

ESTRATEGIA 2

Asegurar las condiciones sociales e institucionales favorables al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos

El *Programa Nacional de Población 2008-2012* (PNP) establece en su Objetivo 2 "Favorecer el ejercicio libre, responsable e informado de los derechos de las personas en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción" y concibe a la salud reproductiva como un componente básico del proyecto de desarrollo que tiene como premisa el respeto y la promoción de los derechos humanos en lo concerniente a la vida sexual y reproductiva de la población.

Sin embargo, el instrumento rector de la política de población actual también reconoce la existencia de obstáculos en el ejercicio diario de estos derechos, barreras que se asocian con la pertenencia étnica, la pobreza y un amplio conjunto de desigualdades sociales cortadas transversalmente por las inequidades de género.

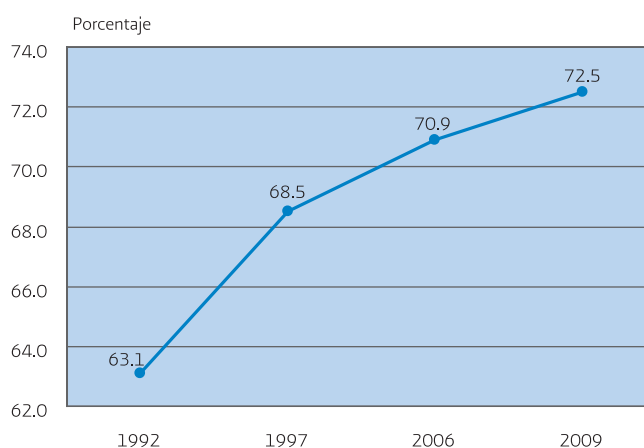
El presente apartado muestra algunas de las acciones más relevantes que las instituciones involucradas en la atención de la salud reproductiva de la población emprendieron entre 2008 y 2009 para mejorar cada una de las dimensiones que la componen y, en última instancia, garantizar la concreción de los derechos reproductivos de los individuos.

Las fuentes de información disponibles indican la existencia de avances en la materia que se reflejan en indicadores críticos de la salud reproductiva y la planificación familiar, pero también señalan las áreas de oportunidad en las que se debe seguir trabajando, a fin de lograr las metas establecidas en diversos documentos programáticos, entre ellos, el PNP.¹ De hecho, en la medida en que se concretan avances en indicadores tales como la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos o la demanda insatisfecha de los mismos, el trabajo pendiente se torna más complejo, pues atañe a poblaciones rezagadas que presentan resistencias de diversa índole a la

intervención pública y que exigen atención focalizada y tratamientos de largo aliento, es decir, factores que ralentizan la velocidad del cambio en los años venideros.

Así, el uso de métodos anticonceptivos en el país se ha extendido notablemente. Mientras que en 1976 apenas tres de cada diez mujeres unidas en edad fértil hacían uso de algún tipo de tecnología anticonceptiva (30.6%), en 1992 poco más de seis de cada diez mujeres y sus parejas recurrían a algún método de planificación familiar (63.1%). En años posteriores el ascenso fue más lento, aunque constante. De este modo, en 2009, poco más de siete de cada diez mujeres unidas en edad fértil usan métodos anticonceptivos (72.5%). El nivel de demanda insatisfecha, por su parte, ha descendido más de 60% entre 1987 y 2009: mientras que hace poco más de 20 años, cuatro de cada diez mujeres en edad fértil unidas veían limitado su derecho a regular la fecundidad, en la actualidad esta situación se presenta en una de cada diez (véanse gráficas 1 y 2).

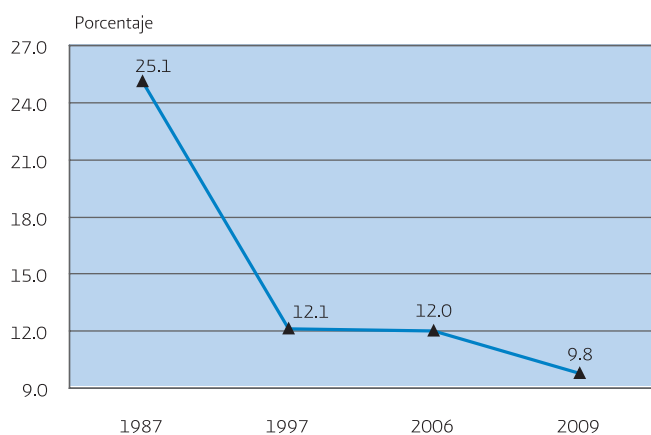
GRÁFICA 1.
PREVALENCIA DE USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES UNIDAS EN EDAD FÉRTIL, 1992-2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica* 1992, 1997, 2006 y 2009.

¹ Ver nota técnica al final del capítulo.

GRÁFICA 2.
NECESIDAD INSATISFECHA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, 1987-2009



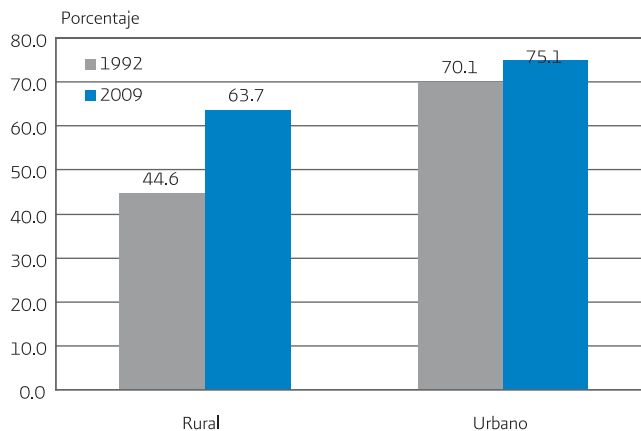
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la *Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud 1987* y *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1997, 2006 y 2009*.

La mejora en los niveles de estos indicadores también es visible entre los grupos tradicionalmente rezagados, como la población rural y los hablantes de lengua indígena, quienes han logrado acortar la distancia en el desempeño de estos indicadores, con respecto a sus contrapartes urbanas, no indígenas (véanse gráficas 3 a 6).

Uno de los grupos sobre los que el PNP llama la atención son los adolescentes y los jóvenes,² quienes acusan desempeños deficientes en materia de salud reproductiva, debido, en buena medida, a las barreras que aún existen en las instituciones públicas, para su atención. De este modo, la prevalencia anticonceptiva total es 62% mayor que la observada entre las adolescentes, mientras que la demanda insatisfecha de éstas es 150% mayor que la demanda observada entre todas las mujeres en edad fértil unidas. Entre las mujeres jóvenes, tales proporciones son de 15 y

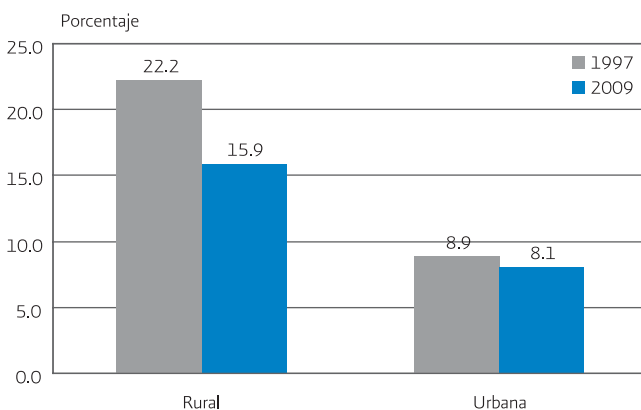
² Definidos como las personas de 15 a 19 y 20 a 24 años, respectivamente.

GRÁFICA 3.
PREVALENCIA DEL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES UNIDAS EN EDAD FÉRTIL, POR TAMAÑO DE LOCALIDAD DE RESIDENCIA, 1992 Y 2009



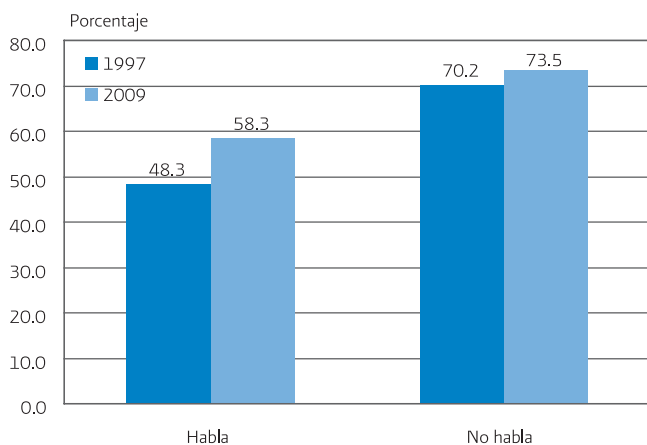
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1992 y 2009*.

GRÁFICA 4.
NECESIDAD INSATISFECHA DE ANTICONCEPCIÓN POR TAMAÑO DE LOCALIDAD DE RESIDENCIA, 1997 Y 2009



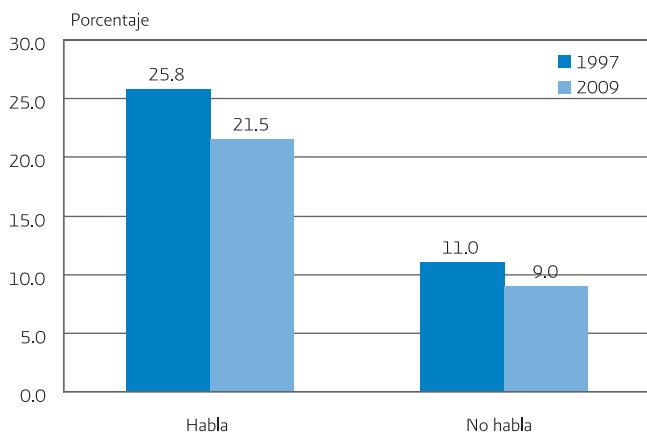
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1997 y 2009*.

GRÁFICA 5.
PREVALENCIA DEL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES UNIDAS EN EDAD FÉRTIL, POR HABLA DE LENGUA INDÍGENA, 1992 Y 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1992 y 2009*.

GRÁFICA 6.
NECESIDAD INSATISFECHA DE ANTICONCEPCIÓN POR HABLA DE LENGUA INDÍGENA, 1997 Y 2009

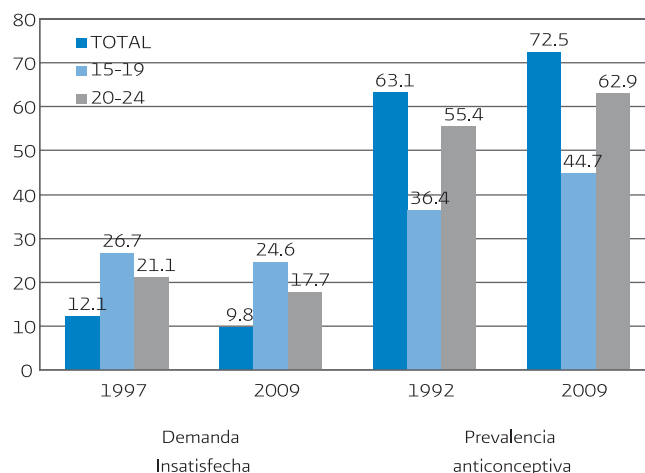


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1992 y 2009*.

80%, respectivamente. Preocupa, además, la poca variabilidad de los indicadores en el tiempo entre estos grupos de población, pues en 20 años las adolescentes aumentaron

su prevalencia apenas ocho puntos porcentuales, mientras que en 12 años su demanda insatisfecha prácticamente no cambió (véase gráfica 7).

GRÁFICA 7.
PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA Y DEMANDA INSATISFECHA ENTRE MUJERES ADOLESCENTES Y JÓVENES UNIDAS, 1992-2009



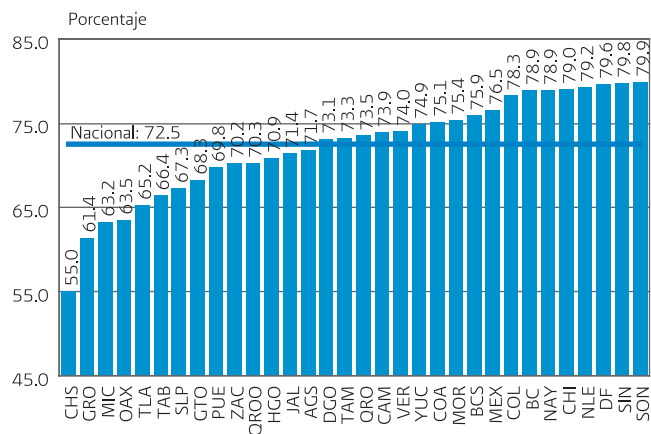
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en *Enadid 1992, 1997 y 2009*.

El comportamiento descrito tiene un impacto directo sobre los niveles de fecundidad de la población. En México, la mayoría de los nacimientos ocurren aún entre mujeres de 20 a 24 años, con un reciente y aún incipiente desplazamiento hacia el grupo entre 25 y 29 años, lo que habla de una tendencia a la postergación de la procreación. En este contexto, el nivel reciente de la fecundidad adolescente inquieta pues, si bien ha descendido a lo largo del tiempo, su nivel actual (69.5 nacimientos ocurridos entre adolescentes por cada mil mujeres entre 15 y 19 años en 2007),³ aún dista mucho de la meta que se planteó para el 2012 en el PNP (58 por cada mil).

³ La tasa de fecundidad adolescente pasó de 81.4 nacimientos ocurridos entre mujeres de 15 a 19 años por cada mil en 1990 a 78.0 en 1995 y a 69.5 en 2007.

GRÁFICA 8.

PREVALENCIA DE USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES UNIDAS EN EDAD FÉRTIL, POR ENTIDAD FEDERATIVA, 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009*.

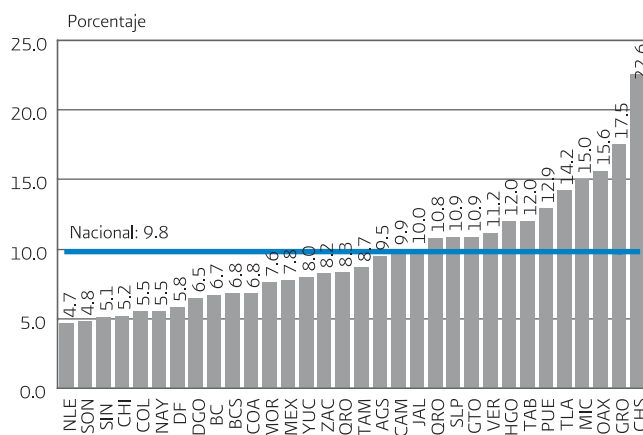
Finalmente, es importante mencionar que si bien los niveles para el total nacional de los indicadores han mejorado, el progreso observado en las entidades federativas es irregular y se relaciona estrechamente con el nivel de desarrollo de las mismas (véanse gráficas 8 y 9).

En los apartados siguientes se reseñan las acciones más relevantes realizadas por las instituciones públicas entre 2008 y 2009 en los diferentes ámbitos que conciernen a la salud reproductiva. Las actividades están organizadas de acuerdo a las líneas de acción que contempla esta línea estratégica.⁴

⁴ No se mencionan las líneas de acción que no reportaron actividad por parte de ninguna institución.

GRÁFICA 9.

NECESIDAD INSATISFECHA DE ANTICONCEPCIÓN, POR ENTIDAD FEDERATIVA, 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009*.

LÍNEA DE ACCIÓN 2.1

PROMOVER EL CONOCIMIENTO Y EL PLENO EJERCICIO DE LOS DERECHOS VINCULADOS CON LA SEXUALIDAD Y LA REPRODUCCIÓN.

Las estrategias instrumentadas en esta línea de acción tuvieron como finalidad difundir información en materia de sexualidad y reproducción, así como sobre autoconocimiento y cuidado de la salud, especialmente entre grupos prioritarios como adolescentes y mujeres embarazadas, entre otros.

En 2008, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) reestructuró el *Programa de Salud Reproductiva*. En este marco, se realizaron 1 794 669 entrevistas a población adolescente, varones en edad fértil, puérperas de posparto y post-aborto y a mujeres en edad fértil no embarazadas, con la finalidad de informarles sobre los beneficios del *Programa de Planificación Familiar*.

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) llevó a cabo una serie de acciones para reforzar el procedimiento de consulta prenatal con el desarrollo y reproducción del *Carnet Único de Identificación de la Atención a la Mujer Embarazada* (CUIDAME) del cual se distribuyeron 200 mil ejemplares a las unidades del Instituto. Además se distribuyeron 1 829 988 piezas de ácido fólico a mujeres en edad fértil que cursaban el primer trimestre del embarazo, en módulos PrevenISSSTE, en las tiendas SUPERISSSTE y ferias de salud. Como producto de estas acciones y, dentro del marco del *Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida*, se incrementó en 4.2% el número de consultas prenatales otorgadas en 2009 con relación a las de 2008.⁵

En este mismo sentido, la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), en el marco del *Programa de Desarrollo Humano Oportunidades*, registró en 2008 un 99% de certificación de asistencia a consultas clínicas periódicas del total de familias beneficiarias (5 049 206). Entre estas consultas, destacan las realizadas a mujeres embarazadas, las cuales incrementaron en 0.85%, pasando de 1 401 016 a 1 412 865 consultas en el periodo reportado.

El ISSSTE, por medio del *Programa de Planificación Familiar*, alineado al *Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia*, desarrolló y difundió en todas las unidades médicas del Instituto, los *Criterios de Atención en Planificación Familiar "Consejería al adolescente"*. Como resultado, se obtuvo un incremento de 3 227 nuevos usuarios adolescentes de métodos de planificación familiar entre 2008 (43 535) y 2009 (46 762). Mediante el mismo programa, el ISSSTE incrementó en 8.1% el número de nuevos usuarios varones, realizando 1 721 vasectomías y distribuyendo condones a 119 746 hombres. En cuanto a las mujeres, la proporción de nuevas usuarias de métodos hormonales disminuyó en 18.4% entre los dos años señalados y en tanto que las sal-

pingoclasias se incrementaron en 3.1% al haber realizado 11 490 en comparación con 11 150 del año previo. No obstante lo anterior, se alcanzó una cobertura de 69% entre las 1 658 327 mujeres derechohabientes en edad fértil unidas con un método anticonceptivo.

Entre 2008 y 2009, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) benefició a 87 621 madres, padres y embarazadas adolescentes con el *Programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia*. Asimismo, llevó a cabo acciones preventivas entre la población escolarizada, atendiendo a 833 825 estudiantes, mientras que las acciones preventivas con población abierta alcanzaron a un total de 260 611 adolescentes.⁶

LÍNEA DE ACCIÓN 2.3

FORTALECER LA INCLUSIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LAS ACTIVIDADES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

Como es posible apreciar en la línea de acción antes descrita, las instituciones reportan resultados específicos logrados tanto en mujeres como en hombres, lo cual sucede en el marco de una estrategia nacional para incidir en las desigualdades por género.

Así, el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) coordina, desde 2008, la *Estrategia de Autocuidado de la Salud* con perspectiva de género en el ámbito laboral, en la que participan la Secretaría de la Función Pública (SFP), la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS) y la Secretaría de Salud (SS), a través del Centro Nacional de Equidad y Salud Reproductiva (CNEGSR), el IMSS y el ISSSTE.

Por su parte, la SS, en el marco del *Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género*, realizó diversas acciones de tamizaje para detectar a mujeres en

⁵ El promedio de consultas prenatales por embarazada se mantuvo en tres consultas en 2008 y 2009.

⁶ El presupuesto ejercido en estas acciones ascendió a 2 687 887.50 pesos en los dos años considerados (1 791 925.00 pesos y 895 962.50 pesos, respectivamente).

situaciones de violencia. Durante 2008 se aplicó la herramienta a 496 839 mujeres, entre las cuales se detectó que 158 368 experimentaban violencia, según reportó la prueba. En dicho año, se dio atención a 66 976 mujeres en 231 Servicios Especializados de la república. Para 2009, se aplicó la herramienta de detección a 875 250 mujeres, resultando positivas 197 874, y se brindó atención a 92 602 mujeres que vivieron violencia, en 273 Servicios Especializados.

Como parte de los compromisos adquiridos ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), la SS llevó a cabo la actualización de la NOM-190-SS1-1999 sobre la *Prestación de servicios de salud y los Criterios para la atención médica de la Violencia Familiar*. Este proceso concluyó el 16 de abril de 2009, fecha en la que se publicó en el *Diario Oficial de la Federación*.

Por otra parte, cabe destacar que el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva ha implementado el Programa de Acción Específico de Igualdad de Género en Salud con acciones al interior de la Secretaría de Salud, para que el principio de igualdad se aplique entre las mujeres y hombres que laboran en ésta. Asimismo, desarrolla acciones en el marco del Programa de Cultura Institucional con Perspectiva de Género, que coordinan la Secretaría de la Función Pública y el INMUJERES. En el bienio 2008-2009 se formaron 362 capacitadoras/es en el tema de Perspectiva de Género e Interculturalidad en Salud en el Marco de los Derechos Humanos; 268 mujeres y 94 hombres de 12 estados de la República Mexicana. Se han realizado talleres de Sensibilización para Transversalizar la Perspectiva de Género en los Programas Prioritarios de Salud con representantes federales de los siguientes programas de salud: *Prevención y Control del VIH/SIDA, Prevención y Atención a la Violencia Intrafamiliar, Planificación Familiar, Salud Materna y Perinatal, Cáncer de Mama y Cáncer Cérvico-*

Uterino, Arranque Parejo en la Vida, Programa de Seguridad Vial, Salud de la Adolescencia, Programas de Acción de Diabetes Mellitus, Enfermedades Cardiovasculares, Obesidad, Prevención y Tratamiento de las Adicciones.

También se realizaron talleres de sensibilización y capacitación para el personal del CNEGSR, se brindó actualización en la temática de Género y Salud a través del Curso de Verano, en colaboración con el INSP, a 43 profesionales de la salud; 32 mujeres y 11 hombres de las 32 entidades federativas. Y se realizó una Reunión Nacional de Capacitación y Planeación con las/os Responsables Estatales del Programa Igualdad de Género en Salud con 28 entidades federativas, con una asistencia de 28 profesionales de la Salud; 22 mujeres y 6 hombres.

LÍNEA DE ACCIÓN 2.4

APOYAR LAS ACCIONES ORIENTADAS A AMPLIAR EL ACCESO Y MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

Dentro de las acciones marcadas en el *Programa de Planificación Familiar*, el IMSS vio incrementada la cobertura de anticoncepción post-evento obstétrico entre 2008 y 2009, pasando de 79.0 a 80.3% de cobertura en los egresos de parto, cesárea y complicaciones de aborto. Asimismo, se amplió la cobertura en usuarias activas de métodos anticonceptivos modernos, pasando de 81.6 a 81.8% de mujeres unidas en edad fértil. Estos resultados son el producto de la realización de cerca de 1.9 millones de entrevistas para informar a las mujeres sobre los beneficios de la anticoncepción y, en particular, de utilizar métodos de mayor continuidad y menores efectos indeseables, como son los dispositivos intrauterinos (DIU) y los métodos definitivos. Vale la pena mencionar que la proporción de hombres usuarios que recurrieron a la vasectomía se elevó de 21.5% en 2008 a 22.0% en 2009.

LÍNEA DE ACCIÓN 2.5

FORTALECER LOS MECANISMOS DE APOYO Y LA COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL QUE CONTRIBUYA A AMPLIAR EL ACCESO Y MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

Dentro del marco del *Programa Arranque Parejo en la Vida*, el 28 de mayo de 2009, la SS celebró el Convenio General de Colaboración para la Atención de Emergencias Obstétricas entre la SS, el IMSS y el ISSSTE. Se estima que con las acciones estipuladas en dicho convenio se evitaron alrededor de 12 probables defunciones maternas en 2009.⁷

Por otra parte, con el propósito de extender la cobertura de servicios de salud a áreas remotas de menor Índice de Desarrollo Humano, durante 2008 y 2009 fueron certificadas 539 parteras tradicionales y se capacitó a 2 694 profesionales en emergencias obstétricas de todo el país.

Desde el año 2008, el INMUJERES se unió al Grupo Multidisciplinario para la Reducción de la Muerte Materna, junto con el CNEGSR, la Comisión Nacional de la Protección Social en Salud (Seguro Popular), la SEDESOL y el IMSS-*Oportunidades*, coordinado desde la Secretaría Técnica del Gabinete Social de la Presidencia de la República. A partir de los trabajos de este grupo, se construyó la *Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna*.

Por otra parte, el Grupo de Trabajo de Naciones Unidas sobre Mortalidad Materna, instituciones académicas, OSC, la SS y el INMUJERES, comenzaron en 2009 los trabajos para la creación del Observatorio de Mortalidad Materna.

⁷ En 2008 el número de muertes maternas fue de 1 119, con una razón de mortalidad materna (RMM) de 57.2 por cada cien mil nacidos vivos, lo que representa 1.4 puntos mayor a la reportada en 2007. Desafortunadamente, para 2009 se registró un incremento en el total de defunciones (1 258) y en la RMM (64.8). El análisis realizado hasta el momento indica que 217 fallecimientos fueron causados por una enfermedad respiratoria aguda tipo influenza durante el periodo de pandemia de la influenza A (H1N1) en el país. Datos preliminares de 2009 indican que la proporción de muertes por esta enfermedad fue de 17.2%.

Durante 2009, el INMUJERES, conjuntamente con el CNEGSR, el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, la Comisión Nacional para el Desarrollo de Pueblos Indígenas (CDI) y el Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (INALI), sumaron esfuerzos para fortalecer el trabajo coordinado e impulsar el proyecto *Las Vocales del Programa Oportunidades: madrinas comunitarias para la disminución de la mortalidad materna*.

LÍNEA DE ACCIÓN 2.6

CONTRIBUIR A LA DISMINUCIÓN DEL EMBARAZO NO PLANEADO EN ADOLESCENTES Y A LA PREVENCIÓN DE ITS Y VIH/SIDA.

En el IMSS, como parte de la *Estrategia Educativa JUVENIMSS*, en el año 2008, comenzaron a funcionar 96 Centros JUVENIMSS en Unidades de Medicina Familiar de cinco y más consultorios, incrementándose a 225 en 2009. Entre 2008 y 2009 se realizaron 1 930 cursos (543 y 1 387, respectivamente), graduándose 56 561 promotores adolescentes (13 158 y 43 403, en ese orden). Uno de los temas fundamentales en estos grupos educativos es la Salud Sexual y Reproductiva del Adolescente, que incluye la prevención del embarazo y de las infecciones de transmisión sexual en esta etapa de la vida.

Para responder a la demanda de servicios específicos de salud sexual y reproductiva para adolescentes, el CNEGSR de la SS continuó impulsando la *Estrategia de Servicios Amigables*. En 2008, en todo el país existían 788 Servicios Amigables para adolescentes; sin embargo, después de ser evaluados cualitativa y cuantitativamente, se redujo a 630 servicios en 2009, permaneciendo aquellos que efectivamente garantizan servicios básicos en salud sexual y reproductiva.

Entre las acciones realizadas por el *Programa de Cáncer Cérvico-Uterino*, a partir de 2008 se adoptó como medida preventiva para detectar el virus del papiloma humano (VPH) el método de tamizaje. En 2009 se realizaron

977 835 pruebas de detección del papiloma virus en mujeres de 35 a 64 años.

También se gestionó la implementación de 12 laboratorios de detección de VPH, así como equipo para estudios de laboratorio de citología, patología y clínicas de colposcopia. Asimismo, se establecieron acuerdos con autoridades estatales, municipales y locales para facilitar el traslado de las pacientes de escasos recursos que habitan en zonas alejadas o de difícil acceso, además de organizar servicios de colposcopia itinerantes en áreas más marginadas. En este marco y con financiamiento del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos del Sistema de Protección Social en Salud, se otorgó atención médica a mujeres con diagnóstico de cáncer y sin seguridad social.

En el marco del *Programa de Prevención contra el VIH/SIDA*, durante 2008 y 2009, la SS realizó 400 mil pruebas de detección, resultando 220 positivas a la presencia de la infección por VIH. Tanto las mujeres como sus hijos se encuentran en control y seguimiento en los Centros Ambulatorios de Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS).

En 2009, el INMUJERES trabajó con el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) en la investigación *Análisis sobre las principales causas de contagio de las mujeres de infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA y Política de Atención*. Este trabajo analiza la situación de las mujeres que viven con VIH/SIDA desde la perspectiva epidemiológica, de atención e identificación de mejores prácticas y, particularmente, la identificación de vacíos de información sobre el tema.

En 2009, el INMUJERES en colaboración con el CNEGSR, llevó a cabo la reimpresión del libro *Guía de Salud Sexual y Reproductiva para Mujeres con VIH/SIDA* para sensibilizar y capacitar al personal médico y de servicios de salud en torno a esta problemática, por medio de una serie de talleres.

LÍNEA DE ACCIÓN 2.7

CONTRIBUIR A ROMPER EL CÍRCULO PERVERSO ENTRE POBREZA Y REZAGO EN MATERIA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

En 2008, la SS implementó el proyecto denominado *Estrategia de Atención Integral en Salud Reproductiva y Violencia Familiar en Comunidades Indígenas de Municipios de Alta Marginación*. La primera etapa se ejecutó en 2008, cuando se creó el Comité Directivo del Grupo Técnico en el nivel federal, integrado por representantes del CNEGSR, del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y del Consejo Nacional de Población (CONAPO). Durante 2009, se desarrolló la segunda fase que comprendió tres talleres locales de planeación.

En el marco del *Programa Caravanas de la Salud*, la SS transfirió una cantidad importante de recursos (174.9 millones de pesos) para incrementar el número de unidades médicas móviles (UMM) que dan servicio a más de nueve mil localidades ubicadas en 597 municipios del país. Así, mientras en 2008 existían 842 unidades, en 2009 había 1 350 UMM en operación, beneficiando a 2.4 millones de personas.⁸

LÍNEA DE ACCIÓN 2.8

PROMOVER EL ESTABLECIMIENTO DE ESTRATEGIAS Y PROGRAMAS ORIENTADOS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS HOMBRES.

Durante 2008 y 2009, la SS capacitó al personal que realiza el procedimiento quirúrgico de la vasectomía sin bisturí⁹ para integrar este servicio a la atención de la salud sexual y reproductiva de los hombres. En 2008, se

⁸ En 2009, en el contexto de la pandemia de Influenza A(H1N1), el *Programa Caravanas de la Salud* movilizó 317 UMM para realizar acciones de prevención, detección oportuna y atención médica. Se brindó un total de 1 915 313 atenciones, así como la realización de 1 106 pruebas rápidas a pacientes sospechosos y 288 referencias de casos complicados a hospitales generales.

⁹ Entre 2008 y 2009, se certificaron 64 médicos en esta técnica, como parte del *Programa de Planificación Familiar*.

proporcionaron kits de vasectomía sin bisturí a las 32 entidades federativas, —con un costo de 1.6 millones de pesos— y entre 2008 y 2009 operaron 377 servicios de este tipo. Adicionalmente, se llevaron a cabo tres talleres de *Actualización en Salud Sexual y Reproductiva para el Hombre*, con la participación de 133 profesionales involucrados en la atención al hombre. Asimismo, se concluyó la elaboración y reproducción de mil ejemplares del Manual Técnico de Vasectomía sin Bisturí, de los cuales se distribuyeron 537 en todas las entidades federativas. Durante 2008 se incorporaron 8 661 usuarios nuevos de la vasectomía y en el 2009 fueron 8 924.

LÍNEA DE ACCIÓN 2.9

ATENDER LAS NECESIDADES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS HOMBRES Y MUJERES VINCULADOS A LA MIGRACIÓN.

En el marco del Programa Vete Sano Regresa Sano, la SS efectuó pruebas de detección de padecimientos crónicos a la población migrante. En 2008, se detectó hipertensión arterial (114 931 casos), *diabetes mellitus* (11 928), obesidad (108 689), estado nutricional (8 101) y se aplicaron 129 725 vacunas.

LÍNEA DE ACCIÓN 2.11

AMPLIAR E INSTITUCIONALIZAR LOS ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL EN EL DISEÑO, INSTRUMENTACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

La SS llevó a cabo el *Programa Aval Ciudadano*, una estrategia de contraloría social que busca la participación del sector social de la población (ONGs, academia, asociaciones civiles, entre otros) en el proceso de mejora del servicio de salud. En 2008, se contó con 8 898 avales ciudadanos instalados en 6 446 unidades de salud de todo el país. En 2009, había ya 10 207 avales en 7 616 unidades de sa-

lud. En 4 700 unidades, los avales realizaron 19 960 visitas y emitieron 16 740 sugerencias de mejora. Además de estas visitas, se obtuvieron 12 745 cartas compromiso de las cuales se resolvieron 8 700.

LÍNEA DE ACCIÓN 2.12

REALIZAR ESTUDIOS SOBRE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y SOBRE SUS FACTORES DETERMINANTES DE ORDEN SOCIAL, ECONÓMICO, CULTURAL E INSTITUCIONAL.

En el periodo de referencia, se generaron varios espacios de reflexión y análisis de problemáticas críticas de la salud reproductiva y se produjo un considerable número de fuentes de información que nutren no sólo las investigaciones en la materia, sino las políticas públicas orientadas a la atención de la misma.

En 2008, el INMUJERES, en coordinación con El Colegio de México (El COLMEX), realizó el estudio *Barreras para la atención a la salud reproductiva de mujeres en situación de pobreza en el medio urbano*. En el 2009, la misma institución, en colaboración con el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) efectuó el estudio *Análisis sobre las principales causas de contagio de las mujeres de infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA y políticas de atención*.

Además, se reeditó el libro *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*, elaborado por el INMUJERES, el Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos (CPMSR) en México y el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS).

En 2009, con el objeto de mejorar la calidad de la atención médica a la salud materna e incluir un enfoque intercultural, el INMUJERES realizó, en colaboración con el INSP, la evaluación de la estrategia de incorporación de personal alternativo (parteras profesionales técnicas y enfermeras obstetras) para la atención del embarazo, parto y puerperio en unidades médicas rurales de la SS en Oaxaca y Guerrero.

Entre otros aspectos, se evaluó el nivel de cumplimiento de la NOM-007-SSA2-1993 y el apego a buenas prácticas de atención al embarazo, parto y puerperio, con base en evidencia.

Desde 2008, el INMUJERES, en coordinación con el INSP, ha venido realizando una investigación aplicada, que comprende el estudio de las tendencias de la mortalidad materna a nivel municipal y su relación con la cobertura de programas sociales, así como un análisis sobre dos de las complicaciones que preceden cercanamente a la mortalidad materna: preclampsia y hemorragia posparto.

En 2009, el INMUJERES, a través de su serie de boletines, retoma los datos de las mujeres en edad fértil (15 a 49 años de edad) de la *Encuesta Nacional sobre la Dinámica Demográfica*, ENADID 2006, para analizar y evidenciar el rezago en materia de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres indígenas, comparados con las no indígenas, en un contexto nacional caracterizado por la desigualdad social.

Entre 2008 y 2009, la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), la academia y la sociedad civil aplicaron una *Encuesta sobre infecciones de transmisión sexual, pobreza, marginación y la migración* en las seis entidades donde se encuentran los cien municipios con menor IDH.

Por su parte, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en conjunto con el CONAPO, la SS y el INSP, liberó en 2008 la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2006, instrumento que, desde 1992, permite obtener información sobre aspectos relativos a la salud reproductiva como la fecundidad y la anticoncepción.

En 2009, el INEGI levantó la ENADID 2009 entre el segundo y tercer trimestre del año. En el diseño de esta nueva edición participaron tanto el INEGI como el CONAPO, mientras que el levantamiento, la elaboración de tabulados y de documentos técnicos estuvo a cargo del INEGI.

En 2009, el INEGI realizó y publicó el *Cuaderno de matrimonios y divorcios 2008*. Además, se logró la vinculación permanente con todas las fuentes de información para recopilar la estadística de los nacimientos, matrimonios, divorcios, defunciones y defunciones fetales, a través de los Registros Civiles e instancias del sector salud en las entidades federativas.

Por su parte, la Secretaría General del CONAPO (SG-CONAPO) efectuó, en 2008, el *Estudio estadístico y geográfico sobre los niveles y tendencias de la fecundidad nacional*, en el que se actualiza el análisis publicado en 2005. También se actualizó el *Índice de Rezago de la Salud Reproductiva* con información de 2005.

En 2009, se elaboró el artículo *Evolución del embarazo y la maternidad adolescente en México durante los últimos 35 años*¹⁰ y el estudio *El descenso de la fecundidad en México, 1974–2009: 35 años de la puesta en marcha de la política de población*.¹¹ Asimismo, se realizó, dentro del marco del Informe de Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (Cairo+15), el capítulo sobre Salud Reproductiva, que recoge algunos de los resultados más relevantes en la materia una década y media después de la Conferencia de El Cairo.

NOTA TÉCNICA

En el caso de la Línea Estratégica 2 del PNP, la línea basal a partir de la cual se establecieron las metas a cumplir en 2012 fue establecida con base en la información proporcionada por la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2006, la cual, en su momento, constituía la fuente de información más reciente para temas de fecundidad y anticoncepción.

¹⁰ El cual será publicado en la *Situación Demográfica de México 2010*.

¹¹ Publicado en *Situación Demográfica de México 2009*.

CUADRO 1.					
OBJETIVO	METAS	LÍNEA BASE	META 2012	2009	ESTATUS
Favorecer el ejercicio libre, responsable e informado de los derechos de las personas en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción.	Reducir la brecha de prevalencia anticonceptiva existente entre las poblaciones rural y urbana (58.1 y 74.6%, respectivamente) en cuatro puntos porcentuales con respecto a lo registrado en 2006.	16	12	11.4 (63.7 y 75.1, RESPECTIVAMENTE)	SUPERADA
	Reducir el nivel promedio de la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos en al menos 20% en los estados de Guerrero, Chiapas, Puebla, Oaxaca, Guanajuato y Michoacán, entre 2006 y 2012.	20%	16%	15.7% (REDUCCIÓN DE 21.5% A 2009)	SUPERADA
	Reducir este indicador en al menos 12% en los estados de Tlaxcala, San Luis Potosí, Hidalgo, Veracruz, Zacatecas, Querétaro, Aguascalientes, Durango, México, Jalisco y Tabasco durante el mismo periodo.	13.4%	11.7%	10.3% (REDUCCIÓN DE 23.15 A 2009)	SUPERADA
	Incrementar en cuatro puntos porcentuales la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres en edad fértil entre 2006 y 2012.	70.9	75	72.5	EN TRÁNSITO
	Reducir la Tasa Específica de Fecundidad en adolescentes a 58 nacimientos por mil mujeres de 15 a 19 años de edad en 2012.	63	58	69.5 ¹	EN AUMENTO
	Reducir en ocho puntos porcentuales el nivel de la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos en las mujeres adolescentes entre 2006 y 2012.	36%	28%	24.60%	SUPERADA
	Abatir a la mitad la proporción de mujeres hablantes de lengua indígena en edad fértil que desconoce algún método anticonceptivo respecto a la registrada en 2006.	19%	9%	14.90%	EN TRÁNSITO

Nota: 1/ El dato corresponde a la tasa trienal para 2007.

Una evaluación posterior de la información de dicha encuesta, apoyada en los resultados de la siguiente edición de la ENADID (2009) y, considerando la tendencia previa a 2006, muestra que aquélla tendió a subestimar o sobreestimar algunos indicadores, sobre todo entre algunos subgrupos de población.¹² Al agregar el dato de la ENADID 2009 a la tendencia de cada indicador, se observa claramente que la información de 2006 rompe con el comportamiento observado, el cual se reestablece con los datos de 2009.

En términos de las metas del PNP, ello implicaría que algunas de ellas ya hubiesen sido superadas, lo cual, dada la naturaleza de los indicadores reportados, es poco viable en un periodo de observación tan corto (véase cuadro 1).

Por lo anterior, y en aras de establecer metas congruentes, que reflejen de la forma más precisa posible la magnitud del trabajo aún pendiente, la SG-CONAPO publicará en breve un nuevo conjunto de metas para los mismos indicadores, considerando como línea basal los datos aportados por la ENADID 2009.

¹² Las diferencias más relevantes se observan entre adolescentes y jóvenes, así como por entidad federativa.

ESTRATEGIA 2.

ASEGURAR LAS CONDICIONES SOCIALES E INSTITUCIONALES FAVORABLES AL EJERCICIO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

LÍNEA DE ACCIÓN	SG-CONAPO	SEDESOL	SS	IMSS	INEGI	INMUJERES	CDI	DIF
2.1 PROMOVER EL CONOCIMIENTO Y EL PLENO EJERCICIO DE LOS DERECHOS VINCULADOS CON LA SEXUALIDAD Y LA REPRODUCCIÓN				X				X
2.2 SALVAGUARDAR EL PRINCIPIO DE LA LIBRE ELECCIÓN INFORMADA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR								
2.3 FORTALECER LA INCLUSIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LAS ACTIVIDADES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA						X		X
2.4 APOYAR LAS ACCIONES ORIENTADAS A AMPLIAR EL ACCESO Y MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR		X		X				
2.5 FORTALECER LOS MECANISMOS DE APOYO Y LA COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL QUE CONTRIBUYA A AMPLIAR EL ACCESO Y MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.			X			X		
2.6 CONTRIBUIR A LA DISMINUCIÓN DEL EMBARAZO NO PLANEADO EN ADOLESCENTES Y A LA PREVENCIÓN DE ITS Y VIH/SIDA			X	X			X	
2.7 CONTRIBUIR A ROMPER EL CÍRCULO PERVERSO ENTRE POBREZA Y REZAGO EN MATERIA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA			X					
2.8 PROMOVER EL ESTABLECIMIENTO DE ESTRATEGIAS Y PROGRAMAS ORIENTADOS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS HOMBRES			X	X				
2.9 ATENDER LAS NECESIDADES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS HOMBRES Y MUJERES VINCULADOS A LA MIGRACIÓN			X					
2.10 DISEÑAR ESTRATÉGIAS ORIENTADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS POBLACIONES QUE HAN SIDO SUFICIENTEMENTE ATENDIDAS, COMO LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD, ENTRE OTRAS								
2.11 AMPLIAR E INSTITUCIONALIZAR LOS ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL EN EL DISEÑO, INSTRUMENTACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.			X					
2.12 REALIZAR ESTUDIOS SOBRE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y SOBRE SUS FACTORES DETERMINANTES DE ORDEN SOCIAL, ECONÓMICO, CULTURAL E INSTITUCIONAL	X			X	X			

Nota: Para conocer el significado de las siglas véase el Índice de siglas al final del documento.

Nota: El ISSSTE, según el desarrollo del apartado, participa en las líneas de acción 1, 2, 3 y 5.