

## ESTRATEGIA 2

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

México ha avanzado de manera notable en materia de planificación familiar, lo cual se traduce en una mayor autonomía de la población para hacer efectivas sus decisiones y deseos en materia sexual y reproductiva. La Ley General de Población, marco jurídico que dio un gran impulso a las acciones de planificación familiar en el país, logró frenar de manera contundente la velocidad del crecimiento poblacional y es posible observar logros sustantivos a nivel global en la disminución de la fecundidad, la cobertura anticonceptiva y la reducción de necesidades insatisfechas de anticoncepción.

En el mismo espíritu, el *Programa Nacional de Población 2008-2012* (PNP) busca impulsar la continuidad de los esfuerzos realizados al respecto y establece en su objetivo 2 la intención de “Favorecer el ejercicio libre, responsable e informado de los derechos de las personas en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción”, para lo cual establece metas específicas en la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos y fecundidad, en particular la que tiene lugar entre adolescentes.

La evolución futura de los indicadores que aluden al estado de la salud reproductiva en el país enfrenta ahora el desafío de seguir avanzando con márgenes de acción cada vez más acotados, conforme se alcanzan las metas estimadas como máximos viables. Ello obliga a focalizar los esfuerzos en grupos de población que históricamente muestran un desempeño menos favorable en términos de su comportamiento reproductivo y, en general, en el proceso de transición demográfica, a saber, las mujeres más jóvenes, la población indígena, los sectores menos escolarizados o residentes en localidades rurales.

Generalmente, la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos se observa entre la población de mujeres en edad

fértil unidas (MEFU). Entre ellas, se tiene que en 2009 el 72.5 por ciento de las mujeres eran usuarias actuales de algún método de planificación familiar, en contraste con el 30.2 por ciento que este indicador observaba en 1976.

El uso de métodos anticonceptivos varía con respecto al nivel socioeconómico de las mujeres. Así, mientras que la prevalencia entre MEFU sin escolaridad asciende a 60.5 por ciento, esta proporción es de 74.4 por ciento entre las mujeres con estudios de secundaria y más. La brecha es aún más evidente con respecto a la población indígena, cuya prevalencia asciende a 58.3 por ciento, en contraste con el 73.5 por ciento entre las mujeres no hablantes de lengua indígena. Cabe destacar que, si bien las diferencias entre distintos sectores de la población persisten, el país observa logros muy relevantes en la reducción de las brechas a lo largo del tiempo (véase cuadro 1).

Entre las preferencias anticonceptivas de las usuarias mexicanas se observa una clara predominancia de los métodos modernos (93.6% en 2009). Entre ellos, destacan los métodos quirúrgicos, particularmente la oclusión tubaria bilateral (OTB), método que ha incrementado notablemente su recurrencia (véase gráfica 2). Destaca que el 40 por ciento de las mujeres usuarias de métodos anticonceptivos optó por este método definitivo después del parto de su segundo hijo nacido vivo.

Otro indicador que interesa con respecto al comportamiento reproductivo de las mujeres es la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos, la cual se observa en mujeres expuestas al riesgo de embarazarse y que, a pesar de no desear tener hijos o querer espaciar su nacimiento, no hacen uso de ningún método para no concebir.

En México se han hecho esfuerzos importantes para disminuir la necesidad insatisfecha, logrando una reducción de más del 60 por ciento entre 1987 y 2009. Sin embargo, las acciones tendientes al abatimiento de esta situación deben continuar y aun intensificarse, toda vez que los rezagos en la materia reflejan condiciones de aguda desigualdad social, ya que las mujeres que acusan mayores niveles de demanda insatisfecha se encuentran entre la población adolescente, de escasa o nula escolaridad, hablante de lengua indígena y residente en entornos rurales (véase cuadro 2).

**CUADRO 1.**  
**PORCENTAJE DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL UNIDAS QUE USAN MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN**  
**CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS, 1976-2009**

CARACTERÍSTICAS	1976	1987	1992	1997	2006	2009
<b>TOTAL</b>	30.2	52.7	63.1	68.5	70.9	72.5
<b>GRUPOS DE EDAD</b>						
15-19	14.2	30.2	36.4	45.0	39.4	44.7
20-24	26.7	46.9	55.4	59.3	57.8	62.9
25-29	38.6	54.0	65.7	67.8	65.8	66.5
30-34	38.0	62.3	70.1	75.4	74.9	73.1
35-39	37.9	61.3	72.6	76.1	78.4	80.2
40-44	25.7	60.2	67.4	74.5	77.7	81.1
45-49	11.8	34.2	50.5	61.4	72.5	74.8
<b>PARIDEZ</b>						
0	6.5	15.3	20.7	23.9	29.4	29.9
1	27.2	50.5	56.6	59.8	55.4	59.4
2	39.1	60.0	71.0	75.4	76.2	78.3
3	38.4	67.5	75.0	80.6	83.2	84.9
4 Y MÁS	29.6	51.3	62.6	70.4	74.5	77.8
<b>NIVEL DE ESCOLARIDAD</b>						
SIN ESCOLARIDAD	12.8	23.7	38.2	48.0	56.6	60.5
PRIMARIA INCOMPLETA	25.5	44.8	56.4	61.3	62.1	67.3
PRIMARIA COMPLETA	40.3	62.0	66.7	69.8	70.0	71.3
SECUNDARIA Y MÁS	55.8	69.9	73.6	74.8	75.0	74.4
<b>LUGAR DE RESIDENCIA</b>						
RURAL	13.7	32.5	44.6	53.6	58.1	63.7
URBANO	42.1	61.5	70.1	73.3	74.6	75.1
<b>CONDICIÓN DE HABLA DE LENGUA INDÍGENA</b>						
HABLA	N.D.	N.D.	N.D.	48.3	52.4	58.3
NO HABLA	N.D.	N.D.	N.D.	70.2	72.2	73.5

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la EMF, 1976; ENFES, 1987; ENADID, 1992, 1997, 2006 y 2009.

<b>CUADRO 2.</b>				
<b>DEMANDA INSATISFECHA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL UNIDAS, SEGÚN CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS, 1987-2009</b>				
<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>1987</b>	<b>1997</b>	<b>2006</b>	<b>2009</b>
<b>TOTAL</b>	25.1	12.1	11.7	9.8
<b>GRUPOS DE EDAD</b>				
15-19	33.8	26.7	35.6	24.6
20-24	31.3	21.1	24.4	17.7
25-29	31.4	14.7	16.1	14.4
30-34	23.5	10.3	10.8	11.0
35-39	23.7	9.3	7.4	6.6
40-44	15.5	6.6	5.8	4.5
45-49	9.7	3.2	3.2	3.2
<b>PARIDEZ</b>				
0	8.3	11.8	16.4	11.0
1	25.8	17.3	19.0	14.9
2	21.4	10.6	10.3	8.8
3	22.0	8.6	7.7	6.7
4 Y MÁS	30.2	12.8	10.7	9.9
<b>LUGAR DE RESIDENCIA</b>				
RURAL	45.7	22.2	20.2	15.9
URBANA	15.9	8.9	9.2	8.1
<b>ESCOLARIDAD</b>				
SIN ESCOLARIDAD	45.8	21.8	17.8	20.0
PRIMARIA INCOMPLETA	32.7	16.9	16.0	14.2
PRIMARIA COMPLETA	17.8	12.4	13.1	11.0
SECUNDARIA Y MÁS	10.4	8.0	9.3	8.3
<b>CONDICIÓN DE HABLA DE LENGUA INDÍGENA</b>				
HABLA	N.D.	25.8	22.2	21.5
NO HABLA	N.D.	11.0	10.9	9.0

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENFES, 1987, y las ENADID, 1997 y 2009.

En este sentido, uno de los grupos cuyo comportamiento sexual y reproductivo inquieta de manera importante es el de los adolescentes. En México, la población entre los 15 y 19 años de edad alcanza los once millones de individuos. En conjunto, este grupo de edad representa a casi el diez por ciento de la población total, proporción que tiende a disminuir conforme avanza el proceso de envejecimiento poblacional. Entre ellos, 49.9 por ciento son mujeres.

A pesar de que el común denominador de la población mexicana inicia la actividad sexual en la adolescencia, las condiciones en las que esto ocurre son altamente riesgosas:

en 2009, 61.5 por ciento de las adolescentes no utilizó ningún tipo de método anticonceptivo en la primera relación sexual; entre quienes declaran sí haber utilizado algún método en el primer coito (38.5%), cerca del 90 por ciento recurrió al condón masculino, lo cual aproxima la participación masculina en el cuidado de la salud sexual, al menos en la primera relación sexual. Sin embargo, la abrumadora mayoría sostuvo un primer encuentro sexual de riesgo, lo cual preocupa, por un lado, en la medida en que favorece la ocurrencia de embarazos no deseados y la adquisición de infecciones de transmisión sexual y, por el otro, en tanto refleja situaciones de desigualdad de género.

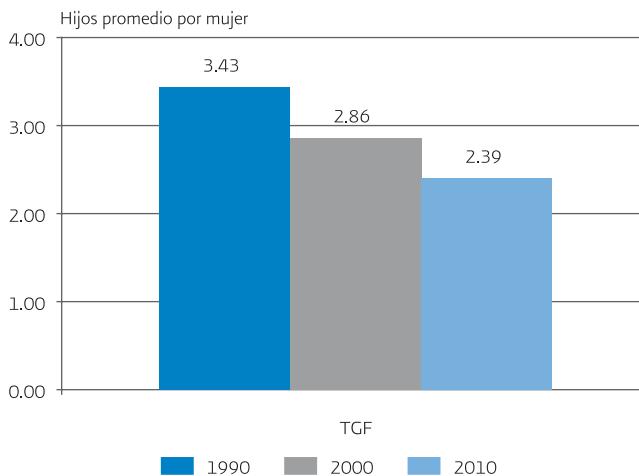
En definitiva, la población adolescente presenta rezagos importantes en materia de anticoncepción que parecerían estancarse y se reflejan en sus niveles de prevalencia y demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos. Como se aprecia en los cuadros 1 y 2, entre 1997 y 2009, la prevalencia entre las adolescentes unidas se mantuvo prácticamente igual (de 45.0 a 44.7%), mientras que la necesidad insatisfecha de anticoncepción se redujo apenas dos puntos porcentuales.<sup>1</sup>

La evolución de los indicadores críticos de la salud reproductiva y, en particular, la planificación familiar entre los grupos sociales referidos, se refleja en los niveles y tendencias de la fecundidad. La magnitud de los nacimientos entre las mujeres mexicanas muestra una tendencia en constante descenso durante los últimos 35 años, periodo en el que la tasa global de fecundidad (TGF), es decir, el número promedio de hijos que una mujer tendría a lo largo de su vida reproductiva, pasó de 6.11 hijos en promedio por mujer en 1974 a 2.4 en 2009, de acuerdo con los datos del Censo de Población y Vivienda 2010.<sup>2</sup>

En 1990 la TGF ascendía a 3.43 hijos por mujer, de acuerdo con el censo de ese año, con lo que, en 2010, se tiene una reducción de 43.5 por ciento (véase gráfica 1). La misma fuente informa que la estructura por edad de la fecundidad sigue concentrándose en las edades más jóvenes del periodo fértil, lo que genera un patrón conocido como temprano (véase gráfica 2). En términos porcentuales, la fecundidad de las mujeres más jóvenes se redujo más entre 1990 y 2000 que en el decenio siguiente, lo cual sugiere un estancamiento del indicador en esta población. La mayor ganancia entre 2000 y 2010 se registra entre las mujeres de mayor edad, cuya reproducción también representa riesgos a la salud, aunque de diversa índole.

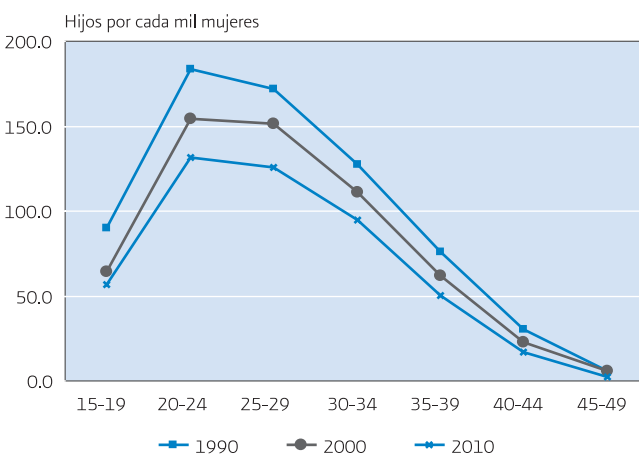
Los diferenciales en el comportamiento de los indicadores relativos a la planificación familiar entre diferentes grupos

**GRÁFICA 1.**  
**TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD CENSAL, 1990-2010**



Nota: La estimación corresponde al año inmediato anterior a cada Censo.  
Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010. Cuestionario Ampliado.

**GRÁFICA 2.**  
**TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD CENSAL, 1990, 2000 Y 2010**



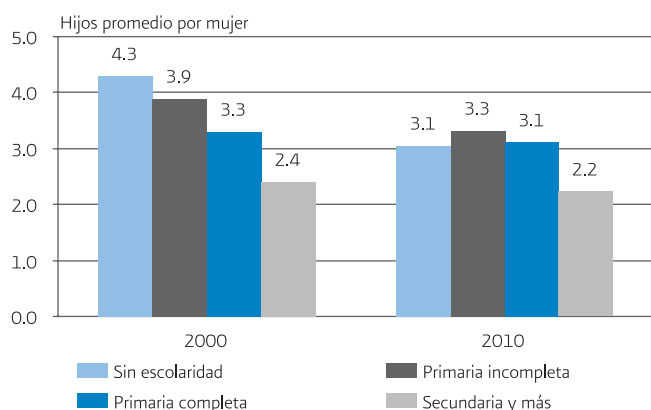
Nota: La estimación corresponde al año inmediato anterior a cada Censo.  
Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010. Cuestionario Ampliado.

de la población impactan de manera directa sus niveles de fecundidad, por lo que es frecuente encontrar descendencias mayores entre mujeres con características sociodemográficas que, desafortunadamente, se encuentran asociadas con menores niveles de bienestar. Así, aunque las brechas también se han reducido de manera importante a través del tiempo, las mujeres hablantes de lengua indígena, resi-

<sup>1</sup> Como es posible apreciar en los cuadros 1 y 2, los indicadores respectivos para el caso de las adolescentes en 2006 divergen notablemente de la tendencia observada antes de 1997 y de lo obtenido en 2009. Diversas evaluaciones de la calidad de la ENADID 2006 advierten sobre problemas en las estimaciones referentes a este grupo de edad, debido a su reducido tamaño de muestra.

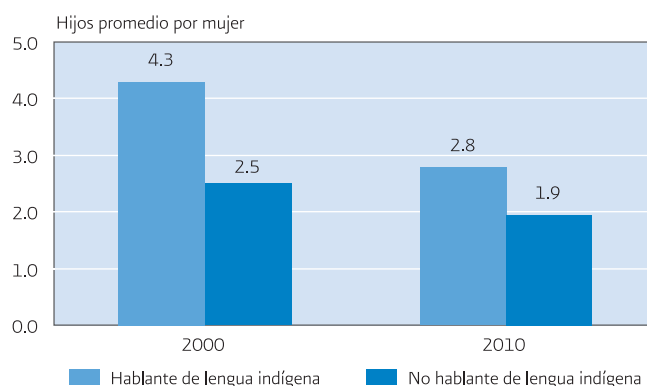
<sup>2</sup> Información del Cuestionario Ampliado.

**GRÁFICA 3.**  
**TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD POR NIVEL DE ESCOLARIDAD, 2000 Y 2010**



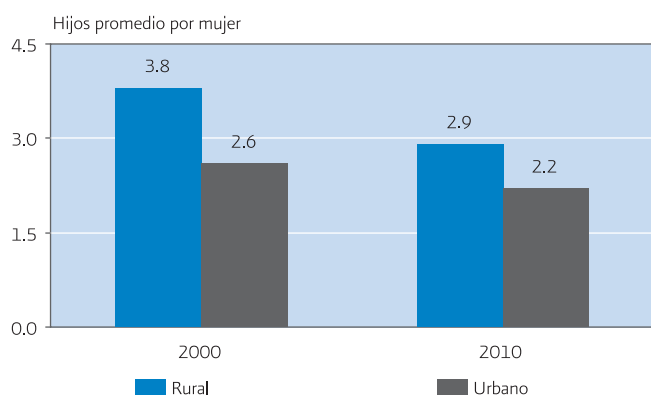
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el Censo de Población y Vivienda 2010. Cuestionario Ampliado.

**GRÁFICA 5.**  
**TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD POR CONDICIÓN DE HABLA DE LENGUA INDÍGENA, 2000 Y 2010**



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el Censo de Población y Vivienda 2010. Cuestionario Ampliado.

**GRÁFICA 4.**  
**TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD POR TAMAÑO DE LOCALIDAD DE RESIDENCIA, 2000 Y 2010**



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el Censo de Población y Vivienda 2010. Cuestionario Ampliado.

dentes en localidades rurales y menos escolarizadas, tienen en promedio un hijo nacido vivo más que las mujeres con características contrarias (véanse gráficas 3 a 5).

Si bien el progreso en materia de salud reproductiva es notable, es menester sostener y aun renovar los esfuerzos por garantizar el acceso a la información y servicios para las

poblaciones que presentan mayores rezagos y que experimentan obstáculos en el ejercicio libre, responsable e informado de su vida sexual y reproductiva. En los apartados que siguen se describen las acciones más relevantes realizadas por las instituciones públicas entre 2008 y 2009 en diversos ámbitos de la salud reproductiva.

## LÍNEA DE ACCIÓN 2.1

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

El objetivo del *Programa de Desarrollo Humano Oportunidades* es: contribuir a la ruptura del ciclo intergeneracional de la pobreza, favoreciendo el desarrollo de capacidades de educación, salud y nutrición de las familias beneficiarias del programa. En el Componente de Salud del *Programa Oportunidades* se establecen tres estrategias específicas:

- Proporcionar de manera gratuita el Paquete Básico Garantizado de Salud
- Promover la mejor nutrición de la población beneficiaria
- Fomentar y mejorar el autocuidado de la salud de las familias beneficiarias

Desde 2009 se han abordado los contenidos sobre los derechos de las mujeres en las sesiones de orientación a vocales (270 mil), a quienes se les entregaba una *Guía de Apoyo* para su réplica con titulares. Bajo este componente en 2010 la Secretaría de Salud (SS) atendió a familias en todas las entidades federativas, excepto el Distrito Federal; el *IMSS-Oportunidades Rural* tuvo presencia en 17, y el *IMSS-Oportunidades Urbano* en 25 estados, con lo cual fue atendido un total de 5.5 millones de familias en control.

Al cierre de ese ejercicio, se realizaron 52 397 sesiones de orientación y capacitación, con un promedio bimestral de 8 733 sesiones de orientación en Mesas de Atención a Comités (MAC) dirigidas a vocales del programa, quienes a su vez replicaron las sesiones con sus Grupos de Titulares para llegar a las 5.2 millones de familias beneficiarias. En 2010, con el propósito de fortalecer la información y formación de titulares beneficiarias se diseñó una *Guía de Orientación y Capacitación del Programa Oportunidades, Aprendamos Juntas a Vivir Mejor*; fueron entregados 2 125 ejemplares en todo el país.

Al cierre de 2010, se realizaron 49 820 sesiones de orientación y capacitación, con un promedio bimestral de 8 303 sesiones de orientación en MAC, dirigidas a vocales del programa.

Por otra parte, con el objeto de mejorar la atención de las familias beneficiarias, el *Programa Oportunidades* implementó el esquema de orientación alterno denominado *Mesa de Atención Personalizada Oportunidades* (MAPO), espacio en el que se orienta de manera directa a las titulares beneficiarias, desarrollándose aproximadamente 4 402 sesiones de orientación bimestrales, sumando un total de 26 414 sesiones en el año. Así, bajo estas dos vertientes de orientación fueron atendidas 5.8 millones de familias beneficiarias.

Asimismo, se otorgaron consultas a todos los integrantes de las familias beneficiarias por medio de la SS y por el *IMSS-Oportunidades* en su vertiente rural y urbana,<sup>3</sup> con énfasis en mujeres embarazadas y niños menores de cinco

años. De igual forma, a través de *Oportunidades*, el sector salud impartió sesiones educativas con objeto de fomentar el autocuidado de la salud de las familias, entre los que se incluyen temas de orientación sobre salud sexual y reproductiva, de conformidad con lo establecido en el Paquete Básico Garantizado de Salud. Asimismo, se realizó la adquisición de suplementos alimenticios para su entrega a niños y niñas beneficiarias de 6 a 59 meses de edad y para mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.

De conformidad con el Programa de Acción Específico 2007-2012 de Salud y Reproductiva para Adolescentes, se promovieron acciones de información, educación y comunicación para sensibilizar a las diferentes audiencias sobre la importancia de la prevención y la adopción de conductas saludables en materia de salud sexual y reproductiva. Además, en 2008 y 2009 se participó en la revisión y emisión de comentarios y sugerencias a los libros de texto de secundaria para fortalecer la educación sexual y reproductiva en los estudiantes del nivel básico y medio en los temas de pubertad, adolescencia, menstruación, relaciones sexuales, VIH/SIDA, aborto, parto, órganos sexuales, prevención de enfermedades, masturbación, métodos anticonceptivos e infecciones de transmisión sexual en los adolescentes; también se colaboró en la capacitación y actualización de docentes.

En el marco del *Programa de Salud Reproductiva* y el *Programa de Planificación Familiar*, en el año 2010 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) realizó 2 082 275 entrevistas dirigidas a población adolescente, varones en edad fértil, púerperas de posparto y post-aborto, así como a mujeres en edad fértil no embarazadas, con la finalidad de: *i)* informarles sobre los beneficios del *Programa de Planificación Familiar*; *ii)* promover la aceptación de algún método anticonceptivo a través de la consejería, privilegiando el proceso de consentimiento informado y con respeto a la libre decisión de las parejas para regular su fecundidad y planear su vida reproductiva. El número de entrevistas realizadas representó un incremento del 10.3 por ciento, con respecto al año anterior (1 887 654 entrevistas).

Con dichas acciones se alcanzó una cobertura post-evento obstétrico de 83 por ciento (2.7 puntos porcentuales de incremento con respecto a 2009) (véase cuadro 2.1).

<sup>3</sup> En las 32 entidades federativas.

CUADRO 2.1. PRINCIPALES ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR		
ACTIVIDAD	2009	2010
PROMOCIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	1.9 MILLONES	2.08 MILLONES
COBERTURA POSTEVENTO OBSTÉTRICO	80.3%	83.0%
USUARIAS ACTIVAS CON MÉTODO DE PF	4 498 740	4 537 260

Fuente: IMSS, Coordinación de Servicios Integrados de Salud.

El número de usuarias activas de métodos de planificación familiar llegó a 4 537 260, cifra ligeramente superior a la del año anterior, lo que significó una cobertura de 77.4 por ciento del total de mujeres en edad fértil unidas; asimismo, se observó un aumento significativo en la elección de métodos anticonceptivos definitivos y de mayor continuidad.

Acorde con las necesidades en salud de la población de las zonas rurales y marginadas de México, *IMSS-Oportunidades* aplica desde su puesta en marcha el Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS),<sup>4</sup> con lo que se pretende incidir en los riesgos y causas que motivan la pérdida de la salud, con especial atención a la salud sexual y reproductiva. El programa brinda orientación e información por medio de acciones preventivas y de atención médica en materia de salud sexual y reproductiva, otorgando servicios en salud en un marco de equidad, libertad y respeto a sus decisiones.

Con base en estas acciones, *IMSS-Oportunidades* obtuvo en los años 2009 y 2010 los siguientes logros:

- En 2009, incorporó a 338 121 nuevos usuarios de métodos anticonceptivos; cifra que se incrementó a 348 483 en 2010. De estos nuevos usuarios destaca el incremento de seis por ciento en adolescentes, mismos que pasaron de 58 964 a 62 541.

<sup>4</sup> Como parte de este modelo destacan las siguientes acciones: *i)* Consejería en salud reproductiva; *ii)* Orientar e informar a la población sobre planificación familiar; *iii)* Proporcionar métodos anticonceptivos efectivos y seguros de manera informada, libre y con estricto respeto a los derechos sexuales y reproductivos; *iv)* Incorporar a las sesiones educativas la perspectiva de género, con énfasis en los dechos sexuales y reproductivos; *v)* Acercar los servicios de salud a los adolescentes; y *vi)* Orientar a los adolescentes para el cuidado de su salud sexual y la toma de decisiones responsables e informadas a través de los Centros de Atención Rural al Adolescente (CARA).

- El número de mujeres embarazadas atendidas en control prenatal aumentó de 160 253 en 2009 a 172 866 en 2010; en este mismo periodo el número de adolescentes se incrementó de manera importante al pasar de 47 116 a 51 058.
- En número de partos institucionales atendidos aumentó de 83 544 en 2009 a 88 540 mujeres atendidas en 2010. De este total una cuarta parte estaba formada por adolescentes. En el 2010 se aprecia un incremento de 1 489 adolescentes atendidas más con respecto a 2009.

Otra de las acciones sustantivas que realiza el programa en materia de información y educación es la que se lleva a cabo en los *Centros de Atención Rural al Adolescente (CARA)*, donde los jóvenes de 10 a 19 años de edad son el grupo prioritario a atender. En este sentido, se logró capacitar a 958 339 adolescentes en temas referentes a prevención de embarazos no planeados, uso de métodos anticonceptivos y derechos sexuales y reproductivos, entre otros temas, formando un total de 183 332 grupos educativos entre 2009 y 2010.

Asimismo, como parte de las actividades educativas dirigidas a los jóvenes, y para reforzar el trabajo de los CARA, se continuaron realizando actividades extramuros (módulos ambulantes y encuentros educativos), en donde se brinda orientación y promoción de los servicios en salud en comunidades donde no hay CARA. Entre 2009 y 2010 se contó con 45 750 módulos ambulantes y 21 557 encuentros educativos.

En las unidades de primer nivel de atención del ISSSTE, mediante la estrategia del otorgamiento y seguimiento del *Carnet Único de Identificación de la Atención a la Mujer Embarazada (CUIDAME)*, se busca unificar los criterios de

identificación y que la referencia para el embarazo de alto riesgo se realice en forma oportuna.

En 2010 se desarrollaron y distribuyeron 200 030 ejemplares del CUIDAME a todas las unidades de primer nivel, para reconocer oportunamente factores de riesgo obstétrico, datos de alarma y documentar el control prenatal de la paciente. El 60.5 por ciento de los *carinet* fue distribuido principalmente en ferias de salud y módulos PrevenISSSTE, el 3.4 en las cuatro delegaciones regionales del Distrito Federal y 0.83 por ciento en las 31 delegaciones estatales del país.

Durante la consulta a mujeres embarazadas, se otorga capacitación en temas relacionados con la lactancia materna, la detección de signos de alarma, la planificación familiar con énfasis en la anticoncepción post evento obstétrico, la correcta alimentación y la detección temprana de enfermedades metabólicas en el recién nacido, lo que impactará en una reducción de la morbi-mortalidad obstétrica.

En el marco del *Programa de Planificación Familiar*, el ISSSTE diversificó la oferta de métodos anticonceptivos, con la finalidad de brindar a cada usuaria el método indicado de acuerdo con su edad y riesgos. En el 2010 se ha reforzado la promoción y el empoderamiento de los derechohabientes a través de herramientas de información como el *Menú despegable de opciones anticonceptivas*, que fue enviado para su difusión a todas las unidades médicas del Instituto.

Durante 2010, se otorgaron 855 222 consultas de planificación familiar a la población derechohabiente y no derechohabiente en edad reproductiva, lográndose 3.8 por ciento por ciento más de cumplimiento con relación a las 797 277 consultas programadas originalmente; durante las cuales se proporcionó información, asesoría y métodos anticonceptivos disponibles.

Se registraron 34.6 por ciento de usuarias nuevas de métodos anticonceptivos post evento obstétrico, en relación con los 47 977 eventos obstétricos atendidos durante 2010, lo que representa un incremento de dos puntos porcentuales en el registro de usuarias nuevas, respecto al 2009, derivado de la promoción y consejería post evento obstétrico.

Se promovieron los periodos intergenésicos más largos, así como medidas de prevención contra los embarazos no deseados, indicando el uso adecuado de anticonceptivos en los adolescentes. Como resultado de estas acciones, en 2010 se logró incluir en el programa a 245 774 nuevos usuarios, incrementando el porcentaje en 27.10 por ciento con respecto a 2009.

En el marco del *Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia*, el ISSSTE lleva a cabo acciones permanentes en todas sus unidades médicas. Durante el 2010 se llevaron a cabo 3 688 pláticas informativas sobre prevención de adicciones, con lo que se logró un aumento de 21.8 por ciento respecto a 2009; sobre tabaquismo se logró un incremento del 20.3 por ciento; las pláticas sobre alcoholismo aumentaron 17.4 por ciento y las de farmacodependencia se incrementaron en 32.2 por ciento en comparación con el 2009.

Por otra parte, durante 2010 se registraron 85 503 usuarios nuevos de métodos de planificación familiar, lo que representó un avance de 82.8 por ciento con respecto al año anterior.

Asimismo, se reportaron 17 grupos de ayuda mutua en adolescentes que se encuentran operando en 15 delegaciones, 13 estatales y dos regionales, alcanzando 23 sesiones con una asistencia de 124 personas (entre 10 y 19 años). En estos grupos se abordaron 15 temas de salud entre los que destacan: crecimiento y desarrollo, planificación familiar, sexualidad en la adolescencia, autoestima, desarrollo de la personalidad en el adolescente, entre otros.

Para evaluar el estado nutricional, el crecimiento y desarrollo de la población adolescente, fueron atendidas personas entre 10 a 19 años. Al respecto se determinó que 93.3 por ciento de los adolescentes se encuentra en niveles normales y 2.4 por ciento tiene obesidad. También se observó que el crecimiento de los adolescentes en su mayoría tiene porcentajes muy altos con niveles normales de crecimiento y desarrollo, 94.5 por ciento y 96.5 por ciento, respectivamente. Durante 2010 se brindaron 3 303 158 consultas de nutrición, crecimiento y desarrollo en adolescentes.



En el marco del planteamiento estratégico de fortalecer la prevención y detección oportuna de enfermedades y lograr el empoderamiento del paciente y sus familias, se desarrolló el proyecto *PrevenISSSTE cerca de ti*, cuyo objetivo es acercar dichos servicios a los derechohabientes del Instituto, brindándoles información y orientación interinstitucional y personalizada.

Considerando que 60 por ciento de la población derechohabiente tiene acceso a *Internet* desde su domicilio, a partir del mes de febrero de 2009 se iniciaron las actividades del proyecto mencionado, que funciona a través de una plataforma electrónica con herramientas de evaluación, educación y cambio conductual, el cual brinda información relacionada con la preservación de la salud, además de aportar recomendaciones que contribuyan a promover estilos de vida saludables, fomentar el auto cuidado de la salud, así como a prevenir y retrasar los daños por las enfermedades crónico degenerativas.

El proyecto cuenta también con un Centro de Atención Telefónica en el que los derechohabientes pueden interactuar con los profesionales de la salud, médicos, psicólogos y nutriólogos, quienes los apoyan y orientan en el proceso del autocuidado de su salud. Las seis áreas prioritarias que se evalúan a través de la Encuesta de Riesgos en Salud (ERES) son: *i)* Evaluación de Riesgo de Cáncer; *ii)* Evaluación de Riesgo de Diabetes; *iii)* Evaluación de Riesgo de Enfermedades Cardíacas; *iv)* Evaluación de Conducta Alimentaria; *v)* Actividad Física y Obesidad; *vi)* Evaluación de Abuso de Sustancias (Drogas, Alcohol y Tabaco); y *vii)* Evaluación de Riesgo de Hipertensión.

Derivado de los resultados de la ERES, se clasifica a los usuarios con riesgo alto, medio y bajo, con el fin de que una vez empoderados con las recomendaciones específicas relacionadas con sus riesgos, se modifiquen los de riesgo alto a medio y bajo y los de riesgo medio a bajo. A diciembre 2010 se aplicaron 128 855 encuestas ERES, de las cuales 14 por ciento resultaron con riesgo alto, 77 con riesgo medio y 8.7 por ciento de riesgo bajo. Asimismo, se instalaron 159 módulos *PrevenISSSTE* en las unidades de primer nivel de atención de las 35 delegaciones.

En el marco del *Programa Arranque Parejo*, en marzo de 2010 se realizó el curso-taller *Arranque Parejo en la Vida*,<sup>5</sup> capacitando a 98 responsables de salud reproductiva de las diferentes subdelegaciones médicas, hospitales generales y regionales, para unificar criterios diagnóstico-terapéuticos, así como promover la importancia del control prenatal, lactancia materna, entre otros temas. Con dicho taller se benefició a 149 089 embarazadas registradas en 2010.

En el marco del *Programa sobre Información y Capacitación a la Población en Temas Referentes a Riesgos Reproductivos, Crecimiento y Desarrollo, Planificación Familiar y Educación Sexual*, el ISSSTE llevó a cabo en todas sus unidades médicas pláticas para informar y capacitar a la población en temas referentes a riesgos reproductivos en diferentes etapas de la vida, crecimiento y desarrollo, planificación familiar y educación sexual. En este rubro se observó un incremento de 15.9 por ciento en el número de pláticas otorgadas en 2010 con respecto a 2009.

Las pláticas sobre riesgo reproductivo registraron aumentos en 12.1 por ciento con respecto a 2009, en tanto que las pláticas sobre evaluación de crecimiento y desarrollo se incrementaron en 37.9 por ciento, los temas de planificación familiar en 12.6 por ciento y los que versaron sobre educación sexual en 1.5 por ciento.

Las Casas de la Mujer Indígena (CAMI),<sup>6</sup> a cargo de la CDI, tienen como objetivo fortalecer las capacidades de las parteras y/o promotoras indígenas organizadas que se encargan de las CAMI en diferentes estados de la república, con el fin de que proporcionen un servicio social culturalmente adecuado a las necesidades de las mujeres indígenas en los

<sup>5</sup> Las áreas temáticas de capacitación fueron: *i)* Líneas de acción en Salud Materna y Perinatal; *ii)* Atención neonatal; *iii)* Situación actual de VIH en la paciente embarazada y el recién nacido; *iv)* Diversos tópicos relacionados con lactancia como: beneficios de la lactancia materna exclusiva y composición e inmunología de la leche materna.

<sup>6</sup> Los servicios que las CAMI brindan son: atención a embarazadas, control prenatal, prevención de la mortalidad materna, capacitación en métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual, prevención de embarazo adolescente, pláticas y talleres comunitarios sobre salud sexual y reproductiva, conferencias, diagnósticos sobre salud, participación en eventos especializados, preparación de medicina herbolaria y tradicional, venta de medicamentos, seguimiento a la calidad de la atención recibida y acompañamiento a las mujeres ante instancias de salud.

aspectos de salud reproductiva y violencia familiar; dentro de estas capacidades se busca impulsar un proceso de sustentabilidad económica que les permita continuar con sus actividades.

Durante 2010 el monto del financiamiento proporcionado por la CDI a las CAMI fue de 2.9 millones de pesos, los cuales permitieron otorgar servicios que beneficiaron directamente a 957 mujeres y 34 hombres en un rango de edad de 0 a 60 años y más.

Con el *Programa Promoción de Convenios en Materia de Justicia* la CDI tiene como propósito contribuir a generar las condiciones para que los pueblos y comunidades indígenas y sus integrantes ejerzan los derechos individuales y colectivos establecidos en la legislación nacional e internacional, propiciando mecanismos y procedimientos para un acceso a la justicia, basado en el reconocimiento y respeto a la diversidad cultural.

Durante 2010, en una cobertura geográfica de 1 967 localidades ubicadas en 420 municipios de 25 entidades federativas, se ejercieron 35.2 millones de pesos, con los cuales se logró apoyar a 528 proyectos para beneficiar de forma directa a 1.35 mil indígenas; de ellos, 50.8 por ciento corresponde a hombres y 49.2 por ciento a mujeres. Entre los temas abordados por los proyectos se encuentran la capacitación, difusión, gestión, asesoría, defensoría y representación legal en materia de derechos indígenas; el fortalecimiento de sistemas jurídicos tradicionales, atención de conflictos agrarios, de recursos naturales y de territorios; trámites de actas de nacimiento y CURP; liberación de presos indígenas y medicina preventiva.

Del total de recursos ejercidos por el programa, 5.1 millones de pesos se destinaron al desarrollo de proyectos referentes a los derechos de las mujeres indígenas. Las acciones de estos proyectos se orientaron al fortalecimiento del nivel organizativo de las mujeres indígenas a través de la adquisición de conocimientos en torno a sus derechos y los efectos que éstos tienen en las dinámicas familiar y comunitaria, y contribuyeron a mejorar las relaciones entre géneros y a promover y fomentar la organización comunitaria y el incremento en la seguridad jurídica de las familias, al recibir apoyo en la gestión de diversos trámites legales.

## LÍNEA DE ACCIÓN 2.2

### SALVAGUARDAR EL PRINCIPIO DE LA LIBRE ELECCIÓN INFORMADA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

Con el propósito de que la población tome decisiones libres e informadas sobre la salud reproductiva, referente al método de planificación familiar a elegir, que les permita ejercer su derecho a determinar el número y espaciamiento de sus hijos y a tener embarazos sin riesgos, se creó un Modelo de Comunicación Educativa que permite brindar información sobre los distintos métodos anticonceptivos que están disponibles en las unidades médicas del *Programa IMSS-Oportunidades*. Este modelo consta de tres vertientes: i) Comunicación masiva o colectiva, ii) Comunicación grupal, y iii) Comunicación individual.<sup>7</sup>

## LÍNEA DE ACCIÓN: 2.3

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

Mediante la Estrategia de Autocuidado de la Salud con Perspectiva de Género en el Ámbito Laboral se buscó la transversalización del concepto de género en los programas prioritarios de salud, para lo cual se realizaron talleres de sensibilización con representantes federales de diversos programas.<sup>8</sup> De la misma manera, con el *Programa de Acción Específico de Igualdad de Género en Salud*, se propuso incorporar la perspectiva de género en las normas oficiales mexicanas relacionadas con salud en adolescencia y se entregaron propuestas específicas para incorporar la perspectiva de género en los programas de *Planificación Familiar*,

<sup>7</sup> i) Comunicación masiva o colectiva, que se basa en el uso de carteles, folletos y mensajes por medio de todos los medios de comunicación; ii) Comunicación grupal, que se lleva a cabo en las unidades médicas, ferias de la salud y/o teatro; y iii) Comunicación individual, la cual se realiza mediante entrevista directa cara a cara con el usuario, y en la que la consejería proporciona toda la información necesaria sobre los distintos métodos de planificación familiar, haciendo énfasis en las ventajas y desventajas, las indicaciones y contraindicaciones de los mismos; también se aclaran las dudas que tenga el potencial usuario sobre los mismos.

<sup>8</sup> Los programas fueron: *Violencia Intrafamiliar, Prevención y Control del VIH/SIDA, Prevención y Atención a la Planificación Familiar, Cáncer de Mama y Cáncer Cérvico-Uterino, Salud Materna y Perinatal, 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.*

*Cáncer de Mama, Prevención y Atención a la Violencia Familiar y de Género, VIH/SIDA*, así como otros programas o grupos de trabajo de salud de personas adultas mayores.

Otra manera de apoyar la incorporación de la perspectiva de género en programas de salud en general y en particular de salud sexual y reproductiva, ha sido la publicación periódica de la revista de divulgación *Género y Salud en Cifras*, la cual publica el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) desde el año de 2003.

Con la prestación de servicios de salud y con apoyo de los criterios para la atención médica de la violencia familiar, se busca identificar entre la población general a las usuarias de los servicios de salud que se encuentran involucradas en casos de violencia familiar y de género. En 2009, se aplicaron 875 250 Herramientas de Detección de Violencia Familiar y de Género, a usuarias de los servicios de salud de 15 años y más de edad, detectando que 197 874 mujeres resultaron positivas y se brindó atención a 92 602 mujeres que se encontraban en situación de violencia familiar o de género severa. Para el año 2010 se aplicaron 1 296 422 herramientas de detección, observando que 227 185 mujeres fueron positivas y se brindó atención a 110 644. El presupuesto total asignado en 2010 fue de 147.5 millones de pesos.

Por otra parte, y dada la problemática de transmisión del Virus de Inmuno deficiencia Humana (VIH), tanto el *Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA* como el *Programa para la Prevención de la Transmisión Perinatal del VIH y Eliminación de la Sífilis Congénita*, coadyuvan a unificar los criterios de diagnóstico, tratamiento y prevención de las mujeres embarazadas con VIH y/o sífilis, dado que del total de casos registrados, 17.6 por ciento corresponde a mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años), mientras que entre los menores de 15 años, 86.6 por ciento de los casos acumulados se relacionan con la transmisión perinatal. En 2010 se realizaron 789 598 detecciones de VIH en las unidades públicas del sector salud. En los Centros Ambulatorios de Prevención y Atención de SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) y en los Servicios de Atención Integral (SAI) de la SS, se encuentran en control y seguimiento 294 mujeres con VIH.

Con relación a la planificación familiar, como parte del *Programa de Acción Específico 2007-2012* y del *Programa Presupuestario con Recursos Destinados a las Mujeres y la Igualdad de Género*, se brindó consejería a 2 529 451 personas en las unidades médicas de la SS del país. De acuerdo con datos preliminares al cierre de 2010, se alcanzó una cobertura de usuarias(os) de métodos anticonceptivos de 43.3 por ciento, lo que corresponde a un total de 3 379 770 personas. En México la salud materna y perinatal es una prioridad. Para reducir la mortalidad materna se efectuaron acciones relevantes durante 2010, con un presupuesto extraordinario de 259.6 millones de pesos, con el cual se fortalece la infraestructura hospitalaria de las nueve entidades federativas con las mayores razones de mortalidad materna del país. Asimismo, se cuenta con un Sistema de Notificación Inmediata de la Muerte Materna que permite un mayor nivel de intervención *in situ* para tomar medidas preventivas y evitar complicaciones y defunciones subsecuentes; también se realizó una inversión directa para capacitar al personal en materia de emergencias obstétricas y se complementó con la gestión local de los Comités de Estudio y Prevención de Muerte Materna.

A fin de mejorar la calidad de la detección oportuna del cáncer cérvico-uterino en la población con mayor rezago, en 2008 se implementó la estrategia de prevención integral de este tipo de cáncer en los 125 municipios con menor Índice de Desarrollo Humano (IDH).<sup>9</sup> En 2009, en los 125 municipios con menor IDH, se completaron 74 359 esquemas de vacunación para proteger a las mujeres contra las dos variantes del virus del papiloma humano que están asociadas a este tipo de neoplasia maligna (causantes de alrededor de 80% de los casos de cáncer cérvico-uterino) y se incorporaron 59 municipios más. En 2010 se aplicaron 119 007 segundas dosis de vacunas a niñas y adolescentes de 9 a 12 años y 93 982 primeras dosis al grupo de niñas de 9 años. En 2010 se incorporaron 99 municipios más, con un total de 283 beneficiados.

<sup>9</sup> Las intervenciones que integran esta estrategia incluyen una campaña de promoción para la detección, la prueba de detección del virus del papiloma humano en mujeres de 35 a 64 años de edad y la vacunación en adolescentes de 12 a 16 años. Además, se han formado capacitadores para que repliquen la información y la realización de la primera evaluación del proceso de calificación de los médicos colposcopistas y también se ha capacitado, actualizado y reforzado los conocimientos y actitudes del personal en la detección e información a la mujer.

Por su parte, el *Programa de Cáncer de Mama* tiene como objetivo general disminuir el ritmo del crecimiento de la mortalidad por esta causa.<sup>10</sup> Para contribuir con este propósito, en 2010 se logró una cobertura de detección de cáncer de mama por mastografía de 14.2 por ciento en mujeres de 50 a 69 años de edad, 4.6 puntos porcentuales mayor a la registrada en 2009 (9.6%), lo que significó 699 438 mastografías en 2009 y 1 076 107 en 2010.

Como la atención de la mujer es una prioridad para el Seguro Popular, en 2010 se dio atención, con recursos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, a 11 394 casos de cáncer de mama y 7 049 de cáncer cérvico-uterino, con un costo de 1 584 .89 millones de pesos. Durante esta administración se han atendido, con cargo al Fondo, a 25 225 casos de cáncer de mama y 18 585 casos de cérvico-uterino, con un costo de 4 504.36 millones de pesos, de acuerdo con cifras preliminares al 31 de diciembre de 2010.

Los accidentes de tránsito representan la primera causa de muerte en la población de 15 a 29 años, por lo que es una prioridad en materia de salud pública. A fin de revertir esta situación, el *Programa de Acción Específico 2007-2012: Seguridad Vial*, tiene como meta reducir en 15 por ciento el número de estas muertes respecto de la cifra de 2006. Conforme a datos preliminares, entre 2009 y 2010 se redujo en un 18 por ciento la mortalidad por accidentes de tránsito de vehículo de motor en la población de 15 a 29 años de edad, al pasar de 5 927 en 2009 a 4 824 en 2010. Con la finalidad de cumplir con la meta el Secretario Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (STCONAPRA) ha impulsado la estrategia para disuadir a la población de no conducir bajo los efectos del alcohol, por lo que en el 2010 se adquirieron 280 equipos de alcoholimetría, 203 impresoras y más de 100 mil boquillas, para ser utilizadas por las Direcciones de Tránsito y Vialidad de 129 municipios.<sup>11</sup> Las acciones de prevención de accidentes de tráfico en 2010 fueron dirigidas a 29 303

644 jóvenes de 15 a 29 años de edad y a 48 602 948 de 30 años y más de toda la República Mexicana y se enfocaron a resaltar los riesgos de no utilizar el cinturón de seguridad, las sillas porta infantes, el casco de motociclistas o utilizar durante el manejo del vehículo dispositivos electrónicos (celular, pantallas), así como los relacionados con la conducción bajo los efectos del alcohol y de la conducción a exceso de velocidad.<sup>12</sup>

Por la importancia del trabajo con los jóvenes, el *Programa de Acción Específico en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2007-2012* es el primer ejercicio, dentro de la administración pública, que aborda esta temática. Su objetivo general es contribuir al desarrollo y bienestar de las y los adolescentes, mejorando su salud sexual y reproductiva y disminuir los embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual.<sup>13</sup> En 2010, las instancias que conforman el Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva<sup>14</sup> determinaron desarrollar el Modelo de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva dirigido a Adolescentes.<sup>15</sup>

<sup>10</sup> A través de la provisión de servicios óptimos de detección, diagnóstico, tratamiento y control del padecimiento, así como de la participación responsable de la población en el cuidado de su salud. Se elaboró un spot de radio y otro de perifoneo; se diseñaron materiales impresos como: el banner *Cinco pasos por la salud de tus mamas*, el tríptico *Aprendiendo sobre la mastografía* y el póptico *¿Todas las mujeres tienen riesgo de padecer cáncer de mama?*

<sup>11</sup> Como parte de las acciones para la operación de controles de alcohol en aliento de los conductores (operativos o retenes) se han capacitado a 650 personas de las Secretarías de Tránsito, Vialidad y Seguridad Pública, así como de los Servicios de Salud de 22 entidades en los temas de alcohol y cuerpo humano y en el uso y calibración de equipo. Por otra parte, a fin de reforzar la promoción de la seguridad vial y difundir información para prevenir lesiones por accidentes, se capacitaron a 134 formadores en seguridad vial; se realizaron diez cursos en los que se capacitaron a 337 auditores en seguridad vial; se formaron 464 instructores en primera respuesta y capacitaron a 11 092 personas como primeros respondientes.

<sup>12</sup> Para el caso específico de Ciudad Juárez, y dada la prevalencia de violencia y la inseguridad vial, durante 2010 se realizaron campañas masivas en medios, como parte del Modelo Sustentable de Prevención de Enfermedades y sus Consecuencias Sociales para la Disminución de la Violencia, a fin de fortalecer la cohesión social con redes comunitarias y juveniles y se crearon el Servicio de Atención Especializada de la Salud Mental (SAPTEL), el Programa de Habilidades Psicosociales Enfocadas a la Prevención de Violencia y el Programa Integral para la Atención a Víctimas de la Violencia; brindando además apoyo psicoterapéutico para sobrevivientes de familiares víctimas de violencia.

<sup>13</sup> Por medio de estrategias basadas en el reconocimiento de la diversidad cultural y sexual, las relaciones de género, de la necesidad de superar las inequidades sociales y que promuevan el respeto y el ejercicio de sus derechos humanos, en particular sus derechos sexuales y reproductivos.

<sup>14</sup> Se estableció desde 1995, está integrado por representantes de todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud, además de CONAPO, INMUJERES, Secretaría de Educación Pública, CDI, Sistema Nacional DIF, así como por representantes de las principales Organizaciones de la Sociedad Civil. Su objetivo es coordinar, concertar y dar seguimiento a las acciones en materia de planificación familiar, salud reproductiva de los adolescentes, salud perinatal, ITS, infertilidad, cáncer del tracto reproductivo y climaterio.

<sup>15</sup> También se ha participado en un grupo de instituciones de salud para la elaboración del anteproyecto de la Norma Oficial Mexicana-047 para la atención a la salud de la adolescencia.

En congruencia con lo anterior, en 2010 el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) proporcionó a las 32 entidades federativas, para los servicios amigables para adolescentes, 100 mil dosis de anticoncepción de emergencia, a fin de contribuir a la prevención de los embarazos no planeados. Además, se apoyó con este insumo a los servicios especializados para la atención de las mujeres víctimas de violencia sexual, con el propósito de prevenir el embarazo en las víctimas de una violación sexual. También, ha puesto a disposición de la población responsabilidad de la SS una gama de métodos anticonceptivos modernos<sup>16</sup>, adicionales a los métodos que tradicionalmente se han ofertado, proporcionando a la vez información completa sobre los métodos anticonceptivos naturales a la población que por razones personales deciden utilizarlos.

Destaca también la participación del CNEGSR en la revisión, adecuación, corrección y emisión de comentarios a los contenidos de libros de texto ciencias naturales de quinto y sexto grado de primaria, en los temas de reproducción y sexualidad humana, así como en la Guía del Maestro de Secundaria, en el tema de nuestra sexualidad.

En 2009, se destinó un presupuesto de 30 millones de pesos para campañas en medios y la reproducción o impresión de materiales de información, educación y comunicación en salud sexual y reproductiva para adolescentes. En 2010 se invirtieron 1 620 438.8 pesos y se enviaron a las entidades 582 750 ejemplares de diversos materiales impresos y se difunde la página [www.yquesexo.com.mx](http://www.yquesexo.com.mx).<sup>17</sup>

Durante el 2010, el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) realizó, en colaboración con el Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), un Monitoreo de la atención a las mujeres en servicios del sector salud, con el cual se propone realizar

un análisis sistemático, mediante trabajo de campo y de gabinete, de la operación de determinados paquetes de intervenciones seleccionados de los programas de acción específicos de la SS, en materia de salud materna y perinatal, planificación familiar, salud sexual y reproductiva para adolescentes, cáncer cérvico-uterino, cáncer de mama y prevención, atención de la violencia familiar y equidad de género.

El objetivo de este proyecto es describir y analizar las fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades del sistema de salud, para garantizar que los bienes y servicios establecidos en la normatividad se produzcan en los diferentes subsistemas de atención.

El monitoreo se realizó en los servicios de salud públicos disponibles para población femenina no derechohabiente y derechohabiente, y contempla el levantamiento de información en unidades médicas de la SS, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), *IMSS-Oportunidades* e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), con quienes se ha establecido la coordinación pertinente. Se realizó el levantamiento de información en campo en 205 unidades médicas de 1er y 2do nivel de atención en 50 municipios de 24 entidades federativas.

El informe final de esta investigación se encuentra en proceso de revisión para su posterior difusión. Asimismo, el INMUJERES, en coordinación con las instituciones del sector salud, promoverá la implementación de mecanismos de seguimiento y retroalimentación a las recomendaciones derivadas de los hallazgos realizados en el desarrollo de este proyecto.

## LÍNEA DE ACCIÓN 2.4

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

El IMSS continúa con la promoción de la utilización de los métodos anticonceptivos de mayor continuidad y menores efectos indeseables, como son los dispositivos intrauterinos y los métodos definitivos. En 2010 se mantuvo la proporción de mujeres usuarias del método definitivo oclusión

<sup>16</sup> Como el parche anticonceptivo, el implante subdérmico y el dispositivo intrauterino medicado.

<sup>17</sup> Dicho portal se diseñó en 2004; sus contenidos se orientan a temas sobre prevención del embarazo no planeado, métodos anticonceptivos, prevención de las infecciones de transmisión sexual (incluido el VIH/SIDA), derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes, sexualidad, violencia y abuso sexual, noviazgo e imagen corporal. Durante su primera etapa se tuvo un número aproximado de 60 mil consultas, mientras que en el periodo de enero a mayo de 2010 ha sido visitada 8 802 veces.

tubaria bilateral (OTB) en más del 18.5 por ciento. Para el caso de hombres usuarios, la cobertura de vasectomía se incrementó tres por ciento. A diciembre de 2010 la cifra de mujeres que egresó de la unidad médica con algún tipo de método anticonceptivo, después del evento obstétrico, fue de 432 101 con una cobertura de 83 por ciento.

En las unidades médicas del IMSS se atiende tanto a la población derechohabiente, como a la no derechohabiente que solicita los servicios de planificación familiar. Los prestadores de servicio se apoyan con materiales educativos que se entregan a la población, en donde se informa que el *Programa de Planificación Familiar* es abierto y no es necesario ser derechohabiente para solicitar este servicio. Es por ello que en 2010 se atendieron 57 757 personas no afiliadas al IMSS, a quienes se les otorgaron tanto métodos temporales como definitivos, sin costo alguno.

Con el fin de contribuir a disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, durante 2010 se dio continuidad a las acciones de *Consulta preconcepcional*, en que se promueve entre la población en etapa reproductiva que planea un embarazo, que acuda o asista con el médico familiar o de planificación familiar previamente para que valore el riesgo reproductivo de la mujer y, en su caso, controle su estado de salud, a fin de que se embarace en las mejores

condiciones y con los menores riesgos, y así contribuir a llevar a un feliz término su embarazo.

Debido a la dispersión, distancia y difícil acceso de algunas comunidades del ámbito del *Programa IMSS-Oportunidades*, a partir de 1996 se puso en marcha una estrategia para acercar los servicios a la población mediante la realización de *Jornadas de Salud Reproductiva*, en las que se involucra la población, así como la estructura comunitaria y las autoridades civiles para el buen cumplimiento de la misma. Actualmente, dicha estrategia se desarrolla exclusivamente en los hospitales rurales, con lo que se permite garantizar la calidad de la atención médica que se proporciona a las usuarias.

Con la finalidad de satisfacer la demanda de la población, *IMSS-Oportunidades* ha ampliado su gama de métodos anticonceptivos.<sup>18</sup> Los resultados de los métodos de uso temporal muestran que el número de personas que han aceptado el uso de métodos anticonceptivos bajo la modalidad institucional o comunitario se ha incrementado. Un ejemplo de ello es número de aceptantes comunitarios que pasaron de 38.9 mil personas en 2009 a 40.1 mil en 2010, en tanto el número de aceptantes de métodos anticonceptivos en jornadas de salud se incrementó en cerca de nueve mil nuevas usuarias (79 291 en 2010) (véase cuadro 2.2).

**CUADRO 2.2.**  
**ACEPTANTES DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS INSTITUCIONAL Y COMUNITARIO, 2009-2010**

AÑOS	TOTAL DE ACEPTANTES EN SERVICIOS	ACEPTANTES DE PERSONAL COMUNITARIO	ACEPTANTES EN JORNADAS DE SALUD	JORNADAS DE SALUD REPRODUCTIVA	TOTAL
2008	21 899	39 643	71 429	7 101	336 872
2009	221 911	38 922	70 520	6 768	338 121
2010	222 350	40 141	79 291	6 692	348 483

Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA).

<sup>18</sup> Métodos de uso temporal: Hormonales orales, hormonales inyectables, implante subdérmico, parche anticonceptivo, dispositivo intrauterino (DIU), sistema intrauterino (SIU) y definitivos: Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) y vasectomía sin bisturí.

Según el método utilizado en el bienio 2008-2010, las usuarias de métodos hormonales orales se han ido incrementado, en el periodo referido aumentaron en dos puntos porcentuales, en tanto que las usuarias del dispositivo intrauterino disminuyeron de 149.8 mil mujeres en 2009 a 149.5 mil en 2010; en cuanto a la utilización de métodos definitivos la proporción de aceptantes se mantuvo.

## 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.**

A través del *Programa Oportunidades* las familias beneficiarias podían solicitar a las autoridades del sector salud su afiliación al Seguro Popular conforme a lo establecido en la Ley General de Salud y su Reglamento. Con la promoción de la afiliación de las familias al Seguro Popular se han fortalecido los mecanismos de coordinación interinstitucional para ampliar el acceso a los servicios de salud de la población; entre los servicios adicionales se incluyen los servicios de prevención y atención de la violencia familiar y sexual en mujeres, así como la orientación-consejería sobre salud sexual y reproductiva y las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades de transmisión sexual.

En relación con el Convenio General de Colaboración de Emergencia Obstétrica, cuyo objeto es proveer servicios de salud a través de las unidades médicas a todas las mujeres en edad gestacional que presenten una emergencia obstétrica, sin tomar en consideración su derechohabencia o afiliación a cualquier esquema de aseguramiento. En el ISSSTE participan 51 unidades médicas en este Convenio y durante el año 2010 fueron atendidas 192 mujeres embarazadas. De igual forma, se otorgaron 86 471 consultas de embarazo de alto riesgo, lo que representa un incremento del cinco por ciento en el total de consultas de alto riesgo respecto a las de 2009 (82 264 consultas).

A partir de 2010, se instaló la campaña permanente *Toma lo mejor de la vida, Toma Ácido Fólico*, para informar sobre los beneficios que brinda en la prevención de malformaciones del tubo neural, por lo cual se repartieron 500 mil

trípticos y 3 millones 500 mil piezas de ácido fólico en el *Programa Permanente*, Semanas Nacionales de Salud y en tiendas SuperISSSTE.

Adicionalmente, en 2010 el ISSSTE realizó 38 742 pruebas de tamiz neonatal, lo que representó 9.2 por ciento de incremento sobre lo realizado en 2009, año en el que se realizaron 35 912 pruebas. Esta prueba le otorga al recién nacido la oportunidad de identificar oportunamente alteraciones que pudieran provocarle discapacidades futuras. Asimismo, cabe mencionar, que con el fin de cumplir los Objetivos del Milenio, el Instituto se ha planteado realizar el Tamiz Neonatal al cien por ciento de los recién nacidos vivos en todas sus unidades médicas.

Con el objetivo de disminuir la mortalidad materna a nivel nacional, se firmó el Convenio General de Colaboración para la Atención de Emergencias Obstétricas entre la SS, el IMSS y el ISSSTE en 2009. Con ello se ratifica el compromiso solidario entre estas instituciones para atender a toda mujer que presente una emergencia obstétrica en la unidad médica resolutive más cercana, independientemente de su derechohabencia a un seguro médico. Desde el inicio de la estrategia a la fecha, el IMSS ha atendido a 3 021 mujeres que solicitaron atención inmediata y el ISSSTE ha dado atención de emergencia a 131 mujeres.

Durante 2007, la razón de mortalidad materna (RMM) se redujo en tres puntos respecto de 2006, no obstante, en 2009 el número de muertes maternas se incrementó a 10 por ciento respecto a 2007 (1 097 muertes en 2007 y 1 207 defunciones en 2010) y en 2010 disminuyó a 977 defunciones, lo que representó una razón de muerte materna (RMM) de 50.7 muertes por cada 100 mil recién nacidos vivos estimados (de acuerdo con cifras preliminares).<sup>19</sup>

<sup>19</sup> Otros esfuerzos realizados para disminuir la muerte materna y cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio son la ampliación de la cobertura de atención del embarazo a través del *Programa Caravanas de la Salud*, la atención del parto por personal calificado a partir de la incorporación de municipios indígenas al Seguro Popular, la vinculación de la partera tradicional con las unidades de salud para la detección y referencia oportuna de mujeres con complicaciones obstétricas, el traslado de mujeres con embarazo de alto riesgo y/o complicaciones obstétricas a unidades y alojamiento en *Posadas de Atención a la Mujer Embarazada* (AME) en municipios repetidores de muerte materna, indígenas y de alta marginación.

Para dar un mayor impulso a la disminución de la razón de mortalidad materna en el país y cumplir con la meta establecida en los Objetivos del Milenio, se integró en México<sup>20</sup> un Observatorio Ciudadano. El objetivo primordial del Observatorio de Mortalidad Materna es monitorear el cumplimiento del Objetivo de Desarrollo del Milenio 5, cuya meta es reducir la RMM en tres cuartas partes entre 1990 y 2015. La información generada por el Observatorio será un insumo clave para la elaboración de propuestas de política pública desde las organizaciones sociales. Quedó programado para su instalación en el primer trimestre de 2011 y su presupuesto será de un millón de pesos.

En coordinación con el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), el INMUJERES dio seguimiento a la investigación *Incorporación de personal alternativo para la atención del embarazo, parto y puerperio en unidades médicas rurales de la SS*, que se implementó en los estados de Guerrero y Oaxaca. El objetivo del estudio fue evaluar la estrategia de fortalecimiento de la atención médica con la integración de parteras profesionales técnicas y enfermeras obstetras como proveedoras de atención básica. El modelo busca mejorar de manera directa la calidad de la atención a la salud materna, fortalecer la integración de la perspectiva intercultural y el empoderamiento de las mujeres.

La evaluación de esta estrategia dio inicio en 2009 y concluyó en diciembre de 2010. El análisis de información muestra, hasta el momento, una tendencia clara de buen desempeño en las unidades médicas donde hay proveedores alternativos, con una mejora en la calidad de atención ofrecida por los proveedores alternativos en los centros de salud de intervención. Lo anterior ha permitido reconocer la capacidad profesional del personal alternativo y brindar a las autoridades de salud la certeza necesaria para promover su reconocimiento oficial y su inclusión en el sistema de salud, como una estrategia de atención al parto en hospitales públicos rurales para proveer atención de mejor calidad y con un enfoque intercultural.

<sup>20</sup> Como una iniciativa de la SS y con el apoyo de la oficina en México de la Organización Mundial de la Salud (OMS)/ Organización Panamericana de la Salud (OPS), agencias de las Naciones Unidas y el Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos. Quedó oficialmente integrado por OSC, instituciones académicas, gubernamentales y de cooperación internacional.

## LÍNEA DE ACCIÓN 2.6

### CONTRIBUIR A LA DISMINUCIÓN DEL EMBARAZO NO PLANEADO EN ADOLESCENTES Y A LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y VIH/SIDA.

En *IMSS-Oportunidades* se está consciente de que el aumento de aceptantes de métodos anticonceptivos no es determinante para disminuir los embarazos en adolescentes, ni las ITS y el VIH/SIDA. Antes bien, existen diversos factores de riesgo<sup>21</sup> ante los cuales una adolescente se puede embarazar, o contraer una ITS. Es por ello que en los CARA, a través de sesiones educativas y técnicas participativas, se fomentan las habilidades para la vida, permitiéndoles a los adolescentes enfrentar eficazmente las exigencias y retos de la vida diaria a los que se encuentran expuestos. En el ámbito de responsabilidad de *IMSS-Oportunidades* se observa un claro descenso en el número de casos asintomáticos de infección por el VIH entre los adolescentes en el periodo de 1997 a 2009, pasando de 19 a 4 casos respectivamente; sin embargo, en el año 2010 se incrementó a diez, como resultado de las acciones de detección que se intensificaron en este grupo de edad. Por lo que respecta al número de casos identificados de SIDA, se observa un descenso en el número de casos nuevos notificados en este grupo, desciende de 13 notificados en 1997 a sólo tres en el año 2010.

El logro en la disminución de casos de Infección por el VIH y SIDA es el resultado de las acciones de educación y promoción de la salud sexual y reproductiva desarrolladas por *IMSS-Oportunidades* a través del Modelo de Atención Integral a la Salud del Adolescente Rural (MAISAR).

Respecto a la ocurrencia de casos de ITS se observa una tendencia horizontal en los últimos ocho años, situación explicable si se considera que para el VIH/SIDA existe un subsistema especial de vigilancia epidemiológica muy preciso que trabaja sobre casos confirmados y de notificación obligatoria, mientras que para las ITS se trabaja mediante

<sup>21</sup> Entre los que se destacan: falta de autoestima y habilidades para la vida, escasa integración social, poca educación en relaciones interpersonales y sexualidad, difícil acceso a servicios de salud y métodos anticonceptivos; entre otros.



casos con sospecha clínica en donde pueden ser incluidos muchos cuadros inespecíficos de infecciones del tracto genital de la mujer.

A través del *Programa de Planificación Familiar* el IMSS trabaja de forma prioritaria en la atención dirigida a adolescentes, para contribuir a postergar la llegada del primer hijo y difundir el riesgo reproductivo elevado en esta etapa de la vida; aun cuando se han realizado diversas actividades según datos recabados, se aprecia un incremento en el porcentaje de partos en mujeres menores de 20 años entre 2009 y 2010, al pasar de 8.9 a 10.5 por ciento del total de partos atendidos, situación que obliga a fortalecer las estrategias educativas y de promoción de la salud en este grupo.

Derivado de lo anterior, el IMSS continúa consolidando la estrategia educativa JUVENIMSS, orientada a la promoción de conductas saludables entre las que destaca la salud sexual y reproductiva, que incluye la orientación para el ejercicio responsable de la sexualidad, así como la prevención del embarazo y de las ITS en esta etapa de la vida. Al término de 2010 funcionaban 343 Centros JUVENIMSS en Unidades de Medicina Familiar con cinco y más consultorios, mismos que ampliaron sus actividades a 561 escuelas. Asimismo, se realizaron 2 972 cursos y se graduaron 92 571 promotores adolescentes que, sumados a los de años anteriores, dan un total de 152 238 promotores formados hasta 2010.

Adicionalmente, se amplió la cobertura en este grupo de edad a través del Programa PREVENIMSS en universidades y escuelas de nivel medio superior y superior, con lo que se atendió a un total de 318 518 estudiantes que recibieron todas las acciones médico-preventivas del *Programa de Salud del Adolescente*.

Entre los logros más relevantes, tanto en el ámbito escolar como en unidades médicas, destaca la entrega informada de condones a 757 961 adolescentes. De acuerdo con los resultados de la Encuesta Institucional realizada en hogares en 2010 (ENCOPREVENIMSS 2010), 73.6 por ciento de los adolescentes entrevistados utilizaron condón en la última relación sexual en comparación con el 59.9 por ciento registrado en 2006, lo que ha favorecido mantener

la incidencia de VIH/SIDA por debajo del indicador de 2.0 por ciento en los adolescentes de 10 a 19 años.

Para responder a la demanda de servicios específicos de salud sexual y reproductiva para adolescentes, el CNEGSR continuó impulsando la *Estrategia de Servicios Amigables*. Esta estrategia contempla el enfoque integral en la prevención del embarazo no planeado, control prenatal, orientación y consejería en anticoncepción postevento obstétrico, referencia para la atención del evento y prevención de las ITS (incluido el VIH/SIDA). En 2008 se contaba con un total de 788 servicios amigables para adolescentes en las 32 entidades federativas; para 2009, después de realizar una evaluación cuantitativa y cualitativa, su número se redujo a 630; para 2010 se implementaron 776.

A partir de 2008 se adoptó como método de tamizaje la detección del Virus del Papiloma Humano (VPH). Los estados que iniciaron la estrategia y que se consideraron prioritarios por contar con mayores tasas de mortalidad por cáncer cérvico-uterino fueron: Chiapas, Durango, Guerrero, Nayarit, Oaxaca, Puebla y Veracruz. Para 2009 se incorporaron 15 estados más y en 2010 se ofreció en todas las unidades de la SS en los estados. En total, en el periodo 2007-2010 se efectuaron 1 580 587 pruebas de detección del papiloma virus en mujeres de 35 a 64 años.

Con el objeto de mejorar la respuesta en prevención del VIH/SIDA e ITS, lograr la implementación de estrategias preventivas y modificar normas sociales y de reducción del estigma y la discriminación hacia poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad, así como en mujeres en alta vulnerabilidad, el *Programa de Prevención contra el VIH/SIDA* otorga cada año financiamiento a las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) e instancias académicas que trabajan dichos temas.

Además, como parte de estos esfuerzos, desde el 17 de mayo de 2007 se instituyó a nivel mundial el Día Internacional contra la Homofobia; mientras que en México el 17 de mayo de 2010 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el decreto con el que se oficializa el Día de la Tolerancia y el Respeto a las Preferencias, lo que significa un gran avance en el combate a la discriminación por homofobia en el país.

En 2009 se financiaron 70 proyectos dirigidos a poblaciones clave y en 2010 un total de 75. El último año se invirtieron 23 683 682.62 pesos para el financiamiento de proyectos de prevención frente al VIH en poblaciones vulnerables y 2 715 598.00 pesos en proyectos dirigidos a mujeres en alta vulnerabilidad; 4.9 por ciento más recursos que en el 2009 (25 165 418 pesos).

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF), a través de la Temática de Riesgos Psicosociales/ Embarazo Adolescente genera acciones para promover el desarrollo de habilidades para la vida en las niñas, niños, adolescentes y sus familias, en condición de vulnerabilidad, con el fin de disminuir la probabilidad de problemas de salud pública, como el ejercicio de la sexualidad en edades tempranas. Como estrategias nacionales se llevaron a cabo dos talleres sobre los riesgos psicosociales asociados a la sexualidad en edades tempranas. El Taller de Prevención del Embarazo Adolescente<sup>22</sup> estuvo dirigido a adolescentes de hasta 17 años 11 meses; en tanto que el Taller Prenatal y Postnatal para Adolescentes,<sup>23</sup> se facilitó a las adolescentes embarazadas menores de 20 años.

Durante 2010, los 31 Sistemas Estatales DIF reportaron la operación de acciones para la prevención y atención del embarazo en adolescentes, en sus cuatro modalidades i) Talleres preventivos, de orientación y estimulación temprana para hijas e hijos de madres adolescentes; ii) Pláticas y conferencias; iii) Canalizaciones; y iv) Capacitación en el trabajo.

<sup>22</sup> El propósito del taller es reflexionar sobre la importancia del ejercicio responsable de la sexualidad y la toma de decisiones y prevenir el embarazo en la adolescencia. Este taller se lleva a cabo en 12 sesiones, en las que se abordan aspectos de comunicación, autoestima, toma de decisiones, género, sexualidad en la adolescencia, enfermedades de transmisión sexual, embarazo en la adolescencia y proyecto de vida. En las sesiones 9 y 10 se incluye un ejercicio vivencial, en el que se emplean bebés virtuales, a fin de que los adolescentes tomen conciencia sobre las responsabilidades y consecuencias que implica un embarazo en esta etapa de su vida, propiciar que tomen decisiones que permitan su desarrollo pleno y disminuir los embarazos no planeados en la etapa adolescente.

<sup>23</sup> El objetivo de este taller es que las madres adolescentes adquieran los conocimientos básicos sobre el autocuidado que requieren durante el embarazo, el parto y el puerperio; así como los cuidados que requiere su bebé durante el primer año de vida, a fin de contribuir a mejorar su calidad de vida en los ámbitos individual, familiar y social. El taller consta de seis sesiones.

En la vertiente de Atención se contó con la participación de 52 180 madres, padres y embarazadas adolescentes (48 076 mujeres y 4 104 hombres). En la vertiente de Prevención se generó una participación de 582 797 adolescentes (305 841 mujeres y 276 956 hombres).

El Sistema Nacional DIF otorga recursos del Ramo 12 a los Sistemas Estatales DIF, como apoyo a las acciones de la Temática; en 2010 se canalizaron recursos por 1 791 925 pesos para los 31 Sistemas Estatales DIF. Durante 2010, las acciones realizadas por el Sistema Nacional DIF, en coordinación con los Sistemas Estatales y Sistemas Municipales DIF, fueron:

- Dar continuidad a la promoción de las actividades, con base en los nuevos materiales técnico-didácticos de la temática;
- Mantener y/o ampliar la cobertura de prevención;
- Continuar las acciones de atención;
- Dar seguimiento a la operación de las modalidades de esta estrategia preventiva;
- Fortalecer la coordinación interinstitucional para prevenir y atender el embarazo en adolescentes.

## LÍNEA DE ACCIÓN 2.7

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

El *Programa IMSS-Oportunidades* cuenta con una amplia experiencia en actividades relacionadas con actividades de planificación familiar. Sin embargo, la fecundidad y la proporción de nacimientos de mujeres adolescentes se ha mantenido materialmente sin cambio en los últimos quince años, ya que más de la mitad de los embarazos que ocurren en los adolescentes no son planeados. Las madres adolescentes tienen mayor riesgo de muerte materna y perinatal, menos probabilidad de terminar su educación y, por lo tanto, menos posibilidades de tener acceso a empleos bien remunerados, lo que las mantiene en franca desventaja económica.

En respuesta a esa situación, los profesionales de la salud que integran *IMSS-Oportunidades* unen esfuerzos para brindar a los beneficiarios del *Programa Acciones de Co-*

*municación, Información y Educación* (CIE), que promuevan el empoderamiento, la asertividad, la autoestima y la habilidad para la toma de decisiones, fomentando la aceptación de métodos anticonceptivos. Con estas acciones se busca además postergar el nacimiento del primer hijo y espaciar el nacimiento de los siguientes, así como disminuir la mortalidad materna.

Con las siguientes acciones, *IMSS-Oportunidades* ha buscado romper el círculo perverso entre pobreza y rezago en materia de salud sexual y reproductiva.

En el año 2009 se logró que 338 121 beneficiarios del programa aceptaran un método de planificación familiar; cifra que se incrementó a 348 483 en 2010. De total, 59 904 fueron adolescentes en 2009 y 63 476 en 2010. Por otro lado, en 2009 se identificó y atendió en control prenatal a 160 253 mujeres embarazadas, de las cuales 29 por ciento fueron adolescentes (47 116), en tanto que para el 2010 el número de mujeres embarazadas en control se incrementó en ocho por ciento con respecto al año anterior, manteniéndose la proporción de madres adolescentes en control (29.5 por ciento). En el rubro de atención del parto en el medio institucional, en 2010 se brindó atención a 88 540 mujeres, casi 5 mil parturientas más que en 2009. En ambos años la población adolescente representó 24 por ciento.

El *Programa de Acción Específico 2007-2012 sobre Planificación Familiar y Anticoncepción* establece que se promuevan la focalización de actividades de alto impacto y bajo costo que favorezcan la reducción de los rezagos en salud reproductiva en población urbano-marginada, rural e indígena. Para dar respuesta a estos compromisos la SS estableció, en coordinación con el Consejo Nacional de Población (CONAPO) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Estrategia de Atención Integral en Salud Reproductiva y Violencia Familiar en Comunidades Indígenas de Municipios de Alta Marginación. Su propósito es contribuir a mejorar las condiciones de salud sexual y reproductiva e impulsar una vida libre de violencia a través del fortalecimiento del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos desde un enfoque intercultural y con perspectiva de género en la población indígena residente en localidades de alta marginación.

Como parte de la estrategia se elaboró un diagnóstico, en función del cual se decidió implementarla en 20 localidades seleccionadas de los estados de Chiapas (10), Hidalgo (5) y Veracruz (5).<sup>24</sup> Entre otras actividades, se llevó a cabo el fortalecimiento de los sistemas de salud locales, al dotarles de un vehículo, insumos, equipos e instrumental médico. Durante 2009, se logró la expansión del proyecto en Chiapas, debido a que varias dependencias del gobierno estatal se interesaron y decidieron ampliar el proyecto con la aportación de más recursos financieros por parte del Gobierno.

Durante 2009 y 2010, como parte de esta estrategia, se continuó con la integración de las brigadas juveniles indígenas, contando con la participación de seis estados (Hidalgo, Michoacán, Nayarit, Puebla, Quintana Roo y Oaxaca), con un total de 1 576 brigadistas juveniles, originarios de 84 localidades. Además, se diseñó y se reprodujeron tarjeteros de métodos anticonceptivos, cuya finalidad es servir como material de apoyo didáctico para el personal de salud que atiende población indígena; el costo total de este material fue de 1 666 108 pesos.

En 2010 se inició el proceso de acreditación con elementos interculturales del *Programa Caravanas de la Salud*. Este proceso garantiza mínimos de calidad en la prestación de los servicios para otorgarlos con sensibilidad cultural.<sup>25</sup> En este periodo se entregaron las primeras 13 constancias en lengua indígena, de las Caravanas que se acreditaron con estas características.

Durante 2010 el *Programa Caravanas de la Salud* operó con 1 403 unidades médicas móviles, lo que permitió lograr una cobertura total de 17 529 localidades en 902 municipios y de 3.3 millones de personas; se realizaron 3.9 millones de consultas y 9.4 millones de acciones de

<sup>24</sup> En Chiapas en el municipio de Tenejapa; en Hidalgo en Huejutla de Reyes, Xoxhítipan, Yahualica, San Felipe y Orizatlán; y en Veracruz en Chiconamel, Tantoyuca, Tlachichilco e Ixhuatlán de Madero.

<sup>25</sup> Los criterios incluidos en la acreditación son: sensibilización intercultural del personal de las Caravanas, promoción de los programas de salud en la lengua de la región y presencia de traductor o mecanismos de traducción en la lengua de los hablantes/usuarios de los servicios.

promoción y prevención a la salud en las 32 entidades federativas.

Asimismo, se impulsa y consolida una política intercultural en salud como elemento central en las estrategias de salud reproductiva y de los programas de salud en general. Para 2011 está proyectada la construcción de seis módulos de partería tradicional con enfoque intercultural en los estados de Chiapas, Guerrero y Querétaro en conjunto con la CDI y el CNEGSR.

De igual forma, con el objetivo de eliminar las barreras culturales que propician el distanciamiento entre las mujeres embarazadas y los servicios de emergencia obstétrica, y con el propósito de disminuir las muertes maternas con base en el Convenio General de Colaboración para la Atención de Emergencias Obstétricas, se elaboraron y distribuyeron en formato electrónico, materiales de sensibilización intercultural.

En el periodo reportado, para el *Programa Caravanas de la Salud* se ejercieron 460 818 334.29 pesos en las 32 entidades federativas.

## 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.

En el IMSS existen actividades de comunicación educativa dirigidas hacia los varones, con el propósito de cuidar su vida sexual y reproductiva, evitando relaciones sexuales de riesgo con el uso del preservativo, así como apoyar a aquellos que aceptan la vasectomía como método anticonceptivo. En 2009 se entrevistó a 284 613 varones y en 2010 a 317 932, lo que representa un incremento de 11.7 por ciento con un logro de 22 098 varones que optaron por la vasectomía.

Dentro de la perspectiva de género se ha fortalecido la atención a los varones, a fin de mejorar su participación en las acciones de salud sexual y reproductiva en el ámbito del programa. Las actividades que se realizan con hombres y mujeres, han sido un pilar fundamental para fortalecer la

toma de conciencia entre los géneros sobre la importancia de que ambos participen en la toma de decisiones que tienen que ver con todas las esferas de su vida. Ejemplo de ello es la inclusión de los varones en la línea de acción *Acercamiento de servicios* que forma parte del MAISAR, a través del cual se forman grupos de adolescentes embarazadas con un plan de sesiones que contienen temas de salud prenatal e identificación de riesgos, con el objetivo de que las parejas adopten conductas saludables que favorezcan el óptimo desarrollo del embarazo.

Como resultado de estas acciones durante el año 2009 se formaron 24 249 grupos educativos de adolescentes embarazadas y en el 2010 esta cifra aumentó a 25 038, con ello se logró capacitar 62 332 jóvenes en 2010, cifra superior en 9 455 a lo alcanzado en 2009.

El *Programa de Acción Específico 2007-2012 Planificación Familiar y Anticoncepción*, contempla favorecer la participación del hombre en las decisiones reproductivas. Para lograrlo se establecieron las siguientes actividades: incrementar el número de servicios de vasectomía en las unidades médicas de la SS; fortalecer la capacidad técnica de los prestadores de servicios en salud sexual y reproductiva del hombre; promover su participación en el autocuidado de su salud sexual y reproductiva, y promover su participación en el respeto a los derechos reproductivos.

Entre 2008 y 2009, el CNEGSR continuó con la estrategia de capacitación del personal que realiza el procedimiento quirúrgico de la vasectomía sin bisturí, para fortalecer la integración de dicho procedimiento a la atención de la salud sexual y reproductiva de los hombres. Además, en el país se ha incrementado el número de servicios: en 2009 se contaba con 197 y en 2010 se contó con 203. En 2009 se incorporaron 8 924 usuarios nuevos de la vasectomía y en 2010 un total de 9 387. La inversión para el 2010 fue de 429 200 pesos para los servicios de vasectomía son bisturí otorgándoseles dotaciones de acrílicos que identifican a estos servicios, tanto en las unidades como en los Centros Estatales de Capacitación en esta técnica. Además se realizaron tres reuniones regionales de Salud Sexual y Reproductiva que tuvieron una participación de 118 personas y un costo de 624 440.00 pesos.

Adicionalmente, en 2010, 78.3 por ciento de los proyectos financiados por el CENSIDA dirigidos a población clave se focalizaron en hombres, los cuales constituyen la población más afectada por el VIH en México.<sup>26</sup> En este tema se invirtieron 23 683 682.62 pesos para el financiamiento de proyectos de prevención frente al VIH en poblaciones vulnerables, de los cuales 21 192 726.12 pesos (89.5 por ciento) se dirigieron a hombres.

## LÍNEA DE ACCIÓN 2.9

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

A través del *Programa Vete Sano, Regresa Sano*, durante 2010 se realizaron actividades tendientes a fortalecer el acceso a la oferta de servicios de prevención y promoción de la salud dirigidos a la población migrante en sus lugares de origen y tránsito, de servicios de tipo preventivo, de diagnóstico y terapéuticos, así como la prestación de servicios no personales, dirigidos a la comunidad.

En 2010, las coordinaciones estatales organizaron 161 ferias de la salud en localidades de origen, tránsito y destino (migración interna), contando con la participación de 66 699 personas. En estas ferias se hizo entrega y actualizó la Cartilla Nacional de Salud. Del periodo comprendido de 2008 a 2010 se han realizado 980 ferias de la salud en beneficio de 823 527 migrantes y sus familiares.<sup>27</sup>

<sup>26</sup> Estos proyectos se encuentran distribuidos en 16 entidades federativas del país: Aguascalientes, Baja California, Chihuahua, Coahuila, Distrito Federal, México, Morelos, Michoacán, Guanajuato, Jalisco, Nuevo León, Puebla, Querétaro, Sonora, Tlaxcala y Yucatán.

<sup>27</sup> En estas ferias se llevan a cabo jornadas médicas en las que se realizan acciones de vacunación, detección de enfermedades crónico degenerativas, enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas, así como enfermedades bucales, vigilancia del estado nutricional, desparasitación intestinal y entrega de suplementos y complementos alimenticios, además de la detección, orientación y consejería sobre infecciones de transmisión sexual, salud reproductiva y adicciones y la entrega de métodos anticonceptivos.

## LÍNEA ESTRATÉGICA 2.11

### FOMENTAR LA PARTICIPACIÓN SOCIAL Y DE LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL EN LOS PROGRAMAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

Los programas de salud prioritarios del *Programa IMSS-Oportunidades* son posibles a través de la integración de la organización comunitaria y de su orientación en acciones de promoción de la salud. Esta organización comunitaria está integrada por 17 858 Comités de Salud. Asimismo, existen 14 931 Voluntarios de Salud electos en la Asamblea Comunitaria que realizan trabajo voluntario con la población en localidades denominadas de Acción Intensiva (LAI) en donde no existen servicios de salud instalados, así como en localidades sede de unidad médica que por su demografía han sido sectorizadas, y en localidades de microrregión. Adicionalmente se cuenta con 180 111 Mujeres Voluntarias que tienen la responsabilidad de atender y vigilar a un grupo de entre diez y quince familias y orientarles en el cuidado de su salud.

En el bienio 2009 y 2010 los Voluntarios de Salud realizaron 1 908 546 valoraciones de niños y 202 230 valoraciones de embarazadas con nutricinta, la cual es un instrumento que mide la circunferencia del brazo para conocer el estado nutricional de los niños y mujeres. De esa forma se derivaron al equipo de salud de Unidades Médicas a 159 705 niños y 12 935 embarazadas con evidencia de desnutrición.

En forma similar, las Mujeres Voluntarias realizaron 1 434 182 valoraciones nutricionales de niños y 152 004 de embarazadas, de este total se identificaron 106 271 niños y 9 886 embarazadas desnutridas.

En salud sexual y reproductiva, los Voluntarios de Salud identificaron a 73 578 embarazadas durante el primer trimestre y 75 159 embarazadas después del primer trimestre, de éstas 142 265 se canalizaron a control prenatal y 6 112 a atención del parto.

El MAISAR fue apoyado con los Voluntarios de Salud quienes realizaron las siguientes acciones en el año 2010: canalizaron a 109 613 adolescentes para la atención de su salud sexual y reproductiva, así como a 87 620 embara-

das y lograron que 46 430 adolescentes aceptaran métodos de planificación familiar.

Con el propósito de mejorar la participación de la población atendida por el *Programa IMSS-Oportunidades*, se planeó con la SS la unificación de estrategias, contenidos y métodos de materiales educativos, creando los Talleres Comunitarios para el Autocuidado de la Salud, mismos que se vinculan con la estrategia institucional del PREVENIMSS y para los cuales se toman como base los 35 temas del *Programa Desarrollo Humano Oportunidades* organizados en once bloques temáticos.

Como resultado de esta estrategia, en 2009 y 2010 se impartieron 1 159 021 talleres comunitarios, en los que participaron 19 146 177 personas. Asimismo se registraron 589 346 círculos de lectura con una asistencia de 6 207 751 personas.

Con el fin de reducir la mortalidad materna y apoyar las prioridades en salud,<sup>28</sup> se elaboraron 57 cápsulas de audio e igual número de guiones radiofónicos con mensajes de salud presentes en las zonas endémicas de riesgo obstétrico y con los problemas de salud. Estos spots iniciaron su transmisión desde el 2008 a través del sistema de 20 radiodifusoras de la CDI y actualmente continúa su exposición, programando su transmisión en las localidades de mayo a diciembre del 2011.

Parte integrante de la organización comunitaria son las Parteras Voluntarias Rurales, las cuales promueven acciones para la salud reproductiva, materno infantil y ginecológica en las localidades del universo de trabajo. En el último bienio se reforzaron las acciones orientadas a reforzar estrategias en materia de salud materno infantil, por ello se trabajó con 2 336 Parteras Voluntarias Rurales en las Delegaciones del IMSS con localidades de mayor riesgo de muerte materna.<sup>29</sup> Asimismo, se efectuaron sesiones bimestrales de orientación dialogada en las unidades médi-

cas de *IMSS-Oportunidades* con 6 439 parteras con las que se mantiene coordinación.

La promoción de prácticas saludables tiene como objetivo promover la sensibilización, reflexión y responsabilidad necesarias para la toma de decisiones en el autocuidado de la salud, a nivel personal, familiar y comunitario. Esta estrategia se encuentra dirigida al personal institucional de acción comunitaria, voluntarios de la comunidad y población abierta. Durante el bienio 2009-2010 se realizaron 8 512 talleres delegacionales, zonales y locales,<sup>30</sup> en los que participaron 166 799 personas en temas como: salud materno-infantil, salud ginecológica, salud sexual y reproductiva, infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas y nutrición.

El objetivo de la Contraloría Social en el Programa *IMSS-Oportunidades* es el de establecer un canal de comunicación entre los servidores públicos del programa y los beneficiarios del mismo, que contribuya a una cultura de transparencia y rendición de cuentas. Este mecanismo promueve la participación de los beneficiarios, para verificar y dar seguimiento a los servicios y apoyos que se reciben a través del programa, para que éstos se proporcionen con oportunidad y calidad.

Durante el 2009 y 2010 se realizaron 12 081 talleres de contraloría social con la participación de 333 174 personas de 17 entidades federativas, con la finalidad de brindar un mejor servicio de salud.

Las actividades del *Programa Aval Ciudadano* fomentan la participación de la sociedad organizada (ONG, academia, asociaciones civiles, entre otros) para la mejora de los servicios de salud, en materia de resolutivez y calidad (no tienen como propósito vigilar los derechos sexuales o reproductivos de la población).

<sup>28</sup> En materia de salud materna, salud ginecológica, *diabetes mellitus*, promoción de la vacunación, prevención y control de la influenza y tuberculosis pulmonar, dengue, hepatitis A y las enfermedades diarreicas.

<sup>29</sup> Chiapas, Chihuahua, Hidalgo Michoacán, Puebla, San Luis Potosí, Tamaulipas, Veracruz Norte y Yucatán.

<sup>30</sup> Los talleres tuvieron lugar en las siguientes entidades federativas: Baja California, Campeche, Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Durango, Hidalgo, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sinaloa, Tamaulipas, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

## 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 marco de la generación de información de vanguardia, el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) realizó la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID).<sup>31</sup> Su objetivo es obtener información sobre fecundidad, mortalidad y migración de las mujeres de 15 a 54 años residentes del hogar, incluyendo a la población migrante internacional, que eran residentes en el hogar en los últimos cinco años. Esta encuesta también evalúa las estadísticas de nacimientos y defunciones generadas a través de los registros administrativos.

Durante 2010 se procesaron los tabulados con información nacional, algunos con desagregación por entidad federativa y tamaño de localidad, para temas como fecundidad, mortalidad infantil, migración, preferencias reproductivas, anticoncepción, salud materno-infantil, etc. También se elaboraron las bases metodológicas y conceptuales, el diseño estadístico y el diseño del operativo de campo de la encuesta. Se validaron las variables de la base de datos, se trabajó en la propuesta de tabulados y se terminaron los programas para la explotación de resultados de la ENADID 2009. Asimismo, se publicó el documento Metodología y Tabulados Básicos en formato electrónico; se inició la carga del proyecto en el repositorio institucional del Data Warehouse y también la edición del *Panorama Sociodemográfico de México. Principales resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2009*.

Esta encuesta implicó un monto de 5 223 001.30 pesos, integrados por capital proveniente del INEGI y del CONAPO.

En el marco de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la SG-CONAPO se encargó de reportar tres indicadores, a saber, la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos y la demanda insatisfecha de los mismos, entre mujeres en edad fértil unidas, y la tasa de fecundidad

adolescente. El reporte consistió en la generación de la información sobre cada uno de los indicadores para una serie definida de tiempo, la actualización de la ficha técnica que acompaña a los datos y la elaboración de los apartados respectivos a dichos indicadores en el Informe que presentó México al respecto. Además, se elaboraron los apartados correspondientes para el capítulo que aborda el Objetivo 5. Mejoramiento de la Salud Materna, al cual dan seguimiento los indicadores referidos, en el Informe de País sobre el estado de los ODM, el cual será presentado durante 2011.

Asimismo, en 2010, la SG-CONAPO recibió 10 mdp por parte del *Programa de Igualdad entre Hombres y Mujeres* (Anexo 10 del Presupuesto de Egresos de la Federación), destinados a elaborar una campaña integral para la prevención del embarazo no planificado e infecciones de transmisión sexual entre adolescentes. El recurso asignado para tal fin se enmarca dentro de los esfuerzos que ya realizaba el CONAPO en torno a consolidar una estrategia renovada de Planificación Familiar en México.

Aunado a lo anterior, la SG-CONAPO efectuó en 2010 los siguientes estudios:

Documento metodológico *Nuevas estimaciones de las necesidades insatisfechas de anticoncepción en México*, el cual, a partir de la revisión minuciosa del procedimiento de cálculo de la Necesidad Insatisfecha de Anticoncepción (NIA), intenta un abordaje distinto, que permita identificar con mayor precisión a la población realmente susceptible de utilizar métodos anticonceptivos y que, en la medida en que no lo hace a pesar de no desear procrear, experimenta situaciones de necesidad insatisfecha. Se consultaron encuestas especializadas con información disponible para calcular este indicador, construyendo una serie de tiempo lo más amplia posible. El cuadernillo se encuentra a disposición de los interesados en la página electrónica del CONAPO.

Del análisis anterior, se desprendió el estudio *La necesidad insatisfecha de anticonceptivos en adolescentes: análisis de sus niveles, tendencias y componentes*. En dicho documento se busca precisar las estimaciones de este indicador entre la población femenina de 15 a 19 años sexualmente activa, a fin de evaluar a medio camino la meta correspondiente establecida en el PNP 2008-2012.

<sup>31</sup> Los resultados de este levantamiento se presentan a nivel nacional, entidad federativa y tamaño de localidad.

Se elaboró un estudio sobre los niveles, tendencias y caracterización del fenómeno de la maternidad adolescente en México, a lo largo de 35 años. El texto presenta una descripción general de la población actual de mujeres adolescentes, en términos de sus características demográficas, educativas, laborales y de salud reproductiva. La segunda parte analiza la fecundidad adolescente en los últimos 35 años. En tercer lugar se describen las transformaciones en el perfil sociodemográfico de las mujeres de distintas generaciones que fueron madres en la adolescencia, con el fin de identificar cambios y permanencias del fenómeno. Las conclusiones retoman y comentan brevemente los hallazgos más importantes y proponen vertientes de análisis y acción pública tendientes a la comprensión y reducción del fenómeno. El artículo hace uso de diversas encuestas especializadas en temas de educación, salud, empleo, fecundidad y anticoncepción que permiten identificar a las mujeres adolescentes. El artículo se publicó en *La Situación Demográfica de México 2010*.



ESTRATEGIA 2. ASEGURAR LAS CONDICIONES SOCIALES E INSTITUCIONALES FAVORABLES AL EJERCICIO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS										
LÍNEAS DE ACCIÓN										
	CONAPO	SEDESOL	SS	ISSSTE	IMSS	INEGI	INMUJERES	DIF	CDI	
2.1 PROMOVER EL CONOCIMIENTO Y EL PLENO EJERCICIO DE LOS DERECHOS VINCULADOS CON LA SEXUALIDAD Y LA REPRODUCCIÓN		X		X	X				X	
2.2 SALVAGUARDAR EL PRINCIPIO DE LA LIBRE ELECCIÓN INFORMADA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR					X					
2.3 FORTALECER LA INCLUSIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LAS ACTIVIDADES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA			X		X		X			
2.4 APOYAR LAS ACCIONES ORIENTADAS A AMPLIAR EL ACCESO Y MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR					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 DEL 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		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 ESTRATEGIAS ORIENTADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS POBLACIONES QUE NO HAN SIDO SUFICIENTEMENTE ATENDIDAS, COMO LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD, ENTRE OTRAS										
2.11 FOMENTAR LA PARTICIPACIÓN SOCIAL Y DE LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL EN LOS PROGRAMAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA										
2.12 REALIZAR ESTUDIOS SOBRE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y SOBRE SUS FACTORES DETERMINANTES DE ORDEN SOCIAL, ECONÓMICO, CULTURAL E INSTITUCIONAL					X	X				

