

CAPÍTULO IV

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

México ha implementado un conjunto de reformas y modificaciones que dan respuesta al *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo* (CIPD) y que apoyan a las necesidades de la población en materia de salud sexual y reproductiva. Esto se refleja en la operación y prestación de los servicios de salud, en los programas y políticas públicas, en la redefinición de sus componentes, en la incorporación de la perspectiva de género de manera transversal en la estructura institucional, en la revisión y modificación de las normas oficiales, así como en la incorporación plena del enfoque de derechos y el respeto hacia las decisiones que toman los individuos y las parejas en la sociedad.

Sin embargo, la diversidad y extensión del país, así como la existencia de una enorme cantidad de localidades que viven en condiciones de marginación, hacen que las acciones en la materia enfrenen enormes retos.

Desde la promulgación de la Ley General de Población en 1974 y la modificación del Artículo 4 Constitucional, el Estado ha procurado que los individuos tengan la capacidad para ejercer de manera libre, responsable e informada, la decisión sobre cuándo y cuántos hijos tener. Éste ha sido un proceso en constante construcción, con avances y retrocesos, con resistencias y contradicciones, dado que las prácticas sexuales y reproductivas están entrelazadas con las normas, valores y costumbres a través de las cuales los individuos y las parejas toman sus propias decisiones.

La salud sexual y reproductiva debe comprenderse en el contexto en que las sociedades ejercen los roles de género y, en el caso de las mujeres, de la posición de desventaja en que viven en ciertos contextos sociales.

A fin de dar cuenta de las transformaciones que ha tenido México en los últimos 15 años con relación al impacto de la CIPD, este capítulo se ha dividido en tres bloques. El primer apartado contiene un diagnóstico de los cambios observados en el país de

1990 a 2008, de acuerdo con la disponibilidad de datos; el segundo revisa las políticas, los mecanismos institucionales y los programas más relevantes; y la tercera sección incluye un análisis del alcance, cobertura e impacto de las acciones institucionales, identificando los desafíos prioritarios y las propuestas para enfrentarlos.

IV.1 DIAGNÓSTICO: LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN MÉXICO¹

IV.1.1 PLANIFICACIÓN FAMILIAR

El descenso de la fecundidad ocurrido en México desde mediados de los años sesenta es la manifestación más concreta del proceso de apropiación de la población mexicana de uno de los derechos humanos fundamentales: la libertad de decidir acerca de cuántos hijos tener y cuándo tenerlos.

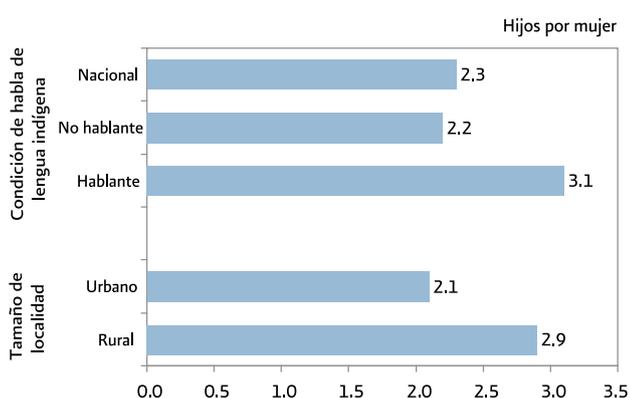
Se estima que la fecundidad alcanzó su máximo nivel histórico a mediados de la década de los sesenta, cuando registró un nivel de 7.3 hijos promedio por mujer. En las siguientes décadas, los logros alcanzados en materia de salud y educación y en el mejoramiento de la condición social de la mujer contribuyeron a impulsar la caída acelerada de la fecundidad (CONAPO, 2004).

Paralelamente, el impulso de la política de población y los programas de planificación que se gestaron e instrumentaron en ese periodo contribuyeron al descenso de la fecundidad en el país. Desde entonces, la tasa global de fecundidad (TGF) disminuyó

¹ La información utilizada en el presente diagnóstico fue elaborada y proporcionada por el Consejo Nacional de Población, Órgano Desconcentrado de la Secretaría de Gobernación, la Dirección General de Información en Salud, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR) y el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA de la Secretaría de Salud. Asimismo, fueron retomados los diagnósticos desarrollados en los diferentes Programas de Acción específicos del CNEGySR.

de casi seis hijos por mujer en 1974, a 2.2 hijos en 2006. Sin embargo, esta reducción no es homogénea en todo el país, pues a lo largo de este proceso han persistido diferenciales importantes —aunque decrecientes— entre la fecundidad observada en el medio rural en contraste con el urbano, así como la registrada entre la población indígena con respecto a la que no lo es (véase gráfica IV.1) (CONAPO, 2008b).

GRÁFICA IV.1. TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD SEGÚN CONDICIÓN DE HABLA DE LENGUA INDÍGENA Y TAMAÑO DE LOCALIDAD, 2003-2006



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID, 2006.

El descenso de la fecundidad ha sido más pronunciado en aquellos sectores y grupos más integrados al desarrollo, en tanto que los grupos más pobres han quedado rezagados en este proceso. La evolución de los últimos diez años evidencia que este proceso de reducción de las brechas será cada vez más lento y menos intenso, como consecuencia de la etapa avanzada de la transición demográfica en la que se ubica México (CONAPO, 2001).

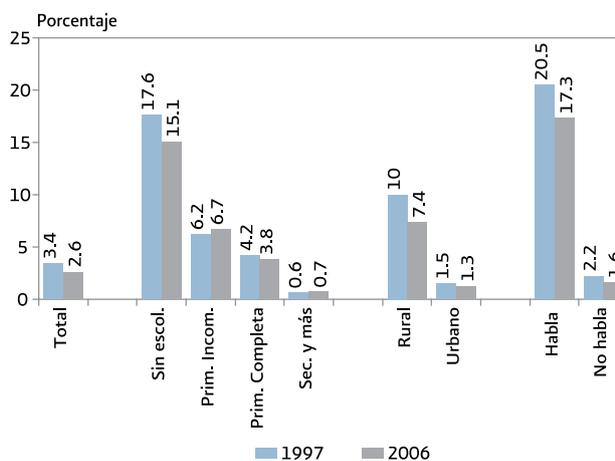
Una de las variables que ha tenido un impacto indudable en el descenso de la fecundidad en México es la práctica de la anticoncepción y la planificación familiar, mismas que, a su vez, han fomentado el ejercicio de una vida sexual y reproductiva más sana y placentera, al contribuir a la prevención de embarazos

no planeados y de alto riesgo, así como a la disminución del riesgo de mortalidad perinatal, abortos e infecciones de transmisión sexual.

En las últimas tres décadas, la difusión de los métodos anticonceptivos se ha visto acompañada de una amplia aceptación de éstos. Las proporciones de mujeres que conocen al menos un método anticonceptivo ha aumentado de manera sistemática, especialmente entre los grupos de mujeres cuya atención en materia anticonceptiva podría considerarse prioritaria, como las adolescentes, las mujeres con escasa o nula escolaridad y la población femenina de entornos rurales (véase cuadro IV.1).

A pesar de que la cantidad de mujeres que declaran no conocer ningún método anticonceptivo es cada vez menor, existen aún grupos que muestran rezagos importantes en la materia, en particular aquellos que no han tenido acceso a sistemas de educación formal y que, frecuentemente, también pertenecen a otros sectores que concentran diversas desventajas sociales, como la población rural y los grupos indígenas (véase gráfica IV.2).

GRÁFICA IV.2. PORCENTAJE DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL QUE NO CONOCEN MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS, 1997 Y 2006



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1997 y 2006.

CUADRO IV.1. PORCENTAJE DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL QUE CONOCE AL MENOS UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO, SEGÚN CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS, 1976-2006

	1976	1987	1992	1997	2006
TOTAL	89.0	92.9	94.9	96.6	97.5
GRUPOS DE EDAD					
15-19	79.8	89.8	90.9	93.4	96.5
20-24	88.8	94.0	96.1	96.8	97.4
25-29	93.1	95.2	97.1	98.2	98.1
30-34	91.3	94.3	97.5	97.9	98.0
35-39	89.7	92.6	95.9	97.4	97.9
40-44	86.1	93.3	95.4	97.4	97.8
45-49	85.9	92.5	93.1	95.8	96.6
PARIDEZ					
0	86.6	91.3	92.5	94.1	96.0
1	89.7	94.3	96.7	98.2	98.5
2	91.8	95.5	97.8	99.0	98.9
3	91.3	95.2	97.6	98.8	98.9
4 Y MÁS	88.6	92.4	94.7	96.5	96.6
NIVEL DE ESCOLARIDAD					
SIN ESCOLARIDAD	73.7	72.9	79.5	82.4	84.9
PRIMARIA INCOMPLETA	88.9	90.3	92.7	93.8	93.3
PRIMARIA COMPLETA	95.6	95.4	95.1	95.8	96.2
SECUNDARIA Y MÁS	99.1	98.9	98.7	99.4	99.3
LUGAR DE RESIDENCIA					
RURAL	78.6	83.1	86.5	90.0	92.6
URBANO	95.8	96.4	97.7	98.5	98.7
CONDICIÓN DE HABLA DE LENGUA INDÍGENA					
HABLA	N.D.	N.D.	N.D.	79.5	82.7
NO HABLA	N.D.	N.D.	N.D.	97.8	98.4

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en: EMF, 1976; ENFES, 1987; ENADID, 1992, 1997 y 2006.

El uso de métodos anticonceptivos observa progresos sumamente importantes pues el porcentaje de mujeres en edad fértil unidas que utilizaba algún tipo de método aumentó de 30.2 en 1976 a 70.9 en 2006. A lo largo de los últimos 30 años, los avances más importantes en la materia se han dado, precisamente, entre los grupos que históricamente han presentado mayores rezagos. Sin embargo, aún presen-

tan amplias diferencias con respecto a los sectores de población con mejores condiciones de desarrollo.

En 2006, mientras que cinco de cada diez mujeres hablantes de lengua indígena utilizaban algún método anticonceptivo, entre las mujeres no hablantes esta proporción aumentaba a siete de cada diez. Por su parte, las adolescentes unidas muestran un descenso en la prevalencia de uso de métodos durante la

última década, lo cual puede deberse a barreras institucionales para el acceso a métodos anticonceptivos y a que este grupo podría concentrar otros rasgos de desventaja asociados a prácticas anticonceptivas incipientes (véase cuadro IV.2).

Al analizar el comportamiento de la prevalencia por entidad federativa, es posible observar que aquellas que concentran un mayor número de municipios con altos y

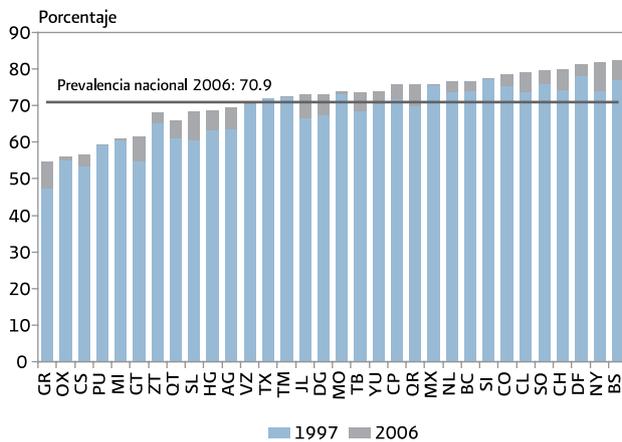
muy altos niveles de marginación presentan los menores niveles de prevalencia de uso, incluso, no muestran avances significativos en el periodo representado. Entidades como Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Puebla se encuentran hasta 15 puntos porcentuales por debajo de la prevalencia nacional, lo cual implica un reto importante para la política pública en materia de planificación familiar en el país (véase gráfica IV.3).

CUADRO IV.2. PORCENTAJE DE MUJERES UNIDAS EN EDAD FÉRTIL QUE USAN MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, SEGÚN CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS, 1976-2006

	1976	1987	1992	1997	2006
TOTAL	30.2	52.7	63.1	68.5	70.9
GRUPOS DE EDAD					
15-19	14.2	30.2	36.4	45.0	39.4
20-24	26.7	46.9	55.4	59.3	57.8
25-29	38.6	54.0	65.7	67.8	65.8
30-34	38.0	62.3	70.1	75.4	74.9
35-39	37.9	61.3	72.6	76.1	78.4
40-44	25.1	60.2	67.4	74.5	77.7
45-49	11.8	34.2	50.5	61.4	72.5
PARIDEZ					
0	6.5	15.3	20.7	23.9	29.4
1	27.2	50.5	56.6	59.8	55.4
2	39.1	60.0	71.0	75.4	76.2
3	38.4	67.5	75.0	80.6	83.2
4 Y MÁS	29.6	51.3	62.6	70.4	74.5
NIVEL DE ESCOLARIDAD					
SIN ESCOLARIDAD	12.8	23.7	38.2	48.0	56.6
PRIMARIA INCOMPLETA	25.5	44.8	56.4	61.3	62.1
PRIMARIA COMPLETA	40.3	62.0	66.7	69.8	70.0
SECUNDARIA Y MÁS	55.8	69.9	73.6	74.8	75.0
LUGAR DE RESIDENCIA					
RURAL	13.7	32.5	44.6	53.6	58.1
URBANO	42.1	61.5	70.1	73.3	74.6
CONDICIÓN DE HABLA DE LENGUA INDÍGENA					
HABLA	N.D.	N.D.	N.D.	48.3	52.4
NO HABLA	N.D.	N.D.	N.D.	70.2	72.2

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en: EMF, 1976; ENFES, 1987; ENADID, 1992, 1997 y 2006.

GRÁFICA IV.3. PORCENTAJE DE MUJERES UNIDAS EN EDAD FÉRTIL QUE USAN MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POR ENTIDAD FEDERATIVA, 1997-2006



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1997 y 2006.

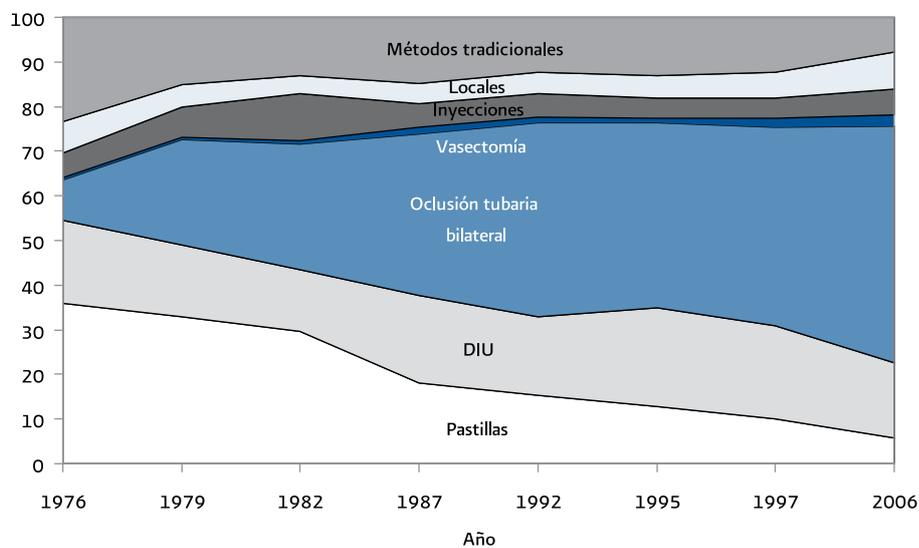
Por otra parte, el tipo de método anticonceptivo utilizado por la población de mujeres en edad fértil unidas también ha cambiado con el tiempo.

Por un lado, la recurrencia a métodos tradicionales ha disminuido drásticamente en los últimos 30 años (alrededor de 15 puntos porcentuales), lo mismo que el uso de pastillas (de 35% en 1976 a 6% en 2006), mientras que opciones como el dispositivo intrauterino (DIU) y las inyecciones se mantienen prácticamente constantes entre las preferencias anticonceptivas femeninas (cerca de 17 y 6%, respectivamente).

En cambio, la proporción de la población que recurre a procedimientos quirúrgicos, particularmente la oclusión tubaria bilateral (OTB), ha aumentado muy notoriamente (de 9 en 1976 a 53% en 2006). Lo anterior sugiere, por un lado, una mayor aceptación de métodos anticonceptivos de probada eficiencia y, por el otro, el uso de éstos como parte de estrategias orientadas más hacia la limitación que hacia el espaciamiento de la descendencia, al menos por parte de las mujeres unidas (véase gráfica IV.4).

Interesa de manera particular analizar el uso del condón entre las mujeres y sus parejas sexuales,

GRÁFICA IV.4. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES UNIDAS EN EDAD FÉRTIL, USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS, SEGÚN TIPO DE MÉTODO, 1976-2006



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en: EMF, 1976; ENFES, 1987; ENADID, 1992, 1997 y 2006.

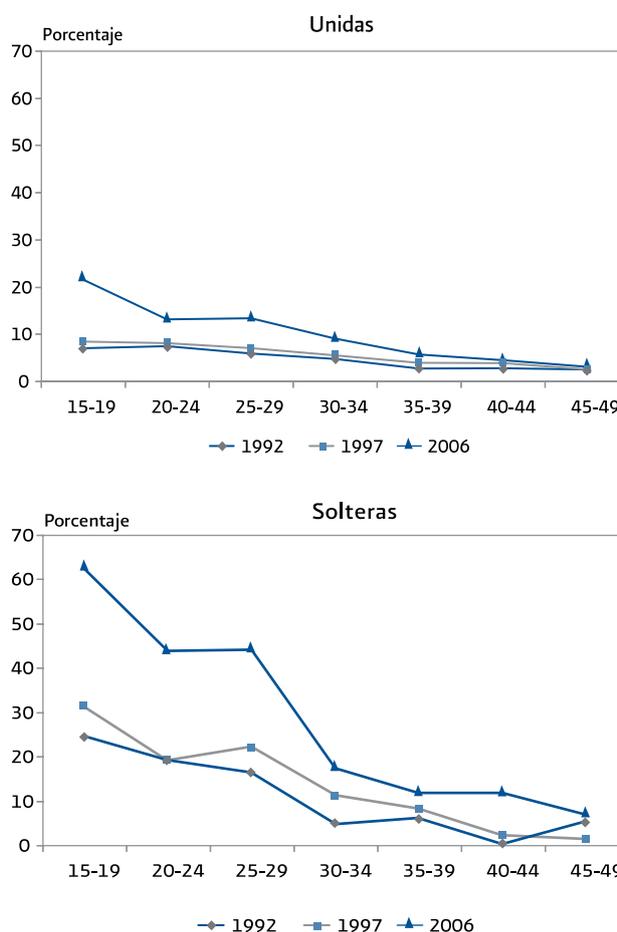
dada su naturaleza preventiva tanto de embarazos inesperados o indeseados, como de infecciones de transmisión sexual. El uso de este método tiene particular relevancia entre la población más joven, pues su uso sugiere prácticas tendientes hacia el ejercicio responsable e informado de la propia sexualidad, la presencia de una cultura de prevención y mayor capacidad de negociación en las mujeres jóvenes con sus parejas.

Como es posible observar en la gráfica IV.5, la evolución del uso de este método es creciente, constante y especialmente significativa durante la última década entre las mujeres de 15 a 29 años de edad, quienes observan pautas sexuales y reproductivas novedosas que sugieren una concepción distinta de la sexualidad, responsable y disociada de la maternidad.

Por otra parte, la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos, observable en mujeres que no utilizan método alguno a pesar de no querer tener hijos o desear espaciarlos, implica la existencia de obstáculos relacionados con la oferta y la demanda de métodos de planificación familiar. Los problemas de la oferta están relacionados con dificultades de acceso a servicios de salud reproductiva adecuados que satisfagan las necesidades anticonceptivas de las usuarias, mientras que los problemas en la demanda de dichos métodos se asocian con barreras económicas y socioculturales que restringen el libre ejercicio de la sexualidad y la reproducción.

En México, las proporciones más altas de mujeres con necesidades anticonceptivas insatisfechas se concentran en los grupos con mayores desventajas socioeconómicas, tales como la población rural, las mujeres con escasa o nula escolaridad y la población hablante de lengua indígena. Sin embargo, aunque las brechas propias de la desigualdad social persisten, la demanda insatisfecha de estos grupos observa reducciones importantes en el tiempo: mientras que en 1987 cerca de una de cada dos mujeres residentes en el medio rural veía su demanda de anticoncepción in-

GRÁFICA IV.5. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES USUARIAS DE CONDÓN, POR CONDICIÓN DE UNIÓN Y GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD, 1992-2006



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1992, 1997 y 2006.

satisfecha, en 2006 esta proporción se redujo a una de cada cinco.

Por su parte, la brecha observada entre las mujeres sin escolaridad y aquéllas con secundaria y más disminuyó alrededor de 25 puntos porcentuales en el mismo periodo (véase cuadro IV.3).

Uno de los grupos de población cuya atención en materia de salud reproductiva resulta prioritario

CUADRO IV. 3. DEMANDA INSATISFECHA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL UNIDAS, SEGÚN CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS, 1987-2006

CARACTERÍSTICAS DE LA MADRE	1987	1997	2006
TOTAL	25.1	12.1	12.0
GRUPOS DE EDAD			
15-19	33.8	26.7	36.1
20-24	31.3	21.1	25.1
25-29	31.4	14.7	16.7
30-34	23.5	10.3	11.3
35-39	23.7	9.3	7.8
40-44	15.5	6.6	5.8
45-49	9.7	3.2	3.5
PARIDEZ			
0	8.3	11.8	17.1
1	25.8	17.3	19.3
2	21.4	10.6	10.7
3	22.0	8.6	7.9
4 Y MÁS	30.2	12.8	11.4
LUGAR DE RESIDENCIA			
RURAL	45.7	22.2	20.9
URBANA	15.9	8.9	9.5
ESCOLARIDAD			
SIN ESCOLARIDAD	45.8	21.8	18.6
PRIMARIA INCOMPLETA	32.7	16.9	16.6
PRIMARIA COMPLETA	17.8	12.4	13.5
SECUNDARIA Y MÁS	10.4	8.0	9.7
CONDICIÓN DE HABLA DE LENGUA INDÍGENA			
HABLA	N.D.	25.8	22.9
NO HABLA	N.D.	11.0	11.3

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENFES, 1987, y las ENADID, 1997 y 2006.

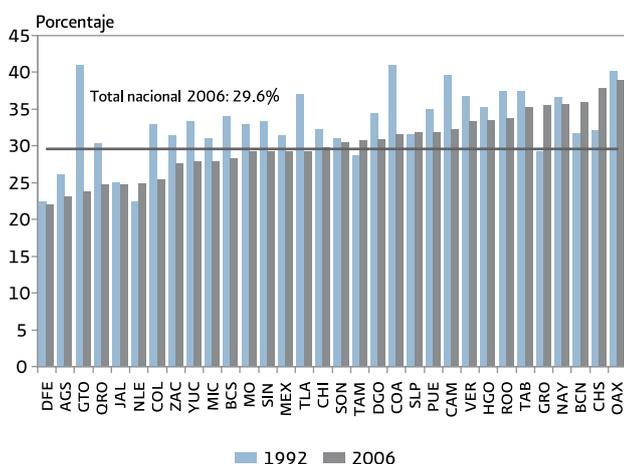
para la política pública es el de los adolescentes. Si bien la actividad sexual y la reproducción pueden ser determinantes a cualquier edad, el impacto de las consecuencias no esperadas o deseadas del ejercicio de la sexualidad puede ser mucho mayor en individuos aún en plena formación. De ahí que garantizar el acceso a información pertinente y medios de pre-

vención adecuados en materia de salud reproductiva entre este sector de la población resulte una tarea impostergable.

En el caso de México, la población entre 15 y 19 años ha aumentado de manera importante, representando en 2008 cerca de 10% de la población total del país. Se estima que durante el mismo año ocurri-

ron más de 300 mil nacimientos de mujeres en este grupo de edad, es decir, más de 15% del total de los nacimientos registrados, lo cual arroja una tasa específica de fecundidad de 57.9 hijos por cada mil mujeres. Si bien este indicador ha disminuido con el tiempo y se espera que siga esa tendencia, la velocidad de su reducción ha sido menor a la observada en otras edades reproductivas, especialmente en contextos con niveles socioeconómicos precarios, los cuales se asocian con edades más tempranas al inicio de la vida sexual y reproductiva (véase gráfica IV.6).

GRÁFICA IV.6. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES QUE FUERON MADRES EN LA ADOLESCENCIA, POR ENTIDAD FEDERATIVA, 1992-2006



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1992 y 2006.

La procreación en la adolescencia presenta situaciones paradójicas pues, a pesar de que cerca de 97% declara conocer al menos un método anticonceptivo, 36% de las adolescentes unidas presenta situaciones de demanda insatisfecha (véase cuadro IV.3). Por otra parte, diversos estudios muestran que cerca de 60% de los embarazos en adolescentes no son planeados, lo que incrementa su vulnerabilidad social, así como mayor riesgo de morbilidad materna y neonatal.

IV.1.2 SALUD MATERNA

Dada la estrecha relación de la salud en general y, en particular, de la salud materna e infantil con las condiciones socioeconómicas de la población y con la cobertura y calidad de los servicios de salud, las defunciones de mujeres por causas asociadas a la maternidad² y las muertes infantiles ocurridas durante el lapso perinatal³ son indicadores que permiten observar progresos o rezagos en el nivel de desarrollo de las sociedades.

La mortalidad materna es uno de los fenómenos más sensibles a la desigualdad social y la pobreza; la población residente de áreas marginadas frecuentemente se encuentra sujeta a condiciones de salud precarias que afectan sensiblemente los embarazos de las mujeres, a lo cual se añade la deficiencia en el acceso a servicios de salud calificados, tanto durante la gestación como en el parto.

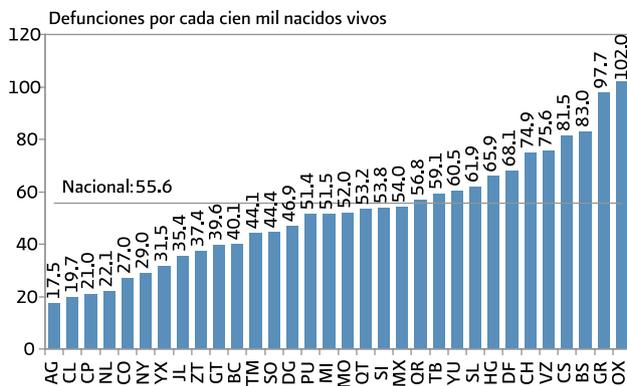
Lo anterior se expresa en el comportamiento de la razón de mortalidad materna observada por entidad federativa. Como puede observarse en la gráfica IV.7, en 2007 las entidades con mayores niveles de marginación presentan razones de mortalidad materna (RMM) que casi duplican el valor del indicador a nivel nacional.

La reducción de la mortalidad materna se ha convertido en una prioridad para los sistemas de salud nacionales, al igual que para los organismos internacionales que han establecido compromisos globales en

² De acuerdo con la Décima Revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos de 1992 (CIE-10), elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la mortalidad materna es definida como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales (OMS, 2008).

³ De acuerdo a la misma clasificación, la OMS define el periodo perinatal como aquel que comienza a las 22 semanas de gestación y culmina siete días después del nacimiento del producto (OMS, 2006).

GRÁFICA IV.7. RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA POR ENTIDAD FEDERATIVA DE RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE, 2007



Fuente: INEGI/SSA. Dirección General de Información en Salud. Bases de datos de defunciones 2002-2007.

torno a la salud de la población mundial. En el caso de México, el *Programa Nacional de Salud 2007-2012* establece en su segundo objetivo reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas y disminuir a la mitad la razón de mortalidad materna en los cien municipios con menor Índice de Desarrollo Humano (IDH) para 2012, partiendo de una línea basal de 187.7 defunciones maternas por cada cien mil nacidos vivos (SSA, 2007c).

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), por su parte, establecen en su quinto objetivo mejorar la salud materna y reducir la RMM en tres cuartas partes durante el periodo 1990-2015 (ONU, 2008a). Para el caso de México, esto significa lograr que la RMM disminuya de 89 muertes registradas en 1990 a 22.6 por cada cien mil nacidos vivos en 2015. De acuerdo con cifras de la Secretaría de Salud, en 2007 la RMM ascendió a 55.6 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos, lo cual indica que poco más de 60% de la meta ha sido cubierta (SNIS, 2009).

Los avances en la disminución de la mortalidad de las madres en el país son notables y puede que

hayan sido mayores, pues en México un reto añadido al combate de la mortalidad materna es la mejora de su registro. Por mucho tiempo la captación del fenómeno ha estado sujeta a problemas de subregistro, dada la errónea atribución de la muerte de la mujer a causas no asociadas con la maternidad. En 1990, se estimaba que dicho subregistro ascendía a 40% (SSA, 2008a).

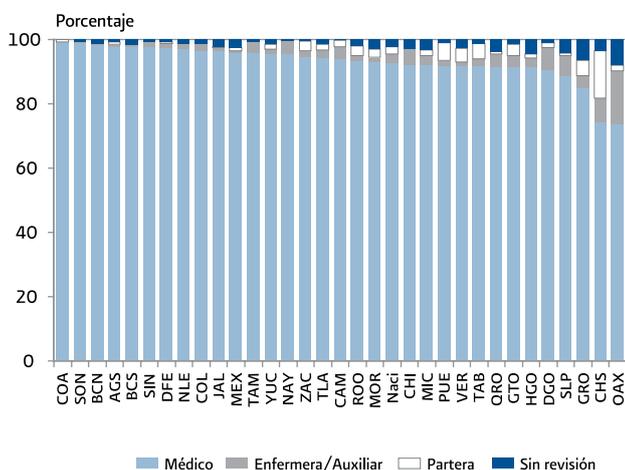
La disminución de la mortalidad materna se asocia con mejores prácticas de atención prenatal y con un aumento de los partos atendidos por personal de salud calificado. En México, el número de mujeres que asisten a revisiones médicas durante el embarazo ha aumentado de manera sistemática en todas las entidades federativas y rebasa considerablemente a las revisiones realizadas por otro tipo de agentes, como las parteras.

Sin embargo, se encuentran signos de desigualdad social pues en entidades como Chiapas, Guerrero y Oaxaca, caracterizadas por contener a mayores proporciones de población en condiciones socioeconómicas precarias, los porcentajes de mujeres que no acuden a revisiones durante el periodo gestacional por parte de ningún agente son todavía alarmantes, a lo cual se suma que las posibilidades de tener embarazos problemáticos son mayores, dado el perfil de su comportamiento reproductivo y sus deficientes condiciones de salud (véase gráfica IV.8).

Por otra parte, se observan incrementos importantes en las proporciones de partos que son atendidos por personal de salud calificado, es decir, médicos. Si bien el aumento observado a nivel nacional durante el periodo de observación que muestra el cuadro IV.4 es de poco más de cinco puntos porcentuales, los avances logrados en la materia son sustantivos entre los grupos menos favorecidos como la población rural, hablante de lengua indígena o sin escolaridad.

Esto indica que las acciones emprendidas en la materia han sido correctamente orientadas hacia los grupos de la población más vulnerables, entre los cuales el margen de acción era y sigue siendo mayor. Cabe mencionar la capacitación y certificación

GRÁFICA IV.8. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL ÚLTIMO NACIDO VIVO POR AGENTE QUE BRINDÓ LA ATENCIÓN PRENATAL, 2002-2006



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2006.

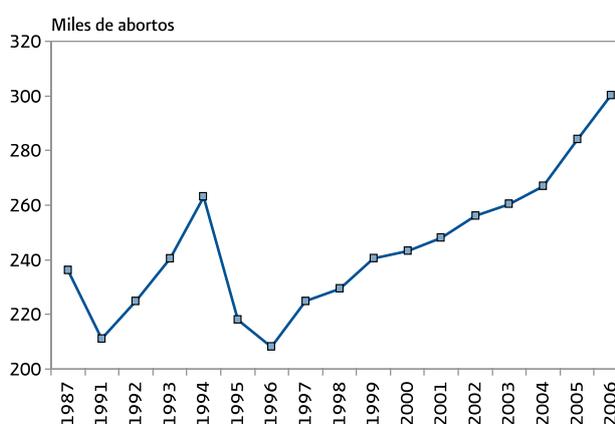
de parteras tradicionales, la mejora de los sistemas comunitarios de traslado de las mujeres, el equipamiento adecuado de las unidades médicas, entre otras estrategias que, en conjunto, han contribuido a disminuir las muertes por causas obstétricas, sean directas o indirectas.⁴

Sin embargo, otros fenómenos relacionados con las muertes maternas y, en general, con limitaciones graves en el ejercicio libre, informado y responsable de la sexualidad, como el aborto inducido, muestran aumentos preocupantes entre la población mexicana. Las estimaciones recientes señalan una tendencia creciente en el número de abortos ocurridos en el

⁴ Se consideran muertes maternas por causas obstétricas directas aquellas que ocurren durante el embarazo, parto o puerperio, como resultado de intervenciones, omisiones o tratamiento incorrecto del proceso reproductivo, o de una cadena de eventos derivados de alguna de las acciones anteriores. Por otra parte, las muertes por causas obstétricas indirectas son aquellas que resultan de enfermedades previamente existentes o padecimientos desarrollados durante el embarazo que pudieron complicarse por los efectos psicológicos propios del proceso gestacional (OMS, 2006).

país, si bien aún es complejo distinguir con precisión la naturaleza espontánea o inducida del evento (véase gráfica IV.9).

GRÁFICA IV.9. REPÚBLICA MEXICANA: TOTAL DE ABORTOS ESTIMADOS, 1987-2006



Fuente: Registros institucionales y encuestas diversas analizadas en Zúñiga y García, 2008.

Como se verá en la sección correspondiente, los retos en materia de mortalidad materna son todavía múltiples y complejos, sobre todo por su estrecha relación con fenómenos estructurales como la marginación socioeconómica, elemento que sin duda dificulta el diseño e implementación de las estrategias dirigidas al combate de la mortalidad. Empero, es imprescindible tomar las medidas necesarias para garantizar la disminución de cualquier tipo de riesgo asociado a la maternidad deseada, así como reducir al mínimo las posibilidades de embarazos no deseados y sus consecuencias.

IV.1.2.1 SALUD PERINATAL

En más de un sentido, la adecuada atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres que deciden ser

CUADRO IV.4. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS ÚLTIMOS HIJOS NACIDOS VIVOS POR AGENTE QUE ATENDIÓ EL PARTO, SEGÚN CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS, 1994-1997 Y 2002-2006

	1994-1997				2002-2006			
	TIPO DE AGENTE QUE ATENDIÓ EL PARTO				TIPO DE AGENTE QUE ATENDIÓ EL PARTO			
	MÉDICO	ENFERMERA/ AUXILIAR/ PROMOTORA	PARTERA O COMADRONA	OTRO/ ELLA SOLA	MÉDICO	ENFERMERA/ AUXILIAR/ PROMOTORA	PARTERA O COMADRONA	OTRO/ ELLA SOLA
TOTAL	84.2	1.7	11.9	2.2	89.5	2.6	5.6	2.2
EDAD DE LA MADRE AL NACIMIENTO DEL HIJO								
12-19	82.6	2.1	13.5	1.9	88.9	3.0	6.9	1.2
20-34	85.3	1.6	11.1	2.0	90.5	2.6	4.9	2.0
35-49	78.8	2.0	15.3	3.9	84.2	2.0	8.9	4.9
TOTAL DE HNV								
1	91.6	1.3	6.3	0.8	92.9	2.5	3.2	1.4
2	89.1	1.5	8.0	1.4	92.5	2.7	3.7	1.1
3	85.4	1.4	11.4	1.8	91.5	2.5	4.0	2.0
4 O MÁS	69.1	2.6	23.3	5.1	76.4	2.8	15.0	5.8
ESCOLARIDAD								
SIN ESCOLARIDAD	50.8	2.8	36.2	10.2	61.7	2.3	28.4	7.7
PRIMARIA INCOMPLETA	67.5	2.8	25.2	4.5	75.1	4.0	16.2	4.7
PRIMARIA COMPLETA	83.2	2.3	12.8	1.6	87.6	3.6	6.5	2.3
SECUNDARIA Y MÁS	96.0	0.8	2.8	0.5	95.0	2.0	1.7	1.3
LUGAR DE RESIDENCIA								
URBANO	92.5	1.2	5.5	0.8	94.0	2.3	2.2	1.6
RURAL	63.0	3.0	28.3	5.8	76.2	3.6	16.0	4.2
CONDICIÓN DE HABLA DE LENGUA INDÍGENA								
HABLA	45.6	3.9	40.0	10.5	63.5	3.8	26.4	6.3
NO HABLA	88.0	1.5	9.1	1.4	91.6	2.5	4.0	1.9

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID, 1997 y 2006.

madres se cristaliza en el nacimiento de niñas y niños sanos. Como contraparte, el cuidado deficiente del proceso reproductivo puede traducirse en complicaciones durante la gestación, el parto y el crecimiento de los infantes que, en conjunto, podrían derivar en una defunción del recién nacido.

Los logros alcanzados en el combate a la mortalidad materna en México han tenido un efecto positivo en la disminución de la mortalidad perinatal, particularmente en las defunciones neonatales,⁵ pero ambos fenómenos también comparten algunas problemáticas como son el subregistro o registro erróneo de las defunciones ocurridas durante el lapso perinatal, por lo que las acciones instrumentadas para mejorar la captación de las muertes de las madres también deben llevarse a cabo en el caso de sus hijos fallecidos.

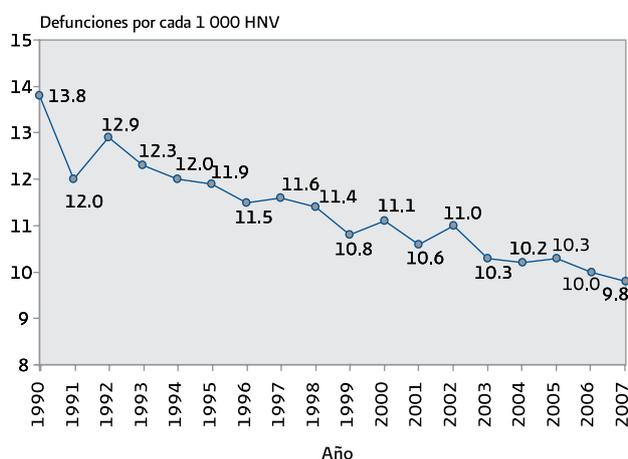
En México, la mortalidad neonatal muestra una tendencia decreciente, aunque con variaciones en algunos periodos que pueden deberse a los problemas de registro ya mencionados. En general, de 1990 a 2007 la tasa de mortalidad neonatal observa una disminución cercana a 30% (véase gráfica IV. 10).

En el caso de las muertes neonatales importa no sólo su disminución, sino también el cambio en las causas que las provocan, pues se espera que la transición epidemiológica por la que atraviesa el país —manifiesta en el tránsito de enfermedades infecto-contagiosas a padecimientos de tipo crónico-degenerativo— también se observe en las defunciones ocurridas durante este periodo de la vida.

En efecto, entre las causas de muerte de los neonatos se observa el predominio de padecimientos propios del periodo perinatal (como prematuridad e hipo-asfíxia) y de anomalías congénitas, causas que aumentaron su participación de 67.0 a 95.0% entre 1980 y 2002. En cambio, las muertes provocadas por diarreas e infecciones respiratorias agudas se redujeron de 25 a menos de 1% durante el mismo periodo (SSA, 2008a).

⁵ Las muertes neonatales son aquellas que ocurren durante los primeros siete días de vida de un nacido vivo (OMS, 2006).

GRÁFICA IV.10. TASA DE MORTALIDAD NEONATAL, 1990-2007



Fuente: INEGI/SSA. Dirección General de Información en Salud. Bases de datos de defunciones 1990-2007.

IV.1.3 CÁNCER DE MAMA

El proceso de transición epidemiológica, referido en párrafos anteriores, es resultado, por un lado, de los avances científicos y tecnológicos en materia de salud, que han permitido combatir de forma eficaz un conjunto importante de padecimientos de tipo infecto-contagioso, particularmente aquellos evitables a bajo costo y, por otro lado, de cambios experimentados en los estilos de vida y patrones alimentarios de la población. Dichas transformaciones no son siempre favorables y han desencadenado, entre otros efectos, un aumento de padecimientos crónico-degenerativos como el cáncer.

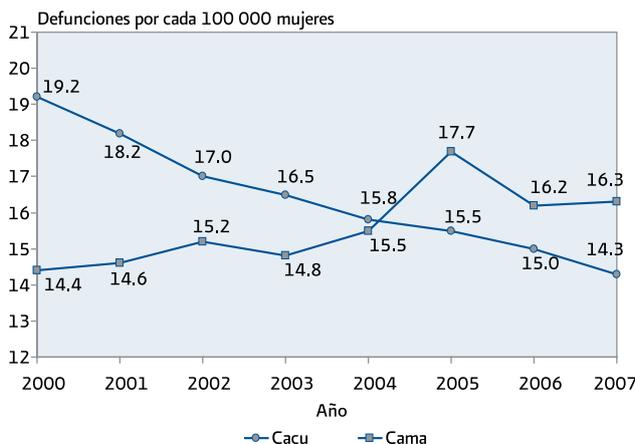
En el caso particular de las mujeres, el cáncer de mama y el cérvico-uterino forman parte predominante de las causas de muerte femeninas en el país. Su aumento generalizado entre la población, incluso en aquella que vive en condiciones socioeconómicas precarias, ha creado configuraciones en las que coexisten padecimientos pre y postransicionales. Dichos "perfiles mixtos", aunados a la dificultad de contar con servicios de salud adecuados para la

detección, tratamiento y control del cáncer, eleva el riesgo de muerte entre la población de escasos recursos.

De acuerdo con datos del sector salud, actualmente el cáncer de mama ocupa el primer lugar entre las causas de muerte por neoplasias malignas en mujeres de 25 años o más —concentrándose especialmente por arriba de los 45 años, desplazando al cáncer cérvico-uterino (véase gráfica IV.11). Su presencia es mayor en entidades federativas con mayor nivel socioeconómico (SSA, 2008b).

Dado que es poco probable revertir en el corto o mediano plazo las tendencias que elevan el riesgo de desarrollar este tipo de cáncer y su aumento es previsible, el reto inmediato consiste en la disposición de servicios de salud adecuados para la detección temprana y tratamiento de dicho padecimiento, particularmente entre la población con menor acceso a Infraestructura de salud apropiada.

GRÁFICA IV.11. TASA DE MORTALIDAD POR CÁNCER CÉRVICO-UTERINO Y DE MAMA, 2000-2007



Fuente: INEGI/SSA. Dirección General de Información en Salud. Bases de datos de defunciones 2000-2007.

IV.1.4 CÁNCER CÉRVICO-UTERINO

A diferencia de lo que ocurre con el cáncer de mama, el cáncer cérvico-uterino tiene una presencia mayor entre la población femenina de escasos recursos, lo cual lo convierte en un padecimiento estrechamente asociado a condiciones de desigualdad social. Si bien ha mantenido una tendencia decreciente en los últimos 18 años, disminuyendo de 25.3 defunciones por cada cien mil mujeres de 25 años y más en 1990, a 14.3 en 2007, la mortalidad por esta causa sigue concentrándose en mujeres que residen en los municipios con menor índice de desarrollo humano (SSA, 2008c).

La distribución de las muertes por entidad federativa refleja su estrecha asociación con condiciones de desigualdad social, por lo que la disminución de las brechas en la detección, tratamiento y control del padecimiento sigue siendo un reto de primer orden (véase gráfica IV. 12).

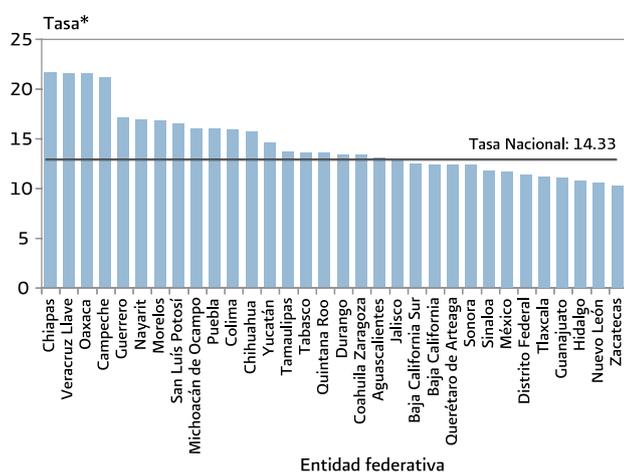
Las acciones orientadas hacia la detección y tratamiento oportunos del cáncer cérvico-uterino y las lesiones precursoras del mismo han sido importantes, en particular destacan las estrategias relacionadas con el aumento de la práctica de citologías de tamizaje; sin embargo, aún es necesario redoblar esfuerzos para ampliar la cobertura de detección, de diagnóstico y de tratamiento entre las mujeres que pertenecen a los grupos más vulnerables de la población.

IV.1.5 VIH/SIDA⁶

México registró en 2008 una prevalencia de VIH de 0.3% en población de 15 a 49 años, lo cual es relativamente bajo ya que existen tres personas con VIH

⁶ Este apartado se elaboró tomando como base el documento: Magis Rodríguez, Carlos, Enrique Bravo García, Cecilia Gayet Serrano, Pilar Rivera Reyes y Marcelo De Luca, 2008. *El VIH y el SIDA en México al 2008. Hallazgos, tendencias y reflexiones*. CENSIDA. México. Núm. 9.

GRÁFICA IV.12. TASA DE MORTALIDAD POR CÁNCER CÉRVICO-UTERINO SEGÚN ENTIDAD FEDERATIVA, 2007



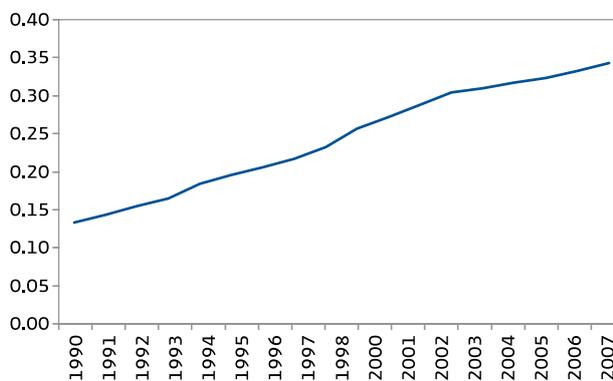
Fuente: *Tasas calculadas con base en defunciones del INEGI y proyecciones de población del CONAPO.

por cada mil adultos de 15 a 49 años, sin embargo, este indicador está en constante ascenso (véase gráfica IV.13).

Desde su aparición en el país, el perfil de la epidemia de VIH/SIDA muestra una clara concentración en el grupo de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), sin embargo, recientemente se ha documentado la expansión de la enfermedad a otros sectores de la población, entre los que destacan las mujeres heterosexuales: el promedio de los casos acumulados en los años noventa muestra que se había contagiado una mujer por cada seis hombres; en 2008 la relación hombre/mujer en los casos acumulados ha descendido a 4.7 hombres por mujer.

Desde 1983, año en que se detectó el primer caso, hasta el 14 de noviembre de 2008, en el Registro Nacional de Casos de SIDA se han contabilizado en forma acumulada 124 505 casos de SIDA, de los cuales 82% corresponde a hombres y 18% a mujeres. Las personas de 25 a 44 años de edad constituyen el grupo más afectado con 66.1% de los casos

GRÁFICA IV.13. PREVALENCIA DEL VIH EN LA POBLACIÓN DE 15 A 49 AÑOS, 1990-2007



Fuente: Estimaciones del CENSIDA (Julio 2007), con base en las proyecciones del CONAPO.

registrados, seguido por 17.5% en personas de 45 a 64 años; la población de 15 a 24 años concentra 11.6% y en los menores de 14 años la proporción es de 2.3%.

Entre aquellos casos en los que se conoce la categoría de transmisión, se señala a la vía sexual como principal medio de contagio en adultos (94.0%). Recientemente la vía sanguínea acumula 3.4% de los casos; esta vía de adquisición tuvo una incidencia importante durante los primeros años de la epidemia en el país pero desde 1999 ha sido controlada con éxito, mediante programas que garantizan el uso de sangre segura. Desde entonces no se han registrado casos de contagio por esta modalidad (véase cuadro IV.5) (Magis *et al.*, 2008).

Aunque las vías de transmisión son las mismas para todos los tamaños de localidad, las magnitudes de cada categoría cambian de un ámbito a otro. Mientras que en las zonas rurales la vía de transmisión sexual entre HSH alcanza 47.4% de los casos, en las ciudades esta proporción asciende a 63%. Las relaciones heterosexuales contribuyen con el 43% en las áreas rurales y con 28.2% en las urbanas.

CUADRO IV.5. PORCENTAJE DE CASOS ACUMULADOS DE SIDA POR CATEGORÍA DE TRANSMISIÓN, 2008

CATEGORÍAS DE TRANSMISIÓN	CASOS ACUMULADOS	PORCENTAJE
TOTAL	73 019	100.0
SEXUAL	68 614	94.0
HSH	32 136	44.0
HETEROSEXUAL	36 478	50.0
SANGUÍNEA	2 499	3.4
TRANSFUSIÓN	1 257	1.7
HEMOFÍLICO	153	0.2
DONADOR	188	0.3
DROGAS IV	895	1.2
EXPOSICIÓN	-	-
OCUPACIONAL	6	0.0
PERINATAL	1 710	2.3
HOMO/DROGA	196	0.3

Fuente: SS/CENAVECE/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA.

IV.1.5.1 IMPACTO DE LOS MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRALES

De acuerdo con estudios elaborados por el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA), la tasa de mortalidad por SIDA era de 1.8 muertes por cada 100 mil habitantes en 1990 y en 1996 alcanzó su máximo registro con 4.7 muertes. A partir de ese último año, el progresivo acceso a un nuevo grupo de antirretrovirales prácticamente cambió el perfil de la epidemia, pues de ser una enfermedad considerada mortal pasó a ser un padecimiento crónico. La combinación de medicamentos existentes en lo que se denominó Tratamiento Antirretroviral Altamente Activo (TARAA) lograba retrasar el daño del sistema inmunológico y mejorar de manera sustantiva la calidad de vida. Gracias a ello, de 1998 en adelante, la mortalidad general por SIDA se ha mantenido entre 4.3 y 4.7 muertes por cada cien mil habitantes.

La ampliación de la cobertura de TARAA a la población con y sin acceso a seguridad social que vive con VIH/SIDA ha sido uno de los logros más notorios en la materia en México, producto de los esfuerzos conjuntos de las organizaciones de la sociedad civil y el sector salud. Se estima que para finales de 1997 alrededor de seis mil pacientes no tenían acceso al TARAA, es decir, aproximadamente la mitad de las personas que vivían con el síndrome. Durante 1998 se logró la cobertura de TARAA para menores de 18 años y mujeres embarazadas sin acceso a seguridad social y para 1999 la cobertura del TARAA alcanzaba a más de mil pacientes no derechohabientes. En 2005, 98.4% de las personas que lo requerían recibieron el tratamiento.⁷

IV.2 POLÍTICAS Y PROGRAMAS EN MATERIA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA⁸

IV.2.1 MARCO JURÍDICO Y NORMATIVO

En México, las actividades en materia de salud sexual y reproductiva (SSyR) están respaldadas por un marco jurídico internacional y nacional que ha permitido transformaciones importantes en la población.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud, la Ley General de Población y la Norma Oficial Mexicana 005-SSA-2-1993 de los Servicios de Planificación Familiar, establecen los derechos relativos a la información, a la libre decisión sobre el número y espaciamiento de los hijos y el absoluto respeto a los derechos humanos, entre

⁷ No se cubre al 100 por ciento debido a problemas de acceso geográfico o estigma y discriminación de las personas afectadas.

⁸ Los programas y acciones institucionales fueron planteados a partir de la revisión de los programas de acción específicos elaborados por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, así como de los diversos documentos (libros blancos en las diferentes áreas) y del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA, particularmente del documento N°9, 2008, coordinado por Marcelo de Luca, disponibles en la página web de la institución.

ellos, el acceso de toda la población a los servicios de planificación familiar, así como su carácter gratuito en las instituciones de salud públicas.

La Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, reconoce el derecho de este sector de la población a recibir asistencia médica y sanitaria para la prevención, tratamiento y rehabilitación de su salud, a la vez que asigna a las autoridades gubernamentales la tarea de impulsar programas de información y prevención de las infecciones de transmisión sexual y del embarazo a edades tempranas.

Otros instrumentos, como el código penal de las entidades federativas, establecen las situaciones en las cuales no se considera punible el aborto, así como la penalización de los prestadores de servicios que violen el principio de la libre elección de métodos anticonceptivos.

Por otro lado, se llevó a cabo la actualización de la Norma Oficial Mexicana de Planificación Familiar, con objeto de:

- Incorporar desde métodos naturales hasta los últimos anticonceptivos que han demostrado su seguridad y eficacia.
- Establecer criterios de elegibilidad para la prescripción de métodos anticonceptivos recomendados en el ámbito internacional (Organización Mundial de la Salud-OMS) y los nuevos métodos que contaban con evidencias científicas como la anticoncepción poscoital, implante único subdérmico y el condón femenino.
- Fortalecer las acciones para promover el respeto de la libre decisión y el consentimiento informado.

IV.2.2 MARCO INSTITUCIONAL

En 1995 se instaló oficialmente el Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva (GISR), que es una

instancia consultiva constituida por representantes de 19 instituciones gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil y del sector privado. Este grupo participó en la elaboración del primer programa de salud reproductiva, con un enfoque integral, y ha dado seguimiento a los programas de salud y a los procesos de elaboración y actualización de los instrumentos normativos que atienden las diferentes dimensiones de la salud reproductiva en México. Su papel como órgano consultivo quedó oficialmente ratificado en 2004 en el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud (SSA).

En 1988 se instituyó el Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA) que desde entonces constituye el órgano colegiado de coordinación federal intra e intersectorial responsable del análisis de la epidemia y las políticas para su prevención y control.

En 2003 se creó el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR), órgano rector y desconcentrado de la SSA, con mayor autonomía financiera y jurídica para fortalecer los programas dirigidos a las mujeres y la atención a la salud sexual y reproductiva de mujeres y hombres.

El *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006* consideró a la salud reproductiva como un pilar de las políticas de población y de salud del país. Ambas políticas otorgaron especial importancia a la salud reproductiva y la concibieron como instrumento indispensable para garantizar el derecho a la salud y el cumplimiento del principio general del artículo 4º constitucional.

El *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012* se plantea en materia de salud reproductiva emprender una estrategia integral que identifique y privilegie a los grupos con mayor rezago, asegurar la disponibilidad de insumos de calidad para la prestación de los servicios, fortalecer la competencia técnica del personal de salud, educar a cada segmento de la población, además de contar con mecanismos de supervisión y evaluación sistemática.

En este marco, el *Programa Nacional de Salud 2007-2012* plantea las estrategias, metas y acciones para asegurar el acceso a la información y a los servicios de salud reproductiva a fin de reducir los rezagos que afectan a grupos prioritarios, tales como población adolescente, indígena, rural y urbano-marginada, buscando fortalecer la participación del hombre. Asimismo, considera que la inversión en la salud reproductiva permite disminuir la inequidad social y hacer un reparto más justo de los recursos económicos, educativos, laborales y sociales, pero, sobre todo, que las personas ejerzan plenamente sus derechos y aspiraciones reproductivas. Se propone robustecer las acciones y los programas de salud reproductiva, particularmente en las poblaciones con mayor rezago.

IV.2.3 PROGRAMAS Y ACCIONES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Para dar respuesta al enfoque de la salud sexual y reproductiva, la SSA ejecuta el *Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción*. Este programa plantea la necesidad de emprender una estrategia integral, que identifique y privilegie a los grupos de mayor rezago y que asegure la disponibilidad de insumos para la prestación de los servicios de salud de planificación familiar y anticoncepción.

Asimismo, en coordinación con otras instancias interesadas en la salud de los adolescentes, entre ellas la Secretaría de Educación Pública (SEP), instrumentó el *Programa de Acción de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes*. A través de este programa se realiza una campaña permanente de educación sexual que favorezca el ejercicio de una sexualidad responsable y promueva el sexo protegido. Se estableció un modelo interinstitucional de salud sexual y reproductiva para la población adolescente con el objetivo de incidir en la reducción de la tasa específica de fecundidad.

A fin de mejorar la calidad de atención en servicios de salud reproductiva en las comunidades con menores ingresos y los adolescentes, se realizaron las siguientes acciones (SSA, 2008e):

- Capacitación al personal de salud responsable de estos servicios.
- Ampliación y fortalecimiento de los 668 servicios amigables dirigidos a la atención de la salud reproductiva de los adolescentes.
- Dotación de insumos estratégicos (anticonceptivos modernos, como el implante subdérmico, pruebas rápidas de detección de embarazo, entre otras).
- Actualización del portal interactivo dirigido a la población adolescente www.yquesexo.com, donde se abordan diversos temas de sexualidad y salud reproductiva.
- Reproducción y distribución de más de 70 mil materiales informativos dirigidos a la promoción de la salud sexual y reproductiva en las 32 entidades federativas.
- Campañas de comunicación-sensibilización denominadas *Sexo con la cabeza* y *Qué onda con tu sexualidad*.

El Consejo Nacional de Población (CONAPO), en coordinación con la SEP, llevó a cabo la revisión de los programas videograbados de la serie *Salud y Sexualidad*, dirigidos al magisterio en servicio. Asimismo, desarrolló un curso de actualización denominado *Hablemos de sexualidad en la escuela secundaria*, dirigido a maestros de secundaria con los temas: familia, educación sexual, género y adolescentes.

Con el fin de promover el conocimiento de los derechos vinculados con el ejercicio de la sexualidad y la reproducción, el CONAPO, en coordinación con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), fortaleció las acciones encaminadas a promover la información sobre métodos de planificación familiar, a través del Sistema de Atención Telefónica de Información y

Orientación en Materia de Planificación Familiar, *Planificatel*, y el sitio Planificanet (<http://www.conapo.gob.mx/planificanet>), donde en 2008 se registraron más de 80 mil visitas.

Desde hace 23 años, el CONAPO y el Instituto Mexicano de la Radio (IMER) transmiten cada semana, en vivo, la serie radiofónica *Zona Libre*, a través de la estación Reactor 105 (XHOF, 105.7 de FM). El programa está dirigido a adolescentes y jóvenes de entre 15 y 25 años de edad que viven en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México. Los temas han girado en torno a tres grandes ejes: desarrollo, identidad y sexualidad.

Con el objetivo de presentar alternativas para la protección contra las infecciones de transmisión sexual y proporcionar información sobre el funcionamiento del cuerpo humano entre los adolescentes y estudiantes de secundarias públicas entre 12 y 15 años de edad de zonas urbanas, se llevó a cabo la serie radiofónica *Entre cuates*. Esta serie se integra con diez capítulos y su producción estuvo a cargo de la Asociación Civil Mujeres en Frecuencia, con la colaboración del CONAPO, el Population Council, la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM), el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE), y Democracia y Sexualidad (DEMYSEX).

IV.2.4 SALUD MATERNA Y PERINATAL

El *Programa Arranque Parejo en la Vida 2007-2012* de la SSA incorpora estrategias encaminadas a promover la salud reproductiva y la salud materna y perinatal, las cuales permitirán reducir la mortalidad materna e infantil. Entre algunas estrategias se aplican medidas preventivas como una buena alimentación, la vigilancia de posibles factores de riesgo, un ambiente higiénico al momento de dar a luz, así como acceso a atención rápida y eficaz en casos de urgencia.

Asimismo, cabe señalar el compromiso de todas las instituciones públicas y privadas del sector en el

abatimiento de la mortalidad materna y perinatal, por medio del Acuerdo Secretarial del Consejo de Salubridad General publicado en el Diario Oficial de la Federación el 1° de noviembre de 2004, para la aplicación y observancia obligatoria del *Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida* y la vigilancia activa de las defunciones maternas en todas las unidades de atención de las instituciones públicas y privadas del Sistema Nacional de Salud (SSA, 2008a).

A partir de la emisión del Acuerdo del Consejo de Salubridad General se instrumentó una estrategia para identificar las principales fallas en la cadena de atención obstétrica mediante la aplicación en campo de la metodología de eslabones críticos a través del grupo de Atención Inmediata a las Defunciones Maternas (AIDEM). El análisis de las muertes maternas ocurridas permitió documentar que la calidad de la atención del parto y de las emergencias obstétricas en unidades de segundo nivel (40%), la limitada información y acceso a métodos de planificación familiar en el primer nivel de atención (36.6%) y las deficiencias en el llenado de expediente clínico en el registro de signos vitales, medición de fondo uterino, foco cardíaco fetal, signos y síntomas de alarma obstétrica en el control prenatal (20%), constituyen los eslabones más débiles y los principales focos para la adopción de acciones de mejora (SSA, 2008a).

Las acciones conjuntas desarrolladas con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Dirección General de Calidad y Enseñanza, Centro Nacional de Excelencia en Tecnologías, Dirección General de Equidad y Desarrollo en Salud, Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios y Comisión Nacional de Arbitraje Médico, empezaron a manifestar su impacto a partir de 2006, reflejándose, por ejemplo, en la cobertura de verificación de 56% de unidades médicas en las que ocurrieron muertes maternas; se visitaron 233 unidades de las 414 que fueron reportadas a la COFEPRIS por el Sistema Federal Sanitario (SSA, SSA, 2008a).

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

nes Unidas (UNFPA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en 2006, permitió al *Programa Arranque Parejo en la Vida* obtener una verificación externa, objetiva y sólida de los avances alcanzados, que incluyó la aportación sistematizada de recomendaciones y conclusiones relevantes, adaptadas al contexto nacional de las actividades clave para mejorar su operación y promover su continuidad (SSA, UNFPA, CNEGySR, 2007).

Debido al porcentaje considerable de partos atendidos por parteras tradicionales en el hogar en algunas entidades federativas del país, en 2004 se elaboró la Norma Oficial de Competencia Laboral y se instrumentó una estrategia que incluyó como elemento central la vinculación de la partera tradicional con las unidades de salud para la detección y referencia oportuna de mujeres con complicaciones obstétricas. Durante el periodo 2004-2006 se certificaron 1 247 parteras tradicionales (SSA, 2008a).

En materia de participación comunitaria, se propició la sensibilización y el compromiso de los gobiernos municipales, líderes y actores comunitarios clave con la salud materna. A través del Fondo de Comunidades Saludables (FCS) se invirtieron recursos federales y municipales para el desarrollo de proyectos que incluyeron la difusión de información, el levantamiento de censos, traslado a unidades y alojamiento en Posadas de Asistencia a la Mujer Embarazada (AME). El número de municipios participantes se incrementó de doce en 2004 a 118 en 2006, logrando contribuir en ese último año a la disminución de la muerte materna con el traslado oportuno de 1 027 mujeres y el albergue en Posadas de 396 embarazadas (SSA, 2008a).

En el caso del registro de la mortalidad materna en México, se han realizado esfuerzos encaminados a mejorar la calidad y confiabilidad de la información para disminuir la mala clasificación y el subregistro. Con el método de búsqueda intencionada RAMOS modificado se logró un aumento de 15% anual en el registro de las muertes maternas directas y tardías en 2006. La coordinación estrecha entre las áreas de

salud reproductiva, epidemiología y estadística al interior de la SSA, así como la colaboración efectiva con el Registro Civil y el INEGI han hecho posible que se disponga de una cifra oficial de mortalidad materna (SSA, 2008a).

En México, las acciones para la prevención de la discapacidad por defectos al nacimiento eran llevadas a cabo en forma aislada. Acciones como la administración de ácido fólico, tamiz neonatal, prevención de infecciones de transmisión sexual, reanimación neonatal y Servicios Integrales para la Prevención y Atención de la Discapacidad (SinDis) se articularon en una estrategia de prevención integral en 2000 y se consolidaron en la Norma Oficial Mexicana O34 para la Prevención y Control de los Defectos al Nacimiento en 2004 (SSA, 2008a).

A pesar de que en México existía una de las mayores incidencias en defectos de tubo neural, la suplementación con ácido fólico no era considerada como una estrategia de prevención, por lo cual no se contaba con la información oportuna y completa de las mujeres que eran suplementadas. A partir de 2003, surge como una estrategia de salud pública la suplementación con ácido fólico de mujeres en edad fértil. La distribución de dicho complemento en las Semanas Nacionales de Salud y el trabajo conjunto con la sociedad civil permitió incrementar de 1.4 a 28% el número de mujeres atendidas (SSA, 2008a).

La aplicación de la estrategia del tamizaje neonatal se creó en la SSA en 1988, difundándose posteriormente a todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud. A través del esfuerzo generado en las diferentes entidades federativas y de la propia Secretaría se logró mejorar su cobertura de 85.5 a 88% en 2006. Asimismo, el número de niños hipotiroideos diagnosticados durante el periodo 2000-2006 presentó una frecuencia de uno por cada 1 900 niños. El reto es garantizar la confirmación del diagnóstico y el inicio del tratamiento durante las primeras cuatro semanas de vida (SSA, 2008a).

De 2000 a 2006 se capacitaron 10 mil reanimadores y 300 instructores en reanimación neonatal,

gracias a la alianza de cooperación para la capacitación con la Federación Nacional de Neonatología de México. Adicionalmente, se incorporó el curso de reanimación neonatal como un requisito para la Certificación de Neonatología (SSA, 2008a).

Los grandes retos nacionales para mejorar la salud perinatal se presentan en la necesidad de establecerla como prioridad en la agenda nacional, al mismo nivel que la salud materna. Por ello, la SSA a partir de 2009 creará un Sistema Nacional de Información de Salud Perinatal, con indicadores precisos que permitan conocer la situación real del recién nacido en México.

IV.2.5 CÁNCER CÉRVICO-UTERINO

La SSA cuenta con capacidad instalada para realizar de cuatro a cinco millones de citologías anuales. Según datos del Sistema de Información de Cáncer en la Mujer (SICAM-PROCACU), la cobertura de detección de cáncer cérvico-uterino en el grupo de 25 a 64 años es de 67% en los últimos tres años, lo que representa 8 millones 955 mil 822 citologías (comparado con 57.9% en 2000). Este esfuerzo significa 274 mil 555 casos detectados con Lesión de Alto Grado (displasias moderada y severa y cáncer *in situ*) (SSA, 2008c).

Por lo que respecta al manejo y tratamiento de los casos de displasias y cáncer *in situ*, actualmente el porcentaje alcanzado es de 90.

Durante el periodo 2001-2006, el *Programa de Cáncer Cérvico-Uterino* incrementó el número de recursos con la formación de 91 colposcopistas, 36 citopatólogos y 110 citotecnólogos. Asimismo, amplió su infraestructura con 34 Clínicas de Colposcopia y 34 unidades móviles en la SSA. Adicionalmente, se garantiza la dotación de insumos básicos en todos los servicios de salud del país donde se realiza la toma de la muestra citológica, laboratorios donde se procesan las muestras, clínicas de colposcopia para el tratamiento y seguimiento de las pacientes (SSA, 2008c).

Para 2008 fueron capacitados 1 284 profesionales de la salud, entre ellos enfermeras, citotecnólogos, colposcopistas, patólogos y responsables jurisdiccionales y estatales encargados del programa.

Asimismo, se ha capacitado y actualizado al 90% del personal adscrito a las clínicas de colposcopia, laboratorios de citología y patología, mediante cursos nacionales e internacionales. El propósito es unificar los procedimientos técnicos, así como la preparación para nuevas destrezas en la técnica de toma y fijación de la citología cervical, el diagnóstico y tratamiento de lesiones precursoras y sesiones de correlación cito-colpo-histopatológicas (SSA, 2008c).

A partir de 2005 se creó el Sistema de Protección Social en Salud que busca proteger a la población sin seguridad social y en el que está incluido el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos para el apoyo del cáncer cérvico-uterino (SSA, 2008c).

Se fortaleció la estrategia de atención a las mujeres que residen en los municipios con menor Índice de Desarrollo Humano. Actualmente, se cuenta con un total de 32 unidades móviles equipadas (cinco del nivel federal y 27 en las entidades federativas) en las que se realizan actividades de detección, diagnóstico y tratamiento por personal calificado en las zonas más desprotegidas del país.

Para apoyar una de las metas de impacto, consistente en la reducción al 50% de las diferencias en la tasa de mortalidad por esta neoplasia entre los cinco estados con los índices más altos y los cinco con los índices más bajos, se mantiene el Convenio de Colaboración entre el CNEGySR, las secretarías de salud de Chiapas, Guerrero, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Yucatán y Veracruz, y la Agencia de Cooperación Internacional del Gobierno del Japón (JICA).

IV.2.6 CÁNCER DE MAMA

En 2001, se elaboró por primera vez un *Programa de Acción para Cáncer de Mama* en la SSA y se elaboró la norma correspondiente; ambos fueron difundidos

a los servicios de salud de todas las entidades federativas. Para ese año, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana, el país contaba con 23.9 millones de mujeres mayores de 25 años de edad, de las cuales casi 13 millones tenían 40 años y más, siendo susceptibles de estudio mastográfico (SSA, 2008b).

La Norma Oficial Mexicana actual se encuentra en revisión e incluye criterios más específicos para el tamizaje por mastografía, estudio considerado como la intervención más eficaz para la detección temprana, con impacto en la reducción de la mortalidad. Sin embargo, para que la detección sea completamente efectiva es necesario ampliar su cobertura, instrumentar mecanismos para el seguimiento de las mujeres con estudio anormal, el control de calidad de cada uno de los procesos, la acreditación del personal y el monitoreo que evalúe todo el proceso.

Los objetivos y estrategias del actual programa para la prevención y control del cáncer mamario se enfocan al desarrollo de la infraestructura, formación y capacitación continua del personal, la elaboración de protocolos homogéneos para el diagnóstico y tratamiento, así como a la consolidación del sistema de información y evaluación.

En el programa ha habido avances importantes en cuanto a refuerzo del equipamiento, la capacitación del personal y el apoyo a la atención de la población económicamente más desprotegida. En las instituciones públicas, el número de mastógrafos disponibles pasó de 120 en 2001 a 413 en 2006. Desde 2004 se otorgaron tratamientos quimioterápicos de primera línea a las mujeres sin seguridad social con 15 tipos de medicamentos oncológicos de forma gratuita. Esta política se consolidó con la iniciativa presidencial por la cual las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, a partir del 1° de enero de 2007, deben recibir el tratamiento integral de manera gratuita, con financiamiento del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (SSA, 2008b).

IV.2.7 VIH/SIDA

En términos de la atención integral de las personas que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), a finales de 2003 se alcanzó la cobertura universal de tratamiento antirretroviral, al cubrir al total de población no derechohabiente. Otras acciones que se realizan para propiciar la atención integral de este padecimiento es el incremento de los Centros de Información, los Centros de Detección y Consejería, así como de los Servicios Especializados para la Atención de PVVIH/SIDA (Magis *et al.*, 2008).

Asimismo, se trabaja en la actualización permanente de normas y guías que regulan la atención, así como en la capacitación permanente del personal de salud en la materia. Actualmente, en México existen normas de observancia obligatoria en todas las unidades de atención médica del país, tales como la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana; la de Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual; y para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con fines Terapéuticos. También se cuenta con una serie de guías técnicas para la atención médica de las personas con VIH/SIDA en consulta externa y hospitales; para la atención domiciliaria, psicológica, de enfermería; y para el manejo de la mujer embarazada infectada (Magis *et al.*, 2008).

Con respecto a la calidad y oportunidad de la información epidemiológica del VIH/SIDA, la SSA ha mantenido diversas acciones enfocadas a robustecer el Registro Nacional de Casos de SIDA, entre las que destacan: fortalecer la comunicación con las instancias ejecutivas de las demás instituciones de salud, difundir ampliamente la normatividad en la materia, confrontar las bases de datos del Registro Nacional con los registros de instituciones notificantes para validar la información, así como realizar la búsqueda

intensiva de casos de SIDA no registrados. Análisis epidemiológicos muestran que debe pasar un periodo de cinco años para que la captación de los casos de SIDA de un año determinado se complete. Es importante señalar que, aproximadamente, en uno de cada tres casos registrados se desconoce el factor de riesgo asociado.

En virtud de que el VIH/SIDA en México se encuentra concentrado en grupos específicos, se han realizado intervenciones educativas dirigidas expresamente a hombres que tienen sexo con hombres, usuarios de drogas intravenosas, trabajadoras y trabajadores sexuales, así como a población migrante, entre otros. Estos modelos de prevención han sido replicados en diferentes entidades federativas del país.

Con el objetivo de incrementar y elevar la calidad de las intervenciones educativas en los grupos con prácticas de riesgo frente al VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual (ITS), se han desarrollado los proyectos Fuerza de Tarea para la Prevención del VIH/SIDA en Hombres que tienen sexo con otros Hombres y Fuerza de Tarea para la Prevención del VIH/SIDA e ITS en Trabajo Sexual, promovidos por el programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Estos proyectos apoyan las acciones de las Fuerzas de Trabajo en los niveles estatal y local, con la participación activa del Gobierno Federal, los programas estatales en VIH/SIDA, las agencias internacionales de cooperación y las organizaciones de la sociedad civil (OSC) (Magis *et al.*, 2008).

A fin de incrementar el uso del condón se distribuyen anualmente preservativos en población general y en grupos con prácticas de riesgo y mayor vulnerabilidad ante el VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual, focalizándose cada vez más en los grupos afectados por la epidemia.

Con respecto a la prevención perinatal y sanguínea, en México son riesgos controlados gracias a las políticas de tratamiento antirretroviral gratuito para prevenir este tipo de transmisión, así como del control de sangre y hemoderivados, establecidas entre 1997-1998.

Para mitigar el daño causado por el estigma y la discriminación para las personas que padecen el VIH/SIDA, se han realizado acciones en protección de derechos humanos, campañas de comunicación en medios masivos y la medición de sus niveles en la sociedad mexicana. Dentro de las acciones para proteger los derechos de las personas con VIH/SIDA destaca la realización y difusión en 1992 de la Cartilla de Derechos Humanos de Personas que Viven con VIH/SIDA, la cual incluía 14 derechos. Dicho documento fue iniciativa del CONASIDA y las OSC, en coordinación con la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH). En 2002, la CNDH emitió otra cartilla que aumentó a 16 el número de derechos. La versión actual contiene 18 (Magis *et al.*, 2008).

La modificación al Artículo 1° de la Constitución permitió la expedición de la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (2003), que constituye un instrumento jurídico valioso para prevenir y eliminar todas las formas de discriminación que se ejerzan contra cualquier persona, así como para promover la igualdad de oportunidades y de trato. Incluye procedimientos que facultan a cualquier persona para denunciar conductas discriminatorias y presentar reclamaciones o quejas con respecto a las mismas.

La producción y difusión de campañas de comunicación masiva con un enfoque de disminución del estigma y discriminación asociados al VIH/SIDA en México iniciaron formalmente en 1999 con la campaña *Lazo Rojo*, que puso de manifiesto la existencia de dicho estigma y la discriminación como factores que dificultan los esfuerzos de prevención y atención, y señaló que el contacto casual y cotidiano no es un factor de riesgo para la transmisión de este padecimiento (Magis *et al.*, 2008).

En 2005 se emprendió la campaña radiofónica contra la homofobia, bajo el lema de *La homosexualidad no es una enfermedad, la homofobia sí*, en las ciudades más afectadas por la epidemia. Esta estrategia radiofónica fue apoyada por el CONASIDA y el CONAPRED, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y ONUSIDA.

Desde la aparición del VIH/SIDA se ha producido una evolución conceptual en la forma de caracterizar la epidemia. Así, a partir de una primera idea de 'grupos de riesgo' se pasó a la de 'prácticas de riesgo', luego a la de 'situaciones y contextos de riesgo' y, finalmente, a la de 'vulnerabilidad'.⁹ Este desarrollo conceptual respondió tanto a los resultados de los estudios epidemiológicos, como a un cambio de paradigma en donde el acento se fue colocando en los factores estructurales (socioculturales, económicos y políticos), superando las posturas moralistas y las concepciones individualistas sobre los complejos procesos de toma de decisiones.

A nivel internacional, México ha sido elegido en diversas ocasiones por los países de la región latinoamericana para ser coordinador en las instancias de trabajo en la materia, lo cual lo ha posicionado como líder interlocutor de la región. Cabe destacar la distinción recibida para que México coordinara el Grupo Latinoamericano de Jefes de Programas Nacionales de SIDA (Cooperación Técnica Horizontal (GCTH)); su papel como miembro de la Junta Directiva del ONUSIDA; y su participación como representante de América Latina y el Caribe ante el Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo.

Entre los eventos realizados en México destacan la XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA y la Primera Reunión de Ministros de Salud y Educación para Detener el VIH y las ITS en Latinoamérica y el Caribe, ambos realizados en 2008. Como resultado principal de este encuentro, 30 ministerios de salud y 26 ministerios de educación de Latinoamérica y el Caribe aprobaron por aclamación la Declaración Ministerial *Prevenir con Educación*, cuyo propósito es

establecer compromisos sobre prevención del VIH e ITS entre niños, adolescentes y jóvenes a través de una educación integral de la sexualidad y promoción de la salud sexual, la armonización de mensajes de prevención en los ámbitos gubernamentales educativos y de atención en salud, y la creación de espacios formales de planeación entre los ministerios de salud y educación.

IV.3 RETOS DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

IV.3.1 PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ANTICONCEPCIÓN

Un reto importante que deben enfrentar las instituciones del sector público es mantener la planificación familiar y anticoncepción como la estrategia más efectiva para disminuir la mortalidad y morbilidad materna y perinatal, así como potencializar sus recursos para favorecer la transmisión de información adecuada a los diferentes sectores de la población, principalmente hacia aquellos grupos que viven en situación de pobreza extrema y localidades marginadas. Se requiere principalmente focalizar las acciones hacia la erradicación de mitos e información errónea y mostrar la necesidad de un cambio favorable de conductas sobre la sexualidad y la reproducción.

En poblaciones de áreas rurales e indígenas es prioritario hacer hincapié en la importancia de proporcionar toda la información, consejería y tiempo necesarios para que, antes de adoptar un método anticonceptivo, particularmente definitivo, se tenga la certeza de que la decisión de la mujer y/o hombre fue libre e informada y con absoluto respeto a los derechos de los mismos. Algunas investigaciones de la sociedad civil han reportado que sólo 14% de las mujeres que residen en localidades rurales están en posibilidad de tomar decisiones autónomas sobre el uso de anticonceptivos, motivo por lo cual es necesario reforzar la existencia de traductores o enlaces

⁹ Recientemente se cambió la noción de "grupos vulnerables" a "grupos clave", en la medida en que los grupos que concentran la epidemia se han organizado de tal forma que se han convertido en actores predominantes en la construcción de la respuesta a la epidemia. Actualmente, en el país, este cambio de conceptos y paradigmas está en proceso de discusión.

Fuente: <http://www.unaids.org/es/PolicyAndPractice/KeyPopulations/default.asp>.

comunitarios bilingües, así como diseñar materiales acordes a las necesidades de dichas poblaciones, fortalecer acciones que incrementen la autonomía femenina y favorecer el apoyo de los varones en las decisiones reproductivas de las mujeres.

En materia de aseguramiento de insumos de anticonceptivos, es importante señalar que hasta 1995 México había contado con el apoyo de donaciones internacionales, lo cual contribuyó al éxito del programa en años anteriores. A partir de esta fecha, las instituciones se vieron obligadas a adquirirlos, lo que ocasionó un desabasto y restricción en la gama de métodos, implicando generar un presupuesto mayor, específico para este rubro. Asimismo, surgieron algunas limitaciones de tipo gerencial, problemas de planeación y de distribución que han mermado la oferta de una amplia gama de métodos en los servicios estatales de salud.

Por lo tanto, un reto importante será definir las responsabilidades de todos los involucrados en la cadena de abasto para garantizar el suministro requerido en las entidades federativas del país. Para lograrlo será necesario una planeación efectiva de las necesidades de anticonceptivos, así como un estricto seguimiento de las existencias y consumos en todas las unidades médicas donde se otorguen servicios de planificación familiar y anticoncepción.

El desempeño de los proveedores de servicio no sólo responde a la necesidad de dar respuesta a las competencias técnicas requeridas, sino también a garantizar el cumplimiento de la normatividad vigente. Su conocimiento y destrezas técnicas garantizan la protección y seguridad de los usuarios al detectar contraindicaciones y al realizar procedimientos clínicos, mientras que sus habilidades en comunicación interpersonal ayudan a las usuarias y usuarios a realizar elecciones informadas. Sin embargo, los esfuerzos para mejorar la calidad de atención ofrecida a las usuarias y usuarios de los servicios de planificación familiar deben ir más allá del proveedor, con el fin de mejorar la calidad de la atención de los mismos.

IV.3.2 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES

Muchos han sido los esfuerzos para dirigir los servicios de salud sexual y reproductiva hacia los adolescentes y jóvenes en el país. No obstante, aún no se han cubierto sus necesidades. La dirección de los programas ha privilegiado como población objetivo a mujeres unidas, marginando la atención de mujeres y hombres solteros. Por esta razón, un reto importante en este ámbito es reformular la conceptualización y organización de los servicios, acorde a las necesidades de este grupo de edad.

La atención a la salud sexual y reproductiva de adolescentes implica dirigir mayores esfuerzos y recursos para poner en marcha un plan de acción que logre congruencia entre sus necesidades de salud y la calidad de los servicios médicos. La SSA, como cabeza de sector, ha buscado direccionar los esfuerzos para continuar impulsando y fortaleciendo un cambio en la cultura de las instituciones de salud, con el propósito de que los jóvenes sean los protagonistas en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. Se promueve la igualdad de género, la convivencia pacífica, el acceso a métodos anticonceptivos, que impacten en la disminución de embarazos no planeados, la reducción de las muertes maternas en mujeres menores de 20 años y la disminución de las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA.

En términos de articulación y coordinación, el planteamiento anterior se deberá fortalecer a través de alianzas interinstitucionales y con organizaciones de la sociedad civil, para establecer estrategias de información, educación y comunicación acordes a las necesidades de salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Desde el punto de vista de la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva, se requiere desarrollar un modelo interinstitucional dirigido al adolescente, que incluya elementos esenciales en la atención para mejorar la calidad, solidificar la infraestructura e incrementar el número de servicios, a fin de lograr el acceso universal.

Se requiere fortalecer las estrategias de educación sobre sexualidad y reproducción, involucrando a los padres y madres de familia, el personal del magisterio y de salud para mejorar los niveles de transmisión del conocimiento y manejo de los aspectos básicos en esta materia y el acceso a información veraz, oportuna y adecuada. También ha existido una conducta poco accesible del personal de salud hacia los adolescentes y jóvenes. Esta problemática se pretende mitigar a partir de procesos de sensibilización que transformen las prácticas del personal de salud, reconociendo la autonomía de los jóvenes y adolescentes en la toma de decisiones y con la capacidad de generar condiciones para el auto cuidado de su salud sexual.

Finalmente, para contribuir al fortalecimiento de estas acciones es preciso avanzar en el proceso de participación social y el establecimiento de redes sociales de jóvenes, para incidir en el diseño, operación y seguimiento de los programas, así como en la gestión de estas acciones con un enfoque de corresponsabilidad ciudadana.

IV.3.3 SALUD MATERNA Y PERINATAL

IV.3.3.1 SALUD MATERNA

Una de las prioridades de la política de salud es reducir las brechas que existen en las condiciones de salud entre grupos sociales y regiones del país. Particularmente, en el caso de la muerte materna, son las mujeres pobres y de las zonas con más rezago socioeconómico las que son más susceptibles de morir durante el embarazo, parto o puerperio.

Hasta épocas recientes, los programas de salud materna privilegiaron el enfoque de riesgo relativo para prevenir muertes maternas, bajo la convicción de que era posible reducir y detectar con oportunidad los embarazos susceptibles de presentar complicaciones obstétricas mediante la atención prenatal (incluida la que brindan las parteras tradicionales ca-

pacitadas por el Sistema Nacional de Salud) y la referencia hacia servicios especializados (Obstetricia) para las embarazadas con alto riesgo.

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

Uno de los problemas que ha afectado a muchas mujeres de las áreas rurales del país es su acceso limitado a hospitales con capacidad resolutive en la atención de complicaciones obstétricas. La mortalidad materna de las mujeres rurales —grupo que concentra dos de cada tres defunciones maternas— está relacionada con la calidad de la atención hospitalaria. Las prioridades para abatir la mortalidad materna se orientan a los servicios obstétricos hospitalarios, de manera que se mejore su acceso, la oportunidad de su utilización y la calidad de la atención.

Los diversos esfuerzos desplegados para evaluar el *Programa Arranque Parejo en la Vida* durante la administración federal 2000-2006 constituyeron insumos valiosos para el fortalecimiento de su diseño y operación. Uno de los aspectos que sobresalen por su importancia estratégica es el funcionamiento de las unidades en un esquema operativo más amplio, basado en la organización de redes funcionales de servicios.

El proceso de Certificación Internacional del programa identificó como una de las principales debilidades de las redes de servicios, la autonomía de los hospitales generales respecto a los esquemas de operación y supervisión del primer nivel de atención que, en el caso de la SSA, depende de las jurisdicciones sanitarias. La independencia jerárquica en la estructura administrativa del segundo nivel de atención dificulta la integración de centros de salud y hospitales en redes de atención para garantizar la oportunidad,

continuidad, eficacia y calidad de la atención de los procesos obstétricos y neonatales que reciben las mujeres y neonatos en su tránsito por la red. Esta situación se agrava por el hecho de que los sistemas de referencia y contrarreferencia son, en general, ineficaces, lo que conlleva a que se interrumpa el seguimiento de las pacientes y que se pierda información valiosa para asegurar la continuidad de la atención.

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

Por su parte, los centros de salud, particularmente los de las áreas rurales dispersas y aquellos con servicios de hospitalización, también requieren de más herramientas para estabilizar una urgencia obstétrica. En la mayoría de los centros de salud no se cuenta con vehículos institucionales o comunitarios para garantizar el traslado ante una urgencia obstétrica; no siempre se cumple el acompañamiento por personal de salud de las mujeres que son referidas a los hospitales con una emergencia; muchos no cuentan con sistema de radiocomunicación o no funcionan adecuadamente; y no disponen de personal de salud las 24 horas del día.

La diversidad y características de la población, aunado a los determinantes socioeconómicos, ambientales y culturales en México, hacen que la problemática de la mortalidad materna sea compleja, motivo por el cual es necesario también fortalecer el trabajo intersectorial. Dado el carácter bio-psico-social del proceso salud/enfermedad, la mayoría de los sectores sociales tendrían algo que aportar para

disminuir la mortalidad materna, para lo cual la SSA deberá fortalecer acciones de abogacía a fin de lograr la voluntad política en sectores especialmente importantes como Educación, Desarrollo Social, Comunicaciones y Transportes y la Sociedad Civil.

IV.3.3.2 SALUD PERINATAL

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

A pesar de ello, se han realizado esfuerzos por difundir estadísticas perinatales cercanas a la realidad. La Dirección General de Información de la SSA ofrece, a través de los denominados cubos dinámicos, la posibilidad de acceder a información estadística perinatal en diferentes niveles de interés institucional y del Sistema Nacional de Salud. Es importante enfatizar que existe todavía un grave problema de subregistro de las muertes en este grupo de edad debido a que el registro de los nacidos muertos y las defunciones infantiles tempranas es muy bajo. Corregir esta situación representa un reto importante para los sistemas de información en salud del país y un desafío para la formulación de la política pública en el tema.

El Sistema de Información en Salud Perinatal necesita revolucionarse, la información debe ser conocida a la par de los sucesos de morbilidad y mortalidad en el tiempo, lugar y persona de manera oportuna y veraz. La propuesta de contar con el Certificado de Nacimiento es un adelanto que deberá ser impulsado

por todos los órdenes de salud y estadística en el país. Este sistema representa entonces uno de los principales retos a afrontar y que coadyuvará a la puesta en escena de una atención perinatal acorde con los tiempos actuales de la salud pública en México.

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

La práctica adecuada de la lactancia materna ha demostrado con evidencia científica que es una estrategia que mejora las condiciones de salud y nutrición de los niños, además del impacto favorable que tiene en la disminución de la obesidad infantil. Por lo anterior, se identifican como retos importantes lograr la lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida y combinada con otros alimentos hasta avanzado el segundo año de vida; informar de forma clara y honesta a toda la población sobre las ventajas de esta práctica y los riesgos de otro tipo de alimentación; y asegurar que todos los sectores de la población trabajen unidos en el fomento y práctica de la lactancia materna.

Se estima que en México cerca de medio millón de recién nacidos por año están en riesgo de presentar algún defecto al nacimiento o padecer alguna de sus secuelas; por cada niño que muere debido a un defecto al nacimiento o una enfermedad genética durante el primer año de vida, cinco sobreviven y éstos se convierten en individuos que generalmente padecen algún tipo de discapacidad durante toda su vida.

Por ello, el reto de fortalecer las estrategias de prevención de la discapacidad por defectos al nacimiento se convierte en una de las prioridades del presente programa de acción. Se requiere también fortalecer los esfuerzos de suplementación y fortificación con micronutrientes, especialmente del ácido fólico, la ampliación del tamiz neonatal y la calidad de la atención prenatal, del parto y del recién nacido como estrategias básicas en la prevención de las discapacidades.

IV.3.4 CÁNCER DE MAMA

El cáncer de mama en el país tendrá un crecimiento sostenido, favorecido por la transición epidemiológica y el incremento de los factores de riesgo. Los principales retos que se enfrentan en este ámbito requieren de la elaboración de campañas de comunicación educativa para informar y sensibilizar a la población, especialmente la femenina, sobre la importancia de demandar la detección y tener hábitos saludables. También se debe impulsar la formación y capacitación continua de personal para la detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama (técnicos radiólogos, médicos radiólogos, oncólogos médicos y quirúrgicos, radioterapeutas, enfermeras especializadas en oncología).

Asimismo, será preciso garantizar el funcionamiento del equipo existente en las unidades, así como instrumentar estrategias que modifiquen el modelo de detección, incrementen la demanda de la mastografía y el uso eficiente de los recursos de personal, a fin de reforzar la capacidad resolutoria de los centros oncológicos que están en operación.

A fin de lograr lo anterior, es condición necesaria establecer un modelo de detección y atención del cáncer de mama, con la organización de servicios, personal y recursos financieros exclusivos para estas acciones. Actualmente, se trabaja en un proyecto para implementar clínicas de mama —o UNEMEDACMA, que significa Unidad de Especialidad Médica para la Detección y Atención del Cáncer de Mama. Estos servicios deben tomar en cuenta las recomendaciones internacionales sobre la garantía de calidad en cada uno de los procesos, así como las estrategias que lo faciliten, entre ellas la acreditación de servicios y de personal, así como la formación y capacitación continua del personal de salud involucrado.

En el mismo sentido, deben elaborarse guías y protocolos para el manejo homogéneo de las pacientes en las diferentes instituciones. Finalmente, se requiere consolidar un sistema de vigilancia epidemiológica, monitoreo y evaluación de los procesos del programa.

IV.3.5 CÁNCER CÉRVICO-UTERINO

No obstante la tendencia decreciente de este padecimiento, el cáncer cérvico-uterino continúa siendo un problema prioritario de atención y esfuerzos coordinados por las instituciones de salud. Entre los principales retos para tener impactos oportunos se requiere integrar acciones de promoción y educación en salud dirigidas especialmente a la población femenina para modificar los determinantes del cáncer cérvico-uterino. Es preciso ampliar los mecanismos de la demanda de la detección y la cobertura en las zonas marginadas con menor Índice de Desarrollo Humano en el país, así como facilitar el acceso y la asiduidad de la atención preventiva.

En materia de infraestructura es necesario mejorar el equipamiento de los laboratorios de citología e incrementar el número de clínicas de colposcopia y centros oncológicos.

El conocimiento de que el virus del papiloma humano (VPH) es la causa necesaria, aunque no suficiente, del cáncer cérvico-uterino, originó el desarrollo de pruebas que pudieran detectarlo. Actualmente existe una prueba que identifica la infección por el VPH para detectar tipos de alto riesgo. La prueba de *Papanicolaou* convencional tiene una sensibilidad que varía de 30 a 87% y una especificidad que varía de 86 a 100%. Al agregar la prueba del VPH a la citología convencional, la sensibilidad aumenta de 99 a 100%.

Con la implementación de la vacuna contra el VPH se podría tener un impacto positivo en la prevención primaria de mujeres con mayores probabilidades de padecer cáncer cérvico-uterino en el largo plazo.

Estudios de investigación efectuados en México han mostrado una amplia aceptación de la auto-toma en áreas marginadas, por lo que la introducción de esta prueba además de mejorar la calidad del tamizaje, mejorará también la accesibilidad, facilitando la ampliación de la cobertura. Al incorporar esta prueba al tamizaje y evaluar sus resultados, deberá modificarse progresivamente el marco normativo para adecuarlo a esta actividad.

Es indispensable un proceso de capacitación, actualización y acreditación continua del personal de salud. En el mismo sentido, deben elaborarse guías y protocolos para el manejo homogéneo de las pacientes en las diferentes instituciones. En materia de calidad de la atención, deberá fortalecerse la sensibilización del personal involucrado en la atención integral de las pacientes, a fin de obtener modificaciones en su actitud que redunden en un trato digno, cálido y en una atención de mayor calidad.

Las acciones contempladas necesitan consolidar un sistema de vigilancia epidemiológica, monitoreo y evaluación de los procesos del programa. El Sistema de Información de Cáncer de la Mujer exige un esfuerzo para establecer un sistema único de información confiable para la rendición de cuentas, lo cual facilitará la toma de decisiones y la corrección de rumbos en los ámbitos municipal, estatal y federal.

IV.3.6 VIH/SIDA

Un elemento central es contener la epidemia, manteniendo o reduciendo las prevalencias de VIH observadas en los grupos más afectados por la misma, con énfasis en los grupos de población puente, que son aquellos que pueden diseminar el VIH entre la población general. Para ello, se requiere continuar reforzando las estrategias preventivas dirigidas a los grupos identificados como de alto riesgo: hombres que tienen sexo con hombres, las y los trabajadores del sexo, usuarios de drogas intravenosas y las poblaciones móviles.

Asimismo, en virtud de que la atención de este padecimiento absorbe gran parte del presupuesto, es prioritario un mayor esfuerzo dirigido a la prevención del VIH/SIDA en el país. Por esta razón, bajo la modalidad de los convenios entre el nivel federal y estatal, los estados se comprometieron a incrementar el presupuesto en las medidas preventivas de este padecimiento.

En materia de atención integral de personas viviendo con VIH/SIDA es indispensable mantener la cobertura universal de tratamiento antirretroviral, fomentar el apego al tratamiento de antiretrovirales, así como mejorar la calidad de la atención para las personas afectadas en un marco de respeto a la diversidad.

Respecto a los sistemas de información, subsisten problemas al momento de ser construidos los datos y ello repercute en la elaboración y la calidad de la información disponible. Así, se reconoce que hay ciertas cualidades específicas del VIH/SIDA que pueden presentar un elevado grado de incertidumbre, como el momento y la vía de contagio, dado que el periodo de incubación es de alrededor de diez años.

Otro problema importante es la estimación del tamaño de las poblaciones vulnerables, ya que es factible que sufran modificaciones cuantitativas en el tiempo y que éstas puedan no ser captadas con la precisión deseables. También se generan inconvenientes que emanan del subregistro y el retraso en la notificación de los casos de SIDA y de VIH, ausencias que se intentan mitigar mediante el cálculo de estimaciones.

Es de esperarse que en el futuro próximo se disponga de alternativas de prevención¹⁰ que en la actualidad no existen. En estudios de eficacia también están en investigación tratamientos que pueden ofrecer una profilaxia de la infección y, por último, el desarrollo todavía lento de las vacunas. Todos ellos podrán proporcionar herramientas en el futuro, adicionales a las disponibles en la actualidad. Las personas podrán optar por más opciones de las disponibles a la fecha, pero sin ninguna duda se alcanzarán cuotas de prevención más altas; mientras tanto, se espera que el desarrollo de los antirretrovirales convierta a esta enfermedad en un padecimiento crónico más fácilmente manejable.

¹⁰ Por ejemplo, hay diferentes virucidas, esto es, sustancias que aplicadas localmente en la vagina previenen la infección inactivando al virus presente en las secreciones.

