



XIX REUNIÓN DE LA COMISIÓN DE EQUIDAD DE GÉNERO, NIÑEZ Y JUVENTUD

CUENCA, ECUADOR
25 y 26 de abril de 2013

Serie América Latina

N° 19

INDICE

- 1. INFORMACIÓN BASICA**
- 2. PARLAMENTO LATINOAMERICANO**
- 3. AGENDA DE LA XIX REUNIÓN DE LA COMISIÓN DE EQUIDAD DE GÉNERO, NIÑEZ Y JUVENTUD.**
- 4. ACTA DE LA XVIII REUNIÓN DE LA COMISIÓN DE EQUIDAD DE GÉNERO, NIÑEZ Y JUVENTUD.**
- 5. MORTALIDAD INFANTIL EN MÉXICO**
- 6. OBJETIVO 4, DE LAS METAS DEL MILENIO: REDUCIR LA MORTALIDAD INFANTIL PARA 2015**
- 7. ESTADÍSTICAS DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL EN MÉXICO**
- 8. LA MORTALIDAD INFANTIL SE REDUJO MÁS DE LA MITAD EN AMÉRICA: OPS**
- 9. NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM-007-1993, ATENCIÓN A LAS MUJERES DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO A RECIÉN NACIDOS. CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS**
- 10. CUIDADOS DURANTE EL EMBARAZO**
- 11. DERECHOS LABORALES DE LA MUJER EMBARAZADA**

INFORMACIÓN BÁSICA

EMBAJADA DE MÉXICO EN ECUADOR

JEFE DE CANCELLERÍA: JUAN MANUEL NUNGARAY VALADEZ

Domicilio: Av. 6 de diciembre N36 -165 y Av. Naciones Unidas,
Sector el Batan Quito, Ecuador.

Teléfono: (593) 2292-3770, 2292-3771

Fax: (593) 244-8245

E-mail: embajadamecuador@sre.gob.mx

PARLAMENTO LATINOAMERICANO (PARLATINO)



Desde 1964, el Parlamento Latinoamericano (PARLATINO), ha funcionado como un organismo regional con carácter democrático y con representación de todas las tendencias políticas existentes en la región. El PARLATINO se fundamenta en principios permanentes como la defensa de la democracia y la integración latinoamericana.

México ha formado parte de este parlamento regional desde su creación, y no sólo participa, sino que tiene un papel preponderante por el rol que juegan los parlamentarios mexicanos dentro de las trece comisiones que lo conforman y en sus organismos directivos. Durante la Legislatura LXI, la Senadora María de los Ángeles Moreno continuó en el cargo de Secretaria de Comisiones, hasta diciembre de 2010, teniendo bajo su responsabilidad la elaboración de los programas de trabajo, la supervisión y el control del normal funcionamiento de las Comisiones permanentes, temporales y especiales. Posteriormente, en la Asamblea General de 2010, fue electa como Secretaria General del Parlamento, cargo que ocupó hasta el 31 de agosto de 2012.

Por otro lado, el Senador Carlos Sotelo García presidió la Comisión de Asuntos Políticos, Municipales y de la Integración.

Las delegaciones mexicanas ante el PARLATINO fueron coordinadas por el Senador Jorge A. Ocejo Moreno, quien tuvo a su encargo la Vicepresidencia por México.

Durante la legislatura LXI (septiembre 2009-agosto 2012), las comisiones permanentes del Parlamento Latinoamericano celebraron un total de 107 reuniones; además la Mesa Directiva se reunió en dos ocasiones. Los senadores mexicanos participaron en un total de 67 reuniones de comisiones. Tres comisiones realizaron encuentros ordinarios en México y una un encuentro extraordinario.

Igualmente, durante esta Legislatura, el PARLATINO aprobó 10 Leyes Marco, que abordan temas de seguridad, narcotráfico, medio ambiente, entre otros.

Otro evento celebrado por el PARLATINO en el periodo que abarca el presente informe fue el III Encuentro de Parlamentarios Jóvenes de América Latina y el Caribe (agosto 2010, México).

El PARLATINO intentó posicionarse como el espacio parlamentario para la planteada Comunidad de Estados de América Latina y el Caribe (CELAC).

Prueba de ello es que en julio de 2011, el Presidente de PARLATINO Elías Castillo y la Secretaria General María de los Ángeles Moreno, firmaron una propuesta para que la CELAC tuviera una estructura parlamentaria y que el PARLATINO se integrará como este órgano a la comunidad, como Asamblea Legislativa. La propuesta fue presentada en diciembre de 2011, durante la Cumbre Constitutiva de la CELAC. En el futuro se verá si este esfuerzo se concreta.

En el presente informe se señalan las reuniones del PARLATINO en las que participaron senadores mexicanos por comisión, lugar y fecha. Así mismo se mencionan los temas abordados dentro de las mismas.

Cabe mencionar que en lo general, se logró mantener delegaciones permanentes con algunas modificaciones por motivos diversos; en particular debido a procesos electorales.

Por último, es importante mencionar que, a pesar de que el PARLATINO es un foro que cuesta mucho por la cantidad de reuniones de las comisiones más aquellas de los órganos directivos, la realidad nos muestra que la asistencia de las delegaciones permanentes es escasa y no llega más allá del 30%.

COMISIÓN DE EQUIDAD DE GÉNERO, NIÑEZ Y JUVENTUD

Deliberará sobre la necesidad de lograr la plena participación de la mujer en la vida de los pueblos, en igualdad de oportunidades y derechos. Abarca consecuentemente, aspectos tales como mujer y trabajo; mujer y educación; mujer y política (toma de decisiones, participación en el poder); maternidad y derecho de la familia. Revisará las materias referentes a la juventud y sus derechos, su organización, su movilización y, en general su plena participación en los procesos de desarrollo e integración. Comprende también la promoción de políticas, planes, programas y proyectos de protección a la infancia, especialmente en lo relacionado a su inserción rápida al sistema educativo.



Parlamento Latinoamericano

**REUNIÓN DE LA COMISIÓN DE EQUIDAD Y GÉNERO,
NIÑEZ Y JUVENTUD PARLAMENTO LATINOAMERICANO
– CUENCA, ECUADOR–
25 y 26 de abril de 2013**

Lugar de la reunión:

PROYECTO DE AGENDA

| HORARIO | ACTIVIDADES | RESPONSABLE / OBSERVACIONES |
|---------------------------------------|---|--|
| MIERCOLES, 24 DE ABRIL DE 2013 | | |
| | Llegada de los Parlamentarios, Traslado al hotel | Dirección de Protocolo |
| JUEVES 25 DE ABRIL | | |
| 08:30 hs | Traslado de los legisladores al Lugar de la Reunión: | Dirección de Protocolo |
| 09:00 a 10:00 | Ceremonia de Inauguración | |
| 10:00 a 11:15 | INICIO DE LOS TRABAJOS DESIGNACIÓN DE UN LEGISLADOR COMO SECRETARIO REDACTOR | |
| | Tema I. Estrategias de reducción de la mortalidad infantil. | |
| 11:15 | Receso para café | |
| 11:30 a 13:00 | Continuación de los trabajos | |
| 13:00 a 14:30 | Almuerzo | |
| 14:30 a 16:00 | Continuación de los trabajos | |
| 16:00 a 18:00 | Fin de la jornada | |
| VIERNES 26 DE ABRIL | | |
| 08:30 hs | Traslado del hotel al Lugar de la Reunión: | Dirección de Protocolo |

www.parlatino.org

Calle Principal de Amador, Edificio 1113 – Ciudad de Panamá

Tel.: (507) 512 85 00/1/2 - Directo Secretaría de Comisiones: (507) 5128507- 8521 y 8522 / <alcira@parlatino.org>

DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA: Ministerio de Relaciones Exteriores de Panamá-Casilla N° 1527

Parlamento Latinoamericano – San Felipe, Calle 3ª, Palacio Bolívar, Edificio 26-Panamá 4, Panamá



Parlamento Latinoamericano

| | | |
|---------------|---|--|
| 09:00 a 11:00 | Continuación de los trabajos Tema II Cuidados del embarazo, parto y puerperio. | |
| 11:00 | Receso para café | |
| 11:30 a 13:00 | Continuación de los trabajos | |
| 13:00 a 14:30 | Almuerzo | |
| 14:30 a 16:00 | Continuación de los trabajos | |
| 16:00 a 18:00 | Fin de la jornada Acuerdos y puntos a tratar en la próxima reunión Lectura y aprobación del Acta FIRMAS. | |
| | | |
| | | |
| | | |

www.parlatino.org

Calle Principal de Amador, Edificio 1113 – Ciudad de Panamá

Tel.: (507) 512 85 00/1/2 - Directo Secretaría de Comisiones: (507) 5128507- 8521 y 8522 / <alcira@parlatino.org>

DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA: Ministerio de Relaciones Exteriores de Panamá-Casilla N° 1527

Parlamento Latinoamericano – San Felipe, Calle 3ª, Palacio Bolívar, Edificio 26-Panamá 4, Panamá

**REUNIÓN CONJUNTA DE LAS COMISIONES DE EQUIDAD, GÉNERO
NIÑEZ Y JUVENTUD, ASUNTOS LABORALES, PREVISIÓN SOCIAL Y
ASUNTOS JURÍDICOS**

CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, REPÚBLICA ARGENTINA, 26 DE
OCTUBRE DE 2012

PARLAMENTARIOS PARTICIPANTES:

Diputada Daisy Tourné – Secretaria de Comisiones del Parlamento
Latinoamericano – Uruguay.

COMISION DE EQUIDAD DE GENERO, NIÑEZ Y JUVENTUD

| <u>LEGISLADOR:</u> | <u>PAÍS :</u> |
|--|----------------------------------|
| Diputada Araceli Ferreyra | Argentina |
| Diputada Ana María Sempértegui Valdez | Bolivia |
| Diputado Pedro Medrano Ries | Bolivia |
| Diputado Gaspar Rivas | Chile |
| Diputada Jorge Antonio Rojas Segura | Costa Rica |
| Diputada Ileana Brenes Jiménez | Costa Rica |
| Asambleísta Mariángel Muñoz Vicuña | Ecuador |
| Diputada Marilyn Vallarino | Panamá Presidenta de la Comisión |
| Congresista Ana María Solózano Flores | Perú |
| Diputado Germán Cardoso | Uruguay 2° Vicepresidente |
| Diputada Graciela Matiaude | Uruguay |
| Diputada Dalia Herminia Yánez | Venezuela |
| Diputada Delsa Solórzano Bernal | Venezuela |

COMISION ASUNTOS LABORALES

| <u>LEGISLADOR:</u> | <u>PAÍS :</u> |
|--|---------------------------|
| Diputado Juan Carlos Díaz Roig | Argentina |
| Diputado Saúl Limbert Garabito Condori | Bolivia |
| Asambleísta José Vicente Taiano Alvarez | Ecuador |
| Diputado Blas Eduardo Vera Bejarano | Paraguay |
| Senador Romain Laville | St. Maarten |
| Legislador George Pantophlet | St. Maarten |
| Diputado Alfredo Asti Uruguay | Presidente de la Comisión |

Diputado Walter Verri Uruguay
Diputada Delsa Solórzano Bernal Venezuela
Observador Dr. Alejandro Sfeir Tonsic Chile. Primer secretario Embajada de Chile.

Presidente de la Comisión de Asuntos Laborales, Previsión Social y Asuntos Jurídicos: Diputado Alfredo Asti - Uruguay.

Presidenta de la Comisión de Equidad de Género, Niñez y Juventud: Diputada Marilyn Vallarino – Panamá.

A las 9.30 horas dio comienzo la sesión.

TEMA I: Convención sobre las niñas/adolescentes embarazadas en situación laboral.

El diputado Asti señala que la XX Asamblea Ordinaria del Parlatino (2004) adoptó el denominado Convenio Latinoamericano para la Protección Laboral de la Adolescente Embarazada de 2004 que había sido aprobado en la XIII reunión de la Comisión de Asuntos Laborales realizada en Buenos Aires en agosto de 2002.

Asimismo, marca que esta resolución ha tenido poco cumplimiento y conocimiento en los respectivos Parlamentos y hace referencia a una de las conclusiones de la reunión de la comisión de Asuntos Laborales realizada el día anterior, en donde se resolvió poner énfasis ante las autoridades del Parlamento Latinoamericano para que el trabajo de las comisiones que se eleva a la Asamblea para el dictado de las resoluciones tenga una real difusión en los respectivos Parlamentos y viceversa.

La diputada Vallarino recalca la importancia de conocer sobre la situación laboral de la adolescente embarazada en los países. En Panamá no se ha legislado al respecto.

La diputada Sempértegui señala que en Bolivia no se puede despedir a una mujer embarazada hasta tanto no se cumpla el año de haber dado a luz.

La diputada Tourné expresa que el embarazo le genera a la adolescente problemas de inserción. La adolescente se retrae, o no es contratada o es despedida. Considera que los países deben hacer una propuesta general sobre este tema.

La diputada Vallarino manifiesta que en Panamá se permite a la adolescente embarazada ingresar o asistir a la escuela, si bien después del parto nadie se preocupa sobre su escolaridad. Se la debe apoyar y no permitir que se retire de la escuela para ir a trabajar.

La diputada Solórzano señala que Venezuela tiene el índice del embarazo precoz más alto de América Latina. Se debería dictar una ley marco. Es obligación del Estado legislar sobre la prevención.

El diputado Rojas dice que en Costa Rica se sancionó en 1997 la ley de protección de la madre adolescente. Considera muy importante la educación

para prevenir y la protección social, ya que la adolescente no está preparada para ser madre ni fisiológicamente, ni psicológicamente ni en el plano laboral. En su país existe la beca "Avancemos". La adolescente que va a la escuela recibe unos 120 dólares cuando se detecta el embarazo a fin de evitar la deserción. El criterio de UNICEF es que antes de los 15 años no debería trabajar nadie.

La diputada Ferreyra (Argentina) expresa que tenemos leyes que establecen la escolaridad hasta terminar la escuela secundaria. Si bien existe el trabajo infantil

tenemos campañas para reducirlo. La asignación universal por hijo la percibe la madre desde el tercer mes hasta los seis años.

El diputado Asti estima que quizás la forma de convenio como el aprobado en 2004 es lo correcto dado que entiende que los convenios en general los tramitan los ejecutivos y los ratifican los parlamentos por lo cual sugiere que ambas comisiones deberían plantearse una Ley Marco para que los respectivos Parlamentos impulsen una ley sobre este tema. Se pregunta si el Convenio Latinoamericano para la Protección Laboral de la Adolescente Embarazada de 2004 no estará desactualizado. Habría que destacar lo que el embarazo adolescente significa para el desarrollo humano, no solamente para la madre sino también para su pareja.

La diputada Graciela Matiaude (Uruguay) puntualiza que la comisión de Equidad ya se detuvo varias horas el día anterior sobre este tema.

El asambleísta Taiano (Ecuador) expresa que debemos definir qué queremos hacer: prevenir el embarazo?, tratar el trabajo de la adolescente embarazada? En Ecuador el régimen que se aplica es el mismo que para la mujer en general. Se necesita autorización de los padres para trabajar antes de cumplir 18 años.

La asambleísta Mariángeles Muñoz (Ecuador) considera que lo primero es reconocernos como estado laico.

Los miembros dialogan entre sí.

A propuesta de la diputada Tourné acuerdan emitir una recomendación, que será elevada a Junta Directiva, para que se considere en la próxima Asamblea General del Parlamento Latinoamericano, cuyo texto es el siguiente:

En el marco del análisis y cumplimiento del Convenio Latinoamericano para la Protección Laboral de la Adolescente Embarazada, aprobado por la Asamblea General del Parlatino reunida en la ciudad de San Pablo en el año 2004 y teniendo en cuenta que el embarazo representa una situación que entraña alta vulnerabilidad para grandes sectores de nuestra población adolescente.

Considerando que el embarazo adolescente es una realidad preocupante en toda nuestra América Latina y el Caribe.

Reconociendo que el embarazo en adolescentes es un factor significativamente asociado al origen y persistencia de la pobreza en los países de América Latina.

Recordando que tal situación de desigualdad exige el cumplimiento de mandatos de la Convención sobre los Derechos de los Niños, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención Interamericana sobre la Prevención, Castigo y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres (Convención de Belém do Pará) y los Convênios 182 y 183 de la OIT.

Las comisiones de Asuntos Laborales, Previsión Social y Asuntos Jurídicos y de Equidad de Género, Niñez y Juventud del Parlamento Latinoamericano

RECOMIENDAN

Artículo 1.

Los Estados Miembros promoverán a través de los ministerios de Educación o entes correspondientes una capacitación en el tema de la educación sexual y reproductiva como una forma preventiva del embarazo adolescente no planificado.

Artículo 2.

Los empleadores que contrataren personas menores de dieciocho (18) años deberán coordinar, junto con el Estado una capacitación en educación sexual y reproductiva a través de las correspondientes instituciones gubernamentales.

Artículo 3.

Los Estados Miembros coordinarán junto con las organizaciones representativas de los pueblos y comunidades originarias una educación sexual y reproductiva según los usos y costumbres de cada pueblo y comunidad originaria.

Artículo 4.

Los Estados Miembros deberán, a través de sus ministerios de Trabajo, generar los marcos regulatorios legales necesarios para proteger especialmente al adolescente que desempeñe alguna actividad laboral remunerada, disponiendo incentivos de distintas naturalezas para los empleadores que los contraten, según la legislación de cada país.

TEMA II: Proyecto de ley marco primer empleo juvenil.

El diputado Asti señala que los miembros de ambas comisiones tienen en sus carpetas el proyecto de ley de primer empleo juvenil, que el Poder Ejecutivo uruguayo presentó en la Asamblea General de su país. Estima que se pueden extraer los principios generales que servirían de base para una ley marco, tal como lo está tratando la Comisión de Asuntos Laborales, a propuesta de México desde la reunión anterior en Ecuador.

Hace referencia al objeto: promover el trabajo decente de las personas jóvenes, vinculando el empleo, la educación y la formación profesional desde la perspectiva de los derechos fundamentales. Son principios rectores de los programas: el trabajo decente, el empleo e ingresos justos, la no discriminación, la protección social y el diálogo social. El tripartismo y la responsabilidad de: a. el sector público en la planificación de los planes, b. de las empresas del sector privado en la generación del empleo decente, c. de las organizaciones de trabajadores en la promoción y defensa de los derechos de los trabajadores jóvenes, c. de las instituciones de formación, y e. de las personas jóvenes.

El diputado Rojas expresa que en Costa Rica se creó una bolsa de trabajo. Desde los 15 años se les da una beca de estudios.

El asambleísta José Vicente Taiano manifiesta que deberíamos dictar una ley marco para proteger al adolescente que desempeñe tarea remunerada, disponiendo incentivos a los empleadores.

TEMA III: Sistema Nacional de Cuidados.

El diputado Asti señala que el día anterior se trató este tema en la comisión de Asuntos Laborales, los miembros de ambas Comisiones recibirán el acta de la mencionada reunión y la presentación sobre el tema que realizara el Diputado Asti.

Conclusiones. Lectura y aprobación del acta.

A las 13 horas se levanta la sesión.

MORTALIDAD INFANTIL EN MÉXICO¹

Hoy la probabilidad de morir antes de cumplir un año de edad en México es más de seis veces menor que la probabilidad que había en 1950. Sólo en la última década la mortalidad infantil disminuyó más de 30%, para alcanzar cifras de 18.8 por 1,000 menores de 1 año en 2005, comparables a las de China, Jordania y Túnez. Entre los factores asociados a la reducción en la mortalidad infantil destacan la mejor educación de las madres, la creciente disponibilidad intra-domiciliaria de agua, las altas tasas de vacunación, una mejor nutrición, un mejor control de vectores y un mejor acceso a atención médica oportuna y de calidad, sobre todo a servicios que modifican el curso de las infecciones respiratorias y las diarreas.

Otro cambio importante en este grupo de edad es la concentración de más de la mitad de las muertes infantiles en el primer mes de vida, la mayoría de las cuales se deben a enfermedades congénitas y perinatales. Estos padecimientos le están generando un nuevo reto a nuestro sistema de salud porque requieren de una atención del embarazo y el parto con mayor tecnología y del fortalecimiento de las estrategias de prevención de defectos al nacimiento.

El otro gran reto en materia de mortalidad infantil son las brechas que existen entre los estados y áreas más desarrollados, y las zonas marginadas.

La probabilidad de que un niño nacido en Chiapas, Oaxaca o Guerrero muera antes de alcanzar su primer año de vida es 80% mayor que la probabilidad que presentan los niños nacidos en el Distrito Federal, Nuevo León o Coahuila (figura 4).

Mortalidad preescolar

Una vez superado el primer año de vida, las tasas de mortalidad disminuyen de manera muy importante, para volver a incrementarse en las etapas más avanzadas de la vida. Las pocas muertes que se presentan en las niñas y niños de 1 a 4 años de edad se deben sobre todo a infecciones, problemas de la nutrición y lesiones. Alrededor de 24% de las muertes en este grupo de edad se deben a infecciones intestinales, infecciones respiratorias, desnutrición y anemia. Otro 17% de los decesos se deben a lesiones accidentales (accidentes de tránsito, ahogamiento, caídas accidentales, Envenenamiento accidental, y exposición al fuego y humo) y homicidios.

Mortalidad escolar

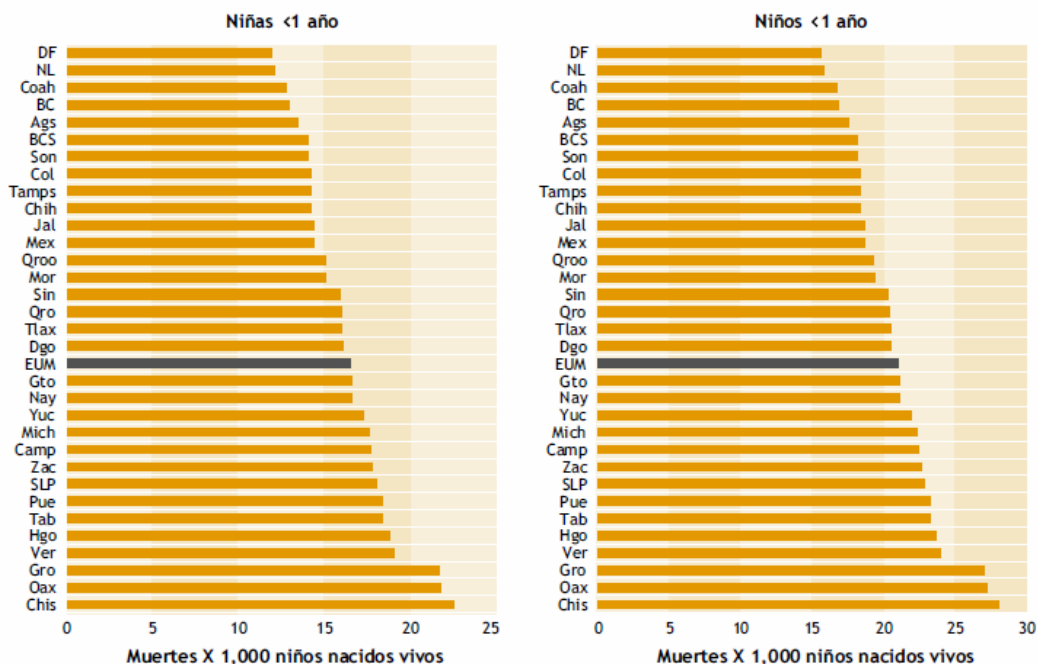
En la etapa escolar (5 a 14 años) la tasa de mortalidad general disminuye todavía más (30.6 muertes por 100,000 habitantes en 2005). Los escolares, de hecho, constituyen el grupo de edad más sano.

¹ Información obtenida del Programa Nacional de Salud 2007-2012. De la Secretaría de Salud

Las muertes entre ellos se deben de manera muy importante a accidentes de tránsito (14.2% de las muertes totales), ahogamiento (4.3%), homicidios (3.8%), suicidios (2.3%) y caídas accidentales (1%). Sumadas, todas las lesiones producen 26% de las muertes en los escolares. Otra causa importante de muerte en esta etapa de la vida son las leucemias.

Figura 4. Mortalidad infantil por sexo y entidad federativa, México 2005

La probabilidad de que un niño nacido en Oaxaca muera antes de cumplir su primer año de vida es 80% mayor que la que presenta un niño nacido en Nuevo León.



Dos son los grandes retos que enfrenta el país en relación con la mortalidad infantil: i) cerrar las brechas que todavía existen entre estados y poblaciones en esta materia y ii) adaptar los servicios de salud al cambio en las principales causas de daño a la salud en los menores de 1 año.

La mortalidad infantil ha disminuido de manera muy importante en el último medio siglo. El número de muertes en menores de 1 año pasó de más de 120 por 1,000 nacidos vivos en 1950 a 18.8 por 1,000 nacidos vivos en 2005. Dentro de los factores que explican este descenso se incluyen el creciente acceso a agua potable y servicios sanitarios; una mejor nutrición de la población infantil y materna; las altas coberturas de vacunación; el acceso a atención médica oportuna y de calidad, y la mejor educación general de las madres. Se calcula que los hijos de madres que no han completado su educación primaria presentan un riesgo de morir en el primer año de vida 50% más alto que los hijos de madres con niveles educativos mayores. La educación de la madre, en particular la educación sexual, influye de manera

importante en las conductas reproductivas, que están estrechamente asociadas a la mortalidad infantil. Dentro de las variables de conducta reproductiva que influyen en la mortalidad en menores de 1 año destacan la edad de la madre, el número de hijos y el intervalo intergenésico.

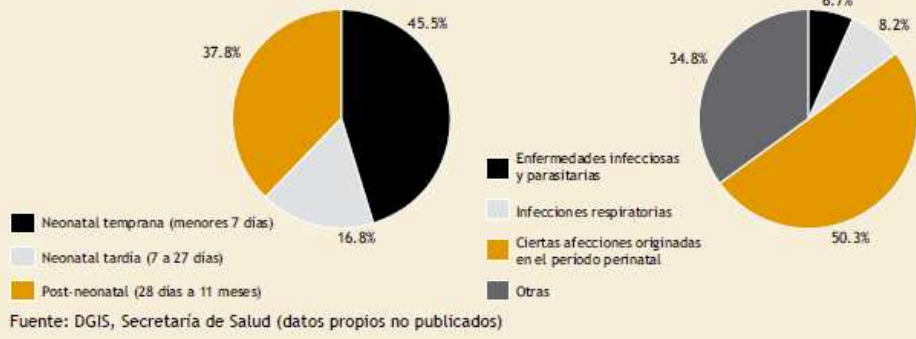
La probabilidad de morir antes de cumplir un año de vida es mayor cuando las madres son menores de 18 años o mayores de 33, tienen más de tres hijos o presentan intervalos entre partos menores de 23 meses.

El descenso en la mortalidad infantil se ha acompañado de una reducción en las brechas entre estados y poblaciones. Persisten, sin embargo, importantes diferencias. Podemos identificar tres grupos de estados con problemas muy diferentes. Un grupo de estados con una probabilidad de muerte en menores de 1 año muy baja, conformado por el Distrito Federal y Nuevo León. Otro grupo con una probabilidad de muerte media, en el que se ubica la mayoría de las entidades federativas. Finalmente, tenemos un grupo de estados con una mortalidad infantil muy alta, en el que se ubican Chiapas, Guerrero y Oaxaca, que presentan probabilidades de muerte en menores de 1 año superiores a 20 y 25 por 1,000 nacidos vivos en niñas y niños, respectivamente. Las diferencias entre grupos poblacionales más específicos son todavía mayores. En los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano (IDH) la mortalidad infantil en 2005 fue de 32.5 contra 15.8 en los municipios con mayor IDH. Estas desigualdades son reflejo de un acceso diferencial a diversos bienes y servicios básicos, dentro de los que se incluyen por supuesto los servicios de salud, y a diferencias importantes en la calidad de la atención.

Se calcula que 79% de las muertes en menores de 1 año que se producen en el país son muertes evitables.

La reducción de la mortalidad infantil se ha acompañado de un cambio también muy significativo en la distribución etárea de estas muertes y en su patrón de causas. Hasta hace poco las muertes infantiles en México se concentraban en el llamado periodo post-neonatal (entre 1 mes y 1 año de edad) y se debían sobre todo a infecciones respiratorias agudas y diarreas. Hoy más de 60% de las muertes en menores de 1 año se concentran en los primeros 28 días de vida y se deben a problemas respiratorios del recién nacido (síndrome de dificultad respiratoria, hipoxia intrauterina, aspiración neonatal) (más de 40%), sepsis bacteriana del recién nacido (15%), anencefalia y anomalías congénitas del corazón y las grandes arterias (20%), y prematuridad (7%).

Podríamos afirmar que el éxito en el combate a las infecciones comunes en la infancia nos generó el reto de atender problemas neonatales que requieren de una atención del embarazo y el parto con mayor tecnología.



OBJETIVO 4

Reducir la mortalidad infantil para 2015¹

P: ¿Cómo puede la construcción de caminos reducir la mortalidad infantil?

R: Los caminos facilitan el acceso a los centros de salud para las familias pobres de zonas rurales. Ello permite a los hogares solicitar asistencia para sus hijos con mayor frecuencia y a menor costo, además de mejorar el acceso a la atención prenatal y postnatal, todo lo cual ayuda a prevenir muertes y enfermedades infantiles y maternas.

Banco Mundial: Tendencias preocupantes en mortalidad infantil

La mortalidad infantil se ha reducido a la mitad en las últimas décadas gracias a una mejor nutrición, atención de salud y estándares de vida. En 1990, 13 millones de niños en los países en desarrollo murieron antes de cumplir 5 años debido a enfermedades como diarrea, malnutrición, neumonía, SIDA, paludismo y tuberculosis. En 2006, esa cifra había disminuido a 10 millones. Sin embargo, las tasas de mortalidad para los menores de 5 años continúan siendo inaceptablemente altas: 8 millones de niños fallecen al año por causas evitables. África al sur del Sahara registra casi la mitad de esas muertes y la epidemia del VIH/SIDA y los conflictos civiles que asolan la región continúan entorpeciendo su avance. Más de la mitad de los países comprometidos con los ODM no están bien encaminados para alcanzar la meta de reducir la mortalidad en menores de 5 años. El Banco Mundial está redoblando sus esfuerzos en materia de nutrición, atención de salud, infraestructura y otras áreas que pueden ayudar a salvar la vida de estos niños.

Los proyectos del Banco Mundial lograron disminuir la desnutrición en Bangladesh.

Estamos reduciendo la mortalidad infantil a través de:

- el fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud.
- la ampliación de los programas de vacunación.
- el mejoramiento del control del crecimiento de los niños.
- el aseguramiento de la supervivencia y la salud materna.
- el apoyo a la nutrición de madres e hijos.
- la inversión en una mejor salud reproductiva.
- el financiamiento en infraestructura.

¹ Banco Mundial

Avances en la reducción de la mortalidad infantil

La inversión de la Asociación Internacional de Fomento (AIF), el fondo del Banco Mundial para los países más pobres, para reducir la mortalidad infantil logró la vacunación de 310 millones de niños en los últimos 10 años.

Estrategia de salud infantil

Fortalecer los sistemas nacionales de salud para obtener mejores resultados.

Vincular el financiamiento a los resultados en términos de mejorar la salud de los niños y salvar sus vidas.

Proteger a los pobres de enfermedades y de costos y tratamientos inasequibles.

Algunos resultados del ODM 4

Entre 1995 y 2007, la AIF ayudó a los países más pobres a alcanzar el ODM 4 mediante la reducción de la mortalidad en menores de 5 años de 134 a 105 por cada 1.000 niños.

Afganistán: Entre 2002 y 2006, la mortalidad entre los menores de 5 años disminuyó en 26%.

Senegal: La desnutrición cayó del 20% al 10% en las zonas donde se ejecutan proyectos de la AIF.

Bolivia: Las muertes infantiles decrecieron de 67 por cada 1.000 nacimientos en 1998 a 54 por cada 1.000 nacimientos en 2003.

Rwanda: Entre 2006 y 2008, las visitas a centros de salud de niños de entre 2 años y 5 años aumentaron en 133%.

¿Cómo va el mundo?

- 3 millones menos de niños menores de 5 años murieron a causa de la diarrea, desnutrición, neumonía, SIDA, paludismo y tuberculosis en 2006, comparado con 1990.
- 1 de cada 14 niños muere antes de cumplir 5 años en los países pobres, comparado con 1 de cada 147 en los países de ingreso alto.
- 107 de 145 países en desarrollo* están mal encaminados para alcanzar el ODM 4 para 2015 (2008).
- 2 de los 33 Estados frágiles han logrado el ODM 4 o están en la senda de conseguirlo para 2015 (2008).

Estadísticas - Principales Causas de Mortalidad Infantil en México 2011 - 2012

| Causas | Criterio de agrupación | 2011* | | | ENE-SEPT 2012* | | |
|--|------------------------|-----------|------------|------|----------------|------------|------|
| | | Ord | Volúmen | Tasa | Ord | Volúmen | Tasa |
| TOTAL | 000 | | 244 | 9.37 | | 152 | 7.59 |
| Ciertas afecciones originadas en el período perinatal | 163 | 1 | 117 | 4.49 | 1 | 75 | 3.75 |
| - Dificultad respiratoria y otros trastornos respiratorios | 163I | | 52 | 2.00 | | 41 | 2.05 |
| Malformaciones congénitas, y anomalías cromosómicas | 165 | 2 | 75 | 2.88 | 2 | 37 | 1.85 |
| - Malformaciones congénitas del sistema circulatorio | 165D | | 27 | 1.04 | | 15 | 0.75 |
| Accidentes | 167 | 3 | 15 | 0.58 | 3 | 16 | 0.80 |
| Enfermedades infecciosas intestinales | 001 | 7 | 2 | 0.08 | 5 | 3 | 0.15 |
| Desnutrición y otras deficiencias nutricionales | 066 | 5 | 3 | 0.12 | | 0 | 0.00 |
| Infecciones respiratorias agudas | 104 | 6 | 3 | 0.12 | 7 | 0 | 0.00 |
| -Bronquitis y bronquiolitis agudas | 104A | | 2 | 0.08 | | 0 | 0.00 |
| Influenza y neumonía | 105 | | 0 | | 8 | 1 | 0.05 |
| Septicemia | 015 | 8 | 2 | 0.08 | 6 | 2 | 0.10 |
| Encefalitis viral transmitida por artrópodos | 038 | | 0 | | | 0 | 0.00 |
| Tumores malignos | 049 | | 0 | | | 0 | 0.00 |
| Enfermedades del corazón | 097 | 9 | 2 | 0.08 | | 1 | 0.05 |
| Enfermedades del hígado | 125 | | 0 | | | 0 | 0.00 |
| Micosis | 020 | | 0 | | | 0 | 0.00 |
| Varicela y Herpes Zoster | 043 | | 0 | | | 0 | 0.00 |
| Depleción de volumen | 064 | | 0 | | | 0 | 0.00 |
| Epilepsia | 081 | | 0 | | | 0 | 0.00 |
| Enfermedades del esófago | 116 | 4 | 9 | 0.35 | 4 | 6 | 0.30 |
| Íleo paralítico y obstrucción intestinal sin hernia | 122 | 12 | 1 | 0.04 | | 0 | 0.00 |
| Meningitis | 058 | | 0 | | | 0 | 0.00 |
| Enfermedad por VIH | 027 | | 0 | | | 0 | 0.00 |
| Insuficiencia renal | 139 | | 0 | | | 0 | 0.00 |
| Neumoconiosis y otras enf. pulm. debidas a agentes ext. | 081 | | 0 | | | 0 | 0.00 |

| | | | | | | | |
|---|-----|-----------|---|------|----------|----------|------|
| Escarlatina y Erisipela | 012 | | 0 | | | 0 | 0.00 |
| Rubéola | 033 | | 0 | | | 0 | 0.00 |
| Hepatitis viral | 039 | | 0 | | | 0 | 0.00 |
| Anemias | 058 | | 0 | | | 0 | 0.00 |
| Hernia de la cavidad abdominal | 120 | | 0 | | | 0 | 0.00 |
| Enfermedades cerebrovasculares | 098 | | 0 | | 7 | 1 | 0.05 |
| Tosferina | 011 | | 0 | | | 0 | 0.00 |
| Parálisis cerebral infantil y otros síndromes paralíticos | 080 | 11 | 1 | 0.04 | | 0 | 0.00 |
| Influenza A H1N1 | | | | | | 1 | 0.05 |

2011* 2012* Certificados de defunción. ISSEA. Datos preliminares .

TASAS X 1000 nacidos vivos registrados al corte.

Área Responsable: Dirección de Planeación y Desarrollo
Última Actualización: Noviembre 2012

La mortalidad infantil se redujo más de la mitad en veinte años en América Latina: OPS¹

20 de noviembre, 2012 — La mortalidad de menores de cinco años en América Latina y el Caribe se redujo más de la mitad en las dos últimas décadas, indicó la Organización Panamericana de la Salud (OPS) con motivo del Día Universal del Niño.

Sin embargo, recordó la OPS, aún se registran enormes disparidades entre los países de la región y a veces en el interior de los mismos.

Haití tiene tasas de mortalidad de menores de 5 años de 87 defunciones por 1.000 nacidos vivos, en comparación con 19 en Colombia, 8 en Chile y 6 en Cuba.

La Organización llamó a redoblar esfuerzos en la región para prevenir y reducir la mortalidad en los niños de menos de 5 años.

En las dos últimas décadas, la tasa media de mortalidad en esa franja de edad se redujo de 54 a 23 defunciones por 1.000 nacidos vivos.

La mayoría de esas muertes son evitables. La desnutrición crónica es todavía uno de los problemas del crecimiento más frecuentes en América Latina y el Caribe, con casi 9 millones de niños que sufren ese trastorno. Más de 22 millones de menores tienen anemia.

¹ Información del Centro de Noticias de Naciones Unidas

SECRETARIA DE SALUD

Norma oficial mexicana, **NOM-007-SSA2-1993**, Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio a recién nacidos. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.- Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud.

YOLANDA SENTIES ECHEVERRIA, Directora General de Atención Materno Infantil, con fundamento en los artículos 45, 46 fracción II, 38 fracción II y 47 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y el artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, 3o. fracciones I a V, 13 A) fracción I, 27, 34, 61, 62, 64 y 65 de la Ley General de Salud, 1o. y 7o. fracción II del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, 11 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, me permito ordenar la publicación en el Diario Oficial de la Federación, de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

PREFACIO

En la elaboración de la presente Norma participaron las siguientes instituciones:

Secretaría de Salud;

Instituto Mexicano del Seguro Social;

IMSS-Solidaridad;

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado;

Secretaría de la Defensa Nacional;

Secretaría de Marina;

Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos;

Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal;

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia;

Comisión Nacional de Alimentación;

Hospital Infantil de México "Federico Gómez";

Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán";

Instituto Nacional de Pediatría;

Instituto Nacional de Perinatología;

Grupo de Estudios del Nacimiento, A. C. (Grupo Gen);

Sociedad Mexicana de Pediatría;

Asociación Mexicana de Pediatría;

Asociación Mexicana de Nutrición;

Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia;

Asociación Mexicana de Hospitales;

Liga de la Leche de México, A.C.;

Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) en México;

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF);

Hospital A B C;

Hospital Angeles del Pedregal;

Hospital de México. Asociación Gineco-obstétrica, S. A. de C. V.;

Hospital Infantil Privado, S. A. de C. V.;

Sanatorio Santa Mónica.

INDICE

0. Introducción
 1. Objetivo
 2. Campo de aplicación
 3. Referencias
 4. Definiciones y terminología
 5. Especificaciones
 - 5.1 Disposiciones generales
 - 5.2 Atención del embarazo
 - 5.3 Prevención del bajo peso al nacimiento
 - 5.4 Atención del parto
 - 5.5 Atención del puerperio
 - 5.6 Atención del recién nacido
 - 5.7 Protección y fomento de la lactancia materna exclusiva
 - 5.8 Manejo del niño con bajo peso al nacimiento
 - 5.9 Prevención del retraso mental producido por hipotiroidismo congénito
 - 5.10 Promoción de la salud materno infantil
 - 5.11 Registro e información
 6. Apéndices Normativos
 - Apéndice A Normativo (ALTURA DEL FONDO UTERINO SEGUN LA EDAD GESTACIONAL)
 - Apéndice B Normativo (VALORACION DEL RECIEN NACIDO)
 - Apéndice C Normativo (EDAD GESTACIONAL)
(VALORACION FISICO-NEUROLOGICA)
 - Apéndice D Normativo (CRECIMIENTO Y DESARROLLO INTRAUTERINO)
(PESO AL NACER EN RELACION CON EDAD GESTACIONAL)
 7. Bibliografía
 8. Concordancia con normas internacionales
 9. Observancia de la Norma
 10. Vigencia de la Norma
-
0. Introducción

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos. Las acciones propuestas tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida y adicionalmente contribuyen a brindar una atención con mayor calidez.

De esta manera procedimientos frecuentemente usados para aprontar el parto, por señalar sólo algunos ejemplos, la inducción del mismo con oxitocina o la ruptura artificial de las membranas amnióticas, han sido revalorados en vista de que no aportan beneficios y sí contribuyen a aumentar la morbilidad y mortalidad materno-infantil, por lo que su uso debe quedar limitado a ciertos casos muy seleccionados. Otros como la anestesia utilizada indiscriminadamente en la atención del parto normal, efectuar altas proporciones de cesáreas en una misma unidad de salud o el realizar sistemáticamente la revisión de la cavidad uterina postparto, implican riesgos adicionales y su uso debe efectuarse en casos cuidadosamente seleccionados. Algunos de estos procedimientos aún persisten como parte de las rutinas en la atención del parto, por lo que deben modificarse en las instituciones. No se trata de limitar el quehacer de los profesionistas, sino que a partir del establecimiento de lineamientos básicos se contribuya a reducir los riesgos que pudieran asociarse a las intervenciones de salud. En la medida que se cuente con tecnología de mayor

complejidad y por ende con el personal idóneo para su manejo e indicación precisa, este tipo de avances en la medicina deben ser utilizados.

Las acciones de salud pueden ser reforzadas si la madre recibe la orientación adecuada sobre los cuidados prenatales y los signos de alarma que ameritan la atención médica urgente y se corresponsabiliza junto con su pareja (o familia), y con el médico en el cuidado de su propia salud.

A fin de mejorar los servicios a la población materno-infantil, en algunas instituciones se han desarrollado normas y procedimientos para la atención en la materia, como es el caso del parto psicoprofiláctico, pero no tienen difusión generalizada ni un carácter uniforme, bien sea porque no son revisadas periódicamente o porque en algunos casos se adolece del conocimiento actualizado. Este tipo de prácticas en las unidades que han desarrollado su utilización y cuando la mujer lo solicite lo pueden llevar a cabo.

Como puede verse, es necesario efectuar algunos cambios en los procedimientos de la atención materno-infantil que deben ser normados a fin de garantizar su cumplimiento en todo el país. De esta manera la Norma contribuirá a corregir desviaciones actualmente en uso, que afectan la calidad de la atención y señalará pautas específicas a seguir para disminuir la mortalidad y la morbilidad materna e infantil, atribuible a la atención por parte de los prestadores de servicios y las instituciones.

1. Objetivo

Establecer los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido normales.

2. Campo de aplicación

Esta Norma es de observancia obligatoria para todo el personal de salud en las unidades de salud de los sectores público, social y privado a nivel nacional, que brindan atención a mujeres embarazadas, parturientas, puérperas y a los recién nacidos.

3. Referencias

Para la correcta aplicación de esta Norma, es conveniente consultar la siguiente norma técnica 1): para la Información Epidemiológica (Diario Oficial de la Federación del 7 de Julio de 1986).

Asimismo deben consultarse la Norma Oficial Mexicana "NOM-003-SSA2-1993, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos", así como la Norma Oficial Mexicana "NOM-005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar".

4. Definiciones y terminología

Para los fines de esta Norma son aplicables las definiciones siguientes:

4.1 edad gestacional: Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos.

4.2 embarazo normal: Es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término.

4.3 embarazo de alto riesgo: Aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario.

4.4 emergencia obstétrica: Condición de complicación o intercurencia de la gestación que implica riesgo de morbilidad o mortalidad materno-perinatal.

4.5 muerte materna: Es la que ocurre en una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días de la terminación del mismo, independientemente de la duración y lugar del embarazo producida por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.

4.6 aborto: Expulsión del producto de la concepción de menos de 500 gramos de peso o hasta 20 semanas de gestación.

4.7 parto: Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal. Se divide en tres periodos: dilatación, expulsión y alumbramiento.

4.7.1 distocia: Anormalidad en el mecanismo del parto que interfiere con la evolución fisiológica del mismo.

4.7.2 eutocia: Corresponde al parto normal cuando el feto se presenta en vértice y el proceso termina sin necesidad de ayuda artificial a la madre o al producto.

El parto en función de la edad gestacional del producto se clasifica en:

4.8 parto pretérmino: Expulsión del producto del organismo materno de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.

4.8.1 parto con producto inmaduro: Expulsión del producto del organismo materno de 21 semanas a 27 semanas.

4.8.2 parto con producto prematuro: Expulsión del producto del organismo materno de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.

4.9 parto con producto a término: Expulsión del producto del organismo materno de 37 semanas a 41 semanas de gestación.

4.10 parto con producto a posttérmino: Expulsión del producto del organismo materno de 42 o más semanas de gestación.

4.11 puerperio normal: Periodo que sigue al alumbramiento y en el cual los órganos genitales maternos y el estado general vuelven a adquirir las características anteriores a la gestación y tiene una duración de 6 semanas o 42 días.

4.12 nacimiento: Expulsión completa o extracción del organismo materno del producto de la concepción, independientemente de que se haya cortado o no el cordón umbilical o esté unido a la placenta y que sea de 21 o más semanas de gestación. El término se emplea tanto para los que nacen vivos como para los mortinatos.

4.13 recién nacido: Producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.

4.14 recién nacido vivo: Se trata de todo producto de la concepción proveniente de un embarazo de 21 semanas o más de gestación que después de concluir su separación del organismo materno manifiesta algún tipo de vida, tales como movimientos respiratorios, latidos cardiacos o movimientos definidos de músculos voluntarios.

4.15 mortinato o nacido muerto: Se trata de un producto de la concepción proveniente de un embarazo de 21 semanas o más de gestación que después de concluir su separación del organismo materno no respira, ni manifiesta otro signo de vida tales como latidos cardiacos o funiculares o movimientos definidos de músculos voluntarios.

4.16 de acuerdo con la edad gestacional el recién nacido se clasifica en:

4.16.1 recién nacido pretérmino: Producto de la concepción de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación;

4.16.2 recién nacido inmaduro: Producto de la concepción de 21 semanas a 27 semanas de gestación o de 500 gramos a menos de 1,000 gramos;

4.16.3 recién nacido prematuro: Producto de la concepción de 28 semanas a 37 semanas de gestación, que equivale a un producto de 1,000 gramos a menos de 2,500 gramos;

4.16.4 recién nacido a término: Producto de la concepción de 37 semanas a 41 semanas de gestación, equivalente a un producto de 2,500 gramos o más;

4.16.5 recién nacido postérmino: Producto de la concepción de 42 semanas o más de gestación;

4.16.6 recién nacido con bajo peso: Producto de la concepción con peso corporal al nacimiento menor de 2,500 gramos, independientemente de su edad gestacional;

4.17 de acuerdo con el peso corporal al nacimiento y la edad gestacional el recién nacido se clasifica en:

4.17.1 de bajo peso (hipotrófico): Cuando el peso resulta inferior de la percentila 10 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional;

4.17.2 de peso adecuado (eutrófico): Cuando el peso corporal se sitúa entre la percentila 10 y 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional;

4.17.3 de peso alto (hipertrófico): Cuando el peso corporal sea mayor a la percentila 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional;

4.18 lactancia materna: La alimentación del niño con leche de la madre.

4.19 lactancia materna exclusiva: La alimentación del niño con leche materna sin la adición de otros líquidos o alimentos, evitando el uso de chupones y biberones.

4.20 lactancia materna mixta: La alimentación proporcionada al niño a base de leche procedente de la madre, más otro tipo de leche o alimento protéico lácteo.

4.21 sucedáneo de la leche materna: Todo alimento comercializado presentado como sustituto parcial o total de la leche materna.

4.22 alojamiento conjunto: La ubicación del recién nacido y su madre en la misma habitación, para favorecer el contacto precoz y permanente y la lactancia materna exclusiva.

4.23 hipotiroidismo congénito: Enfermedad que se presenta desde el nacimiento y se caracteriza por ausencia o formación inadecuada de la glándula tiroides con disminución permanente en su función, y menos frecuente por disminución transitoria en su funcionamiento.

4.24 calidad de la atención: Se considera a la secuencia de actividades que relacionan al prestador de los servicios con el usuario (oportunidad de la atención, accesibilidad a la unidad, tiempo de espera, así como de los resultados).

4.25 calidez en la atención: El trato cordial, atento y con información que se proporciona al usuario del servicio.

4.26 oportunidad en la atención: Ocurrencia de la atención médica en el momento que se requiera y la realización de lo que se debe hacer con la secuencia adecuada.

5. Especificaciones

5.1 Disposiciones generales

5.1.1 La atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria, y proporcionarse en cualquier unidad de salud de los sectores público, social y privado. Una vez resuelto el problema inmediato y que no se ponga en peligro la vida de la madre y el recién nacido, se procederá a efectuar la referencia a la unidad que le corresponda.

5.1.2 En la atención a la madre durante el embarazo y el parto debe de vigilarse estrechamente la prescripción y uso de medicamentos, valorando el riesgo beneficio de su administración.

5.1.3 La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y al recién nacido debe ser impartida con calidad y calidez en la atención.

5.1.4 Las mujeres y los niños referidos por las parteras tradicionales o agentes de salud de la comunidad deben ser atendidos con oportunidad en las unidades donde sean referidas.

5.1.5 La unidad de atención deberá disponer de un instrumento que permita calificar durante el embarazo, el riesgo obstétrico en bajo y alto, el cual servirá para la referencia y contrarreferencia (en las instituciones organizadas por niveles de atención).

5.1.6 Las actividades que se deben realizar durante el control prenatal son:

- elaboración de historia clínica;
- identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales);
- medición y registro de peso y talla, así como interpretación y valoración;
- medición y registro de presión arterial, así como interpretación y valoración;
- valoración del riesgo obstétrico;
- valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto;
- determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL (en la primera consulta; en las subsecuentes dependiendo del riesgo);
- determinación del grupo sanguíneo ABO y Rho, (en embarazadas con Rh negativo y se sospeche riesgo, determinar Rho antígeno D y su variante débil D_μ), se recomienda consultar la Norma Oficial Mexicana para la disposición de sangre humana y sus componentes, con fines terapéuticos;

- examen general de orina desde el primer control, así como preferentemente en las semanas 24, 28, 32 y 36;

- detección del virus de la inmunodeficiencia adquirida humana VIH en mujeres de alto riesgo (transfundidas, drogadictas y prostitutas), bajo conocimiento y consentimiento de la mujer y referir los casos positivos a centros especializados, respetando el derecho a la privacidad y a la confidencialidad;

- prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico;

- prescripción de medicamentos (sólo con indicación médica: se recomienda no prescribir en las primeras 14 semanas del embarazo);

- aplicación de al menos dos dosis de toxoide tetánico rutinariamente, la primera durante el primer contacto de la paciente con los servicios médicos y la segunda a las cuatro u ocho semanas posteriores, aplicándose una reactivación en cada uno de los embarazos subsecuentes o cada cinco años, en particular en áreas rurales;

- orientación nutricional tomando en cuenta las condiciones sociales, económicas y sociales de la embarazada;

- promoción para que la mujer acuda a consulta con su pareja o algún familiar, para integrar a la familia al control de la embarazada;

- promoción de la lactancia materna exclusiva;

- promoción y orientación sobre planificación familiar;

- medidas de autocuidado de la salud;

- establecimiento del diagnóstico integral.

5.1.7 Con el apoyo de los datos anteriores, se deben establecer los criterios de referencia para la atención de las gestantes a las unidades de primero, segundo y tercer niveles.

5.1.8 La unidad de atención debe proporcionar a la mujer embarazada un carnet perinatal que contenga los siguientes datos: identificación, antecedentes personales patológicos, evolución del embarazo en cada consulta, resultados de exámenes de laboratorio, estado nutricional, evolución y resultado del parto, condiciones del niño al nacimiento, evolución de la primera semana del puerperio, factores de riesgo y mensajes que destaquen la importancia de la lactancia materna exclusiva, planificación familiar y signos de alarma durante el embarazo. Se utilizará éste, como documento de referencia y contrarreferencia institucional.

5.1.9 Toda unidad médica del segundo nivel con atención obstétrica, debe integrar y operar un Comité de Estudios de Mortalidad Materna y un Grupo de Estudios de Mortalidad Perinatal.

5.1.10 Los dictámenes del Comité y grupo de estudios deben incluir acciones de prevención hacia los factores y las causas que ocasionan las muertes maternas y perinatales.

5.2 Atención del embarazo

5.2.1 Para establecer el diagnóstico de embarazo no se deben emplear estudios radiológicos ni administrar medicamentos hormonales.

5.2.2 El control prenatal debe estar dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, preeclampsia, infecciones

cérvicovaginales e infecciones urinarias, las complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el embarazo.

5.2.3 La unidad de salud debe promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación y atendiendo al siguiente calendario:

1ra. consulta: en el transcurso de las primeras 12 semanas

2a. consulta: entre la 22 - 24 semanas

3a. consulta: entre la 27 - 29 semanas

4a. consulta: entre la 33 - 35 semanas

5a. consulta: entre la 38 - 40 semanas

5.2.4 La prolongación del embarazo después de las 40 semanas requiere efectuar consultas semanales adicionales con objeto de vigilar que el embarazo no se prolongue más allá de la semana 42.

5.3 Prevención del bajo peso al nacimiento

5.3.1 En todas las unidades de salud que dan atención obstétrica se deben establecer procedimientos escritos para la prevención, detección oportuna del riesgo y manejo adecuado de la prematuridad y el bajo peso al nacimiento (retraso del crecimiento intrauterino).

5.3.2 La detección oportuna incluye dos etapas:

- durante el embarazo y
- al nacimiento

5.3.2.1 Los procedimientos preventivos deben incluir, la orientación a la mujer embarazada para la prevención y para identificar los signos de alarma y buscar la atención médica oportuna.

5.3.2.2 Para detectar el bajo peso al nacer, se debe realizar periódica y sistemáticamente el seguimiento de la altura del fondo del útero de acuerdo al APENDICE A (Normativo).

5.3.2.3 El manejo de la prematuridad, implica el diagnóstico y el tratamiento oportunos de la amenaza de parto prematuro, así como de la aceleración de la biosíntesis de los factores tensioactivos del pulmón fetal y el manejo adecuado del recién nacido pretérmino (prematuro).

5.4 Atención del parto

5.4.1 Toda unidad médica con atención obstétrica debe tener procedimientos para la atención del parto en condiciones normales; con especial énfasis en los siguientes aspectos:

5.4.1.1 A toda mujer que ingrese para atención obstétrica se le elaborará, en su caso, el expediente clínico, la historia clínica, así como el partograma;

5.4.1.2 Durante el trabajo de parto normal, se propiciará la deambulación alternada con reposo en posición de sentada y decúbito lateral para mejorar el trabajo de parto, las condiciones del feto y de la madre respetando sobre todo las posiciones que la embarazada desee utilizar, siempre que no exista contraindicación médica;

5.4.1.3 No debe llevarse a cabo el empleo rutinario de analgésicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto normal; en casos excepcionales se aplicará según el criterio médico, previa información y autorización de la parturienta;

5.4.1.4 No debe aplicarse de manera rutinaria la inducción y conducción del trabajo de parto normal, ni la ruptura artificial de las membranas con el solo motivo de aprontar el parto. Estos procedimientos deben tener una justificación por escrito y realizarse bajo vigilancia estrecha por médicos que conozcan a fondo la fisiología obstétrica y aplicando la Norma institucional al respecto;

5.4.1.5 En los hospitales se requiere la existencia de criterios técnicos médicos por escrito para el uso racional de tecnologías como la cardiotocografía y el ultrasonido;

5.4.1.6 Toda unidad médica con atención obstétrica debe contar con lineamientos para la indicación de cesárea, cuyo índice idealmente se recomienda de 15% en los hospitales de segundo nivel y del 20% en los del tercer nivel en relación con el total de nacimientos, por lo que las unidades de atención médica deben aproximarse a estos valores;

5.4.1.7 El rasurado del vello púbico y la aplicación de enema evacuante, durante el trabajo de parto debe realizarse por indicación médica e informando a la mujer;

5.4.1.8 La episiotomía debe practicarse sólo por personal médico calificado y conocimiento de la técnica de reparación adecuada, su indicación debe ser por escrito e informando a la mujer;

5.4.2 El control del trabajo de parto normal debe incluir:

5.4.2.1 La verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardiaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos;

5.4.2.2 La verificación y registro del progreso de la dilatación cervical a través de exploraciones vaginales racionales; de acuerdo a la evolución del trabajo del parto y el criterio médico;

5.4.2.3 El registro del pulso, tensión arterial y temperatura como mínimo cada cuatro horas, considerando la evolución clínica;

5.4.2.4 Mantener la hidratación adecuada de la paciente;

5.4.2.5 El registro de los medicamentos usados, tipo, dosis, vía de administración y frecuencia durante el trabajo de parto;

5.4.3 Para la atención del periodo expulsivo normal se debe efectuar el aseo perineal y de la cara interna de los muslos y no se debe hacer presión sobre el útero para acelerar la expulsión.

5.4.4 Para la atención del alumbramiento normal se debe propiciar el desprendimiento espontáneo de la placenta y evitar la tracción del cordón umbilical antes de su desprendimiento completo, comprobar la integridad y normalidad de la placenta y sus membranas, revisar el conducto vaginal, verificar que el pulso y la tensión arterial sean normales, que el útero se encuentre contraído y el sangrado transvaginal sea escaso. Puede aplicarse oxitocina o ergonovina a dosis terapéuticas, si el médico lo considera necesario.

5.4.5 Los datos correspondientes al resultado del parto deben ser consignados en el expediente clínico y en el carnet perinatal materno incluyendo al menos los siguientes datos:

- Tipo de parto;
- Fecha y hora del nacimiento;

- Condiciones del recién nacido al nacimiento: sexo, peso, longitud, perímetro cefálico, Apgar al minuto y a los cinco minutos, edad gestacional, diagnóstico de salud y administración de vacunas;

- Inicio de alimentación a seno materno;

- En su caso, método de planificación familiar posparto elegido.

5.5 Atención del puerperio

5.5.1 Puerperio Inmediato: (primeras 24 horas posparto normal)

5.5.1.2 Toda unidad médica con atención obstétrica deberá contar con procedimientos por escrito para la vigilancia del puerperio inmediato y debe incluir:

5.5.1.3 En los primeros 30 minutos el inicio de la lactancia materna exclusiva en aquellas mujeres cuyas condiciones lo permitan y la indicación de alimentación a seno materno a libre demanda.

5.5.1.4 En las primeras dos horas la verificación de normalidad del pulso, tensión arterial y temperatura, del sangrado transvaginal, tono y tamaño del útero y la presencia de la micción. Posteriormente cada 8 horas.

5.5.1.5 En las primeras 6 horas favorecer la deambulacion, la alimentación normal y la hidratación, informar a la paciente sobre signos y síntomas de complicación.

5.5.1.6 Se recomienda aplicar a las madres Rho (D) negativas, con producto Rho positivo, la globulina inmune anti-Rho preferentemente dentro de las primeras 72 horas siguientes al parto, aborto, cesárea, amniocentesis o cualquier otro evento obstétrico invasivo capaz de ocasionar hemorragia fetomaterna y que pueda condicionar en la madre inmunización al antígeno "D" que estuviese en la superficie de los glóbulos rojos del producto.

5.5.1.7 Durante el internamiento y antes del alta, orientar a la madre sobre los cuidados del recién nacido, sobre la técnica de la lactancia materna exclusiva y los signos de alarma que ameritan atención médica de ambos.

5.5.1.8 Se debe promover desde la atención prenatal hasta el puerperio inmediato, que la vigilancia del puerperio normal se lleve a cabo preferentemente con un mínimo de tres controles.

5.5.1.9 Puerperio Mediato: (2o. al 7o. día) y tardío (8o. a 42o. día)

- Se deberá proporcionar un mínimo de tres consultas, con una periodicidad que abarque el término de la primera semana (para el primero), y el término del primer mes (para el tercero); el segundo control debe realizarse dentro del margen del periodo, acorde con el estado de salud de la mujer.

- Se vigilará la involución uterina, los loquios, la tensión arterial, el pulso y la temperatura;

- Se orientará a la madre en los cuidados del recién nacido, la lactancia materna exclusiva, sobre métodos de planificación familiar, la alimentación materna y acerca de los cambios emocionales que pueden presentarse durante el postparto.

5.6 Atención del recién nacido

5.6.1 La atención del recién nacido vivo implica la asistencia en el momento del nacimiento, así como el control a los 7 días y a los 28 días.

5.6.2 Toda unidad médica con atención obstétrica deberá tener normados procedimientos para la atención del recién nacido que incluyan reanimación, manejo del cordón umbilical, prevención de cuadros hemorrágicos con el empleo de vitamina K 1 mg. intramuscular y la prevención de la oftalmía purulenta, examen físico y de antropometría (peso, longitud y perímetro cefálico), tablas para la valoración de Apgar del APENDICE B (Normativo), así como para valorar la edad gestacional, madurez física y madurez neuromuscular de acuerdo con el APENDICE C (Normativo) [a criterio de la institución, se podrá utilizar cualquiera de las dos opciones que se incluyen], vacunación BCG y antipoliomielítica, el alojamiento conjunto madre/hijo y la lactancia materna exclusiva;

5.6.3 Se recomienda investigar rutinariamente en el recién nacido de madre Rh negativa que se sospeche riesgo de isoimmunización, el grupo ABO, el factor Rho (D), su variante débil D_μ y la prueba de aglutinina directa (prueba de Coombs).

5.6.4 En el recién nacido debe eliminarse como práctica rutinaria y sólo por indicación médica realizarse la aspiración de secreciones por sonda, lavado gástrico, ayuno, administración de soluciones glucosadas, agua o fórmula láctea, el uso de biberón y la separación madre hijo.

5.6.5 En ningún caso, se mantendrá a un recién nacido en ayuno por más de cuatro horas, sin el aporte cuando menos de soluciones glucosadas y más de 4 días sin nutrición natural o artificial, si la unidad médica no cuenta con el recurso deberá remitir el caso a la unidad correspondiente para su valoración y tratamiento.

5.7 Protección y fomento de la lactancia materna exclusiva

5.7.1 Toda unidad médica de atención obstétrica deberá tener criterios y procedimientos para la protección y fomento de la lactancia materna exclusiva, atendiendo las condiciones sociales, culturales y laborales de la mujer lactante.

5.7.2 Estos criterios y procedimientos deben ser la base para la capacitación del personal e información a las madres.

5.7.3 Toda unidad de atención médica deberá tener criterios y procedimientos para el alojamiento conjunto del recién nacido normal y la madre, durante su permanencia en ésta.

5.7.4 La atención a la madre durante la lactancia, debe comprender la vigilancia estrecha de la prescripción y uso de medicamentos con efectos indeseables en el niño. El médico responsable de la atención de la madre debe informar al médico responsable de la atención del recién nacido, cuando sean diferentes, del empleo de cualquier medicamento en la madre durante el puerperio.

5.7.5 Las unidades médicas deben ofrecer las condiciones para que las madres puedan practicar la lactancia materna exclusiva, excepto en casos médicamente justificados. Deberá informarse diariamente a embarazadas y púerperas acerca de los beneficios de la lactancia materna exclusiva y los riesgos derivados del uso del biberón y leches industrializadas.

5.7.6 En las unidades médicas, no se permite la distribución gratuita y la promoción de sucedáneos de la leche materna.

5.7.7 En las unidades de salud, no se emplearán representantes de servicios profesionales, de enfermeras de maternidad o personal análogo remunerado por los fabricantes o los distribuidores de los productos lácteos.

5.7.8 Los fabricantes o distribuidores de sucedáneos de la leche materna no ofrecerán incentivos financieros o materiales al personal de las unidades de salud con el propósito de promover sus productos.

5.7.9 Queda sujeta la entrega y/o indicación de sucedáneos de la leche materna a menores de cuatro meses, únicamente bajo prescripción médica y con justificación por escrito, en las unidades de atención de parto y en las de consulta externa.

5.8 Manejo del niño con bajo peso al nacimiento

5.8.1 Al nacimiento, utilizar la curva de crecimiento intrauterino para clasificar al recién nacido y tomar las medidas pertinentes en su manejo de conformidad con el APENDICE D (Normativo). Se recomienda utilizar la clasificación mexicana de Jurado García o la clasificación internacional adaptada de Battaglia y Lubchenco.

5.8.2 Las instituciones de salud deben promover que la atención de la amenaza de parto pretérmino, el parto pretérmino, el recién nacido pretérmino y el retraso del crecimiento intrauterino se lleve a cabo en unidades de segundo o tercer nivel o por personal especializado.

5.8.3 Se debe promover que el recién nacido de bajo peso sea alimentado con leche materna y la creación de "bancos de leche" materna en las instituciones donde se hospitalizan niños de pretérmino que no pueden ser alimentados por la madre.

5.8.4 Los padres deben ser instruidos sobre los cuidados domiciliarios del recién nacido de bajo peso.

5.9 Prevención del retraso mental producido por hipotiroidismo congénito.

5.9.1 La prevención del retraso mental producido por hipotiroidismo congénito, se debe llevar a cabo a través de la promoción de la salud, el diagnóstico y tratamiento oportuno:

5.9.1.1 Toda unidad que atienda partos y recién nacidos debe efectuar el examen de tamiz neonatal entre las 48 horas y preferiblemente antes de la segunda semana de vida, mediante la determinación de tirotrópina (TSH) en sangre extraída por punción del talón o venopunción colectada en papel filtro (la prueba debe efectuarse antes del primer mes, para evitar daño cerebral que se manifiesta por retraso mental). La muestra puede ser tomada en el transcurso de la primera media hora a través de sangre del cordón umbilical, lo que debe explicitarse en la hoja del papel filtro que se envía al laboratorio.

5.9.1.2 La muestra de sangre debe remitirse a un laboratorio previamente definido a nivel de la institución que corresponda o de conformidad con convenios de coordinación establecidos para el efecto. El resultado debe remitirse a la unidad de salud correspondiente, en un plazo no mayor de dos semanas.

5.9.1.3 El diagnóstico de un caso comprobado de hipotiroidismo congénito, se establece por determinación de tirotrópina y tetrayodotironina (T4) en suero de sangre extraída.

5.9.1.4 El tratamiento del caso comprobado de hipotiroidismo congénito, se debe llevar a cabo por administración de hormona tiroidea a dosis terapéutica (10 a 12 microgramos de L-tiroxina por kilo de peso por día).

5.9.1.5 El control y el tratamiento del paciente debe continuarse, y por ningún motivo suspenderse hasta que alcance una edad neurológica equivalente a los dos años. Si se requiere corroborar el diagnóstico, a partir de este momento se puede suspender durante 6 a 8 semanas el tratamiento, y realizar nuevos exámenes tiroideos.

5.10 Promoción de la salud materno-infantil

5.10.1 La promoción de la salud se debe llevar a cabo en la comunidad y en la unidad de salud, de los sectores público y social y en su caso el privado (a nivel unidad). Las instituciones y unidades deben establecer un programa educativo con los contenidos a transmitir a la población y a las embarazadas por parte del personal de salud que comprenda los temas siguientes:

5.10.1.1 Importancia de la mujer y la madre en el autocuidado de la salud personal y familiar;

5.10.1.2 Importancia y beneficios del control prenatal;

5.10.1.3 Orientación alimentaria y nutricional e higiene de los alimentos;

5.10.1.4 Orientación e información a la madre sobre el uso de medicamentos durante el embarazo y la lactancia con efectos indeseables en el feto o en el niño;

5.10.1.5 Ventajas de la lactancia materna exclusiva y técnica del amamantamiento y orientación sobre la atención a los problemas más frecuentes;

5.10.1.6 Cuidados durante el embarazo y el puerperio y signos de alarma que requieren atención médica urgente, así como el lugar donde acudir para la atención;

5.10.1.7 Signos del inicio del parto y conducta ante los mismos;

5.10.1.8 Cuidados del recién nacido y signos de alarma que requieren atención médica urgente;

5.10.1.9 Importancia de la vigilancia nutricional del crecimiento y desarrollo en las diferentes etapas del niño;

5.10.1.10 Prevención y control de enfermedades diarreicas y manejo del sobre vida suero oral;

5.10.1.11 Prevención de las infecciones agudas de vías respiratorias;

5.10.1.12 Esquema de vacunación;

5.10.1.13 Planificación familiar desde el control prenatal e información de los métodos posparto;

5.10.1.14 Prevención del retraso mental por hipotiroidismo congénito;

5.10.1.15 Prevención del bajo peso al nacimiento;

5.10.1.16 Información sobre los cambios físicos y emocionales de la embarazada;

5.10.1.17 Importancia de la participación de la pareja y/o la familia durante el proceso grávido-puerperal.

5.11 Registro e información

5.11.1 Las instituciones y unidades de atención médica deben efectuar el registro de las atenciones a embarazadas, parturientas y puérperas y recién nacidos mediante formatos únicos. Estos formatos deben ser llenados por el personal de salud que presta el servicio y concentrados por el personal responsable de la estadística de la unidad y de la institución.

5.11.2 Con el propósito de alimentar el Sistema Nacional de Información en Salud, se debe asegurar el registro, procesamiento y entrega de información a la Secretaría de Salud, de las actividades en seguida mencionadas, de acuerdo a la periodicidad requerida. Esta debe ser remitida a través de los canales institucionales establecidos:

- Embarazadas atendidas de primera vez según trimestre gestacional.
- Consultas totales a embarazadas.
- Consultas subsecuentes por trimestre de gestación.
- Toxoide tetánico aplicado a embarazadas según primera y segunda dosis y dosis de refuerzo.
- Puérperas atendidas de primera vez.
- Consultas totales a puérperas.
- Consultas subsecuentes a puérperas.
- Partos atendidos según edad gestacional:
 - Pretérmino:
 - inmaduro de 21 - 27 semanas
 - prematuro de 28 - 37 semanas
 - Término:
 - maduro de 37 - 41 semanas
 - Postérmino:
 - posmaduro de 42 o más semanas
- Partos atendidos según características de normalidad:
 - eutócicos
 - distócicos
- Partos distócicos según vía de resolución:
 - vaginal
 - abdominal
- Abortos atendidos
- Nacidos vivos según peso al nacer en gramos, considerando los siguientes grupos:
 - 500 a 999 gramos
 - 1000 a 2499 gramos
 - 2500 a 3499 gramos
 - 3500 o más gramos
- Muertes fetales según edad gestacional de acuerdo a los siguientes grupos:

- Pretérmino:
 - inmaduro de 21 - 27 semanas
 - prematuro de 28 - 37 semanas
- Término:
 - maduro de 37 - 41 semanas
- Postérmino:
 - posmaduro de 42 o más semanas
- Muertes maternas
- Muertes de recién nacidos.

5.11.3 Para cada nacido vivo debe llenarse un Certificado de Nacimiento en original y cuatro copias, cuya distribución gratuita estará a cargo de la Secretaría de Salud.

5.11.4 El certificado debe ser llenado por el médico o la persona que atienda el parto y el recién nacido, inmediatamente después del mismo o dentro de las primeras 24 horas de ocurrido. En caso de que ninguna persona asistiera a la madre en el parto, el certificado puede ser llenado por personal auxiliar de salud de la propia comunidad o bien los familiares deben notificar al personal de salud de la unidad más cercana para que efectúe el registro.

5.11.5 Para cada muerte materna o infantil, debe efectuarse el llenado del Certificado de Defunción inmediatamente después de la ocurrencia del hecho, observando lo señalado por las disposiciones técnicas sobre el manejo del Certificado de Defunción. Asimismo, en caso de muerte fetal se debe llenar el certificado correspondiente de acuerdo a las disposiciones técnicas antes mencionadas.

6. Apéndices normativos

ALTURA DEL FONDO UTERINO SEGUN EDAD GESTACIONAL

(CRITERIOS DE CLASIFICACION DEL APENDICE A NORMATIVO)

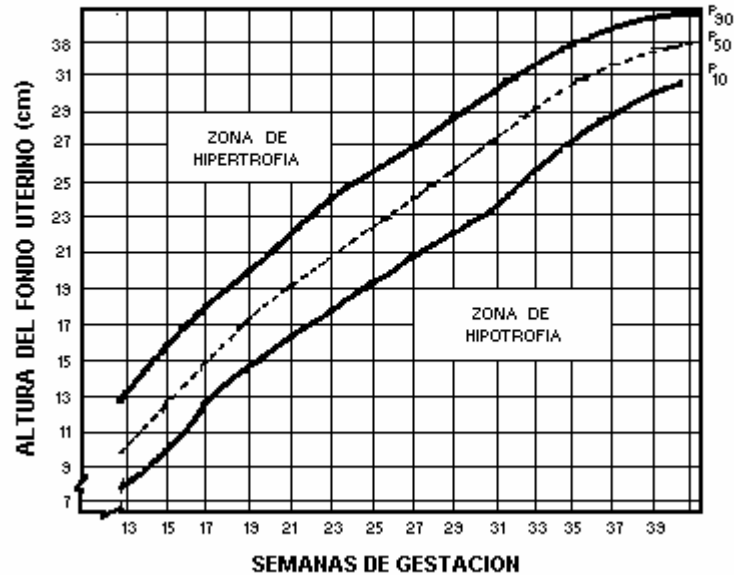
La altura del fondo uterino según la edad gestacional se debe medir a partir del borde superior de la sínfisis del pubis, hasta alcanzar el fondo uterino.

De acuerdo con los hallazgos encontrados se clasifica de la siguiente manera:

Normal.- Cuando esté entre los percentiles 10 y 90 de la curva de altura de fondo uterino según edad gestacional. Se continuará con los controles normales.

Anormal.- Cuando se encuentre por debajo del percentil 10 o por encima del percentil 90 de la curva de altura de fondo uterino según edad gestacional. Amerita la investigación y tratamiento de los factores condicionantes (hábito de fumar, consumo de alcohol, anemia materna, etc.) y la orientación nutricional correspondiente. Se deberá citar cada 15 días y consultar con especialista.

APENDICE A (NORMATIVO) ALTURA DEL FONDO UTERINO SEGUN LA EDAD GESTACIONAL



FUENTE: FESCINA, R.N. y COLS ; CLAP ; 1990

VALORACION
DEL RECIEN
NACIDO

METODO DE
APGAR

(CRITERIOS
DE
CLASIFICACION
DEL APENDICE B
NORMATIVO)

Se valorará al recién nacido de acuerdo con el método de Apgar al minuto y los cinco minutos.

La valoración a los cinco minutos dará la calificación del estado de salud del recién nacido.

APENDICE B (Normativo)
VALORACION DEL RECIEN NACIDO
METODO DE APGAR

| SIGNO | 0 | 1 | 2 |
|-----------------------|---------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| FRECUENCIA CARDIACA | AUSENTE | MENOR DE 100 | MAYOR DE 100 |
| ESFUERZO RESPIRATORIO | AUSENTE | REGULAR E HIPO-VENTILACION | BUENO. LLANTO FUERTE |
| TONO MUSCULAR | FLACIDO | ALGUNA FLEXION DE LAS EXTREMIDADES | MOVIMIENTOS ACTIVOS BUENA FLEXION |
| IRRITABILIDAD REFLEJA | SIN RESPUESTA | LLANTO. ALGUNA MOVILIDAD | LLANTO VIGOROSO |
| COLOR | AZUL. PALIDO | CUERPO SONROSADO MANOS Y PIES AZULES | COMPLETAMENTE SONROSADO |

De acuerdo con los hallazgos obtenidos se clasificará de la siguiente manera:

- Sin depresión: 7 a 10 puntos
- Depresión moderada: 4 a 6 puntos
- Depresión severa: 3 puntos o menos.

Al recién nacido con calificación de Apgar de 7 o más se considera normal. Se debe continuar con su atención y pasar con su madre en alojamiento conjunto e iniciar la lactancia materna exclusiva.

El recién nacido con calificación de 6 o menos amerita la atención a nivel hospitalario.

EDAD GESTACIONAL

METODO DE CAPURRO PARA EVALUAR LA EDAD GESTACIONAL

(CRITERIOS DE CLASIFICACION DEL APENDICE C NORMATIVO)

APENDICE C (Normativo)

EDAD GESTACIONAL

| | | | | | | | |
|--------------------|-------------------------|----------------------------|---|---|---|---|---|
| SOMÁTICO | A | FORMA DEL PEZÓN. | Pezón apenas visible. No se visualiza Areola. | Pezón bien definido Areola. 0.75 cm. | Areola bien definida. No sobresaliente. 0.75 cm. | Areola sobresaliente. 0.75 cm. | |
| | B | TEXTURA DE LA PIEL. | Muy fina Gelatinosa. | Fina y Lisa. | Lisa y moderadamente gruesa Descamación superficial. | Gruesa, rígida surcos superficiales, Descamación superficial. | Gruesa y Apegaminada |
| | | FORMA DE LA OREJA. | Plana y sin forma. | Inicio engrosamiento del borde. | Engrosamiento Incompleto sobre mitad anterior. | Engrosada e incurvada totalmente. | |
| | | TAMAÑO DEL TEJIDO MAMARIO. | No palpable | Diámetro 0.5 cm. | Diámetro 0.5-1.0 cm. | Diámetro > 1.0 cm. | |
| | | PLIEGUES PLANTARES. | Ausentes | Pequeños surcos rojos en mitad anterior | Surcos rojos definidos en mitad ant. Surcos 1/3 anterior. | Surcos sobre mitad anterior. | Surcos profundos que sobrepasan 1/2 anterior. |
| NEUROLÓGICO | SIGNO: "DE LA BUFANDA" | | | | | | |
| | SIGNO: "CABEZA EN GOTÁ" | | | | | | |

METODO DE CAPURRO PARA EVALUAR LA EDAD GESTACIONAL

Se utilizan:

Cinco datos somáticos: 1) Formación del pezón, 2) Textura de la piel, 3) Forma de la oreja, 4) Tamaño del seno (mama) y 5) Surcos plantares, y

Dos signos neurológicos: I) Signo "de la bufanda" y II) Signo "cabeza en gota".

Cuando el niño está sano o normal y tiene más de 12 horas de nacido, se deben utilizar sólo cuatro datos somáticos de la columna A (se excluye la forma del pezón) y se agregan los 2 signos neurológicos (columna "B").

Se suman los valores de los datos somáticos y los signos neurológicos, agregando una constante (K) de 200 días, para obtener la edad gestacional.

Cuando el niño tiene signos de daño cerebral o disfunción neurológica se utilizan los cinco datos somáticos (columna "A"), agregando una constante (K) de 204 días, para obtener la edad gestacional.

De acuerdo con los hallazgos se clasificarán de la siguiente manera:

- Prematuro o pretérmino: todo recién nacido que sume menos de 260 días de edad gestacional. Se debe enviar a una unidad hospitalaria y/o pasar a terapia intensiva, de acuerdo a su condición.

- A término o maduro: cuando el recién nacido sume de 261 a 295 días de gestación. Si las condiciones lo permiten debe pasar con su madre en alojamiento conjunto e iniciar la lactancia materna exclusiva.

- Postérmino o posmaduro: si el recién nacido tiene más de 295 días de gestación, debe de observarse durante las primeras 12 horas ante la posibilidad de presentar hipoglicemia o hipocalcemia; pasado el periodo, si sus condiciones lo permiten debe pasar con su madre en alojamiento conjunto e iniciar lactancia materna exclusiva.

APENDICE C (Normativo)
VALORACION FISICO - NEUROLOGICA

| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
|------------------------|---------------------|--|--|--|---|--|----------------------|----------------------------------|
| MADUREZ NEURO MUSCULAR | POSTURA | | | | | | | |
| | ANGULO DE LA MUÑECA | 30° | 60° | 45° | 30° | 0° | | |
| | ANGULO DEL CODO | 180° | | 100° | 90° | < 30° | | |
| | ANGULO POPLITEO | 180° | 160° | 130° | 110° | 90° | 30° | |
| | SIGNO DE LA BUFANDA | | | | | | | |
| | TALON OREJA | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| MADUREZ FISICA | PIEL | GELATINOSA ROJA TRANSPARENTE | LIGERAMENTE ROSADE VENAS VISIBLES | DESCAMACION SUPERFICIAL POCAS VENAS | DESCAMACION AREAS PALIDAS VENAS PARAS | NO HAY VASOS PLIEGUES PROFUNDOS | GRUESA RUGOSA | |
| | LAMUGO | NO HAY | ABUNDANTE | ADELGAZADO | AREAS SIN LAMUGO | MUY ESCASO | ESCALA DE MADUREZ | |
| | PLIEGUES PLANTARES | NO HAY | MARCAS ROJAS TENUES | PLIEGUE ANTERIOR TRANSVERSO UNICO | PLIEGUES EN 2/3 ANT. | PLIEGUES EN TODA LA PLANTA | | CA LI PI CA CION |
| | MAMAS | LIGERAMENTE PERCEPTIBLES | AREOLA PLANA SIN PEZON | AREOLA LEVANTADA 4-5 mm DE PEZON | AREOLA LEVANTADA 3-4 mm DE PEZON | AREOLA COMPLETA 3-18 DE PEZON | | 5 26 |
| | OIDO | APLANADO PERMANENTE DOBLADO | BORDE LIGERAMENTE CURVO, SUAVE RECUP. LENTA | BORDE CURVO SUAVE DE FACIL RECUPERACION | FORMADO FIRME RECUP. PERCACION INS- TANTANEA | CARTILAGO GRUESO FIRME | | 10 28 15 30 20 32 |
| | GENITALES | ESCRETO VACIO SIN ARRUGAS | | TESTICULOS DESCENDIDOS POCAS RUGO SIBALES | TESTICULOS DESCENDIDOS MUCHAS RUGO SIBALES | TESTICULOS EN PENDULO RUGOSIDADES COMPLETAS | | 25 34 20 36 25 33 |
| | GENITALES | CLITORIS Y LABIOS MENORES PROMINENTES | | LABIOS MAYORES Y MENORES IGUALES | LABIOS MAYORES MAS GRANDES | CLITORIS Y LABIOS MENORES CUBIERTOS | | 40 40 45 44 50 44 |

FUENTE: BALLARD

VALORACION FISICO-NEUROLOGICA

METODO DE BALLARD PARA VALORACION FISICO-NEUROLOGICA

(CRITERIOS DE CLASIFICACION DEL APENDICE C NORMATIVO)

Se utilizan seis signos físicos y seis signos neuro-musculares, sumándose los valores de ambos cuadros. El valor (calificación) se compara con la escala de madurez del recuadro inferior derecho, que establece las semanas de edad gestacional.

De acuerdo con los hallazgos se clasificarán de la siguiente manera:

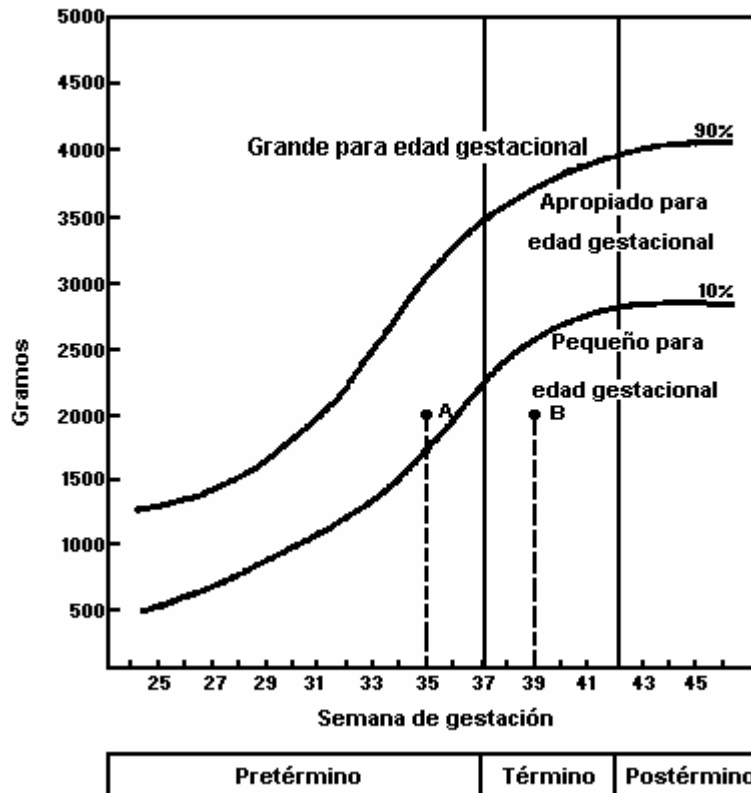
- Pretérmino o prematuro: de 28 a 37 semanas (5 a 30 puntos). Se transfiere para continuar la atención a nivel hospitalario y/o terapia intensiva, de acuerdo a su condición.

- A término o maduro: los recién nacidos de 37 a menos de 42 semanas (35 a 43 puntos). Si las condiciones lo permiten debe pasar con su madre en alojamiento conjunto e iniciar lactancia materna exclusiva.

- Postérmino o posmaduro: recién nacido de 42 o más semanas (45 a 50 puntos). Debe observarse durante las primeras 12 horas ante la posibilidad de presentar hipoglicemia o hipocalcemia, pasado el periodo, si sus condiciones lo permiten debe pasar con su madre en alojamiento conjunto e iniciar lactancia materna exclusiva.

**APENDICE D (Normativo)
(primera opción)**

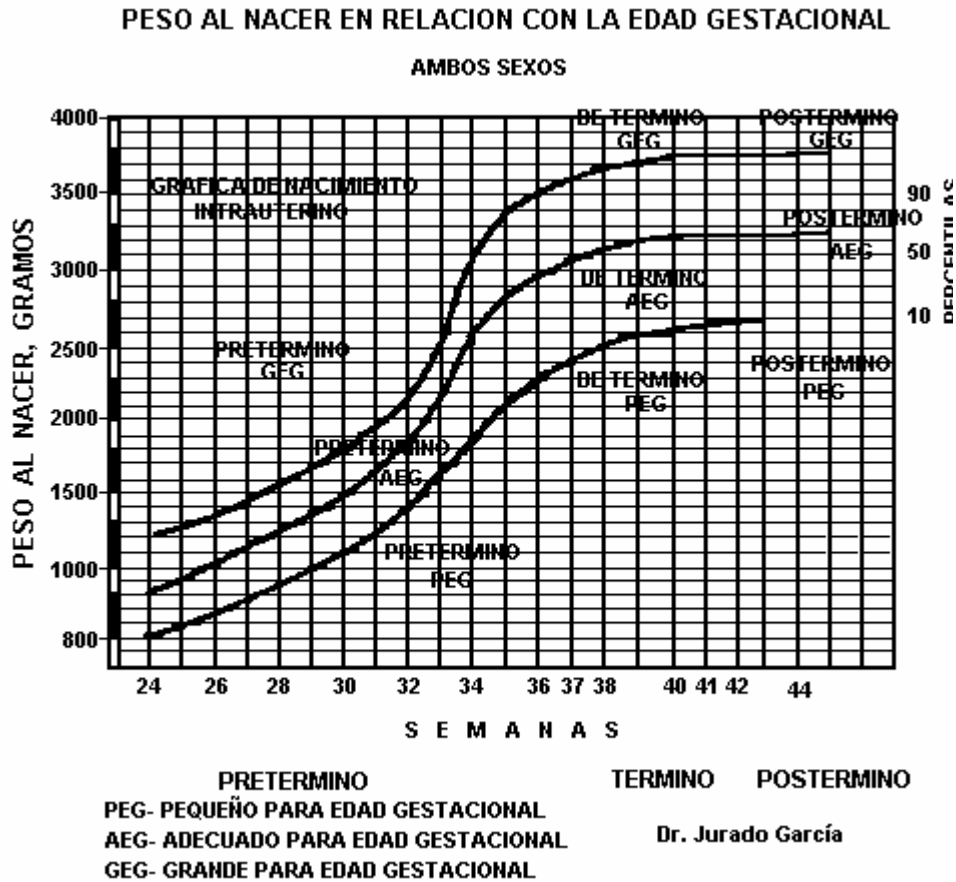
CRECIMIENTO Y DESARROLLO INTRAUTERINOS



Adaptado de: Bettaglia y Lubchenco.

APENDICE D (Normativo)

(segunda opción)



CRECIMIENTO Y DESARROLLO INTRAUTERINOS

PESO AL NACER EN RELACION CON LA EDAD GESTACIONAL

GRAFICAS DE BATTAGLIA/LUBCHENCO Y JURADO GARCIA

(CRITERIOS DE CLASIFICACION DEL APENDICE D NORMATIVO)

De conformidad con la institución se puede utilizar cualquiera de las dos opciones para determinar el peso al nacer en relación con la edad gestacional.

De acuerdo con el peso del recién nacido y a las semanas de gestación calculadas por fecha de última regla se ubica en las gráficas para su clasificación y adopción de medidas integrales.

DE ACUERDO CON LA EDAD GESTACIONAL:

PRETERMINO.- Todo recién nacido antes de la semana 37 de gestación.

DE TERMINO.- Los recién nacidos entre las semanas 37 y 42 de gestación.

POSTERMINO.- Recién nacido después de 42 semanas de gestación.

CON RESPECTO A SU PESO AL NACER:

PEQUEÑO.- Con peso por debajo de la percentila 10, correspondiente a su edad gestacional.

APROPIADO O ADECUADO.- Cuyo peso se localiza entre las percentilas 10 y 90 correspondientes a su edad gestacional.

GRANDE.- Con peso por arriba de la percentila 90 correspondiente a su edad gestacional.

7. Bibliografía

1.- Mortalidad materna: Ayudar a las mujeres a evitar el camino de la muerte. Crónica OMS, 1986; 40(5):195.

2.- Elementos básicos para el estudio y la prevención de la mortalidad materna. Bol. Epidem. OPS/OMS. 1986; 7:1.

3.- Necesidades esenciales de México. Situación actual y perspectivas al año 2000. 4. Salud. 2a.. ed. Siglo XXI editores. Presidencia de la República. Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados. México, 1983; 78.

4.- Karchmer KS, Armas DJ, Chávez-Azuela J, Shor-PV. Estudios de Mortalidad Materna en México. Consideraciones médico sociales. Gac. Med. Méx. 1975; 65:190.

5.- Farnot UC. Los partos son ahora más seguros. Foro Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 1986; 7:374.

6.- 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.

7.- Nesbit R, Aubry R. High-risk obstetrics. II. Value of semiobjective grading system in identifying the vulnerable group. Am. J. Obst. Gynec. 1969; 103: 972.

8.- Niswander KR. Manual of Obstetrics. Diagnosis and Therapy. Ed. Little, Brown and Company. Boston, U.S.A. 1980; 52.

9.- Benson RC. Current Obstetrics & Gynecologic Diagnosis & Treatment. Ed. Lange Medical Publ. Los Altos California, 1976; 737.

10.- Williams. Obstetricia. Salvat Ed. México, 1973; 839.

11.- 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.

12.- Mortalidad 1990. Secretaría de Salud, México. 1992; 46.

13.- Encuesta Nacional de Prevalencia de uso de anticonceptivos. Secretaría de Salud. México. 1980.

14.- Encuesta Nacional Sobre Fecundidad y Salud. Secretaría de Salud. México. 1987.

- 15.- Encuesta Nacional de Salud. Secretaría de Salud. México. 1988.
- 16.- Alvarez BA, Mortalidad materna I. Los estudios de mortalidad materna en el mundo actual. Gac. Med. Méx. 1972; 104:25.
- 17.- Benedeti JT, Starzik P, Frost F. Maternal deaths in Washington State. Obstet. Gynecol. 1985; 66:99.
- 18.- Beer CE. Promoting Breast Feeding. A national responsibility. Studies in Family Planning. 1985; 12:198.
- 19.- Castelazo AL, Importancia de los estudios de mortalidad materna en la medicina institucional. Gac. Med. Méx. 1972; 104:36.
- 20.- Espinoza RSV. Comités de estudio de la mortalidad materna. Evolución histórica y objetivos. Ginec. Obstet. Méx. 1985; 53:237.
- 21.- Karchmer KS. Mortalidad materna en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Actualidades en Gineco-obstetricia. Cong. Méx. Ginecol. Obstet. 1978; 3(7):577.
- 22.- Lowenberg FE., Torre BJ, Ahued AJ. Mortalidad materna en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado. Actualidades en Gineco-obstetricia. Cong. Méx. Ginecol. Obstet. 1978; 3(7):578.
- 23.- Loudon I. Obstetric care, Social class and maternal mortality. Br. Med. J. 1983; 293: 606.
- 24.- Maternal mortality rates. A tabulation of available information. World Health Organization. Division of family Health. Geneva. 1985.
- 25.- Organización Panamericana de la Salud. Manual sobre Enfoque de Riesgo en la Atención Materno Infantil. Paltex No. 7 1986.
- 26.- Programa Nacional de Salud 1990-1994. Secretaría de Salud, México. 1990.
- 27.- Plan de Acción para la Aplicación de la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño en el Decenio 1990. UNICEF 1990.
- 28.- Programa Nacional de Acción. México y la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia. México 1991.
- 29.- Jurado GE. Epidemiología de la prematuridad. Memoria del VIII Congreso Colombiano de Pediatría. Ed. Arbeláez. Colombia, 1967; 478.
- 30.- Battaglia FC, Lubchenco LO. A practical classification of newborn infants by weight and gestational age. J. Pediatr. 1967; 71 (2):159-153.
- 31.- Jurado GE. El crecimiento intrauterino. Gac. Med. Méx. 1971; 102 (2):227-255.
- 32.- Jurado GE. La curva de crecimiento intrauterino como indicador de riesgo neonatal. I simposio nacional sobre endocrinología e investigación pediátrica. Hosp. Centr. Milit. México, 1985.
- 33.- 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.
- 34.- Ballard, Kazmdier K, Driver M. A simplified assessment of gestational age. J. Ped. 1979; 95:796.

35.- Jefatura de Servicios de Salud Reproductiva y Materno Infantil "Análisis de riesgo-beneficio en el uso de medicamentos administrados durante el embarazo y la lactancia.", IMSS. México. 1994.

36.- WHO: Recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. Acta Obstet Gynecol Scand 1977; 56:247-53.

37.- Cloherty JP, Stank AR. Manual of neonatal care. Little, Brown Co. 3rd. edition 1991:85-101.

38.- Klaus MH, Fanaroff AA. Asistencia del recién nacido de alto riesgo. Ed. Panamericana 2a. edición 1984.

39.- Manual de evaluación de la calidad de la atención médica. Sistema Nacional de Evaluación. Sistema Nacional de Salud, SSA México. 1992.

40.- Modelo de atención a la salud. Revista médica del IMSS. 1994; Supl. 1, vol.32.

8. Concordancia con normas internacionales

Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.

9. Observancia de la Norma

La vigilancia de la aplicación de esta Norma corresponde a la Secretaría de Salud y a los Gobiernos de las Entidades Federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia.

10. Vigencia de la Norma

La presente Norma Oficial Mexicana entrará en vigor a partir del día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación. México, D.F., a 31 de octubre de 1994.- La Directora General de Atención Materno Infantil, Yolanda Sentiés E.- Rúbrica.

CUIDADOS DURANTE EL EMBARAZO¹

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo, la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos.

Las acciones propuestas, tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida y adicionalmente contribuyen a brindar una atención con mayor calidez.

Durante el embarazo es bueno someter al cuerpo a un programa de ejercicio y caminatas. Prepárese intelectualmente acerca del embarazo y el parto, esto le permitirá ayudar y estar más tranquila.

Los cuidados básicos en la salud de la mujer embarazada

- Dieta balanceada, con todos los grupos principales de alimentos, frutas y verduras, cereales, productos lácteos, grasas y aceites, carnes y huevos; permitirá que el bebe se desarrolle bien y que la mujer embarazada no se enferme.
- Durante esta etapa aumenta la demanda de ácido fólico, una vitamina que se encuentra en el hígado, los vegetales de color verde oscuro, los frijoles y guisantes ("chicharos", "petit pois"), el germen de trigo, la levadura, la yema de huevo, el brócoli, los granos enteros, el maní y las almendras. Esta vitamina participa en la formación del tubo neural del feto y su deficiencia durante los primeros meses de embarazo se asocia a importantes defectos congénitos como la espina bífida. T
- también son muy recomendables comidas ricas en minerales como el hierro, para evitar la anemia, el fósforo, que permite la absorción del calcio para la adecuada formación de los dientes y huesos y, el yodo cuya deficiencia causa cretinismo (retardo mental y físico del niño). Algunas comidas ricas en estos minerales son: pescado y mariscos, aves de corral, leguminosas como el frijol, vísceras como hígado y morcilla, vegetales de hoja verde oscura, (nabos, brócoli, yuca, mostaza), nueces y frutas secas .
- Productos pasteurizados, protegen de una infección muy seria producida por una bacteria llamada *Listeria monocytogenes*, que se encuentra en la leche, el queso y 105 derivados sin pasteurizar. Esta infección se asocia con abortos del feto y, en neonatos con prematuridad, meningitis y cuadros infecciosos graves.
- El aseo personal, es necesario para protegerse de infecciones y enfermedades. Este comprende el diario cepillado de dientes, después de cada comida y antes de dormir, bañarse todos los días o si esto no es

¹ Instituto de Seguridad Social del Estado de México

posible cambiarse al menos de ropa interior, etc. El acatamiento de las normas de aseo básicas es fundamental.

- Evite medicinas de cualquier clase, algunas pueden parecer inofensivas como las que son de libre venta para el resfriado o el malestar estomacal, sin embargo, pueden dañar al feto o ser abortivas. Si tiene una cita con el dentista, el dermatólogo, o cualquier medico siempre informe que está embarazada o si tiene sospecha de estarlo.
- Aléjese de personas con padecimientos como la varicela, sarampión, paperas y cualquiera que tenga una enfermedad infecciosa que usted no haya padecido o que sea susceptible de contraer.
- No fume, ni ingiera bebidas alcohólicas, esto incrementa las probabilidades de que el niño nazca con problemas pulmonares como el asma o que muera de un extraño síndrome que se presenta en los primeros meses de vida, el Síndrome de Muerte Infantil Súbita (SMIS).
- Ejercicio de costumbre, es decir, si usted se ejercitaba de manera regular antes del embarazo puede seguirlo haciendo pero menos intenso. Si por el contrario su estilo de vida es sedentario y desea comenzar una rutina de ejercicios, es mejor que consulte al médico para que le aconseje cuales puede realizar y con qué frecuencia. Recuerde que el embarazo no es una enfermedad, usted puede continuar su vida normal y sus ejercicios.
- Cuídese de las enfermedades de transmisión sexual, si no tiene compañero sexual fijo o desconfía de su pareja es mejor prevenir que lamentar. Algunas enfermedades pueden causar defectos de nacimiento, ceguera del niño, abortos, partos prematuros y esterilidad. Recuerde que el SIDA, una enfermedad mortal, puede contagiarse de madre a feto.
- Control prenatal es una revisión médica rutinaria, indolora, que la mujer embarazada debe realizar con su médico una vez que se entere de su estado, en forma periódica durante todo el embarazo. Es de suma importancia porque sirve para verificar el correcto crecimiento del feto, el estado de salud de la madre, para saber a tiempo que tipo de parto tendrá y para satisfacer cualquier duda o consulta de los futuros padres.

Acido Fólico durante el embarazo

Durante el embarazo, el acido fólico tiende a disminuir con el progreso de la gestación, alcanzando concentraciones subnormales cerca del término. La administración de 1 mgr. al día es la dosis recomendada para la profilaxis de cualquier problema durante el embarazo. La demanda de acido fólico durante el embarazo se incrementa con el embarazo múltiple.

Se ha atribuido a la deficiencia de acido fólico, el desarrollo de anomalías congénitas, y de manera específica, defectos del tubo neural (columna vertebral), depresión, preeclampsia y otros problemas previos al parto como el desprendimiento prematuro de la placenta.

Virtualmente no hay contraindicaciones para el uso del ácido fólico y la dosis de 1 mgr por día, cubre todas las probables complicaciones obstétricas y medicas que requiere exceso de folatos y satisface las demandas del embarazo.

Los ejercicios y las caminatas generalmente son recomendables, salvo en casos de riesgo como:

- Cuando la madre está enferma del corazón.
- En embarazos gemelares.
- Cuando el bebé viene muy grande, etc.

Ejercicios

Es conveniente consultar con su médico antes de iniciar cualquier programa de ejercicios.

Para mejores resultados, combine ejercicios físicos y caminatas, con ejercicios de relajación y respiración.



Conclusiones

- Los seres humanos somos la única especie que tenemos la habilidad para entender el proceso de reproducción, contando con la tecnología para controlar nuestra propia fertilidad.
- La decisión de tener un hijo debe tomar en cuenta, las metas de la pareja, la capacidad o madurez para ser padres, la situación económica, la situación de empleo o trabajo, la salud de la madre, la disponibilidad de atención y el apoyo de la familia.

Derechos laborales de la mujer embarazada¹

Los derechos laborales de las mujeres vigilan la igualdad, pero es indiscutible que uno de los campos más complicados es el embarazo, es importante que las mujeres conozcan que tienen derecho a ser tratadas con respeto y no ser objeto de abusos.

Las mujeres al igual que los hombres son fuerza laboral y económica en el país y en la casa. Con el incremento de los costos y obligaciones cotidianas las estructuras familiares se han ido modificando, ahora no sólo hace falta que el hombre sea el sustento económico, la mujer se ha abierto cancha en su aspecto profesional y ha logrado alcanzar niveles por igual que el género opuesto, hombres y mujeres son capaces y tienen derecho a recibir un trato justo y equitativo, esto incluyendo al ámbito laboral.

Pese a la igualdad en los aspectos laborales y sociales, hombres y mujeres tenemos condiciones distintas que son las físicas. Una mujer tiene los mismos derechos laborales que un hombre, a excepción de encontrarse embarazada, un estado en el que sus garantías están enfocadas a la protección de ella y de un nuevo ser por venir.

La mujer ha sido y desafortunadamente continúa siendo, víctima de la discriminación, sufre por tener condiciones físicas distintas a las de un hombre, es foco de rechazo al encontrarse embarazada, ya que muchos aún la ven como un costo innecesario para su empresa. Con el propósito de cambiar este panorama, se mantiene una lucha en contra la discriminación, la mujer hoy goza de garantías que vigilan y regulan que sus derechos sean respetados.

Los derechos laborales de las mujeres vigilan la igualdad, pero es indiscutible que uno de los campos más complicados es el embarazo, es importante que las mujeres conozcan que tienen derecho a ser tratadas con respeto y no ser objeto de menosprecios y abusos por una condición natural, que forma parte de los seres humanos, los derechos que tienen las mujeres embarazadas son:

- La mujer tiene los mismos derechos y obligaciones que los hombres, salvo que esté embarazada o amamantando
- Si está embarazada, no se le pueden obligar a realizar trabajos pesados, que pongan en peligro su salud y la de su hijo que espera; tampoco se le obligará a estar presente cuando fumiguen o hayan fumigado, ni cuando apliquen agroquímicos.
- Tiene derecho a descansar seis semanas antes y seis después de que nazca el bebé; en este período recibirá el pago completo del salario y conservará su empleo.
- Durante el tiempo en que amamante al recién nacido, tienes derecho a descansar media hora, dos veces al día.

¹ Información del Instituto Nacional de las Mujeres

- Ser protegidas durante sus embarazos y en el ejercicio de su maternidad.
- Ser atendidas por el personal de salud, en caso de enfermedad, de embarazo o de parto, con respeto y cuidado y de acuerdo con sus necesidades.
- Ser consultadas sobre si desean que se les aplique algún método anticonceptivo y ser respetadas cualquiera que sea su decisión al respecto.
- Exigir que sus derechos laborales no queden condicionados por la renuncia a la maternidad; es decir, que no se les niegue un trabajo que soliciten, ni se les despidan de uno que tienen, porque están embarazadas.
- Recibir las prestaciones que otorguen a las madres las normas específicas y los contratos colectivos de trabajo.

La condición femenina no debe ser pretexto para negar a la mujer trabajos dignos ni para darle un trato discriminatorio en materia laboral. Las mujeres tienen derecho a:

- Ser respetadas en su trabajo, no ser objeto de acoso sexual y denunciar a quienes les causen un perjuicio laboral por no responder afirmativamente a sus demandas sexuales.
- Recibir un salario igual al de los hombres por igual trabajo.
- Obtener y conservar un empleo sin que ello se condicione a que renuncien al matrimonio.

Estos derechos están reconocidos por las leyes mexicanas y por los tratados internacionales que México ha ratificado y que deben cumplirse. Por lo tanto, es obligación de las autoridades de nuestro país protegerlos.

Cuando alguien no respete sus derechos a una mujer y cuando las autoridades administrativas que deban protegerla no cumplan con ese deber; o cuando sea precisamente una autoridad la que viole esos derechos, la mujer podrá acudir a la Comisión de Derechos Humanos de su localidad, a presentar su queja contra la autoridad involucrada.

La Comisión Nacional de Derechos Humanos está facultada por la ley para recibir las quejas sobre presuntas violaciones a los Derechos Humanos cometidas por autoridades administrativas federales.