEGSR	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
COFEPRIS	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
CONAPO	Consejo Nacional de Población
DGIS	Dirección General de Información en Salud
DGPLADES	Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud
DIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
DMG	Diabetes Mellitus Gestacional
DOF	Diario Oficial de la Federación.
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
FPCGC	Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos.
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INP	Instituto Nacional de Pediatría
INPer	Instituto Nacional de Perinatología
ISSSTE	Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
NOM	Norma Oficial Mexicana
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud



PAE	Programa de Acción Específico
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PROSESA	Programa Sectorial de Salud
RENAPRED	Red Nacional para la Prevención de la Discapacidad
RMM	Razón de Mortalidad Materna
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEMAR	Secretaría de Marina
SESA	Servicios Estatales de Salud
SINAC	Sistema de Nacimientos
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
SIS	Sistema de Información en Salud
SREO	Sistema de Registro de Emergencias Obstétricas
SS	Secretaría de Salud
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana



GLOSARIO DE TÉRMINOS

Aborto. A la expulsión del producto de la gestación de menos de 500 gramos de peso o menos de 22 semanas completas de gestación.

Alimentación materna exclusiva. A la proporcionada al recién nacido, con leche humana, sin la adición de otros líquidos o alimentos.

Alojamiento conjunto. A la ubicación y convivencia de la madre con el recién nacido en la misma habitación, para favorecer el contacto precoz, permanente y la práctica de la lactancia materna exclusiva.

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

Calidad de la atención. Al grado en el que se obtienen los mayores beneficios de la atención médica con los menores riesgos para los pacientes, considerando los recursos con los que se cuenta y los valores sociales imperantes. Incluye oportunidad de la atención, accesibilidad a los servicios, tiempo de espera, información adecuada, así como los resultados.

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

Cesárea. A la intervención quirúrgica que tiene por objeto, extraer el producto de la gestación, vivo o muerto, de 22 semanas cumplidas o más, así como la placenta y sus anexos, a través de una incisión en la pared abdominal y uterina.

Comité para la prevención, estudio y seguimiento de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Al grupo de trabajo conformado por el personal de salud encargado de conocer, sistematizar y evaluar la morbilidad y mortalidad del binomio y adoptar las medidas conducentes. (Ley General de Salud).

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.

Cuidado Pregestacional. Son las intervenciones que ayudan a identificar y modificar riesgos biomédicos, sociales y de comportamiento en la salud de la mujer y del hombre y permite la prevención y el manejo antes de la concepción.

Defecto al nacimiento. Son un conjunto de patologías que alteran la estructura anatómica, la fisiológica 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.

Edad gestacional. Al periodo transcurrido desde el primer día de la última menstruación normal y confiable en una mujer con ciclos menstruales regulares, hasta el día del evento en estudio. Se expresa en semanas y días completos.

Emergencia obstétrica. Al estado que pone en peligro la vida de la mujer o del feto y que requiere de atención inmediata, otorgada por personal calificado adscrito a hospitales con capacidad resolutoria suficiente.

Emergencia 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.

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

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 resolutoria 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.

Lactancia materna. Alimentación del niño con leche de la madre.

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.

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.

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 y miembros de la comunidad en general, 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. Al conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto de 22 semanas o más, por vía vaginal incluyendo la placenta y sus anexos.

Perinatal. Etapa comprendida entre la semana 22 gestacional hasta los 28 días posnatales.

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. A la estrategia fundamental para proteger y mejorar la salud de la población. Acción política, educativa y social que incrementa la conciencia pública sobre la salud. Promueve estilos de vida saludables y acciones

comunitarias a favor de la salud para que la gente ejerza sus derechos y responsabilidades y participe en la creación de ambientes, sistemas y políticas favorables al bienestar.

Puerperio. Al periodo que inicia al terminar tercer periodo del parto y concluye con la involución de los órganos genitales maternos. Su duración de 6 o 42 días.

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 gestación procedente de un embarazo de 2 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. Producto de la concepción menor a 37 semanas. Cuando no se conoce la edad gestacional se valora con métodos clínicos como el Capurro, Ballard y Ballard modificado y Usher.

Redes sociales. Grupos que se establecen con miembros de la comunidad, autoridades municipales, comités de salud, instituciones y organizaciones civiles reconocidas, que trabajan conjuntamente para proporcionar apoyo emocional y material a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, en situaciones de emergencia o en apoyo de alguna necesidad en especial como traslado a las unidades de salud, alimentación, hospedaje, cuidado de los hijos, u otros.

Riesgo reproductivo. A la probabilidad que tienen tanto la mujer en edad fértil como su producto potencial de experimentar enfermedad, lesión o muerte, en caso de presentarse un embarazo.

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.

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

Tamiz metabólico neonatal. Al examen de laboratorio practicado 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 y el sida.



ANEXOS

Anexo 1. Botiquín para el tratamiento de la preeclampsia-eclampsia.⁴⁵ Caja Guinda

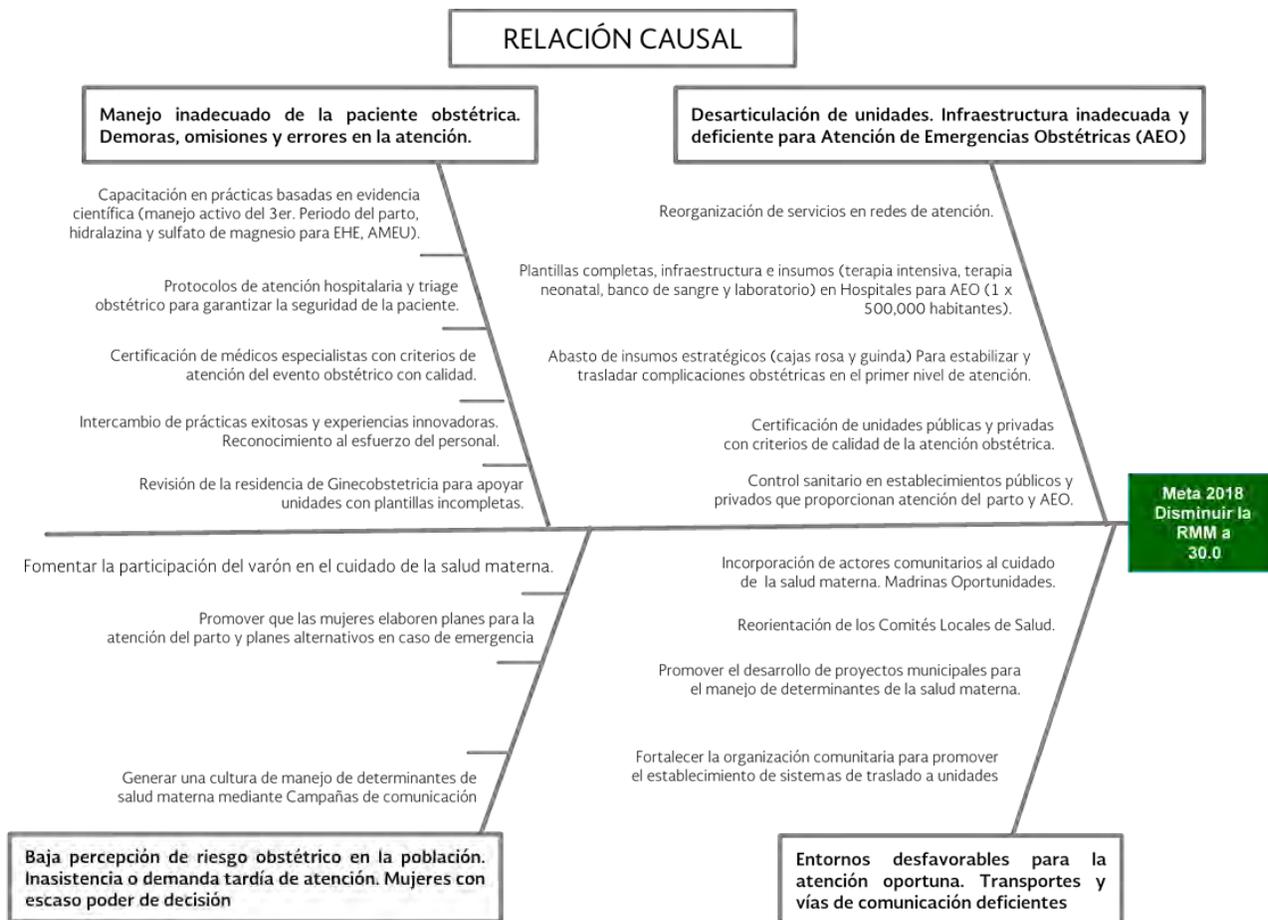
Clave	Cantidad	Concepto	Presentación
SC	1	Tiras reactivas para diagnóstico 3 parámetros (URS-3). Sangre, glucosa y albúmina	Envase con 100 tiras
010.00.0597.00	4 cápsulas	Nifedipino cápsulas de gelatina blanda. Cada cápsula contiene nifedipino 10 mg.	Envase con 20 cápsulas
3616	2	Solución Hartmann. Cada envase contiene sodio 3000 mg., potasio 157 mg., calcio 54.5 mg., cloruro de sodio 3880, lactato 2460 mg., agua inyectable 1000 ml.	Envase
010.000.0566.00	1 caja	Metil Dopa. Cada tableta contiene: Metildopa 250 mg	Envase con 60 tabletas
010.000.0570.00	1 caja	Hidralazina. Tabletas. Cada tableta contiene hidralazina de 10 mg	Envase con 20 tabletas
010.000.4201.00	2 ámpulas	Hidralazina. Solución inyectable. Cada ámpula contiene hidralazina 20 mg	Envase con 5 ámpulas
010.000.3629.00	4 a 6 ámpulas	Sulfato de Magnesio. Solución inyectable. 1 gr/ 10 ml.	Envase con 10 ámpulas

Anexo 2. Botiquín para el tratamiento de la hemorragia obstétrica.⁴⁶ Caja Rosa

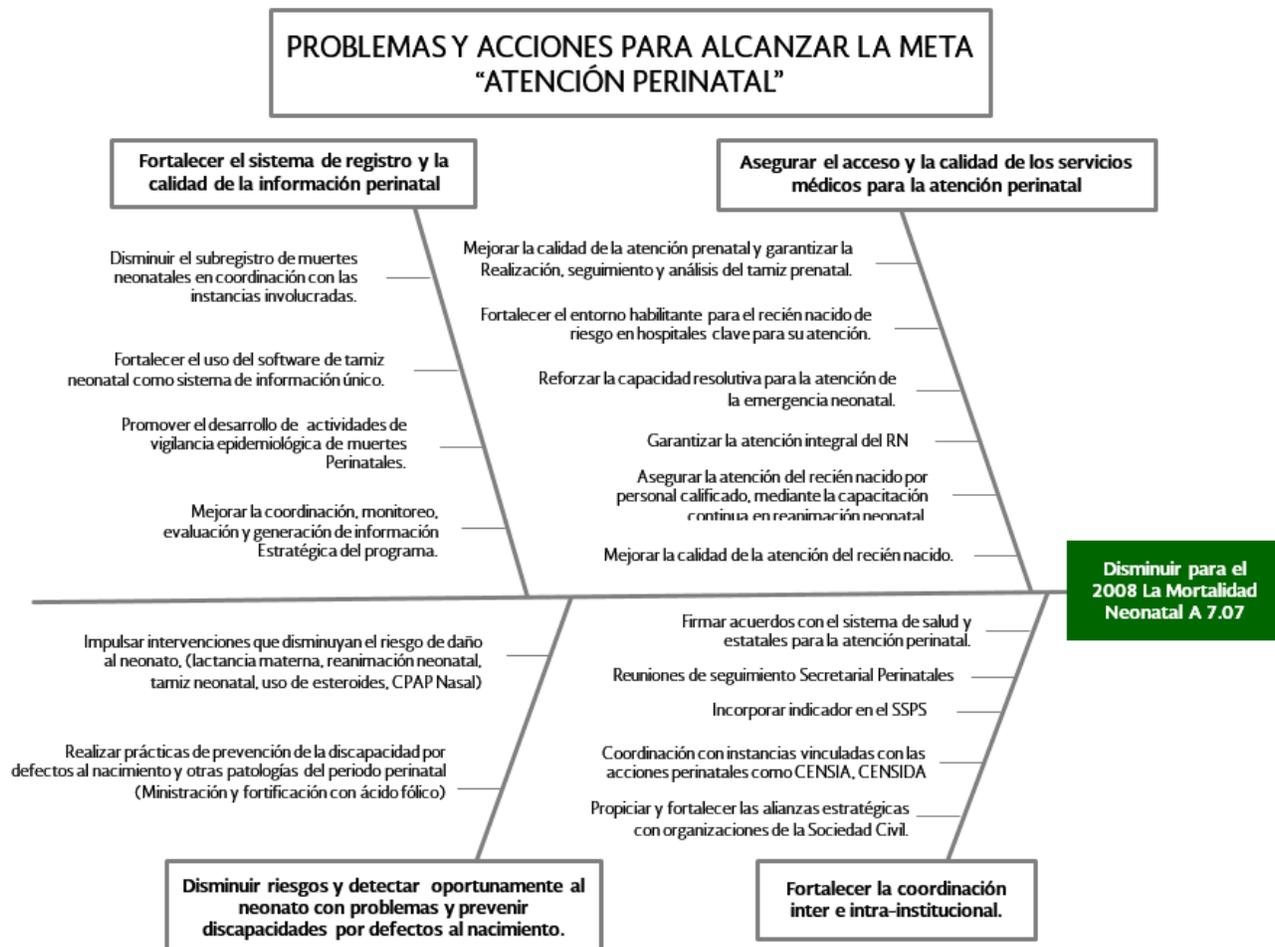
Clave	Cantidad	Concepto	Presentación
3616	2	Solución Hartmann. Cada envase contiene sodio 3000 mg., potasio 157 mg., calcio 54.5 mg., cloruro de sodio 3880, lactato 2460 mg., agua inyectable 1000 ml.	Envase
040.000.1540.00	2 ámpulas	Ergometrina solución inyectable. Cada ámpula contiene Maleato de Ergometrina 0.2 mg.	Envase con 50 ámpulas de 1 ml.
010.000.3620.00	4 ámpulas	Gluconato de Calcio al 10%. Cada ámpula de 10 ml.	Envase con 1 ámpula de 50 ml.
010.000.1541.00	1 ámpula	Carbetocina. Solución inyectable. Cada ámpula contiene Carbetocina 100 µg.	Envase con 1 ámpula

Los insumos de cada caja son para una paciente con hemorragia obstétrica.

Anexo 3.



Anexo 4.



Anexo 5. Metas de indicadores del Programa de Salud Materna y Perinatal

Objetivo	Estrategia	Indicadores	Meta 2018
1. Propiciar acceso universal de mujeres en etapas pregestacional, embarazo, parto, puerperio y neonatal, a servicios de calidad y respetuosos.	1.1 Incrementar el acceso en las etapas pregestacional, prenatal, parto, puerperio y neonatal a servicios con alta calidad.	Porcentaje de embarazadas atendidas en el primer trimestre gestacional.	50.0
	1.2 Promover la nutrición efectiva en forma temprana y específica, en las etapas pregestacional, prenatal y neonatal.	Cobertura de Tamiz Neonatal.	90.0
		Porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer.	5.0
2. Contribuir a reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal, con enfoque de interculturalidad, priorizando grupos de alta marginación, y de riesgo.	2.1 Promover formación, actualización y desarrollo de recursos humanos para la atención integral, pregestacional, prenatal, del parto, puerperio y del neonato.	Razón de mortalidad materna.	30.0
	2.2 Contribuir a prevenir embarazos de alto riesgo impulsando el acceso a métodos anticonceptivos, respetando la libre decisión de las mujeres.		
	2.3 Apoyar la gestión para el equipamiento e insumos en unidades médicas que atiendan la salud materna y perinatal.	Tasa de Mortalidad Neonatal.	7.07
	2.4 Fortalecer la vinculación de los procesos de gestión, vigilancia, monitoreo, seguimiento y evaluación para la acción y rendición de cuentas.	Porcentaje de cesáreas.	25.0
		Porcentaje de partos atendidos a nivel institucional.	99.5

Anexo 6. Actividades académicas con educación participativa en Salud Materna y Perinatal

Tipo de Capacitación	Nombre	Perfil	Objetivo
Cursos Lactancia Talleres Actualizaciones Entrenamientos	Extracción y conservación de la leche humana.		
	Inmunología de la leche humana.		
	Ictericia y lactancia.		
	Reflujo y lactancia.		
	Anticoncepción y lactancia.		
	Beneficios del apego a la lactancia.		
Cursos Actualizaciones Talleres Entrenamientos	Línea de vida y embarazo.		
	Atención del embarazo parto y puerperio.		
	Emergencias obstétricas.		
	Manejo de la preeclampsia/eclampsia.		
	Manejo de la hemorragia obstétrica.		
	Sangre segura para una maternidad segura. Intervenciones efectivas integrales en la etapa pregestacional y prenatal.		
Cursos Atención al recién nacido Talleres Actualizaciones Entrenamientos	Atención y exploración profunda al recién nacido.		
	Atención y manejo del niño prematuro y de bajo peso.		
	Reanimación neonatal.		
	Atención integral al recién nacido con defectos congénitos.		
	Importancia del tamizaje neonatal metabólico y auditivo.		
	Indicación y manejo del CPAP.		



Anexo 7. Guía de salud para el cuidado prenatal

Evento 1	Visita 1 6 - 8 semanas	Visita 2 10 - 12 semanas	Visita 3 16 - 18 semanas	Visita 4 22 semanas
Maniobras de detección	Perfiles de riesgo altura y peso Presión arterial Exploración Violencia familiar Depresión ABO/Rh/Ab Sífilis Urocultivo VIH	Peso Presión arterial Tamiz Prenatal (opcional) Tonos cardiacos fetales	Peso Presión arterial Depresión Tamiz Prenatal Tonos cardiacos fetales Ultrasonido Obstétrico (Opcional) Fondo uterino	Peso Presión arterial Tonos cardiacos fetales Fondo uterino
Intervención Educación y Asesoría	Educación sobre la prevención del trabajo de parto prematuro Educación prenatal y estilo de vida Actividad física Nutrición El seguimiento de los factores de riesgo Náusea y vómito Señales de alarma Seguimiento de la atención Fisiología del embarazo	Educación sobre la prevención del trabajo de parto prematuro Educación prenatal y estilo de vida Crecimiento fetal Revisión de exámenes de laboratorio Lactancia materna Náusea y vómito fisiología del embarazo El seguimiento de los factores de riesgo modificables	Educación sobre la prevención del trabajo de parto prematuro Educación prenatal y estilo de vida El seguimiento de los factores de riesgo modificables Fisiología del embarazo Crecimiento en el segundo trimestre	Educación sobre la prevención del trabajo de parto prematuro Educación prenatal y estilo de vida El seguimiento de los factores de riesgo modificables Promoción Diabetes mellitus gestacional RhoGam
Inmunización y quimioprofilaxis	Refuerzo contra el tétanos Suplementos nutricionales (ácido fólico y hierro) Influenza			

Evento	Visita 5 28 semanas	Visita 6 32 semanas	Visita 7 36 semanas	Visita 8 38 - 41 semanas
Maniobras de detección	Riesgo de parto prematuro Peso Presión arterial Depresión Tonos cardiacos fetales Fondo uterino Diabetes mellitus gestacional (DMG) Violencia familiar	Peso Presión arterial Tonos cardiacos fetales Fondo uterino	Peso Presión arterial Tonos cardiacos fetales Fondo uterino Examen del cuello uterino Confirme la posición fetal	Peso Presión arterial Tonos cardiacos fetales Fondo uterino Examen del cuello uterino
Intervención Educación y Asesoría	Factores de riesgo psicosocial Educación sobre la prevención del trabajo de parto prematuro Educación prenatal y estilo de vida Seguimiento de riesgo modificable Fisiología del embarazo Crecimiento fetal Movimientos fetales	Educación sobre la prevención del trabajo de parto prematuro Educación prenatal y estilo de vida Seguimiento de los factores de riesgo Viajes Anticoncepción Sexualidad Atención pediátrica Episiotomía Hipertensión inducida por el embarazo	Educación prenatal y estilo de vida Seguimiento de los factores de riesgo modificables Atención posparto Control final de los síntomas del embarazo Anticoncepción Cuando llamar al profesional La discusión de la depresión posparto	Educación prenatal y estilo de vida Seguimiento de los factores de riesgo modificables Vacunación posparto
Inmunización y quimioprofilaxis	[ABO / Rh / Ab] [Rho GAM]			

Anexo. 7

Elemento	Características						
Indicador 7	Porcentaje de cesáreas.						
Objetivo	Contribuir a reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal, con enfoque de interculturalidad, priorizando grupos de alta marginación, y de riesgo.						
Descripción general	El indicador mide indirectamente la calidad en la atención de los partos a nivel institucional.						
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Total de nacimientos atendidos por cesáreas en un año determinado / Denominador: Total de nacimientos registrados en los certificados de nacimiento para el mismo periodo por 100.						
Periodicidad	Trimestral.						
Fuente	Numerador: Sistemas de Información Institucionales; Denominador: Subsistema de Información sobre Nacimientos. http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/std_nacimientos.html						
Referencias adicionales	Rectoría: CNEGSR Estimación: DGIS Monitoreo: DGED						
Metas intermedias	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	33.5%	32.9%	32.3%	30.5%	28.6%	26.8%	25.0%
Línea base 2011				Meta Sexenal			
34.1%				25%			

SALUD MATERNA Y PERINATAL

PROGRAMA SECTORIAL
DE SALUD 2013-2018

Primera edición, 2014
Modificación agosto 2016

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