



Programa de Acción: "Arranque Parejo en la Vida"



SSA

SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN
Y PROTECCIÓN DE LA SALUD

Programa de Acción
“Arranque Parejo en la Vida”



Programa de Acción: **“Arranque Parejo en la Vida”**

Primera Edición, 2002

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

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

ISBN 970-721-044-3



Secretaría de Salud

Dr. Julio Frenk Mora

Secretario de Salud

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Subsecretario de Innovación y Calidad

Dr. Roberto Tapia Conyer

Subsecretario de Prevención y Protección de la Salud

Dr. Roberto Castañón Romo

Subsecretario de Relaciones Institucionales

Lic. María Eugenia de León-May

Subsecretaria de Administración y Finanzas

Dr. Guido Belsasso

Comisionado del Consejo Nacional contra las Adicciones

Dr. Misael Uribe Esquivel

Coordinador General de los Institutos Nacionales de Salud

Dr. Eduardo González Pier

Coordinador General de Planeación Estratégica

Mtro. Gonzalo Moctezuma Barragán

Director General de Asuntos Jurídicos

Lic. Gustavo Lomelín Cornejo

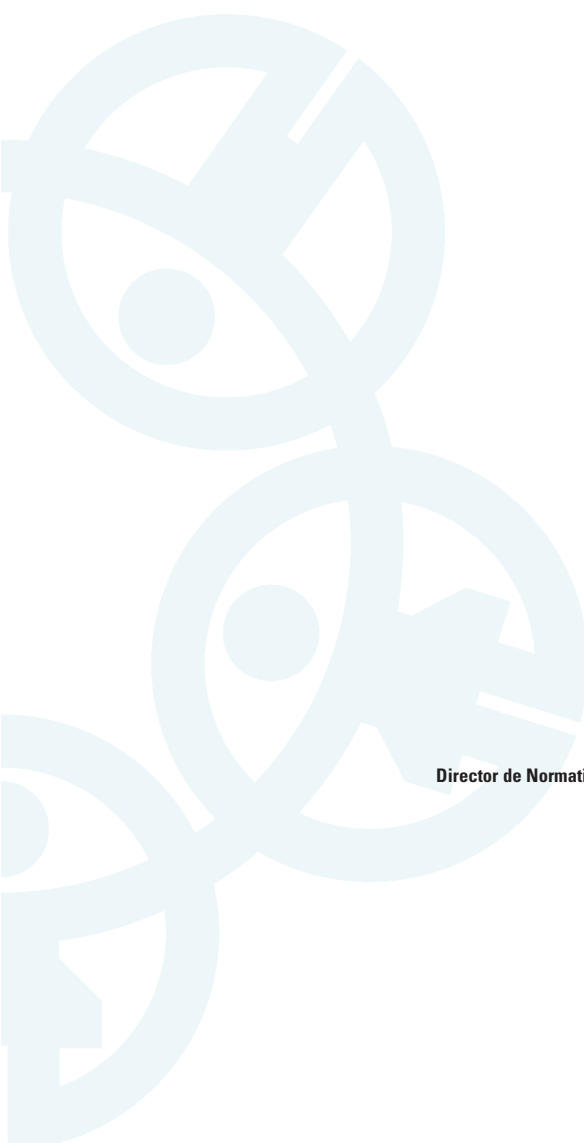
Director General de Comunicación Social

Dra. María de Lourdes P. Quintanilla Rodríguez

Directora General de Salud Reproductiva

Dr. Ramiro Moreno Ponce

Director de Normatividad y Asistencia Técnica del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida



Comité Nacional del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida

Dr. Julio Frenk Mora

Presidente

Dr. Roberto Tapia Conyer

Vicepresidente

Sra. Marta Sahagún de Fox

Presidenta de la Fundación Vamos México

Dra. María de Lourdes P. Quintanilla Rodríguez

Secretaría Técnica

Dr. Rodolfo Rojas Rubí

Secretario del Consejo Nacional de Salud, SSA

Lic. Santiago Levy Algazi

Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social

Lic. Benjamín González Roaro

Director General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Dr. Javier Cabral Soto

Coordinador General del Programa IMSS-Solidaridad

Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate

Subdirector Corporativo de Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos

Contralmirante S.N.M.C. Carlos E. Gómez Llata y Tavizón

Director General de Sanidad Naval

Secretaría de Marina

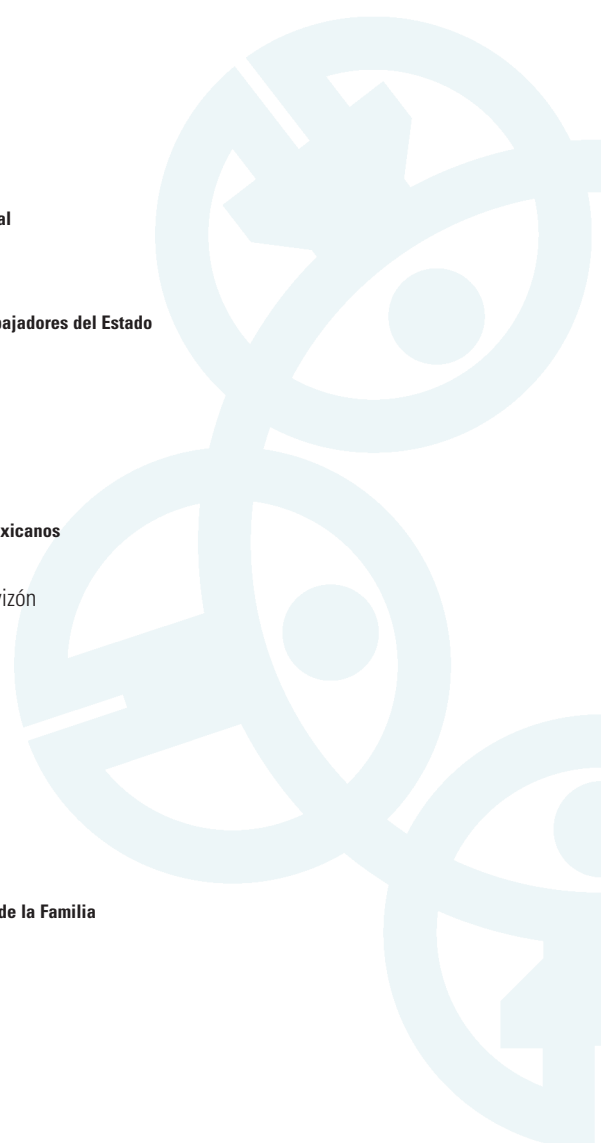
G.B.M.C. Bernardo Alfredo Bidart Ramos

Director General de Sanidad Militar

Secretaría de la Defensa Nacional

Sra. Ana Teresa Aranda Orozco

Directora General del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia



Dr. José Ignacio Santos Preciado
Director General del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia, SSA

Dr. Oscar Velázquez Monroy
Director General del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica, SSA

Dr. Cristóbal Ruiz Gaytán López
Director General de Equidad y Desarrollo en Salud, SSA

Dr. Miguel B. Romero Téllez
Director General de Calidad y Educación en Salud, SSA

Dra. Patricia Uribe Zúñiga
Directora General del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA

Dr. Luis Rubén Durán Fontes
Director General de Promoción de la Salud, SSA

Ing. Arturo Pérez Estrada
Director General de Desarrollo de la Infraestructura Física, SSA

Dr. Antonio Marín López
Director General del Centro Nacional de Transfusión Sanguínea, SSA

Dr. Pablo Kuri Morales
Director General de Epidemiología, SSA

Dr. Rafael Lozano Ascencio
Director General de Información y Evaluación del Desempeño, SSA

Dr. Víctor Guerra Ortiz
Director General de Tecnología de la Información, SSA

Dr. Rubén Galavíz Tristán
Director General del Instituto de Salud del estado de Aguascalientes

Dr. Pedro Canul Rodríguez
**Director General del Instituto de Servicios Descentralizados de Salud Pública
y Secretario de Salud del estado de Campeche**

Dr. Alberto Jonguitud Falcón
Director General de los Servicios de Salud del estado de Hidalgo

Dr. Jesús Limonchi Gómez
Secretario de Salud del estado de Morelos

Dr. Leopoldo Domínguez González
Secretario de Salud del estado de Nayarit

Dr. Jaime Mier y Terán Suárez
Secretario de Salud del estado de Tabasco

Dr. Mauro Loyo Varela
Secretario de Salud y Asistencia del estado de Veracruz

Dr. Jaime Sepúlveda Amor
Director General del Instituto Nacional de Salud Pública, SSA

Dr. Roberto Ahued Ahued
Director General del Instituto Nacional de Perinatología, SSA

Dr. Miguel A. Rodríguez Weber
Director General del Instituto Nacional de Pediatría, SSA

Dr. Romeo Rodríguez Suárez
Director General del Hospital Infantil de México Federico Gómez, SSA

Lic. José Antonio Sosa
Director General de la Fundación Vamos México

Sra. Guadalupe Arizpe de la Vega
Presidenta Honoraria de la Federación Mexicana de Asociaciones Privadas de Salud y Desarrollo Comunitario, A.C.

Sra. Margarita Barney de Cruz
Presidenta del Grupo para Promover la Educación y Desarrollo Sustentable, A.C.

Dra. María del Carmen Elu
Secretaría Técnica de la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos en México, A.C.

Lic. Antonio López de Silanes
Presidente del Grupo de Estudios del Nacimiento, A.C.

Lic. Federico Núñez Perea
Presidente del Programa Mielomeningocele, A.C.



Ing. Ernesto Perrusquía Ortega
Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados

Dr. Francisco Jesús Puente Tovar
Presidente de la Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia

Dr. José Nicolás Reines
Presidente de la Asociación Mexicana de Pediatría

Dr. José Alberto García Aranda
Presidente de la Academia Mexicana de Pediatría

Dr. René Bailón Uriza
Presidente de la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia

Sr. Bernt Aasen
Representante en México del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Dr. Henri Jouval
Representante en México de la Organización Panamericana de la Salud



Índice

| | |
|---|-----------|
| Presentación | 11 |
| Introducción | 15 |
| I. En dónde estamos | 19 |
| Situación actual | 21 |
| Retos | 26 |
| II. A dónde queremos llegar | 27 |
| Misión | 29 |
| Visión | 29 |
| III. Qué camino vamos a seguir | 31 |
| Objetivos | 33 |
| Comité Nacional del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida | 33 |
| Red de servicios y estrategia de regionalización | 34 |
| Modelo operativo del programa | 37 |
| Componentes sustantivos y sus acciones | 39 |
| Componentes estratégicos y sus acciones | 40 |
| Procedimientos | 41 |
| IV. Cómo medimos los avances | 51 |
| Metas para el año 2006 | 55 |
| Indicadores | 56 |
| V. Apéndice | 59 |
| Glosario de términos | 61 |
| Bibliografía | 64 |
| Agradecimientos | 69 |

Presentación



Presentación

En los albores del tercer milenio, México ha alcanzado importantes avances en materia de salud y desarrollo social, pero también enfrenta serios rezagos en este campo, lo cual representa un horizonte de oportunidades en la lucha por lograr mejores condiciones de salud, particularmente para las mujeres y la población infantil. La mortalidad materna e infantil son dos de los indicadores más relevantes de injusticia social e inequidad de género, que afectan primordialmente a las entidades federativas con menor desarrollo socioeconómico, a las comunidades rurales y a las poblaciones indígenas.

Hoy en día se estima que en nuestro país se embarazan al año alrededor de 2.5 millones de mujeres, pero aproximadamente 370 mil partos no son atendidos en instituciones de salud públicas o privadas, con las consecuentes repercusiones en la calidad de la atención. Diariamente se registran en México cuatro defunciones maternas y 110 muertes de niños y niñas menores de un año de edad, la mayoría por causas prevenibles mediante una buena atención médica.

Para atender estos importantes problemas de injusticia social, el Programa Nacional de Salud 2001-2006 establece como una de sus estrategias sustantivas, el Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida, cuyo propósito es lograr una cobertura universal y condiciones igualitarias de atención 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 los dos años de edad, contribuyendo así a una auténtica igualdad de oportunidades.

En la ruta hacia la democratización de la salud reproductiva, el Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida representa el inicio de una etapa más en la historia de la salud pública en nuestro país, que contribuirá a disminuir la mortalidad materna, así como la mortalidad neonatal e infantil, y permitirá además prevenir defectos al nacimiento, con prioridad en las regiones de mayor incidencia y número de defunciones, por medio de un conjunto de intervenciones concretas agrupadas en cuatro componentes sustantivos y reforzadas por cuatro componentes estratégicos.

El Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida coadyuvará a reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres, fomentando la creación de redes sociales activas y conjuntando los esfuerzos de sociedad y gobierno en la búsqueda de un sistema universal de salud. En este documento se presentan los objetivos, metas y estrategias que orientarán en los próximos años el quehacer en los sectores público, social y privado en beneficio de la salud y el desarrollo social de las mexicanas y los mexicanos.

Introducción



Introducción

Para reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres, con énfasis en las mujeres y la población infantil, una de las estrategias sustantivas del Programa Nacional de Salud 2001-2006 es garantizar un Arranque Parejo en la Vida a través de acciones que permitan asegurar una atención prenatal adecuada y un parto sin complicaciones, así como el crecimiento y desarrollo de niñas y niños con igualdad de oportunidades, desde su nacimiento hasta los dos años de vida, entre otros objetivos.

El Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida es uno de los programas prioritarios de esta administración pública federal, cuyo propósito se centra en mejorar la salud reproductiva de la población femenina de nuestro país y la salud de niñas y niños, contribuyendo de esta manera a lograr una mayor equidad en las condiciones de salud de la población. Para dar respuesta a este compromiso, el Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida establece un esquema operativo de 16 acciones básicas, integradas en cuatro componentes sustantivos así como de 16 acciones de apoyo agrupadas en cuatro componentes estratégicos.

El Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida plantea la necesidad de aumentar la información y el acceso a los servicios de salud de calidad, para la población femenina e infantil menor de dos años, para reducir los rezagos de salud que afectan a estos grupos de la población. En el capítulo I, se presenta un panorama de la salud materna e infantil en nuestro país y se identifican los principales avances y retos en estas áreas de la salud. En el capítulo II se señala la misión y la visión de este programa de acción, mientras que en el capítulo III se incluye el modelo operativo y las acciones que habrán de impulsarse para el logro de los objetivos. En este capítulo se hace énfasis en la red de servicios y en la estrategia de regionalización para fortalecer la cobertura y calidad de los servicios. Finalmente en el capítulo IV, se mencionan las metas, el esquema de evaluación y los principales indicadores que se considerarán para dar seguimiento a los resultados e impacto del programa.

Este programa se vincula estrechamente con los Programas de Acción de Salud Reproductiva, Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino, Prevención y Control del Cáncer Mamario, Mujer y Salud, VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Comunidades Saludables, Infancia y Adolescencia, entre otros.

Este programa de acción plantea la necesidad de crear una red social activa en los niveles nacional, estatal, municipal y local, para fortalecer la organización comunitaria y apoyar las acciones para mejorar la capacidad técnica y humanística del personal prestador de servicios de salud, y de esta forma contribuir al logro de los objetivos y metas.

La suma de esfuerzos de todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud, de las instituciones del sector privado y, de manera particular, de las organizaciones no gubernamentales es fundamental para alcanzar los objetivos y metas de este Programa de Acción, en beneficio de la población mexicana.

Una estrategia sustantiva del Programa Nacional de Salud 2001-2006, para reducir los rezagos en salud, es garantizar un Arranque Parejo en la Vida.

Para alcanzar los objetivos y metas del Programa es necesario la creación de una Red Social Activa y fortalecer la organización comunitaria.

I. En dónde estamos



I. En dónde estamos

Situación actual

La mortalidad materna en México representa un problema multifactorial de salud pública, relacionado con la cobertura y calidad de los servicios de salud y con factores socioeconómicos y culturales.

Durante la última década, la tasa de mortalidad materna ha mostrado una tendencia ligeramente a la baja. En 1990 se registraron 5.4 defunciones maternas por 10 000 Nacidos Vivos Registrados (NVR); mientras que en el 2000 este indicador alcanzó el valor de 4.68.

La mortalidad materna en México representa un problema multifactorial de salud pública.

Tendencia de la mortalidad materna, 1990-2000

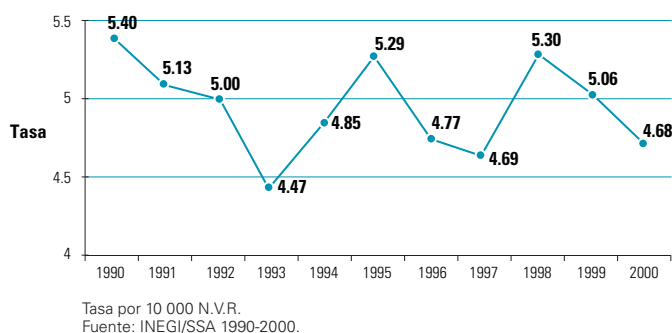


Figura 1

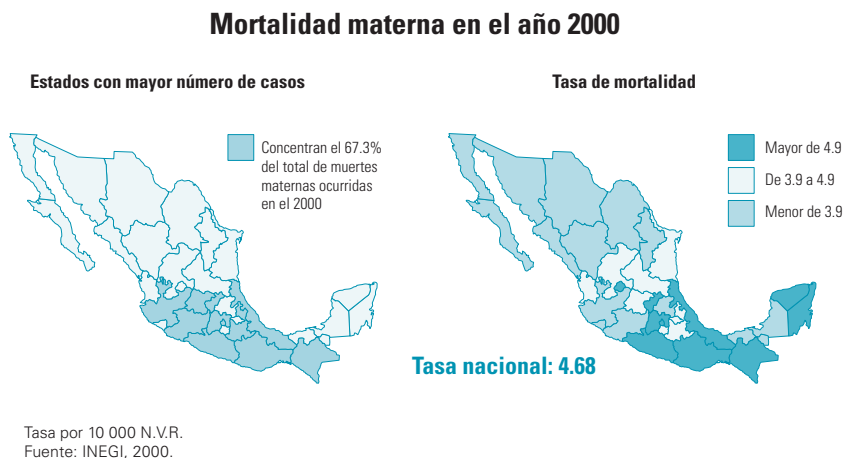
Las principales causas de muerte materna son: preeclampsia-eclampsia, hemorragia obstétrica, sepsis puerperal y complicaciones del aborto, que en conjunto representan el 68% del total de las defunciones maternas.

Se presume un importante subregistro de la mortalidad materna en nuestro país, sobre todo en las áreas rurales y comunidades indígenas. De las 1 310 muertes maternas registradas en 2000, el 67.3% ocurrieron en 10 entidades del centro y sureste del país: Estado de México, Veracruz, Distrito Federal, Guerrero, Puebla, Oaxaca, Chiapas, Jalisco, Guanajuato y Michoacán (*Figura 2*).

Asimismo, se han identificado al menos 391 municipios en donde se presentaron poco más del 70% de las muertes maternas registradas en los últimos tres años.

De 1 310 muertes maternas registradas en 2000, el 67.3% ocurrieron en 10 entidades del centro y sureste del país.

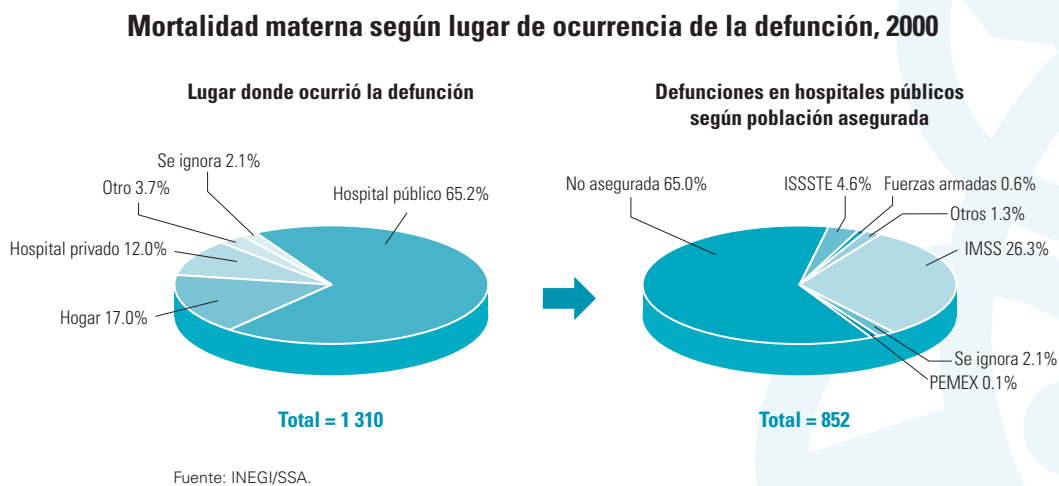
Figura 2



En el año 2000 el 17% de las muertes maternas ocurrió en el hogar y poco más del 65% se presentaron en hospitales públicos.

La accesibilidad a los servicios de salud es una de las principales variables que influyen en la mortalidad materna. En el año 2000 el 17% de las muertes maternas ocurrió en el hogar y poco más del 65% se presentaron en hospitales públicos, de las cuales casi dos terceras partes eran de mujeres no aseguradas, el 26.3% eran aseguradas del IMSS y el 4.6% del ISSSTE (Figura 3), lo que señala la necesidad de establecer coordinación con todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud, así como de diseñar estrategias específicas para dar respuesta a la problemática particular de la mortalidad materna en cada estado.

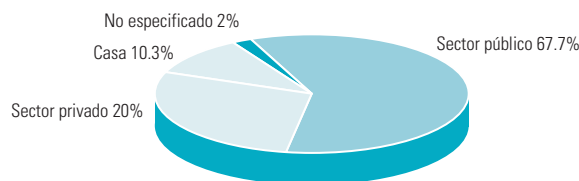
Figura 3



370 mil embarazos son atendidos por personal no calificado.

En México la participación del sector público en la atención del parto es muy importante, pero aún insuficiente. Según datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) efectuada en el 2000, el 67.7% de los partos son atendidos en alguna de las instituciones de este sector (Figura 4). Es importante subrayar sin embargo, que el 10% de los partos todavía se atienden en la casa de la mujer o de la partera. Se estima que en México se embarazan un promedio de 2.5 millones de mujeres al año, de las cuales alrededor de 370 mil son atendidas por personal no calificado.

Distribución porcentual de partos según lugar de atención, 1994-2000



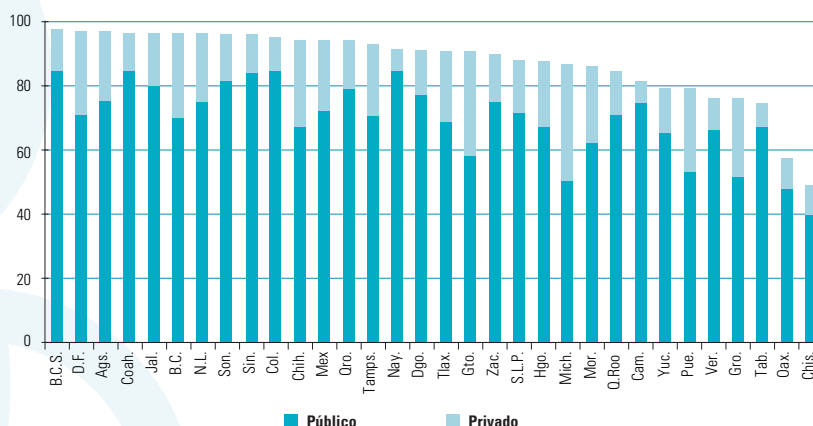
Fuente: SSA/ENSA, 2000.

Figura 4

La información sobre la participación del sector público y del privado en la atención del parto por entidad federativa indica que Baja California Sur, Distrito Federal, Aguascalientes, Coahuila, Jalisco, Baja California, Nuevo León, Sonora y Sinaloa tienen los niveles de atención más altos con coberturas muy cercanas al 100% (Figura 5). Por el contrario, en Guerrero, Tabasco, Oaxaca y Chiapas prevalecen porcentajes muy altos de partos que no se atienden ni en instituciones públicas ni privadas; en las últimas dos entidades federativas, más del 40% de los partos se atienden en el hogar.

Existen entidades federativas con un alto porcentaje de partos atendidos en el hogar.

Porcentaje de partos atendidos por entidad federativa y sector, 1994-2000



Fuente: SSA/ENSA, 2000.

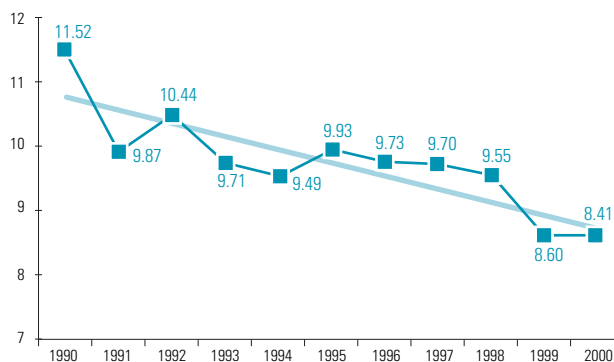
Figura 5

Por otra parte, según cifras oficiales, la tasa de mortalidad neonatal (muertes de menores de 28 días por 1 000 NVR), presenta una tendencia descendente en el período 1990-2000, con tasas de 11.52 y 8.41, respectivamente (Figura 6). Las entidades federativas con las tasas más elevadas son Puebla, México, Guanajuato, Tlaxcala, Baja California, Distrito Federal y Aguascalientes (con más de 10 defunciones neonatales por 1 000 NVR); no obstante estos datos no son congruentes con otros indicadores de salud, por lo que es necesario valorar el subregistro en este indicador.

La tasa de mortalidad neonatal presenta una tendencia descendente en el período 1990-2000.

Figura 6

Tendencia de la mortalidad neonatal, 1990-2000



Tasa por 1000 N.V.R.
Fuente: INEGI, 1990-2000.

Se tuvo una cobertura en tamiz neonatal del 75.9%, en las tres principales instituciones del sector salud en el 2000.

Entre las principales causas de mortalidad neonatal destacan:

- Hipoxia y asfixia.
- Prematurez.
- Bajo peso al nacer.
- Membrana hialina.
- Sepsis bacteriana del recién nacido.
- Malformaciones congénitas o algunos defectos al nacimiento.

La falta de coordinación interinstitucional ha originado que no se disponga del total de la información sobre la detección de defectos al nacimiento (hipotiroidismo congénito), sin embargo la información de las tres principales instituciones del sector salud señala que se tuvo una cobertura de 75.9% para el 2000, del total de nacimientos registrados en el país; con ello se ha limitado la posibilidad de tratar oportunamente a todas las niñas y niños con este tipo de deficiencias metabólicas congénitas.

De los 2.1 millones de niñas y niños que nacen al año, 40 000 mueren antes de cumplir el primer año de edad; 20 000 de estas defunciones ocurren durante el primer mes de vida.

La tasa de mortalidad infantil registrada en la última década también muestra una tendencia descendente, pasando de 23.9 a 13.8 muertes en menores de un año por 1 000 NVR, en el período 1990-2000, tendencia que se mantiene si se considera la tasa de mortalidad infantil corregida por el CONAPO, que va de 36.22 a 24.93 en los mismos años (Figura 7). Se estima que en nuestro país anualmente nacen alrededor de 2.1 millones de niñas y niños, de los cuales mueren 20 000 durante su primer mes de vida y 40 mil fallecen antes de cumplir el primer año de edad; más del 50% de estas defunciones se deben a afecciones originadas en el período perinatal, el resto, aún se siguen muriendo por diarreas, infecciones respiratorias agudas u otras causas prevenibles mediante una buena atención médica.

Tendencia de la mortalidad infantil, 1990-2000

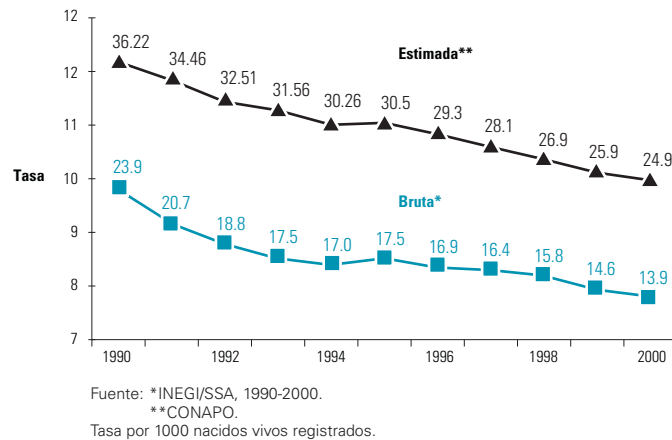


Figura 7

Entre 1994 y el año 2000, las coberturas de vacunación han sido las más altas de la historia de la salud pública en México; se han mantenido aún después de haberse ampliado el esquema básico de vacunación.

Como producto de lo anterior, se ha erradicado la poliomielitis, eliminado la difteria y controlado el sarampión, rubéola, parotiditis y el tétanos neonatal, se han registrado las cifras más bajas de tuberculosis meníngea en menores de dos años. Para el año 2000 la cobertura con esquema completo en los niños menores de un año fue de 94.4% y en los niños de uno a cuatro años de 98.3%.

Entre 1994 y el año 2000, las coberturas de vacunación han sido las más altas en la historia de la salud pública en México.

Cobertura de vacunación con esquema completo en población de un año, 1993-2000

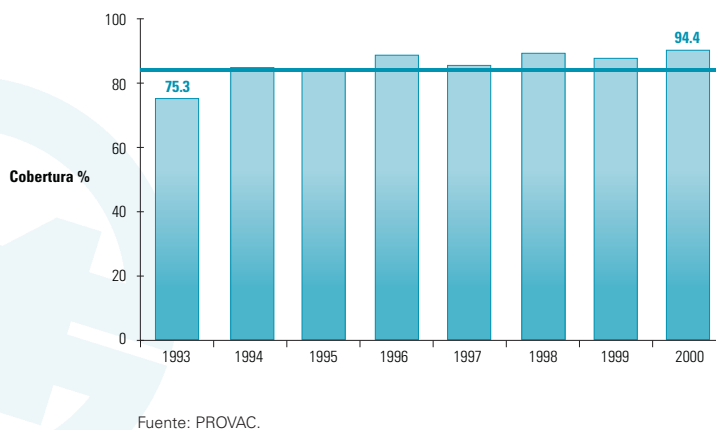


Figura 8

Retos

Los datos presentados en esta sección señalan claramente que, a pesar de los avances científicos y tecnológicos en el área de la salud, aún existen zonas con altos índices de mortalidad materna e infantil, sobre todo en las regiones con mayor pobreza y marginación. En muchas de estas regiones se ha observado que los servicios de salud tienen limitaciones tanto técnicas como humanas, lo que se refleja en una baja calidad de la atención, particularmente de las mujeres embarazadas, de recién nacidos y de niñas y niños menores de dos años.

La falta de atención prenatal, la insuficiente nutrición de las mujeres y la deficiente calidad en la atención del parto, son algunos de los factores que contribuyen a incrementar el riesgo de fallecer durante el embarazo o el parto, que repercuten directamente en la salud de los recién nacidos o en algún padecimiento que genere una discapacidad en su vida. Ante estos desafíos, el Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida, se centra en mejorar la salud perinatal de la población femenina de nuestro país, así como la salud de las niñas y niños desde su gestación hasta los 24 meses de edad.



II. A dónde queremos llegar



II. A dónde queremos llegar

Misión

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

Visión

Mujeres que con su pareja toman decisiones responsables y disfrutan el derecho a tener una maternidad saludable; niñas y niños sanos y bien desarrollados con acceso equitativo a los servicios de salud.



III. Qué camino vamos a seguir



III. Qué camino vamos a seguir

Objetivos

En concordancia con el Programa Nacional de Salud 2001-2006, el Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida plantea los siguientes objetivos:

- Lograr una cobertura universal y condiciones igualitarias de atención con calidad a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio, así como a las niñas y niños desde antes de su nacimiento hasta los dos años de edad;
- Disminuir la mortalidad materna con prioridad en las regiones con mayor incidencia y número de defunciones;
- Disminuir la mortalidad neonatal e infantil y prevenir los defectos al nacimiento para reducir las diferencias entre las diversas regiones del país;
- Conjuntar los esfuerzos de sociedad y gobierno para la operación del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida.

Lograr la cobertura universal y condiciones igualitarias de atención con calidad a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio, así como a las niñas y niños desde antes de su nacimiento hasta los dos años de edad.

Comité Nacional del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida

Una de las principales estrategias para contribuir al logro de los objetivos es la creación del Comité Nacional del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida, cuyas funciones son, entre otras:

- Proponer políticas, lineamientos, normas, procedimientos, estrategias y acciones para la operación del programa;
- Vigilar y evaluar el cumplimiento de las normas, procedimientos y lineamientos generales, así como el desarrollo y los resultados del programa;
- Proponer las medidas para mejorar la instrumentación del programa;
- Promover, vigilar y en su caso, acreditar que las unidades de atención médica cuenten con la infraestructura, así como con los insumos necesarios para realizar las acciones del programa;
- Coadyuvar en la operación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en relación con la mortalidad materna, perinatal e infantil;
- Coordinar las acciones de las instituciones y organismos que integran el Comité con el propósito de homogeneizar y racionalizar las acciones que se realicen en el programa.

Una de las principales estrategias para contribuir al logro de los objetivos es la creación del Comité Nacional del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida.

Por Acuerdo Secretarial publicado en el Diario Oficial de la Federación del 30 de octubre del 2001, este comité está integrado por el C. Secretario de Salud, quien funge como presidente, por el Subsecretario de Prevención y Protección a la Salud, quien es el vicepresidente, por la Directora General de Salud Reproductiva, quien actúa como secretaria técnica, así como por los directores generales del Instituto Mexicano

del Seguro Social, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, del Instituto Nacional de Pediatría, del Instituto Nacional de Perinatología, del Instituto Nacional de Salud Pública, del Hospital Infantil de México Federico Gómez y del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. También participa el coordinador del Programa IMSS-Solidaridad, los titulares de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional, de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina y de los Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos.

Por la dimensión y relevancia de este Programa de Acción, el comité nacional está integrado también por el secretario del Consejo Nacional de Salud, además de los directores generales de Promoción de la Salud, de Equidad y Desarrollo en Salud, de Calidad y Educación en Salud, de Desarrollo de la Infraestructura Física, de Información y Evaluación del Desempeño, y los titulares de los Centros Nacionales de Vigilancia Epidemiológica, para la Salud de la Infancia y Adolescencia, para la Prevención y Control del VIH/SIDA y de la Transfusión Sanguínea.

También forman parte de este comité, por invitación del presidente del mismo, los representantes de instituciones y organizaciones nacionales e internacionales, así como de los sectores público, social y privado, cuyas actividades se relacionan con las funciones del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida. Asimismo, se incorporarán en forma rotatoria siete secretarios de salud de las entidades federativas, según lo determine el Consejo Nacional de Salud.

Cada entidad federativa contará a su vez con un Comité Estatal, conformado por todas las instituciones de los sectores público, social y privado que realizan actividades en la materia.

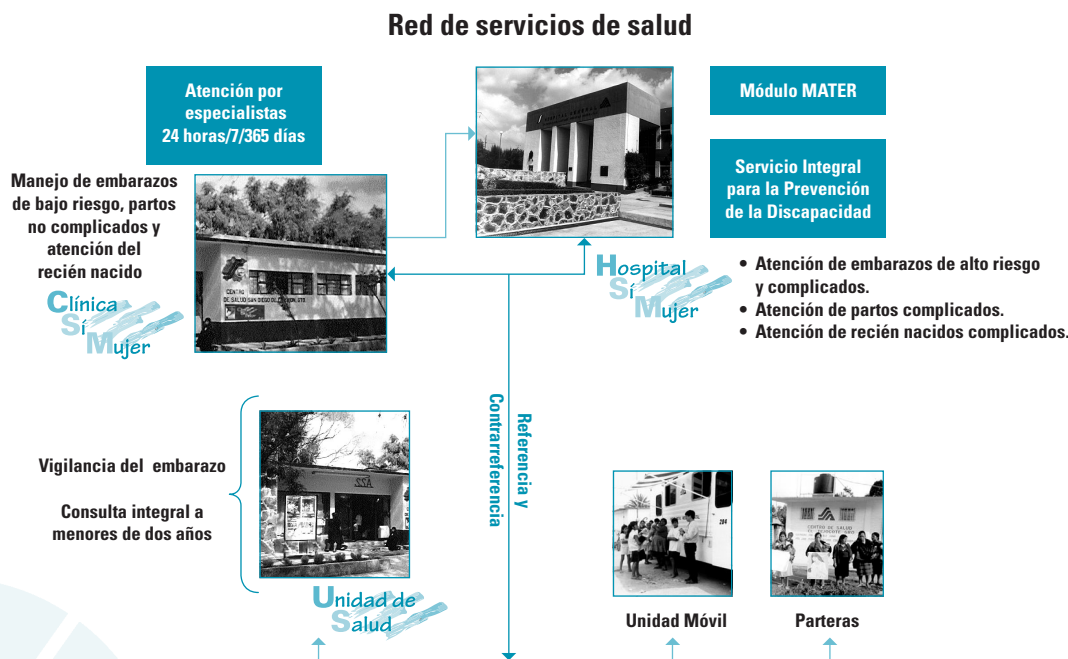
Red de servicios

Mejorar la calidad en la atención de la mujer para garantizarle un embarazo saludable y un parto y puerperio seguros.

Para fortalecer la cobertura y la calidad en la atención de la mujer y garantizarle un embarazo saludable, así como un parto y puerperio seguros, se ha diseñado una red de servicios, compuesta por los servicios de salud y los servicios de apoyo social. Con esta red se pretende operar la regionalización de los servicios, para facilitar la referencia y contrarreferencia de los pacientes.

La red de servicios de salud incorpora la atención desde el primer nivel, incluyendo las parteras, brigadas, unidades de salud y unidades móviles, que serán las encargadas de llevar a cabo el control prenatal, y detectar los embarazos de riesgo, que en las unidades de salud serán corroborados como riesgo obstétrico y serán referidos a la Clínica Sí Mujer que corresponda.

La Clínica Sí Mujer es una unidad de salud que cuenta con personal capacitado, con equipo e insumos necesarios para atender los embarazos normales y los partos de bajo y mediano riesgo; estas unidades dan atención las 24 horas del día, los 365 días del año.



Clínica Sí Mujer. Unidad de servicios de atención integral a la mujer, ubicada estratégicamente en microrregiones donde no existen hospitales, con atención las 24 horas del día, los 365 días del año.

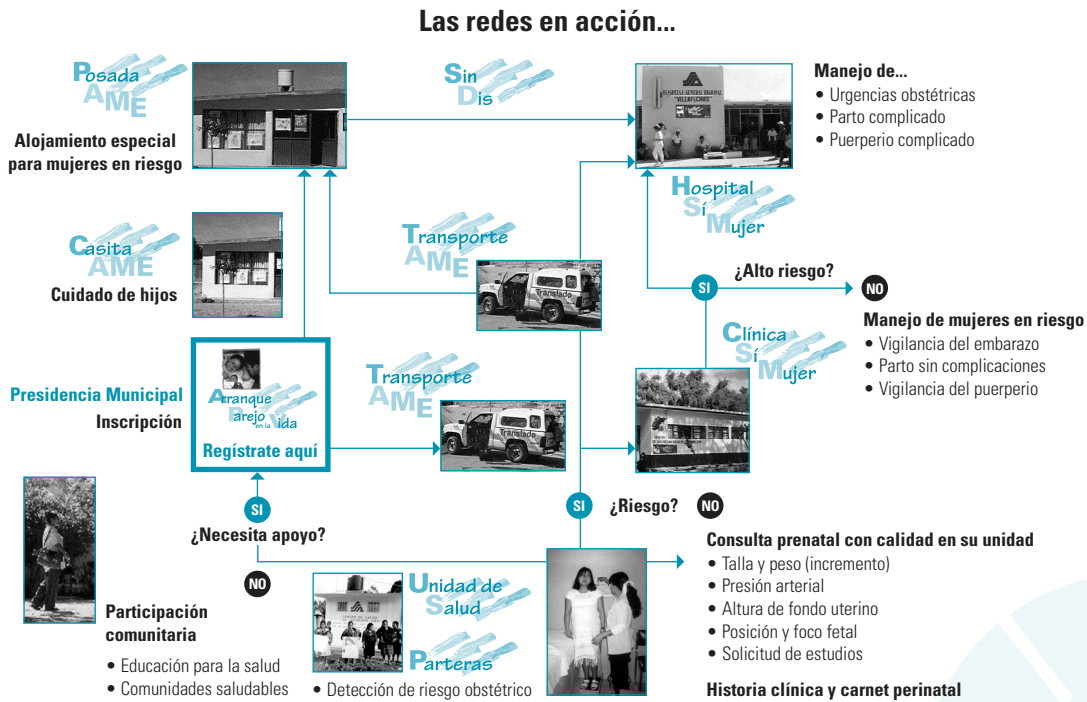
Estas Clínicas Sí Mujer a su vez referirán al Hospital Sí Mujer que corresponda; el hospital cuenta con un Módulo de Atención para Embarazadas de Riesgo (MATER), donde personal especializado se encargará de resolver los embarazos de alto riesgo, tanto para su vigilancia estrecha o la atención del parto y puerperio; asimismo cuenta con un Servicio Integral para la Prevención y Atención de la Discapacidad (SINDIS), donde se les brindará atención integral a los recién nacidos con complicaciones o defectos al nacimiento para disminuir las secuelas y limitar el daño. Estos hospitales cuentan con personal sensibilizado, motivado y con capacidad técnica, equipo e insumos para la resolución de las complicaciones obstétricas que le sean referidos.

Para complementar la red de servicios de salud es necesario que operen los servicios de apoyo social en forma coordinada; estos últimos inician sus acciones desde la comunidad con la promoción entre la población de estilos de vida saludables, embarazos planeados, derechos de una mujer embarazada para fomentar su asistencia al control prenatal; involucrando también a las autoridades municipales y grupos organizados de la comunidad, para en caso de referencia a una Clínica u Hospital Sí Mujer, apoyar a la embarazada en su traslado (Transporte AME) y/o proporcionar cuidados y alimentación a las hijas e hijos, a través de Casitas AME.

Hospital Sí Mujer. Unidad de segundo nivel de atención, con atención obstétrica, a donde son referidas las embarazadas con riesgo, al módulo MATER, para el manejo de su embarazo, parto o puerperio por personal especializado.

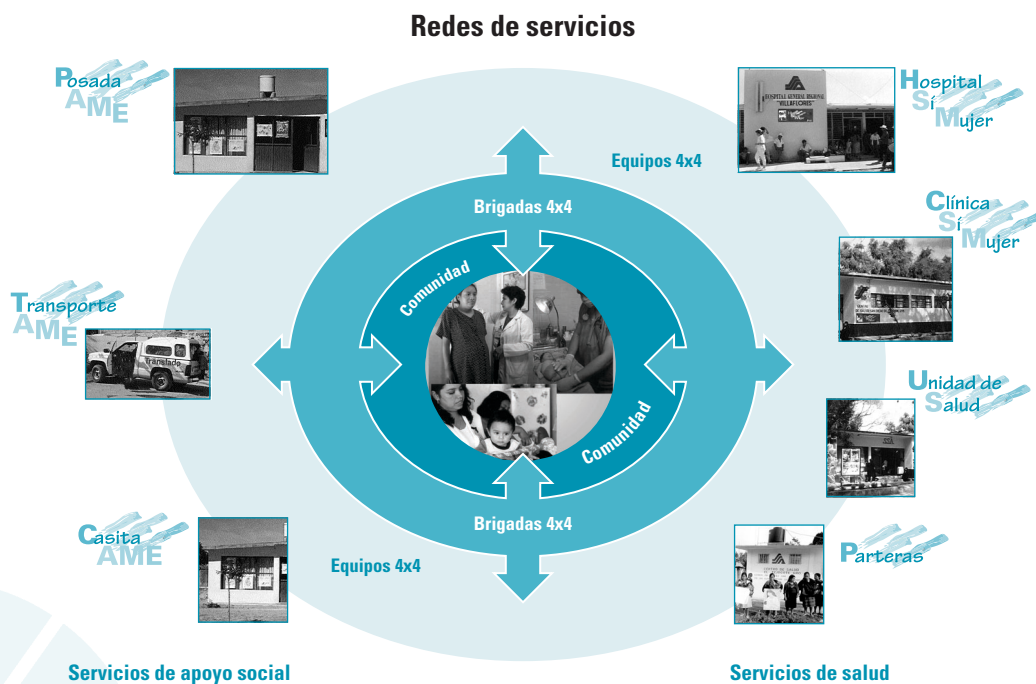
La red incluye servicios integrales para niñas y niños con defectos al nacimiento, y de esta manera contribuir a disminuir las discapacidades.

Casitas AME.- Espacio comunitario en donde se brindan cuidados y alimentación a las hijas e hijos de las mujeres referidas.



Si la condición de riesgo de la mujer embarazada referida requiere de vigilancia estrecha, no necesariamente en el área hospitalaria, se hospedará en las Posadas de Asistencia a la Mujer Embarazada (Posada AME), donde se le proporcionará alimentación y cuidados hasta la resolución de su evento obstétrico.

Como se puede observar, aunque en el papel cada red tiene diferentes acciones, ambas se entrelazan con la participación de la comunidad para brindarle a la mujer durante su evento obstétrico, así como a las niñas y niños desde su nacimiento hasta los dos años de vida, una atención de calidad y un trato digno.



En el nivel operativo, se destaca la formación de brigadas, cuyos integrantes serán el propio personal de salud existente en la unidad y las y los promotores.

Modelo operativo del programa

Con el objeto de sistematizar las estrategias y acciones del programa, el modelo operativo sintetiza los principales elementos para la planeación, ejecución y evaluación del mismo.

A partir del análisis de la situación actual de la mortalidad materna e infantil y de las condiciones del Sistema Nacional de Salud, se definió la visión y la misión del programa y se determinaron y consensaron los objetivos y las metas, con todas las instituciones del sector y con las entidades federativas.

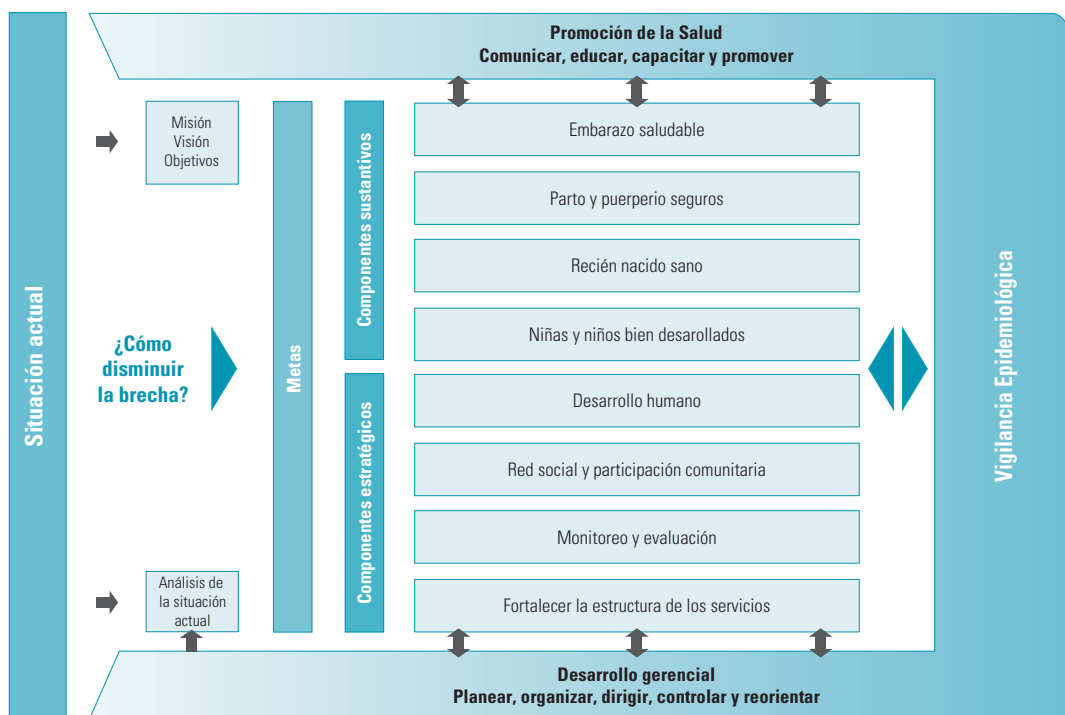
Para concretar los objetivos planteados, el Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida establece un esquema operativo integrado por cuatro componentes sustantivos, apoyados en cuatro componentes estratégicos para dar impulso a la capacidad de respuesta, requiriendo una estrecha coordinación de las áreas de Salud Reproductiva, Promoción de la Salud, Salud de la Infancia y la Adolescencia, Vigilancia Epidemiológica y otras áreas afines.

Por ello, será necesaria la integración de equipos de trabajo en los niveles estatal y jurisdiccional que consideren la participación de los responsables de estas áreas. En el nivel operativo, se destaca la formación de brigadas, cuyos integrantes serán el propio personal de salud existente en la unidad y las y los promotores que se incorporen de manera voluntaria a las acciones.

En los niveles estatal, jurisdiccional o regional será necesaria la integración de equipos de trabajo que consideren la participación de los responsables de las áreas de Salud Reproductiva, Promoción de la Salud, Salud de la Infancia y Adolescencia y otras afines.

La definición de funciones y competencias correspondientes a cada área en los niveles estatal, jurisdiccional y local se especifican en la Guía de Operación de Equipos y Brigadas en Arranque Parejo en la Vida.

Cuadro 1
Programa de Acción Arranque parejo en la Vida
Plan estratégico, 2001-2006



Componentes sustantivos y sus acciones

$$4 \times 4 = 16 \text{ Acciones}$$


Embarazo saludable

- Vigilancia del embarazo por personal calificado;
- Proporcionar micronutrientes (hierro, ácido fólico, zinc, vitamina C) o suplemento alimenticio;
- Detectar oportunamente sífilis y VIH;
- Vacunar con toxoide tetánico/diftérico.

Parto y puerperio seguros

- Atender con calidad el parto por personal calificado;
- Atender oportunamente las urgencias obstétricas;
- Vigilar el puerperio y dar orientación para la utilización de un método de planificación familiar postevento obstétrico y cuidados del recién nacido;
- Promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida.

Recién nacido sano

- Valorar al recién nacido, de ser necesario dar reanimación neonatal avanzada;
- Aplicar vitamina "K" y profilaxis oftálmica;
- Realizar pruebas para detectar defectos al nacimiento;
- Vacunar contra la poliomielitis y tuberculosis, e iniciar ejercicios de estimulación temprana.

Niñas y niños bien desarrollados

- Otorgar diez consultas desde el nacimiento hasta los dos años de edad;
- Aplicar esquema completo de vacunas;
- Administrar megadosis de vitamina "A" y micronutrientes;
- Capacitar a las madres en técnicas de estimulación temprana y en la identificación de signos de alarma de enfermedades diarreicas, enfermedades respiratorias agudas y desnutrición.

Componentes estratégicos y sus acciones

$$4 \times 4 = 16 \text{ Acciones}$$


Desarrollo humano

- Formar al personal institucional y comunitario bajo un esquema de capacitación técnica, humanística y gerencial para el logro de la excelencia;
- Establecer un sistema de reconocimiento al trabajo de las redes de servicios de salud y de apoyo social;
- Desarrollar estrategias de comunicación educativa para favorecer la corresponsabilidad en el cuidado de la mujer, del recién nacido y del menor de dos años;
- Difundir los servicios del programa a través de campañas dirigidas al personal de salud, la población usuaria y la comunidad en general.

Red social y participación comunitaria

- Conformar una red de apoyo en el nivel estatal para la gestión de recursos financieros y materiales, externos a las instituciones del sector salud necesarios para la operación del programa;
- Incorporar la participación de diversas instituciones públicas y sociales que sean susceptibles de apoyar el programa con asesoría técnica y recursos materiales;
- Promover la participación activa de la comunidad en la demanda de servicios de salud adecuados, así como la promoción de la responsabilidad del cuidado de la salud de sus habitantes;
- Impulsar la participación de los grupos organizados en las localidades y los municipios, en el desarrollo de acciones que favorezcan el Arranque Parejo en la Vida.

Monitoreo y evaluación

- Operar el sistema gerencial de información y vigilancia epidemiológica;
- Evaluar el impacto de las acciones considerando los indicadores del programa;
- Evaluar la calidad de la atención a través de encuestas a usuarias de los servicios;
- Informar al comité nacional y a los comités estatales los avances y problemática enfrentada.

Fortalecer la estructura de los servicios

- Adecuar las instalaciones y el equipo;
- Garantizar los insumos para la operación del programa;
- Acreditar las unidades de salud;
- Fortalecer el equipo e insumos para la atención por parteras tradicionales.

Procedimientos

El Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida incluye una serie de procedimientos para sistematizar las acciones del Modelo Operativo en los diferentes niveles de atención y organización.

Procedimientos para asegurar un embarazo saludable

Atención:

- Otorgar como mínimo cinco consultas prenatales con calidad; la primera consulta deberá ser proporcionada antes de la semana 12 de gestación; la segunda, entre la semana 22 y 24; la tercera, entre la semana 27 y 29; la cuarta, de la 33 a la 35 y la quinta en la semana 38;
- Incluir en toda consulta prenatal, valoración del peso y talla, así como toma y valoración de la presión arterial de la embarazada, revisión y valoración del fondo uterino, situación, posición y presentación fetal;
- Solicitar y valorar estudios de laboratorio (biometría hemática, general de orina, química sanguínea, VDRL o APR) y a las positivas a sífilis, pruebas para VIH;
- Dotar de micronutrientes durante el embarazo (multivitamínicos que incluyen: ácido fólico, hierro, zinc, vitamina C y otros, o suplemento alimenticio);
- Aplicar a toda mujer embarazada toxoide tetánico/diftérico, con énfasis en regiones o municipios de riesgo, de acuerdo con la normatividad oficial vigente;
- Complementar con orientación consejería toda consulta prenatal para la identificación de signos y síntomas de alarma en el embarazo, sobre la atención del parto, manejo del recién nacido, lactancia materna y planificación familiar;
- Brindar atención prenatal con calidad, a toda mujer embarazada en situación de migrante nacional, empleando para su registro y seguimiento el carnet perinatal;
- Proceder de igual forma cuando la migrante demande atención del parto y puerperio o de su recién nacido, en servicios de salud para población no asegurada (SSA o IMSS-Solidaridad según sea el caso), en municipios o localidades fronterizas.

Organización:

- Elaborar y actualizar trimestralmente el censo de mujeres embarazadas;
- Establecer y operar el sistema de referencia oportuna de embarazadas identificadas con signos y síntomas de riesgo o complicaciones, coordinar las acciones con los Módulos de Atención para Embarazadas de Riesgo (MATER). Dar prioridad a la atención de las mujeres referidas, con expediente y carnet perinatal identificados con la marca visible de "ATENCIÓN EMBARAZO DE RIESGO". El coordinador jurisdiccional del programa o su homólogo, según corresponda en cada institución del sector salud, deberá hacer el seguimiento de los casos referidos;

Asegurar un embarazo saludable.

Incluir en toda consulta prenatal, la toma y valoración de peso y talla, de presión arterial de la embarazada, y revisión del fondo uterino.

Complementar la consulta prenatal con orientación consejería, para identificación de signos y síntomas de alarma, atención del parto, manejo del recién nacido, lactancia materna y planificación familiar.

Instalar Módulos de Atención para Embarazadas de Riesgo (MATER), en Hospitales Sí Mujer.

- Brindar atención a las mujeres con embarazo de riesgo en las Posadas AME, mientras esperan la resolución obstétrica, además de otorgar cuidados a los hijos de estas mujeres en las Casitas AME comunitarias y fortaleciendo los vínculos solidarios de las comunidades;
- Realizar visitas domiciliarias por enfermeras a las mujeres con embarazo de riesgo o a las que no acudan a la consulta prenatal;
- Elaborar y actualizar el registro de parteras tradicionales y otro personal comunitario que atienda mujeres embarazadas y partos.

Procedimientos para asegurar un parto y puerperio seguros

Atención:

- Vigilar el trabajo de parto, utilizando el partograma;
- Atender el parto eutócico de acuerdo a protocolos establecidos;
- Vigilar el parto distócico, aplicar maniobras externas o resolver por cesárea por personal calificado;
- Identificar y atender en forma oportuna las urgencias obstétricas;
- Ofertar métodos modernos de planificación familiar durante el postevento obstétrico (parto, cesárea y aborto) a través del conocimiento informado y respetando en forma absoluta la decisión de la mujer;
- Vigilar el puerperio inmediato y el mediato y tardío a los 7 y 28 días;
- Realizar visitas domiciliarias a mujeres que no acuden a control del puerperio tardío.

Organización:

- Atender partos normales en unidades de salud del primer nivel y de bajo y mediano riesgo en Clínicas Sí Mujer, en el caso de complicaciones, realizar el manejo inicial y referir al Hospital Sí Mujer los embarazos de riesgo, partos y recién nacidos;
- Atender en Hospitales Sí Mujer los embarazos de riesgo, las urgencias obstétricas y complicaciones del parto o del recién nacido; asimismo, participar en la capacitación de los equipos de las Clínicas Sí Mujer;
- Informar, según corresponda, a los niveles jurisdiccional, delegacional, regional o estatal de los ingresos y egresos de mujeres con urgencias y complicaciones obstétricas en las unidades de salud, para su seguimiento;
- Acreditar las unidades de primer nivel, Clínicas y Hospitales Sí Mujer, para la atención con calidad del embarazo, parto y puerperio, así como para la atención del recién nacido, tomando como base el equipo, instrumental e insumos, además de la competencia técnica, sensibilización y motivación del personal;
- Registrar en la hoja de contrarreferencia el anticonceptivo adoptado después del evento obstétrico, para realizar el seguimiento en el primer nivel de atención. En caso de rechazo de alguna de las opciones de regulación de la fertilidad, se ofertarán nuevamente durante las consultas de control del puerperio y atención del niño sano, además de otros servicios a la mujer como la prueba de papanicolaou.

Atender en Hospitales Sí Mujer los embarazos de riesgo, las urgencias obstétricas y complicaciones del parto y recién nacido complicados.

Procedimientos para mejorar la calidad de la atención del recién nacido

Atención:

- Proporcionar atención a todo recién nacido al momento de su nacimiento, por personal capacitado en reanimación cardiopulmonar neonatal;
- Realizar a todo recién nacido profilaxis oftálmica y aplicar vitamina "K";
- Aplicar vacunas BCG y Sabin, o referir al recién nacido para su aplicación;
- Iniciar la lactancia materna inmediata y alojamiento conjunto;
- Realizar a todo recién nacido la toma de muestra de talón o de cordón umbilical (con papel filtro o tira reactiva), para la detección oportuna de hipotiroidismo congénito u otras deficiencias metabólicas;
- Realizar pruebas confirmatorias y tratamiento en los casos positivos del tamiz neonatal;
- Efectuar estimulación temprana desde el nacimiento.

Realizar tamiz neonatal a todo recién nacido, para la detección oportuna del hipotiroidismo congénito u otras deficiencias metabólicas.

Organización:

- Establecer o reforzar el sistema de referencia de recién nacidos para la atención de complicaciones como hipoxia/asfixia, prematuridad, bajo peso al nacer y defectos al nacimiento, hacia los Servicios Integrales para la Prevención de la Discapacidad (SINDIS);
- Actualizar al prestador de servicios en contacto con el recién nacido, sobre el manejo de las complicaciones;
- Capacitar al personal de salud en atención integral del recién nacido y en el manejo inicial de complicaciones;
- Capacitar al personal comunitario en la identificación de signos y síntomas de alarma, así como en los procedimientos para la referencia de recién nacidos complicados.

Actualizar al personal de primer nivel de atención y de las Clínicas Sí Mujer en el manejo inicial de las principales complicaciones.

Procedimientos para vigilar el desarrollo integral de niñas y niños menores de 24 meses

Atención:

- Otorgar atención integrada a todas las niñas y niños menores de dos años de edad, que acudan a consulta a la unidad de salud por cualquier causa, que incluye: atención del motivo de la consulta, vigilancia de la nutrición, vigilancia de la vacunación, vigilancia del desarrollo con promoción de la estimulación temprana, prevención y diagnóstico de defectos al nacimiento, capacitación a la madre y atención a la salud de la madre;
- Continuar con la estimulación temprana en todos los menores de 24 meses;
- Dar orientación y consejería a padres y familiares sobre estimulación temprana de los menores;
- Incluir en la estimulación temprana, actividades en las áreas motora, perceptivo-cognoscitiva, del lenguaje y social;
- Brindar atención para vigilar el crecimiento y desarrollo de las niñas y los niños, al menos bimestralmente hasta los once meses y cada tres meses hasta los 24 meses de edad;
- Aplicar a todo menor de dos años su esquema completo de vacunación.

Continuar con la estimulación temprana en todos los menores de 24 meses.

- Administrar megadosis de vitamina "A", de 100 000 U.I. en las niñas y niños de seis a 11 meses y de 200 000 U.I. en los menores de dos años de edad en las Semanas Nacionales de Salud;
- Incorporar a un programa de recuperación nutricional a niñas y niños detectados con desnutrición moderada o grave.

Organización:

- Otorgar atención integral a todas las niñas y niños menores de dos años de edad que acudan a consulta por diarrea o infecciones respiratorias agudas, desnutrición o control del niño sano;
- Capacitar al personal de salud para la atención integrada del menor de dos años y para el manejo inicial de complicaciones;
- Capacitar al personal de salud y comunitario en la evaluación del desarrollo de niñas y niños menores de 24 meses, así como en técnicas de estimulación temprana.

Procedimientos para fomentar el desarrollo humano del personal institucional y comunitario

Capacitación técnica:

- Capacitar al personal prestador de servicios de las instituciones, en las acciones que deberán realizar para otorgar una consulta prenatal con calidad, a través de talleres dirigidos al personal de unidades de salud del primer y segundo nivel;
- Capacitar a prestadores de servicios del primer nivel de atención en la detección temprana de riesgo obstétrico, manejo y condiciones de traslado para la referencia de las usuarias que lo requieran;
- Formar capacitadores de parteras y de personal comunitario para la atención integral del embarazo, parto, puerperio y recién nacido;
- Formar equipos 4 x 4 que instrumenten, den seguimiento y evalúen el programa de Arranque Parejo en la Vida; capaciten a las brigadas 4 x 4 para detonar un proceso de alianza entre el sector salud y la comunidad, facilitando el otorgamiento de los servicios y las transferencias de las pacientes de riesgo a las Clínicas y Hospitales Sí Mujer, así como de los niños y niñas que así lo requieran;
- Capacitar al personal comunitario, incluyendo parteras tradicionales, en la identificación de signos y síntomas de alarma durante el embarazo, así como en los procedimientos para la referencia al primero y segundo nivel de atención;
- Actualizar al personal del primer nivel y de las Clínicas Sí Mujer en la atención del parto normal y en el manejo inicial de las principales complicaciones obstétricas, mediante talleres de 24 horas de duración para personal operativo, y de 50 horas para los equipos de las Clínicas Sí Mujer;
- Capacitar y certificar a parteras, en la atención del parto, identificación de signos y síntomas de riesgo y referencia de embarazadas complicadas a unidades de salud;
- Sensibilizar a las parteras respecto a la importancia de la referencia de mujeres con embarazos de riesgo o con complicaciones en el parto y puerperio a las unidades de primer nivel, Clínicas y Hospitales Sí Mujer.

Capacitar al personal prestador de servicios de las instituciones, en las acciones que deberán realizar para proporcionar control prenatal con calidad.

Formar equipos 4X4 que instrumenten, den seguimiento y evalúen el Programa Arranque Parejo en la Vida.

Capacitar y certificar a parteras en la atención del parto, e identificación de signos y síntomas de riesgo para su referencia.

Capacitación humanística:

- Capacitar facilitadores en desarrollo humano que detonen el proceso de formación humanística en el personal del primer nivel de atención en una primera fase de *Sensibilización* y en una segunda fase Caminando al *Desarrollo Humano*;
- Iniciar el proceso de sensibilización del personal médico y no médico y administrativo de las unidades de primer nivel, Clínicas y Hospitales Sí Mujer, así como de los equipos y brigadas 4 x 4 y de parteras;
- Iniciar el proceso de caminando al desarrollo humano del personal médico y no médico y administrativo de las unidades de primer nivel, Clínicas y Hospitales Sí Mujer, así como de los equipos y brigadas 4 x 4 y de parteras.

Iniciar el proceso de caminando al desarrollo humano del personal médico y no médico y administrativo de las unidades de primer, Clínicas y Hospitales Sí Mujer, de los equipos y brigadas 4 x 4 y de parteras.

Capacitación gerencial:

- Capacitar al personal directivo de los estados en el análisis de la información y toma de decisiones para una efectiva focalización de las acciones sustantivas y estratégicas del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida.
- Capacitar al personal de los niveles estatal y jurisdiccional en aspectos de programación-presupuestación, para mejorar las acciones de planeación en sus respectivos ámbitos de trabajo.
- Actualizar al personal estatal, jurisdiccional y operativo, incluyendo responsables de recursos materiales y de almacenes, para optimizar los procesos de programación, adquisición, distribución y control de insumos para el Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida.
- Formar capacitadores estatales y jurisdiccionales en la generación de datos y en el uso correcto de los diferentes sistemas de información existentes para evaluar el Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida, a fin de que puedan brindar la asesoría correspondiente.

Sistema de reconocimientos:

- Instrumentar el sistema de reconocimientos entre los prestadores de servicios de salud que caminan al desarrollo humano y cuyo esfuerzo contribuya al logro de los objetivos del programa;
- Instrumentar el sistema de reconocimientos para las personas que participen en los servicios de apoyo social y grupos comunitarios de apoyo al Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida, cuyo esfuerzo contribuya al logro de los objetivos.

Instrumentar el sistema de reconocimiento entre los prestadores de servicios y personal que participe en el Programa.

Estrategias de comunicación educativa:

- Producir materiales educativos para promover la asistencia de las embarazadas a los servicios de salud, así como su autocuidado durante el embarazo, parto y puerperio;
- Producir materiales educativos para promover la atención del recién nacido, así como la vigilancia y cuidado del crecimiento y desarrollo de las niñas y niños menores de dos años.

Producir materiales educativos para promover la atención del embarazo, recién nacido y la vigilancia del crecimiento y desarrollo de las niñas y niños menores de dos años.

Difusión del programa:

- Instrumentar estrategias comunicativas para la difusión de la misión, objetivos y estrategias del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida entre el personal de salud de las diferentes instituciones;

Producir campañas de información, educación y comunicación de acuerdo a las características culturales de la población.

- Producir campañas de información, educación y comunicación de acuerdo a las características culturales de la población, optimizando el uso de los medios locales (pinta de bardas, perifoneo, radiodifusoras, etc.);
- Evaluar el impacto de los materiales educativos y de las campañas informativas.

Procedimientos para la integración de la red social estatal y participación comunitaria de apoyo al Programa

Organización:

Instalar formalmente el Comité Estatal del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida.

- Instalar formalmente el Comité Estatal del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida con la participación de los titulares de las instituciones del sector salud y organizaciones del sector público, social y privado para promover la integración de la red social activa en la entidad;
- A partir de la constitución del Comité Estatal del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida, corresponderá a la C. esposa del gobernador estatal, apoyada por la C. esposa del secretario de Salud, promover la vinculación entre empresas, organismos privados, clubes sociales (Rotarios, Leones, grupos de damas, patronatos, etc.) grupos y personas voluntarias para la gestión de recursos financieros y materiales de apoyo al programa;
- La red social deberá adoptar la figura jurídica que mejor convenga al desarrollo de sus actividades y favorezca la administración transparente de los recursos recaudados del sector privado, bajo la asesoría del área jurídica de los servicios estatales de salud;
- Los criterios de distribución de los recursos recaudados deberán definirse con base en el diagnóstico de necesidades elaborado por el Subcomité Técnico de Arranque Parejo en la Vida y presentado a la red social;
- Los informes correspondientes a los avances en la gestión y utilización de los fondos financieros recaudados por la red social, deberán ser presentados por escrito ante el Comité Estatal del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida con una periodicidad de tres meses.

Posterior a la constitución del Comité Estatal del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida, corresponderá al Subcomité Técnico coordinar y distribuir según área de competencia de los integrantes, las siguientes actividades:

Elaborar el directorio de instituciones públicas y sociales propuestas a apoyar el desarrollo del programa.

- Elaborar el directorio de instituciones públicas y sociales propuestas a apoyar el desarrollo del programa, identificando y clasificando las actividades que realizan, los recursos humanos con que cuentan y los recursos materiales disponibles;
- Coordinar acciones conjuntas con las instituciones incorporadas considerando las necesidades de operación en los niveles jurisdiccional y local;
- Realizar reuniones periódicas para la revisión de avances y evaluación de las acciones realizadas.

Procedimientos para el fortalecimiento de la participación comunitaria

Organización:

- Las acciones encaminadas a fortalecer la participación comunitaria en el Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida serán competencia directa del responsable de promoción de la salud en los diferentes niveles;
- El desarrollo de las acciones de participación comunitaria parten de la identificación de los recursos comunitarios (programas convergentes) existentes en las localidades prioritarias para integrar y capacitar a las brigadas 4 x 4;
- Elaborar y aplicar una encuesta dirigida a la población a fin de determinar los niveles de información de ésta, así como actitudes relacionadas con el cuidado de su salud;
- A partir de los resultados de la encuesta, se elaborarán los contenidos y materiales educativos en Arranque Parejo en la Vida y programarán el desarrollo de las respectivas sesiones educativas;
- A nivel jurisdiccional, identificar las acciones impulsadas por el gobierno municipal que beneficien el desarrollo del programa en los municipios prioritarios;
- Concertar con los gobiernos municipales los apoyos al programa con base en el diagnóstico de necesidades elaborado por el Subcomité Técnico de Arranque Parejo en la Vida;
- Realizar el seguimiento a la operación y resultados de las acciones encaminadas al fortalecimiento de la participación comunitaria.

Brigadas 4 x 4: Grupo de trabajo operativo integrado por personal de la unidad de salud (médico, enfermera, técnico en atención primaria a la salud o coordinador comunitario de salud) y promotores voluntarios, auxiliares de salud, procuradoras de la salud y/o comité local de salud, que constituyen el enlace entre los servicios y la comunidad.

Identificar las acciones impulsadas por el gobierno municipal en beneficio del programa.

Procedimientos para monitorear y evaluar el programa

- Registrar y reportar oportunamente, así como validar la veracidad y consistencia de los datos que requiere el programa de los sistemas institucionales de registro de datos: SISPA, PROVAC, SEED, SUAVE y SAEH;
- Registrar en expedientes clínicos las acciones en las mujeres embarazadas, en los niños menores de 2 años y la evolución y atención del parto, del puerperio y del recién nacido;
- Revisar trimestralmente el llenado correcto y completo de los expedientes clínicos;
- Formar y capacitar a los equipos 4 x 4 de supervisión;
- Revisar que los equipos 4 x 4 realicen la programación mensual y la ejecución de supervisiones;
- Capturar en el sistema, la información de las supervisiones de los equipos 4 x 4;
- Hacer el análisis de avances y logros del programa en el nivel jurisdiccional y estatal, utilizando las fuentes de información existentes, tanto de los sistemas regulares de información, como de las supervisiones de los equipos 4 x 4;
- Integrar en el nivel estatal, la información sobre los indicadores básicos de las otras instituciones del sector salud que están asociadas al programa;
- Elaborar en las jurisdicciones y en el estado, una lista de aquellos indicadores básicos que no tuvieron avances y en base a ello, priorizar acciones de mejoría;
- Monitorear mejoras en los indicadores seleccionados para mejora continua;

Hacer el análisis de avances y logros del programa en el nivel jurisdiccional y estatal, utilizando las fuentes de información existentes, tanto de los sistemas regulares de información, como de las supervisiones de los equipos 4 x 4.

Recolectar y revisar los certificados de defunción por los responsables jurisdiccionales de informática y epidemiología.

Establecer y operar el Sistema de Vigilancia de la muerte materna en todos los niveles de atención de los Sistemas Estatales de Salud.

- Notificar inmediatamente a las jurisdicciones sanitarias las defunciones maternas, fetales, neonatales o de menores de un año, ocurridas en hospitales del sector y semanalmente, las ocurridas fuera de los hospitales;
- Recolectar y revisar los certificados de defunción por los responsables jurisdiccionales de informática y epidemiología;
- Estudiar, dictaminar y dar seguimiento en sesiones mensuales del comité jurisdiccional, a las defunciones maternas, fetales, neonatales y de menores de un año que ocurran fuera de unidades médicas del sector público;
- Estudiar, dictaminar y dar seguimiento a las defunciones maternas, fetales, neonatales y de menores de un año que ocurran en unidades de segundo y tercer nivel en sesiones quincenales de los comités hospitalarios;
- Instalar o reactivar el subcomité estatal de prevención, estudio y seguimiento de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, e incorporarlo al comité estatal de Arranque Parejo en la Vida;
- Establecer y operar el sistema de vigilancia de la muerte materna en todos los niveles de atención de los Sistemas Estatales de Salud, de acuerdo con el Manual correspondiente;
- Asesorar al personal jurisdiccional u homólogo y del primer nivel de atención, en la elaboración de programas estratégicos o emergentes en apoyo a este Programa de Acción, con objetivos, metas y estrategias específicas;
- Supervisar y asesorar a prestadores de servicios de salud, para el cumplimiento de las acciones del programa;
- Verificar la operación de los comités de prevención, estudio y seguimiento de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal;
- Evaluar periódicamente el cumplimiento de los objetivos y metas de los programas estratégicos o emergentes, apoyándose en los indicadores establecidos para el programa y corregir desviaciones.

Procedimientos para fortalecer la estructura de los servicios

- Instalar Módulos de Atención para Embarazadas de Riesgo (MATER) en los Hospitales Sí Mujer para la atención inmediata de las pacientes referidas por parteras o por personal de las unidades de primer nivel, con historia clínica y carnet perinatal sellados con la leyenda "ATENCIÓN EMBARAZO DE RIESGO";
- Disponer de personal médico especializado en las Clínicas y Hospitales Sí Mujer para su atención las 24 horas del día, los 365 días del año;
- Asegurar el equipo para diagnóstico y tratamiento en Clínicas y Hospitales Sí Mujer, así como del instrumental necesario en unidades del primer nivel;
- Instalar servicios integrales para la prevención y atención de la discapacidad en Hospitales Sí Mujer Regionales o de especialidad como hospitales del niño o infantiles, para limitar el daño de las discapacidades secundarias a algunos defectos al nacimiento;

- Disponer permanentemente de micronutrimientos (ácido fólico de 0.4 mg y 4 mg, hierro) y/o suplemento alimenticio en todas las unidades de atención;
- Asegurar la existencia de los instrumentos de registro como: historia clínica perinatal, carnet perinatal, hojas de referencia y partograma;
- Garantizar la disponibilidad de material e insumos básicos para la atención del parto eutócico y de las principales complicaciones del parto;
- Asegurar la dotación y reposición de los 10 medicamentos de la caja roja para el manejo de la eclampsia.
- Establecer coordinación operativa con el centro estatal de transfusión sanguínea y con los bancos de sangre para disposición permanente de sangre y sus derivados;
- Asegurar la disponibilidad de espansores de plasma en unidades con alta incidencia de hemorragia obstétrica;
- Vigilar la existencia en almacenes y la entrega oportuna de medicamentos, insumos y materiales en los diferentes niveles administrativos u operativos de las instituciones de salud;
- Brindar asistencia técnica para la adquisición, distribución y control de medicamentos y materiales;
- Asegurar la disponibilidad del equipamiento en las unidades de salud, para la atención de partos eutócicos;
- Mantener o fortalecer las instalaciones de los Hospitales y Clínicas Sí Mujer y unidades de salud de las instituciones del sector.

Garantizar los insumos necesarios para la prestación de los servicios y mejorar la infraestructura.

Brindar asistencia técnica para la adquisición, distribución y control de medicamentos y materiales.

IV. Cómo medimos los avances

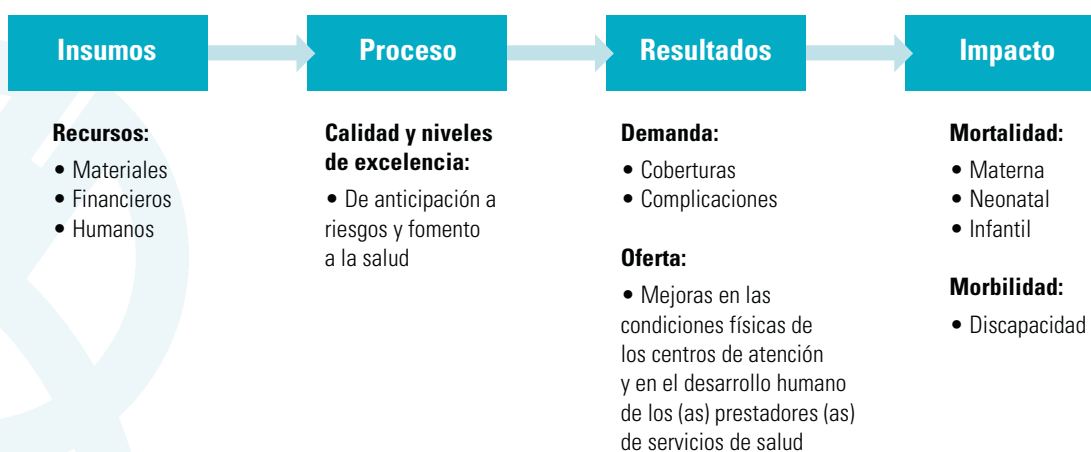


IV. Cómo medimos los avances

El monitoreo y la evaluación forman parte de uno de los 4 componentes estratégicos y se ha diseñado en forma paralela desde la planeación del programa, con el objeto de que sea una herramienta de mejoría, desde su diseño y no se "ajuste" a los requerimientos posteriores de un programa que ya está en marcha. Con el objeto de racionalizar su operación, y de ampliar su cobertura al ámbito del sector salud, en su diseño han participado activamente representantes de diferentes direcciones generales de la Secretaría de Salud, de las diferentes organizaciones e instituciones del sector salud asociadas al programa y de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

El modelo que se aplicará para evaluar el Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida, comprende la aplicación periódica de instrumentos que permitan observar y establecer mediciones sobre indicadores básicos de las siguientes dimensiones del programa:

El modelo que se aplicará para evaluar el Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida, comprende la aplicación periódica de instrumentos.



Los indicadores responden también a las preguntas básicas de avances en los 4 componentes sustantivos y 4 componentes estratégicos del programa y se identifican aquellos que son de tipo general o de uso universal y aquellos más vinculados con la operación del programa.

Para dar cumplimiento a los objetivos del monitoreo y la evaluación se llevarán a cabo las siguientes etapas:

- Construcción de una línea base para diagnóstico inicial y comparaciones futuras;
- Diseño de un sistema de monitoreo de indicadores básicos;
- Construcción de un sistema de consulta de información analizada en todos los niveles gerenciales del programa.

Las principales fuentes de información que se utilizarán en la evaluación del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida, serán los sistemas de información institucionales, las Estadísticas Vitales del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI); las estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) y las encuestas de salud y de la dinámica demográfica aplicadas a nivel nacional y por entidad federativa.

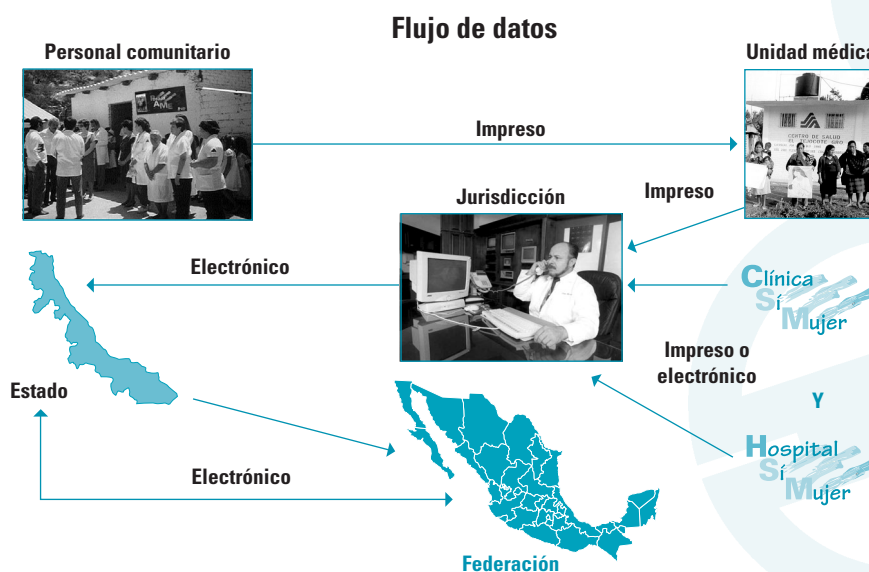
La línea de base contendrá información general para la planeación del programa obtenida de las principales fuentes de información existentes y la primera medición de los indicadores básicos de Evalua-Arranque Parejo en la Vida.

La línea de base contendrá información general para la planeación del programa obtenida de las principales fuentes de información existentes y la primera medición de los indicadores básicos de Evalua-Arranque Parejo en la Vida. Se ha previsto que la evaluación de insumos y procesos se realice semestralmente, y que la evaluación de resultados e impacto se efectúe anualmente.

Además, con el fin de obtener indicadores más actualizados o bien para generar información específica del programa, ya sea de tipo cuantitativo o cualitativo, sobretodo aquella referente a las actividades de las redes y de la comunidad, se desarrollarán estudios especiales o encuestas probabilísticas que permitan apoyar la evaluación de las estrategias de los diferentes componentes de este Programa de Acción.

La información se recolecta por unidad de salud, distinguiendo las actividades de las Clínicas y Hospitales Sí Mujer y de una muestra del resto de unidades de salud. La información sobre la población se refiere a la cobertura de los servicios de las unidades de salud.

El análisis de los indicadores básicos se hace desde la jurisdicción sanitaria, el estado y el nivel central, y en base a los principales hallazgos, se establecen prioridades para acciones de mejoría de los servicios, y de seguimiento a los avances y logros.



Metas para el año 2006

- Disminuir 35% la tasa de mortalidad materna en relación con la tasa registrada en el 2000;
- Reducir 30% el número de defunciones maternas con relación a las registradas en el 2000;
- Disminuir 25% la tasa de mortalidad neonatal con relación a la registrada en el 2000;
- Disminuir 30% la tasa de mortalidad infantil con relación a la registrada en el 2000;
- Incrementar a cinco el número de consultas prenatales con calidad por embarazada, al 90% de las mujeres embarazadas;
- Lograr 100% de cobertura de vacunación con toxoide tetánico diftérico en embarazadas que viven en zonas de riesgo;
- Atender el 90% de los partos por personal calificado;
- Lograr que el 70% de las mujeres a las que se les atendió un evento obstétrico acepten algún método moderno de planificación familiar;
- Atender integralmente al 100% de recién nacidos de partos atendidos en unidades de salud;
- Aplicar vitamina "K" y profilaxis oftálmica, al 100% de recién nacidos en unidades de salud;
- Orientar al 100% de las madres atendidas en unidades del sector, para la estimulación temprana de su hija o hijo;
- Realizar la prueba de tamiz neonatal al 100% de los recién nacidos atendidos en unidades de salud;
- Lograr que el 90% de los niños de las madres que ingresen al programa, reciban 10 consultas médicas durante los dos primeros años de edad, para la vigilancia de su crecimiento y desarrollo;
- Mantener por arriba de 90% la cobertura con esquema completo de vacunación al menor de un año;
- Mantener por arriba de 95% la cobertura de vacunación con esquema básico completo en la población de 12 a 23 meses de edad;
- Incorporar a programas de recuperación nutricional al 100% de las niñas y los niños detectadas con desnutrición moderada y grave;
- Administrar por lo menos dos veces al año, megadosis de vitamina "A", de 100 000 U.I. al 95% de las niñas y niños de seis a 12 meses y de 1 a 2 años de 200 000 U.I., que vivan en zonas de riesgo;
- Capacitar al 80% de las madres o responsables de los menores de dos años en la identificación de signos y síntomas de alarma para infecciones respiratorias agudas, diarreas, desnutrición y en técnicas de estimulación temprana;
- Otorgar atención integrada al 80% de los menores de dos años de edad que acuden a consulta por infecciones respiratorias agudas, diarreas, desnutrición o control del niño sano.

Indicadores

A continuación se presentan los indicadores básicos cuyo propósito es facilitar la evaluación del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida 2001-2006, agrupados de acuerdo al componente sustantivo o estratégico al que corresponda.

Embarazo saludable:

- Porcentaje de embarazadas con riesgo referidas y atendidas en el siguiente nivel de atención;
- Porcentaje de embarazadas atendidas de acuerdo al trimestre de gestación;
- Porcentaje de embarazadas con atención integrada de acuerdo al trimestre de gestación.
- Promedio de consultas de control prenatal por embarazada atendidas en el sector salud;
- Porcentaje de mujeres embarazadas con cobertura de vacunación con toxoide tetánico, que viven en zonas de riesgo.

Parto y puerperio seguros:

- Porcentaje de cesáreas por tipo de unidad;
- Porcentaje de mujeres que inician el control del puerperio;
- Porcentaje de partos atendidos por personal calificado según nivel de atención;
- Porcentaje de mujeres que aceptaron un método moderno de planificación familiar postevento obstétrico por tipo de método, en las instituciones del sector;
- Tasa de letalidad de las principales complicaciones obstétricas y neonatales, por causa;
- Tasa de mortalidad materna.

Recién nacido sano:

- Porcentaje de recién nacidos con tamiz neonatal;
- Porcentaje de recién nacidos con atención integrada;
- Porcentaje de recién nacidos con prematuridad;
- Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso;
- Porcentaje de recién nacidos con reanimación neonatal avanzada;
- Porcentaje de recién nacidos con defectos al nacimiento;
- Porcentaje de recién nacidos con defectos al nacimiento que fueron atendidos;
- Tasa de mortalidad neonatal.

Niñas y niños bien desarrollados:

- Cobertura de vacunación con esquema básico completo en población menor de un año y de 12 a 23 meses de edad;
- Porcentaje de población de recién nacidos hasta los 23 meses de edad, que recibieron estimulación temprana;
- Porcentaje de población de 1 a 23 meses que recibieron atención integrada;
- Porcentaje de consultas a población de recién nacidos hasta 23 meses;
- Porcentaje de niñas y niños menores de dos años que recibieron megadosis de vitamina "A";
- Porcentaje de niñas y niños detectados con desnutrición moderada y grave, incorporados a programas de recuperación nutricional;
- Porcentaje de madres capacitadas en estimulación temprana y en la identificación de signos y síntomas de alarma para infecciones respiratorias agudas, diarreas y desnutrición;
- Tasa bruta de mortalidad infantil.

Desarrollo humano:

- Porcentaje de personal del programa que está capacitado de forma integrada;
- Porcentaje de personal del programa que está "jalando parejo".

Red social y participación comunitaria:

- Porcentaje de usuarias y usuarios beneficiados por la red social estatal;
- Porcentaje de comunidades que están "jalando parejo".

Estructura de los servicios:

- Porcentaje de unidades del programa que están "jalando parejo".

Monitoreo y evaluación:

- Uso de "Evalúa-Arranque Parejo" por nivel de atención y de gerencia del programa;
- Incremento relativo en inversión por cada nivel (municipal, estatal y federal).

V. Apéndice



V. Apéndice

Glosario de términos

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

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

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

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

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

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

Brigadas 4 x 4: grupo de trabajo operativo integrado por personal de la unidad de salud (médico, enfermera, técnico en atención primaria a la salud o coordinador comunitario de salud) y promotores voluntarios, auxiliares de salud, procuradoras de la salud y/o comité local de salud, que constituyen el enlace entre los servicios y la comunidad, mediante acciones educativas a la población, de seguimiento a la atención de las embarazadas, puérperas, niñas y niños menores de dos años, así como de identificación y canalización de necesidades de apoyo en términos de traslado de mujeres con riesgo obstétrico y cuidado de sus hijos en Casitas AME.

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

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

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

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

- ▶ **Técnicos.** Conocimiento teórico-práctico específico para cada eslabón de la cadena de servicios de Arranque Parejo en la Vida.
- ▶ **Humanísticos.** Es la formación que permite fortalecer al prestador de servicios tanto en su parte individual como en la integración de equipos de trabajo y sentido de pertenencia a la institución.

Casita AME: espacio comunitario en donde se brindan cuidados y alimentación a los hijos de las mujeres mientras éstas reciben atención de su embarazo y parto en las Clínicas y Hospitales Sí Mujer.

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

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

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

Defecto al nacimiento: cualquier anomalía del desarrollo del recién nacido que impida la correcta adaptación del niño al medio extrauterino, capaz de ocasionar la muerte o la discapacidad para crecer y desarrollarse en las mejores condiciones, en alguna etapa del ciclo vital.

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

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

Embarazo: es el período comprendido desde la concepción hasta la expulsión o extracción del feto y sus anexos.

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.

Eutocia: parto normal o sin complicaciones.

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.

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

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

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

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

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

Promoción de la salud: estrategia que permite fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes de la población en general, para participar corresponsablemente en el cuidado de la salud y optar por estilos de vida saludables, facilitando el logro y la conservación de un óptimo estado de salud individual, familiar y colectiva.

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

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

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

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

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

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

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

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

Servicios Integrales de Prevención y Atención a la Discapacidad (SINDIS): unidad de servicios integrados, ubicada en un Hospital Sí Mujer Regional o de especialidad pediátrica, para la prevención y atención de defectos al nacimiento y/u otras complicaciones, para disminuir los daños y secuelas de las niñas y niños.

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

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

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

Bibliografía

- 1.** American Academy of Pediatrics, Committee on Nutrition (AAP-CON). Pediatric Nutrition Handbook. Evaston, 111:1993.
- 2.** American Academy of Pediatrics. Newborn screening for congenital hypothyroidism recommended guidelines. Pediatrics 1993; 91:1203-1209.
- 3.** American Heart Association. Standards and Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency care. JAMA 1974; 227:883-886.
- 4.** American Heart Association. Standards and Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency care. JAMA 1992; 268:2276-2281.
- 5.** American Heart Association/American Academy of Pediatrics Textbook of Pediatric Advanced Life Support, 1994.
- 6.** American Heart Association/American Academy of Pediatrics Neonatal Resuscitation Program Steering Committee: Instructors manual for neonatal resuscitation. 1995.
- 7.** American Heart Association/American Academy of Pediatrics Neonatal Resuscitation Program Steering Committee: NRP. Instructors Update. Interim training guidelines for neonatal resuscitation. Neonatal Network 1993; 12:43-45.
- 8.** Amiel Tison C., Stewart A., Follow up studies during the first five years of life: A pervasive assessment of neurological function. Archives of Disease in Childhood 1989; 64:496-502.
- 9.** Anhalt H., Neely EK., Hintz RL.: Ambiguous genitalia. Pediatr Rev 1996; 17:213-220.
- 10.** Avery GB., Fletcher MA., Mac Donald MG.: Pathophysiology and management of the newborn. In Neonatology, de 4, JB. Lippincott, 1994.
- 11.** Ballard, J.L., et al. New Ballard Score, expanded to include extremely premature infants. J. Pediatr. 1991; 119: 417-423.
- 12.** Ballard, Kazmdier K., Driver M. A. simplified assessment of gestational age. J.Ped. 1979; 95: 796-799.
- 13.** Battaglia FC., Lubchenco LO.. A practical classification of newborn infants by weight and gestational age. J. Pediatr. 1967; 71 (2): 159-153.
- 14.** Bergstrom S, Höjer B, Liljestrang J, Tunell G. Perinatal Health Care with limited resources. First Edition. The Macmillian Press. Ltd. 1994; p.1-77.
- 15.** Berkowitz G.S. y Papiernik Emile; Epidemiology of preterm birth. Epidemiology Reviews, 1993, vol. 15, No.2 pp. 414-442.
- 16.** Blackman J.A. y Cols.; Cuidado intensivo neonatal: ¿vale la pena? secuelas en el desarrollo de niños con peso muy bajo al nacer. Clínicas Pediátricas de Norteamérica 1991, Vol. 6, Ed. Interamericana pp. 1537-1551.
- 17.** Bracken MB., Halford TR.: Exposure to prescribed drugs in pregnancy and association with congenital malformations. Obstet. Gynecol 1981; 58:336-340.
- 18.** Buysse Mary Louise: Birth Defects Encyclopedia Center for Birth Defects Information Service, Inc. pp. 548; 1990.

19. Cacciari E., Balsamo A., Cassio A., et al. Neonatal screening for congenital hyperplasia. Arch Dis Child 1983; 58:803-806.
20. Calzada-León R., Del Castillo V., Cuevas AJ., Schiavon ER., Altamirano BN., et al: Ambigüedad de genitales: Abordaje inicial del paciente. Acta Pediatr. México. 1994; 15:249-255.
21. Calzada LR., García CJ., Hipotiroidismo congénito. Acta Pediatr. México. 1996; 17(6):360-363.
22. Calzada-León R., Ruiz RML., Altamirano B.N., García FM.: Estudio del paciente con ambigüedad de genitales. Boletín Hospital Infantil. México, 1999.
23. Canter CO: Recurrence risk of common congenital malformations. Practitioner 1972, 213:667-669.
24. Capurro H., Konichezky S., Fonseca D., Caldeyro-Barcia R., Simplified method for diagnosis of gestational age in the newborn infant. Pediatrics: 1978; 93(1): 120-122.
25. Cohen RS., Stevenson DK., Malachowski N., et al. Favorable Results of Neonatal Intensive Care for Very Low-Birth-Weight Infants, Pediatrics 1982; 69:621-625.
26. Cloherty JP, Stark AR., Manual of Neonatal Care. Little Brown Co. 4th edition. 1998.
27. Cunningham FG y cols. Obstetricia de Williams. 20a ed. Médica-Panamericana, Buenos Aires 1998.
28. Czeizel, A.E., Dudás, Y.: Prevention of the first occurrence of neural-tube defects by periconceptional vitamin supplementation N. Engl. J. Med. 1992; 327:1832-1835.
29. Chaznoff I.J., Burns W.J., Schnoli SH., Burns K.A.: Cocaine use in pregnancy N. Engl. J. Med. 1985; 313:666.
30. Dake-Roelse J., Long term prognosis of patients with cystic fibrosis in relation to early detection by neonatal screening and treatment in a cystic fibrosis centre. Thorax 1995; 50:712-718.
31. Delval Juan, "El Desarrollo Humano", ed. Siglo XXI de España, Madrid, 1994.
32. Dergassies, S.A., "Desarrollo neurológico del recién nacido de término y prematuro", Panamericana, Bs. As. 1977.
33. De Vries L.S.; Neurological assessment of the preterm infant. Acta Pediatr., 1996, Vol. 85, pp 765-771.
34. Does Periconceptional Multivitamin Use Reduce the Risk of Neural Tube Defects Associated with other birth defects? Data from Two Population-Basal Case-Central Studies. Am. J. of Med. Genet. 61: 30-36.
35. Donnell GN, Koch R., Fishler K., et al. Clinical aspects of galactosemia. In Burman SD, Holtin JB, Pennock (eds) Inherited Disorders of Carbohydrate Metabolism. Lancaster, England, MTP Press, 1980: 103-115.
36. Dubowitz L.M.S., De Vries L.S., y Col. Predictive Value of Cranial Ultrasonography a Changing Picture, in. Physiologic Foundations of Perinatal Care, Vol. 2, Chapter 32, Elsevier Science Publishing Co. Inc. 1987.
37. Farrel P, Mischler E., Newborn Screening for Cystic Fibrosis. Adv. Pediatr. 1992; 39:31-64.
38. Fernández Carrocera, Seguimiento Longitudinal del neonato prematuro. Revista Latinoamericana de Perinatología 1987, Vol. 7 pp. 20-25.
39. Fernández Carrocera, Seguimiento del Recién Nacido de Alto Riesgo, Temas Selectos de Reproducción Humana. 1989, pp. 619-634.
40. Frand M., Honig KL., Hageman JR., Neonatal cardiopulmonary resuscitation: The good news and the bad. Pediatr Clin North Am 1998; 45:587-598.
41. Froster-Iskenius, UG., Baird P; Limb reductions defects in one million consecutive livebirth. Teratology 1989; 39: 127-135.

42. Gilbert, J.N., Jones, K.L., Rorke, L.B., et al. : Central Nervous System Anomalies Associated with meningocele, hydrocephalus, and the Arnold-Chiari malformation: reappraisal of theories regarding the pathogenesis of posterior neural tube closure defects. *Neurosurgery* 1986; 18: 559-564.
43. Goldstein, R.B., Filly, R.A.: Prenatal diagnosis of anencephaly; spectrum of sonographic appearances and distinction from the amniotic band syndrome. *AJR* 1988; 151: 547-550.
44. Graham J.M. Jr. de Saxe M, Smith DW: Sagittal craneosynostosis: fetal head constraint as one possible cause. *J. Pediatr.* 1979; 95: 747-751.
45. Grant DB, Smith I, Fuggle PW, Tokar S, Chapple J. Congenital hypothyroidism detected by neonatal screening: relationship between biochemical severity and early clinical features. *Arch Dis Child* 1992; 67: 87-90.
46. Harding J., Liu L., Evans P, et al: Intrauterine feeding of the growth retarded fetus: can we help? *Early Hum Dev* 1992; 29:193-196.
47. Instituto Mexicano del Seguro Social. Dirección de Prestaciones Médicas. Manual de Procedimientos para la Vigilancia Materno Infantil. México, D.F. 1995.
48. Instituto Mexicano del Seguro Social. Norma Técnica para la Vigilancia Materno-Infantil. México D.F. 1995.
49. Instituto Nacional de Perinatología. Normas y procedimientos en Obstetricia y Ginecología. México. D.F. 1998; 69-78.
50. Instituto Nacional de Salud Pública. Boletín de Práctica Médica Efectiva. Centro de Información para Decisiones en Salud. Control Prenatal con enfoque de riesgo. Volumen 3- número 9, septiembre 2001.
51. Izquierdo G., Glassberg K., Gender assignment and gender identity in patients with ambiguos genitalia. *Urology* 1993; 42:232-242.
52. Johnson R.W., Toshach C.E.: Estimation of fetal weight using longitudinal mensuration. *Amer. J. Obstet. Gynec.*: 1954; 68; 891.
53. Jurado-GE. Etiología del daño secundario a los defectos al nacimiento. En Manejo integral de los defectos al nacimiento. Ed. Grupo de Estudios al Nacimiento (GEN). México. 1986; 7.
54. Jurado GE., Epidemiología de la prematuridad. Memoria del VIII Congreso Colombiano de Pediatría. De Arbeláez. Colombia, 1967; 478.
55. Jurado GE., El crecimiento intrauterino. *Gaceta Médica, México.* 1971; 102 (2): 227-255.
56. Jurado GE., La curva de crecimiento intrauterino como indicador de riesgo neonatal. I Simposio Nacional sobre Endocrinología e Investigación Pediátrica. Hospital Central Militar. México, 1985.
57. Kallen B., et. al; Infants with congenital limb reduction registered in the Swedish register of congenital malformations. *Teratology* 1984, 29:73-85.
58. Kelly S., Galactosemia identified in newborn screening program: Clinical and biochemical characteristics. *NY State J Med* 1980; 80:1836-1839.
59. Kemke P.N., Molley AM., Daly LE, Burke H., Weir DG Scott J.M., Maternal plasma folate and Vit B12 are independent risk factors for neural tube defects. *Q.J. Med* 1993; 86: 703-708.

60. Kirby LT., Norman MG., Applegarth DA., et al. Screening of newborn infants for galactosemia in British Columbia. *Can Med Assoc J* 1985; 132:1033-1035.
61. Kurnit DM., Laylon WM., Matthyse S.: Genetics Chance, and morphogenesis. *Am. J. Hum. Genet.* 1987; 41: 979.
62. Kuban, K.C.K., et al. Cerebral palsy. *N. Engl. J. Med.* 1994; 330:188.
63. Larroche J.C.: Malformations of the nervous system. In Adams, J.H., Corsellis, J.A.N., and Duchen, L.W. (eds.): *Greenfield's Neuropathology*. New York, Wiley S. Sons, 1984; 385.
64. Laurence, K.M.: Folic acid to prevent neural tube defects. *Lancet* 1991; 338: 329.
65. Lemiro, R.J.: Neural tube defects. *JAMA* 1988; 259: 558-562.
66. McCabe ERB., McCabe L., Mosher GA., et al. Newborn screening for phenylketonuria: Predictive validity as a function of age. *Pediatrics* 1983; 72:390-398.
67. Meyers-Seifer Ch., Charest NJ.: Diagnosis and management of patients with ambiguous genitalia. *Sem Perinatol* 1992; 16:332-339.
68. Miller WL., Levine LS., Molecular and clinical advances in congenital adrenal hyperplasia *J. Pediatr.* 1987; 111:1-17.
69. Mills JL., Mc Partlin J.M., Kirke PM., Lee YJ., Conley MR., Weir DG., Scott J.M., Homocysteine metabolism in pregnancy complicated by neural tube defects. *Lancet* 1985; 345. 149-151.
70. Milunsky, A., Jick, H., Jick, S.S., et al.: Multivitamin/folic acid supplementation in early pregnancy reduces the prevalence of neural tube defects. *JAMA* 1989;262: 2847-2852.
71. MRC Vitamin Study Research Group.: Prevention of neural tube defects: results of the medical research council vitamin study. *Lancet* 1991; 338:131-137.
72. Mudd SH., Skovby F, Levy HL., et al. The natural history of homocystinuria due to cystathionine b-synthase deficiency. *Am J Hum Genet* 1985; 37: 1-31.
73. Nadeau F, McKinna J., Sater L., Travis JC., Hoffman G., Newborn screening for cystic fibrosis. Standardization document. Preliminary Draft 1996. US Department of Health & Human Services. Atlanta, GA.
74. Nova JJ., Nova AH.: Maternal Transmission of Congenital heart disease. *Am. J. Cardiol* 1987; 59: 459-463.
75. Ordoñez-Sánchez ML., Ramírez-Jiménez S., López-Gutiérrez AU., Riba L., Gamboa-Cardiel S., et al: Molecular genetic analysis of patients carrying steroid 21-hydroxylase deficiency in the Mexican population: Identifications of possible new mutations and high prevalence of apparent germ-line mutations. *Hum Genet* 1998; 102:170-177.
76. Palmer C., et al. Potential new therapies for perinatal cerebral hypoxia-ischemia (Review). *Clin. Perinatol.* 1993; 20:411.
77. Pollack RN., Divon MY.: Intrauterine growth retardation: definition, classification, and etiology. *Clin. Obstet Gynecol* 1992; 35:99.
78. Reiner W.: Sex assignment in the neonate with intersex or inadequate genitalia. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997; 151:1044-1045.
79. Robert E., Guiland. P.: Maternal valproic acid and congenital neural tube defects. *Lancet* 1982; 2:934.
80. Rose FW., Spina bifida in infants of woman treated with carbamazepine during pregnancy. *N. Engl. J. Med.* 1991; 324:674.

- 81.** Rose, N.C., Mennuti, M.T.: Periconceptional folic acid supplementation as a social intervention. Sem. in Perinatology. 1995; 19:243-254.
- 82.** Sarnat, H.B., et al. Neonatal encephalopathy following fetal distress: A clinical and electroencephalographic study. Arch. Neurol. 1976; 33:696-705.
- 83.** Schwartz R., Díaz GA., Fescina R., De Mucio B., Belitzky R., Delgado RL. Atención Prenatal y del Parto de Bajo Riesgo. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Pub. Científica No. 1205. Uruguay, 1990.
- 84.** Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar. NOM-005-SSA-2-1993. México D.F. Mayo de 1994.
- 85.** Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto, Puerperio y del Recién Nacido. NOM-007-SSA-; 1993.
- 86.** Secretaría de Salud/INEGI. Mortalidad Materna. México D.F. 1990-2000.
- 87.** Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva. Lineamiento Técnico Para la Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Preeclampsia-Eclampsia. 2ª edición. México. 2000.
- 88.** Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva. Lineamiento Técnico Para la Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Obstétrica. 1ª edición. México. 1999.
- 89.** Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva. Lineamiento Técnico Para la Indicación y Práctica de la cesárea. 2ª edición. México. 2000.
- 90.** Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva. Lineamiento Técnico Para la Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Sepsis Puerperal. 1ª edición. México. En prensa.
- 91.** Shankaran S., Perinatal asphyxia. Clin. Perinatol. 1993; 20:287-291.
- 92.** Shimozawa K., Saisho S., Saito N., et al. A neonatal mass-screening for congenital adrenal hyperplasia in Japan. Acta Endocrinol 1984; 107:513-518.
- 93.** Snyderman SE., Sansaricq C., Newborn screening for maple syrup urine disease, J. Pediatr 1985; 107: 259-261.
- 94.** Spranger J., Benirschke K., Hall J.G., et al: Errors of morphogenesis: Concepts and terms. Recommendation of an international working group. J. Pediatr. 1982; 100:160-164.
- 95.** Soothill PW., Ajayi RA., Nicolaidis KN.: Fetal biochemistry in growth retardation, Early Hum Dev 1992; 29:91-95.
- 96.** Tsang, R.C., et al. (Eds.). Nutritional Needs of the Premature Infant: Scientific Basis and Practical Guidelines. Baltimore: Williams and Wilkins, 1993.
- 97.** Tusié-Luna MT., Ramírez-Jiménez S., Ordoñez-Sánchez ML., Cabello-Villegas J., Altamirano-Bustamante N., Calzada-León R., et al: Low frequency of deletions alleles in patients with steroid 21-hydroxylase deficiency in a Mexican population. Human Genet 1996; 98:376-379.
- 98.** Van der Put Nathalie M.J., Gabreels Fons and C.P., A second common mutation in the methylenetetrahydrofolate Reductase Gene: An additional risk factor for Neural-Tube Defects?. Am. J. Hum. Genet. 1998; 62:104-105l.
- 99.** Volpe, J.J.: Neural tube formation and prosencephalic development. In Volpe, J.J.: Neurology of the Newborn. Philadelphia, W.B. Saunders, 1995; 3-42.

100. Weiss AH., Kousseff BG., Ross EA.: Complex microphthalmos. Arch Ophthalmol 1989; 107:1619.
101. Wladimiroff JW.: A review of the etiology, diagnosis techniques, and management of IUGR., and the clinical application of Doppler in the assessment of placental blood flow, J. Perinat. Med. 1991; 19:11.
102. World Health Organization. WHO. La biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS, No 3. Ginebra, 2000.
103. World Health Organization. WHO. Improving access to quality care in family planning. Medical Eligibility. Criteria for contraceptive use. 2001.
104. World Health Organization. WHO. Estimates of maternal mortality. A new approach by WHO and UNICEF. April 2000.
105. Working Group on Congenital Hypothyroidism of the European Society for Paediatrics Endocrinology. Guidelines for neonatal screening programs for congenital hypothyroidism. Eur J Pediatr 1993; 152:974-975.

Agradecimientos

Se agradece su participación en la elaboración de este documento, a los responsables de las instituciones del sector salud, los responsables de salud reproductiva de las entidades federativas y Organizaciones no Gubernamentales. En la revisión del presente documento, participaron las direcciones generales de la Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud de la Secretaría de Salud, personal de los servicios estatales de salud de Aguascalientes, Campeche, Hidalgo, Morelos, Nayarit, Tabasco y Veracruz, funcionarios del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la Coordinación del IMSS-Solidaridad, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, de la dirección general de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional y de los servicios médicos de Petróleos Mexicanos.

Estamos seguros que este documento facilitará el conocimiento de las nuevas políticas implementadas para asegurar la atención integral de la mujer durante el período perinatal, así como a los menores de dos años, con conocimiento, respeto y calidad, por lo que hacemos extensivo nuestro agradecimiento a todo el personal que contribuye para su desarrollo: ginecobstetras, pediatras, neonatatólogas(os), anesthesiólogas(os), internistas, técnicas(os) en laboratorio, químicas(os), médicas(os), enfermeras(os), trabajadoras(es) sociales, promotoras(es) de salud y parteras tradicionales, en quienes las mujeres tienen puesta su confianza. Y en especial al siguiente personal que colaboró de diversas maneras en las distintas fases del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida:

Guillermo Aguirre Badillo
Roberto Ahued Ahued
Ma. Guadalupe Almaraz Corichi
Luis Fernando Antiga Tinoco
Felipe Aragón Gómez
Leticia Ascencio Montoya
Salvador Bueno Valenzuela

Carlos Bonilla Barajas
Evelio Cabeza García
Pedro Canul Rodríguez
Luz Elena Cauich Alarcón
Adrián Gabriel Delgado Lara
José Antonio De Loera Briones
Leopoldo Domínguez González

Ricarda Enciso Flores
Celia Escandón Romero
Ma. del Carmen Esquivel Pineda
Samuel Flores Huerta
Rubén Galavíz Tristán
Nora Gallegos
José García Nuñez
Silvia Guadalupe Garrido Pérez
Lucero Garibay Cano
Adelina González Ramírez
Rogelio González Ramos
Javier González Rosas
Ma. Angélica Hernández Oria
Rafael Hernández Rodríguez
Alberto Jongitud Falcón
Jaime G. Laguna Uribe
Armando León Bernal
Guadalupe Lerma Mejía
Lidia Levario Hernández
Jesús Limonchi Gómez
Agustín López González
Mauro Loyo Varela
Pedro Luna Cerezo
Elvia Macedo de la Concha
Claudio Armando Martínez Alvarez
Aurora Martínez González
Clara Lilia Martínez López
Ma. de Lourdes Martínez Staines
Juan Pablo Méndez Blanco
Víctor Merchand Benitez
Hector Fernando Morales Valerdi
Ramiro Moreno Ponce

Ricardo Muñoz Soto
Miguel Angel Nakamura López
Alma Ruth Nuñez Anguiano
Rosa Ma. Nuñez Urquiza
Virginia Olivera Toro Berges
Leopoldo Arturo Pintado Martínez
Gerardo E. Polo Nieto
Ma. Elena Reyes Gutiérrez
Yolanda Rivas Ramírez
Ana Leticia Rivero de Dios
Juan Demetrio Rodríguez Morales
Octavio Rodríguez-Bucheli Derat
Romeo Rodríguez Suárez
Miguel A. Rodríguez Weber
Silvia Roldán Fernández
Lilia Salas Galicia
José Ignacio Santos Preciado
Jorge Sebastián Patiño
Rodolfo Sousa Hernández
Laura Tapia Mauri
Ana María Tavares Jiménez
Adelaido Uribe Flores
Angel Uscanga Escobar
Yolanda Varela Chávez
Carlos Vargas García
Marcela Vela Amieva
Patricia Veloz Avila
Vitelio Velasco Murillo
Juan Pablo Villa Barragán
Santiago Villafuerte de la Torre
Gustavo Adolfo von Schmeling Gan
Laura Gisel Zamilpa Mejía

Programa de Acción: **“Arranque parejo en la Vida”**

Primera edición: 3000 ejemplares

Se terminó de imprimir en abril de 2002





Programa Nacional de Salud **2001-2006**

Estrategia

2

Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres



www.ssa.gob.mx