

Diagnóstico del Programa presupuestario P020

1. ANTECEDENTES

La propuesta de Estructura Programática 2016 del Sector Salud tiene como objetivo realizar una reingeniería de los Pp bajo su responsabilidad para reforzar el enfoque al logro de resultados, evitar la duplicidad de funciones y alinear de mejor forma los objetivos del Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (PSS) al PND.

Con los ajustes a la Estructura Programática de los 45 programas presupuestarios (Pp) vigentes en 2015, operarán 33 en 2016

Contribución a las Metas Nacionales y Objetivos Sectoriales

En congruencia con lo establecido en el PND 2013-2018, a través de su Meta Nacional México Incluyente, objetivo 2.3 Asegurar el acceso a los servicios de salud, y el objetivo 3 del Programa Sectorial de Salud (PSS) Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.

La fusión del Pp U007 Reducción de la mortalidad materna y calidad en la atención obstétrica y del Pp P017 Atención de la salud reproductiva y la igualdad de género en salud, generó el nuevo Pp P020 Salud materna, sexual y reproductiva.

El Programa P017 existe desde 2009 con el nombre de “Atención a la Salud Reproductiva y la Igualdad de Género en Salud”, y es hasta el 2010 que se instala el Programa U007 con el nombre de “Reducción de la mortalidad materna”

Con este programa resultado de la fusión, se alinearán los recursos para la instrumentación de las políticas públicas relacionadas con la salud de las mujeres, incluyendo el embarazo, parto, puerperio, cáncer cérvico-uterino, cáncer de mama, planificación familiar y anticoncepción, entre otras; con lo cual se pretende mejorar las acciones de prevención y atención bajo un solo instrumento de política pública, y con ello lograr mayor eficiencia en la asignación y ejercicio de los recursos. Asimismo, con este programa se contribuye a la instrumentación y el fortalecimiento de seis programas de acción específica: Igualdad de Género en Salud; Planificación Familiar y Anticoncepción; Violencia Familiar y de Género; Cáncer de la Mujer; Salud Materna y Perinatal; y Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes.

2. OBJETIVO

El programa presupuestario P020 consiste en la alineación de recursos y acciones para cerrar las brechas existentes en materia de salud materna y perinatal, sexual y reproductiva y reducir las inequidades de género en materia de salud entre los diferentes grupos sociales y regiones del país; a través de la promoción del acceso integral, efectivo, a acciones preventivas y de atención oportuna durante el embarazo, parto y puerperio incluyendo a la persona recién nacida; el acceso libre e informado a métodos de planificación familiar y anticoncepción; así como la reducción de la mortalidad por cáncer de mama y cáncer cérvico uterino y de los daños a la salud derivados de la violencia de género; todo ello con absoluto respeto a los derechos humanos de la población y con perspectiva de género.

2.1 ESTRUCTURA GENERAL DEL DIAGNÓSTICO

Unidad Responsable (UR):	L00
Grupo Funcional (FI):	2
Función (FN):	3
Subfunción (SF):	4
Reasignación (RG):	0
Actividad Institucional (AI):	14

3. IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

3.1 ANTECEDENTES

En México las **políticas públicas en materia de planificación familiar y anticoncepción** se remontan a la década de los setenta, cuando la fecundidad y el crecimiento de la población alcanzaron los niveles más altos en la historia del país.

En sus primeros años de existencia, los programas públicos de planificación familiar se orientaron a reducir las tasas de fecundidad y a disminuir el crecimiento de la población. Más tarde las acciones se orientaron a mejorar la salud materna e infantil, y a partir de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo, Egipto, en 1994, el objetivo principal ha sido asegurar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población, con perspectiva de género y enfoque intercultural.

Hoy en día, la planificación familiar se concibe como un derecho humano que hace posible acceder a otros derechos como la salud, la educación y el disfrute de una mejor calidad de vida.

Los avances alcanzados durante casi cuatro décadas de políticas públicas son importantes, pero insuficientes, particularmente porque durante la primera década de este siglo prácticamente se estancó la cobertura del Programa, lo cual plantea grandes desafíos para poder atender las demandas y necesidades de la población con enfoque de derechos humanos, atendiendo las recomendaciones de importantes Conferencias Internacionales a las que nuestro país se ha sumado en el seno de las Naciones Unidas.

Para atender los retos y desafíos que se enfrentan en este campo de la salud y contribuir a lograr el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, en esta Administración se cuenta con un Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018, tiene como finalidad contribuir a que la población disfrute de su vida sexual y reproductiva de manera libre, satisfactoria, responsable y sin riesgos.

Por su parte, el Programa de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes se estableció con el fin de atender los retos y desafíos que se enfrentan en este campo de la salud en mujeres y hombres de 10 a 19 años de edad, atendiendo las recomendaciones y observaciones de instituciones públicas de salud, organizaciones de la sociedad civil, instituciones académicas, investigadores, población usuaria de los servicios y personas interesadas en el tema.

El Programa de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes se instituyó por primera vez en México, a partir de la creación del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) en el

2003 con la misión de contribuir a incorporar la perspectiva de género en salud y a mejorar la salud sexual y reproductiva de la población a través de acciones sustentadas en evidencias científicas, con un sentido humanitario y de compromiso social.

Las actividades de salud materna y perinatal se inician en la Secretaría de Salud en el año de 1971, al crearse la Dirección General de Atención Médica Materno-Infantil, con el propósito primordial de atender a la población abierta desde el punto de vista médico y proporcionarle los servicios requeridos durante el embarazo, parto y puerperio asociados a la salud materno-infantil.

En octubre de 1972, concluyó la elaboración del Programa de Atención Materno-Infantil, con base al cual se inició la prestación de servicios de planificación familiar a partir de enero de 1973 en diez centros de salud urbanos, durante ese año se adiestró al personal de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia, logrando que se implantara el programa en ciento trece unidades de atención considerando centros de salud y hospitales urbanos.

En el año 1974, se promulgó la Ley General de Población, en la cual se señala la responsabilidad de las Dependencias del Ejecutivo Federal de “realizar programas de planificación familiar a través de los servicios educativos y de salud pública de que disponga el sector público y vigilar que dichos programas y los que realicen los organismos privados, se lleven a cabo con absoluto respecto a los derechos fundamentales del hombre y preserven la dignidad de las familias, con el objeto de regular racionalmente y estabilizar el crecimiento de la población.”(art.3 fracc.II).

Durante los años de 1974 a 1976 se incorporó el Programa de Planificación Familiar a los centros de salud suburbanos y en menor escala a los rurales.

El 19 de agosto de 1977, la Dirección General de Atención Médica Materno-Infantil, por disposición superior, se transformó en la Dirección General de Salud Materno-Infantil y Planificación Familiar, con ello se inició en la Secretaría de Salubridad y Asistencia el Programa de Salud Rural para promover en las pequeñas localidades rurales el acceso a servicios “mínimos de salud” que incluían los de planificación familiar, también se amplió la atención en zonas urbanas.

En el año de 1983, como resultado de las acciones de descentralización de la vida nacional, la Secretaría de Salubridad y Asistencia se reorganiza de manera que el Programa de Planificación Familiar en sus aspectos de planeación, normatividad, control y evaluación queda bajo la responsabilidad de la entonces denominada Subsecretaría de Salubridad, a través de una Dirección General integrada por la Coordinación General de Planificación Familiar y parte de la Dirección General de Salud Materno-Infantil y Planificación Familiar, las atribuciones de ésta nueva unidad administrativa quedaron inscritas en el Reglamento Interno de la Secretaría, que fueron publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 13 de octubre del mismo año.

En 1984, al promulgarse la Ley General de Salud, se definieron los servicios de planificación familiar y se dieron las bases para perfeccionar la estructura de la Secretaría como parte de los trabajadores de reorganización y modernización de los servicios.

En junio del mismo año, la Asociación de Lucha contra el Cáncer apoya al Programa Nacional de Prevención y Control de Cáncer integrado a la Dirección General de Medicina Preventiva conformada por una Subdirección y tres Jefaturas de Departamento, con tres componentes: a) Prevención de Cáncer Cérvico Uterino; b) Prevención de Cáncer en órganos digestivos y peritoneo y ; c) Prevención de Cáncer de aparato getinourinario y tejido linfático de los órganos hematopoyéticos, dando mayor énfasis a la prevención del cáncer cérvico uterino y de mama.

En 1994, de acuerdo a la estrategia de modernización administrativa se volvieron a integrar la Dirección General de Planificación Familiar y la Dirección General de Atención Materno Infantil, creando la Dirección General de Salud Reproductiva bajo la responsabilidad de la Subsecretaría de Servicios de Salud, con una estructura organizacional de cinco Direcciones de Área, ocho Subdirecciones y catorce Jefaturas de Departamento.

El 16 de enero de 1995, se publica en el Diario Oficial de la Federación la Norma Oficial Mexicana Nom-014-SSA2-1994 para la Prevención, Tratamiento y Control del Cáncer del Cuello del Útero y Mamario en la atención primaria.

En 1996 se reubica el Programa de Cáncer en la Mujer de la Dirección General de Medicina Preventiva a la Dirección General de Salud Reproductiva, para formar parte de los componentes de Salud Reproductiva y se reorienta y renueva el programa incluyendo componentes de normatividad, estrategias programáticas, capacitación, control de calidad, información y evaluación, investigación, comunicación educativa y social y participación comunitaria, otorgándole en 1997 un nivel de Dirección de Área adscrito a la Dirección General de Salud Reproductiva. Esta dirección además incluía un Programa de Atención del Climaterio y de la Condición Posmenopáusica.

Derivado a la nueva estructura organizacional de la Secretaría de Salud, a partir del día 6 de agosto de 1997, se publicó el Reglamento Interior de la Dependencia en el Diario Oficial de la Federación. La Dirección General de Salud Reproductiva paso a pertenecer a la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, con la nueva estructura orgánica autorizada por la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo y la Secretaria de Hacienda y Crédito Público.

El 6 de octubre de 1997 se publica en el Diario Oficial, la creación del Comité Nacional para la Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino y Mamario, con el objeto de contribuir a la disminución de las tasas de mortalidad por dichas neoplasias mediante la intensificación de acciones preventivas y de control de factores de riesgo, así como el desarrollo de estrategias para su detección oportuna. En esta área se elabora el nuevo Programa de Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino, periodo 1998-2000, incluyendo avances científicos y tecnológicos, y fortaleciéndose la estructura y los recursos disponibles para su operación.

El 6 de marzo de 1998, se publicó la modificación a la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino, entrando en vigencia al día siguiente de su publicación. El objetivo de esta norma es uniformar los principios, políticas, estrategias y criterios de operación para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.

La norma de cáncer cérvico uterino es de observancia obligatoria para todo el personal de salud en los establecimientos que prestan servicios de atención de los sectores público, privado y social que realicen acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia del cáncer cérvico uterino y se dará especial atención a las áreas rurales e indígenas a través de estrategias de extensión de cobertura y en las zonas urbano marginales

En 1998, el Programa de Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino se separa del Cáncer de Mama, debido a que los factores de riesgo, estilos de vida y especialistas vinculados a cada uno de estos cánceres son muy distintos y al incremento paulatino del cáncer de mama como una enfermedad emergente vinculada al desarrollo.

El mismo año, se crea la Coordinación de Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino, y en diciembre de 1999 se autoriza como Dirección General de Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino, adscrita a la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, contando con una nueva estructura orgánica: Una Dirección General, Dirección Técnica de Cáncer Cérvico Uterino, Dirección de Vinculación, Subdirección de Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino, Subdirección de Estrategias Especiales, Subdirección de Sistematización de la información, Departamento de Programación, Departamento de Sensibilización, Participación Social y Comunicación Educativa y una Coordinación Administrativa.

En el año 2000 la Dirección General de Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino se fusionó a la Dirección General de Salud Reproductiva ya existente, simultáneamente, se creó la Coordinación del Programa de Mujer y Salud, con la misión de promover una visión de la salud a lo largo del ciclo vital de la mujer, con un enfoque holístico y de derechos humanos; incorporando la perspectiva de género en la Secretaría de Salud y contribuyendo a la disminución de las inequidades de género en salud; atendiendo a la mujer no sólo como usuarias de servicios de salud; sino como trabajadoras de la salud a nivel profesional, familiar y comunitario. Este programa se presentó oficialmente el 25 de noviembre de 2001; y su desarrollo y conducción de diciembre del 2001 hasta agosto del 2003 se llevó al cabo por 4 personas contratadas como parte de la Oficina del C. Secretario, ya que no existía una estructura orgánica en la Secretaría que tuviera las atribuciones para desarrollar estas actividades.

Después de diversos esfuerzos, el 1° de Septiembre de 2003 se crea como un órgano desconcentrado el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva como resultado de la fusión de dos unidades administrativas centralizadas de la Secretaría de Salud existentes previamente: la Dirección General de Salud Reproductiva que dependía de la Subsecretaría de Prevención y Protección a la Salud y el Programa de Mujer y Salud que dependía del C. Secretario de Salud. Los programas de acción que quedaron a cargo del nuevo Centro Nacional fueron los diferentes programas de las unidades que se fusionaron como fueron igualdad de género en salud, violencia de género y salud reproductiva que incluye arranque parejo en la vida (salud materna y perinatal), cáncer de mama y cáncer cérvico uterino, planificación familiar, salud reproductiva del adolescente y la salud durante la peri y postmenopausia.

Por disposición oficial se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 19 de enero de 2004, y más tarde aparece instituido en el artículo 40 del Reglamento Interior de la dependencia en comento, como un instrumento jurídico, para cumplir con el objeto para el que fue creado.

De esta forma, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva se estructura como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, implementándose programas, como el de la salud sexual y reproductiva, con la misión de contribuir a incorporar la perspectiva de género en salud y a mejorar la salud sexual y reproductiva de la población a través de programas y acciones sustentados en evidencias científicas, mejores prácticas y las necesidades de salud de la población, con un sentido humanitario y compromiso social, en un marco de participación social y con el pleno respeto a las garantías individuales tuteladas en nuestra Constitución.

En México las acciones de planificación familiar y anticoncepción están respaldadas jurídicamente tanto por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y otros documentos normativos y legislativos de carácter nacional, como por un conjunto de tratados, convenciones y acuerdos internacionales, entre los que destaca la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), celebrada en el Cairo, Egipto, en 1994. En el ámbito nacional, los principales ordenamientos de tipo jurídico en los que se sustentan las acciones de planificación familiar y salud reproductiva son las siguientes:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que en su Artículo 4° señala que toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

Leyes:

Ley General de Población

Ley General de Salud

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación

Reglamentos:

Reglamento de la Ley General de Población

Reglamento de la Ley General de Salud

Normas Oficiales Mexicanas:

Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación. (NOM-005-SSA-1993), cuya actualización se publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF) del 21 de enero de 2004, con Nota aclaratoria publicada en el DOF el 16 de junio de 2004

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios para la prestación del servicio, publicada en el DOF el 6 de enero de 1995.

Norma Oficial Mexicana NOM 010-SSA2-1993 para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, modificación publicada en el DOF 10 de noviembre de 2010.

Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999. Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, para quedar como NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, publicada en el DOF 16 de abril de 2009.

Norma Oficial Mexicana NOM 014-SSA2-1994 para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino, actualizada en 2007 y publicada en el DOF 31 de mayo de 2007.

Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011 para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama, actualizada en 2011 y publicada en el DOF 09 de junio de 2011.

Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2012 para la Prevención y Control de Enfermedades en la Perimenopausia y Postmenopausia de la Mujer. Criterios para brindar la atención médica. Publicada en el DOF 7 de enero de 2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2002 para la Prevención y Control de Defectos al Nacimiento. Publicada en el DOF el 27 de octubre de 2003.

Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012. Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud. Publicada en el DOF 30 de noviembre de 2012.

Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico, para quedar como NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. Publicada en el DOF 15 de octubre de 2012.

En el contexto internacional, las acciones de planificación familiar se fundamentan en las recomendaciones emanadas de diversas conferencias internacionales sobre población y derechos humanos llevadas a cabo en el seno de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en las que se han abordado temas relacionados con la salud, la salud sexual y reproductiva, así como con los derechos sexuales y reproductivos, entre otros. Otros organismos se han sumado al llamado internacional en este tema. Destacan por su relevancia, las siguientes conferencias, convenciones y cumbres:

Conferencia Internacional de Derechos Humanos de 1968, Teherán, Irán.

Conferencia Mundial de Población 1974, Bucarest, Rumania.

Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) 1979.

Conferencia Internacional de Población 1984, Ciudad de México, México.

Convención sobre los Derechos del Niño 1989.

Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo 1994, El Cairo, Egipto.

Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, 1994 Belém do Pará, Brasil.

Cuarta Conferencia Internacional sobre la Mujer 1995, Beijing, China.

Cumbre del Milenio, 2000

Asamblea General sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2010

Cumbre de Londres sobre Planificación Familiar, 2012.

Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y El Caribe, Montevideo Uruguay, 2013

En México la atención de la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, está respaldado en un marco jurídico nacional, así como en acuerdos y tratados internacionales. En el terreno nacional el principal sustento legal de las acciones en esta materia es la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, mientras que la prestación de los servicios se proporciona con base en el marco normativo oficial vigente que a continuación se señalan:

Legislación nacional:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley General de Salud y Reglamento

- Ley General de Población y Reglamento.
- Ley Federal de Protección de los derechos del niño, niñas y adolescentes
- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación
- Ley General de Educación

Convenios y compromisos Internacionales:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos.
- Convención de los Derechos del Niño
- Convención para eliminación de todas las Formas de Discriminación hacia la Mujer (CEDAW), entre recomendaciones del comité.
- Conferencia Internacional de Población y desarrollo el Cairo Egipto, plataforma de acción y revisiones entre 5 y entre 10.
- Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (CMM), realizada en Beijing en 1995.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Ley General de Salud

Reglamento de la Ley General de Salud

Reglamento de la Ley General de Población

Ley Federal de Protección de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación

Ley General de Educación

Convenios y compromisos Internacionales:

Conferencia Internacional de la Población y el Desarrollo

Convención sobre los Derechos de la Infancia (CDI)

Tratados Internacionales vinculantes:

- Declaración Universal de Derechos Humanos, por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948. Referente ético de la constitución nacional, otros documentos de la ONU y documentos regionales de derechos humanos como:
- Convención Americana sobre Derechos Humanos Pacto de San José de Costa Rica, 1969.
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1979.
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Entrado en vigor en México en 1981.
- Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESyC). Entrado en vigor en México en 1981.
- Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Protocolo de San Salvador. 1988. Vinculante.
- Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), 1990.
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer, en Belem Do Para en 1994.
- Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, en Beijing en 1995 (y sus procesos +5 y +10).
- Declaración del Milenio, por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2000.
- Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe 2007, Consenso de Quito.
- Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes (CIDJ), 2008.

Marco Normativo:

Norma Oficial Mexicana (NOM 005) de los Servicios de Planificación Familiar.

NOM-046-SSA2-2005, Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres. Criterios para la Prevención y Atención.

NOM-010-SSA-1993, Para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, Artículo 17, fracción XI,

Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida Libre de Violencia Artículo 46.

3.2.1 IDENTIFICACION Y ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA

La **salud materna, perinatal** e infantil, son temas altamente relevantes para las sociedades y constituyen el centro de los derechos a la salud. Desde el comienzo del siglo pasado, las políticas de salud en el mundo han privilegiado a la maternidad segura (1987) y la supervivencia infantil, la primera centró su atención en la mortalidad materna para ampliarse al enfoque de la salud reproductiva, centrada en la condición social de la mujer y luego en los derechos reproductivos.

En el informe 2012 de los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM), la muerte materna en los últimos 20 años muestra menor progreso que el resto de metas, siendo que en todo el mundo disminuyó un 49% (400 muertes por cada 100 000 niños nacidos vivos en 1990, a 210 en 2010; esta reducción está muy lejos de la meta establecida para la ODM 5.A).

La Razón de Muerte Materna (RMM) observada en países en desarrollo (240 muertes por 100,000 nacidos vivos) es 15 veces mayor que la que presenta los países desarrollados. Esta enorme diferencia ha sido llamada “la mayor desigualdad de todas las estadísticas de salud pública” desde esta perspectiva, para avanzar en la reducción de la muerte materna, se requiere avanzar en el logro de la igualdad de género (ODM 3).

La razón de mortalidad materna (RMM) es un indicador de desarrollo social y obedece a muchos factores: económicos, de educación, culturales, de acceso a los servicios de salud, calidad de la atención médica, entre otros. En México, durante el 2013 se registró una RMM de 38.2 por 100,000 nacimientos registrados por certificados de nacimientos, con lo cual no se cumplirán con las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de alcanzar una RMM de 22.5 para el 2015.

A pesar de que se ha observado una reducción en la muerte materna a nivel nacional, existen grandes brechas entre las entidades federativas en donde aún se presentan RMM altas, similares a países subdesarrollados y con índices de desarrollo bajo. Como se observa en Guerrero, Oaxaca y Chiapas y en general en las entidades donde se encuentran los 125 municipios con menor índice de Desarrollo Humano. Se ha observado en los últimos años una reducción derivada a las estrategias implementadas, sobre todo en entidades como Guerrero, pero a pesar de ello deben redoblar los esfuerzos para alcanzar las metas establecidas para que las mujeres gestantes puedan tener acceso a servicios de salud de óptima calidad.

La mortalidad neonatal constituye el componente más significativo de la mortalidad infantil; de acuerdo a datos reportados en el 2012 fallecieron 28,946 niñas y niños antes de cumplir el primer año de vida, el 62.7% fallecieron durante el periodo neonatal (18,154 muertes) con una de tasa 8 por 1000 recién nacidos vivos, de las cuales 7,817 fueron niñas y 10,223 niños, siendo sus principales causas las malformaciones congénitas, la prematuridad y la hipoxia/asfixia.

En México el tamizaje neonatal tuvo sus inicios en 1978, como un programa académico-experimental del Instituto Nacional de Pediatría y la Universidad Nacional Autónoma de México, que pronto mostró sus bondades y fue en 1995 cuando se constituyó como una acción obligatoria gracias a la expedición de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, de Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

En los términos del Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la planificación familiar es el derecho de toda persona a decidir, de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

Dentro del concepto de la salud reproductiva, la planificación familiar es un derecho humano que implica la facultad que tienen hombres y mujeres de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, segura, libre e informada; de ejercer el derecho de procrear o no, así como la libertad para decidir, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho de las personas a recibir información, consejería y acceso a métodos anticonceptivos de su elección, seguros y eficaces.

En la actualidad, las necesidades y prioridades de la población en materia de salud sexual y reproductiva evidencian que además de los servicios de planificación familiar que son esenciales para limitar o espaciar el número de nacimientos en parejas, también se deben otorgar servicios de anticoncepción a personas que aun cuando no están casadas o unidas, son sexualmente activas y desean evitar un embarazo. Por consiguiente, para satisfacer las necesidades individuales y los ideales reproductivos de personas y/o parejas se deben otorgar servicios de planificación familiar y de anticoncepción.

Los servicios de planificación familiar instituidos oficialmente en el país en la década de los setenta, han sido un factor determinante en la reducción de la fecundidad y del ritmo de crecimiento de la población. Asimismo, han contribuido a mejorar la salud reproductiva de la población, particularmente en lo que corresponde a la reducción de la mortalidad materna y perinatal.

En materia de salud sexual y reproductiva para adolescentes, para reducir la incidencia de infecciones de transmisión sexual y de embarazos en la las políticas públicas deben promover una cultura de respeto a los derechos sexuales y reproductivos entre la población general del país, así como conductas responsables, saludables e informadas en cuanto a la sexualidad y la reproducción entre la población adolescente.

En el ámbito mundial, **el cáncer de mama (CM)** es la segunda neoplasia más frecuente en la población y la primera entre las mujeres, con un estimado de 1.67 millones de nuevos casos diagnosticados anualmente, representando 25% de los casos de cáncer en mujeres. La incidencia es más alta en países desarrollados (excepto Japón); varía desde 27 por 100,000 mujeres en África Central, hasta 96 en Europa occidental. Es también la principal causa de muerte por un tumor maligno en la mujer en países en vías de desarrollo y la segunda en países desarrollados (después del cáncer de pulmón) con una defunción cada minuto por esta causa en alguna parte del mundo (522,000) y tasas de mortalidad que van de 6 en Asia oriental a 20 defunciones por 100,000 mujeres en África Occidental. La tendencia de la mortalidad es ascendente debido a una mayor incidencia de la enfermedad, el envejecimiento poblacional y la poca capacidad de respuesta de los sistemas de salud en países subdesarrollados.

El Cáncer de Mama es una enfermedad maligna que afecta principalmente a las mujeres y en algunas ocasiones a los varones; por lo que este programa de detección está diseñado principalmente para disminuir una brecha de cobertura de detección principalmente por mastografía de tamizaje a mujeres de 40 a 69 años; pues las evidencias científicas demuestran que si se logran coberturas de 70% de la población y su respectivo seguimiento de los casos que resulten sospechosos, se incide en el descenso de la tasa de mortalidad. Evidentemente, esto no implica disminuir una brecha de género en atención a los casos que se presentan en los varones; para los cuales se debe establecer un programa de detección en aquellos varones que por factores de riesgo tienen probabilidad de enfermar por este cáncer.

En México también a partir de 2006, el CM desplaza al CCU para ubicarse como la primera causa de muerte por cáncer en la mujer. Anualmente se estima una ocurrencia de 20,444 casos en mujeres, con una incidencia de 35.4 casos por 100,000 mujeres. En el año 2012, se registraron 5,595 defunciones en mujeres con una tasa cruda de 9.4 defunciones por 100,000 mujeres y un promedio de edad a la defunción de 58.96 años. En el grupo específico de mujeres de 25 años y más, se registraron 5,584 defunciones en mujeres con una tasa cruda de 17.2 defunciones por 100,000 mujeres. Las entidades con mayor mortalidad por cáncer de mama son Coahuila (23.8), Colima (22.9), Sonora (22.7), Distrito Federal (22.7) y Jalisco (22.2).

El **cáncer del cuello uterino** (CCU) es la séptima neoplasia más frecuente en la población mundial y la cuarta más frecuente entre las mujeres, con un estimado de 528 mil nuevos casos diagnosticados anualmente, 85% de los cuales se registran en países en vías de desarrollo. La incidencia es más alta en países en vías de desarrollo; varía desde 42.7 en África Oriental, hasta 4.4 por 100,000 mujeres en Asia occidental (Medio oriente).

El CCU es también una importante causa de muerte por un tumor maligno en la mujer con 266,000 defunciones anuales, 87% de las cuales ocurren en países subdesarrollados. Las tasas de mortalidad van de 2 en Asia Occidental a 27.6 defunciones por 100,000 mujeres en África Oriental. La tendencia de la mortalidad es descendente debido a una menor incidencia de la enfermedad por la mejora en las condiciones sociales y la respuesta de los sistemas de salud.

El cáncer del cuello uterino es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer. Anualmente se estima una ocurrencia de 13,960 casos en mujeres, con una incidencia de 23.3 casos por 100,000 mujeres. En el año 2012, se registraron 3,832 defunciones en mujeres con una tasa cruda de 6.4 defunciones por 100,000 mujeres. En el grupo específico de mujeres de 25 años y más, se registraron 3,832 defunciones en mujeres con una tasa cruda de 11.8 defunciones por 100,000 mujeres y un promedio de edad a la defunción de 59.03 años. Las entidades con mayor mortalidad por cáncer del cuello uterino son Colima (22.9), Oaxaca (16.0), Veracruz (15.9) y Morelos (15.7) y Chiapas (15.6).

Sin embargo, el cáncer cérvico uterino es prevenible mediante el tamizaje de mujeres asintomáticas, para detectar y tratar las lesiones cérvico uterinas precancerosas, antes de que progresen a enfermedad invasora. En otras palabras, esas muertes son en buena medida evitables Sin lugar a dudas el factor necesario pero NO SUFICIENTE para el desarrollo del cáncer cérvico uterino es la infección PERSISTENTE con VPH oncogénico, se han clasificado como oncogénicos aproximadamente 15 serotipos de VPH. Los tipos de VPH 16 y 18 causan más de 70% del cáncer cérvico uterino.

Se estima que más de 80% de las mujeres sexualmente activas habrán adquirido la infección por VPH a lo largo de su vida sexual. Por cada millón de mujeres con infección por VPH oncogénicos, 1,600 desarrollarán cáncer cérvico uterino invasor.

Aunque en el momento actual el cáncer de mama y el cáncer de cuello uterino constituyen una prioridad nacional e internacional, existen enormes desafíos para su atención, los cuales se visualizan como retos para el cumplimiento de las metas del programa.

El envejecimiento de la población incrementa la incidencia y mortalidad por enfermedades crónicas y de manera particular el de las neoplasias, por lo que el efecto de envejecimiento poblacional impacta directamente en las metas de reducción de la mortalidad, en particular en el cáncer de mama, en el cual no hay una única causa necesaria ni acciones de prevención primaria, como en el caso del cáncer de cuello uterino. En este sentido, la reducción de la mortalidad por cáncer de mama se plantea como muy poco viable. En el Programa Sectorial de Salud se partió de una línea basal en 2011 de 16.4 para reducir a 16.0 en 2018, sin embargo, para 2012 la mortalidad se ubicó en 17.2, manteniendo la tendencia mostrada en los últimos años.

Las condiciones socioeconómicas y las brechas de desigualdad representan un gran desafío para la atención del cáncer de cuello uterino. Las áreas urbano-marginadas constituyen en la actualidad las áreas de mayor mortalidad por esta neoplasia, pues en estos contextos los factores de riesgo de progresión de la infección por virus de papiloma humano a cáncer tienen mayor prevalencia: tabaquismo, desnutrición, infecciones de transmisión sexual recurrentes y escasa participación en actividades de detección temprana asociada a menor nivel educativo, así como al limitado acceso a los servicios de salud y el pobre seguimiento de los casos.

La escasa cultura de calidad en los procesos de tamizaje, desde la toma de estudios al procesamiento, interpretación y entrega de resultados es uno de los mayores retos del programa, ya que compromete directamente la efectividad de las intervenciones y la eficiencia en el ejercicio de los recursos. La instrumentación de controles de calidad internos y externos en laboratorios y gabinetes, así como estrategias de mejora continua de la calidad en un contexto de saturación de actividades del personal, requiere de acciones de innovación y sensibilización a todos los niveles.

La necesidad de capacitación del personal de Unidades de Primer Nivel para la detección y referencia inmediata de las principales neoplasias, así como la falta de infraestructura y personal especializado para alcanzar coberturas mayores al 70% de la población, es el más agudo de los problemas, de manera significativa para la detección con mastografía. El crecimiento de la población objetivo y las metas sexenales, no se han acompañado de un incremento en la plantilla de personal e infraestructura equiparable. Así mismo, las estrategias de subcontratación de servicios sin controles de calidad adecuados no han sido suficientes para cubrir el déficit en la capacidad instalada.

La violencia familiar y de género La violencia familiar y de género es un problema de salud pública por su magnitud y trascendencia, que tiene implicaciones no solamente en lesiones físicas, sino también en daños emocionales y económicos.

La complejidad epidemiológica de la violencia familiar y de género en México, hace necesario contar cada día con mejores indicadores que permitan evaluar integralmente las pérdidas de salud, indicadores que midan simultáneamente las pérdidas relacionadas con muertes prematuras, enfermedades letales y no letales y la discapacidad o las secuelas que producen. Bajo esta perspectiva, es necesario contar con un panorama de salud basado en dos visiones complementarias. La primera, una aproximación cuantitativa a la medición de la salud no sólo a partir del peso de la muerte sino de la estimación y valoración de las pérdidas en salud por muerte prematura y/o discapacidad y la segunda, una aproximación cualitativa al peso emocional, económico y familiar.

La ONU en 2011, presentó datos sobre la prevalencia de violencia física y sexual contra las mujeres a nivel mundial. Expuso que hasta 70 por ciento de las mujeres experimentan violencia física o sexual por parte de los hombres con quienes viven, en su mayoría de los esposos, compañeros íntimos o algún conocido. Entre las mujeres de edades comprendidas entre 15 y 44 años, los actos de violencia causan más muertes y discapacidad que el cáncer, la malaria, accidentes de tráfico y la guerra combinados. La violencia toma muchas formas: la violencia en el hogar, el abuso sexual de las niñas en las escuelas, el acoso sexual en el trabajo, la violación por el marido o por extraños, las violaciones en los campamentos de refugiados o como táctica de guerra.

En 2000 se estimaba que América Latina era la región con más homicidios promedio por habitante (27.5 homicidios por cada 100,000 habitantes), mostrando también elevadas tasas de violencia en los hogares; un análisis de 15 países de la región muestra que entre 7 y 69% de mujeres adultas con pareja han sufrido abusos físicos en algún punto de su relación.

En México, de acuerdo a Lozano¹ para el grupo de edad de 10 a 19 años la depresión, los trastornos de ansiedad y de la conducta, la distimia, junto con el uso de alcohol y drogas son responsables de 28% del total de Años de Vida con Discapacidad (AVD) en ambos sexos. Estos padecimientos se relacionan con mucha frecuencia con la presencia de violencia familiar, escolar o comunitaria.

En el grupo de 15 a 24 años de edad, en términos de discapacidad, la depresión, los trastornos de ansiedad, la migraña, la epilepsia, el trastorno bipolar y la distimia ejercen un mayor peso sobre las mujeres (38%) que en los hombres (31%). En el terreno de las causas que provocan la muerte prematura se debe destacar que los accidentes de tráfico, la violencia interpersonal, el suicidio y los ahogamientos son responsables del 29% de los Años Perdidos por Muerte Prematura (APMP) en las mujeres y 58% en los varones.

En este grupo de edad es evidente que son dos tipos de problemas los que producen mayores pérdidas de salud, por un lado, el amplio espectro de problemas de salud mental incluyendo las adicciones y por el otro, los accidentes y la violencia. Destaca en las mujeres el peso del consumo del alcohol y la violencia de pareja como determinantes importantes en su perfil de riesgos; mientras que en los hombres se encuentran el consumo de alcohol y los riesgos ocupacionales.

¹ Lozano, R. et. al. Carga de la Enfermedad en México 1990-2010: Nuevos resultados y desafíos. México: s.n. 2013.

Para las adultas jóvenes (25 a 49 años), de hecho, la violencia interpersonal como causa de muerte prematura aumentó de 35,018 años en 1990 a 45,028 para 2010, ocupando el noveno lugar como causa de APMP lo que equivale a 3.7% del peso relativo del total de APMP para ese último año.

De acuerdo a la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares² resaltan los siguientes puntos:

- La violencia más extendida, continúa siendo la ejercida por la pareja.
- Por cada 100 mujeres de 15 años y más que han tenido pareja o esposo, 47 han vivido situaciones de violencia emocional, económica, física o sexual durante su actual o última relación.
- Las agresiones más ampliamente experimentadas por las mujeres, son las de carácter psicológico; 43.1% han vivido insultos, amenazas, humillaciones y otras ofensas, al menos una vez a lo largo de su relación.
- Cerca de la mitad de todas las mujeres actualmente casadas o unidas han sido agredidas por su pareja o esposo al menos una vez a lo largo de su vida en común. (44.8%).
- 10% de las mujeres casadas o unidas han tenido dos o más uniones o matrimonios, y son las más agredidas por sus actuales parejas o esposos.
- Solo 25% de las mujeres casadas o unidas que padecieron violencia física y/o sexual por parte de su pareja, recurrió a alguna autoridad en busca de apoyo.
- 26.6% de las mujeres asalariadas han sido discriminadas en sus trabajos por el hecho de ser mujeres.

La incorporación de la **Perspectiva de Género en Salud** en programas de salud, en la promoción, prevención y atención, requiere considerar las necesidades específicas de cada sexo, poniendo especial énfasis en los determinantes sociales diferenciados para mujeres y hombres (edad, escolaridad, nivel económico y social, entre otros). En el caso de las mujeres, se debe añadir la carga de responsabilidad y trabajo, desatancándose como las principales cuidadoras del hogar y sus integrantes; en el caso de los hombres, las condiciones socioculturales que propone no atender su salud y colocarse en situaciones de mayor riesgo por razones de masculinidad hegemónica.

3.2.2 EVOLUCIÓN DEL PROBLEMA

En México, desde la década de los 40's se han realizado importantes esfuerzos para disminuir la **mortalidad materna** a través de la atención materno infantil. Sin embargo, la cobertura se ha visto frenada debido a la fragmentación del sistema de salud, lo que sumado a la descentralización de los servicios de salud, da lugar a niveles muy heterogéneos de calidad y cobertura, lo cual afecta, en especial, a la población marginada y de alta vulnerabilidad, indígena y adolescente. Sin embargo, se han logrado avances importantes en la reducción de muerte materna. En 24 años, de 1990 a 2014, la RMM ha disminuido 56%, lo que significa un avance de 75% en el cumplimiento de la meta ODM de llegar a 22.2 en 2015.

En los últimos años se ha observado que la muerte materna en México se presenta en las zonas metropolitanas o ciudades medias, 61% de la mortalidad se encuentra en 10 entidades federativas que

² INEGI. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/Encuestas/Hogares/especiales/endireh/endireh2011/default.spx> 2011

son: Estado de México, Veracruz, Chiapas, Puebla, Distrito Federal, Guerrero, Oaxaca, Jalisco, Chihuahua y Baja California, concentrándose en municipios urbanos. Aquí se encuentra el reto para incorporar nuevas estrategias focalizadas que permitan en estas entidades lograr una mayor disminución que impacte en la RMM nacional, involucrando a todas las instituciones del Sistema de Salud e instituciones privadas.

60% de estas muertes ocurre en mujeres de 20 a 34 años, de ellas más de 90% tuvieron atención prenatal, en hospitales públicos y fallecieron por causas prevenibles asociadas a mala calidad de la atención. De 2012 a 2013 la RMM bajó 9.7% (de 42.3 a 38.2) y aunque para 2014 se registra un aumento de 1.8% el balance del sexenio es positivo, disminución de 8% de 2012 a 2014.

Desde 2011 se han modificado las causas de muerte materna y actualmente se ha incrementado el porcentaje de las causas obstétricas indirectas, como fue la influenza en 2009. En la base de datos de muerte materna correspondiente a 2014, se identificaron 872 casos, de los cuales, el primer lugar lo ocupan las Causas Obstétricas Indirectas con 279 casos (32.0 %); le siguen Otras Causas Obstétricas Directas con 193 casos (22.1%), el Edema, Proteinuria y Trastornos Hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio 179 casos (20.5) y la Hemorragia Obstétrica: 124 casos (14.1%).

En cuanto a **mortalidad neonatal**, en México, al igual que en otros países de América Latina, esta mortalidad constituye más de 60% de la mortalidad infantil y ha presentado mínimos cambios en los últimos años. Las principales causas de muerte neonatal durante el 2012 fueron principalmente la prematuridad, defectos al nacimiento e infecciones.

Se ha reconocido mundialmente que la lactancia materna es la estrategia más costo efectiva para disminuir la mortalidad neonatal. En nuestro país el porcentaje de bebés de seis meses que reciben lactancia materna exclusiva es sumamente bajo 14.4%; al año solo la tercera parte de los niños reciben lactancia materna y a los dos años solo una séptima parte. Por ello, en el 2014 se lanzó la estrategia nacional de lactancia materna que tiene como objetivo incrementar el número de niñas y niños que son alimentados con leche materna desde su nacimiento y hasta los 2 años de edad, al posicionar el tema en la agenda de los tomadores de decisiones de los diferentes órdenes de gobierno para unificar acciones; fortalecer las competencias institucionales para la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna; impulsar la participación de la Iniciativa Privada en la promoción y apoyo a la lactancia materna y vigilar el cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna, así como fomentar la práctica del amamantamiento natural en los municipios de la Cruzada Nacional contra el Hambre, con el eje transversal que es la capacitación al personal de salud, universitarios de áreas médicas y afines, así como a la población en general.

Además de las acciones anteriores, en 1996 se inició el tamiz neonatal en el Sistema Nacional de Salud con la detección de hipotiroidismo congénito. Paulatinamente se agregaron nuevas determinaciones en el Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado fueron: Hiperplasia de glándulas suprarrenales, Fenilcetonuria, Galactosemia y Deficiencia de Biotinidasa. En la Secretaría de Salud se incrementaron la detección de Hiperplasia de glándulas suprarrenales, Fenilcetonuria y Galactosemia.

En México, **la reducción de la fecundidad** y, en consecuencia, del ritmo de crecimiento de la población, ha sido favorecida por la implementación de programas gubernamentales de planificación familiar que promueven el uso de métodos anticonceptivos, lo cual se demuestra con los resultados de diferentes encuestas demográficas aplicadas en México desde 1976, a saber: Encuesta Mexicana de Fecundidad (EMF) de 1976; Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (ENFES) de 1987; y la ENADID de 1992, 1997, 2006, 2009 y 2014.

De acuerdo con los resultados de estas encuestas nacionales, la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos entre MEFU pasó de 30.2 a 72.3% de 1976 a 2009 y a partir de entonces se ha mantenido en ese valor, lo que coloca a nuestro país con un nivel de uso de anticonceptivos ligeramente por debajo del promedio observado para el conjunto de los países desarrollados. Esto plantea la necesidad de identificar estrategias innovadoras que permitan aumentar a un ritmo mayor el uso de métodos anticonceptivos al interior del país.

Hacia el interior del país la prevalencia de uso de anticonceptivos varía de manera importante por entidad federativa y en grupos específicos de la población. Así, los rezagos más evidentes en este campo de la salud pública se observan en los estados del sureste, en la población indígena y entre la población adolescente.

Los estados del país con mayor rezago en planificación familiar (Chiapas, Oaxaca, Guerrero, Michoacán, Guanajuato y Zacatecas) tienen prevalencias de uso de anticonceptivos menores a 69 por ciento, situación que se observaba en el conjunto del país a principios de la década de los noventa.

La estructura de la población por grupos de edad también se ha modificado significativamente durante estos últimos 40 años, notándose desde 1970 una disminución en la base debido principalmente al decremento de la fecundidad, así como un incremento en los grupos en edad productiva y reproductiva. Esta tendencia de la población por edad y sexo plantea el reto de ampliar, mejorar y fortalecer los servicios de planificación familiar y anticoncepción, principalmente en adolescentes que representan dentro la etapa reproductiva, el grupo de edad de mayor proporción en ambos sexos.

Uno de los principales indicadores para medir el impacto de las acciones de planificación familiar es la demanda no satisfecha de métodos anticonceptivos, que representa el porcentaje de mujeres en edad fértil unidas que no hacen uso de algún método anticonceptivo a pesar de su deseo expreso de limitar o espaciar su fecundidad.

Durante el periodo 1987-2009 se observa un descenso de 15.1 puntos porcentuales en la demanda no satisfecha de métodos anticonceptivos, alcanzando un valor de 10.0% en 2009. No obstante, a partir de 1997 el descenso de esta variable ha sido discreto, lo que denota posibles problemas asociados con acceso y disponibilidad de anticonceptivos por parte de las mujeres que no usan anticonceptivos a pesar de manifestar su deseo de no querer tener hijos o hijas por un tiempo (necesidad para espaciar) o de no tener nunca más (necesidad para limitar).

La demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos se presenta principalmente en las poblaciones de habla de lengua indígena (21.7%) y con residencia en áreas rurales (15.9%), así como entre MEFU que residen en los estados de Michoacán, Chiapas, Guerrero y Oaxaca. Sin embargo, donde más sobresale este indicador es en la población adolescente casada o unida de 15 a 19 años (24.8%).

Esto último implica que, una de cada cuatro mujeres adolescentes que no desea tener hijos durante un tiempo o no desea tener hijos nunca más en su vida, no usa algún método anticonceptivo; lo que señala el reto de intensificar las acciones de información y prestación de servicios de anticoncepción dirigidos a este grupo de la sociedad.

En México, durante el período 2000-2012, la mortalidad por **cáncer de mama** aumentó en 17.8%, al pasar de 14.6 a 17.2 en la tasa y de 3,455 a 5,583 defunciones, con un incremento promedio de 177 defunciones por año. Este efecto se debe principalmente al envejecimiento poblacional, ya que al ajustar por edad, el incremento de la tasa fue tan sólo del 5.15 (17.5 vs. 18.4). En el periodo 2007-2012 se estableció como meta mantener la mortalidad nacional por cáncer de mama por debajo de 17.5, lo cual se logró al mantenerla 3 décimas por debajo de este nivel.

Así mismo, durante el mismo período, la mortalidad por cáncer del cuello uterino disminuyó en 39.8%, al pasar de 19.6 a 11.8 en la tasa y de 4,585 a 3,832 defunciones. En el periodo 2007-2012 se estableció como meta disminuir la tasa de mortalidad nacional por cáncer del cuello uterino a 10.8 (Gráfica 2), lo cual no fue conseguido al mantenerla un punto por arriba de este nivel, lo que mantiene a México como el país con la mortalidad más alta por CCU dentro de los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE).

Los avances que México ha experimentado son significativos con respecto a la ampliación de la infraestructura del sector salud para el manejo de cáncer de mama y cuello uterino. Actualmente se cuenta con más de 6 mil unidades médicas en las que las mujeres mexicanas son atendidas.

La infraestructura de servicios pertinente para el tamizaje y diagnóstico de tales neoplasias se caracteriza por su complejidad y alto costo. Para el cáncer mamario se precisa de mastógrafos, salas para la interpretación de mastografías, ultrasonidos, además de sus respectivos insumos y recursos humanos (médicos radiólogos capacitados en imagenología mamaria, personal técnico, de enfermería, trabajo social y psicología, entre otros). La detección y atención de lesiones precursoras de cáncer del cuello uterino precisa de clínicas de colposcopías y laboratorios de citología, patología y biología molecular, además de recursos humanos capacitados.

Actualmente se cuenta con 754 unidades con mastógrafos para el tamizaje y/o diagnóstico del cáncer de mama, lo cual representa a enero de 2014 una razón de 6.3 mastógrafos por millón de habitantes, lo cual ubica a México en el último lugar dentro de los países de la OCDE.

Cabe resaltar que las principales instituciones del sector salud SSA, IMSS (incluyendo el programa oportunidades) e ISSSTE, concentran el 96% de los equipos. Estos se distribuyen de la siguiente manera: la SSA, con 351 mastógrafos, concentra casi la mitad (45%); seguida por IMSS que con sus 281 equipos, representan el 36% y el ISSSTE, que al atender una población más reducida, representa con sus 109

equipos el 14% de los mastógrafos del sector salud (Cuadro 1). Durante los últimos años, en el Sector Salud, se ha experimentado un relativo aumento de los recursos humanos para la detección y diagnóstico oportuno del cáncer mamario; principalmente de médicos (1,264) y técnicos radiólogos (2,865).

La disponibilidad de médicos y técnicos radiólogos es desigual por entidades federativas. El Distrito Federal (150 médicos y 457 técnicos), Estado de México (124 médicos y 214 técnicos) y Jalisco (108 médicos y 213 técnicos) son los estados más favorecidos, que representan el 30% y 31% respectivamente de los médicos y técnicos y radiólogos presente en el Sector Salud. Se esperaría que la distribución de médicos y técnicos radiólogos estuviera relacionada con las demandas de recursos humanos por parte de las instituciones del sector salud. Lo cual debería relacionarse con los volúmenes de la población a atender, los patrones de incidencia, morbilidad y mortalidad de las enfermedades en esa población y características sociodemográficas como la concentración urbana o su dispersión territorial en localidades rurales de menor tamaño y de difícil acceso.

Sin embargo, no se aprecia un relación directa entre estos componentes y que el crecimiento de los recursos humanos no logra equiparar a la ampliación de la infraestructura material; ello se ejemplifica en su demanda crónica y la insuficiente calidad de la atención médica. Situación que justifica la prioridad otorgada, en el presente programa, a las estrategias orientadas al fortalecimiento técnico y humanitario de los recursos humanos.

La infraestructura de servicios para el tamizaje y diagnóstico de cáncer de cuello uterino se ha ampliado durante los últimos años. Los esfuerzos por brindar mejor atención a las mujeres para la detección oportuna de tal neoplasia se han ampliado a una estructura más heterogénea, con mayor presencia de clínicas de colposcopías, laboratorios de citología, patología y de biología molecular.

Durante los últimos años, los recursos humanos para la detección y diagnóstico oportuno del cáncer de cuello uterino han crecido. En Sector Salud cuenta con 513 colposcopistas, 867 citotecnólogos, 212 patólogos y 42 citólogos (incluyendo citopatólogos). Estos no se distribuyen equitativamente entre sus instituciones, ya que responden a las necesidades específicas de las clínicas y tipos de laboratorios implementados. Las dos instituciones más importantes, definidas por el volumen de la población atendida SSA e IMSS (incluyendo al programa oportunidades), registran las mayores concentraciones de recursos humanos; pero la mayor heterogeneidad de los recursos humanos la presentan la SSA y el ISSSTE. En estas instituciones además de los citotecnólogos y colposcopistas, también se cuenta con patólogos y citopatólogos. Sin embargo, a pesar del crecimiento de los recursos, se aprecia una situación similar a la del cáncer mamario: el insuficiente crecimiento de los recursos humanos para satisfacer la mayor demanda que exige la ampliación de la infraestructura material. La demanda de estos especialistas en todas las instituciones del sector, precisa de la integración de estrategias sectoriales para la creación de nuevos especialistas y el fortalecimiento técnico de los existentes. Este punto es más patente en la atención colposcópica, en la cual las 428 clínicas se distribuyen de manera desigual en las entidades e instituciones, haciendo necesaria una mayor interacción entre las mismas.

Durante la pasada administración numerosas acciones fortalecieron las estrategias para el manejo del cáncer de mama y cuello uterino en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, de las que se destaca:

- Elaboración, impresión y distribución entre la población en riesgo de diversos materiales educativos para la apropiación de conocimientos y estrategias de autocuidado sobre la identificación de factores de riesgos, signos y el aumento de la demanda de servicios de detección oportuna.
- Publicidad educativa, mediante mensajes audiovisuales (spot de radios y perifoneo, botones promocionales, pendones, imanes para refrigeradores, bolsas para celulares, carteles) de conocimientos y técnicas para la apropiación de las habilidades señaladas.
- Establecimiento de la Estrategia 100x100 en los 125 municipios con menor índice de desarrollo humano para la detección de cáncer de cuello uterino (2008), que incluyó la introducción de la vacunación contra la infección por virus de papiloma humano asociados a cáncer de cuello uterino en adolescentes de 12 a 16 años de los municipios más pobres del país. Para 2009, se estableció la política de vacunación con esquema extendido (0-6-60 meses) en niñas de 9 años de estos mismos 161 municipios distribuidos en siete entidades. Para 2010 se extendió la estrategia a 189 municipios de 12 entidades y para 2011 se aplicó la vacuna en mujeres sin seguridad social de las 32 entidades federativas. Finalmente, en 2012 la vacuna contra VPH se integró al esquema nacional de vacunación, adquiriendo carácter universal para las niñas que cursan el 5º año de primaria, así como para las no escolarizadas de 11 años.
- Introducción de la detección biomolecular de los serotipos de virus de papiloma humano asociados a cáncer de cuello uterino en mujeres de 35 a 64 años de edad en la Secretaría de Salud (2009) y el ISSSTE (2010).
- Creación de 12 Unidades especializadas médicas en detección y diagnóstico de Cáncer de Mama en la SSa (UNEME-DEDICAM).
- Consolidación del sistema de información para el monitoreo, evaluación y vigilancia epidemiológica del Cáncer de la Mujer en la SSa (SICAM).

Acorde a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, entre 2000 y 2012 se incrementó la cobertura de la prueba de Papanicolaou en mujeres de 25 a 64 años en forma gradual y sostenida al pasar de 26.2% en el año 2000 a 45.5% en 2012. Esta cobertura fue mayor en las mujeres de 35-64 años, identificadas como grupo de alto riesgo, en las cuales además se introdujo el tamizaje tomando como prueba primaria la detección de serotipos de VPH asociados a cáncer de cuello uterino. La cobertura de detección en los últimos 12 meses incluyendo la prueba de Papanicolaou o la prueba del VPH fue de 50.1% en las mujeres entrevistadas en 2012.

La cobertura de detección de CCU fue mayor en las mujeres con derechohabiencia (72.3%) que en aquellas sin seguridad social (49.9%), y con variaciones amplias entre entidades, con su valor más bajo en Oaxaca (36.4%) y más alto en Campeche (54.1%). Acorde a los registros institucionales la cobertura de detección de CM con mastografía en mujeres de 50 a 69 años se incrementó en 137% entre 2007 y 2012, al pasar de 8.5 a 20.2% y el número de mastografías en 190% al pasar de 566,103 a 1.6 millones.

Acorde a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, la cobertura poblacional de detección con mastografía fue mayor en mujeres de 50 a 69 años que en las de 40 a 49 años tanto en la cobertura de los últimos 12 meses (22.8% vs. 11.7%), como en la cobertura en los últimos dos años (29.4% vs. 17.2%). Esta situación se debe a que en el periodo 2007-2012, la política nacional fue enfocar la detección en el grupo de 50 a 69 años.

En la disminución de la mortalidad por CCU y la contención del incremento en la mortalidad por CM, cuatro acciones fueron de capital importancia: el fortalecimiento de las estrategias de tamizaje con citología y mastografía, la introducción de la detección biomolecular de serotipos de VPH asociado a cáncer de cuello uterino (SSA e ISSSTE), el fortalecimiento de la infraestructura para diagnóstico y referencia oportuna de mujeres con sospecha de cáncer de mama y el acceso universal a tratamiento gratuito a través de las instituciones de seguridad social y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPcGC) de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

El comportamiento del Cáncer de la Mujer (CM y CCU) es diferente por entidades federativas. El primero, asociado con los procesos de envejecimiento poblacional y la apropiación de estilos de vida occidentales, afecta con mayor incidencia y mortalidad a las mujeres que habitan en las entidades federativas de la frontera norte y región central; en cambio, el CCU, asociado a la pobreza y marginación social, afecta con mayor incidencia y mortalidad a las mujeres —sobre todo rurales e indígenas— de las entidades federativas con mayor marginación social (región sur-sureste).

Como ya se comentó los casos de **violencia sexual** tienden a ocultarse, las razones son múltiples como: la cercanía con el agresor, vergüenza e incluso por desconfianza en las autoridades. Al respecto, se estima que de cada 100 mujeres que sufren violencia física o sexual, 74 no denuncian estos hechos a instancias o autoridad alguna; sin embargo, en nuestro país la tasa de violaciones denunciadas ante el Ministerio Público de 1997 al 2010, varía entre 23 y 28 por cada 100 mil mujeres, según reporte del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI); lo que corresponde a 15 mil violaciones en promedio cada año, de las cuales se estima que el 40% de éstas acude antes de las 72 horas a los servicios de salud.

La forma extrema de los daños a la salud en las mujeres es la violencia feminicida que se encuentra definida en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en el artículo 21 como “la forma extrema de violencia de género contra las mujeres producto de la violación de sus derechos humanos, en los ámbitos público y privado, conformada por el conjunto de conductas misóginas que pueden conllevar impunidad social y del Estado y puede culminar en homicidio y otras formas de muerte violenta de mujeres.” La tipificación del feminicidio es símbolo del adelanto en la visibilización de esta problemática, posibilitando con ello el desarrollo de mecanismos de prevención y sanción que ayuden a erradicarla.

Sin embargo, los sistemas de información que posee nuestro país no tienen las características apropiadas para brindarnos datos confiables sobre el número de feminicidios que sobrevienen. La oficina de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) – MUJERES en México ha desarrollado una investigación que da cuenta de los feminicidios en el país a través del registro de defunciones; es decir, la investigación empleó una clasificación de muertes violentas que sirviera como base para distinguir a los feminicidios de todas aquellas muertes violentas de mujeres; estableciendo una categoría de

“defunciones femeninas con presunción de homicidio” que arroja un parámetro para acercarnos a la dimensión de incidencia de este fenómeno. A partir de los datos arrojados por este organismo en 2010 se puede determinar que las entidades federativas en las que hay mayor riesgo de que las mujeres mueran por presunción de homicidio son los estados de Chihuahua y Durango con tasas de 32.8 y 10.7 por cada 100 mil mujeres. No obstante la consistencia de los datos disponibles; esta problemática presenta un repunte de una tasa nacional de 2 mujeres por cada 100 mil, a 4 mujeres entre 2007 y 2010, incremento que requiere de la atención urgente y el trabajo intersectorial en los diferentes niveles de gobierno del país.

Aun en la actualidad, **el género** continua siendo un determinante social importante en el ámbito la salud, pues exacerba la vulnerabilidad biológica, establece desigualdades entre mujeres y hombres en materia de salud.

En México debido a las diferencias biológicas y sociales, el hecho de pertenecer a uno u otro sexo, conserva aún gran impacto en la salud física y emocional de nuestra población en todas las regiones del país. La esperanza de vida se ha incrementado de forma notable, en 1930 las personas vivían 34 años en promedio, 40 años después, 61 y hacia 2007, 74 años. Ya para 2013, este indicador aumento a 75 años que, al desagregarlo por sexo, se observa que las mujeres viven 77 años en promedio y los hombres 72.

En el ámbito de cuidado de las personas, las mujeres representan una porción mayoritaria de la fuerza laboral en el área de la salud; en el voluntariado comunitario, ellas son las principales gestoras y proveedoras de la atención dentro de la familia y la comunidad.

Si bien se ha avanzado en materia de igualdad sustantiva entre mujeres y hombres, es evidente que la situación en la que todavía viven las mujeres y niñas exige al Estado mexicano acciones para contrarrestar la discriminación y poder así garantizar el derecho a la salud en condiciones de equidad.

Hasta el día de hoy, la violencia más extendida continúa siendo la violencia física ejercida por la pareja, 1 de cada 2 mujeres de 15 años y más, reporta que en su última relación de pareja vivió situaciones de violencia.

Respecto a la tasa de mortalidad infantil, el promedio nacional muestra progreso en su reducción, entre 1990 y 2012 disminuyó de 39.2 a 13.2 por cada mil nacidas/os vivos.

3.2.3. EXPERIENCIAS DE ATENCIÓN

Se han implementado diversas estrategias para fortalecer la **salud materna y perinatal**. El continuo de la atención ha brindado excelentes resultados para el cuidado de la salud materna. La atención de la mujer y su pareja antes de que se embarace, es decir durante la etapa pregestacional permite identificar situaciones adversas en la salud de la mujer que una vez controladas darán mayores posibilidades de lograr embarazos saludables o con bajo riesgo. Del mismo modo es necesario que toda mujer embarazada acuda a su control prenatal, desde los primeros signos y síntomas de embarazo, lo que permite detectar oportunamente condiciones de riesgo para su salud gestacional y brindar la atención médica necesaria para prevenir complicaciones durante la gestación, parto y puerperio, así como para su recién nacido.

El cuidado que brinden los servicios de salud a las mujeres durante el continuo de la atención deberá otorgarse con pertinencia cultural a la población que se atiende y con un enfoque de género que permita superar las brechas de género existentes en las diferentes regiones del país, mayores en las localidades con mayor marginalidad y donde se presenta la razón de mortalidad materna más alta. Especial énfasis debe darse a los municipios repetidores de muerte materna.

Para el año 2016 se estima lograr incrementar en la Secretaría de Salud, el porcentaje de mujeres embarazadas que inician su control prenatal desde el primer trimestre de gestación en un 35%.

A través de estas acciones se trata de mejorar la atención con calidad durante toda la gestación y particularmente de las urgencias obstétricas, con ello se estima se podría disminuir por lo menos un 40 por ciento de las defunciones maternas, puesto que la mayoría de estas muertes son causadas por problemas prevenibles además de ocurrir a nivel hospitalario. Atención especial debe darse a la anticoncepción posterior al evento obstétrico, porque se ha identificado que un alto porcentaje de mujeres puérperas se dan de alta sin recibir ningún método anticonceptivo o por lo menos la orientación consejería sobre planificación familiar.

El CNEGSR ha desarrollado diversas acciones comunitarias que contribuyan al abatimiento de la muerte materna. Entre ellas destaca la implementación de una estrategia de participación social y de las autoridades municipales, autoridades de salud, grupos organizados y comunidad en general que dan complemento a la red de servicios de salud y fomentan la participación activa de la comunidad, con el propósito de facilitar el acceso de las embarazadas y puérperas a los servicios de salud, sobre todo ante una emergencia obstétrica, y contribuir al abatimiento de la mortalidad materna y perinatal.

Una de las estrategias más valiosa es la instalación de Posadas de Atención a la Mujer Embarazada (Posadas AME), que integran espacios físicos ubicados cerca de hospitales resolutivos, donde las mujeres que residen en localidades dispersas o que se ubican a más de dos horas de distancia de los servicios de salud pueden recibir hospedaje, alimentación e incluso apoyo en el cuidado de sus hijas/os mientras se atiende su salud.

Otra fortaleza importante es el transporte de embarazadas o puérperas, ante un caso de emergencia obstétrica a los hospitales o unidades resolutivos (Transporte AME).

Desde 2008 se implementó la estrategia de identificar dentro de la comunidad, personas dispuestas a acompañar a la gestante durante el control prenatal, la atención del parto y la vigilancia del puerperio, con el propósito de orientarla y apoyarla en el cuidado de su salud. A estos personajes se les denominó Madrinas comunitarias y reciben capacitación por parte del personal de salud para realizar un acompañamiento efectivo.

Otra estrategia para la atención de la emergencia obstétrica es la implementación de la línea 018000MATERNA que funciona las 24 horas los 365 días del año como un apoyo más a las embarazadas y familiares, para orientarlos en cuanto a señales de alarma durante el embarazo y el puerperio y sobre los sitios y procedimientos para recibir servicio médico, durante el embarazo, el parto y particularmente durante una emergencia obstétrica, favoreciendo el cero rechazo.

Las acciones de planificación familiar y salud reproductiva se llevan a cabo en México de acuerdo con las recomendaciones internacionales en la materia, particularmente de la Organización Mundial de la salud y de las Naciones Unidas.

En el caso del Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción, la experiencia internacional señala la necesidad de incorporar estrategias e intervenciones como las que se señalan a continuación:

1. Asegurar la oferta de anticonceptivos y la calidad de los servicios en todo el país.
2. Atender el rezago en áreas y grupos específicos de la población, particularmente en las entidades federativas con menor desarrollo social y económico, así como entre la población adolescente, la población indígena y la residente en áreas rurales y urbano-marginadas
3. Incentivar la participación del hombre en la planificación familiar y en la paternidad responsable.

En el caso del Programa de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, la evidencia internacional señala la efectividad de las siguientes intervenciones:

- a) Impulsar estrategias integrales para la reducción del embarazo en la adolescencia, en la que participen todos los actores del sector público, social y privado involucrados con este tipo de población.
- b) Difundir el marco legal en el que se sustenta la atención a la salud sexual y reproductiva de la población adolescente, a efecto de contrarrestar prejuicios que prevalecen al interior de las diferentes instancias gubernamentales (federales, estatales, municipales y locales).
- c) Desarrollar alianzas interinstitucionales, así como con organizaciones de la sociedad civil, para establecer estrategias de información, educación y comunicación acordes a las necesidades de salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, así como para aumentar la cobertura del programa en poblaciones o áreas con mayor rezago, principalmente en comunidades rurales e indígenas.
- d) Incentivar la participación activa de las y los adolescentes en el diseño y operación de estrategias diferenciadas para atender sus necesidades específicas en materia de salud sexual y reproductiva.

El **cáncer de mama** y el cáncer de cuello uterino en México, estas neoplasias, cumplen las principales características reconocidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras instituciones internacionales para ser consideradas como problema de salud pública:

- Magnitud: Constituyen una causa importante de morbilidad y mortalidad.
- Vulnerabilidad: Existen, desde la dimensión técnica, métodos eficaces de prevención y de control.
- Trascendencia: Un elevado impacto económico por años de vida saludable perdidos.

Aunque desde mediados del siglo pasado se realizaron acciones para el control del cáncer del cuello uterino en México, es en la década de los 90 que se instauraron esfuerzos importantes para la detección precoz y desde hace más de una década del cáncer de mama. Sin embargo, a pesar de los significativos

avances, se han priorizado enfoques predominantemente curativos, que privilegian el diagnóstico y tratamiento en detrimento de la promoción y prevención.

Actualmente, las experiencias de atención del cáncer de cuello uterino, se concentran en las Directrices de la OPS/OMS sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino, en las que se formulan recomendaciones sobre estrategias para un programa de “tamizaje y tratamiento”. Las pruebas de detección del CCU se realizan en mujeres que no tienen síntomas y se sienten perfectamente sanas, con el fin de detectar lesiones precancerosas o cancerosas. Si en el cribado se detectan lesiones precancerosas, éstas pueden tratarse fácilmente para evitar que se desarrolle un cáncer. Esas pruebas también permiten detectar el cáncer en sus fases iniciales, en las que puede tratarse con un pronóstico de curación muy bueno.

Debido a que las lesiones precancerosas tardan muchos años en aparecer, se recomienda que todas las mujeres de edades comprendidas entre los 30 y los 49 años se sometan a pruebas de detección al menos una vez en la vida o incluso con más frecuencia. Las pruebas de detección únicamente permitirán reducir la mortalidad por CCU si se someten a ellas un porcentaje elevado de mujeres.

Actualmente, hay tres tipos diferentes de pruebas de detección:

- Citología convencional (prueba de Papanicolaou) y citología en base líquida.
- Inspección visual tras la aplicación de ácido acético.
- Pruebas de detección de tipos de PVH de alto riesgo.

La OMS recomienda la adopción de un enfoque integral para prevenir y controlar el CCU. Entre las medidas recomendadas por la Organización figura la aplicación de intervenciones a lo largo de la vida. El enfoque ha de ser multidisciplinar e incluir componentes como la educación y sensibilización de la comunidad, la movilización social, la vacunación, la detección, el tratamiento y los cuidados paliativos.

La prevención primaria comienza con la vacunación de las niñas de 9 a 13 años antes de que inicien su vida sexual. Otras intervenciones preventivas recomendadas destinadas a chicos y a chicas, según proceda son:

- educar en materia de prácticas sexuales seguras y retrasar el inicio de la vida sexual;
- promover el uso de preservativos y suministrarlos a quienes ya hayan iniciado su vida sexual;
- advertir contra el consumo de tabaco, que a menudo comienza en la adolescencia y es un factor de riesgo importante de CCU y de otros tipos de cáncer;
- la circuncisión masculina.

Las mujeres que tengan actividad sexual deben someterse a partir de los 30 años a pruebas que permitan detectar células anormales o lesiones precancerosas en el cuello del útero.

En caso de que se requiriera tratamiento para eliminar las células anormales o las lesiones, se recomienda la aplicación de crioterapia (que permite destruir mediante congelación el tejido cervical anormal). Si hay signos de CCU, las opciones disponibles para atajar un cáncer invasivo son la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia.

Por otro lado, La OMS promueve la lucha contra el cáncer de mama en el marco de programas nacionales amplios de control del cáncer que están integrados con las enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados. El control integral del cáncer abarca la prevención, la detección precoz, el diagnóstico y tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos. La sensibilización del público en general sobre el problema del cáncer de mama y los mecanismos de control, así como la promoción de políticas y programas adecuados, son estrategias fundamentales para el control poblacional del cáncer de mama. Muchos países de ingresos bajos y medios afrontan actualmente una doble carga de cáncer mamario y cáncer cervicouterino, que son las principales causas de muerte por cáncer entre las mujeres de más de 30 años. Es preciso que esos países implementen estrategias combinadas que aborden estos dos problemas de salud pública de manera eficaz y eficiente.

El control de factores de riesgo específicos modificables, así como una prevención integrada eficaz de las enfermedades no transmisibles que promueva los alimentos saludables, la actividad física y el control del consumo de alcohol, el sobrepeso y la obesidad, podrían llegar a tener un efecto de reducción de la incidencia de cáncer de mama a largo plazo. Aunque se puede lograr cierta reducción del riesgo mediante medidas de prevención, esas estrategias no pueden eliminar la mayoría de los cánceres de mama que se registran en los países de ingresos bajos y medios. Así pues, la detección precoz con vistas a mejorar el pronóstico y la supervivencia del cáncer de mama sigue siendo la piedra angular del control de este tipo de cáncer (Anderson et al., 2008).

Hay dos métodos de detección precoz:

- el diagnóstico precoz o el conocimiento de los primeros signos y síntomas en la población sintomática, para facilitar el diagnóstico y el tratamiento temprano, y
- el cribado, es decir, la aplicación sistemática de pruebas de tamizaje en una población aparentemente asintomática. Su objetivo es detectar a las personas que presenten anomalías indicativas de cáncer.
- Un programa de cribado es una empresa mucho más compleja que un programa de diagnóstico precoz. (OMS, 2007).

Independientemente del método de detección precoz utilizado, dos aspectos esenciales para el éxito de la detección precoz poblacional son una atenta planificación y un programa bien organizado y sostenible que se focalice en el grupo de población adecuado y garantice la coordinación, continuidad y calidad de las intervenciones en todo el continuum asistencial. La selección como objetivo de grupos de edad inadecuados, por ejemplo mujeres jóvenes con bajo riesgo de cáncer de mama, puede traducirse en una disminución del número de cánceres detectados por mujer sometida a cribado, y reducir así el costo eficacia de la medida. Además, esa focalización en las mujeres más jóvenes obligaría a analizar más tumores benignos y provocaría una sobrecarga innecesaria de los servicios de salud, por los recursos diagnósticos adicionales que entrañaría (Yip et al., 2008).

El diagnóstico temprano sigue siendo una importante estrategia de detección precoz, particularmente en los países de ingresos bajos y medios, donde la enfermedad se diagnostica en fases avanzadas y los recursos son muy limitados. Algunos datos sugieren que esta estrategia puede dar lugar a un "descenso del estadio TNM" (aumento de la proporción de cánceres de mama detectados en una fase temprana) de la enfermedad, que la haría más vulnerable al tratamiento curativo (Yip et al., 2008).

La mamografía es el único método de cribado que se ha revelado eficaz. Si su cobertura supera 70%, esta forma de cribado puede reducir la mortalidad por cáncer de mama en 20%-30% en las mujeres de más de 50 años en los países de ingresos altos (IARC, 2008). El tamizaje basado en esta técnica es muy complejo y absorbe muchos recursos, y no se ha hecho ninguna investigación sobre su eficacia en los entornos con recursos escasos.

No hay datos acerca del efecto del cribado mediante autoexploración mamaria. Sin embargo, se ha observado que esta práctica empodera a las mujeres, que se responsabilizan así de su propia salud. En consecuencia, se recomienda la autoexploración para fomentar la toma de conciencia entre las mujeres en situación de riesgo, más que como método de cribado.

La Secretaría de Salud a través del CNEGSR en el año 2002 dio inicio con el **Programa de Prevención y Atención a la Violencia Familiar y de Género**, con 18 servicios especializados, en el año 2006 se contaba ya con 189 centros o servicios y para el año 2012 se ha alcanzado una infraestructura de 284 servicios con 355 psicólogas/os. Con estos servicios especializados, durante el periodo mencionado, se ha brindado atención a 658 mil 688 mujeres en situación de violencia severa en las 32 entidades federativas; con lo cual se incrementó la cobertura de atención a mujeres de 15 años y más que vivían violencia severa pasando de 4.3% a 12.9%. Al cierre de 2014 se ha alcanzado una cobertura de 22.0% para una atención de 218,835 mujeres en esta situación de violencia.

De igual manera colabora con organizaciones de la sociedad civil e instituciones públicas que otorgan servicios de refugio para mujeres que se encuentran en situación de violencia extrema. Los refugios forman parte de los servicios de atención a la violencia familiar, brindando apoyo integral a las mujeres, sus hijas e hijos que se encuentran en esta situación, con la finalidad de contribuir a que cuenten con espacios seguros que les brinden protección, atención médica, psicológica y orientación legal, para lo cual, durante el año 2016 se establecerán Convenios de Concertación de Acciones con organizaciones de la sociedad civil, así como Convenios de Colaboración con instituciones públicas que otorgarán servicios de refugio en los cuales se podrá salvaguardar la integridad física de al menos 1,900 mujeres que viven violencia extrema.

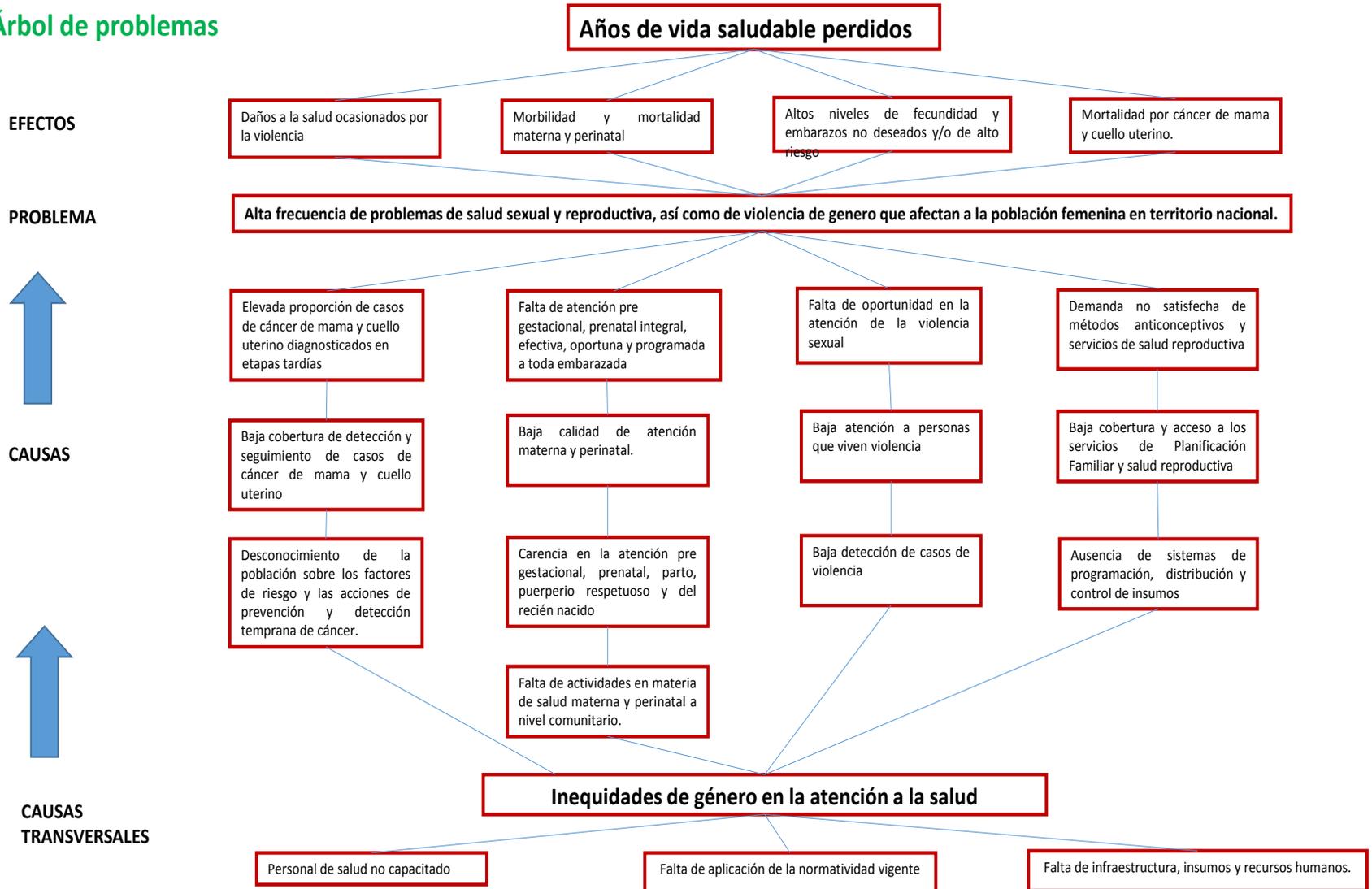
Desde 2007, en México se han realizado diversas **acciones para incorporar la perspectiva de género** en políticas y programas de salud. En la presente administración, el Programa de Acción Específico, Igualdad de Género en Salud, bajo el marco del Plan Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación, y lo estipulado en el Programa Sectorial de Salud, busca cumplir con lo establecido en el Plan Nacional de Desarrollo en lo referente a la incorporación de la Perspectiva de Género en toda la administración pública federal. En este sentido, se ha brindado seguimiento a 26 programas de salud que cuentan con, al menos, una línea de acción para la transversalización de género; también se brinda apoyo y acompañamiento para la incorporación de la PG en materiales y documentos de promoción y difusión de la salud. Asimismo, se ha sensibilizado y capacitado a personal de salud de todos los niveles: federal, estatal, jurisdiccional y operativo, en materia de género en salud, no discriminación y derechos humanos.

A nivel estatal, se han puesto en marcha los Centros de Entretenimiento Infantil que buscan brindar apoyo a las mujeres para que acudan a su consulta sin la presión de dedicar tiempo al cuidado de sus hijas e hijos; se implementaron entrevistas dirigidas a usuarias/os de los servicios de salud para



identificar la calidad de la atención en los servicios recibidos. Además, se llevan a cabo actividades para impulsar una cultura institucional con perspectiva de género en los servicios estatales de salud, que favorezcan la promoción de la igualdad sustantiva entre mujeres y hombres en el ámbito laboral de la salud.

Árbol de problemas



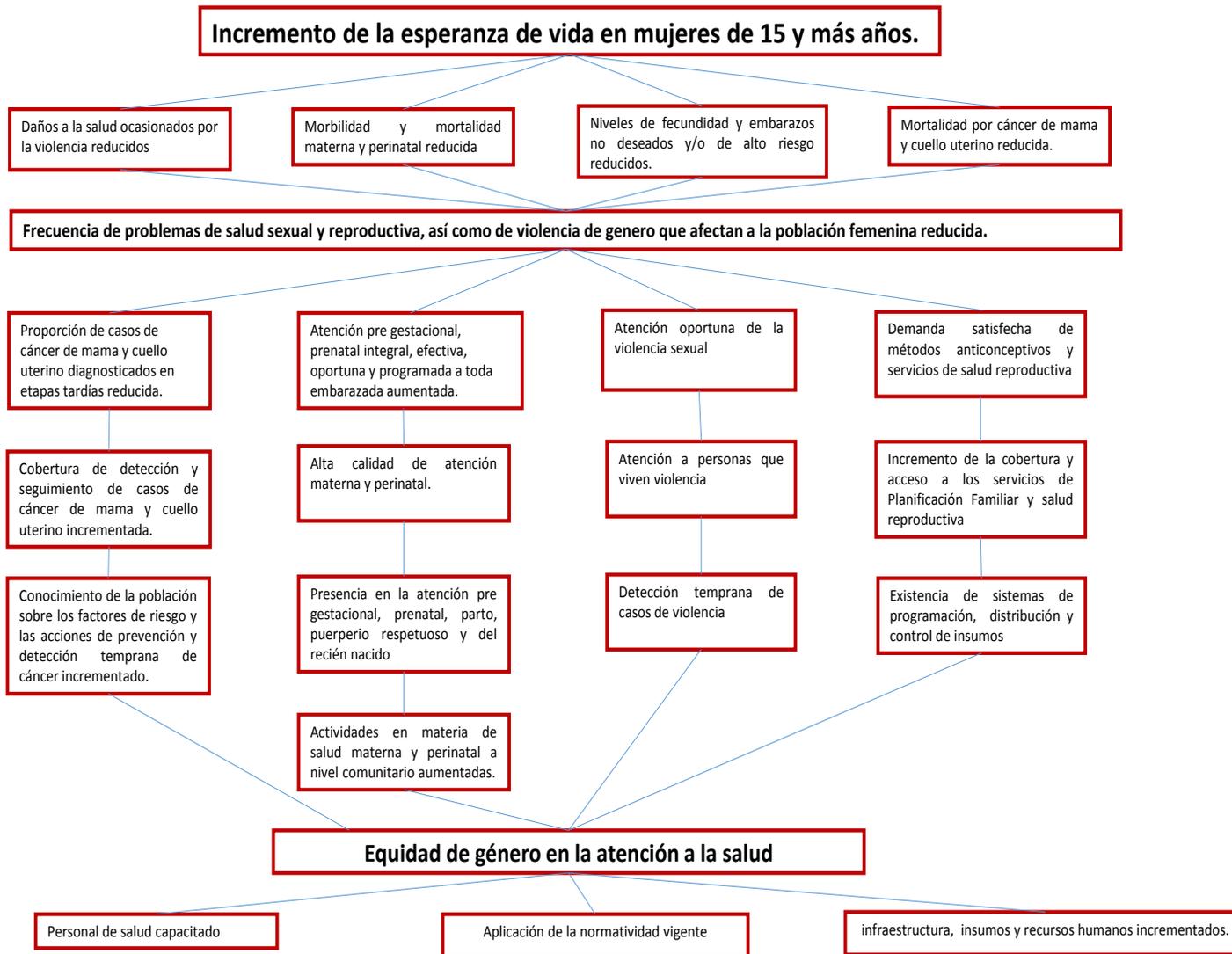
Árbol de Objetivos

EFFECTOS

PROBLEMA

CAUSAS

CAUSAS TRANSVERSALES



3.3.2. DETERMINACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DE LOS OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

El Pp P020 tiene vinculación a través de sus componentes con los siguientes objetivos del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.

La vinculación con el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018 y el Programa de Acción Específico de **Salud Materna y Perinatal** (SMP) 2013-2018 responde a la Meta II México Incluyente, para garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales de todos los mexicanos y mexicanas, que vaya más allá del asistencialismo y que conecte el capital humano con las oportunidades que generan la economía en el marco de una nueva productividad social, que disminuya las brechas de desigualdad y que promueva la más amplia participación social en las políticas públicas como actor de cohesión y ciudadanía.

Con el PROCESA su vinculación principal es con el objetivo 1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y la prevención de enfermedades, y con el objetivo 4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.

En ese contexto, el Programa de Acción Específico de Salud Materna y perinatal tiene dos siguientes objetivos:

1. Propiciar acceso universal de mujeres y hombres en etapas pregestacional, embarazo, parto, puerperio y neonatal, a servicios de salud de calidad y respetuosos.
2. Contribuir a reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal, con enfoque de interculturalidad, priorizando grupos de alta marginación y de riesgo.

Para llevar a México a su máximo potencial, el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, plantea cinco metas nacionales que fueron diseñadas para responder a cada una de las barreras que limitan el desarrollo de nuestro país: México en Paz, México Incluyente, México con Educación de Calidad, México Próspero y México con Responsabilidad Global. Asimismo, incluye tres estrategias transversales en todas las acciones de la presente Administración. De manera particular, para lograr un México Incluyente se requiere garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales de la población, entre los cuales se encuentra la salud. **La planificación familiar** es un elemento esencial para favorecer la salud y contribuir al ejercicio de otros derechos de la población, como el derecho a decidir el número y el espaciamiento de los hijos, por lo cual las estrategias y líneas de acción del Programa de Planificación Familiar 2013-2018, contribuirán a lograr un México Incluyente y están perfectamente alineadas a su objetivo 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud.

El Programa Sectorial de Salud fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de diciembre de 2013 y se plantea alcanzar seis objetivos:

1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.
2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.
3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida.
4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.
5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud.
6. Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

Aun cuando el Programa de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes contribuye a lograr los objetivos 1, 2, 4 y 6 del Programa Sectorial de Salud 2013-2018, está directamente alineado al objetivo 1 Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades y en particular el objetivo 1.5 Incrementar el acceso a la salud sexual y reproductiva con especial en adolescentes y poblaciones vulnerables.

Para la presente administración, el Programa de Acción Específico 2013-2018: **Cáncer de la Mujer**, establece 3 objetivos asociados a las Metas Nacionales del PND, específicamente a la Meta II: “México incluyente” y a los objetivos del PROSESA, principalmente al Objetivo: 2.5.3. “Focalizar acciones de prevención y detección de cánceres, particularmente cérvico-uterino y de mama.”

Objetivo 1. Reducir los daños a la salud ocasionados por la violencia familiar y/o de género en las mujeres.

La violencia familiar y de género incrementa los riesgos a la salud, como lesiones, embarazos o abortos forzados, infecciones de transmisión sexual, depresión, trastornos mentales, abusos de sustancias y enfermedades crónicas entre otras; estos daños se producen a lo largo de la vida y tienden a incrementar, sin intervención oportuna incluso puede llegar a la muerte. Los servicios de salud representan una ventana de oportunidad, de ahí que la búsqueda intencionada de casos a través de la detección basada en indicadores de alarma relacionados con la violencia es fundamental; es sabido que las mujeres están dispuestas a hablar de sus experiencias cuando el personal les pregunta ENVIM.

Para atender los casos de violencia, se requiere un abordaje que integre por una parte la perspectiva de género como marco de comprensión, por otra el tipo de violencia y su severidad de tal forma que el personal de salud cuente con criterios que les permita decidir sobre el nivel de resolución con el que podrá atender a las usuarias, para ello también se requiere de capacitación constante que le apoye para incrementar su confianza y capacidad para brindar los servicios de acuerdo a su nivel de resolución y de manera oportuna.

Objetivo 2. Promover el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia

La violencia en general y particularmente la violencia de género, son fenómenos sociales determinados por múltiples factores de orden cultural, económico, demográfico, histórico, de organización social entre otros, que por su complejidad parecen inevitables e incluso “naturales”; sin embargo múltiples experiencias internacionales han demostrado que la violencia es evitable a través de estrategias que permitan identificar y reaprender a establecer relaciones interpersonales libres de violencia, con reconocimiento de los derechos humanos de las personas y en específico de las mujeres y niñas.

Contar con intervenciones preventivas focalizadas a poblaciones estratégicas, como los hombres y niños, permitiría en el primer caso desactivar la violencia y en el segundo aprender formas de relación desde el reconocimiento de la igualdad entre hombres y mujeres, la evidencia nos muestra que la violencia sufrida en la infancia tiende a reproducirse en la edad adulta, 49% de las mujeres que vivían violencia actual, habían sufrido humillaciones en la niñez y 48% de las que había recibido golpes en esa etapa, sufrían violencia de pareja ENVIM. Por lo que invertir en el cambio del entorno de los más jóvenes puede resultar en efectos benéficos importantes para la construcción de una cultura de la paz.

La OPS indica que la igualdad de género existirá cuando mujeres y hombres estén en igualdad de condiciones para ejercer plenamente sus derechos y gozar del grado máximo de salud, así como participar en las decisiones que afectan el desarrollo de su salud y beneficiarse de los resultados. En este sentido, la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Internacional de la Mujer (Beijing, 1995), describió el principio prioritario de igualdad en salud entre mujeres y hombres.

La promoción de la equidad de género en salud como estrategia política basado en los derechos humanos a la salud, igualdad y no discriminación, requiere promover herramientas que distribuyan el acceso a la salud de manera justa y equilibrada entre mujeres y hombres. Es por ello que no puede garantizarse el derecho a la salud de las mujeres sin que existan condiciones plenas para el ejercicio del derecho a la igualdad y la no discriminación.

3.4. COBERTURA

3.4.1. IDENTIFICACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN POTENCIAL

Cada una de las intervenciones descritas en el punto 3.3.2 que forman parte del Programa presupuestal P020 tiene una población potencial específica, dependiendo de la naturaleza de la propia intervención (Subprograma), la población potencial del P020 entonces corresponde a la unión de todos esos subconjuntos, que se traduce en la población mujeres y hombres de 10 años y más sin seguridad social en todo el territorio nacional.

Para el Programa de Salud Materna y Perinatal corresponde a mujeres embarazadas, recién nacidos y mujeres en edad fértil que desean embarazarse.

Por la naturaleza de las **acciones de planificación familiar y anticoncepción**, la población potencial debería estar definida por el total de mujeres con vida sexual activa, ya que en esencia son las que están expuestas al riesgo de embarazo. Sin embargo, ante la dificultad de obtener este indicador, a nivel mundial se ha definido como población potencial, el total de mujeres en edad fértil unidas; es decir, el total de mujeres de 15 a 49 años de edad que están casadas o unidas. Para tal efecto, se definen los siguientes conceptos:

MEF: Mujeres en edad fértil; es decir, mujeres que tienen entre 15 y 49 años de edad.

MEFU: Mujeres en edad fértil unidas; es decir, mujeres que tienen entre 15 y 49 años de edad y que además, están casadas o unidas.

De acuerdo con las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), el número de MEF a nivel nacional en 2014 ascendió a 33'076,169, lo que representó el 27.6 por ciento de la población total de país.

Para determinar el número de MEFU, es necesario conocer el porcentaje de MEF que son casadas o unidas, lo cual sólo se puede obtener a través de encuestas o estudios especiales. En México, la fuente de información más confiable hasta el momento, es la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) que lleva a cabo cada cinco años el Instituto Nacional de Estadística y Demografía (INEGI). Con

base en ello, se puede precisar que la población de MEFU a nivel nacional asciende a 17'984,444, correspondiente al 54.3% del total de MEF.

En el caso de las acciones de salud sexual y reproductiva para adolescentes, la población potencial está definida por hombres y mujeres de 10 a 19 años de edad, que de acuerdo con las Proyección de Población del CONAPO ascendió a 22.4 millones en 2014.

El grupo de mujeres beneficiados será el de 25 años y más, con énfasis de detección por exploración clínica a las de 25 a 39 años y por **mastografía** de tamizaje a las de 40 a 69 años.

Con apoyo de otros presupuestos (anexo IV, y ramo 33), las mujeres (25 a 39 años) acudirán a unidades médicas de 1° nivel de atención para exploración clínica.

Mujeres de 40 años y más acudirán a mastografía de tamizaje a las: Unidades móviles de mastografía, unidades de 1°, 2° y 3° nivel de atención equipadas con mastógrafos para el tamizaje y con personal capacitado para realizar el estudio.

Violencia familiar y de Género: Mujeres de 15 años o más, unidas, sin derechohabencia y usuarias de los servicios de salud.

(El programa de **Igualdad de Género**, no tiene cobertura como tal ya que no atiende personas de manera directa)

Igualdad de género: personas usuarias de los servicios de salud, con especial énfasis en las mujeres y niñas, de todas las edades.

3.4.2. IDENTIFICACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETIVO

La población objetivo del Programa de Salud Materna y Perinatal incluye a:

Mujeres embarazadas la cual se estima a través de conocer el número de nacimientos de mujeres sin derechohabencia en instituciones de seguridad social que se tuvieron en el año más cercano conocido a la etapa en la que se planea aplicar el gasto.

Recién nacidos cuyo número se obtiene de DGIS/Cubos Certificado de nacimientos

Mujeres en edad fértil: es decir, mujeres que tienen entre 15 y 49 años de edad., según estimaciones de CONAPO 2016, (Conapo 1990-2030)

La población objetivo del Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción para el caso particular de la Secretaría de Salud se define como el "total de mujeres en edad fértil unidas que no son derechohabientes de ninguna institución pública de seguridad social".

Para obtener este indicador, al igual que en el caso de la población potencial, se parte del número de MEF, pero en este caso considerando sólo aquellas mujeres de 15 a 49 años de edad que no son derechohabientes de ninguna institución de seguridad social, ni tampoco tienen acceso a alguna de estas instituciones; esto es:

MEF (Sin seguridad social)= Mujeres en edad fértil (15 a 49 años de edad) que no son derechohabientes de ninguna institución pública de salud.

MEF (Responsabilidad de la SS)= Mujeres en edad fértil (15 a 49 años de edad) que no son derechohabientes de ninguna institución pública de salud y que tampoco tienen acceso a IMSS-Prospera³.

MEFU (Responsabilidad de la SS)= Mujeres en edad fértil casadas o unidas que no son derechohabientes de ninguna institución pública de salud y que tampoco tienen acceso a IMSS-Prospera.

De acuerdo con las estimaciones realizadas por la Dirección General de Información en Salud (DGIS) de la Secretaría de Salud, el número de MEF no derechohabientes de ninguna institución ascendió a 18'394,244 en 2014.

Sin embargo, al IMSS-Prospera tienen acceso aproximadamente 2'669,317, por lo que el número de MEF (Responsabilidad de la SS) se reduce a 15'724,927.

Al aplicar el porcentaje de MEF que se estima son casadas o unidas, y que según la ENADID 2014 fue de 54.3%, entonces:

MEFU (Responsabilidad de la SS)= 8'545,562

Lo anterior indica que la población de MEFU responsabilidad de la Secretaría de Salud equivale a aproximadamente el 47.5% del total de MEFU del país.

Acorde a los intervalos de las distintas pruebas de tamizaje, la capacidad instalada, la disponibilidad de recursos humanos y materiales, así como las recomendaciones internacionales para la detección de **cáncer de mama y de cáncer de cuello uterino**, la población objetivo anual para detección de cáncer de cuello uterino en mujeres de 25 a 64 años corresponde a la tercera parte de las mujeres sin seguridad social y no atendidas por IMSS-PROSPERA en este rango de edad y para detección de cáncer de mama con mastografía en mujeres de 40 a 69 años corresponde a la mitad de las mujeres sin seguridad social y no atendidas por IMSS-PROSPERA en este rango de edad.

Con el **Programa de Prevención y Atención de la Violencia** se planea al año 2018 alcanzar la detección de mujeres de 15 años y más, unidas, que acuden a los servicios de salud, y que de acuerdo a los marcadores de violencia se les aplica la herramienta de detección por parte del personal médico de primer contacto; alcanzar el 33% de positividad para violencia familiar entre las mujeres a las que se les realiza el cuestionario en los servicios esenciales de las instituciones públicas del SNS, indicará que las instituciones públicas del SNS están realizando de manera correcta acciones dirigidas a la búsqueda intencionada de casos, lo que además implicaría intervenir de manera temprana y con ello contribuir a reducir los daños a la salud en las mujeres víctimas de violencia.

Así mismo, las mujeres en situación de violencia, sufren diversos daños además de las lesiones, entre ellos a su bienestar emocional y psicológico, también se ven afectadas a nivel cognitivo y social; por otra parte existen barreras como el miedo, el estigma y la amenaza de perder a los hijos que disuaden a

³ El IMSS Prospera opera en 19 entidades federativas (Baja California, Campeche, Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guerrero, Hidalgo, Estado de México, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sinaloa, Tamaulipas, Veracruz, Yucatán y Zacatecas).

muchas mujeres de buscar ayuda o porque no saben sobre los servicios de que disponen, así como dificultades en el acceso a los servicios de salud, por lo que alcanzar el 26% de mujeres que viven en violencia familiar severa, que se adhieran en promedio hasta en 6 sesiones al tratamiento psicológico en los Servicios Especializados, implicaría contar con personal técnicamente capaz, sensibilizado al tema, con perspectiva de género y de respecto a los derechos humanos; con una cobertura amplia.

La polarización en el acceso y control de los recursos en salud, es todavía notoria. La **desigualdad** entre mujeres hombres para acceder a la prevención y atención de padecimientos, así como las marcadas brechas de bienestar y disfrute efectivo de derechos en salud, demandan la puesta en marcha de estrategias y acciones que combatan la separación entre los sexos en este ámbito. Por ello, para el Programa Igualdad de Género en Salud, resulta indispensable poner especial importancia en cómo, además de las diferencias biológicas, son las diferencias socioculturales entre mujeres y hombres determinan desigualdades en el control y acceso a los recursos de salud, así como en el autocuidado y el cuidado de las demás personas; observando distinciones en la prevención, promoción y atención para comprender cómo interactúan los factores biológicos y sociales en los aspectos de la salud, y entender la relación que existe entre unos y otros.

Identificar estas diferencias permite establecer intervenciones claras y directas para satisfacer los requerimientos específicos de unas y otros en relación con su salud, promoviendo la corresponsabilidad de todas las personas de la familia y la comunidad.

3.4.3. CUANTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETIVO

Las poblaciones objetivo que se plantean para el ejercicio 2016 son:

En el Programa de Salud Materna y Perinatal la población de mujeres a atender sin derechohabiencia es de 1,514,439.

Recién nacidos 1,514,439

MEF es de 61,801,280

La población objetivo del **Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción** para el caso particular de la Secretaría de Salud se define como el “total de mujeres en edad fértil unidas que no son derechohabientes de ninguna institución pública de seguridad social”.

Para obtener este indicador, al igual que en el caso de la población potencial, se parte del número de MEF, pero en este caso considerando sólo aquellas mujeres de 15 a 49 años de edad que no son derechohabientes de ninguna institución de seguridad social, ni tampoco tienen acceso a alguna de estas instituciones; esto es:

MEF (Sin seguridad social)= Mujeres en edad fértil (15 a 49 años de edad) que no son derechohabientes de ninguna institución pública de salud.

MEF (Responsabilidad de la SS)= Mujeres en edad fértil (15 a 49 años de edad) que no son derechohabientes de ninguna institución pública de salud y que tampoco tienen acceso a IMSS-Prospera .

MEFU (Responsabilidad de la SS)= Mujeres en edad fértil casadas o unidas que no son derechohabientes de ninguna institución pública de salud y que tampoco tienen acceso a IMSS-Prospera.

De acuerdo con las estimaciones realizadas por la Dirección General de Información en Salud (DGIS) de la Secretaría de Salud, el número de MEF no derechohabientes de ninguna institución ascendió a 18'394,244 en 2014.

Sin embargo, al IMSS-Prospera tienen acceso aproximadamente 2'669,317, por lo que el número de MEF (Responsabilidad de la SS) se reduce a 15'724,927.

Al aplicar el porcentaje de MEF que se estima son casadas o unidas, y que según la ENADID 2014 fue de 54.3%, entonces:

MEFU (Responsabilidad de la SS)= 8'545,562

Lo anterior indica que la población de MEFU responsabilidad de la Secretaría de Salud equivale a aproximadamente el 47.5% del total de MEFU del país.

Para 2016, la población objetivo para el Programa de cáncer de la mujer es:

- Detección de cáncer de mama con mastografía en mujeres de 40 a 69 años: 3,302,816
- Detección de Cáncer de cuello uterino en mujeres de 25 a 64 años: 4,278,441

El **Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género** tiene programado para el año 2016, aplicar la herramienta de detección al 23.3% de las mujeres mayores de 15 y más años unidas usuarias de los servicios de salud, lo que representa la aplicación de 2,017, 725 herramientas de detección en todo el país. Así mismo, se tiene programado brindar atención al 24.0% de las mujeres de 15 y más años unidas que se estima están en riesgo de vivir violencia severa, lo que representa atender a 249,410 mujeres en los Servicios Especializados en los 32 Servicios Estatales de Salud.

El Programa de Igualdad de Género reporta población con seguridad social, sin seguridad social

3.4.4 FRECUENCIA DE ACTUALIZACIÓN DE LA POBLACIÓN POTENCIAL Y OBJETIVO

Annual con base en estimaciones de la población y su derechohabencia elaboradas por INEGI y/o CONAPO

3.5. DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN

3.5.1. TIPO DE INTERVENCIÓN

Este programa presupuestario otorga apoyos monetarios y no monetarios (insumos, capacitación, asesoría técnica) a las entidades federativas, a fin de fortalecer la prestación de servicios de salud materna y perinatal. Las entidades federativas son corresponsables en la ejecución y vigilancia de los recursos e insumos ministrados, y en la prestación de servicios acorde a la normatividad y lineamientos establecidos por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

Para implementar acciones efectivas para mejorar la **salud materna y perinatal**, es fundamental reducir los rezagos en la atención de todas las mujeres, favorecer el acceso a la atención durante la etapa pregestacional, el embarazo (prenatal), parto, puerperio y que las intervenciones efectivas, preventivas e integrales y de calidad logren impacto en la población. Se pondrá especial énfasis en la atención a grupos de alta marginación, adolescentes y población de alto riesgo, es una de las prioridades ya que, las mayores tasas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal se encuentran en estos grupos, es indispensable que las pacientes reciban por parte de los prestadores de servicios de salud un trato digno, respetuoso y con pertinencia cultural.

Las estrategias y líneas de acción que plantea el programa son:

1. Incrementar el acceso en las etapas pregestacional, prenatal, parto, puerperio y neonatal a servicios con alta calidad.

- Contribuir a mejorar calidad y seguridad en la atención, con base en evidencia científica y mejores prácticas, eliminando intervenciones nocivas e innecesarias
- Implementar el desarrollo de intervenciones comunitarias y participativas para mejorar la salud materna, perinatal y paternidad responsable.
- Promover, mantener y mejorar la salud de las embarazadas y de sus recién nacidos con un enfoque intercultural y género.
- Fortalecer en coordinación con el CENSIDA las medidas para prevenir la transmisión vertical del VIH y la sífilis congénita, así como el seguimiento al recién nacido, en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud.
- Identificar oportunamente riesgos en el embarazo para la referencia oportuna a la evaluación especializada y contra referencia efectiva.
- Fortalecer la atención oportuna y de calidad en emergencias obstétricas considerando redes efectivas interinstitucionales de servicios.
- Fortalecer y desarrollar acciones, específicas para la prevención, detección y manejo de los defectos al nacimiento

2. Promover la nutrición efectiva en forma temprana y específica, en las etapas Pregestacional, prenatal y neonatal.

- Fomentar la alimentación de calidad con micronutrientes que favorezcan la salud materna y fetal.
- Impulsar la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y en caso de las mujeres con VIH brindar consejería sobre las alternativas para la alimentación infantil.
- Fortalecer el manejo nutricional del prematuro extremo sustentado en evidencia científicas actuales y buenas prácticas

3. Promover formación, actualización y desarrollo de recursos humanos para la atención integral, pregestacional, prenatal, del parto, puerperio y del neonato.

- Favorecer la disponibilidad de personal capacitado para la atención pregestacional, prenatal, parto, puerperio, las emergencias obstétricas y neonatales.
- Sensibilizar y capacitar al personal, para brindar atención materna y perinatal segura, competente y respetuosa de los derechos humanos.

4. Apoyar la gestión para el equipamiento e insumos en unidades médicas que atiendan la salud materna y perinatal.

- Promover la adquisición de insumos, equipo estratégico para la atención materna y neonatal, priorizando localidades de alta marginación y concentración.
- Apoyar la implementación de unidades de atención de parto centradas en necesidades y preferencias interculturales.
- Fortalecer la vinculación de los procesos de gestión, vigilancia, monitoreo, seguimiento y evaluación para la acción y rendición de cuentas.
- Contribuir al fortalecimiento y vinculación de los sistemas de información y vigilancia de la salud materna y perinatal.
- Fortalecer e impulsar los comités para estudios de muerte materna, morbilidad severa y muerte perinatal para identificar deficiencias y corregirlas.

- Supervisar el desarrollo del programa y dar seguimiento a las desviaciones y recomendaciones emitidas.
- Dar seguimiento al uso eficiente de los recursos y su vinculación con resultados.

Tomando como base los rezagos en materia de **planificación familiar y anticoncepción** en México, en estricta consonancia con las metas nacionales y los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, así como con los objetivos y estrategias del Programa Sectorial de Salud, el Programa de Planificación Familiar se plantea tres objetivos a efecto de contribuir a que la población disfrute de su vida sexual y reproductiva de manera informada, libre, satisfactoria, responsable y sin riesgos.

Por ello, se plantean los siguientes objetivos:

1. Incrementar el acceso efectivo a servicios de planificación familiar y anticoncepción y mejorar la calidad de la atención.
2. Atender las necesidades específicas de planificación familiar y anticoncepción, particularmente en grupos en situación de desventaja social.
3. Incentivar la paternidad activa y elegida, así como la responsabilidad del hombre en la planificación familiar y la anticoncepción.

Tomando como base los retos y rezagos que se presentan en la Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes y en estricta consonancia con las metas nacionales y los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo, 2013-2018, así como con los objetivos y estrategias del Programa Sectorial de Salud, 2013-2018, se plantean tres objetivos a efecto de contribuir a la salud sexual y reproductiva de la población adolescente:

1. Favorecer el acceso a información, educación y orientación en salud sexual y reproductiva para adolescentes.
2. Reducir embarazos no planeados e ITS en adolescentes, mediante el acceso efectivo a servicios de calidad específicos para esta población.
3. Incidir en los determinantes que impiden el ejercicio pleno de la sexualidad y salud reproductiva de la población adolescente

Incluidas en las Estrategias Transversales se definen acciones para favorecer un Gobierno cercano y moderno:

- Promover que el manejo de los recursos económicos destinados al programa se administren con eficiencia, eficacia economía y transparencia.
- Impulsar la transparencia y la rendición de cuentas en el ejercicio de los recursos y el avance del programa.

Así mismo, es prioritario asegurar la Perspectiva de género para lo cual se proponen las siguientes intervenciones:

- Incentivar la generación y uso de la información desagregada por sexo.
- Incorporar en todos los cursos de capacitación contenidos con perspectiva de género.

Las acciones para la prevención y detección oportuna **del Cáncer de la Mujer** establece 3 objetivos asociados a las Metas Nacionales del PND, específicamente a la Meta II: "México incluyente" y a los

objetivos del PROSESA, principalmente al Objetivo: 2.5.3. “Focalizar acciones de prevención y detección de cánceres, particularmente cérvico-uterino y de mama.”

1. Mejorar el conocimiento de mujeres y hombres sobre prevención y detección temprana del cáncer de mama y de cuello uterino.
2. Fortalecer la detección temprana de cáncer de cuello uterino y cáncer de mama
3. Contribuir a la convergencia de sistemas de información de cáncer entre las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

La **violencia familiar y de género** incrementa los riesgos a la salud, como lesiones, embarazos o abortos forzados, infecciones de transmisión sexual, depresión, trastornos mentales, abusos de sustancias y enfermedades crónicas entre otras; estos daños se producen a lo largo de la vida y tienden a incrementar, sin intervención oportuna incluso puede llegar a la muerte. Los servicios de salud representan una ventana de oportunidad de ahí que la búsqueda intencionada de casos a través de la detección basada en indicadores de alarma relacionados con la violencia es fundamental.

Para atender los casos de violencia, se requiere un abordaje que integre por una parte la perspectiva de género como marco de comprensión, por otra el tipo de violencia y su severidad de tal forma que el personal de salud cuente con criterios que les permita decidir sobre el nivel de resolución con el que podrá atender a las usuarias, para ello también se requiere de capacitación constante que le apoye para incrementar su confianza y capacidad para brindar los servicios de acuerdo a su nivel de resolución y de manera oportuna.

La violencia en general y particularmente la violencia de género, son fenómenos sociales determinados por múltiples factores de orden cultural, económico, demográfico, histórico, de organización social entre otros, que por su complejidad parecen inevitables e incluso “naturales”; sin embargo múltiples experiencias internacionales han demostrado que la violencia es evitable a través de estrategias que permitan identificar y reaprender a establecer relaciones interpersonales libres de violencia, con reconocimiento de los derechos humanos de las personas y en específico de las mujeres y niñas. Contar con intervenciones preventivas focalizadas a poblaciones estratégicas, como los hombres y niños, permitiría en el primer caso desactivar la violencia y en el segundo aprender formas de relación desde el reconocimiento de la igualdad entre hombres y mujeres

Las estrategias y líneas de acción que plantea el programa son:

Estrategia 1.- Fomentar en las Instituciones del Sistema Nacional de Salud la detección oportuna de la violencia familiar y de género

- Promover la aplicación de procedimientos de detección de violencia familiar y de género en unidades de salud.
- Fortalecer las capacidades del personal de salud para la detección oportuna de la violencia familiar y de género.

Estrategia 2.- Reforzar la atención esencial en salud para las personas que viven violencia sexual

- Establecer procedimientos institucionales para la atención de las personas afectadas por violencia sexual

- Garantizar la disponibilidad de los insumos para anticoncepción de emergencia y profilaxis para infecciones de transmisión sexual
- Establecer procedimientos institucionales para la realización del aborto médico de conformidad con lo previsto por la ley
- Fortalecer las capacidades del personal de salud para la atención esencial de la violencia sexual.
- Promover la atención psicológica para las personas que viven violencia sexual

Estrategia 3.- Fortalecer la atención especializada en el Sistema Nacional de Salud a las mujeres que viven violencia

- Establecer servicios especializados de atención médica y psicológica de la violencia familiar y de género en las unidades de salud
- Supervisar que la atención de la violencia familiar y de género cumpla con la normatividad vigente
- Promover la evaluación de la efectividad de la atención a la violencia familiar y de género
- Contribuir al desarrollo de acciones de re-educación de víctimas de violencia de pareja en las unidades de salud
- Coordinar la adaptación de las intervenciones para la prevención y atención de la violencia para mujeres indígenas
- Fortalecer las capacidades del personal de salud para brindar orientación, consejería y referencia oportuna a las mujeres que viven violencia.
- Promover la coordinación intersectorial e interinstitucional para la atención integral de la violencia familiar y de género

Estrategia 4.- Contribuir a la atención de las mujeres que viven violencia extrema

- Reforzar los mecanismos de referencia para el acceso oportuno de las mujeres a servicios de atención de violencia extrema
- Contribuir a la mejora de la calidad de los servicios de atención de la violencia extrema
- Contribuir con las instituciones competentes para establecer instrumentos regulatorios de las diferentes modalidades de atención de violencia extrema

Estrategia 5.- Promover la generación de información vinculada a los daños a la salud por violencia para la toma de decisiones

- Impulsar el desarrollo de investigaciones e intervenciones sobre violencia de género en grupos en desventaja social
- Contribuir al fortalecimiento de los sistemas de información sobre violencia en el ámbito de la salud.

Estrategia 6.- Promover la difusión del derecho de las mujeres a una vida libre de violencia

- Promover la difusión de marcadores de riesgo y daños a la salud ocasionados por la violencia entre la población general.
- Difundir los servicios de salud existentes para la prevención y atención de la violencia familiar y de género.

Estrategia 7.- Impulsar intervenciones efectivas de prevención de la violencia familiar y de género.

- Diseñar intervenciones preventivas y focalizadas a la población en riesgo de vivir violencia familiar y de género.
- Contribuir al desarrollo de acciones de re-educación de agresores de violencia de pareja, en las unidades de salud.
- Capacitar y sensibilizar al personal de salud para que brinde atención libre de violencia a la población usuaria.

3.5.2. ETAPAS DE LA INTERVENCIÓN

El Programa de Prevención y Control de Cáncer de la Mujer, tiene un modelo de atención con enfoque de procesos que considera acciones e indicadores para cada una de las etapas del mismo. En el caso de cáncer de cuello uterino, la detección se realiza en mujeres de 25 a 64 años con citología cervical y acorde a políticas institucionales, puede emplearse también la detección biomolecular de virus de papiloma humano para mejorar la sensibilidad de la detección en mujeres de 35 a 64 años.

Las mujeres con resultado anormal a la citología deben referirse para confirmación diagnóstica y tratamiento en clínica de colposcopia para lesiones precursoras o a unidades de atención oncológica para los casos de cáncer. Es importante hacer notar que en el caso de la detección a través de prueba de VPH, las mujeres positivas deben contar con un estudio de evaluación complementaria mediante citología previa a la colposcopia (triage).

Por otro lado en el tamizaje de cáncer de mama acorde a la NOM-041-SSA-2011,11 la detección se realiza en mujeres a partir de los 25 años con exploración clínica de mama, y mastografía cada dos años en mujeres entre 40 y 69 años. Las mujeres con resultado anormal a la mastografía o la exploración clínica deben referirse a evaluación diagnóstica para confirmación histopatológica y posteriormente a tratamiento oncológico para los casos positivos a cáncer. Es importante hacer notar que el reporte de resultados de mastografía en México se realiza con el sistema del Colegio Americano de Radiología denominado BIRADS (del inglés Breast Imaging Report and Database System), en este sentido, las mujeres con resultados de BIRADS 0 y 3 deben contar con un estudio de imagen complementaria, y a partir de ahí, decidir su seguimiento o su referencia para evaluación diagnóstica.

Anualmente, se realizará un ejercicio de planeación de metas y presupuesto en coordinación con los responsables estatales, a fin de asignar los recursos del Programa Presupuestal como apoyo para la operación de los Programas de Acción Específicos vinculados, toda vez que para el logro de los objetivos de este PP, se cuenta también con otras fuentes de financiamiento como el Anexo IV del Seguro Popular y los recursos que cada entidad federativa asigna del Ramo 33.

La Secretaría de Salud a través del **Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género** ha realizado diferentes acciones en favor de la Mujer para reducir los daños a la salud ocasionados por la violencia familiar y/o de género, además de promover el derecho a una vida libre de violencia.

Dichas acciones que se han implementado desde el mes de diciembre de al año 2012 y que se encuentran incorporadas en el Modelo Integrado para la Prevención y Atención a la violencia familiar y sexual, que incluye la atención médica y psicológica en los tres niveles de atención, son las siguientes:

Detección Oportuna

Aplicación de herramientas de detección a mujeres de 15 años y más, unidas, que acuden a los servicios de salud, y que de acuerdo a los marcadores de violencia familiar y de género, se les aplica la herramienta de detección por parte del personal médico de primer contacto; derivado de esta aplicación de herramientas se detectan mujeres que viven algún tipo de violencia y como lo establece la NOM 046 fueron referidas a los servicios especializados para su atención oportuna.

Atención Especializada

Se brinda atención a mujeres de 15 años y más en situación de violencia familiar y/o de género severa, en los servicios especializados, donde recibieron atención médica y psicológica, con un tratamiento de entre 4 a 7 sesiones dependiendo de la severidad de la violencia detectada y de acuerdo a los protocolos y lineamientos de atención psicológica.

Atención en casos de Violación Sexual

Cómo parte de las acciones a favor de la aplicación de la NOM 046 en coordinación con el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA y los 32 SESA's se realiza la distribución de tratamientos completos de profilaxis de VIH desde el año 2013, lo que permite garantizar la oferta de la aplicación de profilaxis en la atención de casos de violación sexual.

Grupos de Reeducción

Como parte del modelo integrado de atención a la violencia se cuenta con la intervención de Reeducción para Víctimas y Agresores de Violencia de Pareja. El objetivo de esta intervención es desarrollar nuevas habilidades y comportamientos que posibiliten salir de la situación de violencia y establecer relaciones de pareja en un plano de igualdad tanto a las mujeres que han vivido violencia como a los hombres que la han ejercido contra su pareja, a través de la integración de grupos de reflexión, que se desarrollan en sesiones técnicas y temáticas. Actualmente la intervención ya se está implementando en las 32 entidades federativas.

Intervenciones Preventivas

En este sentido durante 2013 se diseñaron tres intervenciones preventivas orientadas a población adolescente, las cuales consisten en la impartición de talleres de trabajo para población entre 12 y 19 años, con la finalidad de generar mecanismos de construcción de roles y estereotipos de género que provocan conductas violentas, así como la promoción de factores protectores para la identificación y resolución de éstas conductas.

Las tres intervenciones son:

- Prevención de la violencia en el noviazgo. Orientada para mujeres y hombres adolescentes entre 12 y 19 años
- Prevención de la Violencia Sexual en Comunidad para mujeres adolescentes.
- Prevención de la Violencia Sexual en Comunidad para hombres adolescentes.

Atención de la Violencia Extrema.

Desde el año 2003 se han establecido Convenios de Concertación de Acciones con Organizaciones de la Sociedad Civil e Instituciones Públicas, para la operación de refugios para la atención de mujeres en situación de violencia extrema sus hijas e hijos. La operación de los refugios consiste en acciones de:

Protección, Atención médica, Atención psicológica, Apoyo legal, Apoyo laboral: capacitación y bolsa de trabajo.

La **igualdad de género** en salud existirá cuando mujeres y hombres estén en igualdad de condiciones para ejercer plenamente sus derechos y gozar del grado máximo alcanzable de salud, así como participar en las decisiones y acciones que afectan el desarrollo de su salud. La promoción de la equidad de género en salud, como estrategia política, debe estar basada en un marco de derechos humanos, igualdad y no discriminación, a través de la implementación de herramientas que permitan el acceso a la salud de manera justa y equilibrada.

Para lograrlo, se requiere a) eliminar las inequidades innecesarias, injustas y evitables en la salud, b) la distribución y acceso diferencial a los recursos entre mujeres y hombres a partir de sus necesidades específicas, c) la contribución de mujeres y hombres para el financiamiento de su salud, según su capacidad económica y no se su necesidad de servicios y d) la distribución justa de las responsabilidades, el poder y las recompensas, para el cuidado de la salud en el hogar, la comunidad y las instituciones de salud.

La PGS se enfoca en la desigualdad ante el cuidado de la salud y el acceso de los servicios, observando las distinciones en la prevención, promoción y atención de la salud Todo ello a través de la implementación de un abordaje transformador que tome en cuenta las necesidades e intereses estratégicos de las personas, con especial énfasis en la salud de las mujeres y niñas.

Al colocar en el centro el derecho a la igualdad entre mujeres y hombres, se aplicará la PG para desarrollar estrategias y acciones que permitan avanzar en las políticas a favor del ejercicio y goce de los derechos a la salud de mujeres y de hombres.

Por ello, se ha establecido un programa que permita la creación de acciones concretas para que los servicios de salud brinden atención con pleno respeto a los derechos humanos, con énfasis en los derechos a la igualdad, no discriminación y la vida libre de violencia. Asimismo, para incluir la participación de los hombres en el cuidado de la salud-la propia y la de las demás personas-, con el fin de reducir esta carga a las mujeres en las actividades de atención a la salud. Desarrollando formas innovadoras para sensibilizar y capacitar al personal de salud todos los niveles; elaborando materiales de promoción y difusión libre de estereotipos de género y discriminación.

3.5.3. PREVISIONES PARA LA INTEGRACIÓN Y OPERACIÓN DEL PADRÓN DE BENEFICIARIOS

Es importante destacar que dada la clasificación de este programa presupuestario de modalidad “P” (Planeación, seguimiento y evaluación de políticas públicas) en este caso en salud, tomando en cuenta la definición de padrón de beneficiarios que es el listado nominal de todas las personas físicas o morales que recibirán los beneficios –en este caso las intervenciones- relacionados con el programa presupuestario, es imposible la creación seguimiento y monitoreo de un **padrón de beneficiarios** ya que no existe un listado en el cual se pueda saber nominalmente quienes dentro de la población potencial experimentarán la necesidad de recibir alguna de las intervenciones vinculadas al programa presupuestario. De acuerdo con el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos cualquier persona de la población potencial (incluyendo población flotante) que se

encuentre en el territorio nacional, en cualquier momento es susceptible de presentar una necesidad de salud que requiera alguna o varias de las intervenciones o actividades establecidas en este programa. Por otro lado la construcción del listado de utilizadoras/es de los servicios a posteriori, no constituye un padrón de beneficiarios, pero aun así no es competencia de las áreas responsables de desarrollar el programa presupuestario la recopilación de esta información, su depuración y actualización; estaríamos invadiendo las atribuciones de las áreas responsables de la generación de información y estadísticas de salud y utilizando recursos del programa para acciones que no le corresponden. Lo que sí es posible hacer y de hecho se realiza periódicamente es la estimación de la población potencial y la población objetivo para cada una de las intervenciones previstas en este programa presupuestario lo que se hace - con base en datos censales y proyecciones de población.

ESTIMACIÓN DEL COSTO OPERATIVO DEL PROGRAMA

Salud Materna y Perinatal	672,726,633.00
Programa de Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes	107,046,891.00
Programa de Planificación Familiar, Atención y otros Componentes de Salud Reproductiva	118,313,485.00
Prevención y atención de la violencia familiar y de género	630,256,506.00
Programa de Prevención y Control de Cáncer de la Mujer	600,900,755.00
Igualdad de género en salud	13,640,534.00
Estimación Costo de Operación P020	2,142,884,804.00

PRESUPUESTO

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

P020 Salud materna, sexual y reproductiva			Presupuesto 2016
UR	CAP	Centro Nacional de Equidad, Género y Salud Reproductiva	2,142,884,804.00



L00	2000	Materiales y Suministros	284,941,339.00
L00	3000	Servicios Generales	245,633,237.00
L00	4000	Transferencias, asignaciones, subsidios y otras ayudas	1,612,310,228.00

IMPACTO PRESUPUESTARIO

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



SECRETARÍA DE SALUD
Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
Coordinación Administrativa