



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
Dirección General Adjunta de Salud Materna y Perinatal

Políticas Públicas para la Prevención de la Muerte Materna

Septiembre , 2013

CONTENIDO

70
AÑOS
1943 - 2013
A FAVOR DE LA SALUD

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



1. Introducción
2. Diagnóstico
3. Prioridades
4. Oportunidades

Programa Nacional de Desarrollo 2013 – 2018

El Lic. Enrique Peña Nieto expuso tres lineamientos de la política de Salud Pública de su gobierno:

- 1.- acceso efectivo,
- 2.-calidad en el servicio y
- 3.-prevención.**

"Anticiparnos a la enfermedad y evitar las condiciones que la generan es la mejor forma de cuidar la salud"

Para el Presidente hay dos Méxicos.

En uno, la muerte llega por complicaciones relacionadas con el embarazo o padecimientos curables.

En el otro, la obesidad y el fantasma de la diabetes

03-04-2013



Prioridades Política Nacional de Salud



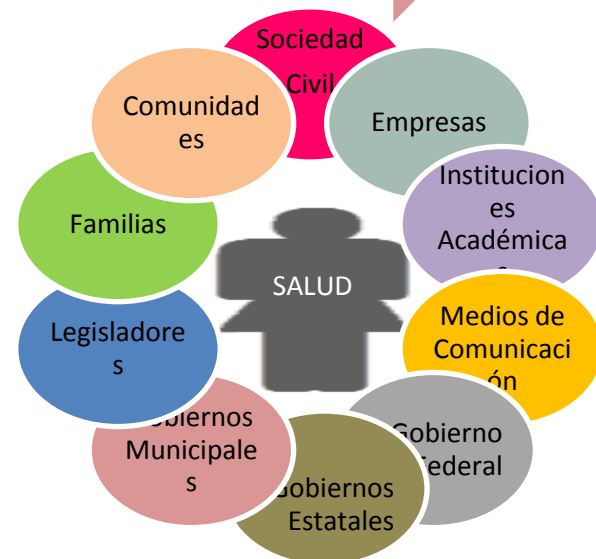
Perspectiva de Género

Acceso Efectivo

Calidad

Prevención

- **Visibilizar y mejorar la atención** de problemas de salud más complejos que afectan a las mujeres.
- **Incidir en los factores de riesgo** y con **atención integral** durante el ciclo de vida con enfoque basado en los **determinantes sociales**, con **pertinencia cultural** y efectiva **coordinación multisectorial**.



Carta Magna. En este contexto, la visión de esta administración 2013-2018 es :

Construir un Sistema Nacional de Salud Universal equitativo, integral, sustentable, efectivo y de calidad, con particular enfoque a los grupos que viven en condición de vulnerabilidad, a través del fortalecimiento de la rectoría de la autoridad sanitaria y la intersectorialidad; de la consolidación de la protección y promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como la prestación de servicios plurales y articulados, basados en la atención primaria; la generación y gestión de recursos adecuados; la evaluación y la investigación científica, fomentando la participación de la sociedad con corresponsabilidad.

TRANSFORMANDO EL FUTURO...

VARIACIÓN GENÉTICA FRONTERAS EN LA SALUD DEL FUTURO

Salud, mujeres y su contexto,
enfoque de derechos humanos
,Perspectiva de Género y
determinación social

SALUD Y ENFERMEDAD



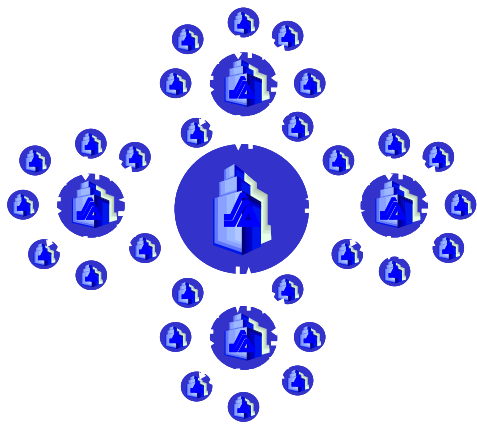
GENOMA
NATURE

AMBIENTE
NURTURE

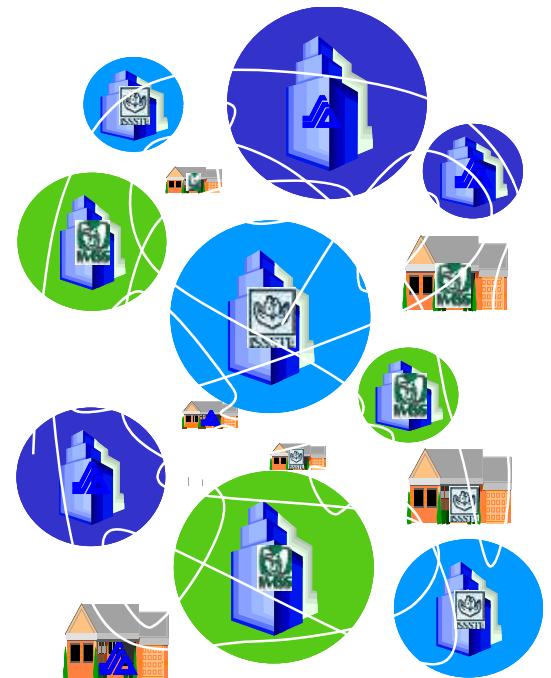
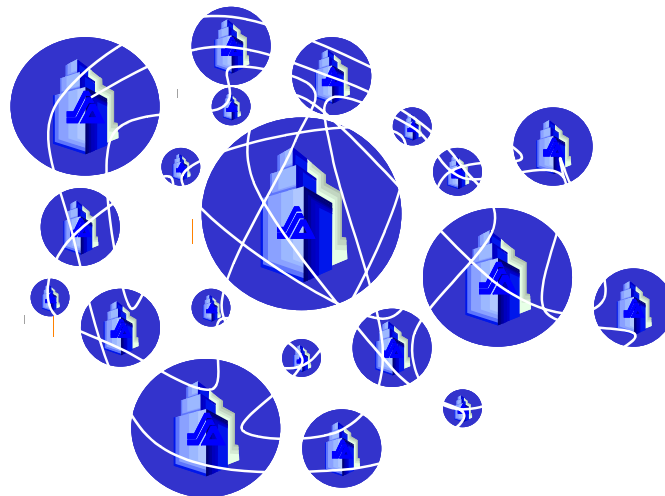
ESTOCASTICO

Medicina del Siglo XXI

Secretaría de Salud



Sistema Nacional de Salud



Panorama Mundial de la Salud Materna e Infantil

- La mejora de la salud materna es uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).
- Los países se comprometieron Meta 5 a reducir la tasa de mortalidad materna en un 75% entre 1990 y 2015 y a la fecha se ha disminuido en un 43.%.
- En México, se estima que para lograr esta meta, será necesario no rebasar 429 muertes maternas para llegar a una razón máxima de 22.3 muertes maternas por cada 100 mil nacimientos

Mortalidad y Morbilidad Materna. Magnitud en México

- ❑ Se presentan **2.1 millones de nacimientos** cada año
- ❑ Fallecen, anualmente en promedio 1,000 mujeres.
- ❑ La meta es llegar a **417 en el 2015.**
- ❑ **80%** de las defunciones maternas son prevenibles
- ❑ **3,000** huérfanos cada año debido a la pérdida de sus madres y tragedia familiar
- ❑ Cerca de **250 a 300 mil tienen complicaciones**
- ❑ **30 mil mujeres** quedan con secuelas obstétricas que las convierten en discapacitadas por lo cual un punto de agenda en las políticas públicas es la reducción de las complicaciones en el embarazo , parto y puerperio .

...la muerte materna es una tragedia que afecta en nuestro país a 1100 mujeres anualmente, a sus familias y muy especialmente a sus hijos...

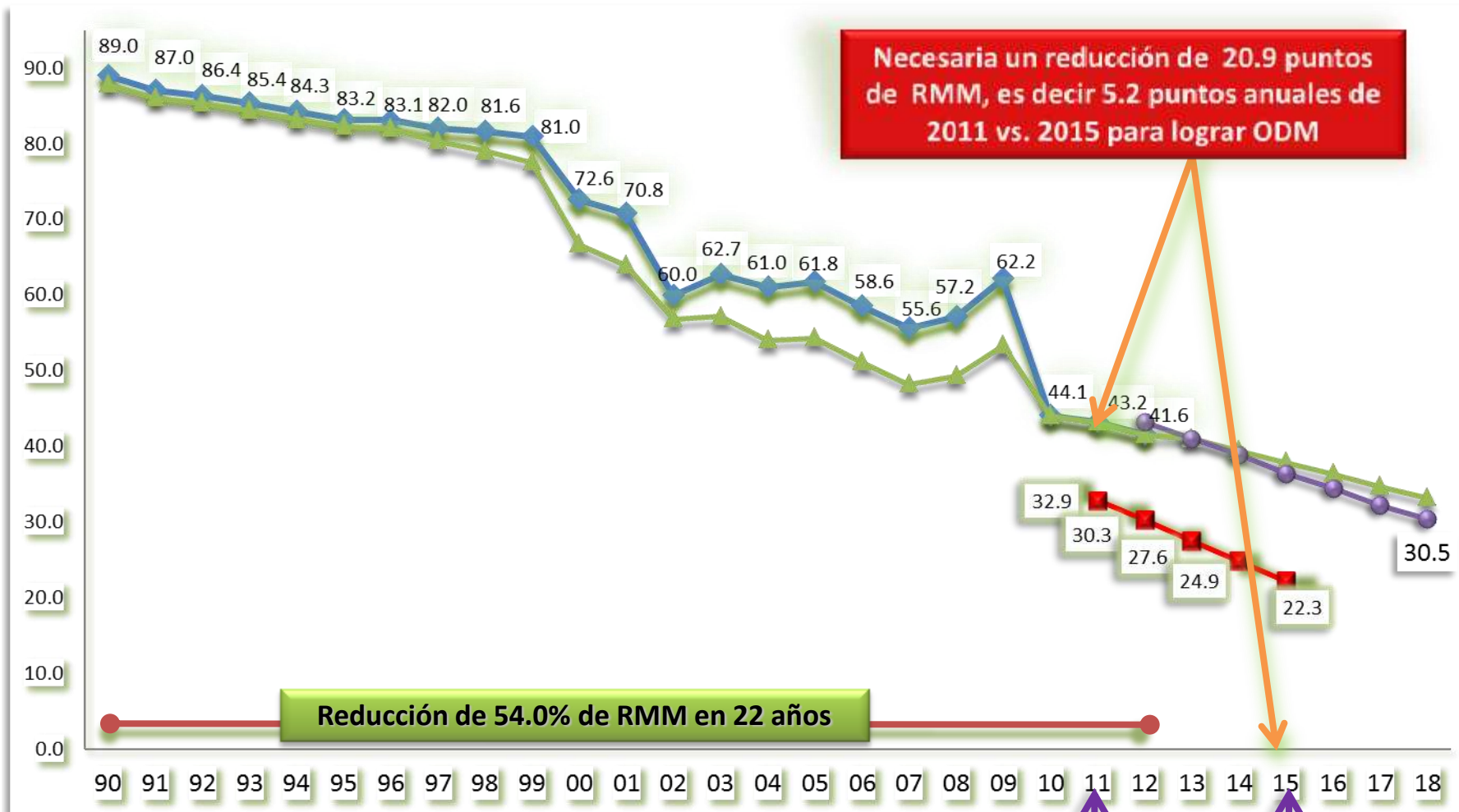
- Se trunca el proyecto de vida de una mujer
- Se desintegra la familia
- Los huérfanos quedan expuestos a un elevado riesgo de enfermarse y morir. “El arranque más disparado es no tener mamá”
- La hija mayor asume las tareas maternas truncando su propio proyecto de vida
- Las hijas adolescentes quedan expuestas al acoso sexual y al incesto.
- Deserción escolar: futuro pobre desempeño laboral



(Langer A., y B Hernández SPM 1998)

Razón de Muerte Materna

Estados Unidos Mexicanos 1990-2012*



*Información al 9 de Septiembre de 2013 (semana epidemiológica 36) PROYECCIÓN OFIC 2012-2018

Fuentes: 1990 a 2011, INEGI-SSA/DGIS, SSA/ 2012*: preliminar DGE

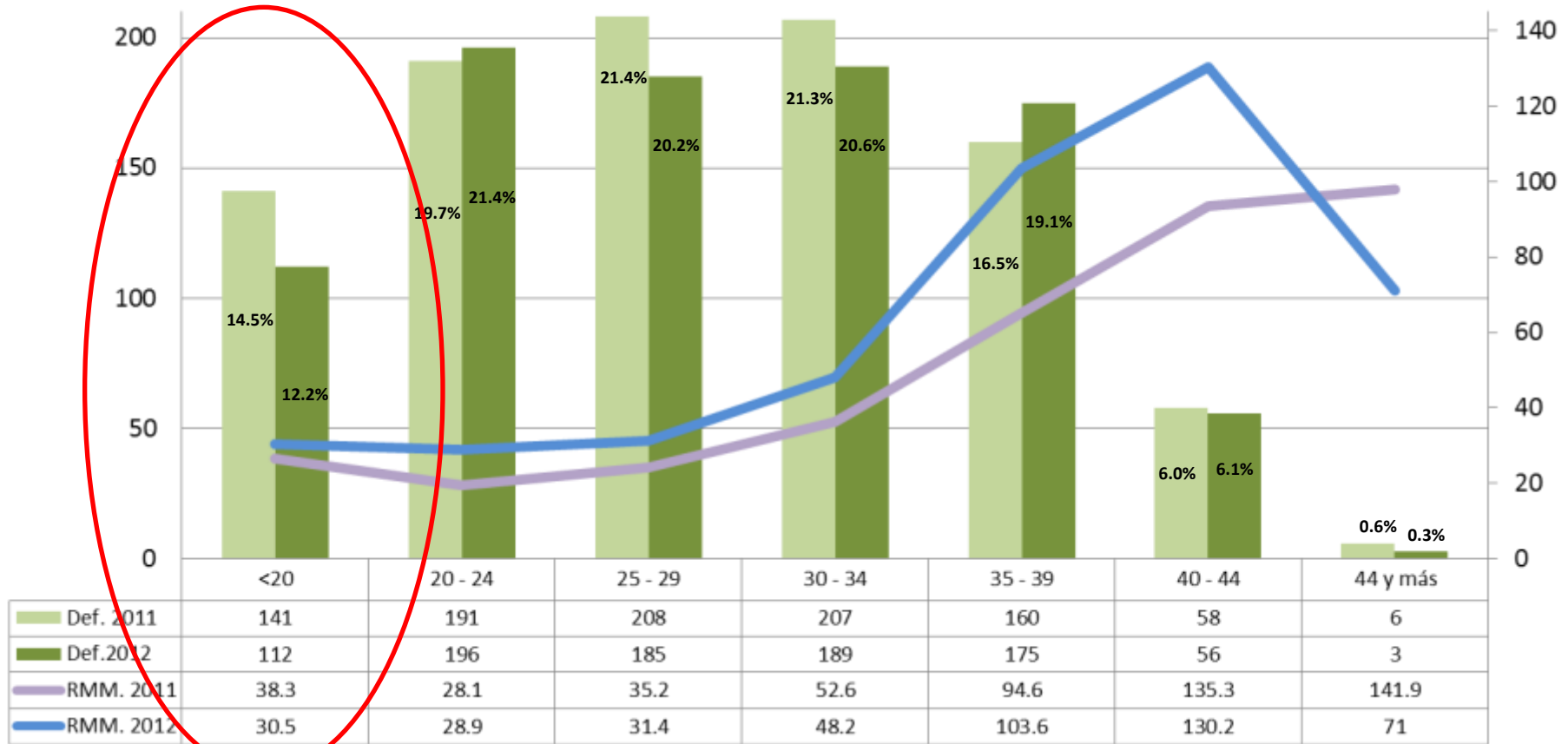
La razón de muerte corregida se calculó con nacimientos estimados CONAPO(2010-2050)

Para lograr la Meta del Milenio se requiere reducir 5.2 puntos de RMM anual. De 2006 a 2012, la velocidad de disminución promedio anual es de 2.5 punto de Razón.

Defunciones y Razón de Muerte Materna, por grupo de edad. Estados Unidos Mexicanos, 2011* vs. 2012**

2011
Def. Nal. = 971
RMM Nal. = 43.2

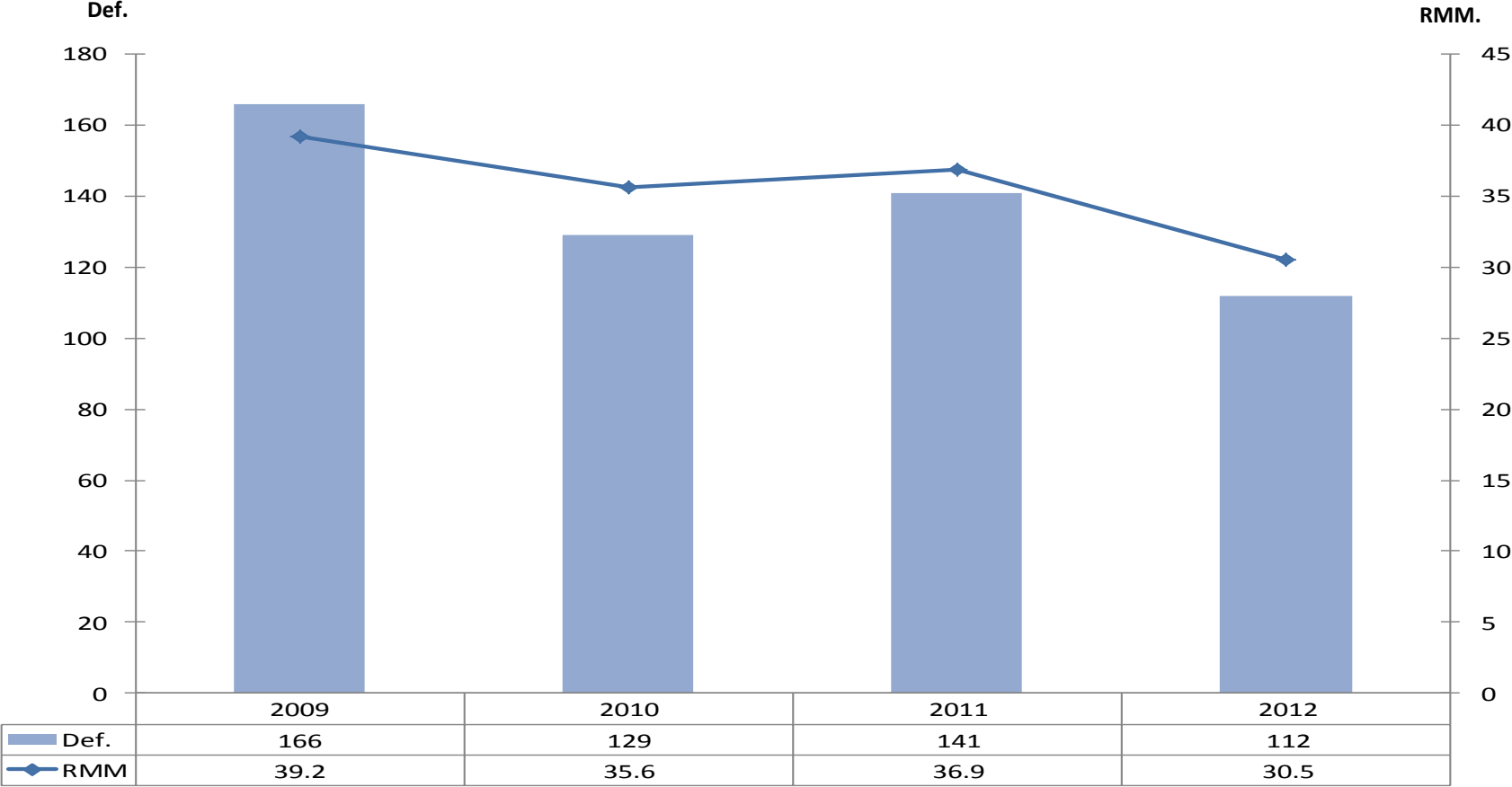
2012
Def. Nal. = 916
RMM Nal. = 40.8



Fuente: *2011- Cierre definitivo, DGIS/INEGI, ** 2012- Preliminar Plataforma de notificación inmediata de las defunciones maternas 2012 (Sem. Epid. 13)
Razón de Muerte Materna por 100 mil nacimientos estimados por CONAPO (Estimaciones 2010-2030).

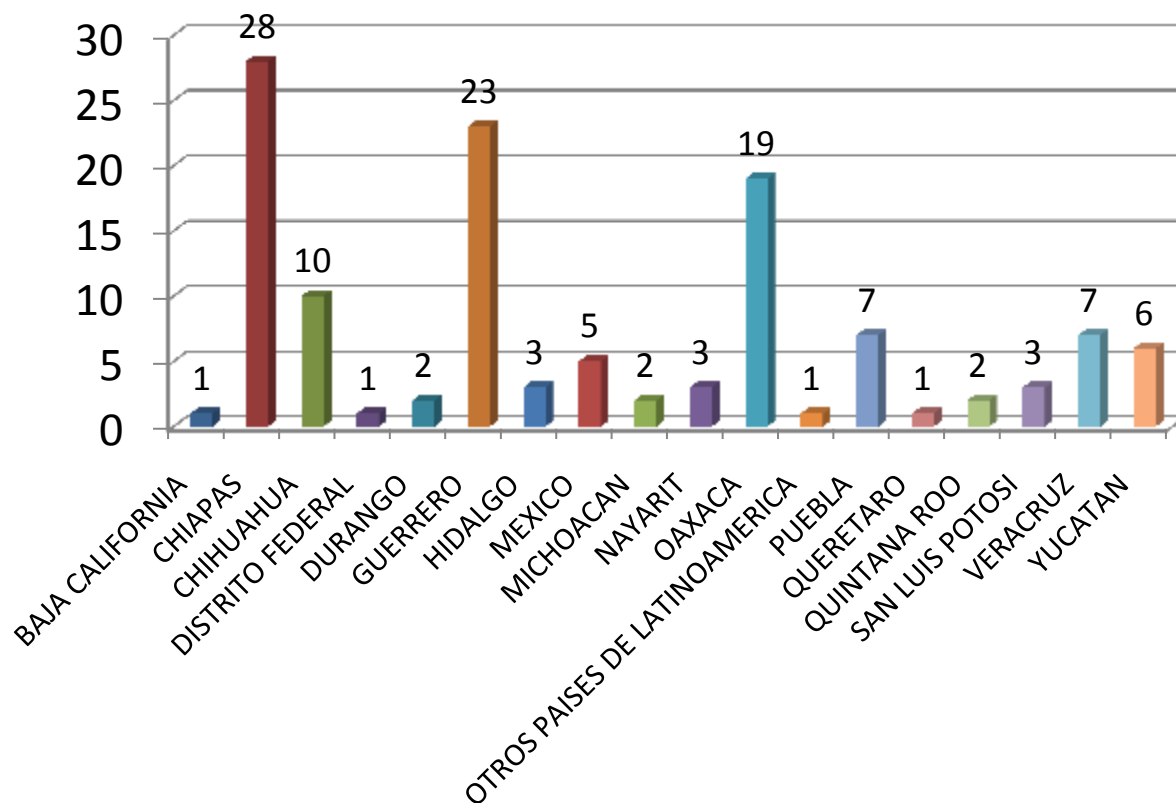
Defunciones notificadas, por lugar de residencia

Defunciones y Mortalidad Materna en adolescentes. Estados Unidos Mexicanos 2009 – 2012*



Fuente: 2009 a 2011- Cubos, /DGIS.
2012* preliminar Plataforma de Notificación Inmediata de Defunciones Maternas /DGE

DISTRIBUCION DE CASOS NOTIFICADOS SEGUN ES INDIGENA POR ENTIDAD DE RESIDENCIA 2012



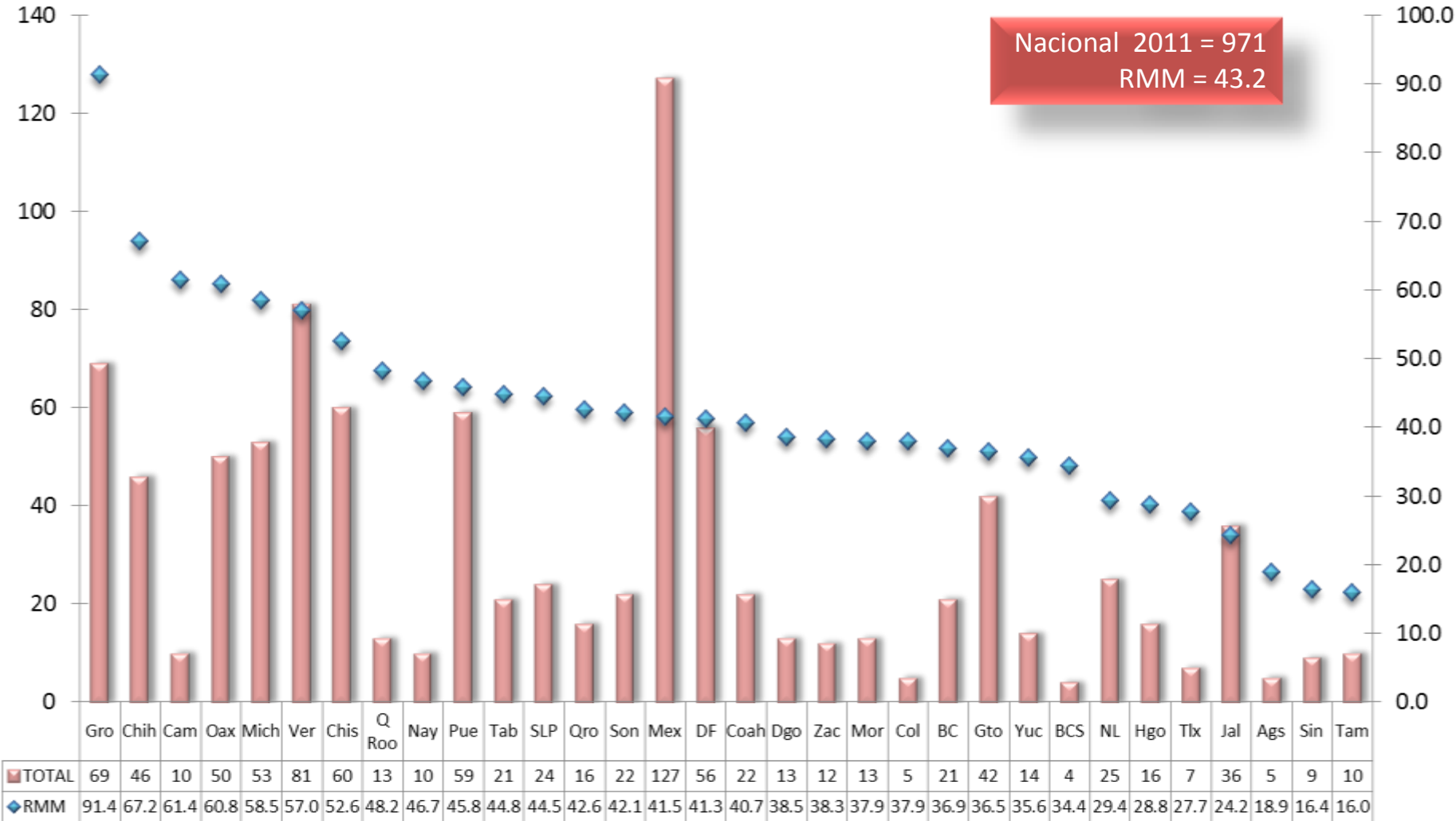
Representan el 13% de 942 Muertes maternas durante 2012. no se incluyen tardías

10 entidades por lugar de residencia que contribuyen con el 62% de la Mortalidad Materna

Entidades	2005*	2006*	2007*	2008*	2009*	2010*	2011*	2012**
	1,242	1,166	1,097	1,119	1,207	992	971	933
México	197	149	144	154	166	119	127	129
Veracruz	82	79	99	98	93	78	81	72
Puebla	74	63	58	62	78	58	59	64
Chiapas	82	82	78	92	71	69	60	60
Distrito Federal	80	78	89	69	72	76	56	58
Guerrero	85	84	64	62	68	53	69	56
Oaxaca	70	54	70	67	66	59	50	53
Jalisco	52	77	46	52	81	48	36	36
Chihuahua	57	43	46	38	55	39	46	31
Baja California	28	23	22	24	30	24	21	17
Subtotal	815	728	727	725	770	642	605	576
Porcentaje del total	65.6	62.4	66.3	64.8	63.8	64.7	62.3	61.7

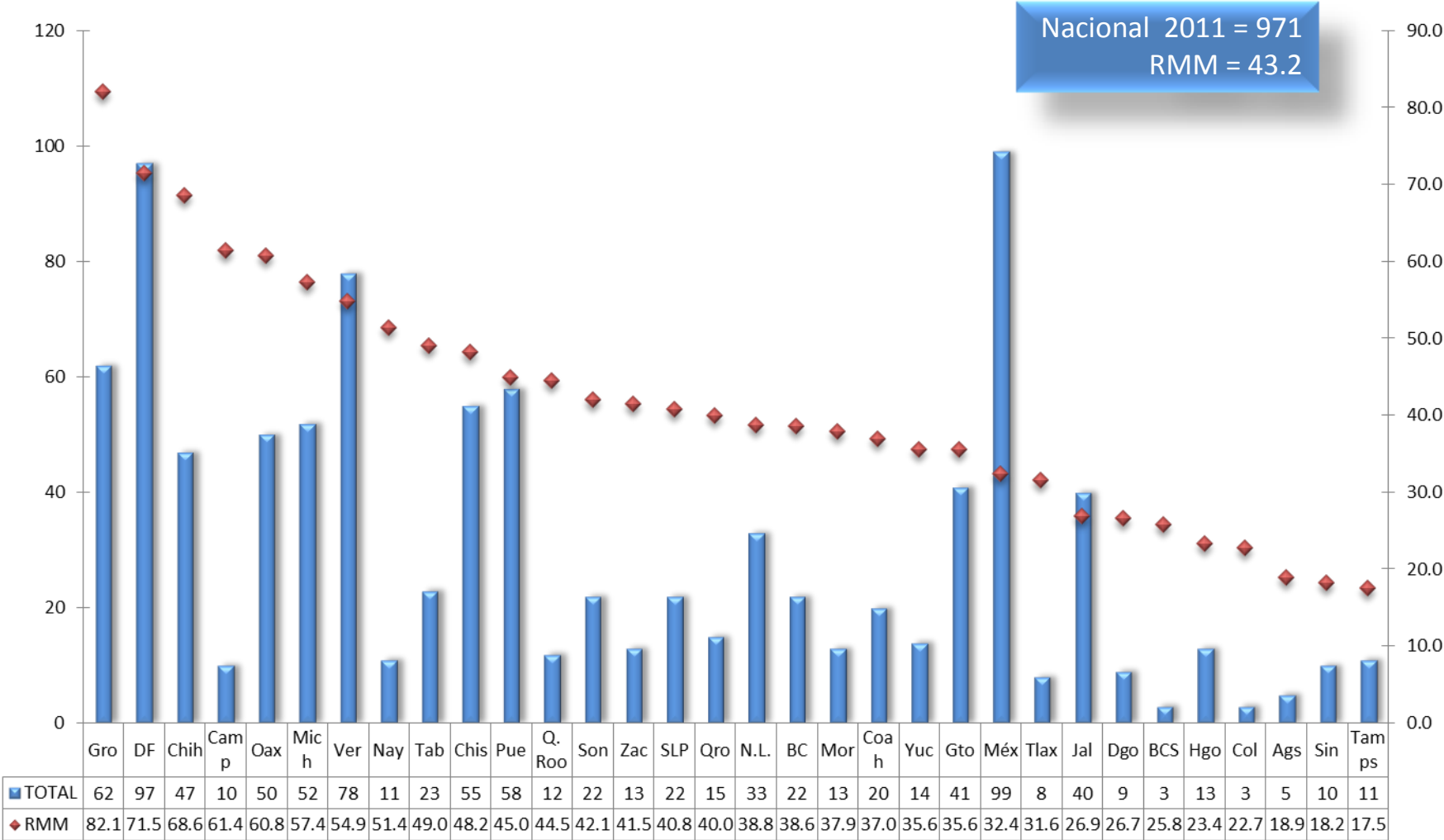
Fuente: 2011 Cierre definitivo DGIS/INEGI, **Cierre preliminar Plataforma de notificación inmediata de las defunciones maternas 2012 (Sem. Epid. 36)
Defunciones notificadas, por lugar de residencia

Razón de Muerte Materna por lugar de **residencia**, Estados Unidos Mexicanos 2011



Fuente: Cierre definitivo DGIS/SSA
 Razón de Muerte Materna por 100 mil nacimientos estimados por CONAPO (Estimaciones 2010-2050).
 Defunciones notificadas, por lugar de residencia

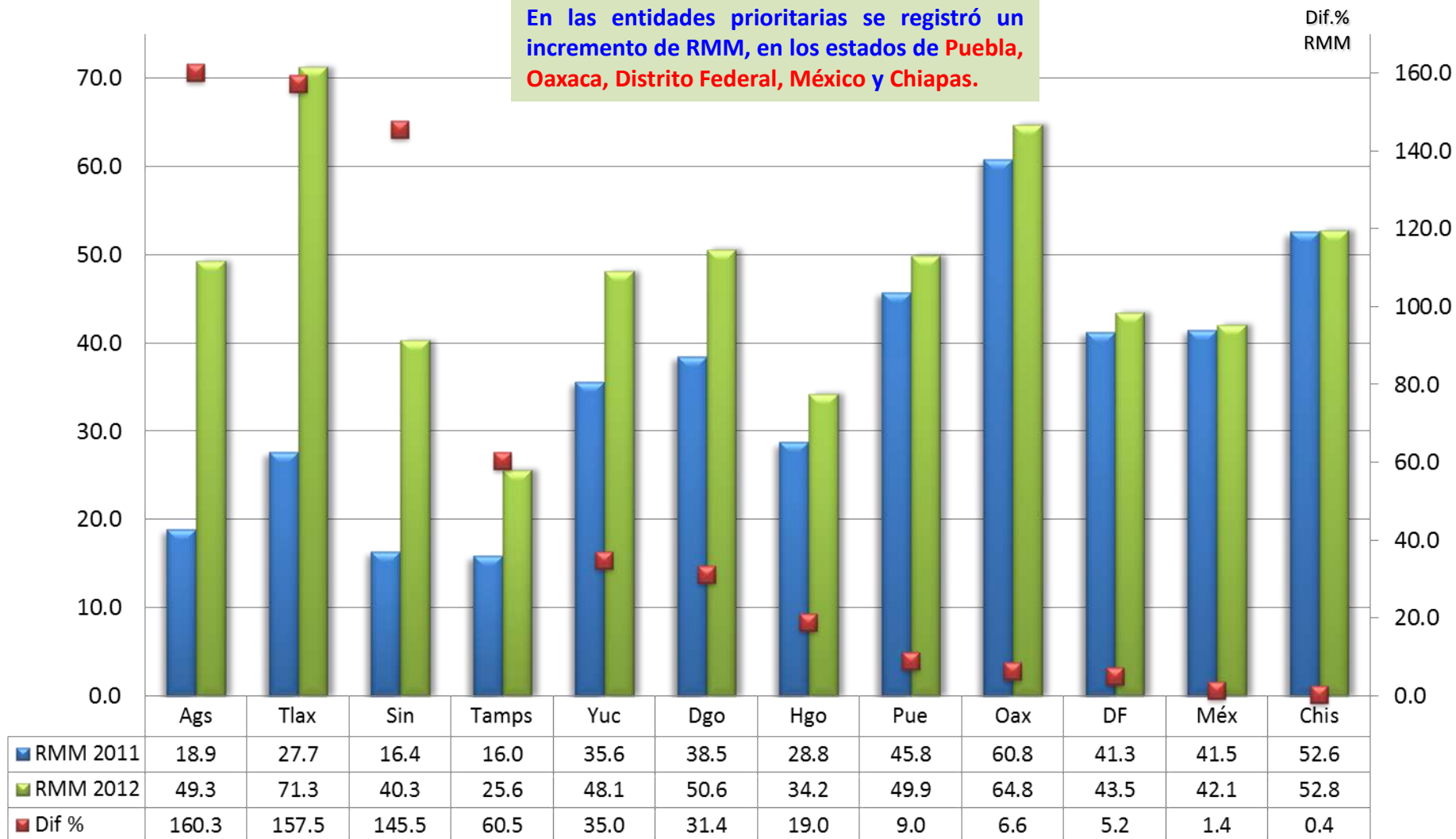
Razón de Muerte Materna por lugar de ocurrencia, Estados Unidos Mexicanos 2011



Fuente: Cierre definitivo DGIS/SSA
 Razón de Muerte Materna por 100 mil nacimientos estimados por CONAPO (Estimaciones 2010-2050).
 Defunciones notificadas, por lugar de ocurrencia

12 entidades que incrementaron su Razón de Muerte Materna (lugar de residencia) 2011 vs. 2012*

En las entidades prioritarias se registró un incremento de RMM, en los estados de **Puebla, Oaxaca, Distrito Federal, México y Chiapas.**



Fuente: 2011 Cierre definitivo DGIS/INEGI, *Cierre preliminar Plataforma de notificación inmediata de las defunciones maternas 2012 (Sem. Epid. 36)
Razón de Muerte Materna por 100 mil nacimientos estimados por CONAPO (Estimaciones 2005-2030).

Defunciones notificadas, por lugar de residencia

Cumplimiento de metas, reducción de la Razón de Muerte Materna a 24 por ciento del 2006 al 2012*

Entidades que no cumplieron con la meta

Entidad	RMM 2006	Meta al 2012	RMM Logro 2012	Dif. Absoluta RMM 2006 -2012
Yucatán	30.4	23.1	48.1	25.0
Tlaxcala	62.8	47.7	71.3	23.6
Coahuila	28.6	21.8	35.2	13.4
Aguascalientes	52.2	39.6	49.3	9.7
San Luis Potosí	38.7	29.4	39.1	9.7
Sinaloa	42.4	32.2	40.3	8.1
Puebla	55.3	42	49.9	7.9
Nayarit	40	30.4	37.0	6.6
Quintana Roo	54.2	41.2	47.2	6.0
Oaxaca	77.8	59.1	64.8	5.7
Veracruz	59.6	45.3	50.8	5.5
Nuevo León	31	23.5	27.0	3.5
Guanajuato	42	32	32.3	0.3

NACIONAL

58.6

44.5

41.6

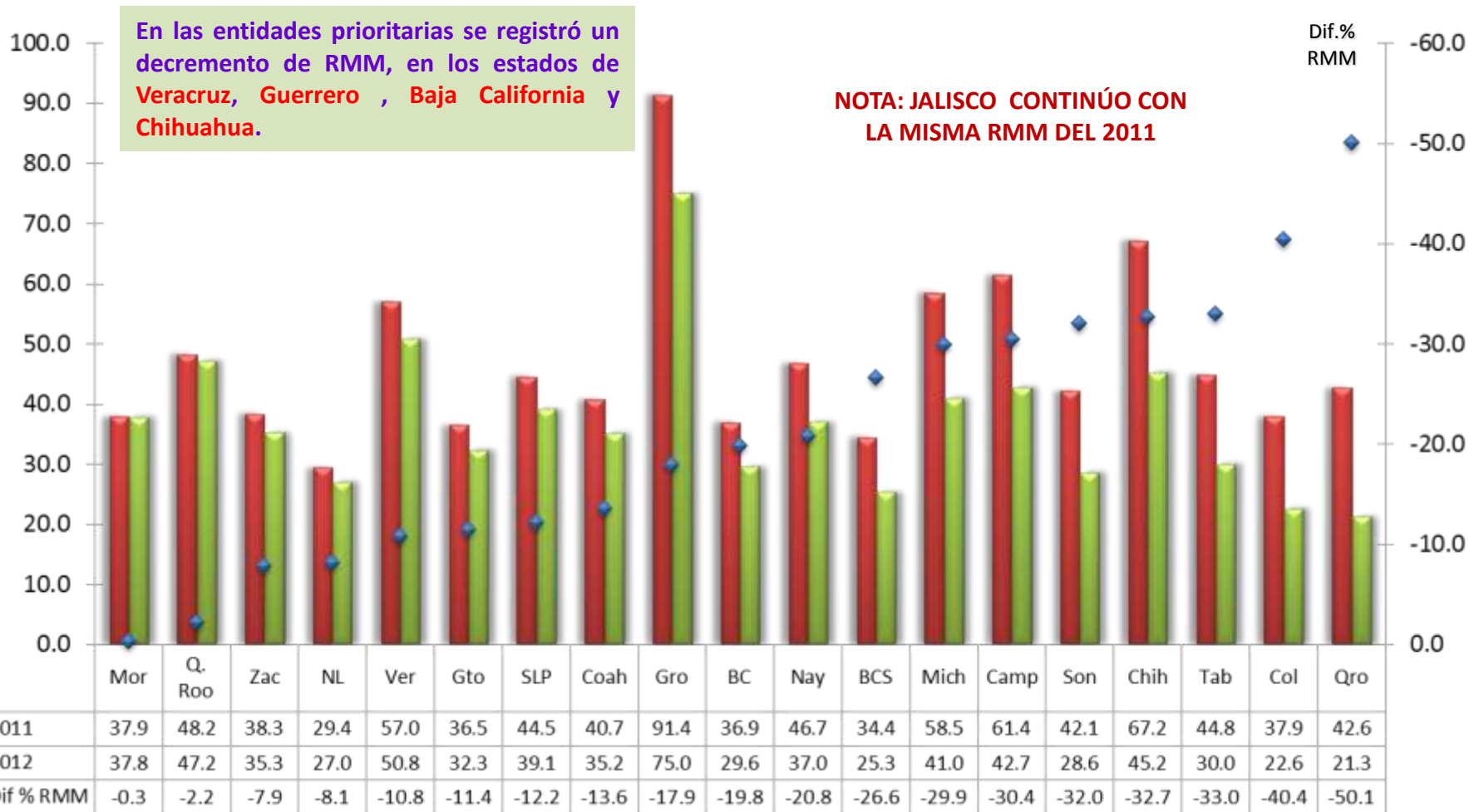
-2.9

Fuente: 2006, DGIS/INEGI; 2012* Plataforma de notificación inmediata de las defunciones maternas 2012. Hasta el 9 de Septiembre de 2013 Razón de Muerte Materna por 100 mil nacimientos estimados por CONAPO (Estimaciones 2010-2050).

Defunciones notificadas, por lugar de residencia

El Estado de México con Dif. Absoluta de 0.0%

19 entidades que disminuyeron su Razón de Muerte Materna (lugar de residencia) 2011 vs. 2012*



Fuente: 2011 Cierre definitivo DGIS/INEGI, *Cierre preliminar Plataforma de notificación inmediata de las defunciones maternas 2012 (Sem. Epid. 36)
Razón de Muerte Materna por 100 mil nacimientos estimados por CONAPO (Estimaciones 2005-2030).

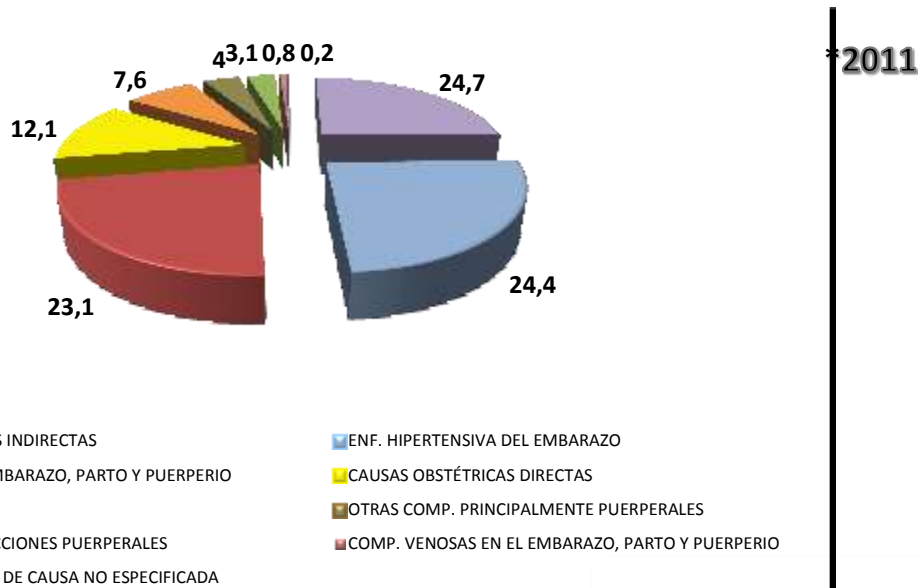
Defunciones notificadas, por lugar de residencia

Cumplimiento de metas, reducción de la Razón de Muerte Materna a 24 por ciento del 2006 al 2012*

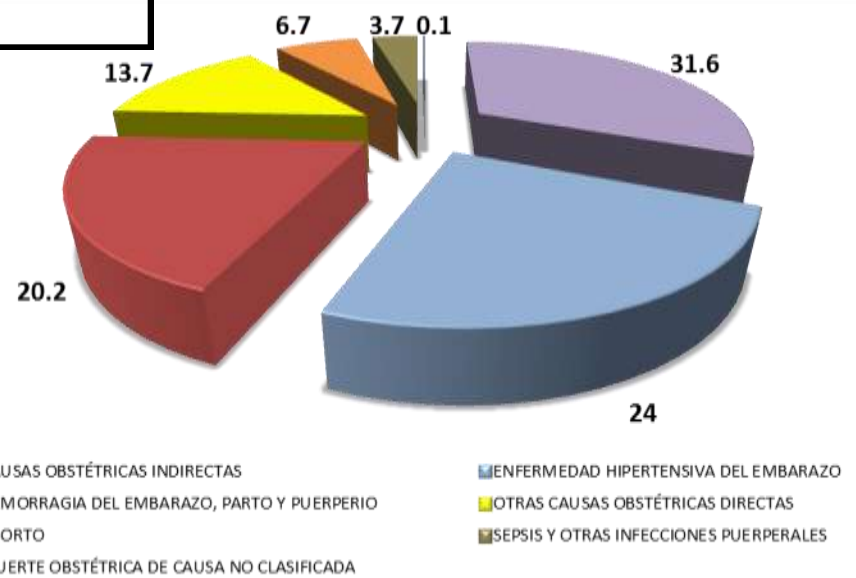
Entidades que cumplieron con la meta

Entidad	RMM 2006	Meta al 2012	RMM Logro 2012	Dif. Absoluta RMM 2006 -2012
Distrito Federal	59.6	45.3	43.5	-1.8
Baja California	42.2	32.1	29.6	-2.5
Zacatecas	51.3	39	35.3	-3.7
Baja California Sur	41.9	31.8	25.3	-6.5
Morelos	58.6	44.5	37.8	-6.7
Chihuahua	68.7	52.2	45.2	-7.0
Hidalgo	56.5	43	34.2	-8.8
Campeche	70.3	53.4	42.7	-10.7
Tabasco	53.5	40.7	30.0	-10.7
Michoacán	68.8	52.3	41.0	-11.3
Chiapas	85.1	64.7	52.8	-11.9
Sonora	54.6	41.5	28.6	-12.9
Durango	85.6	65	50.6	-14.4
Jalisco	58.6	44.5	24.2	-20.3
Guerrero	125.5	95.4	75.0	-20.4
Tamaulipas	61.2	46.5	25.6	-20.9
Colima	59	44.8	22.6	-22.2
Querétaro	62.9	47.8	21.3	-26.5

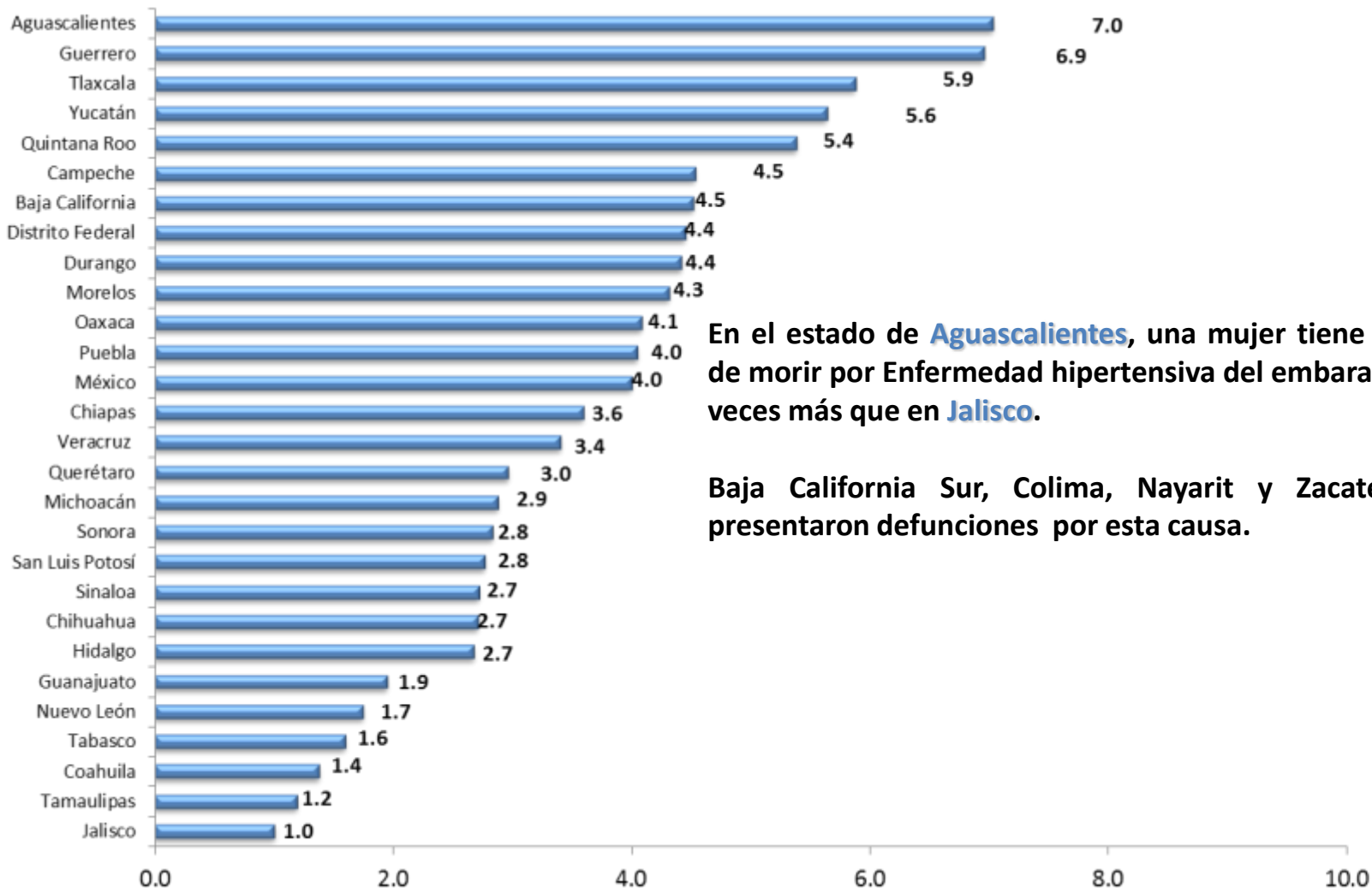
Porcentaje de Causas de Muerte Materna en los Estados Unidos Mexicanos 2011-2012*



****2012**



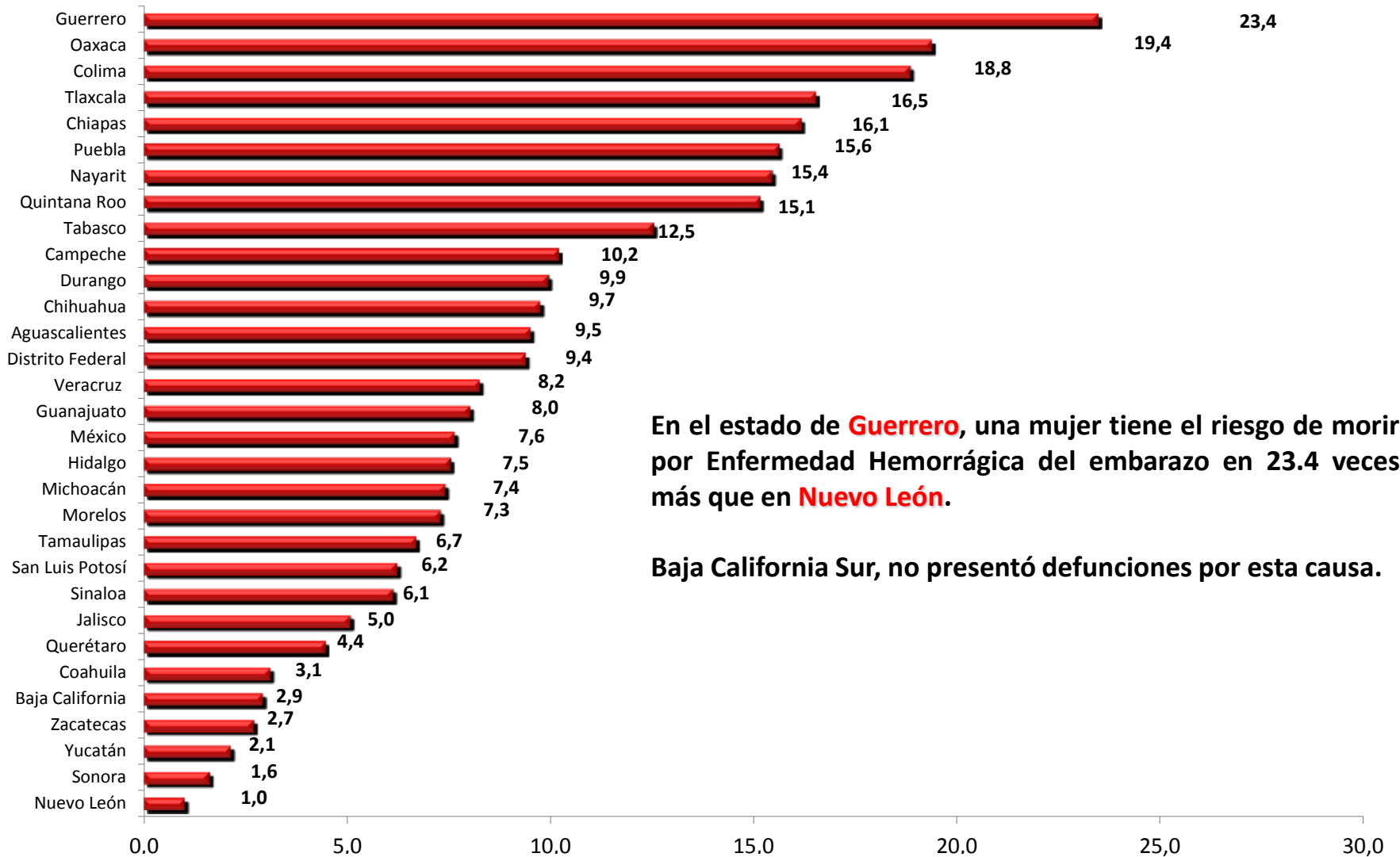
Riesgo de morir por Enfermedad Hipertensiva Obstétrica por entidad federativa 2012*



En el estado de **Aguascalientes**, una mujer tiene el riesgo de morir por Enfermedad hipertensiva del embarazo en 7.0 veces más que en **Jalisco**.

Baja California Sur, Colima, Nayarit y Zacatecas, no presentaron defunciones por esta causa.

Riesgo de morir por Enfermedad Hemorrágica Obstétrica por entidad federativa 2012*

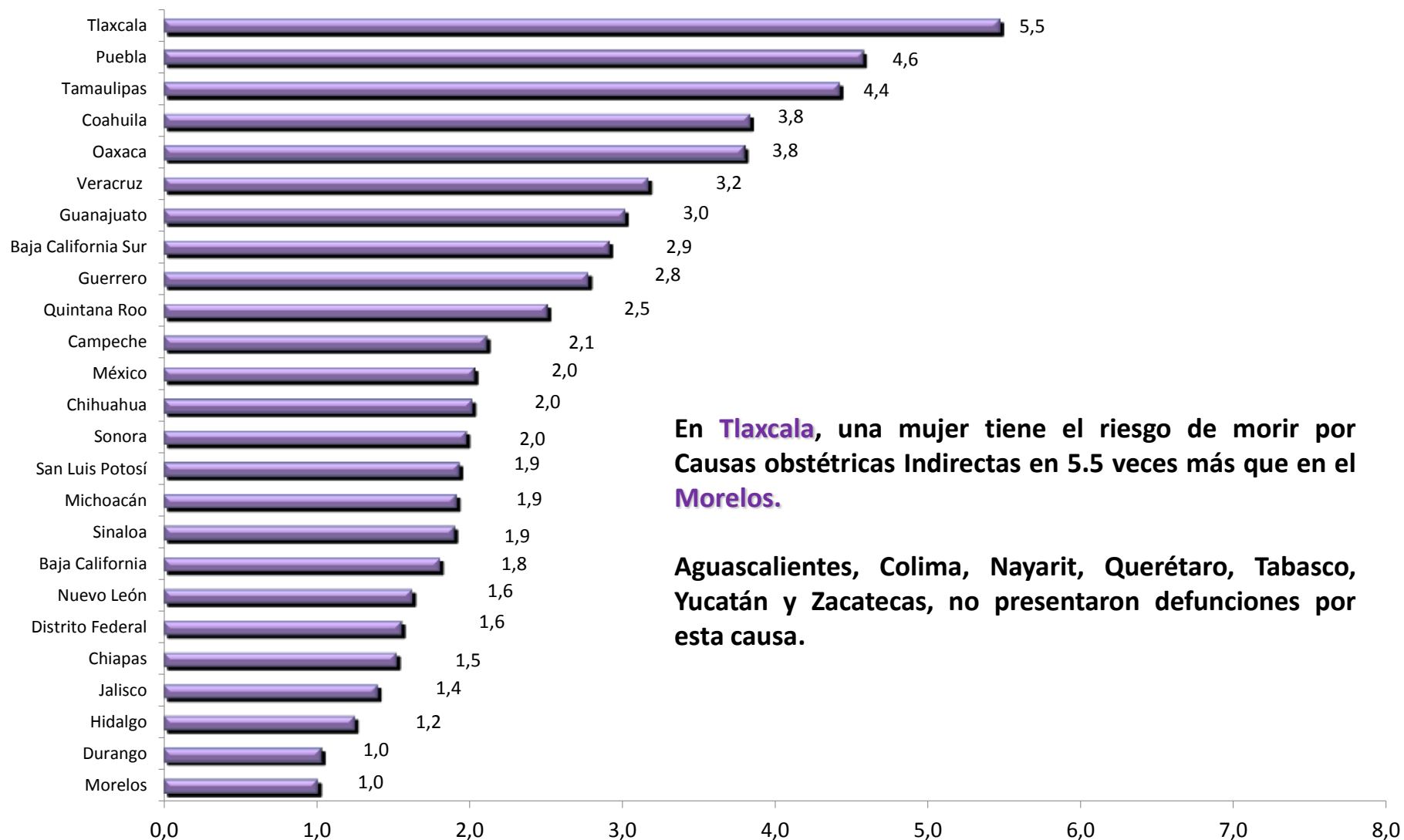


En el estado de **Guerrero**, una mujer tiene el riesgo de morir por Enfermedad Hemorrágica del embarazo en 23.4 veces más que en **Nuevo León**.

Baja California Sur, no presentó defunciones por esta causa.

Fuente: *Cierre preliminar Plataforma de notificación inmediata de las defunciones maternas 2012 (Sem. Epid. 36- 2013)

Riesgo de morir por Causas Obstétricas Indirectas por entidad federativa 2012*



En **Tlaxcala**, una mujer tiene el riesgo de morir por Causas obstétricas Indirectas en 5.5 veces más que en el **Morelos**.

Aguascalientes, Colima, Nayarit, Querétaro, Tabasco, Yucatán y Zacatecas, no presentaron defunciones por esta causa.

Cinco prioridades para la reducción de la mortalidad materna

1. Acceso

- Atención Preconcepcional y Prenatal oportuna y programada a toda embarazada con énfasis en los grupos vulnerables
- Consejería en Métodos anticonceptivos APEO y Lactancia .
- **Reorganización del modelo** de atención del parto institucional con pertinencia cultural .
- Creación y fortalecimiento de **redes obstétricas** de atención hasta el puerperio
- Acceso a la **atención de la emergencia obstétrica**.

2. Mejora de la Calidad de atención

- **Control prenatal integral** (OMS).
- Identificación de riesgo y **enfermedades concomitantes , VIH, SIDA e ITS.**
- **Perspectiva de género, Interculturalidad con respeto a los DH.**
- **Atención obstétrica de bajo riesgo (Primer Nivel) y manejo calificado del 2º. Nivel y de la emergencia obstétrica, con intervenciones de probada eficacia.**
- **Cesáreas necesarias**
- Referencia y Contrareferencia efectiva

Prioridades para la reducción de la mortalidad materna

3. Recursos humanos calificados

- Atención prenatal y **parto seguro, en condición ambulatoria, domiciliaria u hospitalaria.**
- **Formación de personal** especializado en obstetricia.
- Equipo de Respuesta Inmediata (ERI) en Emergencias Obstétricas
- Fortalecimiento de **capacidades gerenciales.**

4. Infraestructura e insumos

- Equipo e insumos esenciales para **atención Preconcepcional, Prenatal y Perinatal** así como para parteras tradicionales.
- Garantizar el abasto y disponibilidad de **insumos esenciales.**
- **Ampliar y modernizar unidades con capacidad resolutiva obstétrica:**
 - Remodelación de servicios
 - Nuevas unidades que cumplan con la normatividad

Prioridades para la reducción de la mortalidad materna

5. Información estratégica

- **Sistemas de información Registro y vigilancia** de la salud materna e Historia Clínica Perinatal
- **Comités de Morbilidad Severa y Mortalidad Materna que retroalimenten las políticas públicas**
- **Monitoreo, supervisión y uso eficiente de los recursos**
- **Investigación Cualitativa y Cuantitativa que impacte en la calidad de la atención**



Monitoreo y evaluación



Indicadores para la evaluación de avances:



Ámbito de aplicación: Enlace del primero y segundo nivel de atención

Acciones inmediatas

- **Abasto adecuado de insumos:** medicamentos, pruebas de laboratorio y equipo básico.
- **Compra consolidada o centralizada de métodos anticonceptivos.**
- **Cursos virtuales y presenciales** para capacitación en detección de actores de riesgo, emergencias obstétricas (ERREO) y referencia para personal de salud y agentes comunitarios
- **Atención Preconcepcional, prenatal y Perinatal con enfoque de riesgo**
- **Fortalecimiento de la salud comunitaria y atención primaria de la salud**





RETOS DE LA OBSTETRICIA MODERNA



- **PRECLAMPSIA-ECLAMPSIA**
- **HEMORRAGIA-TROMBOFILIAS**
- **PARTO PREMATURO**
- **INFECCIONES**
- **ENFERMEDADES PLACENTARIAS**
- **ENFERMEDADES CONCOMITANTES DEL EMBARAZO**

Apoyando tu Proyecto de vida ...

La Niña Madre del Hombre

*Preámbulo de una Gestación
MUJER-HOMBRE*



COPALA



XOCHISTLAHUACA



En este momento, resulta inminente resolver las enormes carencias que hoy por hoy padece el sector salud, lo cual requiere de un incremento decidido al presupuesto destinado a éste

Seguramente habrá varias alternativas más que estratégicamente diseñadas e integradas logren no sólo mejorar los servicios de salud en el país, sino favorecer un desarrollo de nación en todos los sentidos

El *Plan Sectorial de Salud, 2013-2018* traza la ruta que habremos de seguir en los próximos años para cimentar las bases de un Sistema Nacional de Salud Universal.

Oportunidades

- Concientizar a la población y al personal de salud en lo que representa la muerte materna en México
- Capacitar desde la Licenciatura, Servicio Social, posgrado y especialización en medicina y enfermería y profesiones afines en la prevención de la muerte materna
- Tocar las puertas para fortalecer las alianzas nacionales e Internacionales para la reducción de la muerte materna, integrando gobierno, instituciones de salud, organizaciones internacionales, organizaciones civiles, academias, sociedades medicas y comunidades
- Aplicar los avances científicos y tecnológicos en la atención del embarazo desde la preconcepción, hasta el puerperio, con abordajes innovadores basados en evidencias con probada eficacia, que permitan tener mejores resultados en la salud materna y en la reducción de la muerte materna
- Reducir la brecha (inequidades) en salud, en la cobertura de atención médica y la mejora de la calidad en los servicios, en los diferentes niveles de atención con intervenciones efectivas así como en el impulso a la demanda de atención.

**NOS ENFRENTAMOS A UNA REFLEXIÓN
PROFUNDA SOBRE LA TRASCENDENCIA DE LO
QUE HOY HACEMOS Y QUE PODRÁ
TRANSFORMAR EL MAÑANA EN LA MORBI-
MORTALIDAD MATERNA**

RGC



**CONÓCEME Y
PIENSA EN MI !**

• Los avances en la medicina y en la mejora de la atención, han dado lugar a una disminución de la mortalidad, seguida de una aceleración demográfica

• En mayo de 2003 se aprobaron modificaciones importantes a la Ley General de Salud, entre ellas, la adición de un capítulo sobre la Protección Social en Salud para impulsar la propuesta del *Seguro Popular*,

El sistema público de salud y las reformas de salud en México

- **El sistema público de salud de México, se inició formalmente hasta 1943, al crearse la Secretaría de Salubridad y Asistencia, como resultado de la fusión de la Secretaría de Asistencia y el Departamento de Salubridad**
- **En ese mismo año se estableció el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con el que se daba cumplimiento al artículo 123 constitucional,**
- **y en adición, se crearon el Hospital Infantil de México y poco después, los Institutos Nacionales de Cardiología y de Nutrición (Soberón, 2001); en 1959 se creó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).**