

CUADERNOS  
DE TRABAJO

29

Monitoreo de la atención a las mujeres en servicios públicos  
del Sector Salud

Diciembre 2011



CUADERNOS  
DE TRABAJO

29

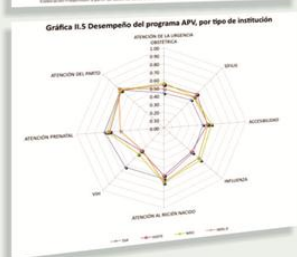
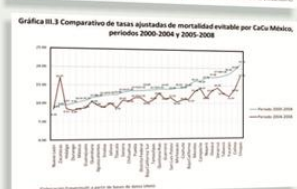
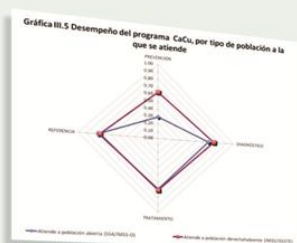
Monitoreo de la atención a las mujeres en servicios públicos  
del Sector Salud

Diciembre 2011

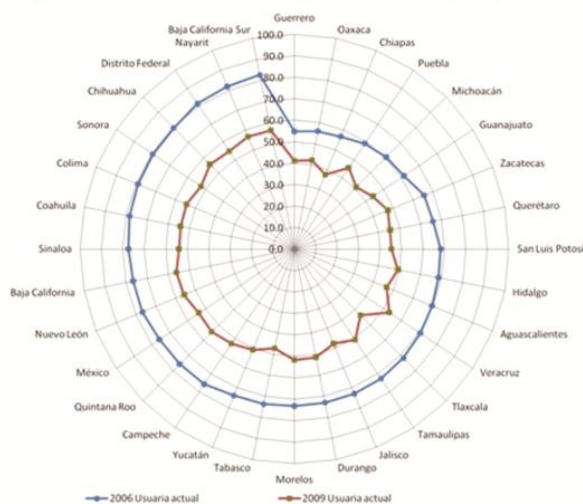


# Monitoreo de la atención a las mujeres en servicios públicos del Sector Salud

INMUJERES  
CIESAS-SURESTE



Gráfica V.1 Distribución porcentual de mujeres de 15 a 49 años, unidas, por entidad federativa y condición de uso de métodos anticonceptivos "usaria actual", 2006 y 2009



Fuente: Instituto Nacional de Salud Pública, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2006

Informe

MONITOREO  
de la atención a las  
MUJERES  
en servicios del sector  
SALUD





# Índice

|                                                                                            |               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Capítulo I. Introductorio</b>                                                           | <b>12</b>     |
| El sistema de salud de México y la atención de las mujeres                                 | 13            |
| Estructura del sistema mexicano de salud                                                   | 17            |
| Beneficios para la salud de las mujeres por institución                                    | 19            |
| Financiamiento                                                                             | 20            |
| Rectoría                                                                                   | 22            |
| La evaluación y los servicios de salud                                                     | 24            |
| Antecedentes de la evaluación externa en el Sector Salud                                   | 27            |
| Metodología                                                                                | 28            |
| Diseño conceptual de la investigación                                                      | 28            |
| Diseño muestral                                                                            | 35            |
| Levantamiento de información                                                               | 39            |
| Tratamiento de la información                                                              | 41            |
| Análisis de la información y resultados                                                    | 42            |
| <br><b>Capítulo II. Programa Atención materna y perinatal (Arranque Parejo en la Vida)</b> | <br><b>51</b> |
| Resumen ejecutivo                                                                          | 51            |
| Introducción                                                                               | 53            |
| Alineación                                                                                 | 59            |
| Metodología                                                                                | 66            |
| Resultados del monitoreo                                                                   | 79            |
| Conclusiones y recomendaciones                                                             | 111           |

|                                                                                |                |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>Capítulo III. Programa Cáncer cervicouterino</b>                            | <b>119</b>     |
| Resumen ejecutivo                                                              | 119            |
| Introducción                                                                   | 120            |
| Alineación                                                                     | 124            |
| Metodología                                                                    | 126            |
| Resultados del monitoreo                                                       | 133            |
| Conclusiones y recomendaciones                                                 | 154            |
| <br><b>Capítulo IV. Programa Cáncer de mama</b>                                | <br><b>159</b> |
| Resumen ejecutivo                                                              | 159            |
| Introducción                                                                   | 160            |
| Alineación                                                                     | 163            |
| Metodología                                                                    | 166            |
| Resultados del monitoreo                                                       | 173            |
| Conclusiones y recomendaciones                                                 | 202            |
| <br><b>Capítulo V. Programa Planificación familiar y anticoncepción</b>        | <br><b>208</b> |
| Resumen ejecutivo                                                              | 208            |
| Introducción                                                                   | 209            |
| Alineación                                                                     | 212            |
| Metodología                                                                    | 222            |
| Resultados del monitoreo                                                       | 228            |
| Conclusiones y recomendaciones                                                 | 242            |
| <br><b>Capítulo VI. Programa Salud sexual y reproductiva para adolescentes</b> | <br><b>248</b> |
| Resumen ejecutivo                                                              | 248            |

|                                                                                                                                  |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Introducción                                                                                                                     | 250        |
| Alineación                                                                                                                       | 253        |
| Metodología                                                                                                                      | 262        |
| Resultados del monitoreo                                                                                                         | 267        |
| Conclusiones y recomendaciones                                                                                                   | 278        |
| <b>Capítulo VII. Programa Prevención y atención de la violencia familiar y de género</b>                                         | <b>285</b> |
| Resumen ejecutivo                                                                                                                | 285        |
| Introducción                                                                                                                     | 286        |
| Alineación                                                                                                                       | 291        |
| Metodología                                                                                                                      | 298        |
| Resultados del monitoreo                                                                                                         | 311        |
| Conclusiones y recomendaciones                                                                                                   | 337        |
| <b>Capítulo VIII. Programas de Acción Específicos dirigidos a la atención de la salud de las mujeres. Una visión de conjunto</b> | <b>347</b> |
| Introducción                                                                                                                     | 347        |
| Programa Prevención y atención de la violencia familiar y de género                                                              | 351        |
| Programa Atención materna y perinatal                                                                                            | 355        |
| Programa Cáncer de mama                                                                                                          | 359        |
| <b>Programa Salud sexual y reproductiva para adolescentes</b>                                                                    | <b>362</b> |
| Programa Planificación familiar y anticoncepción                                                                                 | 364        |
| Programa Cáncer cervicouterino                                                                                                   | 366        |
| Desempeño por tipo de intervención                                                                                               | 368        |

|                                                          |                |
|----------------------------------------------------------|----------------|
| <b>Capítulo IX. Programa Igualdad de género en salud</b> | <b>374</b>     |
| Resumen ejecutivo                                        | 374            |
| Introducción                                             | 375            |
| Alineación                                               | 380            |
| Estudios de caso                                         | 381            |
| Conclusiones y recomendaciones                           | 386            |
| <br><b>Índice de cuadros, gráficas y figuras</b>         | <br><b>390</b> |
| <b>Anexos</b>                                            |                |



## Agradecimientos

El Monitoreo de la Atención a las Mujeres en Servicios Públicos del Sector Salud, realizado bajo mi coordinación, ha sido posible gracias a la participación de diversas instituciones, así como de personal académico y funcionarios de los programas que se monitorearon.

Este proyecto no podría haberse emprendido sin el apoyo financiero y logístico del Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) y de su Presidenta, C. María del Rocío García Gaytán, así como del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) y su Directora General, Dra. Virginia García Acosta, que contribuyó con apoyo logístico, administrativo y de infraestructura a través del CIESAS-D.F. y del Mtro. José González, del CIESAS-Sureste.

El Instituto Nacional de las Mujeres ha jugado un papel central en el monitoreo a través de la colaboración de la Mtra. Mónica E. Orozco Corona, Directora General de Evaluación y Desarrollo Estadístico, del Dr. Rodrigo Valdivia Ibarra, Director de Evaluación y de la Lic. Jessica Lombana Ruiz, Subdirectora de Información Social quienes aportaron, a lo largo de todo el proceso de investigación, las gestiones institucionales, la lectura y comentarios a la propuesta de investigación, y la lectura crítica de todos los documentos generados. Mención especial merece Jessica Lombana, interlocutora permanente siempre con opiniones creativas y asertivas, quién también participó en el reordenamiento y edición de la metodología a partir de una versión elaborada por las y los autores.

Para esta investigación recibimos también el apoyo de la Secretaría de Salud y su titular Dr. José Ángel Córdoba Villalobos, Secretario de Salud y del Dr. Mauricio Hernández Ávila, Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud; particularmente del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva y su Directora General, Dra. Patricia Uribe Zúñiga, del Dr. Luis Alberto Villanueva, Director General Adjunto de Atención a la Salud Materna y Perinatal, de la Dra. Prudencia Cerón Mireles, Directora General Adjunta de Salud Reproductiva y de la Mtra. Aurora del Río Zolezzi, Directora General Adjunta de Equidad de Género.

Los importantes aportes del Instituto Mexicano del Seguro Social no habrían sido posibles sin la colaboración de su Director General, Dr. Daniel Karam Toumeh, del Dr. Héctor Jaime Ramírez Barba, Jefe de la Unidad de Evaluación de Delegaciones, de la Dra. Paola Martorelli Hernández, Coordinadora de Análisis y Prospectiva y de la Lic. Patricia Morales Sánchez, Jefa de la División de Análisis Fiscal. Del IMSS-Oportunidades contamos con el respaldo de su Titular la Lic. Carolina Gómez Vinales, y con los valiosos aportes del Dr. Juan Carlos Ledesma Vázquez, Jefe del Departamento de Salud Reproductiva y sus equipos de trabajo.

En el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado contamos con el apoyo del Lic. Jesús Villalobos López, Director General, del Dr. Carlos Tena Tamayo, Director Médico, de la Dra. Lucía Bertha Yáñez Velazco, Coordinadora de Asesores y de la Lic. Elizabeth Macín Lara, Jefa del Departamento de Programas de Equidad, quienes contribuyeron en la elaboración del proyecto y adicionalmente facilitaron el ingreso oportuno a las unidades de salud.

La Dra. Rosario Cárdenas Elizalde, la Mtra. Esperanza Delgado y la Dra. Dora Rodríguez Soriano realizaron la revisión a los primeros borradores de este documento. Su participación permitió mejorar la calidad de estos informes.

El muestreo estuvo a cargo del Mtro. Martín Romero del Instituto Nacional de Salud Pública y el análisis estadístico fue realizado por la Mtra. Luz María Uribe. Sus intervenciones han sido fundamentales en la sistematización y análisis de los resultados.

Los equipos temáticos estuvieron coordinados por la médica Cinthya Montoya Liévano, el Mtro. Alejandro Meza Palmeros, la Mtra. Hilda Argüello Avendaño, el médico David Meléndez Navarro, la Dra. Monserrat Bosch, la Dra. Diana Reartes Peñafiel y el Mtro. Sergio Meneses Navarro, los cuatro primeros fungieron como coordinadores del trabajo de campo regional. El trabajo de sistematización fue coordinado por la Mtra. Luz María Uribe, en cuyo equipo participaron el Mtro. Martín Esquivelzeta, la C. Diana Montoya, la C. Natalia Abeyta, la Lic. Pilar Ochoa y la C. Julieta Abeyta; las dos últimas han elaborado todos los gráficos y cuadros que se incluyen en este documento. Para la corrección de estilo contamos con la Lic. Laura Elena Martínez Basurto y el médico Gabriel Torres López.

Finalmente, un reconocimiento a todo el personal de salud y administrativo de las más de 200 unidades médicas que se incluyeron en este estudio y que colaboraron con su tiempo y paciencia durante el levantamiento de la información.

Todos han contribuido a la realización de este monitoreo.

Graciela Freyermuth

CIESAS-Sureste, Chiapas, México

## Presentación

El *Monitoreo de la atención a las mujeres en servicios públicos del Sector Salud* se interesa en dar seguimiento a una parte del funcionamiento del sistema de salud, la que corresponde a la producción de servicios dirigidos a la salud sexual y reproductiva de las mujeres y atención a la violencia familiar y de género en las cuatro instituciones públicas de salud más importantes del país: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y los que ofrecen atención a la población no afiliada a la seguridad social, los Servicios Estatales de Salud (SESAS) y el IMSS-Oportunidades.

El Monitoreo surgió por mandato expreso del Programa Anual de Evaluación, emitido conjuntamente por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), la Secretaría de la Función Pública (SFP) y el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), en cumplimiento a los Lineamientos Generales para la Evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal y al Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación. De este modo el Monitoreo constituye un ejercicio de evaluación para la rendición de cuentas de los programas de salud dirigidos a las mujeres. La rendición de cuentas es el medio por el cual se explica a la sociedad las acciones que realiza el gobierno con los recursos públicos y acepta consecuentemente las responsabilidades de las mismas. Una condición para la rendición de cuentas es la transparencia, el abrir la información generada por las instituciones al escrutinio público para revisarla, analizarla y, si fuera el caso, tomar las medidas correctivas necesarias para un desempeño más eficiente y efectivo. Específicamente los programas considerados son:

- Atención Materna y Perinatal (Arranque Parejo en la Vida),
- Planificación Familiar y Anticoncepción,
- Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes,
- Cáncer Cervicouterino,
- Cáncer de Mama,
- Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género, e
- Igualdad de Género en Salud.

Se consideró fundamental el seguimiento de estos Programas de Acción Específicos ya que son los instrumentos rectores en diversos problemas salud, que se elaboran de

manera consensuada, basados en las mejores prácticas y en la evidencia científica disponible, con el objetivo de plantear estrategias para la solución de los problemas de salud nacionales así como definir la dirección que todas las instituciones y niveles de gobierno deberán seguir para avanzar de manera conjunta y armónica en los principales retos que enfrenta el Sistema Nacional de Salud.

El objetivo del Monitoreo fue:

“Describir y analizar la operación de un conjunto de paquetes de intervenciones seleccionados y contruidos a partir de los Programas de Acción Específicos (PAE), de las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) y las guías técnicas disponibles en SSR, violencia familiar y de género, que se otorgan en los servicios de salud públicos dirigidos a la población femenina no afiliada y afiliada de la SSA, el IMSS, el IMSS-O y el ISSSTE, a partir de una muestra representativa a nivel nacional de establecimientos de consulta externa (CE) y hospitalización.”

Para la descripción y el análisis de los Programas se conformaron “paquetes de intervenciones”. Estos paquetes están contruidos por el conjunto de intervenciones que se consideraron mínimas indispensables para hacer posible la producción del servicio y su transferencia adecuada. La encuesta está diseñada para dar resultados a nivel nacional, por niveles de atención, tipo de institución y tipo de población a la que se atiende cuando el tamaño de muestra y la variabilidad del fenómeno lo permiten. A cada intervención o paquete de intervenciones se les asignó un valor, lo que permitió contruir índices que nos permitieran la comparación entre instituciones, tipo de población y niveles de atención. Los diferentes rangos fueron alineados a la escala numérica que utiliza el Coneval para identificar el avance en el desempeño de los programas. En el presente Monitoreo se utilizó una denominación ex profeso para los rangos que el Coneval establece. Dada la variabilidad de ejecución de los programas en las unidades del país, los resultados no tienen buenas estimaciones para todos los paquetes estudiados. Se requiere un número mayor de muestra sobre todo en el caso de algunos programas. Para que el lector pueda reconocer la precisión de las estimaciones se han incluido los intervalos de confianza para cada estimación. Solamente se describen y se grafican aquellas estimaciones que tienen un error típico menor o igual a .05. Aquellos paquetes que no cumplen con este requisito han sido resaltados con un asterisco.

Tres características imprimieron una configuración muy particular al Monitoreo. Por un lado, la perspectiva desde la cual aborda la evaluación de los servicios de salud no se sujeta a los criterios de cada institución, sino que -a partir de los PAE, las NOM y las guías técnicas- adopta una perspectiva que pone en el centro a las usuarias, asumiendo como valor fundamental la igualdad de la atención ante una misma necesidad, sin distingo de condición laboral, étnica, residencia geográfica, de afiliación institucional o de ninguna otra índole.

En segundo término, a partir del reconocimiento de la fragmentación del sistema mexicano de salud y los problemas que ello implica (duplicidad e ineficiencias, heterogeneidad en financiamiento y administración, burocratismo, oferta diferenciada de servicios e inequidad en la atención), el Monitoreo pretende contribuir a identificar retos y

oportunidades que permitan contribuir a la integración funcional del sistema de salud rumbo al año 2030, y así contar con un sistema más eficiente, equitativo, de calidad, accesible y sustentable.

Tercero, con este Monitoreo, INMUJERES también pretende establecer un sistema de evaluación continua de los Programas dirigidos a las mujeres, contribuir a identificar sus aciertos y problemáticas, promover espacios de discusión de los resultados con autoridades locales y federales dentro y fuera del sector salud, con el objetivo de aprovechar la información para la reorientación de políticas y programas de salud, a fin de brindar una mejor atención a las necesidades de las mujeres.

En este documento se incluyen nueve capítulos y nueve anexos: en el primer capítulo se describen y analizan los lineamientos teórico-metodológicos que guían este monitoreo; el segundo está destinado a describir y analizar los resultados en materia de atención materna y perinatal que incluye el Programa de Acción Específico Arranque Parejo en la Vida, denominado en algunas instituciones como de Atención a la Salud Materna-Infantil; en el tercero se describe y analiza el Programa de Acción Específico de Cáncer Cervicouterino; en el cuarto el Programa de Cáncer de Mama; en el quinto el Programa de Acción Específico de Planificación Familiar y Anticoncepción, en el sexto el Programa de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes y en el séptimo el Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género. En el octavo capítulo se realiza un análisis breve de los resultados generales de los programas, mencionando aspectos que requieren de atención inmediata. El noveno capítulo incluye el análisis del Programa de Acción Específico Igualdad de Género en Salud que, por su naturaleza e incipiente desarrollo, se presenta con un tratamiento diferente. Cada uno de los capítulos de resultados del monitoreo por programa está integrado por una introducción que da cuenta de la importancia del problema, el análisis de la alineación entre los programas y los documentos normativos, la definición y los criterios metodológicos utilizados para la conformación de cada paquete de intervenciones analizado, los resultados obtenidos del monitoreo y las conclusiones y recomendaciones.

Cada capítulo tiene un anexo con los subíndices, las pruebas de significancia para los índices y el catálogo de intervenciones. Se incluyen dos anexos adicionales (VIII y IX), con el análisis FODA de cada uno de los programas y una descripción iconográfica de los carteles promocionales de los temas analizados que se exhibían en las unidades de atención durante el trabajo de campo de este monitoreo.

Sergio Meneses Navarro  
Graciela Freyermuth Enciso  
Marzo 2012

# Capítulo I

## Introductorio

Graciela Freyermuth  
David Meléndez  
Luz Uribe  
Martín Romero  
Sergio Meneses

### Introducción

Esta investigación describe y analiza la producción de los servicios de los Programas de Acción Específicos dirigidos a la salud reproductiva de las mujeres. Estos programas son los instrumentos rectores que se elaboran de manera consensuada, basados en las mejores prácticas y en la evidencia científica disponible, y se centran en la resolución de los problemas de salud nacionales. En este contexto, el “Monitoreo de la atención a las mujeres en servicios públicos del Sector Salud” se interesa en dar seguimiento a una parte del funcionamiento del sistema de salud, la que corresponde a la producción de servicios en las cuatro instituciones públicas de salud más importantes del país que prestan servicios individuales,<sup>1</sup> aquéllas insertas en el sistema de seguridad social: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y las dirigidas a la población SP/abierta: Secretaría de Salud (SSA) con sus contrapartes estatales (SESA) y el IMSS-Oportunidades (IMSS-O).

La importancia de un estudio de esta naturaleza no se agota en el monitoreo o evaluación de la calidad de la atención brindada a las mujeres, sino que permite reconocer el avance del Sector Salud en la integración funcional del sistema de salud, sobre todo en lo que se refiere a la rectoría y a la equidad en la prestación del servicio. En las últimas décadas se han impulsado reformas al Sector a fin de lograr su integración funcional como se puede reconocer en el objetivo a largo plazo (a 2030)<sup>2</sup> que señala que el país cuente con un sistema de salud integrado y universal que garantiza el acceso a servicios esenciales de salud a toda la población; predominantemente público pero con participación privada; regido por la SSA; financieramente sustentable; centrado en la persona, la familia y la comunidad; efectivo, seguro, eficiente y sensible; enfocado en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; atento a las necesidades de los grupos vulnerables, y que

---

<sup>1</sup> Para el año 2006, el Sector Salud de México contaba con 143,728 médicos en contacto con pacientes. De estos, 44.7% laboraba en la SSA, 38.3% en el IMSS, 11.2% en el ISSSTE, 3.7% en el IMSS-O, 1.4% en Petróleos Mexicanos (PEMEX) y 0.7% en la Secretaría de Marina (SEMAR).

<sup>2</sup> La Visión 2030 es un planteamiento de dirección prospectiva de la política en México al año 2030, elaborado por el ejecutivo federal, mediante mecanismos de consulta a diversos sectores de la sociedad. Se trata de una iniciativa que integra objetivos y metas comunes para el diseño de instituciones, políticas, planes y proyectos de desarrollo. Esta Visión incluye la reforma del sistema de salud para su integración por funciones, garantizando el acceso universal. Véase <http://www.vision2030.gob.mx/>

propicie los espacios para la formación de los recursos humanos para la salud y la investigación (SSA, 2007).

En este contexto, el papel rector de la SSA es fundamental y es en la prestación del servicio que esta rectoría se concreta de una manera clara. Desde la década de los ochenta el estado mexicano ha publicado las normas oficiales mexicanas que proporcionan los lineamientos que debe seguir el Sector para prestar la atención a los problemas de salud nacionales y, de esta manera, asegurar la alineación de estos programas. Por otro lado, también se ha contado con programas específicos transexenales o sexenales alineados a los planes nacionales de gobierno, en los cuales los titulares del poder ejecutivo en turno colocan los problemas prioritarios en los que centrarán los gobiernos. En el presente sexenio (2007-2012) y en la materia que nos ocupa, se cuenta con **Programas de Acción Específicos** publicados por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR), que marcan los lineamientos generales para el Sector Salud e incluyen las mejores prácticas basadas en la evidencia científica disponible. Un tercer instrumento que está siendo consensuado por todo el Sector son las **Guías Prácticas**, que se encuentran en el catálogo maestro de las guías de práctica clínica, nuevo instrumento que pretende proporcionar información basada en evidencia científica que permita tomar las mejores decisiones y asegurar la calidad de la atención. Este estudio se enfoca a la descripción y el análisis de seis Programas de Acción Específicos.

## El sistema de salud de México y la atención de las mujeres

Los sistemas de salud constituyen la respuesta social organizada para contender con los problemas de salud/enfermedad/atención, prolongar la vida sana y contribuir al bienestar social (OMS, 2000). Las funciones básicas del sistema de salud son la rectoría,<sup>3</sup> la generación de recursos,<sup>4</sup> la prestación de servicios y su financiamiento. Los objetivos del sistema son tener una buena capacidad de respuesta y trato adecuado en términos médicos, la protección financiera en salud y contribuir a mejorar la salud de la población (Figura I.1). Es importante tomar en cuenta estas funciones y objetivos del sistema de salud para comprender el sentido de las reformas que se plantean en la Visión 2030.

Hasta antes del siglo XX, la respuesta para atender los retos y problemas de salud en México recaía principalmente en la familia, instituciones caritativas instauradas por la iglesia católica y prestadores privados de los diversos saberes médicos.<sup>5</sup> En México, antes

---

<sup>3</sup> Comprende la planeación y dirección estratégica del sistema de salud, la definición de prioridades, el diseño de políticas y programas, la generación de normas, la coordinación inter e intra institucional, la regulación de la atención de la salud, la regulación sanitaria, la evaluación y la protección de los usuarios de los servicios.

<sup>4</sup> Generación de recursos se refiere a la obtención de los insumos necesarios (humanos, financieros, medicamentos, tecnologías, equipo y conocimientos) para el correcto funcionamiento de los sistemas de salud. En la generación de recursos participan diversos actores del gobierno, por ejemplo los Institutos de Salud, la Secretaría de Hacienda, las universidades, los Institutos de Investigación Biomédica y los hospitales, entre otros.

<sup>5</sup> Por saberes médicos se denomina a los marcos de referencia conceptual, su conjunto de conocimientos y prácticas de diversas racionalidades para mantener la salud, atender la enfermedad y evitar la muerte. Entre estos saberes se encuentran la práctica de la medicina occidental y diversos saberes tradicionales.



de 1917 la salubridad no era responsabilidad de la federación, sino de los estados y municipios. Como no existía un sistema público de servicios, el cuidado de la salud se proporcionaba a través de la caridad y de fundaciones privadas de atención médico-hospitalaria. El Estado se responsabilizaba sólo de las acciones destinadas al control sanitario de puertos, fronteras y puestos migratorios.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917 abrió una perspectiva diferente de lo que sería la salubridad y, posteriormente, la seguridad social. El Artículo 73 Constitucional declara que los poderes nacionales son responsables de la salubridad general de la República Mexicana; a partir de esta premisa, se creó el Departamento de Salubridad y el Consejo de Salubridad General, estableciéndose en el Artículo 123 las bases fundamentales de la seguridad social de los trabajadores: "...Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución."

Durante los primeros cincuenta años del siglo XX se expiden las leyes y se fundan las instituciones que conforman el actual sistema de salud; entre los hechos más relevantes tenemos que:

- En 1937 se crea lo que hoy es la Secretaría de Salud, cabeza del sector y Coordinadora del Sistema Nacional de Salud. En 1943 se expide la Ley del Seguro Social que da origen al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), organismo público descentralizado que protegió inicialmente a obreros y que hoy brinda atención a trabajadores o empleados de empresas privadas, comerciantes, artesanos, trabajadores independientes y estudiantes, estos dos últimos a través de sistemas de afiliación personal. Su financiamiento se obtiene a partir de cuotas proporcionadas por los trabajadores, los empleadores y el Estado. En 1954 se estableció el Programa de Bienestar Social Rural, el cual proporcionó atención médica de primer nivel con acceso al nivel hospitalario (SSA,1998).
- En 1959 se establecen las bases para la protección en salud y seguridad social para los trabajadores al servicio del Estado, que posteriormente se reorganiza como el Sistema de Seguridad de los Servidores Públicos; éste beneficia a todos los trabajadores al servicio del Estado y de instituciones descentralizadas tales como hospitales, universidades, bancos, etc. Se financia con cuotas del trabajador y cuotas del empleador que en este caso es el Estado. El nombre actual de la institución es el de Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) (Moreno C., 1982).
- En 1973 se pone en vigor una nueva ley del Seguro Social por medio de la cual se beneficia a los grupos marginados del país a través del "Programa de Solidaridad Social en favor de los Grupos Marginados". Hacia finales de los años setenta y con una nueva administración presidencial, este programa se extiende y toma una nueva denominación: IMSS-COPLAMAR. Su nombre significaba Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados, este mismo programa



ahora se denomina IMSS-O y ha sido dirigido principalmente a las áreas rurales marginadas; el IMSS fue y ha sido la institución de salud encargada de llevar a cabo su implementación (SSA, 1998).

- Los procesos de descentralización de los servicios de salud se dan a través de un marco político jurídico que buscaba una nueva definición del Estado. Es durante la presidencia de Miguel de la Madrid Hurtado (1982-1988) que se inicia el proceso de redefinición del Estado y de un nuevo federalismo. Uno de los principios rectores de su campaña política fue el de la Descentralización de la Vida Nacional en dos dimensiones: la descentralización territorial y la reordenación de la economía, acompañada de la descentralización de funciones y recursos a fin de transferir responsabilidades y costos de la federación a los estados (Fernández, 1993). En 1983 y 1984 se publican los decretos que sentaban las bases para la descentralización de la Secretaría de Educación Pública, Secretaría de la Reforma Agraria y Secretaría de Salubridad y Asistencia (DOF, 1983, DOF, 1984).
- En el caso particular del Sector Salud, el Presidente José López Portillo implementa, en 1981, una serie de medidas en materia de salud que sentarían las bases para esta nueva reforma. Se crea, por ejemplo, una instancia de Coordinación para los Servicios de Salud que se encargaría de elaborar los reglamentos normativos, administrativos, financieros y técnicos que en un futuro inmediato posibilitara la integración de los servicios públicos de salud en el Sistema Nacional de Salud. Esta iniciativa, de acuerdo con el Dr. Guillermo Soberón (1996), se realizó a instancias del Lic. Miguel de la Madrid, entonces Secretario de Programación y Presupuesto. Es importante señalar que la ordenación jurídica de los servicios de salud tenía una vigencia de alrededor de 40 años. Posteriormente esta reorganización de los servicios de salud estuvo a cargo del Dr. Soberón, quien fungió como Secretario de Salud durante el sexenio de Miguel de la Madrid.

Es en ese sexenio en donde se sientan las bases de la rectoría del Estado en materia de salud y se generan las primeras iniciativas de ley. Entre las más importantes destacaremos:

a) La elevación a rango constitucional del derecho a la protección a la salud a través de la adición del Artículo 4;

b) La definición de los servicios públicos municipales en la fracción III como parte de las modificaciones al Artículo 115, así como la inclusión de la fracción X donde se otorgan las facultades para celebrar convenios para el ejercicio de las funciones. Entre estos convenios encontramos el Convenio Único de Coordinación para la Descentralización de los Servicios de Salud;

c) Las reformas de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal en sus Artículos 37 y 39 para otorgar a la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia la atribución de establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y de salubridad general;

d) Las reformas y adiciones a los diversos artículos del Código Sanitario de la Ley del Seguro Social y la Ley del ISSSTE,

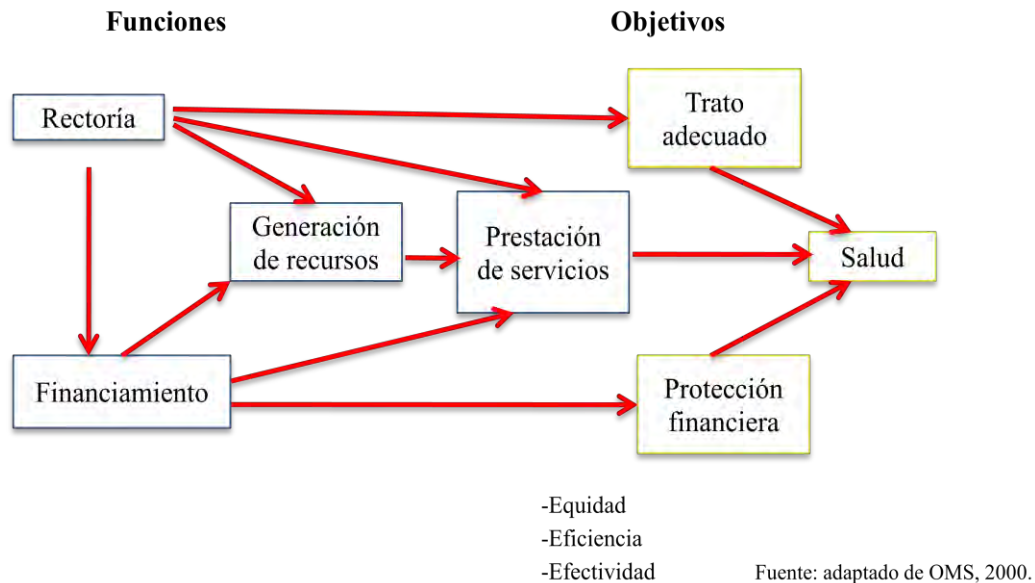
e) La promulgación de la Ley General de Salud (LGS) que deroga el Código Sanitario de 1973.

- La descentralización<sup>6</sup> de los servicios de salud a los estados ha sido el traspaso de la autoridad administrativa, financiera y decisoria del gobierno central a los gobiernos locales, dando lugar a los Servicios Estatales de Salud (SESA), proceso que culmina en el año 2000. En 2003 se reforma la LGS para crear el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y el Seguro Popular de Salud (SP), un seguro médico para la población sin seguridad social. El SPSS es un instrumento financiero que tiene el propósito de brindar un monto *per cápita* a los afiliados del Seguro Popular similar a los afiliados al IMSS e ISSSTE; esto lograría la homologación de la arquitectura financiera de estos tres esquemas de aseguramiento. Con estas reformas se ha procurado lograr la cobertura universal de los mexicanos con un seguro médico con una estructura financiera similar a la de la seguridad social, de modo que permita avanzar en la integración funcional del sistema de salud. Esta política también ha estado encaminada a disminuir las inequidades financieras no solamente entre los diferentes gobiernos estatales, sino también entre las instituciones de salud.

### **Figura I.1 Funciones y objetivos de un sistema de salud**

---

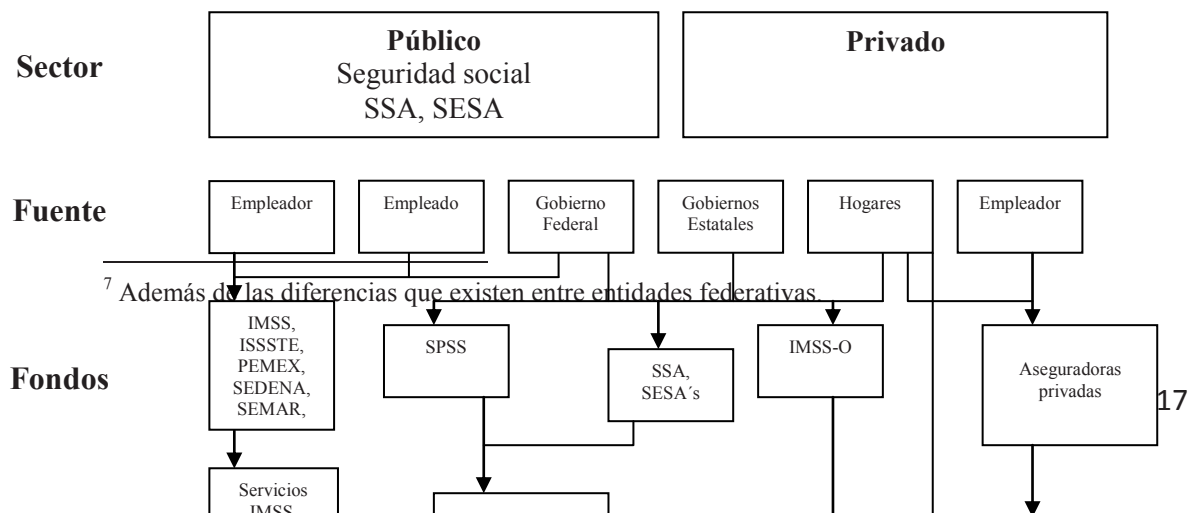
<sup>6</sup> Descentralización para el derecho administrativo es una forma jurídica en que se organiza la administración pública, mediante la creación de entes públicos por el legislador, dotados de personalidad jurídica y patrimonios propios, y responsables de una actividad específica de interés público. A través de esta forma de organización y acción administrativas, que es la descentralización administrativa, se atienden fundamentalmente servicios públicos específicos. Consulta: junio de 2011 en Pablo Fernández de Castro <http://www.monografias.com/trabajos4/descent/descent.shtml> e



## Estructura del sistema mexicano de salud

Aunque el Artículo 4º de la Constitución señala que todos los mexicanos tienen derecho a la protección de la salud, en los hechos existe un trato diferenciado entre las personas con seguridad social y aquéllas que no cuentan con dicha prestación.<sup>7</sup> Esto es debido a que el sistema mexicano de salud nació fragmentado y se encuentra conformado por el sector público por un lado y el privado por otro (véase Figura I.2). El sector público abarca las instituciones que prestan servicios a la población sin seguridad social -SSA, SESA, IMSS-O y SP-, las de seguridad social -IMSS, ISSSTE, Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR)- e instituciones de seguridad social para los trabajadores de los gobiernos estatales. El sector privado abarca los seguros médicos privados y los prestadores privados de diversos saberes médicos.

**Figura I.2 Estructura del sistema mexicano de salud**



Fuente: Modificado de Frenk, J. y Gómez-Dantés, O., 2009, p. 52.

La fragmentación del sistema de salud, como puede verse, está basada en los sectores poblacionales que atiende cada institución. De este modo, cada subsector del sistema duplica -en mayor o menor grado- funciones del sistema, pero dirigidas únicamente a sus clientelas. La duplicidad de funciones (rectoría, financiamiento, prestación de servicios y generación de recursos implica cierta ineficiencia y la segmentación da lugar a inequidades del sistema. El sentido de las reformas futuras del sistema de salud se dirige, precisamente, a integrar en la medida de lo posible las funciones del sistema entre todos los actores institucionales involucrados, como si se tratara de un sistema único. Esto implica, por ejemplo, que la rectoría estaría a cargo de una sola institución -la SSA-, que sería su única función, el financiamiento correspondería a una instancia ajena y única para todo el sistema y la prestación del servicio a los SESA, IMSS e ISSSTE, que la otorgarían de manera universal independientemente del sistema de afiliación o de clientela, el criterio de acceso sería la sola condición de ciudadanía (véase Figura I.3).

**Figura I.3 Integración del sistema de salud en México**

| Beneficiarios                                      |                                  |                                       |                |             |
|----------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|----------------|-------------|
| Prestaciones                                       | Asalariados de empresas privadas | Asalariados de instituciones públicas | No asalariados | Institución |
| <b>Atención médica: Sistema universal de salud</b> |                                  |                                       |                |             |

|                |                                                                                   |                                                                   |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Financiamiento |  | Financiador único:<br>Instituto del seguro<br>universal de salud. |
| Prestación     |  | Prestación plural:<br>IMSS, ISSSTE, SSA y privados                |
| Rectoría       |  | SSA                                                               |

Tomado de Frenk, J. y Gómez- D., 2009:91.

## Cobertura

Como se ha señalado, el sistema de salud se encuentra fragmentado en función de los sectores poblacionales a los que atiende. La seguridad social se ocupa de los trabajadores del sector formal de la economía, jubilados y sus familias, al tiempo que la SSA, los SESA y el IMSS-O prestan servicios a los auto empleados, trabajadores del sector informal, desempleados y personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo y sus familias. Finalmente, la población con capacidad de pago también suele recurrir a los servicios privados (Figura I.2).

Hasta 2009, la población que contaba con seguro médico representaba 74% de los mexicanos;<sup>8</sup> el IMSS cubre a casi 57% de ellos, seguido por el SP con 30% y el resto por las demás instituciones de seguridad social. Generalmente la población no asalariada es cubierta por la SSA, SESA e IMSS-O, y representa a 26% población. En 2009, el SP contaba con 19.827 millones de personas afiliadas. Se espera que para 2011 toda la población sin seguridad social, es decir la de IMSS-O y de los SESA sea cubierta por el SP. El Cuadro I.1 presenta la población usuaria de los servicios de salud por institución enfatizando el porcentaje que representan las mujeres, que es mayor tanto en la población con seguro médico como en la que no cuenta con ningún sistema de aseguramiento (SSA, 2010b:170).

**Cuadro I.1 Población usuaria de los servicios de salud por institución, 2009**

|              | <b>Total</b>      | <b>Mujeres</b>    | <b>Hombres</b>    | <b>Porcentaje mujeres</b> |
|--------------|-------------------|-------------------|-------------------|---------------------------|
| IMSS         | 38,005,477        | 20,100,023        | 17,905,454        | 53%                       |
| ISSSTE       | 7,933,076         | 4,299,430         | 3,633,646         | 54%                       |
| PEMEX        | 738,526           | 397,182           | 341,344           | 54%                       |
| SEMAR        | 227,511           | 105,218           | 122,293           | 46%                       |
| SP           | 19,827,778        | 12,360,033        | 7,467,745         | 62%                       |
| <b>Total</b> | <b>66,732,368</b> | <b>37,261,886</b> | <b>29,470,482</b> | <b>56%</b>                |
|              |                   |                   |                   |                           |
| SESA         | 12,664,443        | 8,100,659         | 4,563,784         | 64%                       |
| IMSS-O       | 10,311,054        | 5,271,677         | 5,039,377         | 51%                       |
| <b>Total</b> | <b>22975497</b>   | <b>13,372,336</b> | <b>9,603,161</b>  | <b>58%</b>                |

Fuente: SSA, 2010:170. Rendición de Cuentas en Salud 2009, Secretaría de Salud, México.

## Beneficios para la salud de las mujeres por institución

Entre los programas de salud que se dirigen predominantemente a la población femenina se encuentran los de salud materno-infantil (llamado Arranque Parejo en la Vida o APV), Planificación Familiar y Anticoncepción (PF), Cáncer Cervicouterino (CaCu), Cáncer de Mama (CaMa) y Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género (PAVFyG).

<sup>8</sup> Se incluye la población asegurada del IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR y afiliados al SPS.

Los beneficios que reciben las mujeres dependen de la institución a la que se encuentran adscritas. En general son las afiliadas a la seguridad social o al SP quienes reciben mayores beneficios, en contraste con aquéllas sin seguro médico. Las afiliadas al IMSS se benefician de siete seguros entre los que se encuentran el Seguro de Enfermedades y Maternidad y el Seguro de Guardería. El primero de estos seguros garantiza una serie de servicios diagnósticos, preventivos, terapéuticos y de rehabilitación que incluye la atención médica, estudios de laboratorio y gabinete, intervenciones quirúrgicas y dotación de medicamentos. El segundo proporciona a las beneficiarias el apoyo para la lactancia y guardería para los hijos. Los asegurados del ISSSTE cuentan con seguros similares a los del IMSS que garantizan, de igual manera, el acceso a servicios preventivos, atención médica de primero, segundo y tercer niveles, maternidad, atención quirúrgica hospitalaria, medicamentos y rehabilitación y guarderías. El SP es el único seguro médico público que cuenta con un paquete de intervenciones explícitas con sus respectivos medicamentos y estudios de gabinete; actualmente suman poco más de 250 intervenciones y los servicios se prestan en las instalaciones de la SSA, los SESA y en algunas del IMSS-O; adicionalmente, el SP cubre algunas enfermedades de alto costo, entre ellas el VIH/SIDA, CaCu y CaMa. Las mujeres que no cuentan con ninguno de estos seguros dependen de los servicios privados, de los SESA, de los institutos de salud o de instituciones sin fines de lucro, sin embargo, todos ellos implican gastos de bolsillo.

Por otro lado, los SESA e IMSS-O ofrecen una serie de beneficios heterogéneos y no explícitos para la población no asegurada. Se concentran principalmente en servicios de medicina general ambulatoria y atención materno-infantil en segundo nivel.

## **Financiamiento**

La arquitectura financiera del IMSS e ISSSTE, principales instituciones de seguridad social, es similar. Tiene una estructura de financiamiento tripartita: participa el Estado nacional con una cuota social igual por cada afiliado de dichas instituciones, el patrón también aporta una cuota para la seguridad social y finalmente el trabajador afiliado. En 2003 el SP estableció un mecanismo financiero similar al del IMSS e ISSSTE, incluyendo la misma cuota social (pagada por la federación), una aportación solidaria pagada por el gobierno federal y las entidades federativas, y finalmente una cuota familiar de acuerdo con el decil de ingresos con la posibilidad de exención de pago para los dos primeros deciles (Cuadro I.2). De este modo, uno de los propósitos de la reforma de 2003 fue homologar la arquitectura financiera de la seguridad social y el SP (estructura tripartita) y así disminuir las inequidades en el financiamiento. Éste sería un paso imprescindible en el proceso de un sistema universal de salud.

**Cuadro I.2 Arquitectura financiera de los seguros públicos de salud de México\***

| Seguro                                                                                                                                                                                                                                  | Aportaciones básica                                                                    |                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                         | Estado nacional                                                                        | Patrón                                                                                                                                                       | Obrero/empleado                                                                                                                                            |
| Seguro de enfermedades y maternidad del IMSS                                                                                                                                                                                            | (cuota social): 13.9% de un salario mínimo del D.F.                                    | (cuota patronal): 13.9% de un salario mínimo del D.F. Más de 6% de la diferencia entre el salario base de cotización y tres veces el salario mínimo del D.F. | (cuota obrera): 13.9% de un salario mínimo del D.F. Más de 2% de la diferencia entre el salario base de cotización y tres veces el salario mínimo del D.F. |
| Seguro de salud del ISSSTE                                                                                                                                                                                                              | Estado nacional (cuota social): 13.9% de un salario mínimo del D.F.                    | Dependencias y entidades (aportación patronal): 7.375%                                                                                                       | Empleado (cuota del trabajador): 2.75% del sueldo básico                                                                                                   |
| Seguro Popular de Salud (SP)                                                                                                                                                                                                            | Estado nacional (cuota social): 13.9% de un salario mínimo del D.F. la cuota solidaria | Gobierno estatal/gobierno federal: cuota solidaria federal: 1.5 veces de cero para la estatal (0.5 veces la cuota social)                                    | Familia (cuota familiar): proporcional a la condición socioeconómica, familias de menores ingresos                                                         |
| *En este cuadro se presentan las aportaciones básicas. En el caso de los tres seguros hay otras aportaciones (por ejemplo aportaciones en dinero y aportaciones de pensionados) que no se incorporan para simplificar esta información. |                                                                                        |                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                            |

Tomado de Frenk J. y Gómez O. 2009: 60.

En 2008 el gasto público en salud ascendió a 323,355,227.8 miles de pesos, representando 3.2% del producto interno bruto (PIB); esto es un incremento de 2% respecto a 2007: 54.1% del gasto se destinó a la población asegurada y el resto a población sin seguro social. De este modo, el gasto *per cápita* anual para asegurados fue de 3,613.6 pesos mientras que el de población sin seguridad social fue de 2,547.8 pesos. El gasto *per cápita* de la población no asegurada tuvo un incremento de 20.6% respecto de 2007; mientras que el gasto *per cápita* para la población asegurada se incrementó 6.8% (SSA, 2009); 58% del gasto total en salud es privado<sup>9</sup> y 42% corresponde a gasto público.

El gasto total en los principales programas de salud dirigidos a mujeres ha sufrido una disminución si se compara 2003 con 2008. Sin embargo, esta disminución se debe a la disminución del gasto privado. El gasto en las instituciones que brindan atención a población sin seguridad social y el SP se han incrementado de modo sostenido en este periodo. Las instituciones de seguridad social prácticamente han continuado con el mismo nivel de gasto en dichos programas (véase Cuadro I.3).

<sup>9</sup> Que representa el gasto de bolsillo (incluyendo cuotas de recuperación) y el gasto en seguros privados.



**Cuadro I.3 Gasto en salud reproductiva y equidad de género por agente de financiamiento. México, 2003-2008**

|                                   | 2003     | 2004     | 2005     | 2006     | 2007     | 2008       |
|-----------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|------------|
| SSA                               | 3,382.9  | 3,703.4  | 5,032.4  | 4,830.9  | 5,435.3  | 5,730.3    |
| CNPSS*                            |          | 296.0    | 1,011.9  | 1,775.0  | 2,445.0  | 2,714.5    |
| IMSS-O                            | 1,690.3  | 1,802.6  | 1,589.1  | 1,482.8  | 1,879.4  | 2,106.37.5 |
| IMSS                              | 14,783.6 | 16,055.8 | 16,479.3 | 14,288.3 | 13,796.1 | 14,171.10  |
| ISSSTE                            | 1,201.4  | 1,154.6  | 1,345.2  | 1,099.3  | 1,167.6  | 1,336.3    |
| Gasto privado                     | 16,563.3 | 15,715.7 | 14,765.0 | 16,135.0 | 15,108.0 | 11,423.6   |
| Gasto total en salud reproductiva | 37,621.5 | 38,728.0 | 40,222.9 | 39,611.5 | 39,831.4 | 37,483.1   |

Cifras en millones de pesos. Tomado de Ávila, B., *Op. Cit.*, 2010:54.

\*Comisión Nacional de Protección Social en Salud (Seguro Popular).

Cabe señalar que el gasto en los programas de salud materna y perinatal y Planificación Familiar ha disminuido entre 2003 y 2008, si bien se trata de los programas con mayor financiamiento y son considerados una alta prioridad del sistema de salud. Por otro lado, el programa de CaMa ha registrado un intenso incremento del gasto durante el mismo periodo (Cuadro I.4).

**Cuadro I.4 Gasto en salud reproductiva y equidad de género por programa específico. México, 2003-2008**

|                           | 2003     | 2004     | 2005     | 2006     | 2007     | 2008     |
|---------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Salud materna y perinatal | 30,044.5 | 30,000.9 | 30,881.5 | 30,671.6 | 30,522.6 | 27,507.6 |
| PF                        | 2,131.5  | 2,218.9  | 2,330.9  | 1,938.3  | 2,260.2  | 1,800.0  |
| CaCu                      | 2,105.9  | 1,975.7  | 1,882.2  | 1,789.7  | 1,692.6  | 2,144.9  |
| CaMa                      | 811.5    | 933.4    | 957.2    | 1,025.6  | 1,493.1  | 1,875.7  |
| EGyV                      | 120.2    | 114.1    | 180.3    | 185.0    | 91.1     | 159.1    |

Cifras en millones de pesos. Tomado de Ávila, B., *Op. Cit.*, 2010:56.

## Rectoría

La rectoría comprende la planeación y dirección estratégica del sistema de salud, la definición de prioridades, el diseño de políticas y programas, la generación de normas, la coordinación inter e intra institucional, la regulación<sup>10</sup> de la atención de la salud, la regulación sanitaria, la evaluación y la protección de los usuarios de los servicios. La rectoría es la función principal de la SSA, con la participación del Consejo de Salubridad General, cuerpos profesionales y organizaciones civiles.

Sin embargo, en el contexto fragmentado del sistema de salud mexicano, la función de la SSA en la rectoría enfrenta dificultades y retos. Cada institución del sistema de salud -

<sup>10</sup> La regulación es el diseño y monitoreo de las reglas de funcionamiento en el sistema. La regulación de la atención a la salud se refiere a las reglas de funcionamiento del financiamiento, la generación de recursos y la prestación de servicios de salud. La regulación sanitaria se refiere a las reglas encaminadas a disminuir riesgos para la salud.

sea IMSS, ISSSTE, SP o SESA- posee cierta autoridad para definir e implementar sus políticas y programas, decidir el manejo financiero o establecer mecanismos de coordinación, es decir, ejercer funciones de rectoría al interior de su organización. Ejemplo de lo anterior es que cada institución posee sus propios programas de salud dirigidos a las mujeres -por ejemplo el materno-infantil, de PF, de CaCu y CaMa, entre otros- no siempre alineados con precisión a los programas específicos de acción definidos por la SSA. De este modo, la función rectora de la SSA enfrenta el enorme reto de integrar una respuesta coherente y eficiente entre las instituciones que componen el sistema de salud, y congruente y efectiva ante las necesidades de la población en general.

Para atender dicho reto, la SSA ha establecido diversos mecanismos de coordinación interinstitucional que permitan una respuesta integrada ante problemas específicos. Ejemplos de esto son el programa de planificación familiar, de vacunación y más recientemente el convenio interinstitucional entre el IMSS, ISSSTE y SSA para la atención de urgencias obstétricas, mediante el cual se procura aprovechar la capacidad instalada y ampliar las oportunidades de acceso a los servicios de salud para las mujeres con complicaciones durante la maternidad.

La fragmentación actual del sistema de salud con base en clientelas conlleva inconvenientes en detrimento de la eficacia, eficiencia y equidad: permanecen las inequidades en el financiamiento y acceso a los servicios de salud entre afiliados y no afiliados de las distintas instituciones, se ensancha el aparato burocrático con el consecuente incremento de los costos y se duplican acciones de prestación, financiamiento y rectoría.

Otra dificultad para la rectoría de este sistema de salud fragmentado es relativa a la regulación de la atención médica, a fin de garantizar un mínimo de calidad en la prestación de los servicios. Dentro de las actividades de regulación se encuentran las de certificación de médicos y enfermeras y acreditación y certificación de unidades de salud. La certificación de los establecimientos de salud se refiere al procedimiento de evaluación que busca garantizar que dichas unidades cuenten con la infraestructura, equipamiento e insumos necesarios para ofrecer la atención con calidad. Sin embargo, el proceso de certificación es opcional -no obligatorio- para establecimientos de cualquier institución. Dicho proceso es realizado por el Consejo de Salubridad General, no mediante la SSA. Por otro lado, la acreditación es realizada por el SP. Se trata de un procedimiento de evaluación obligatorio para los establecimientos de salud, que busca garantizar la calidad y seguridad de la atención que ofrecen a través de las normas previamente establecidas en el marco del Seguro Popular. Actualmente la acreditación se hace a las unidades de la SSA, los SESA y algunos IMSS-O (Frenk, J. y Gómez-Dantés, O., 2009).

En los últimos años se han impulsado reformas para integrar un sistema universal de salud, ya que han sido reconocidos como problemas importantes del sistema de salud: la fragmentación, falta de coordinación, inequidades en el acceso, ineficiencias y problemas de calidad de los servicios. Algunos de estos aspectos se discuten en el siguiente apartado.

## ***Retos y perspectivas: la integración funcional de un sistema universal de salud***

La estructura del sistema de salud aún no garantiza el acceso universal. De este modo, persisten inequidades en el acceso y financiamiento de los servicios, y en la exposición a riesgos y daños a la salud. En las dos últimas décadas se han llevado a cabo reformas al sistema de salud con el propósito de avanzar hacia un sistema universal. La visión actual de reformas del sistema de salud señala que para el año 2030:

México contará con un sistema de salud integrado con acceso universal para todos los habitantes, con participación pública y privada, regido por la Secretaría de Salud; centrado en la persona, sustentable y basado en la calidad, eficiencia y sensibilidad, enfocado intensamente en la prevención, la atención médica y la solidaridad, con especial atención a grupos vulnerables y que propicia los espacios para la investigación y la formación nacional de los profesionales de la salud. (Calderón sf).

Para alcanzar esta visión de un sistema de salud integrado, proyecto que data desde el gobierno de Miguel de la Madrid, es necesario modificar su arquitectura para garantizar el uso eficiente y efectivo de sus recursos. Como se señala en la Figura I.3, los pilares institucionales del sistema deben integrarse para formar un sistema universal que garantice la protección de todas las mujeres mexicanas y sus familias. De este modo, es necesario reconfigurar el sistema de salud integrando horizontalmente sus funciones. Esta integración implica contar con una estructura financiera única sumando el financiamiento del IMSS, ISSSTE y SP en un sistema común. La prestación de servicios sería plural y universal, comprendería la atención ambulatoria y hospitalaria en cualquier establecimiento del sistema, a partir de un paquete explícito de beneficios. De este modo se abatirían inequidades en el acceso y financiamiento, además de que se conseguiría la portabilidad de los beneficios. La rectoría debería ser función de la SSA (Figura I.3), (Londoño y Frenk, 1993; Soberón, 1996; WHO, 2000, SSA, 2001; SSA, 2006, OMS, 2010).

Las reformas para lograr esta integración funcional requieren profundos cambios jurídicos, laborales, presupuestales y operativos que deben discutirse paulatinamente en la búsqueda de consensos políticos que los hagan posibles. Adicionalmente, se deben discutir y construir consensos para alcanzar un equilibrio entre las inversiones destinadas a la promoción de la salud, el control de riesgos y la prevención de enfermedades, y los servicios curativos; al mismo tiempo, se debe continuar fortaleciendo la capacidad de respuesta del sistema. Esto implica invertir en la calidad técnica, la disponibilidad de recursos, y el acceso a servicios de urgencia las 24 horas y todos los días del año. En el corto plazo es necesario incrementar los esfuerzos dirigidos a disminuir las brechas en salud que afectan a las poblaciones más vulnerables: los pobres, las mujeres, los indígenas y los habitantes de zonas rurales.

## **La evaluación y los servicios de salud**

El antecedente más importante de la certificación de los servicios de salud se tiene en el año de 1992, momento en que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) puso en marcha un proyecto dirigido a la promoción de la acreditación de unidades de hospitalización en

América Latina. En 1994 se constituyó como un organismo plural bajo la confluencia de los sectores público y privado la extinta Comisión Mexicana de Certificación de Servicios de Salud, A.C. (CMSS). Dicho organismo definió un modelo de mecanismo de certificación y manual de estándares, pero al momento de evaluar la pertinencia del modelo (mediante una prueba piloto) los resultados no fueron los esperados y se evidenciaron problemas en el diseño de los instrumentos de evaluación, haciendo inoperante ese primer esfuerzo (OPS, 1992).

En años posteriores, se constituyeron diversas empresas dedicadas a la asesoría en calidad a los hospitales pero no tenían facultades de certificación. Entre 1997 y 1999 se realizaron algunos ejercicios de evaluación en hospitales utilizando criterios propuestos por la Qualimed Corporation; sin embargo, fue bajo iniciativa del Consejo de Salubridad General (CSG) en 1999, que se creó el Programa Nacional de Certificación de Hospitales (PNCH), (DOF, 1999).

El diseño del modelo mexicano estuvo bajo la coordinación del propio CSG, la CMSS y los asesores de Qualimed Corporation, quienes tenían experiencia en modelos de acreditación en Estados Unidos y Canadá. En el decreto emitido se permite la participación de “terceros autorizados”, de tal forma que se acreditó a un total de 16 agencias que directamente realizarían las evaluaciones. De esa manera, entre 1999 y 2000 se inscribieron en el programa 704 hospitales y se evaluaron y dictaminaron 519 y obtuvieron su certificación 425, de los cuales 350 eran unidades públicas y el resto correspondían al sector privado (Mercedes, J., Aguilar, M., 2007; DOF, 01-04-1999).

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 da continuidad a la propuesta mediante la estrategia denominada “Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud”, una de cuyas líneas fue la “certificación de los profesionales de la salud y de los establecimientos proveedores de servicios de salud”.<sup>11</sup>

En 2002 se publica un nuevo “Acuerdo por el que se establecen las bases para el desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica” y de esa manera se conforma la “Comisión para la Certificación de los Establecimientos de Servicios de Salud”. Con este nuevo acuerdo, además de fortalecer a la comisión evaluadora (con la presencia de representantes de todas las organizaciones públicas y privadas que proveen servicios de atención médica), se extendió la certificación no sólo para establecimientos de hospitalización sino ambulatorios; esta comisión sigue los principios básicos del ISO 900 y la institución rectora del mismo es el CSG. El tiempo de vigencia de la certificación es de tres años, las evaluaciones son gratuitas, voluntarias y realizadas por pares pero ajenos a la institución evaluada. En la Segunda Sesión Ordinaria 2007 de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Servicios de Salud, llevada a cabo el 28 de junio de 2007, se acordó que se dejaría de llamar Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica y que en adelante se denominaría Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, el cual tendría el objetivo de “Coadyuvar en la mejora continua de la calidad de los servicios y

---

<sup>11</sup> [http://www.salud.gob.mx/unidades/dgcs/sala\\_noticias/campanas/2001-01-25/cruzada-nacional.htm](http://www.salud.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/campanas/2001-01-25/cruzada-nacional.htm), (consulta: 27 de junio de 2010).

de la seguridad que se brinda a los pacientes, de manera que le permita a las instituciones participantes mantener ventajas competitivas para alcanzar, sostener y mejorar su posición en el entorno” (Mercedes, J., Aguilar, M., 2007:80; DOF, 13-06-2008).

Derivado de lo anterior, el 13 de junio de 2008 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. No obstante los esfuerzos establecidos mediante la implementación de un sistema de certificación auditable, válido y confiable, se reconoce “la deficiencia de los sistemas de información que las diversas instituciones de salud utilizan para desarrollar sus estadísticas, tomar decisiones y rendir cuentas a la sociedad” (Mercedes, J., Aguilar, M., 2007:87).

Por otro lado, dentro de la estructura de la Secretaría de Salud Federal desde 2003 surgió la Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED) como unidad independiente, que tuvo la encomienda principal de evaluar el desempeño de los sistemas nacional y estatal de salud a partir del marco conceptual propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS).<sup>12</sup>

El modelo de evaluación de la DGED (2010) contempla un nivel macro de evaluación orientado a generar información sobre el desempeño global del sistema de salud, es decir, sobre el cumplimiento de los objetivos intrínsecos del mismo, los objetivos intermedios o instrumentales y sobre el cumplimiento de metas a niveles federal y estatal, a fin de apoyar la toma de decisiones de política en materia de salud.<sup>13</sup> El nivel intermedio, por su parte, se orienta a evaluar aquellos programas definidos como prioritarios dada su aportación al cumplimiento de los objetivos sociales en materia de salud a nivel nacional, a fin de brindar evidencias sobre su instrumentación, ejecución y resultados. Sin embargo, en ese nivel intermedio solamente se ha desarrollado la evaluación de algunos programas tales como el Sistema de Protección Social en Salud, Caravanas de la Salud, Programa Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) y Comunidades Saludables, todos ellos con reglas de operación. Sin embargo, los grandes ausentes han sido los relacionados con la salud reproductiva, como lo son los que se pretende abordar en este estudio. Otro organismo que tiene funciones de evaluación y seguimiento es la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, responsable de la ejecución del programa SICALIDAD<sup>14</sup>y

---

<sup>12</sup> [http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/marco\\_dged.html](http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/marco_dged.html) (consulta: 30 de junio de 2010).

<sup>13</sup> *Ibidem*.

<sup>14</sup> Entre sus objetivos se encuentran: 1. Apoyar financieramente a las unidades médicas que presentan compromisos de calidad en acuerdos de gestión con proyectos de mejora. 2. Evaluar y dictaminar unidades de salud que prestan servicios al Sistema de Protección Social en Salud. 3. Fortalecer la cultura de calidad en los establecimientos de salud mediante el reconocimiento del Premio Nacional de Calidad en Salud (PNC). 4. Implementar el proyecto de alternativas de hospitalización para los pacientes con enfermedades terminales (PALIAR), la hospitalización domiciliaria y la cirugía ambulatoria. 5. Implementar el proyecto de uso racional de medicamentos. 6. Impulsar la constitución de Comités Estatales de Calidad. 7. Adhesión al proyecto de capacitación en calidad en salud. 8. Implementación del proyecto de prevención y reducción de la infección nosocomial. 9. Medición de la satisfacción de los prestadores de servicios de salud. 10. Revisión periódica de los expedientes clínicos por las unidades médicas. 11. Vinculación del proyecto de seguridad del paciente a los hospitales públicos de mediana y alta complejidad. 12. Fortalecer y consolidar la figura de Aval Ciudadano para construir ciudadanía en el Sistema Nacional de Salud:

cuyo objetivo general es poner en marcha un sistema integral de calidad en salud que coordine, integre, apoye, promueva y difunda avances en materia de calidad, situando la calidad como una prioridad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud (DOF, 31-12-2010).<sup>15</sup>

De acuerdo con la evaluación del desempeño del programa 2008-2009 que lleva a cabo el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), sus debilidades son: ausencia de evaluaciones externas al programa, de impacto o de seguimiento a beneficiarios; carencia de cuantificación adecuada de poblaciones: potencial, objetivo y atendida; deficiencias en indicadores estratégicos; ausencia de los supuestos que se trabajarán en la capacitación del personal de salud para incidir en aspectos culturales. Para el periodo 2008-2009 el cumplimiento de la meta de satisfacción de usuario consideró el consultar 95 usuarios para conocer la satisfacción de los mismos, con ello lograron el cumplimiento de 101% de la meta. El segundo indicador que mide el número de unidades asociadas a algún proyecto de SICALIDAD tuvo como meta para 2008 acreditar 65 unidades públicas al Sistema Nacional de Salud. Hay que señalar que el total de consultorios y hospitales de las cuatro instituciones públicas más importantes del país (SSA, IMSS, IMSS-O e ISSSTE) es de 16,225, es así que 65 representan 0.39 de los establecimientos públicos. Los dos restantes indicadores corresponden al porcentaje de cumplimiento de las cartas compromiso por las unidades con el aval ciudadano, cuya meta es de 20% y porcentaje de unidades médicas hospitalarias acreditadas asociadas al proyecto de Expediente Clínico Integrado y de Calidad cuya meta es de 20 hospitales, lo que hace 0.12% del total de establecimientos. El presupuesto de este programa es de 101 millones de pesos.

## **Antecedentes de la evaluación externa en el Sector Salud**

La evaluación externa de los programas del gobierno federal en el país inició en la década de los noventa del siglo XX y se estableció como obligatoria para programas federales con reglas de operación (ROP) en el Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF), a partir del año 2000. La evaluación prosigue a la descentralización y focalización del gasto como una estrategia para abatir la pobreza extrema. En 1997, con el Programa Progresá se inicia una evaluación de impacto de tipo experimental y, a partir de ésta -en el año 2000- se institucionaliza la práctica y se establece como obligatoria, como ya se mencionó, para aquellos programas con ROP.

En el PEF se establece, para el ejercicio fiscal 1999, la obligatoriedad de implementar el monitoreo y evaluación en la gestión del gobierno federal y el Decreto del PEF 2000 mantiene los mecanismos periódicos de seguimiento y evaluación para los subsidios y transferencias. A partir del año 2001, aunque el esquema de evaluación externa permanece, se acentúa su autonomía, se introducen elementos que brindan claridad a la evaluación y se intenta retroalimentar la información generada en los documentos; además,

---

[http://www.coneval.gob.mx/coneval2/htmls/evaluacion\\_monitoreo/especificas\\_desem.jsp?categorias=EVAL\\_MON\\_EVAL\\_MON-des\\_ssa\\_\(consulta: 20 de mayo 2010\).](http://www.coneval.gob.mx/coneval2/htmls/evaluacion_monitoreo/especificas_desem.jsp?categorias=EVAL_MON_EVAL_MON-des_ssa_(consulta:20%20de%20mayo%202010))

<sup>15</sup> Diario Oficial de la Federación, 13-12-2010. Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación 2011 del Programa Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD).



el PEF establece que los sujetos a evaluación serán aquellos programas con ROP, los cuales son seleccionados por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, institución que también define el contenido de las ROP en cada ejercicio fiscal con la intervención del Poder Legislativo. Otro elemento que se introduce a partir del año 2001 es la utilidad de la información generada a través de las evaluaciones, puesto que se solicita que los resultados de éstas sean enviados a la Comisión de Presupuesto y Cuenta Pública de la Cámara de Diputados, a efecto de ser considerados en el proceso de análisis y aprobación del PEF en el siguiente ejercicio fiscal.

A partir de 2007, el gobierno federal reforma la Administración Pública Federal impulsando: a) una gestión por resultados, b) la evaluación objetiva del desempeño de los programas, c) la mejora en la aplicación de los recursos públicos, y d) la rendición de cuentas. A través del CONEVAL las evaluaciones se han diversificado y se han generado lineamientos para el seguimiento de las mejoras.

Es importante señalar que en el Sector Salud existe un número reducido de programas con ROP. De la SSA, los programas que tienen reglas de operación o que son programas presupuestarios son los siguientes: Programa Comunidades Saludables, Programa SICALIDAD, Programa Caravanas de la Salud y Seguro Médico para una Nueva Generación. El SP se rige por una ley y también está sujeto a evaluaciones externas. El Programa Anual de Evaluación de 2010 incluyó un programa más: el U006, Fortalecimiento de las Redes de Servicios de Salud.<sup>16</sup> El resto de los programas de salud que no cuentan con ROP no está obligado a llevar a cabo evaluaciones externas. Sin embargo, algunas direcciones o centros contratan a investigadores externos ya sea para evaluar alguno de sus programas o para su certificación. Es el caso de APV, que fue evaluado a instancias del CNEGySR por el Instituto Nacional de Salud Pública en el año 2006. En esta investigación se evaluó la calidad del servicio así como el funcionamiento de las redes de servicios en aquellas jurisdicciones sanitarias que habían presentado un número mayor de muertes maternas o que habían logrado acciones exitosas en el corto plazo. Al final del sexenio 2000-2006 se realizó también una certificación internacional con la OPS y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés), analizando seis redes de servicios en aquellas jurisdicciones en las que APV había sido exitoso (SSA, UNFPA, OPS; 2007).

Este monitoreo tiene, por tanto, ciertas características que lo hacen distintivo: es una evaluación externa que se focalizará en programas de acción específicos y que identificará la disponibilidad de intervenciones establecidas en la normatividad dentro de las cuatro instituciones públicas y de seguridad social más importantes del país. La metodología utilizada permitirá reconocer estas coincidencias y diferencias entre instituciones y tipos de servicios mediante trabajo de campo y de gabinete, con la finalidad de describir y analizar las fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades del sistema, para garantizar que los bienes y servicios establecidos en la normatividad se produzcan en los diferentes subsistemas de atención.

---

<sup>16</sup>[http://www.coneval.gob.mx/coneval2/htmls/evaluacion\\_monitoreo/HomeEvalMonitoreo.jsp?categorias=EVAL\\_MON,EVAL\\_MON-prog\\_anual\\_eval](http://www.coneval.gob.mx/coneval2/htmls/evaluacion_monitoreo/HomeEvalMonitoreo.jsp?categorias=EVAL_MON,EVAL_MON-prog_anual_eval) (consulta: 17 de junio de 2010).

# METODOLOGÍA

## Diseño conceptual de la investigación

### *Objetivos*

Esta investigación se interesa en dar seguimiento a una parte del funcionamiento del sistema de salud: la que corresponde a la producción de servicios dirigidos a la salud sexual y reproductiva (SSR) de las mujeres y atención a la violencia familiar y de género, en las cuatro instituciones públicas de salud más importantes del país. A partir de lo antes mencionado se plantearon los siguientes objetivos:

### *Objetivo general*

Describir y analizar la operación de un conjunto de paquetes de intervenciones seleccionados y contruidos a partir de los programas de acción específicos (PAE), de las normas oficiales mexicanas (NOM) y las guías técnicas disponibles en SSR, violencia familiar y de género, que se otorgan en los servicios de salud públicos dirigidos a la población femenina sin seguridad social y afiliados de la SSA, el IMSS, el IMSS-O y el ISSSTE, a partir de una muestra representativa a nivel nacional de establecimientos de consulta externa (CE) y hospitales (Ho).

### *Objetivos específicos*

Para los PAE durante el periodo 2007-2012:

- Arranque Parejo en la Vida (atención materna y perinatal) (APV).
  - Planificación Familiar y Anticoncepción (PF).
  - Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (SSRA).
  - Cáncer Cérvicouterino (CaCu).
  - Cáncer de Mama (CaMa).
  - Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género (PAVFyG).
  - Igualdad de Género en Salud (IGS).
- 
- Describir y analizar la alineación entre los PAE, las NOM y otros instrumentos normativos institucionales para cada uno de los subsistemas de atención (IMSS, IMSS-O, ISSSTE y SESA (contrapartes de la Secretaría de Salud en las entidades federativas).
  - Describir y analizar la producción (disponibilidad) de paquetes de servicios contruidos, establecidos en los PAE en los diferentes establecimientos de salud en cada uno de los subsistemas de atención.
  - Describir y analizar la calidad de los servicios en los siguientes componentes: organización del servicio o dimensión administrativa, prestación del servicio, y accesibilidad y continuidad en el servicio.



## ***Elementos del diseño conceptual***

Este es un estudio observacional, transversal, comparativo y prospectivo que contempló el análisis de información de la producción de servicios de cuatro instituciones del Sector Salud:

- Servicios Estatales de Salud
- Instituto Mexicano del Seguro Social
- Instituto Mexicano del Seguro Social-Oportunidades
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Para el análisis de la producción de servicios, esta investigación consideró una primera fase de trabajo de gabinete, previa al trabajo de campo, cuyos objetivos fueron los siguientes:

- Describir y analizar la alineación de servicios y acciones considerados en los programas de acción, las NOM y otros instrumentos normativos institucionales para cada uno de los subsistemas de atención (IMSS, IMSS-O, ISSSTE y SSA).
- Construir los paquetes de intervenciones sustantivos de los PAE para el periodo 2007-2012:
  - Arranque Parejo en la Vida (atención materna y perinatal) y tres componentes adicionales de Influenza, VIH/SIDA e ITS en embarazadas.
  - Planificación Familiar y Anticoncepción.
  - Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes.
  - Cáncer Cervicouterino.
  - Cáncer de Mama.
  - Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género.

Cabe señalar que el Programa de Igualdad de Género en Salud tendrá otro tratamiento en la medida en que este programa se interesa solamente en la sensibilización y capacitación del personal. Específicamente, se incluyeron instrumentos de monitoreo que indagaban sobre la capacitación. Se realiza una descripción cualitativa del funcionamiento del programa con un estudio de caso que comprende algunas entidades de la región sur del país.

## ***Constitución del grupo de trabajo***

Desde el inicio del proyecto se constituyó un grupo de trabajo de seis personas que tuvieron a su cargo la descripción y el análisis de cada uno de los programas. Cinco de estos investigadores e investigadoras fueron posteriormente coordinadoras del trabajo de campo por región geográfica y finalmente llevaron a cabo la redacción de sus respectivos informes. Es así que durante todo el proceso, investigadores y coordinadora participaron en todas las etapas del estudio.

### *Alineación de servicios*

La alineación de los servicios consistió en la revisión para cada uno de los temas del PAE correspondiente, así como de la normatividad vigente y contempló:

- La descripción del programa (misión, visión, antecedentes, justificación, objetivos, metas, actividades, indicadores de procesos y resultados).
- La alineación de este programa con la política pública: Plan Nacional de Desarrollo (PND), Programa Sectorial de Salud (PROSESA), programas específicos publicados por el CNEGySR, convenios internacionales, Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés), Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), y las iniciativas de transversalidad del PND, igualdad de oportunidades y la igualdad étnica.
- Fuentes de financiamiento disponibles.
- Población, cobertura o población potencial de la institución, la focalización (población objetivo) y la población atendida.
- Análisis de resultados de los programas de interés, a través de fuentes secundarias oficiales. Selección de información de resultados por programa e institución.

Para la obtención de esta información se utilizaron varios medios, la solicitud directa de la Dirección del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) y del Instituto Nacional de las Mujeres a las subdirecciones médicas de cada una de las instituciones, y la información disponible en los distintos portales de internet del Sector Salud, del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) y de los informes trimestrales de ejercicio del gasto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

### *Construcción de los paquetes de intervenciones*

Para la elaboración de los instrumentos de recolección de información se utilizó como marco de referencia a los PAE publicados por la SSA. Estos programas son los instrumentos rectores que se elaboran de manera consensuada, basados en las mejores prácticas y en la evidencia científica disponible, con el objetivo de plantear estrategias para la solución a los problemas de salud nacionales. También se tomaron en cuenta para la elaboración de los instrumentos otros documentos como normas, manuales y guías técnicas en los temas de salud reproductiva y atención a la violencia familiar y de género, que son de observancia obligatoria para el Sector Salud.

A partir del análisis de cada uno de los programas, normas, manuales y guías técnicas se identificaron procesos sustantivos y sus componentes para cada uno de los programas de interés, partiendo de que la producción del servicio precisa cierto número y tipo de recursos humanos con determinadas habilidades técnicas, de equipo diagnóstico y de laboratorio, de fármacos e infraestructura.

Estos procesos sustantivos fueron seleccionados de acuerdo con su prioridad en función de las metas, indicadores y objetivos de cada PAE. En los capítulos de resultados por programa se explican los criterios particulares utilizados.

Con el objetivo de traducir estos procesos sustantivos en elementos concretos que pueden ser medidos mediante los instrumentos de recolección de información, se identificaron las **intervenciones** necesarias que hacen posible que estos procesos se lleven a cabo y se produzcan los servicios. Se entiende como intervención a la acción médica o no médica, única o en **paquete**, que constituye un elemento necesario en el proceso en cuestión.

Para cada uno de los programas de interés de este monitoreo se conformaron **paquetes de intervenciones**. La selección de las intervenciones y de los paquetes para su sistematización y análisis es un recorte metodológico. Estos paquetes están constituidos por el conjunto de intervenciones que se consideraron mínimas indispensables para hacer posible la producción del servicio y su transferencia adecuada. En el Cuadro I.5 se enuncian los seleccionados para cada programa y en cada capítulo se podrán identificar las intervenciones que se incluyeron en cada paquete.

Es importante destacar que las intervenciones incluidas se definieron con base en el nivel de atención y resolución esperado en cada tipo de unidad (primer y segundo nivel). Es así que se definieron paquetes de intervenciones distintos en función del nivel de atención para todos los programas, excepto SSRA que sólo se aplicó en primer nivel. Los paquetes pueden tener el mismo nombre para primer y segundo nivel pero contienen un número diferente de intervenciones.

**Cuadro I.5 Paquetes de intervención por programa**

|      |                                                           |
|------|-----------------------------------------------------------|
| AMP  | AMP Accesibilidad para la población                       |
|      | AMP Atención del recién nacido                            |
|      | AMP Atención del parto                                    |
|      | AMP Atención prenatal                                     |
|      | AMP Influenza                                             |
|      | AMP Sífilis e ITS                                         |
|      | AMP Atención de la urgencia obstétrica                    |
|      | AMP VIH                                                   |
| CaCu | CaCu Diagnóstico consulta externa                         |
|      | CaCu Prevención                                           |
|      | CaCu Referencia y contrarreferencia                       |
|      | CaCu Diagnóstico para tratamiento oportuno. Segundo nivel |
| CaMa | CaMa Detección                                            |
|      | CaMa Diagnóstico                                          |
|      | CaMa Prevención                                           |
|      | CaMa Tratamiento                                          |
| PF   | PF APEO                                                   |
|      | PF Consejería                                             |
|      | PF Disponibilidad                                         |
|      | PF Promoción                                              |

|        |                           |
|--------|---------------------------|
| SSRA   | SSRA Accesibilidad        |
|        | SSRA Capacitación         |
|        | SSRA Consejería           |
| PAVFyG | PAVFyG Violencia familiar |
|        | PAVFyG Violencia Sexual   |

Para los fines de esta investigación, cada una de las intervenciones se clasificó de manera general en alguno de los siguientes trece **tipos**:

1. Disponibilidad de mobiliario.
2. Disponibilidad de estudios de diagnóstico y exámenes de laboratorio.
3. Disponibilidad de formatos y cartillas.
4. Disponibilidad de medicamentos y vacunas.
5. Conocimientos técnicos a través de guías y normas.
6. Percepción de calidad del servicio por los proveedores.
7. Capacitación, actualización y certificación.
8. Disponibilidad de guías técnicas, manuales, normas y algoritmos.
9. Recursos humanos.
10. Materiales de difusión para la población.
11. Disponibilidad de instrumental, equipo e insumos.
12. Continuidad en el servicio y accesibilidad.
13. Infraestructura.

### ***Dimensiones de la producción de servicios***

A partir de los trece tipos de intervenciones se realizó un análisis adicional con tres **dimensiones de la producción de servicios** relevantes en términos de la calidad de estos, construidas a través del agrupamiento de los tipos de intervenciones mencionados como se muestra a continuación:

Administrativa o de organización del servicio:

1. Disponibilidad de medicamentos y vacunas.
2. Disponibilidad de formatos y cartillas.
3. Disponibilidad de estudios de diagnóstico y exámenes de laboratorio.
4. Disponibilidad de mobiliario.
5. Disponibilidad de infraestructura.
6. Disponibilidad de instrumental, equipo e insumos.

Prestación del servicio:

7. Conocimientos técnicos a través de guías y normas.
8. Percepciones de calidad del servicio por proveedores.
9. Capacitación, actualización y certificación.
10. Disponibilidad de guías técnicas, manuales, normas y algoritmos.

11. Recursos humanos.

Accesibilidad y continuidad en el servicio:

12. Materiales de difusión para la población.

13. Continuidad en el servicio y accesibilidad.

En el Cuadro I.6 se muestran las dimensiones analizadas por programa.

**Cuadro I.6 Dimensiones de la producción de servicios**

| <b>Programa</b>         | <b>Dimensiones</b>                            |                        |                             |
|-------------------------|-----------------------------------------------|------------------------|-----------------------------|
| AMP Global              | Administrativa o de organización del servicio | Prestación de servicio | Continuidad y accesibilidad |
| CaCu Global             | Administrativa o de organización del servicio | Prestación de servicio | Continuidad y accesibilidad |
| CaMa Global             | Administrativa o de organización del servicio | Prestación de servicio | Continuidad y accesibilidad |
| PF Global               | Administrativa o de organización del servicio | Prestación de servicio | Continuidad y accesibilidad |
| SSRA Global             | Administrativa o de organización del servicio | Prestación de servicio | Continuidad y accesibilidad |
| PAVFyG Violencia Global | Administrativa o de organización del servicio | Prestación de servicio | Continuidad y accesibilidad |

***Indicadores de resultados***

Como parte del trabajo de gabinete, se realizó la selección de indicadores de procesos y resultados especificados en cada uno de los PAE que fueron solicitados a cada una de las instituciones del Sector Salud participantes en este monitoreo. Cabe destacar que estos indicadores, no obstante su identificación en los documentos de dichos programas como parte del proceso interno de monitoreo y evaluación de los mismos, no estuvieron disponibles en todos los casos.

**a. Elaboración de los instrumentos de recolección de información**

Una vez definidos los paquetes de intervenciones, la clasificación de éstas por tipo y las dimensiones de la producción del servicio producto del trabajo de gabinete, se elaboraron tres instrumentos de recolección de información para el trabajo de campo:

- Cuestionarios
- Listas de cotejo
- Guías de observación

Tres fuentes de documentación más también fueron utilizadas:

- Entrevistas
- Diario de campo
- Documentación fotográfica

Los niveles de atención de interés fueron los siguientes:

- Primer nivel
- Segundo nivel
- Ámbitos especializados: unidad de cuidados intensivos neonatales y tercer nivel de atención de CaCu y CaMa

Asimismo, se identificaron los informantes clave en las unidades médicas a visitar:

- Administrador(a)
- Director(a) o responsable de unidad
- Enfermero(a)
- Médico(a) de consultorio
- Médico(a) de consulta especializada
- Jefe(a) de servicio en hospitalización de ginecobstetricia
- Jefe(a) del servicio de cuidados intensivos para adultos
- Jefe(a) del servicio de cuidados intensivos neonatales
- Jefe(a) del servicio de urgencias
- Responsable de farmacia
- Responsable de laboratorio
- Responsable de imagenología
- Responsable de trabajo social
- Psicólogo(a)
- Responsable de inmunizaciones
- Trabajador(a) social

y se definieron los sitios de aplicación de los instrumentos:

- Administración
- Consultorio (consulta externa general o especializada)
- Consultorio de ginecología o detección de CaMa o CaCu
- Consultorio de psicología o psicólogo(a)
- Cuidados intensivos para adultos
- Cuidados intensivos neonatales
- Dirección
- Entrada de la unidad

- Farmacias
- Inmunizaciones
- Jefatura de enseñanza
- Laboratorio
- Módulos de atención a jóvenes o PF
- Medicina preventiva
- Radiología
- Sala de espera
- Trabajo social
- Tococirugía: sala de partos
- Urgencias

### ***Consensos institucionales***

El protocolo de investigación, la estructura de los paquetes de intervención y los instrumentos de recolección de información fueron presentados y ajustados a partir de las observaciones de cada una de las instituciones de salud que participaron en esta investigación.

Se sostuvo una reunión con la titular del CNEGySR y otras con los equipos encargados de cada uno de los programas del Centro. Algunos paquetes fueron reformulados a partir de las observaciones realizadas. En el caso del ISSSTE se tuvo una sesión de trabajo y se realizaron algunos ajustes a los instrumentos y protocolo resultados de las observaciones realizadas. En el IMSS las reuniones se llevaron a cabo con los distintos responsables de los programas y la discusión se centró en los instrumentos de recolección de información de manera más detallada, se recibieron cuatro propuestas de modificación de los instrumentos y algunos de los reactivos tuvieron que ser excluidos. Por último, en el caso del IMSS-O el proceso de discusión de los instrumentos también implicó una serie de propuestas de modificación, las cuales fueron atendidas. El trabajo directo con las diferentes instituciones del Sector fue, en sí mismo, un ejercicio que permitió la reflexión sobre las diferencias entre sus lineamientos de atención a los problemas de salud de interés.

## **Diseño muestral**

### ***Unidad de selección***

Las unidades de selección definidas para la primer etapa del levantamiento fueron los municipios de la República Mexicana; en una segunda etapa, se seleccionaron establecimientos médicos de las siguientes instituciones: SSA, IMSS, IMSS-O e ISSSTE.

### ***Unidad de análisis***

Las unidades de análisis definidas para el levantamiento fueron los establecimientos médicos del país de cuatro instituciones de salud: SSA, IMSS, IMSS-O e ISSSTE que ofrecen servicios de SSR a las mujeres.

### ***Cobertura geográfica***

La cobertura geográfica fue todo el país.

### ***Representatividad<sup>17</sup>***

La encuesta está diseñada para dar resultados a nivel nacional, por niveles de atención, y tipo de institución cuando el tamaño de muestra y la variabilidad del fenómeno lo permiten.

### ***Marco de muestreo***

El marco de muestreo empleado fue el directorio de establecimientos médicos a nivel nacional del Sector Salud, publicado por la SSA en la página electrónica: <http://clues.salud.gob.mx/> donde aparece un total de 16,963 establecimientos médicos de las instituciones: SSA, IMSS, IMSS-O e ISSSTE.

### ***Estratificación***

En cada municipio se definieron dos criterios de estratificación: la institución (SSA, IMSS, ISSSTE, IMSS-O) y el tipo de establecimiento (consulta externa y hospital); esto es, en cada municipio se formaron ocho estratos.

### ***Esquema de muestreo***

Se consideró un esquema de muestreo estratificado y de conglomerados, descrito a continuación:

Se formaron cinco regiones descritas en el Cuadro I.7. En cada región se seleccionaron 10 municipios. La selección fue hecha con probabilidad proporcional a la población del municipio. En cada municipio se seleccionó un establecimiento médico por cada uno de los ocho estratos definidos por los criterios de institución y tipo de establecimiento; los establecimientos médicos fueron seleccionados con probabilidad proporcional a su tamaño, el cual se definió por el inverso de la raíz cuadrada de la frecuencia de su tipología, asignada en la página de la SSA (<http://clues.salud.gob.mx/>).

**Cuadro I.7 Distribución de las regiones geográficas por estados seleccionados**

| <b>Región</b>             | <b>Estado</b>                                                                                                                               |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Noroeste</b>           | Baja California (2), Baja California Sur (3), Chihuahua (8), Durango (10), Jalisco (14), Nayarit (18), Sinaloa (25) y Sonora (26).          |
| <b>Noreste</b>            | Aguascalientes (1), Coahuila (5), Guanajuato (11), Nuevo León (19), Querétaro (22), San Luis Potosí (24), Tamaulipas (28) y Zacatecas (32). |
| <b>Centro</b>             | Guerrero (12), Morelos (17), Puebla (21), Tlaxcala (29), Hidalgo (13), Michoacán (16) y Colima (06).                                        |
| <b>DF- Edo. de México</b> | Distrito Federal (9) y Estado de México (15).                                                                                               |
| <b>Sur</b>                | Campeche (4), Chiapas (7), Oaxaca (20), Quintana Roo (23), Tabasco (27), Veracruz (30) y Yucatán (31).                                      |

<sup>17</sup> Entendiendo por representatividad que los intervalos de confianza calculados son válidos. Comprendemos que un intervalo de confianza a 95% es válido si es generado por un procedimiento que produce intervalos de confianza que cubren al parámetro con probabilidad 0.95.



### ***Tamaño de muestra***

El tamaño de muestra fue calculado para dar estimaciones a nivel nacional, usando datos colectados para el Índice de Capacidad de Producción de Servicios Obstétricos (ICP), índice que fue construido a partir de los resultados de una investigación previa llamada *Monitoreo de los Servicios de Salud 24 horas al día los 365 días del año (24/365) para otorgar atención a la salud materna*. El ICP se calcula a partir de la disponibilidad de recursos humanos y materiales en establecimientos de salud para la provisión de atención obstétrica en establecimientos 24/365. Para esta investigación se partió del supuesto que la variabilidad entre establecimientos médicos en la provisión de otros servicios puede ser similar a la variabilidad observada en el ICP; así, se supuso que el cuadrado del coeficiente de variación de los índices ( $C^2$ ) sería cercano a 0.05.

$$C^2 = \frac{S_X^2}{\bar{X}^2}$$

La expresión empleada para el cálculo del tamaño de muestra en municipios fue la siguiente:

$$n = \frac{Z^2 S_X^2 Deff}{r^2 \bar{X}^2 4}$$

Donde  $Z (=1.96)$  es el cuantil 97.5% de una distribución normal estándar, 4 es el número de establecimientos médicos por municipio,  $\bar{X}$  es el promedio del atributo de interés,  $S_X^2$  es la varianza de  $X$ ,  $r=0.04$  es el error relativo de estimación y  $Deff=1.7$  representa el efecto debido al muestreo de conglomerados de establecimientos médicos.<sup>18</sup> En consecuencia, el tamaño de muestra estimado en municipios fue

$$n = \frac{1.96^2}{0.04^2} 0.05 \frac{1.7}{4} = 51.02$$

Por lo tanto, se decidió seleccionar 50 municipios a nivel nacional. El error relativo de estimación ( $r$ ) representa la semi-amplitud de los intervalos de confianza dividida por el parámetro, esto es, esperamos que con el tamaño de muestra ( $n=50$  municipios, 200 establecimientos), los intervalos de confianza tengan una semi-amplitud igual a  $\delta = 0.04\bar{X}$  donde  $\bar{X}$  es el promedio del índice en la población.

De las unidades médicas inicialmente seleccionadas, sólo 187 contaban con los programas de interés en la investigación, por lo que se seleccionaron reemplazos. Al

---

<sup>18</sup> Donde  $Deff = (1 + (k - 1)\rho) = 1 + 0.1*7 = 1.7$ ,  $k$  es el número de individuos seleccionados por conglomerado ( $k=8$ ) y  $\rho$  es el coeficiente de correlación intra-conglomerado.  $k$  es igual a 8 porque a lo más se seleccionan 8 unidades por municipio.  $\rho$  se estimó con 0.1 porque 0.09 es el coeficiente de correlación intra-conglomerados para  $x =$  “proporción de personas de un municipio que consideraron que la atención que recibieron fue muy buena” cuando los conglomerados fueron los estados, según la Encuesta Nacional de Salud 2006.

finalizar el procedimiento de reemplazo de establecimientos se pudo obtener una muestra de 205 establecimientos, de estos 205 se aplicaron 201.

Un total de 201 unidades médicas fueron aplicadas en 24 entidades federativas en 50 municipios. La distribución por institución y tipo de unidad de la muestra se presenta en el Cuadro I.8.

**Cuadro I.8 Número de establecimientos médicos por tipo de unidad e institución**

| <b>Institución</b> | <b>Número de entidades</b> | <b>Consulta Externa</b> | <b>Hospitales</b> | <b>Tercer nivel</b> | <b>Total Unidades Médicas</b> |
|--------------------|----------------------------|-------------------------|-------------------|---------------------|-------------------------------|
| <b>SSA</b>         | 24                         | 49                      | 32                | 2                   | 83                            |
| <b>IMSS</b>        | 22                         | 35                      | 24                |                     | 59                            |
| <b>IMSS-O</b>      | 12                         | 13                      | 6                 |                     | 19                            |
| <b>ISSSTE</b>      | 22                         | 21                      | 19                |                     | 40                            |
| <b>Total</b>       | 24                         | 118                     | 81                | 2                   | 201                           |

En el Cuadro I.9 se muestra la distribución de las unidades médicas en la muestra por región, entidad federativa e institución. Cabe señalar que los siguientes estados no tuvieron unidades en la muestra: Baja California Sur, Campeche, Colima, Durango, Oaxaca, Querétaro, Sonora y Tlaxcala.

**Cuadro I.9 Distribución de establecimientos médicos por tipo de institución y región**

| Región                         | Entidad federativa | IMSS-O | IMSS | ISSSTE | SESA | Total general |
|--------------------------------|--------------------|--------|------|--------|------|---------------|
| <b>Centro</b>                  | Guerrero           |        | 2    | 2      | 3    | 7             |
|                                | Hidalgo            |        |      |        | 1    | 1             |
|                                | Michoacán          | 2      | 3    | 3      | 5    | 13            |
|                                | Morelos            |        | 1    | 1      | 1    | 3             |
|                                | Puebla             | 2      |      | 1      | 1    | 4             |
|                                | Tlaxcala           |        | 1    | 1      | 3    | 5             |
| <b>Total Centro</b>            |                    | 4      | 7    | 8      | 14   | 33            |
| <b>DF-Edo. de México</b>       | DF                 | 1      | 7    | 6      | 10   | 24            |
|                                | México             |        | 6    | 3      | 8    | 17            |
| <b>Total DF-Edo. de México</b> |                    | 1      | 13   | 9      | 18   | 41            |
| <b>Noreste</b>                 | Aguascalientes     |        | 2    | 2      | 2    | 6             |
|                                | Coahuila           | 1      | 2    | 1      | 2    | 6             |
|                                | Guanajuato         |        | 3    | 1      | 4    | 8             |
|                                | Nuevo León         |        | 1    | 2      | 3    | 6             |
|                                | San Luis Potosí    | 1      | 1    | 1      | 2    | 5             |
|                                | Tamaulipas         |        | 1    | 1      | 2    | 4             |
|                                | Zacatecas          | 1      | 1    | 1      | 2    | 5             |
| <b>Total Noreste</b>           |                    | 3      | 11   | 9      | 17   | 40            |
| <b>Noroeste</b>                | Baja California    |        | 2    | 1      | 2    | 5             |
|                                | Chihuahua          | 1      | 4    | 2      | 4    | 11            |
|                                | Jalisco            |        | 6    | 2      | 7    | 15            |
|                                | Nayarit            | 2      | 2    | 2      | 2    | 8             |
|                                | Sinaloa            | 2      | 1    | 1      | 1    | 5             |
| <b>Total Noroeste</b>          |                    | 5      | 15   | 8      | 16   | 44            |
| <b>Sur</b>                     | Chiapas            | 1      | 1    | 1      | 5    | 8             |
|                                | Quintana Roo       |        | 2    | 1      | 2    | 5             |
|                                | Veracruz           | 3      | 7    | 4      | 8    | 22            |
|                                | Yucatán            | 2      | 3    |        | 3    | 8             |
| <b>Total Sur</b>               |                    | 6      | 13   | 6      | 18   | 43            |
| <b>Total general</b>           |                    | 19     | 59   | 40     | 83   | 201           |

## Levantamiento de información

### *Consideraciones éticas*

Esta investigación se basa en principios éticos básicos, en particular el de la autonomía, por tanto los sujetos informantes definieron el carácter de su participación: anónima, conservando su identidad profesional o su identidad personal; asimismo, a cada uno de los y las participantes se le otorgó un breve resumen de los objetivos del estudio con el fin de que tomara la decisión de su participación de manera informada.

Este estudio, por su carácter de monitoreo y por la confidencialidad que guarda de cada informante, no conlleva daño alguno a los participantes, toda vez que los resultados de la investigación serán analizados de manera independiente a la identidad del informante.

Esta investigación pretende identificar aquellos elementos que hagan posible la mejora en la producción de los servicios, por tanto está encaminada a beneficiar al sistema a la luz de los hallazgos, lo que puede redundar en la mejora de las condiciones laborales de las y los informantes.

## ***Organización operativa del levantamiento***

### ***Conformación de los equipos y cuota de trabajo***

En el trabajo de campo participaron cinco equipos de dos a tres personas, cada uno de ellos dirigido por un coordinador temático; al interior de cada equipo uno o más integrantes eran médicos de profesión, lo que hizo posible que los cuestionarios fueran aplicados por médicas o médicos. Cada equipo estuvo a cargo de una región, a excepción de la región Centro que incluyó en su estudio un estado de la región Noroeste. Cada equipo acudió a 40 unidades en promedio y llegaron a visitar las unidades hasta tres veces en busca de los informantes cuando estos no se encontraban o no estaban disponibles. El levantamiento se realizó desde finales de septiembre hasta principios de diciembre de 2010; cada equipo debía, por lo menos, acudir en tres ocasiones a cada unidad seleccionada en la muestra.

### ***Operativo de levantamiento***

Los coordinadores de campo fueron los responsables de establecer contacto con el personal de las jurisdicciones y delegaciones correspondientes previo a las visitas, como se acordó con las instituciones.

Cada equipo conocía con antelación al trabajo de campo, la tipología y los servicios que ofrecía cada establecimiento seleccionado en la muestra y contó con un manual para el levantamiento de información. Este manual contiene indicaciones básicas generales sobre el manejo del instrumento, describe los diferentes tipos de preguntas, define el significado de los diferentes tipos de respuestas estandarizadas, contiene un glosario de términos y de imágenes, contiene una tabla de números aleatorios para la selección de informantes, aspectos que se deben considerar en el diario de campo y en el resguardo y envío de la documentación vía electrónica y física a las sedes concentradoras.

Las y los coordinadores de trabajo de campo permanecieron por periodos de por lo menos una semana en cada uno de los municipios. Cada equipo estuvo en comunicación diaria con la coordinadora de la investigación a través de telefonía celular y el software skype a través de internet, para reportar los avances y desarrollo del trabajo de campo.

## ***Informantes***

En las instituciones correspondientes al primer nivel de atención, se entrevistaron en total a 401 actores clave. Entre ellos, a 71 directores, 88 médicos generales, ocho médicos pasantes y nueve médicos especialistas entre ginecólogos, epidemiólogos y un cirujano.

También se entrevistaron a 78 enfermeras, 38 trabajadoras sociales y cinco jefes de clínica, 10 promotores de salud, 20 encargados de medicina preventiva, 52 encargados de farmacia, 20 administrativos, 1 auxiliar jurídico, un encargado de limpieza y una persona que decidió conservar el anonimato.

En el segundo nivel de atención se entrevistaron a 677 actores clave, de ellos 80 eran directores de las unidades médicas, 56 médicos generales, 31 médicos especialistas (epidemiólogos, pediatra, oncólogo), tres médicos pasantes, 12 médicos residentes. En el área de ginecobstetricia se entrevistaron a 54 especialistas.

También se entrevistó a 12 psicólogos., 65 enfermeras, 73 trabajadoras sociales, en jefatura de enseñanza a 35 responsables, en terapia intensiva a cuatro, y a 11 jefes de piso. A 62 responsables de laboratorio, 52 de radiología, 63 de farmacia y 26 administradores. A 26 encargados(as) en medicina preventiva en unidades de displasias a ocho encargados(as), en el servicio de salud reproductiva a tres responsables, y una persona que decidió conservar el anonimato.

En el tercer nivel se entrevistaron a dos directores de unidades de los SESA, a dos médicos, una enfermera, dos encargados de radioterapia, un administrativo, un(a) jefe de laboratorio y un(a) jefe del servicio de radiología.

## **Tratamiento de la información**

### ***Validación de información***

La validación de instrumentos es un proceso que inicia desde el momento en que termina el llenado de los mismos. Cada equipo, antes de abandonar la unidad médica, identificó cuáles eran los ámbitos o *ítems* incompletos, a fin de volver a los ámbitos de aplicación o calendarizar una segunda visita al establecimiento.

Al terminar el día o la semana, cada coordinador de equipo llenó el formato *Control de avance y cobertura de la región y nivel de atención correspondientes*. Este sistema de control calcula el porcentaje de avance en relación con los cuestionarios, listas de cotejo y guías de observación, por ámbito de aplicación y unidad médica identificando si se ha aplazado, rechazado, se encuentra incompleto, completo o no aplica. Una vez completados los instrumentos de recolección de información, estos fueron fotocopiados y enviados a dos sedes distintas dependiendo de la región: Ciudad de México y San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

En cada sede un equipo de validación y captura recibió, organizó los instrumentos por regiones y niveles de atención y verificó nuevamente si en los instrumentos se registraron los *ítems* en forma correcta y, en caso de encontrar algún problema como letra ilegible o preguntas sin responder, se notificó a los encuestadores para que aclararan el texto, la ausencia de respuesta o regresaran a la unidad médica, para completar el cuestionario. Este proceso también fue documentado en el formato *Control de avance y cobertura*. Una vez recibidas las modificaciones del equipo de encuestadores se realizó el análisis de consistencia y recodificación, con consulta de encuestadores en caso necesario.

El proceso de validación puede resumirse como sigue:

1. Realización del primer control por el coordinador del trabajo de campo.
2. Envío de los instrumentos al equipo de validación y captura.
3. Realización del segundo control por el equipo de validación y captura.
4. Escaneo de instrumentos con errores y envío por correo electrónico a encuestadores.
5. Corrección de los errores debidos a letra ilegible o ámbitos incompletos por parte de los encuestadores y envío de las modificaciones al equipo de validación y captura.
6. Análisis de consistencia y recodificación con consulta de encuestadores en caso necesario.

### ***Captura de información***

El proceso de captura de información se realizó con el software *CSPro Census and Survey Processing System*. Para este proceso se contó con un manual de captura en el que se definen los códigos que se utilizan en caso de que las respuestas no estén incluidas en las opciones mostradas en el instrumento, se alerta de aquellas preguntas que están seriadas y que se han prestado a un llenado inconsistente, entre otras especificaciones relativas a este proceso.

Durante el proceso de captura también se llevó a cabo un control de captura, en el que se indican los instrumentos completos, incompletos, pendientes por llenar, en espera de aclaraciones, los problemas encontrados y el criterio utilizado para resolverlos en caso de que el manual no indique el criterio. Una vez realizada la captura y llenada la hoja de control se validaron o corrigieron los criterios utilizados por los capturistas en la resolución de los problemas encontrados.

En el Anexo I.3 se puede consultar el algoritmo del proceso de validación y captura.

## **Análisis de la información y resultados**

### ***Integración de la base de datos y aplicación del factor de expansión***

Una vez integrada la base de datos se calcularon los factores de expansión o ponderadores, los cuales son pesos  $w$  asignados a cada unidad médica, los ponderadores nos permiten estimar el total de cada variable de interés y, en algunos casos, su valor por subgrupos (por ejemplo, por tipo de institución). El ponderador  $w$  de una unidad se puede interpretar diciendo que dicha unidad en la muestra representa a  $w$  unidades en la población a ser

estudiada (ver Anexo I.2). De modo resumido, los ponderadores se calcularon de la siguiente manera: en una primera etapa se definió al ponderador  $w$  como el inverso de la probabilidad de selección; a continuación, los ponderadores fueron ajustados para que su suma reprodujera de modo muy aproximado, que sólo 90% (187/205) de las unidades producían servicios dirigidos a la salud reproductiva de las mujeres.

En el siguiente cuadro se presentan los números muestrales por institución y nivel de atención, y sus respectivas estimaciones poblacionales. El ponderador le da a cada unidad de la muestra su peso a nivel nacional, el procedimiento aleatorio de selección, permite que cada unidad funja como representante de sus similares en el país.

| Institución  | Muestra por nivel: |           |          |            | Tamaño estimado de la población, bajo la ponderación: |             |           |               |
|--------------|--------------------|-----------|----------|------------|-------------------------------------------------------|-------------|-----------|---------------|
|              | 1                  | 2         | 3        | Total      | 1                                                     | 2           | 3         | Total         |
| SSA (SESA)   | 49                 | 32        | 2        | 83         | 11 559                                                | 517         | 26        | 12 102        |
| ISSSTE       | 21                 | 19        | 0        | 40         | 526                                                   | 113         | 0         | 639           |
| IMSS         | 35                 | 24        | 0        | 59         | 1 408                                                 | 323         | 0         | 1 731         |
| IMSS-O       | 13                 | 6         | 0        | 19         | 680                                                   | 277         | 0         | 957           |
| <b>Total</b> | <b>118</b>         | <b>81</b> | <b>2</b> | <b>201</b> | <b>14 173</b>                                         | <b>1230</b> | <b>26</b> | <b>15 429</b> |

Una vez asignados los factores de expansión se procesó la base de datos para obtener las estimaciones poblacionales a nivel nacional.

### ***Cálculo de los índices de la producción de servicios***

Para la evaluación de los diferentes paquetes de atención y las dimensiones de producción de servicio se utilizaron índices entre 0 y 1. Cada índice representa una calificación relativizada con respecto al total de *ítems* evaluados de acuerdo con las normas y lineamientos oficiales<sup>19</sup> y acorde con las características de cada unidad médica monitoreada.<sup>20</sup> Se calcula como el cociente de la suma de puntos acumulados (o el puntaje acumulado) por una unidad médica, dividido entre el número de *ítems* evaluados en esa unidad médica: a mayor valor, mejor calificado el *ítem* correspondiente para el conjunto de las unidades. Para cada programa se estimaron los índices que constituían los paquetes de intervención, cuyo número fue variable, como se puede apreciar en el Cuadro I.5. Para cada programa en su conjunto se construyeron otros tres paquetes que, como señalamos anteriormente, se refieren a la dimensión de la producción del servicio y que están

<sup>19</sup> Estos *ítems* a medir fueron definidos por la metodología de la investigación y se encuentran explicitados en cada capítulo y en sus respectivos anexos.

<sup>20</sup> La situación en cada unidad médica sobre si era o no aplicable medir un *ítem* fue determinada en campo por el equipo de entrevistadores/as, de acuerdo con el criterio del director o responsable de la unidad.

constituidos por combinaciones de los tipos de intervenciones, se denominaron dimensiones de la producción del servicio: dimensión administrativa, de la prestación del servicio y de accesibilidad, siendo tres para cada uno de los programas y 13 índices para los seis programas (véase Cuadro I.6).<sup>21</sup>

Para ilustrar, consideremos dos unidades médicas UM1 y UM2 y tres *ítems* a valorar en la intervención X. En este caso cada *ítem* se califica como 1 cuando el *ítem* está disponible o cuando la respuesta fue adecuada y 0 (cero) en aquellos casos en que no está disponible o la respuesta no fue adecuada. Como puede verse, la UM1 ha obtenido uno de los tres puntos posibles, con lo que el valor de su índice para la intervención X es 0.33; en cambio, la UM2 con los mismos puntajes en cada *ítem* que la UM1 (1, 0, 0) obtuvo un índice de 0.5 porque la calificación está relativizada con respecto a los *ítems* que aplican a la unidad dadas sus características, que fueron dos en lugar de tres como fue el caso para la UM1.

#### *Índice de la intervención X*

| Unidad médica | Ítem 1 | Ítem 2 | Ítem 3    | Valor del índice | Cálculo realizado | Número de ítems evaluados |
|---------------|--------|--------|-----------|------------------|-------------------|---------------------------|
| UM1           | Sí     | No     | No        | 0.33             | $(1+0+0)/(1+1+1)$ | 3                         |
| UM2           | Sí     | No     | No aplica | 0.50             | $(1+0+0)/(1+1+0)$ | 2                         |

La importancia de relativizar o, en otras palabras, hacer valer para cada unidad monitoreada sólo aquellos *ítems* que sean aplicables, radica en que toma en cuenta la heterogeneidad encontrada entre las unidades médicas. Este criterio da un sentido de justicia a la evaluación. De no hacerlo así, una unidad médica podría ser calificada con un índice más bajo del que le corresponde si se evalúan aspectos que por sus características no aplican a dicha unidad médica.<sup>22</sup>

En general, un *ítem* está conformado por una sola pregunta y tiene asociado un puntaje binario (0 ó 1), pero también puede ser que esté conformado por dos preguntas<sup>23</sup> y/o que su puntaje asociado tenga un rango más amplio, por ejemplo: 0, 0.5 y 1, donde 0.5 representa una condición cualitativamente intermedia entre el nulo cumplimiento y el

<sup>21</sup> El análisis resumido de estos índices puede ser consultado en el Capítulo VIII.

<sup>22</sup> Hay que enfatizar que "no aplica" es completamente distinto a "no disponible"; "no disponible" se refiere a que una unidad debiera tener el insumo y no lo tiene. En tanto "no aplica" se refiere a que, dadas las funciones determinadas de una unidad, ésta no debe necesariamente tener el insumo, de acuerdo con el criterio del director o responsable de la unidad.

<sup>23</sup> Por ejemplo, en APV - Atención del Parto se conformó un *ítem* de disponibilidad de plantillas de personal a partir de las preguntas "La unidad médica ¿cuenta con plantillas completas de ginecólogos, cirujanos y anestesiólogos para proporcionar atención 24 horas 365 días?" (C1901B) y "¿Existe un mecanismo de contratación para cubrir vacaciones, permisos o inasistencias por enfermedad para mantener plantillas completas?" (C1902B). A aquellas unidades que no respondieron "Sí" en C1901B, ya no se les aplicó C1902B.



cumplimiento completo del requisito en cuestión.<sup>24,25</sup> Estas variantes ocurren en la evaluación de la intervención Y:

*Índice de la intervención Y*

| Unidad médica | Ítem 1 | Ítem 2 | Ítem 3    | Ítem 4                        | Valor del índice | Cálculo realizado        | Número de ítems evaluados |
|---------------|--------|--------|-----------|-------------------------------|------------------|--------------------------|---------------------------|
| UM1           | Sí     | No     | Sí        | Disponible y satisfactorio    | 0.75             | (1+0+1+1)<br>(1+1+1+1)   | 4                         |
| UM2           | Sí     | No     | No aplica | Disponible y no satisfactorio | 0.50             | (1+0+0+0.5)<br>(1+1+0+1) | 3                         |

Hay que notar que dos unidades que obtienen la misma calificación no necesariamente satisfacen exactamente las mismas características. Por ejemplo, supongamos que en la evaluación de la intervención Y la unidad médica UM3 presenta las respuestas que se muestran en la siguiente tabla:

*Índice de la intervención Y*

| Unidad médica                                                                                                   | Ítem 1 | Ítem 2 | Ítem 3    | Ítem 4                        | Valor del índice | Cálculo realizado        | Número de ítems evaluados |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-----------|-------------------------------|------------------|--------------------------|---------------------------|
| UM1                                                                                                             | Sí     | No     | Sí        | Disponible y satisfactorio    | 0.75             | (1+0+1+1)<br>(1+1+1+1)   | 4                         |
| UM2                                                                                                             | Sí     | No     | No aplica | Disponible y no satisfactorio | 0.50             | (1+0+0+0.5)<br>(1+1+0+1) | 3                         |
| UM3                                                                                                             | Sí     | Sí     | Sí        | No disponible                 | 0.75             | (1+1+1+0)<br>(1+1+1+1)   | 4                         |
| Valor promedio global del índice de la intervención Y<br>(suponiendo una muestra total de n=3 unidades médicas) |        |        |           |                               | 0.67             | 0.75+0.50+0.75<br>5<br>3 |                           |

Como puede observarse, las unidades médicas UM1 y UM3 obtienen la misma calificación (0.75), aunque difieren en los ítems 2 y 4.

Bajo las consideraciones anteriores, el valor promedio global del índice fue el punto de partida para la evaluación de cada intervención en su conjunto. Posteriormente, sujeto a los alcances de la muestra, se compararon los promedios de una intervención por nivel de atención (primer *versus* segundo nivel) y/o tipo de población atendida (SP/abierta: SESA/IMSS-O *versus* con seguridad social: IMSS/ISSSTE) y/o institución (SESA, IMSS e ISSSTE). En el ejemplo anterior, si la muestra constara sólo de las unidades médicas UM1, UM2 y UM3, el valor promedio global del índice de la intervención Y sería 0.67.

<sup>24</sup> En el ejemplo del ítem de disponibilidad de plantillas en APV – Atención del Parto, se asignó el valor 1 a las unidades que cumplían ambas condiciones, 0.5 a las unidades que sólo cumplían la primera condición y 0 (cero) a cualquier otra situación.

<sup>25</sup> Los puntajes fueron definidos por la metodología de la investigación.

Por otra parte, también puede analizarse el comportamiento de cada *ítem* considerado en un índice, mediante el cálculo del subíndice asociado a cada *ítem*. El valor del subíndice asociado a un *ítem*, digamos el *ítem i* (al que llamaremos subíndice i) para una unidad monitoreada en particular no reviste importancia pues, al ser un cociente con 1 como denominador, es equivalente al puntaje asociado al *ítem* para esa unidad. En este caso, lo que aporta nueva información al análisis es el valor promedio global de cada subíndice. Al igual que los índices, los subíndices también oscilan entre 0 y 1: a mayor valor, mejor calificado el *ítem* correspondiente para el conjunto de las unidades.<sup>26</sup> En la siguiente tabla se han calculado los valores promedio de los subíndices por *ítem*, suponiendo que la muestra sólo tuviera tres unidades médicas.

*Subíndices de la intervención Y*

| Unidad médica                                                                                                                       | Ítem 1 | Ítem 2 | Ítem 3    | Ítem 4                        | Valor del sub-índice 1 | Valor del sub-índice 2 | Valor del sub-índice 3 | Valor del sub-índice 4 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-----------|-------------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| 1                                                                                                                                   | Sí     | No     | Sí        | Disponible y satisfactorio    | 1/1=1                  | 0/1=0                  | 1/1=1                  | 1/1=1                  |
| 2                                                                                                                                   | Sí     | No     | No aplica | Disponible y no satisfactorio | 1/1=1                  | 0/1=0                  | No aplica              | 0.5/1=0.5              |
| 3                                                                                                                                   | Sí     | Sí     | Sí        | No disponible                 | 1/1=1                  | 1/1=1                  | 1/1=1                  | 0/1=0                  |
| Valores promedio globales de los subíndices asociados a la intervención Y<br>(suponiendo una muestra total de unidades médicas n=3) |        |        |           |                               | 3/3 =<br>1             | 1/3 =<br>0.33          | 2/2 =<br>1             | 1.5/3 =<br>0.5         |

En este ejemplo, los *ítems* que resultan mejor evaluados son el 1 y el 3, pues 100% de las unidades bajo estudio en las que se espera que lo satisfagan, efectivamente lo satisfacen. En cambio, el *ítem 2* es donde se registra, en promedio, mayor carencia (0.33).

Bajo el esquema descrito se construyeron los índices y subíndices por paquetes de intervención y dimensiones de la producción del servicio, explicados de manera general en el apartado *Construcción de los paquetes de intervenciones* en este capítulo y, para el caso de los paquetes de intervenciones, de manera específica en cada uno de los capítulos temáticos.

Para los índices se realizó una “semaforización” señalando como desempeño bueno los índices de más de .85, como desempeño adecuado aquéllos ubicados entre .70 y .84, con

<sup>26</sup> Vale la pena enfatizar que, por lo antes descrito, el valor de un índice para una unidad no es la suma de sus subíndices; el valor del índice será cercano al promedio de los subíndices pero no es resultado directo, fue calculado de manera distinta.

desempeño mediano los que tienen valores entre .50 y .69 y desempeño bajo o que requiere atención urgente los menores de .50. La semaforización considerada esta alineada con los rangos que incluye Coneval en su valoración del desempeño de programas sociales<sup>27</sup> Tanto en el caso de los porcentajes como de los índices, se procedió a realizar una descripción más amplia solamente en aquellos casos en que la distribución por tipo de institución o por tipo de población a la que se atiende mostrara diferencias significativas, de otro modo solamente se describieron las frecuencias generales de cada uno de los reactivos.

### ***Frecuencias relativas***

Se obtuvieron frecuencias relativas para cada una de las variables por nivel de atención, por tipo de población y por institución, con intervalos de confianza. Hay que señalar que todas las estimaciones se realizaron con los resultados ponderados.

Ejemplificaremos las diferencias que se obtienen con resultados de la muestra y con la muestra ponderada, en la pregunta L102A: *Disponibilidad de la cartilla de embarazada o de embarazo seguro o cualquiera que incluya la salud materna, o cartilla nacional de mujeres de 20 a 59 años* con cifras del municipio 017 de la entidad 18, perteneciente a la región noroeste

|                                         |                 | Dato muestral |       | Resultado ponderado |        |
|-----------------------------------------|-----------------|---------------|-------|---------------------|--------|
| <i>Puntaje asociado a la respuesta:</i> | Respuesta       | Frecuencia    | %     | Frecuencia          | %      |
| 1                                       | A Disponible    | 3             | 75.0  | 46.09               | 23.21  |
| 0                                       | B No disponible | 1             | 25.0  | 152.53              | 76.79  |
|                                         | Total           | 4             | 100.0 | 198.62              | 100.00 |

### ***Pruebas de significancia***

Tomando en cuenta que el tamaño de muestra por institución, nivel de atención y tipo de población a la que se atiende es variable, que los ponderadores no son constantes, y que adicionalmente en algunos casos los tamaños de muestra son insuficientes para obtener resultados desagregados, existe incertidumbre en la estimación. Por ello, para la lectura de esos tabulados deben considerarse dos elementos:

La incertidumbre de los resultados (intervalos de confianza)

Las consecuencias de un error

---

<sup>27</sup> [http://www.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/pages/evaluacion/paquete\\_informativo\\_presupuesto.es.do](http://www.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/pages/evaluacion/paquete_informativo_presupuesto.es.do)

Aunque se han incluido los resultados de todos los tabulados, se señaló con un asterisco (\*) aquellos tabulados que presentan un error típico de más de .050. Los resultados de estos paquetes de intervención no se incluirán en la descripción ni en los gráficos. Se presentan en los cuadros ya que consideramos que la variabilidad de las intervenciones deberá ser considerada en investigaciones posteriores y es una medición de referencia que puede ser utilizada en el futuro para estimar la muestra.

Las pruebas de significancia se realizaron para comparar los índices obtenidos de acuerdo con los niveles de análisis expuestos con anterioridad. Se aplicó un análisis de varianza (ANOVA) comparando consulta externa *versus* hospitalización y prestación de servicio a población SP/abierta (SESA-IMSS-O) *versus* población asegurada (IMSS-ISSSTE). De la comparación por institución resultan seis pares de combinaciones:

1) SESA *versus* ISSSTE. (2) SESA *versus* IMSS. 3) SESA *versus* IMSS-O. 4) ISSSTE *versus* IMSS. 5) ISSSTE *versus* IMSS-O. 6) IMSS *versus* IMSS-O.

Se corrieron todas las ANOVA, pero solamente se considerarán en la descripción el valor  $p \leq 0.01^{***}$  y  $p \leq 0.05^{**}$ . En los anexos y en el capítulo ocho los lectores podrán consultar los niveles de significancia de valor  $p \leq 0.10^*$ , para fines de estudios posteriores.

Confrontar anexos del: II.2 y II.4 hasta VIII.2 al VIII.

## Bibliografía y referencias

Ávila-Burgos, L., Montañez-Hernández, J.C., Cahuana-Hurtado, L., Aracena-Genao, Belkis, 2010, Cuentas en salud reproductiva y equidad de género. Estimación 2008 y comparativo 2003-2008. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX). Coeditado con la Secretaría de Salud (MX).

Calderón, Felipe, sin fecha, México 2030: proyecto de gran visión, Eje 3: Igualdad de Oportunidades: Salud, documento de trabajo, disponible en [http://www.vision2030.gob.mx/pdf/15analisis/IO\\_SALUD.pdf](http://www.vision2030.gob.mx/pdf/15analisis/IO_SALUD.pdf).

Diario Oficial de la Federación, 2010, Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación 2011 del Programa Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD), viernes 31 de diciembre (Novena Sección).

Diario Oficial de la Federación, 1983, martes 30 de agosto.

Diario Oficial de la Federación, 1984, viernes 30 de agosto.

Diario Oficial de la Federación, 1995, 27 de enero.

Diario Oficial de la Federación, 1997 (Primera Sección), martes 16 de diciembre.

Diario Oficial de la Federación, 1999, Acuerdo por el que se establecen las bases para la instrumentación del Programa Nacional de Certificación de Hospitales, 1 de junio.

Fernández, 1993, Las Políticas del Estado Mexicano en salud reproductiva en el contexto socio-político del periodo de 1960 a 1990, Colem-Grupo de Mujeres, San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

Frenk y Gómez, 2009, Para entender el sistema de salud de México, Nostra ediciones, México.

Freyermuth, G., Meléndez, D. y Meneses, S., 2008, “Plan de Seguridad: un modelo de diseño y puesta en marcha de acciones para disminuir la muerte materna”, en *Revista Mujer y Salud*, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, 4:76-80.

Freyermuth G., Argüello H., 2010, Resultados del monitoreo a la red de servicios de Servicios de Salud 24 hrs/365 días del año en el estado de Chiapas 2010, 3ª Reunión Técnica de promoción a la salud materna, Acapulco, Guerrero.

Freyermuth G., Menéndez D., 2010, Monitoreo de la capacidad de oferta y producción de servicios obstétricos en Guerrero, 3ª Reunión Técnica de promoción a la salud materna, Acapulco, Guerrero.

Fundar, 2000, El ABC del Presupuesto de Egresos de la Federación: retos y espacios de acción, Centro de Análisis e Investigación, México.

Leal, F., Gustavo, Martínez, C., 1993, “Democratización inaplazable: la sucesión de las hegemonías médico-gremiales al trasluz del Programa Nacional de Salud 1990-1994 de México”, *Revisiones en Salud Pública*, Barcelona., disponible en <http://www.ssa.gob.mx/> (consulta: en junio de 1995).

Londoño, J.L., Frenk, J., 1996, Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina, *Boletín Salud y Gerencia*, 15:5-28.

Mercedes, J., Aguilar, M., 2007, La certificación de establecimientos de atención médica en México: Desarrollo y perspectivas, en E. Ruelas Barajas y O. Poblano O. (eds.), *Certificación y acreditación en los servicios de salud. Modelos, estrategias y logros en México y Latinoamérica*, Segunda edición, Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 75-90 pp.

Moreno Cueto y otros, 1982, Sociología Histórica de las Instituciones de Salud en México, Colección Salud y Seguridad Social, Serie Manuales Básicos y Estudio, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, D. F.

Secretaría de Salud, 2006, Modelo Integrador de Atención a la Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad, México, D.F., pp. 10.

Secretaría Estatal de Salud (SSA), 1998, Carpeta de Información Básica para la Programación de Acciones del Programa de Ampliación de Cobertura, Unidad Coordinadora Estatal, Chiapas.

Soberón-Acevedo, G., Martínez-Narváez, G., 1996, La descentralización de los servicios de salud en México en la década de los ochenta, *Salud Pública, México*, Ensayo disponible en <http://www.insp.mx/salud/38/385-8.html>

Secretaría de Salud, 2001, Programa Nacional de Salud 2001-2006, La democratización de la salud en México, México.

SSA, 2002, Programa de Acción: “Arranque Parejo en la Vida”, Favor de completar los datos.

SSA,(2007, Programa Nacional de Salud 2007-2012, Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud, Primera edición, México, D.F.

SSA, 2008, Programa de Acción Específico: Cáncer de Mama, México.

SSA, 2009a, Sistema de Protección Social en Salud: Informe de Resultados, México.

SSA, 2009b, Rendición de cuentas en salud, 2008, México.

SSA, UNFPA, OPS, 2007, Certificación Internacional del Programa Arranque Parejo en la Vida, México, D.F., SSA-UNFPA.

Torres Ruiz, Antonio, 1997, Descentralización en salud: algunas consideraciones para el caso de México, CIDE, División de Administración Pública, Documento de Trabajo 69.

World Health Organization, 2000, World Health Report: Health systems: improving performance, Geneva.

World Health Organization, 2010, The world health report: health systems financing: the path to universal coverage, consulta: 2 de junio de 2011  
[http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789241564021\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789241564021_eng.pdf)

[http://www.coneval.gob.mx/coneval2/htmls/evaluacion\\_monitoreo/especificas\\_desem.jsp?categorias=EVAL\\_MON,EVAL\\_MON-des\\_ssa](http://www.coneval.gob.mx/coneval2/htmls/evaluacion_monitoreo/especificas_desem.jsp?categorias=EVAL_MON,EVAL_MON-des_ssa) (consulta:20 de mayo de 2010).

[http://www.coneval.gob.mx/coneval2/htmls/evaluacion\\_monitoreo/HomeEvalMonitoreo.jsp?categorias=EVAL\\_MON,EVAL\\_MON-prog\\_anual\\_eval](http://www.coneval.gob.mx/coneval2/htmls/evaluacion_monitoreo/HomeEvalMonitoreo.jsp?categorias=EVAL_MON,EVAL_MON-prog_anual_eval) (consulta: 17 de junio de 2010).

[http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/marco\\_dged.html](http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/marco_dged.html) (consulta: 30 de junio de 2010).

[http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php?option=com\\_weblinks&view=category&id=4&Itemid=153](http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php?option=com_weblinks&view=category&id=4&Itemid=153) (consulta: 30 de mayo de 2010).

<http://www.sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html> (consulta: 30 de mayo de 2010).

[http://www.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/pages/evaluacion/paquete\\_informativo\\_presupuesto.es.do](http://www.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/pages/evaluacion/paquete_informativo_presupuesto.es.do) (consulta: 30 de enero de 2012).

## **Capítulo II**

### **Programa de atención materna y perinatal (Arranque Parejo en la Vida)**

Graciela Freyermuth<sup>28</sup>

#### **Resumen ejecutivo**

En este capítulo se describen y analizan paquetes de atención en los servicios de salud del Programa de Acción Específico Arranque Parejo en la Vida (APV). La elección de tales procesos sustantivos se basó en las discusiones internacionales sobre el tema, las prioridades incluidas en el Programa y los intereses específicos de las instituciones de salud participantes y del Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). Está ordenado de la siguiente manera: un apartado introductorio en el que se brinda al lector o lectora un panorama general de la salud materna, con énfasis en la mortalidad materna y las políticas de salud que han guiado las prácticas médicas en las últimas décadas.

Los programas dirigidos a mejorar la salud materna en México tuvieron su auge de los años cuarenta hasta los sesenta y se dirigieron principalmente a la población trabajadora con seguridad social. En la década de los años setenta el programa más importante en el país fue el de Planificación Familiar, cuando se impulsó la extensión de cobertura en los lugares más pobres de México, éste fue el programa prioritario. Es así que la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos (1987) tuvo gran importancia en el país porque puso nuevamente como tema de la discusión la salud materna. Varias iniciativas ha tenido el gobierno mexicano para mejorar la salud de las mujeres durante la maternidad: el Programa de Ampliación de Cobertura que pretendía cubrir a las comunidades más apartadas con un paquete básico de servicios a través de visitas programadas con unidades móviles y el programa Progresá, ahora Oportunidades. Este programa de transferencias monetarias ha tenido como objetivo el contribuir a la ruptura del ciclo intergeneracional de pobreza extrema de la población beneficiaria, favoreciendo el desarrollo de sus capacidades básicas en educación, salud y nutrición. Incorpora familias haciendo titular a la madre, con lo que se pretende empoderar a las mujeres a través de acciones afirmativas. Adicionalmente, tres de sus cuatro estrategias se enfocan a la atención materna: Paquete básico de salud, Autocuidado de la salud a través de la educación para la salud y Reforzamiento de la oferta de los servicios de salud. Uno de sus pilares es la corresponsabilidad, que consiste en que

---

<sup>28</sup>Investigadora titular de CIESAS-Sureste. La descripción de frecuencias en los apartados de atención prenatal para la detección de VIH, Sífilis e Influenza fue elaborada por Alejandro Meza Palmeros, candidato a doctor por El Colegio de la Frontera Sur (cfr. Informe general sobre Influenza, VIH e ITS en mujeres embarazadas).



las familias beneficiarias deben registrarse en la clínica de salud más cercana, cumplir con citas periódicas y asistir a las charlas de educación para la salud.

A partir del siglo XXI se ha impulsado el Programa APV que, como su nombre lo indica, coloca al problema de la mortalidad materna como un asunto de desigualdad entre mujeres mexicanas, sobre todo por la inequidad en el acceso a los servicios de salud. En México, la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 establece los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como para la atención del recién nacido (NOM-007, 3). Esta Norma sustenta el Programa APV. El Programa APV inició un proceso de consolidación a partir de la puesta en marcha del Seguro Popular de Salud (SP), iniciativa transexenal que entró en operación el primero de enero de 2004 y que se ha propuesto dar cobertura -en un lapso de siete años- a los mexicanos que han quedado excluidos de la seguridad social convencional, grupo que representaba aproximadamente a la mitad de la población. Por otro lado, un acuerdo en el CONASA, del 4 de noviembre 2004, señaló que el Sistema Nacional de Salud seguiría los lineamientos de APV. El SP garantiza el acceso a 20 intervenciones relacionadas con la atención materno-infantil. Para formar parte del SP las clínicas deben ser acreditadas, lo que ha hecho posible la mejora de la infraestructura y de los recursos materiales y humanos en clínicas de primer y segundo niveles de atención.

En los años 2008 y 2009 se promovieron, desde la federación, dos iniciativas encaminadas a disminuir las barreras económicas y mejorar el acceso: Embarazo Saludable, que ha consistido en afiliar prioritariamente a todas las mujeres embarazadas y sus familias al SP y la segunda es el Convenio Interinstitucional para la Atención de la Urgencia Obstétrica<sup>29</sup> firmado el 28 de mayo de 2009, en el que se establece que todas las mujeres que presenten complicaciones obstétricas deberán ser atendidas en cualquier unidad de salud del IMSS, ISSSTE o SSA, sin importar su condición de derechohabencia.

El esquema de atención de la salud materna, tanto en el IMSS en su propuesta -a través de PREVENIMSS y particularmente para régimen ordinario -como en el ISSSTE, se basa en la atención prenatal en el primer nivel de atención y en la atención del parto en el segundo nivel; las urgencias obstétricas son únicamente competencia del segundo nivel.

En el IMSS no existe un programa similar al de APV, aunque se han impulsado recientemente (2009) iniciativas encaminadas a la mejora de la detección de embarazadas de alto riesgo en consulta externa y de la atención de urgencias obstétricas, para la disminución de la mortalidad materna<sup>30</sup>. PREVENIMSS incluye los Programas Integrados

---

<sup>29</sup> Convenio Interinstitucional entre SSA, ISSSTE e IMSS por el cual toda mujer que presente una emergencia obstétrica debe ser atendida en cualquier unidad médica de las instituciones mencionadas, sin discriminación por razón del estado de afiliación (desde mayo 2009):

<http://maternidadsinriesgos.org.mx/web/wp-content/uploads/2009/07/convenio.pdf>

<sup>30</sup> A partir de 2008 se da una estrategia de desmantelamiento del Programa de Salud Reproductiva, que desde hace años ha sido reemplazado por PREVENIMSS. Esto se refleja en el presupuesto cfr. programas presupuestarios E001 y E008:

[http://www.shcp.gob.mx/EGRESOS/PEF/pef/pef\\_05/temas/tomos/50/r50\\_gyr\\_afpefdev.pdf](http://www.shcp.gob.mx/EGRESOS/PEF/pef/pef_05/temas/tomos/50/r50_gyr_afpefdev.pdf)

[http://www.shcp.gob.mx/EGRESOS/PEF/pef/pef\\_06/temas/tomos/50/r50\\_gyr\\_afpefdev.pdf](http://www.shcp.gob.mx/EGRESOS/PEF/pef/pef_06/temas/tomos/50/r50_gyr_afpefdev.pdf)

[http://www.shcp.gob.mx/EGRESOS/PEF/pef/pef\\_07/temas/tomos/50/r50\\_gyr\\_afpefdev.pdf](http://www.shcp.gob.mx/EGRESOS/PEF/pef/pef_07/temas/tomos/50/r50_gyr_afpefdev.pdf)

[http://www.shcp.gob.mx/EGRESOS/PEF/pef/pef\\_08/temas/tomos/50/r50\\_gyr\\_afpefdev.pdf](http://www.shcp.gob.mx/EGRESOS/PEF/pef/pef_08/temas/tomos/50/r50_gyr_afpefdev.pdf)

de Salud, un conjunto de acciones de prevención y protección a la salud ordenadas a partir de cinco grupos de edad. En el caso del programa que nos ocupa, incluiría el Programa de Salud de la Mujer del grupo de edad de 20 a 59 años. En los documentos técnicos disponibles en el IMSS 2008 se reconoce en los lineamientos que la atención materna se basa en la vigilancia y control prenatal, dejando de lado la estrategia de atención oportuna de la urgencia obstétrica y la visión de salud pública presentes en APV. El número de muertes maternas y las razones de muerte materna (RMM) muestran que las políticas públicas promovidas desde el año 2000 no han producido el efecto esperado. El programa de IMSS-O comparte ciertos componentes similares a los del programa APV, como son la organización de redes sociales comunitarias para el traslado o la inclusión de promotores comunitarios para la identificación de mujeres con situaciones de riesgo.

En el segundo apartado se incluyen dos secciones: la metodología, con la descripción de los criterios para la conformación de los siguientes paquetes de intervención: Accesibilidad, Atención prenatal, Detección y tratamiento oportuno de VIH y sífilis en mujeres embarazadas, Medidas encaminadas para detener la transmisión de influenza en mujeres embarazadas, Atención del parto, Atención del recién nacido, Atención de la urgencia obstétrica y otros relacionados con las dimensiones en la prestación de servicio definidos como dimensiones de la producción del servicio, que permiten evaluar el programa en su conjunto a través de la organización del servicio o dimensión administrativa, la prestación del servicio y la accesibilidad y continuidad en el servicio; la segunda sección incluye la descripción y análisis de los resultados del monitoreo con las conclusiones y recomendaciones.

En relación con el desempeño general del Programa se puede señalar que la mayor parte de los paquetes se otorga con más calidad en el segundo nivel, a excepción del paquete de VIH que tiene un mejor desempeño en primer nivel. Hay paquetes en los que la prestación del servicio no difiere entre tipo de población como son los de Sífilis, ITS, Influenza en embarazada, Atención del parto y la dimensión de Prestación de servicio. Por institución, el IMSS tiene un mejor desempeño en tres de los 11 paquetes, los Servicios Estatales de Salud (SESA) en uno de 11 e ISSSTE en uno de 11, pero en seis de ellos no hubo diferencia en el desempeño; podemos decir que se está caminando sobre una homogeneidad en la prestación de los servicios de salud en este Programa. El monitoreo nos arroja que el sistema de salud tiene una inequidad, sobre todo en la prestación del servicio de primer nivel *versus* segundo nivel, y hay una tendencia a la prestación homogénea del servicio entre instituciones, prevaleciendo un mejor servicio para la población asegurada en su conjunto.

## Introducción

En las décadas recientes hemos sido testigos de un renovado interés por la mortalidad materna (MM). La Conferencia Internacional sobre Maternidad sin Riesgo (1987), la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia (1990), la Conferencia Internacional sobre la

Población y el Desarrollo (1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995), establecieron como meta para el año 2000 su reducción en 50%. Contándose México entre los firmantes de dichos acuerdos, más recientemente se comprometió al cumplimiento del Objetivo 5 de las Metas de Desarrollo del Milenio,<sup>31</sup> consistente en reducir su razón de muerte materna (RMM)<sup>32</sup> a menos de 22 por 100 mil nacidos vivos para el año 2015.

Los programas maternos en México tuvieron su auge entre la década de los cuarenta y los sesenta del siglo XX, dirigiéndose sobre todo a la población trabajadora con seguridad social. Durante los años setenta el programa más importante en el país fue el de Planificación Familiar (PF), siendo así que cuando se impulsó la extensión de cobertura de los servicios de salud hacia las regiones más pobres fue sin duda el programa prioritario. México, que no ha permanecido ajeno a las políticas internacionales, promovió en 1993 la iniciativa Maternidad sin Riesgo, que adquirió gran importancia en el país porque trajo nuevamente a la mesa de la discusión el tema de la salud materna. El Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 incluyó dos programas encaminados al cumplimiento de los acuerdos de Alma-Ata de 1978,<sup>33</sup> “Salud para todos en el año 2000”: el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), que perseguía proporcionar servicios básicos, incluyendo la atención materna, a la población más marginada del país a través de unidades móviles y de manera intermitente; y, a partir de 1998, uno de los programas focalizados más ambiciosos que ha impulsado el gobierno federal: PROGRESA,<sup>34</sup> a fin de combatir la pobreza con tres de sus cuatro estrategias enfocadas a la atención materna (Gráfica II.1). A partir del año 2000 y como respuesta a los compromisos que el gobierno mexicano signó en la Cumbre del Milenio, han adquirido centralidad dos iniciativas: la medición de la RMM y la promoción de nuevas políticas públicas.

---

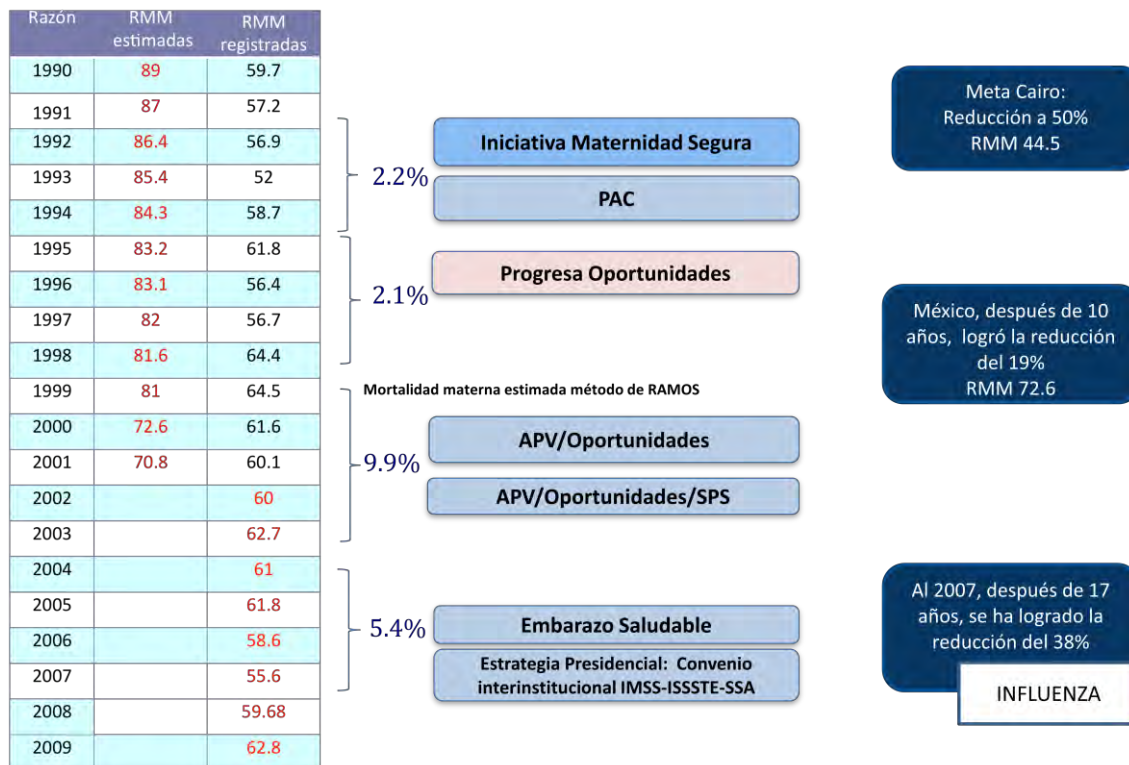
<sup>31</sup> En septiembre de 2002, los miembros de la Organización de las Naciones Unidas adoptaron la Declaración del Milenio sobre el Desarrollo, en la que se incluye la meta para el abatimiento de la mortalidad materna. La Cumbre del Milenio fue organizada por las Naciones Unidas a fin de que los pueblos del mundo reflexionaran sobre su destino común, identificando los retos del futuro y las medidas para hacerles frente. Esta Cumbre generó un plan de acción para el siglo XXI, en el que se establece el programa de la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas. La Declaración del Milenio fue aprobada por 189 países y firmada por 147 jefes de estado y de gobierno en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas celebrada en septiembre de 2000. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), establecen ocho ambiciosos objetivos con 21 metas cuantificables que se supervisan mediante 60 indicadores que se intentan alcanzar para 2015. En el plan, los estados miembros firmantes se comprometen a ponerle fin a la pobreza y la desigualdad, mejorar la educación, aumentar la seguridad, reducir el VIH/SIDA y proteger el medio ambiente.

<sup>32</sup> La RMM representa el riesgo obstétrico asociado con cada embarazo y se obtiene al dividir el número de defunciones por complicaciones del embarazo, parto o puerperio durante un año o un periodo determinado, entre el número total de nacidos vivos para el mismo año o periodo determinado, y multiplicar por cien mil.

<sup>33</sup> La Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud reunida en Alma-Ata el 12 de septiembre de 1978, expresó la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todos los profesionales sanitarios y los implicados en el desarrollo y por parte de la comunidad mundial, para proteger y promover la salud para todas las personas del mundo.

<sup>34</sup> El Programa Nacional de Educación, Salud y Alimentación PROGRESA (ahora Oportunidades) es un programa de transferencias monetarias que incorpora familias haciendo titular a la madre, con lo que se pretende empoderar a las mujeres a través de acciones afirmativas. La corresponsabilidad es una de las principales estrategias del programa, que consiste en que las familias beneficiarias deben registrarse en la clínica de salud más cercana y cumplir con citas periódicas y asistir a las charlas de educación para la salud.

**Gráfica II.1 Mortalidad Materna en México 1990-2009. Políticas públicas**



Fuente de RMM estimada: Secretaría de Salud (SSA), Dirección General de Información en Salud. RMM registrada: Ávila, 2010; elaboración propia a partir de datos del Segundo y Tercer Informes de Labores de la Secretaría de Salud.

Durante el sexenio gubernamental 2000-2006, la Dirección General de Información en Salud (DGIS) de la Secretaría de Salud (SSA) se propuso mejorar los sistemas de información y para ello diseñó una metodología con el fin de estimar el subregistro, utilizando el método de RAMOS (Reproductive Age Mortality Survey, por sus siglas en inglés) (Lozano y cols., 2005), con una modificación: en lugar de aplicar de manera universal las autopsias verbales a las familias de las mujeres muertas en edad reproductiva durante un periodo determinado, ha realizado una búsqueda intencionada entre las mujeres fallecidas por alguna de las 46 causas de muerte incluidas en un listado elaborado a partir de estudios previos sobre mortalidad materna y subregistro.<sup>35</sup>

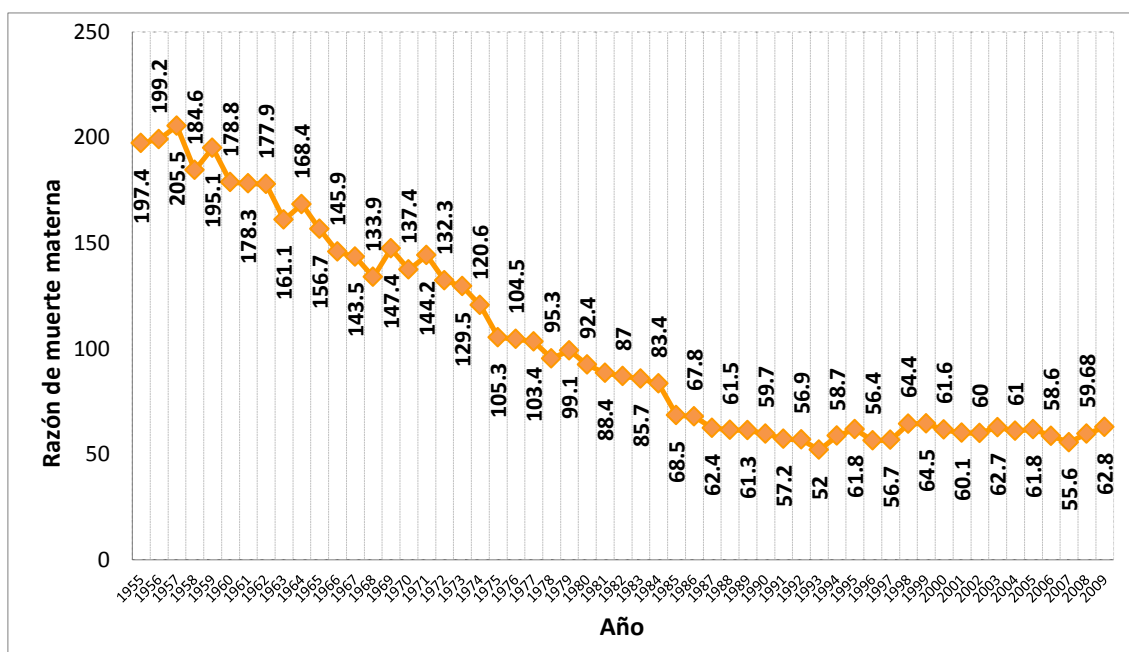
En el año 2003 se efectuó un estudio en el ámbito nacional con el método de RAMOS modificado. Las fuentes de información para dicha investigación fueron las bases de datos de defunciones de la propia SSA y otras fuentes primarias como las historias clínicas, las necropsias y los instrumentos diseñados para evaluar la calidad de la

<sup>35</sup> Secretaría de Salud, Proyecto Aplicación de la Metodología RAMOS modificada en México para mejorar el registro y clasificación de la mortalidad materna. Materiales distribuidos en el taller Consenso sobre el indicador de mortalidad, organizado por el Instituto Nacional de Salud Pública, la oficina en México de la Organización Panamericana de la Salud y la Dirección General de Información en Salud, en México, D. F., 18 y 19 de julio de 2006.

información. El RAMOS modificado identificó no solamente el subregistro, sino el mal registro<sup>36</sup> (Lozano y cols., 2005) y se tomó la decisión de **estimar** las RMM a partir de 1990 (Gráfica II.1); esto llevó a que las cifras publicadas a partir de 1990 se modificaran, elevándose la RMM con base en muertes **registradas** para 1990 (59.7) a 89 -**estimada** por el RAMOS modificado- y creando la impresión de una paulatina y consistente disminución de 1990 a 2002, año en que se llevaron a cabo los reajustes, como puede apreciarse en la primera columna de la Gráfica II.1. Sin embargo, si atendemos a la segunda columna, en la que se encuentran las RMM **registradas**, podemos reconocer su crecimiento a partir de 1993, año en que se inició el PAC que probablemente explique este incremento del registro visible ya en 1994, con un nuevo repunte en 1998 luego de la entrada en función del Programa PROGRESA (ahora Oportunidades). Así, analizando la serie de **RMM estimadas** desde 1990, está claro que la disminución paulatina se detiene en el momento en que se publican las RMM registradas y no las estimadas; se evidencia que de 2002 a 2009 no existe una reducción consistente y que en el último año aparece una tendencia al alza.

En la Gráfica II.2 se puede apreciar la trayectoria de la RMM en México desde 1955, de acuerdo con las muertes **registradas** (Ávila, 2010:21). Se observa que en tres décadas -de mediados de los años cincuenta a mediados de los ochenta- ocurrió una reducción continua de las cifras lográndose una disminución de 65%; sin embargo, la tendencia posterior ha sido muy distinta. A partir de la década de los noventa la RMM ha tenido un comportamiento errático y la RMM para 2008 fue la misma que en 1990.

**Gráfica II.2 Razón de mortalidad materna en México 1955-2009**



<sup>36</sup> Subregistro es la cantidad de muertes maternas que no ha sido registrada, y en el mal registro las muertes maternas sí se certifican y se registran, pero algunas de ellas están mal clasificadas.



Por ello, en el año 2008 se instauró una modalidad de afiliación llamada “Embarazo Saludable” que, en teoría, permite la inclusión inmediata en el SP de las mujeres embarazadas. El 28 de mayo de 2009 se firmó un convenio interinstitucional en el que se establece que todas las mujeres que presenten complicaciones obstétricas deberán ser atendidas en cualquier unidad de salud de los sistemas de seguridad social prevalecientes en el país (SSA, IMSS e ISSSTE) sin importar su condición de derechohabiente, lo que ampliaría la atención para las mujeres en riesgo de sufrir muerte materna.<sup>37</sup> Un esquema similar ha estado operando desde el año 2006 entre el IMSS-O y el IMSS régimen ordinario, lo que ha incrementado o mantenido la mortalidad en este sistema de aseguramiento en la medida en que las mujeres canalizadas desde IMSS-O arriban en condiciones de extrema gravedad, según señalaron algunos de los médicos entrevistados en nuestro monitoreo y que puede reconocerse por la persistencia en el número de muertes de esta institución (Cuadro II.2).

Durante 2009 ocurrieron 1, 207 muertes maternas en el país, que corresponden a una RMM de 62.2. En siete entidades: Jalisco, Chiapas, Puebla, Guerrero, Veracruz, Distrito Federal y Estado de México ocurrieron más de 50% del total (629), tendencia presente desde el año 2000. A lo largo de los últimos ocho años se observa una trayectoria diferencial de las RMM en el ámbito estatal. Algunos estados, independientemente de la magnitud de sus RMM, presentan una variabilidad pequeña a lo largo de este periodo con rangos que van de 15 a 25 puntos, como ha ocurrido en Querétaro, Distrito Federal, Guanajuato, Sonora, Nuevo León, Quintana Roo, Veracruz, Hidalgo, Michoacán, Jalisco, Coahuila, Chiapas y Estado de México. En cambio, en otros como Campeche, Tlaxcala, Baja California y Nayarit, las variaciones a lo largo del periodo pueden ser de hasta 70 puntos. Ejemplo de esto es el último estado mencionado, que presentó una RMM de 29 en 2007, frente a 101 en 2005 y 71 en 2009 (Cuadro II.1). La epidemia de influenza que recientemente afectó al país, ha contribuido a un incremento en los decesos de mujeres durante la maternidad, ya que las mujeres gestantes constituyen uno de los grupos más vulnerables frente al virus AH1N1. La Influenza/Neumonía fue la causa básica en 16.4% de las defunciones notificadas en 2009 (198), en contraste con 2008, cuando representó sólo 1.4% del total.<sup>38</sup> Las entidades con mayor incremento en las defunciones por esta causa, en comparación con años anteriores, son: Puebla, Tabasco, Veracruz, Hidalgo, Distrito Federal, Chiapas, Guerrero, Jalisco, Michoacán, Yucatán y especialmente el Estado de México. Las defunciones notificadas han ocurrido en los SESA y el IMSS (CNEGySR, 2010).

---

<sup>37</sup> Convenio general de colaboración celebrado por la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, representados por sus titulares, Dr. José Ángel Córdova Villalobos, C. Daniel Karam Toumeh y Lic. Miguel Ángel Yunes Linares, 28 de mayo 2009, disponible en <http://maternidadsinriesgos.org.mx/web/wp-content/uploads/2009/07/convenio.pdf>

<sup>38</sup> Fuente: DGE/SSA, Defunciones notificadas hasta el 19 de mayo de 2010, en: Dr. Luis Alberto Villanueva Egan, Dirección General Adjunta de Salud Materna y Perinatal, XV Reunión Ordinaria del Comité Nacional del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida 2010, mayo 2010, D.F.

**Cuadro II.1 Evolución de la razón de mortalidad materna,  
México, 2002-2009**

| Entidad de residencia habitual | RMM X 100, 000 nacidos vivos |       |      |       |       |       |      |       |
|--------------------------------|------------------------------|-------|------|-------|-------|-------|------|-------|
|                                | 2002                         | 2003  | 2004 | 2005  | 2006  | 2007  | 2008 | 2009a |
| Nacional                       | 60.0                         | 62.7  | 61.0 | 61.8  | 58.6  | 55.6  | 57.2 | 62.2  |
| Aguascalientes                 | 24.8                         | 50.9  | 21.6 | 30.1  | 52.2  | 17.5  | 39.7 | 57.7  |
| Baja California                | 30.0                         | 40.1  | 61.3 | 51.8  | 42.2  | 40.1  | 43.4 | 53.8  |
| Baja California Sur            | 61.4                         | 94.0  | 42.2 | 31.6  | 41.9  | 83.4  | 51.9 | 51.6  |
| Campeche                       | 68.5                         | 58.9  | 47.7 | 77.7  | 70.3  | 21.0  | 48.8 | 55.5  |
| Coahuila                       | 43.9                         | 41.4  | 30.2 | 48.3  | 28.6  | 27.0  | 40.0 | 31.9  |
| Colima                         | 17.9                         | 27.9  | 38.3 | 9.8   | 59.0  | 19.7  | 39.3 | 29.5  |
| Chiapas                        | 89.5                         | 105.0 | 97.8 | 84.1  | 85.1  | 81.5  | 96.8 | 75.0  |
| Chihuahua                      | 73.0                         | 50.0  | 53.0 | 89.3  | 68.7  | 74.9  | 62.9 | 92.4  |
| Distrito Federal               | 52.5                         | 71.0  | 65.0 | 61.2  | 59.6  | 68.1  | 52.9 | 55.4  |
| Durango                        | 40.9                         | 58.0  | 75.9 | 45.2  | 85.6  | 46.9  | 78.3 | 45.0  |
| Guanajuato                     | 50.9                         | 56.9  | 50.3 | 40.5  | 42.0  | 39.6  | 39.1 | 60.9  |
| Guerrero                       | 97.0                         | 113.8 | 97.2 | 123.7 | 125.5 | 97.7  | 96.5 | 107.8 |
| Hidalgo                        | 61.4                         | 66.0  | 72.4 | 79.6  | 56.5  | 65.9  | 62.2 | 67.3  |
| Jalisco                        | 35.1                         | 40.8  | 49.4 | 39.1  | 58.6  | 35.4  | 40.4 | 63.5  |
| México                         | 67.8                         | 76.5  | 73.7 | 72.8  | 55.4  | 54.0  | 58.1 | 63.1  |
| Michoacán                      | 43.1                         | 55.1  | 47.9 | 58.5  | 68.8  | 51.5  | 59.1 | 55.9  |
| Morelos                        | 76.0                         | 89.6  | 46.6 | 78.7  | 58.6  | 52.0  | 52.4 | 80.7  |
| Nayarit                        | 80.8                         | 79.4  | 54.9 | 101.5 | 40.0  | 29.0  | 52.8 | 71.3  |
| Nuevo León                     | 27.4                         | 12.8  | 15.5 | 25.6  | 31.0  | 22.1  | 30.1 | 33.0  |
| Oaxaca                         | 99.0                         | 65.4  | 87.7 | 99.2  | 77.8  | 102.0 | 98.7 | 98.3  |
| Puebla                         | 72.2                         | 75.6  | 75.6 | 64.3  | 55.3  | 51.4  | 55.4 | 70.1  |
| Querétaro                      | 56.3                         | 52.2  | 56.6 | 47.4  | 62.9  | 53.2  | 49.8 | 37.2  |
| Quintana Roo                   | 51.8                         | 61.2  | 48.2 | 55.6  | 54.2  | 56.8  | 67.2 | 38.5  |
| San Luis Potosí                | 76.5                         | 72.4  | 63.0 | 50.0  | 38.7  | 61.9  | 35.5 | 59.2  |
| Sinaloa                        | 34.7                         | 21.2  | 36.3 | 47.8  | 42.4  | 53.8  | 39.4 | 40.0  |
| Sonora                         | 46.0                         | 37.4  | 38.4 | 40.7  | 54.6  | 44.4  | 31.5 | 47.9  |
| Tabasco                        | 34.1                         | 52.5  | 52.0 | 53.2  | 53.5  | 59.1  | 72.6 | 60.1  |
| Tamaulipas                     | 37.5                         | 37.1  | 45.0 | 53.7  | 61.2  | 44.1  | 58.7 | 43.0  |
| Tlaxcala                       | 81.8                         | 70.7  | 53.9 | 62.5  | 62.8  | 31.5  | 27.2 | 50.0  |
| Veracruz                       | 76.0                         | 66.3  | 73.2 | 61.1  | 59.6  | 75.6  | 75.6 | 72.5  |
| Yucatán                        | 81.6                         | 61.6  | 51.3 | 58.1  | 30.4  | 60.5  | 45.1 | 44.9  |
| Zacatecas                      | 51.2                         | 73.9  | 31.4 | 28.7  | 51.3  | 37.4  | 45.7 | 66.0  |

Versión Censo 2005. [en línea].

<http://www.sinais.salud.gob.mx/muertes maternas/index.html> [Consulta: 18 de noviembre 2010].

Los 32 estados se ubican en dos grandes escenarios: uno caracterizado por un mayor porcentaje de habitantes indígenas y pobres, donde la población está dispersa y no tiene acceso oportuno a los servicios de salud debido a diversos factores (la ubicación geográfica

de las clínicas a más de dos horas de traslado, la ausencia de servicios las 24 horas los siete días de la semana; la falta de capacidad de los médicos para tratar urgencias obstétricas en el primer y segundo niveles de atención; las dificultades para el traslado y el retardo en la toma de decisiones por parte de las familias). El segundo escenario es el de las grandes ciudades, en las que el acceso a los servicios también está siendo limitado, aunque por otras razones como el desmantelamiento del primer nivel como instancia de atención de partos; las remodelaciones físicas de nosocomios realizadas en los últimos años que han propiciado la no admisión de las parturientas en algunos hospitales de concentración, y la sobresaturación de camas hospitalarias en ciudades como el Distrito Federal y Toluca en el Estado de México, por población de otros estados con menores recursos (Collado Susana, 2010; CNEGySR, 2010; CNEGySR, 2009).

## **Alineaciones jurídica, normativa, institucional y programática del Programa de Acción Específico 2007-2012 Arranque Parejo en la Vida**

La salud materna y perinatal en los últimos diez años ha estado bajo la dirección del Programa de Acción Específico Arranque Parejo en la Vida (APV). Esta iniciativa gubernamental da inicio en 2000, es responsabilidad federal y tiene alcance nacional; el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR) es la instancia responsable de la SSA para la vigilancia y seguimiento del programa.

Este programa guarda alineación con el Plan Nacional de Desarrollo a través de su Eje Rector 3. *Igualdad de oportunidades* en el rubro de salud, cuyo Objetivo 6 es reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables, y particularmente en la Estrategia 6.1 que se encarga de: Promover la salud reproductiva y la salud materna y perinatal, así como la prevención contra enfermedades asociadas al rezago social a través de medidas preventivas como una buena alimentación, la vigilancia de posibles factores de riesgo, un ambiente higiénico al momento de dar a luz, y de acceso a atención rápida y eficaz en casos de urgencia. También guarda alineación con el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 (PROSESA) a través del Objetivo Sectorial 2: Reducir las desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas, cuya meta es la disminución a la mitad de la razón de mortalidad materna en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano; con el Programa Nacional de Salud, en su Estrategia 2: Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud y prevención y control de enfermedades, específicamente en la Línea de acción 2.5. Fortalecer las políticas de salud materna y perinatal.

El Programa APV está a cargo del CNEGySR, que es el órgano **rector** encargado de mejorar la salud de la población a través de la incorporación de la perspectiva de género en programas y acciones del Sector Salud así como de la salud sexual y reproductiva, con pleno respeto a los derechos humanos. Específicamente, es responsable de la conducción del programa la Dirección General Adjunta de Atención a la Salud Materna y Perinatal junto con los institutos estatales de salud o SESA.



El Programa se encuentra totalmente institucionalizado desde los niveles federal y estatal, sin embargo, su puesta en marcha implica la concertación de distintos actores locales a nivel regional, municipal y por comunidad que se gestan a nivel jurisdiccional. Por ejemplo, el Programa propone contar con un programa de acción específico por cada estado y, por tanto, crear un comité estatal que presida el secretario de salud estatal con la participación interinstitucional de organismos del Sector Salud y de organizaciones vinculadas al tema, como la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), Secretaría de Pueblos y Culturas Indígenas (SEPI) o las secretarías o institutos de la mujer. Asimismo, implica la sinergia con otras instancias como son las direcciones de SICALIDAD, de la DGIS, epidemiología o la Comisión Federal para la Prevención de Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), Seguro Popular y el Centro Nacional de Transfusiones. La conducción en el ámbito estatal corresponde a las direcciones de salud materna e infantil, la prestación del servicio en primer nivel a las jurisdicciones y a los hospitales. El trabajo comunitario a las jurisdicciones.

El Programa APV no es un programa presupuestario, sino normativo. El Seguro Popular es un mecanismo financiero que está encaminado a asegurar la accesibilidad de la prestación del servicio y son los SESA los encargados de la prestación de este servicio. Arranque Parejo en la Vida promueve, coordina y supervisa las acciones en protección social de salud en los 31 estados de la República y el Distrito Federal; el SP cuenta con 54% del presupuesto de la SSA y, por tanto, tiene un papel muy importante en el financiamiento de la prestación del servicio durante la maternidad. En 2008 se pone en marcha la estrategia Embarazo Saludable que pretende que todas las embarazadas puedan quedar cubiertas con el Seguro Popular o sistema de protección a la salud y, de esta manera, lograr una atención universal del parto y de la urgencia obstétrica.

La diversidad de actores que debe intervenir en la operación de este Programa es muy grande, no sólo en cada estado sino en las distintas jurisdicciones. Los logros, por tanto, son desiguales; en algunas regiones o municipios se ha podido establecer una red de servicios con un alto grado de eficiencia y continuidad, sin embargo, en algunas otras regiones su implementación no ha sido la deseada o no ha tenido la continuidad esperada. La sustentabilidad comunitaria depende de la voluntad política de los actores más significativos a nivel municipal, como son las presidencias municipales y algunos líderes locales.

### ***Características del Programa***

El Programa de Acción Específico Arranque Parejo en la Vida (PAEAPV, 2007-2012) ha sido diseñado para contribuir a ampliar las capacidades y oportunidades de las mujeres para cursar el embarazo, el parto y el puerperio de forma segura y saludable, y para que sus hijos nazcan y se desarrollen con salud, con pleno respeto a la diversidad cultural y al ejercicio de sus derechos.

El objetivo principal del Programa es que las mujeres puedan ejercer sus derechos reproductivos, particularmente los relacionados con el derecho a la salud materna, y promover el derecho a la salud de toda persona desde el nacimiento, con énfasis en el desarrollo sano del recién nacido y la prevención de defectos al nacimiento.

El objetivo general del Programa es brindar información y servicios de salud de calidad para garantizar un embarazo saludable, un parto seguro y un puerperio sin complicaciones a todas las mujeres mexicanas, así como igualdad de oportunidades de crecimiento y desarrollo a todas las niñas y niños, desde antes de su nacimiento hasta los 28 días de vida.

Los objetivos específicos y estrategias comprenden:

1. Garantizar la prestación de servicios de salud oportunos, con calidad y seguridad durante el embarazo, parto, puerperio y en la atención de emergencias obstétricas (AEO) a todas las mujeres mexicanas, sin distinción de condición socioeconómica, cultural y social: i) Reorganización de servicios en redes de atención médica para garantizar el acceso y la continuidad de la atención obstétrica; ii) Fortalecer la capacidad resolutive de unidades de las redes de atención médica para el control prenatal, la atención del parto y la AEO; iii) Elevar las competencias técnica y humanística del personal de salud para la atención del evento obstétrico, con énfasis en la AEO; iv) Asegurar el desarrollo de acciones de información, consejería, educación y comunicación sobre salud y derechos sexuales y reproductivos a la población en general, y v) Fortalecimiento de la organización comunitaria para establecer redes sociales de apoyo a las mujeres embarazadas.

2. Reducir las brechas existentes en las condiciones de salud para las mujeres durante el proceso reproductivo y para las niñas y niños durante los primeros 28 días de edad, entre las entidades federativas y municipios con el menor Índice de Desarrollo Humano: i) Acceso a personal calificado y servicios de salud culturalmente competentes; ii) Fortalecimiento de la capacidad de respuesta de las unidades para la AEO, y iii) Favorecer el conocimiento de determinantes de la salud y desarrollo de competencias entre la población mexicana para el manejo adecuado de la salud materna y perinatal.

3. Promover la atención integral y de calidad a las niñas y niños durante los primeros 28 días de vida para prevenir la discapacidad y favorecer su sano crecimiento y desarrollo: i) Garantizar la atención integral del recién nacido en las unidades de atención obstétrica y neonatal; ii) Prevenir la discapacidad por defectos y patologías del periodo perinatal, y iii) Fortalecer y desarrollar clínicas multidisciplinarias en los Servicios Integrales para la Prevención y Atención de la Discapacidad (SinDis).

4. Fortalecer en los tres niveles de gobierno, las acciones de rectoría que contribuyan a mejorar las condiciones de salud materna y perinatal en la población mexicana, coordinando esfuerzos, unificando criterios y optimizando recursos: i) Fortalecer la coordinación inter e intra-institucional; ii) Mejorar la calidad de los sistemas de registro, así como el análisis y utilización de la información en la operación de los servicios; iii) Desarrollar proyectos de investigación y evaluación que contribuyan al diseño y adecuación de las estrategias del Programa APV, con el objeto de incrementar su eficiencia y efectividad, y iv) Propiciar y, en su caso, fortalecer las alianzas estratégicas con organizaciones de la sociedad civil que permitan potenciar la eficiencia y la eficacia del Programa de Acción “Arranque Parejo en la Vida” en beneficio de la población.

Los indicadores prioritarios del Programa para su evaluación y monitoreo son:

1. Indicadores de proceso: i) Porcentaje de mujeres con control puerperal; ii) Porcentaje de embarazadas atendidas desde el primer trimestre gestacional, y iii) Porcentaje de recién nacido (as) a los (as) que se realizó la prueba de tamiz neonatal.

2. Indicadores de impacto intermedio: i) Cobertura de atención de parto institucional; ii) Cobertura de partos atendidos por personal calificado en población con SP/abierta; iii) Letalidad hospitalaria por enfermedad hipertensiva del embarazo; iv) Letalidad hospitalaria por hemorragia obstétrica; v) Letalidad hospitalaria por aborto; vi) Porcentaje de partos resueltos por cesárea; vii) Porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacimiento; viii) Cobertura de tamizaje de sífilis en mujeres embarazadas, y ix) Número de defectos del tubo neural.

3. Indicadores de impacto final: i) Razón de mortalidad materna; ii) Razón de mortalidad materna en los 100 municipios con menor Índice de Desarrollo Humano (IDH); iii) Tasa de mortalidad neonatal, y iv) Número de niños(as) menores de un año con discapacidades por hipotiroidismo congénito. La mortalidad se registra a través de los sistemas de notificación inmediata de mortalidad. El número de menores de un año con discapacidad se registra a través de los SinDis, cuyas últimas cifras disponibles son de 2008.<sup>39</sup>

### ***Alineación con la Norma Oficial Mexicana***

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, *Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido* marca los criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Fue elaborada en 1993 y por tanto es muy anterior al PAE-APV. Es una norma que no ha sido revisada como lo establece la Ley Federal sobre Metrología y Normalización que señala en el Artículo 51 que las NOM tienen una vigencia de cinco años a partir de su entrada en vigor, periodo durante el cual deberán someterse a revisión o, en caso contrario, perderán su vigencia.<sup>40</sup>

Posiblemente por este hecho hay un desfase entre el avance del conocimiento en materia de salud materna y esta Norma y, en consecuencia, con el PAE. La NOM 007 solamente señala en su numeral 5.1.6 la prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico y, por su parte, el PAEAPV señala que solamente si se ingiere en cantidades adecuadas antes y durante las primeras etapas del embarazo puede prevenir entre 50 y 70% de los defectos del tubo neural. Parte de la concepción de riesgo, que centra sus acciones en la atención prenatal como la principal medida de prevención de la muerte materna, paradigma que ya ha sido superado. En esta Norma no se incluye aún la importancia de la atención oportuna con calidad técnica e interpersonal de las urgencias obstétricas (que sí se incluye en el PAEAPV); tampoco contempla la orientación e información a las usuarias sobre los cuidados prenatales, los signos de alarma que ameritan la atención médica urgente ni la

---

<sup>39</sup> Indicadores proporcionados por el CNEGySR de la SSA a solicitud expresa del Instituto Nacional de las Mujeres y CIESAS, sin fuente.

<sup>40</sup> Ley Federal sobre Metrología y Normalización, artículo 51. [http://www.normateca.gob.mx///Archivos/50\\_D\\_2045\\_25-05-2009.pdf](http://www.normateca.gob.mx///Archivos/50_D_2045_25-05-2009.pdf) (consultada 22 de junio 2011).

ubicación estratégica de la red de servicios que deben brindar atención a las urgencias obstétricas las 24 horas los 365 días del año. Estos son los aspectos más relevantes de la falta de alineación de la NOM con el programa APV que tiene que ver con las nuevas estrategias para la prevención de la mortalidad materna. Esta Norma es de observancia obligatoria y la falta de alineación se debe a que los objetivos del programa de acción específico son más recientes a la Norma 007.

## ***Alineación del PAEAPV con las instituciones públicas de los servicios de salud***

En su carácter de instancia normativa, el CNEGySR debe influir en toda la política de atención materna del Sector Salud, por ello las prioridades de APV deben plasmarse en otras instituciones del Sector como IMSS, ISSSTE, SEMAR y SEDENA, ya que estas instituciones forman parte del Comité de APV; sin embargo, no siempre alinean sus acciones a los programas de acción específicos.

IMSS-Oportunidades (IMSS-O) tiene como objetivo mejorar el estado de salud de la población que reside en zonas rurales y urbano-marginadas y que carece de seguridad social. Este programa ofrece servicios integrales bajo el “Modelo de Atención Integral a la Salud”, que se sustenta en la participación comunitaria. IMSS-O trabaja en un esquema similar al de APV, a través de personal voluntario en campo particularmente promotores y parteras voluntarias- y realiza detección e identificación de mujeres embarazadas de alto riesgo (ROP, 28 de diciembre, 2009, Diario Oficial). La diferencia básica entre el Programa APV nacional y el de IMSS-O es que en el segundo se sigue privilegiando la visión de atención del riesgo, mientras que la SSA enfatiza la atención de la urgencia obstétrica. En la evaluación de consistencia y resultados del programa de IMSS-O no se presentan mecanismos para documentar sus resultados finales, pero uno de los indicadores para medir el logro del propósito en la matriz de marco lógico de este programa es la tasa de mortalidad materna en sus unidades médicas (CONEVAL, EED, 2010).

Por otro lado, dos de las instituciones de seguridad social (ISSSTE e IMSS) ya no cuentan entre sus prioridades a la atención materna, pues consideran que la muerte materna es un problema de salud superado. En ambas instituciones se incluye este tema en los programas presupuestarios, pero en ninguna de ellas se ha problematizado el paradigma de la atención prenatal y detección de embarazos de alto riesgo, frente a la atención oportuna de la urgencia obstétrica, pese a que el ISSSTE tiene un programa especial de atención a las urgencias desde el cual se podría enfatizar la atención a las surgidas por problemas obstétricos (CONEVAL, EED, 2010).

A pesar de que no puede soslayarse que la mortalidad materna es más frecuente en mujeres sin seguridad social o con SP (62% en 2009),<sup>41</sup> también es cierto que aunque de alguna manera la seguridad social garantiza la atención médica, ésta no resulta del todo eficaz ya que el IMSS no ha logrado disminuir su número de muertes maternas en la última década, que han sido alrededor de 200 anuales. Una estimación de éstas puede realizarse al considerar las defunciones de acuerdo con la distribución según derechohabencia<sup>42</sup> o el lugar de ocurrencia<sup>43</sup>, en el IMSS (Cuadros II.2 y II.3) se ha dado un incremento de

---

<sup>41</sup> Base de datos de mortalidad materna, con base en la información proporcionada por la Dirección General de Información en Salud (DGIS), Secretaría de Salud (SSA), México, 2010. cfr <http://omm.org.mx/images/stories/documentos/NumeraliaMM2009.pdf>.

<sup>42</sup> De acuerdo a los criterios que norman la medición de la mortalidad materna por la Dirección General de Información en Salud de la SSA, se asignan al IMSS, al ISSSTE, PEMEX, SEMAR, y SEDENA las muertes maternas en sus derechohabientes independientemente del lugar de ocurrencia de la muerte.

<sup>43</sup> De acuerdo a los criterios que norman la medición de la mortalidad materna por la Dirección General de Información en Salud de la SSA, en las muertes por ocurrencia se asignan al IMSS, al ISSSTE

defunciones en mujeres en esa institución, aunque solamente 80% de ellas ocurra en sus establecimientos, a pesar de que, según las cifras oficiales, su tasa de partos ha ido en decremento (Cuarto Informe de Gobierno, 2010).

**Cuadro II.2 Número de defunciones por muerte materna según lugar de ocurrencia, a nivel nacional, 2004-2009**

| Año                               | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|-----------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| <b>Sitio de ocurrencia</b>        |      |      |      |      |      |      |
| <b>Instituciones de salud</b>     |      |      |      |      |      |      |
| <i>SSA</i>                        | 434  | 567  | 492  | 457  | 474  | 564  |
| <i>IMSS</i>                       | 165  | 167  | 187  | 190  | 203  | 176  |
| <i>ISSSTE</i>                     | 28   | 18   | 23   | 21   | 23   | 21   |
| <i>IMSS-O</i>                     | 21   | 29   | 37   | 21   | 24   | 79   |
|                                   |      |      |      |      |      |      |
| <i>SEDENA</i>                     | 4    | 6    | 0    | 4    | 6    | 4    |
| <i>SEMAR</i>                      | 1    | 3    | 3    | 0    | 0    | 13   |
| <i>PEMEX</i>                      | 0    | 0    | 0    | 0    | 4    | 2    |
| <b>Otro lugar de ocurrencia</b>   |      |      |      |      |      |      |
| <i>Otra unidad privada</i>        |      | 59   | 61   | 0    | 72   |      |
| <i>Otra unidad médica privada</i> | 140  | 171  | 113  | 115  | 99   | 91   |
| <i>Otra unidad pública</i>        | 159  |      |      | 62   | 72   | 112  |
| <i>En el hogar</i>                | 196  | 177  | 148  | 130  | 135  | 126  |
| <i>Vía pública</i>                | 23   | 32   | 30   | 30   | 26   | 29   |
| <i>Otro lugar no especificado</i> | 30   | 40   | 38   | 32   | 30   | 43   |
| <i>Se ignora el lugar</i>         | 43   | 1    | 39   | 33   | 41   | 3    |
| <b>Total</b>                      | 1244 | 1270 | 1171 | 1095 | 1209 | 1263 |

Fuente: Bases de datos, Dirección General de Información en Salud (DGIS), Secretaría de Salud (SSA), México, 2010

SINAIS.

---

PEMEX, SEMAR, y SEDENA las ocurridas en sus unidades de salud, independientemente de su derechohabencia. En el caso del IMSS, una proporción de estas muertes corresponden al IMSS-Oportunidades, que es parte de esta institución.

**Cuadro II.3 Número de defunciones por muerte materna según derechohabiencia, a nivel nacional, 2002-2009**

| <b>Año</b>  | <b>Derecho-<br/>habiencia no<br/>especificada</b> | <b>Ninguna</b> | <b>IMSS</b> | <b>ISSSTE</b> | <b>PEMEX</b> | <b>SEDENA</b> | <b>SEMAR</b> | <b>Seguro<br/>Popular</b> | <b>Otras</b> | <b>Total</b> |
|-------------|---------------------------------------------------|----------------|-------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------------------|--------------|--------------|
| <b>2002</b> | 82                                                | 908            | 235         | 40            | 2            | 8             |              |                           | 29           | 1304         |
| <b>2003</b> | 79                                                | 897            | 233         | 55            | 2            | 8             |              |                           | 42           | 1316         |
| <b>2004</b> | 104                                               | 812            | 214         | 46            | 1            | 7             | 1            | 19                        | 40           | 1244         |
| <b>2005</b> | 78                                                | 852            | 196         | 32            |              | 6             | 2            | 77                        | 27           | 1270         |
| <b>2006</b> | 175                                               | 602            | 219         | 35            | 2            | 1             | 2            | 111                       | 24           | 1171         |
| <b>2007</b> | 189                                               | 455            | 210         | 29            | 1            | 4             |              | 173                       | 34           | 1095         |
| <b>2008</b> | 98                                                | 475            | 232         | 33            | 4            | 7             |              | 255                       | 33           | 1137         |
| <b>2009</b> | 33                                                | 424            | 246         | 32            | 5            | 8             | 3            | 407                       | 79           | 1266         |

Fuente: Bases de datos Dirección General de Información en Salud (DGIS), Secretaría de Salud (SSA), México, 2010  
SINAIS.

En el caso del ISSSTE desde el año 2002 se presenta un decremento de defunciones según derechohabiencia y ocurrencia, y un promedio de 64% de sus mujeres aseguradas, fallecidas por causas maternas entre 2004 y 2009, murió en un establecimiento de la propia institución (Cuadros II.2 y II.3). El esquema de atención de la salud materna, tanto en el IMSS en su propuesta a través de PREVENIMSS como en el ISSSTE, se basa en la atención prenatal en el primer nivel de atención y en la atención del parto en el segundo nivel; las urgencias obstétricas son únicamente competencia del segundo nivel. En el IMSS hay dos instancias que se encargan de normar la salud materna (ambas ubicadas en la Dirección de prestaciones Médicas): la Coordinación de Salud Reproductiva, dependiente de la Unidad de Salud Pública y la División de Atención Ginecoobstétrica y Perinatal, de la Coordinación de Áreas Médicas y de la Unidad de Atención Médica<sup>44</sup>. Así, aunque en el IMSS no existe un programa similar a APV, es la división de Atención Ginecoobstétrica y Perinatal la que se encarga de normar y promover las acciones en salud materna en el ámbito de la atención médica. Hay algunos avances en esta materia dignos de resaltar: el expediente electrónico que conjunta la información derivada de los procesos de atención

---

<sup>44</sup> Desde 1995 han ocurrido cambios en la estructura del IMSS, creándose en 2004 la Unidad de Salud Pública y la Unidad de Atención Médica. La Coordinación de Salud Reproductiva ha quedado subsumida a la Unidad de Salud Pública, aunque la Unidad de Atención Médica también tienen un área de salud reproductiva que influye en la prestación de los servicios de atención. Existen por lo tanto dos instancias normativas, cada una con sus prioridades.



médica (para el control prenatal el expediente electrónico incluye un apartado que permite - al ser llenado- disponer de una estimación automática del riesgo obstétrico<sup>45</sup> señalando la conducta que el médico debe seguir con la paciente de acuerdo a la NOM-007-SSA2-1993. El expediente electrónico existe únicamente en consulta externa de las unidades de medicina familiar y de 79 hospitales. Los embarazos con bajo riesgo son enviados con la enfermera materno infantil para realizar vigilancia de su evolución. El propósito es primordialmente identificar factores de riesgo obstétrico, educar a la embarazada para que acuda al hospital ante la presencia de signos y síntomas de alarma e informar al ginecoobstetra en caso de signos y síntomas de alto riesgo. Existe también una estrategia para mejorar la atención de la mujer embarazada con alto riesgo, complicación o en estado crítico, mediante “Equipos de Respuesta Inmediata” (ERI), cuya finalidad es proporcionar atención oportuna y de calidad por grupos interdisciplinarios y con criterios uniformes, en especial en los casos de urgencia obstétrica. El IMSS se ha propuesto disminuir su RMM en 25 muertes por 100,000 nacidos vivos estimados y para ello ha puesto en marcha desde el 2010 otras acciones como: la notificación inmediata de pacientes en estado grávido-puerperal en riesgo de muerte, reporte diario hacia el nivel central de pacientes en riesgo de muerte en sus delegaciones, y apoyo logístico desde nivel central para traslados u obtención de hemoderivados.

Por su parte, PREVENIMSS incluye los Programas Integrados de Salud, que son un conjunto de acciones de prevención y protección a la salud ordenadas a partir de cinco grupos de edad. El tema que nos ocupa incluiría el Programa de Salud de la Mujer del grupo de edad de 20 a 59 años. En los documentos técnicos disponibles en el IMSS 2008 se reconoce en los lineamientos que la atención materna se basa en la vigilancia y control prenatales, dejando de lado la estrategia de atención oportuna de la urgencia obstétrica y la visión de salud pública presentes en APV.

El número de muertes maternas y las RMM muestran que las políticas públicas promovidas desde el año 2000 no han producido el efecto esperado. El trabajo de gabinete nos ha llevado a concluir que en los documentos existentes **el IMSS de régimen ordinario y el ISSSTE no están alineados a la propuesta estratégica del Programa de Acción Específico (APV). En el IMSS régimen ordinario** recientemente (2009) se han impulsado nuevas estrategias para disminuir la mortalidad materna, sin embargo no está totalmente alineado con el PAE. La muerte materna es, ante todo, resultado del limitado acceso de la población a los servicios de salud, de la inoportunidad de la resolución de la urgencia obstétrica y de la deficiente calidad de los servicios otorgados; por ello, interesa describir y analizar cuáles son las características de la producción de servicios en salud materna de las cuatro instituciones más importantes del país: IMSS de régimen ordinario, ISSSTE, SSA e IMSS-Oportunidades.

---

<sup>45</sup> Factor que con su presencia aumenta la probabilidad de que la madre o el niño desarrollen enfermedad.



## Metodología

Como ya se señaló en el capítulo introductorio, el presente proyecto se planteó realizar un análisis sistemático -mediante trabajo de campo y de gabinete- de la operación de un número de paquetes de intervenciones -en este caso del Programa de Acción Específico 2007-2010 Arranque Parejo en la Vida- en los servicios de salud públicos disponibles para población femenina no asegurada y asegurada, con la finalidad de describir y analizar las fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades del sistema en cuanto a garantizar que los bienes y servicios establecidos en la normatividad se produzcan con eficacia en los diferentes subsistemas de atención.

Se define como intervención a las acciones médicas o no médicas, que pueden ser únicas o en paquete, y que hacen posible la producción del servicio y su transferencia adecuada. Un tratamiento con fármacos es una intervención única, como lo es también el disponer de un póster con información (Oona, M.R., Campbell, Wendy, y J. Graham, 2006), pero nuestro interés fue conformar el paquete de intervenciones que hacen posible la producción y la transferencia adecuada del servicio.

En México se cuenta con el Programa de Acción Específico Arranque Parejo en la Vida 2007-2012 y la NOM 007 que establecen los criterios de atención materna y se consideran de observancia obligatoria, y se dispone además de guías técnicas para el manejo de padecimientos específicos, consensuadas por las diversas instituciones del Sector. Respecto de la salud materna, también existen recomendaciones de organismos internacionales, por ello, cada paquete o grupo de paquetes por programa se definió después del análisis sustantivo de los programas de acción específicos, las normas, manuales y guías técnicas, y los debates internacionales sobre el tema y el consenso de los instrumentos utilizados entre las instituciones de salud participantes.

De acuerdo con el debate internacional vigente, existen dos estrategias sustantivas para la disminución de la mortalidad materna y aunque se ha señalado que la aplicación de una sola de ellas no podrá disminuir el problema, se acepta que subsiste un riesgo muy importante durante el parto y las 24 horas posteriores a él;<sup>46 47</sup> por ello, las intervenciones que permiten la evaluación de la atención del parto y de la urgencia obstétrica son fundamentales.

Mientras que para algunas especialistas es la atención del parto o el seguimiento del parto por personal calificado<sup>48</sup> lo que posibilita el acceso oportuno a la atención de la urgencia obstétrica, para otras es el acceso oportuno a la atención de la urgencia obstétrica<sup>49</sup> lo que hace posible la sobrevivencia en caso de complicaciones.

---

<sup>46</sup> Starrs, Ann, Iniciativa por una maternidad sin riesgos: 20 años y más, publicada en línea el 28 de septiembre de 2006, reimpreso en *The Lancet en español*, sin fecha.

<sup>47</sup> Campbell, OMR, *op. cit.*

<sup>48</sup> *Ibidem.*

<sup>49</sup> AMDD, UNFPA, 2002, "Para comprender las causas de las defunciones maternas", Módulo, *Sistema de aprendizaje a distancia sobre cuestiones de población*.

Las intervenciones de salud perinatal también fueron del interés de este monitoreo, y ya que la salud del recién nacido es un elemento prioritario en el paquete de atención prenatal, así como la valoración inmediata del neonato en el postparto, se incluyeron intervenciones que valoran estos servicios. La detección de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH-SIDA e influenza, adquiere relevancia en el paquete de intervenciones de la atención prenatal y también fue de interés en este monitoreo y por ello se incluyeron como paquetes independientes a la atención prenatal. Solamente dos intervenciones se incluyeron en el tema del puerperio hasta una semana después del parto, con un número reducido de *ítems*, a fin de dar seguimiento a la sepsis u otras infecciones puerperales que siguen persistiendo a pesar de su evitabilidad.

En el siguiente cuadro se da cuenta de los paquetes seleccionados con el número de intervención por primer y segundo nivel. Cada paquete propuesto puede ser consultado al final de este capítulo:

**Cuadro II.4**

## Paquetes de Intervención

|                              |                                       | Primer nivel             | Segundo nivel            |
|------------------------------|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                              |                                       | Número de intervenciones | Número de intervenciones |
| Atención Materna y Perinatal | Accesibilidad para la población       | 15                       | 15                       |
|                              | Atención prenatal                     | 11                       | 15                       |
|                              | VIH                                   | 10                       | 12                       |
|                              | Sífilis                               | 10                       | 10                       |
|                              | Influenza                             | 9                        | 13                       |
|                              | Atención del parto                    | 29                       | 33                       |
|                              | Atención al recién nacido             | 11                       | 13                       |
|                              | Atención de las urgencias obstétricas | 39                       | 68                       |

### Paquetes de intervención

- 1. Accesibilidad para la población.**<sup>50</sup> Las dificultades en el acceso forman parte de la respuesta tardía e inoportuna en la atención obstétrica en México. Hay dos

<sup>50</sup> Formatos de evaluación de la Atención Obstétrica de Emergencia (EMOC por sus siglas en inglés).  
Nota: las referencias a “MNH” en esta herramienta son de: Managing Complications in Pregnancy and

estrategias a fin de avanzar en la universalidad del servicio y su integración funcional: la estrategia Embarazo Saludable y el Convenio Interinstitucional para la Atención de la Urgencia Obstétrica<sup>51</sup>. Para que la población pueda tener acceso, el personal de salud y la propia población deben contar con información. También es importante que no existan barreras de acceso a las instalaciones, ya sean físicas, económicas o culturales. En este paquete se describen y analizan las intervenciones que dan cuenta del avance en estas estrategias. En el Cuadro II.5 se encuentran las intervenciones de este paquete.

---

Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors (WHO, Department of Reproductive Health and Research, 2000), también conocida como la Guía MNH.

<sup>51</sup> El conocimiento de la existencia y la disponibilidad del Convenio Interinstitucional para la Atención de la Urgencia Obstétrica se preguntó en primer y segundo nivel de atención. Se indagó en el primer nivel para todas las instituciones por considerar que éste contiene información que debe ser del conocimiento de los prestadores del servicio para su correcta implementación. Incluso los objetivos de dicho Convenio han sido difundidos en los medios de comunicación masiva a la población general para que pueda demandar los servicios que el mismo contempla.

| <b>Cuadro II.5 Accesibilidad para la población</b>                                                            | <b>Primer nivel</b> | <b>Segundo nivel</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|
| Directorio con responsables y horarios a la vista de la población                                             | X                   | X                    |
| Las pacientes y familiares pueden tener acceso libremente a las áreas de urgencias                            | X                   |                      |
| Las pacientes y familiares pueden tener acceso libremente a las áreas de consultorios                         | X                   |                      |
| Servicio de ambulancia durante el horario de servicio de este establecimiento                                 | X                   |                      |
| Radio o teléfono para comunicación directa con otros establecimientos de primer o segundo niveles             | X                   | X                    |
| Personal contratado hablante de la lengua indígena local                                                      | X                   | X                    |
| Material de difusión de la estrategia Embarazo Saludable y forma de afiliación                                | X                   | X                    |
| Conocimiento de la estrategia Embarazo Saludable                                                              | X                   |                      |
| c1056a ¿En qué consiste? [la estrategia Embarazo Saludable] (subíndice)                                       | X                   |                      |
| Costos de los servicios para atención de urgencias obstétricas que se ofrecen                                 | X                   |                      |
| Material informativo o de difusión sobre los signos y síntomas de urgencia obstétrica                         | X                   | X                    |
| Personal médico acompaña a la paciente en caso de referir a una mujer con una urgencia obstétrica             | X                   |                      |
| Convenio IMSS-ISSSTE-SSA para la atención de urgencias obstétricas                                            | X                   | X                    |
| Material que se proporcione a la población acerca de dónde atenderse el parto                                 | X                   | X                    |
| Material sobre Seguro Popular y mecanismos de afiliación e inconformidad                                      | X                   | X                    |
| Servicio de ambulancia 24 horas x 7 días de la semana                                                         |                     | X                    |
| El hospital exenta de pago por urgencia obstétrica independientemente de derechohabencia                      |                     | X                    |
| El hospital exenta de pago por atención obstétrica a aseguradas por Seguro Popular                            |                     | X                    |
| El hospital exenta de pago por atención obstétrica a mujeres que se refieren del primer nivel con AP completa |                     | X                    |
| Gratuidad a todas las mujeres por atención de parto                                                           |                     | X                    |
| Pago parcial por los servicios de atención obstétrica                                                         |                     | X                    |
| Acompañamiento de la paciente por parte del personal de la clínica en caso de referencia a tercer nivel       |                     | X                    |
| Número total de intervenciones                                                                                | 15                  | 15                   |

**2. Atención prenatal.**<sup>52</sup> La atención prenatal (paquete de intervenciones privilegiado por APV) pretende asegurar una buena salud para la madre, el feto y el recién nacido. También puede considerarse un espacio idóneo para ofrecer servicios integrales de atención a la salud de las mujeres, mediante el tamizaje para el VIH-SIDA, ITS, Cáncer de Mama (CaMa)

<sup>52</sup> Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la Mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad, Género y Salud Reproductiva, Programa de Acción: Arranque Parejo en la Vida 2007-2012, México, 2008. Campell, OMR, Graham, WJ, Lancet 2006;368:1284-99 Reimpreso en The Lancet en español.

y Cáncer Cérvicouterino (CaCu), así como la promoción de la PF y la detección de violencia familiar (UN, 2005).

La atención prenatal es una de las intervenciones más exploradas en las evaluaciones disponibles (Oportunidades), generalmente se describen y analizan los cuidados tradicionales que se esperan de la consulta prenatal (exámenes de laboratorio, peso, talla, medición del fondo uterino, medición de la tensión arterial), (Oportunidades, 2008:62-66). Las intervenciones que se incluyeron en el monitoreo estaban relacionadas con los problemas que se han considerado como prioritarios en el Comité Nacional de APV y que están íntimamente relacionados con la salud del bebé. Estos son: el manejo y atención de la infección urinaria, principal causa de prematuridad, la prevención de los problemas del tubo neural (con la prescripción de ácido fólico), la disponibilidad de insumos para la prevención y tratamiento de la influenza, el VIH-SIDA y sífilis, la identificación de factores de riesgo para preeclampsia.

| <b>Cuadro II.6 Atención prenatal</b>                                                                                   | <b>Primer nivel</b> | <b>Segundo nivel</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|
| Factores de alto riesgo para preeclampsia                                                                              | X                   | X                    |
| Medicamentos indicados para el tratamiento de infecciones del tracto urinario bajo, durante el embarazo                | X                   | X                    |
| Estudios de laboratorio que le indicarían y ofertarían en la primera cita                                              | X                   | X                    |
| Disponibilidad de toxoide tetánico                                                                                     | X                   | X                    |
| Vitamina que debe ser evitada durante el embarazo por ser teratogénica                                                 | X                   |                      |
| Ultrasonido/ultrasonografía (USG) obstétrico                                                                           | X                   | X                    |
| Exámenes de laboratorio (BH, glucemia, grupo y Rh sanguíneos, VDRL, VIH, EGO)                                          | X                   | X                    |
| Cartilla de embarazada o de embarazo seguro o que incluya Salud Materna o cartilla nacional de mujeres de 20 a 59 años | X                   | X                    |
| NOM-007 de atención del parto, embarazo y puerperio                                                                    | X                   | X                    |
| ¿A dónde envían a las mujeres que requieren isoimmunización anti D?                                                    | X                   | X                    |
| Disponibilidad de ácido fólico                                                                                         | X                   | X                    |
| Tríptico de cuidados en el embarazo u otros medios de promoción y difusión                                             |                     | X                    |
| ¿A dónde envían a las mujeres que requieren ácido fólico?                                                              |                     | X                    |
| Disponibilidad isoimmunización anti D                                                                                  |                     | X                    |
| Número total de intervenciones                                                                                         | 11                  | 15                   |

**3. Detección y tratamiento oportuno de VIH.** El control de la infección por VIH/SIDA constituye un reto en salud pública a nivel global, reflejado en el punto número seis de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y cuyo cumplimiento México se ha comprometido. De acuerdo con los lineamientos internacionales que incluyen estos últimos,<sup>53</sup> el acceso universal a medicamentos antirretrovirales, campañas adecuadas de prevención y la detención de la transmisión perinatal, constituyen los puntos básicos para controlar y revertir la epidemia mundial del VIH, además de la detección adecuada y

<sup>53</sup> Indicadores para el seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, Naciones Unidas, 2006. Disponible en: <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Attach/Indicators/HandbookSpanish.pdf> (consultado: 12 de mayo de 2010).

oportuna de personas infectadas y de aquéllas que padecen la enfermedad. Los lineamientos básicos para la detección de ITS incluyendo al VIH, se encuentran contemplados en la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana NOM-010-SSA2-1993, que tiene por objeto actualizar y uniformar los principios y criterios de operación de los componentes del Sistema Nacional de Salud con respecto a las actividades de prevención y el control de la infección por el VIH. De esta forma, una de las líneas de acción más importantes retomadas en México tanto por el Programa APV como por el Programa de Control de VIH e ITS, consiste en “impulsar el desarrollo de estrategias de prevención perinatal del VIH, así como nuevas medidas de prevención sexual desde la atención materno-infantil. Además de impulsar la detección oportuna y el tratamiento eficaz de las ITS con especial atención en mujeres embarazadas”,<sup>54</sup> se puntualiza que para alcanzar los objetivos de detección a los cuales se comprometen ambos programas, es decir la detección de 100% de casos de ITS y de VIH, debe realizarse la prueba serológica para la sífilis (VDRL) y la prueba rápida de VIH a todas las mujeres embarazadas que acuden a control prenatal.

| <b>Cuadro II.7 Detección y tratamiento oportuno de VIH</b>                       | <b>Primer nivel</b> | <b>Segundo nivel</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|
| Oferta prueba rápida de VIH a todas las mujeres embarazadas                      | X                   | X                    |
| Prueba rápida positiva ¿qué es lo que hacen?                                     | X                   |                      |
| Tratamiento de ITS a mujer embarazada y su pareja                                | X                   |                      |
| ¿Qué es lo que hacen cuando se detecta una mujer embarazada con VIH?             | X                   |                      |
| Pruebas de VIH como método de tamizaje en mujeres embarazadas                    | X                   |                      |
| Disponibilidad de pruebas rápidas para VIH                                       | X                   | X                    |
| Formatos de consentimiento informado para diagnóstico de VIH                     | X                   |                      |
| Guía para empleo de pruebas rápidas de VIH                                       | X                   |                      |
| Guía de diagnóstico y referencia de VIH para primer nivel de atención            | X                   |                      |
| Formatos de referencia y/o contrarreferencia para embarazadas detectadas con VIH | X                   |                      |
| Carga viral a todas las mujeres embarazadas con VIH                              |                     | X                    |
| Prueba Westernblot a todas las mujeres detectadas con VIH                        |                     | X                    |
| Tipo de parto con el que se finaliza el embarazo a término de mujer con VIH      |                     | X                    |
| Oferta de prueba VIH a la pareja de una mujer embarazada detectada con VIH       |                     | X                    |
| Capacidad para realizar carga viral                                              |                     | X                    |
| Capacidad para realizar cuenta de TCD4 y TCD8                                    |                     | X                    |
| Capacidad para realizar pruebas Westernblot                                      |                     | X                    |
| VIH e ITS/zidovudina (AZT)+lamivudina (3tc)+lopinavir (saquinavir, ritonavir)    |                     | X                    |
| Sucedáneos de leche materna (subíndice)                                          |                     | X                    |
| Guía de tratamiento del paciente con VIH                                         |                     | X                    |
| Número total de intervenciones                                                   | 10                  | 12                   |

**El paquete detección y tratamiento oportuno de VIH en mujeres embarazadas** incluye las intervenciones que se requieren para detectar 100% de los casos de VIH en mujeres embarazadas, a través de pruebas rápidas de detección y la estrategia de seguimiento para aquellas mujeres en las que las pruebas rápidas resulten positivas.

<sup>54</sup> Programa de acción específico 2007-2012 en respuesta al VIH/SIDA e ITS. SSA, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.

Asimismo, se incluyen todas aquellas intervenciones para un tratamiento oportuno y las medidas necesarias para prevenir la transmisión perinatal VIH.

**4. Detección y tratamiento oportuno de sífilis en mujeres embarazadas.** En este paquete se contemplan todas las intervenciones encaminadas hacia la detección de sífilis en mujeres embarazadas. Se incluyen aquellos recursos necesarios para realizar la prueba serológica para la sífilis (VDRL), así como los necesarios para el tratamiento oportuno.

| <b>Cuadro II.8 Detección y tratamiento oportuno de sífilis en mujeres embarazadas</b> | <b>Primer nivel</b> | <b>Segundo nivel</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|
| Pruebas de detección de sífilis (VDRL)                                                | X                   | X                    |
| Oferta de tratamiento contra ITS a mujer embarazada y su pareja                       | X                   | X                    |
| Penicilina G procaínica                                                               | X                   | X                    |
| Penicilina G benzatínica 2.4 U                                                        | X                   | X                    |
| Penicilina G benzatínica 7.2 U                                                        | X                   | X                    |
| Amoxicilina 500 mg                                                                    | X                   | X                    |
| Ceftriaxona 500 mg IM                                                                 | X                   | X                    |
| Eritromicina 500 mg                                                                   | X                   | X                    |
| Azitromicina 500 mg                                                                   | X                   | X                    |
| Guías de diagnóstico y tratamiento de sífilis                                         | X                   | X                    |
| Número total de intervenciones                                                        | 10                  | 10                   |

**5. Medidas encaminadas a detener la transmisión de influenza en mujeres embarazadas.** La epidemia de influenza que recientemente afectó al país contribuyó notoriamente a la mortalidad materna, ya que las mujeres gestantes constituyen uno de los grupos más vulnerables frente al virus AH1N1. La Influenza/Neumonía fue la causa básica en 16.4% de las defunciones notificadas en 2009 (198), en contraste con 2008, cuando representó sólo 1.4% del total. De acuerdo con los lineamientos establecidos para detener la transmisión de la influenza,<sup>55</sup> es indispensable implementar cuatro mecanismos: detección oportuna de casos, detección y referencia de complicaciones, tratamiento adecuado, e información suficiente y adecuada dirigida a la población general. El paquete incluye las intervenciones necesarias para detectar, brindar tratamiento y referir de forma oportuna en el caso de que se presenten complicaciones.

| <b>Cuadro II.9 Medidas encaminadas a detener la transmisión de influenza en mujeres embarazadas</b>          | <b>Primer nivel</b> | <b>Segundo nivel</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|
| Material informativo o de difusión para reconocimiento, prevención y para evitar la transmisión de influenza | X                   | X                    |
| Oseltamivir o zanamivir, tabletas                                                                            | X                   | X                    |
| Vacuna sin adyuvante (Sanofi-Pasteur) de aplicación intramuscular                                            | X                   | X                    |
| Jeringas de 0.5 ml                                                                                           | X                   | X                    |
| Agujas de 22GX32 para sustraer la vacuna de su contenedor                                                    | X                   | X                    |
| Agujas de 22GX32 para aplicación                                                                             | X                   | X                    |

<sup>55</sup> Lineamiento de Prevención y Control en Materia de Influenza A H1N1: Mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, Versión 1.0 9 de junio 2009, SSA.

|                                                                                         |   |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---|----|
| Guía clínica para tratamiento y referencia de influenza                                 | X | X  |
| Oxímetro de pulso                                                                       | X | X  |
| Algoritmos visibles que especifiquen signos, síntomas y datos de alarma de influenza    | X | X  |
| Disponibilidad de UCI con capacidad para responder a complicaciones debidas a influenza |   | X  |
| Cefuroxime                                                                              |   | X  |
| Ventilador mecánico                                                                     |   | X  |
| Servicio de rayos X                                                                     |   | X  |
| Número total de intervenciones                                                          | 9 | 13 |

**7 Atención del parto.**<sup>56</sup> Como se ha señalado, para algunos especialistas el disminuir la mortalidad materna requiere de la atención del parto o el seguimiento del parto por personal calificado. México se propone, entre las Metas de Desarrollo del Milenio, llegar a 92% de la atención del parto calificado en población no sin seguridad social. En este paquete de intervenciones se exploraron aquellos aspectos que se encuentran consignados en la NOM007, constituidos por intervenciones relacionadas con la disponibilidad de insumos e instrumentos y los conocimientos básicos que hacen posibles los cuidados médicos que son indicados en la norma y que aseguran la atención adecuada, la privacidad y el confort de las parturientas, así como la disponibilidad de formatos de seguimiento que aseguran la detección oportuna de complicaciones.

| <b>Cuadro II.10 Atención del parto</b>                                                                  | <b>Primer nivel</b> | <b>Segundo nivel</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|
| Se brinda el servicio de atención del parto                                                             | X                   |                      |
| Privacidad en la sala de partos                                                                         | X                   | X                    |
| Disponibilidad de espacios de deambulaci3n para las gestantes durante trabajo de parto en sala de labor | X                   | X                    |
| Médicas o médicos generales                                                                             | X                   | X                    |
| Enfermeras(os) (disponibilidad y turnos)                                                                | X                   | X                    |
| Formatos de partograma                                                                                  | X                   | X                    |
| Esfigmomanómetro/Baumanómetro                                                                           | X                   | X                    |
| Estetoscopio                                                                                            | X                   | X                    |
| Estetoscopio fetal (Pinard)                                                                             | X                   | X                    |
| Doppler                                                                                                 | X                   | X                    |
| Equipo de aspiraci3n manual (perilla)                                                                   | X                   | X                    |
| Equipo parto                                                                                            | X                   | X                    |
| Equipo sutura                                                                                           | X                   | X                    |
| Equipo de venoclisis                                                                                    | X                   | X                    |
| Ligadura para el cord3n                                                                                 | X                   | X                    |
| Oxitocina                                                                                               | X                   | X                    |
| Ergonovina                                                                                              | X                   | X                    |
| Guantes de látex                                                                                        | X                   |                      |

<sup>56</sup> Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, *op. cit.*; Campell, OMR, *op.cit.*



|                                                                                                       |    |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| Duración promedio del segundo periodo del trabajo de parto                                            | X  | X  |
| Duración promedio del tercer periodo del trabajo de parto                                             | X  | X  |
| Realización de episiotomía en todos los casos de parto normal                                         | X  | X  |
| Administración de rutina de oxitocina inmediatamente después de la expulsión                          | X  | X  |
| Rasurado perineal o púbico de forma rutinaria                                                         | X  | X  |
| Enema en forma rutinaria                                                                              | X  | X  |
| Permiten que la mujer se coloque en posición semisentada para el parto                                | X  | X  |
| NOM-007 de atención del parto, embarazo y puerperio                                                   | X  | X  |
| Manuales, guías clínicas o lineamientos de atención del parto normal                                  | X  | X  |
| Realización de primera consulta de control a púerperas y recién nacido                                | X  |    |
| Número de revisiones que se ofrecen a las mujeres en puerperio mediato y tardío                       | X  | X  |
| Condiciones/medios de esterilización de la unidad médica                                              |    | X  |
| Enfermeras obstétricas o parteras profesionales (disponibilidad y turnos)                             |    | X  |
| Ginecólogos(as) (disponibilidad y turnos)                                                             |    | X  |
| Anestesiólogos(as) (disponibilidad y turnos)                                                          |    | X  |
| Equipo de amniorexis                                                                                  |    | X  |
| Estancia promedio de una púerpera después del parto                                                   |    | X  |
| Plantillas completas de ginecólogos, cirujanos y anestesiólogos (atención 24 horas, 365 días del año) |    | X  |
| Número total de intervenciones                                                                        | 29 | 33 |

**8. Atención del recién nacido.** El cuidado del recién nacido se inicia desde la atención prenatal y continúa hasta los 28 días del nacimiento, con el control y seguimiento del puerperio; este cuidado está relacionado con el ODM 4: Reducir en 15% la tasa de mortalidad neonatal con relación a la registrada en 2006 y realizar la prueba de tamiz neonatal a 90% de los recién nacidos. La atención inmediata del recién nacido requiere de recursos humanos calificados e instrumentos adecuados para su monitoreo. En este paquete se incluyeron aquellas intervenciones que permitieran conocer la disponibilidad de seguimiento de un recién nacido normal, con complicaciones y la disponibilidad de insumos y estrategias para el tamizaje para la detección oportuna del hipotiroidismo.<sup>57</sup>

| <b>Cuadro II.11 Atención del recién nacido</b>                         | <b>Primer nivel</b> | <b>Segundo nivel</b> |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|
| Médico certificado en reanimación neonatal                             | X                   |                      |
| Equipo de reanimación neonatal                                         | X                   | X                    |
| Tablas de valoración de Apgar                                          | X                   | X                    |
| Tablas de valoración de Silverman-Anderson                             | X                   | X                    |
| Algoritmo de reanimación neonatal                                      | X                   | X                    |
| Papel para tamiz                                                       | X                   | X                    |
| Formatos de registro y envío de tamiz                                  | X                   | X                    |
| Existencia de unidad médica para referir un recién nacido que presente | X                   |                      |

<sup>57</sup> Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, *op. cit.*; Campell, OMR, *op. cit.*, SSA, 2002, *op. cit.*

|                                                                                                        |    |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| hipotiroidismo congénito                                                                               |    |    |
| Tiempo en que el recién nacido recibe primera consulta con especialista después de haber sido referido | X  |    |
| Número de horas/días en que se toma muestra para tamizaje de hipotiroidismo después del nacimiento     | X  | X  |
| Días en que envían muestra al laboratorio después de la muestra para tamizaje de hipotiroidismo        | X  | X  |
| Médicos y médicas capacitadas en RN (turnos y disponibilidad)                                          |    | X  |
| Levotiroxina sódica                                                                                    |    | X  |
| Conocimiento de hospital de tercer nivel a donde referir casos de complicaciones neonatales            |    | X  |
| Condiciones en que se encuentra la UCIN (insumos, equipo y recursos humanos)                           |    | X  |
| La UCIN satisface adecuadamente la demanda                                                             |    | X  |
| Número total de intervenciones                                                                         | 11 | 13 |

**8. Atención de la urgencia obstétrica (UO).**<sup>58</sup> En los años sesenta los trabajos de Butler y Alberman crearon todo un sistema de atención materno-infantil basado en el concepto de embarazo de alto y bajo riesgos. El fracaso para abatir la mortalidad materna en las últimas décadas ha llevado a modificar la estrategia de atención obstétrica, ya que las complicaciones durante la maternidad son difíciles de pronosticar, pero posibles de tratar como urgencias obstétricas; por ello incluimos la construcción de paquetes de intervención para la atención de la UO. Este paquete está constituido por intervenciones encaminadas a la atención de las complicaciones del embarazo, parto y postparto. Las urgencias obstétricas más frecuentes en México son la hemorragia (sangrado transvaginal) y la toxemia del embarazo (preeclampsia-eclampsia), la sepsis, más frecuente en el postparto. En este paquete se explora la disponibilidad de instrumentos que le permitan al médico la toma de decisiones ante las urgencias obstétricas más frecuentes, la conducta a seguir en caso de hemorragia y la disponibilidad de medicamentos a fin de atender estos problemas.

| <b>Cuadro II.12 Atención de la urgencia obstétrica</b>                   | <b>Primer nivel</b> | <b>Segundo nivel</b> |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|
| Algoritmo de preeclampsia-eclampsia o protocolo de manejo                | X                   | X                    |
| Algoritmo de hemorragia obstétrica o protocolo de manejo                 | X                   | X                    |
| Algoritmo de infección puerperal o sepsis o protocolo de manejo          | X                   | X                    |
| Algoritmo de aborto o hemorragia obstétrica o protocolo de manejo        | X                   | X                    |
| Guía, manual o protocolo para atender la preeclampsia-eclampsia          | X                   | X                    |
| Guía, manual o protocolo para atender la hemorragia obstétrica           | X                   | X                    |
| Guía, manual o protocolo para atender la infección puerperal o sepsis    | X                   | X                    |
| Guía, manual o protocolo para atender aborto o el incluido en hemorragia | X                   | X                    |

<sup>58</sup> Secretaría de Salud, 2001, Dirección General de Salud Reproductiva, Urgencias obstétricas en unidades de primer nivel de atención, Manual de Atención, Arranque Parejo en la Vida, México, D. F.; Secretaría de Salud, 2002, Dirección General de Salud Reproductiva, Organización y procedimientos de la red de servicios de salud, manual, México, D. F.; Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica entre la SSA, el IMSS y el ISSSTE, 28 de mayo de 2009; Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Estrategia integral para acelerar la reducción de la mortalidad materna en México, Gobierno Federal, SSA, México, D.F., 2009.

|                                                                                                                                 |   |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| obstétrica                                                                                                                      |   |   |
| Estrategia o plan para atención inmediata de la urgencia obstétrica                                                             | X | X |
| Factores considerados de riesgo para hemorragia postparto                                                                       | X | X |
| Medicamentos de primera línea para manejo de hemorragia postparto primaria                                                      | X | X |
| Soluciones intravenosas y dosis que se utilizan para pacientes con hemorragia postparto y cuadro clínico de choque hipovolémico | X | X |
| Maniobra clínica que realizan para tratar pacientes con hemorragia postparto y cuadro clínico de choque hipovolémico            | X | X |
| Expansores de plasma (soluciones coloidales)                                                                                    | X | X |
| Hartmann                                                                                                                        | X | X |
| Amoxicilina 500 mg tabletas                                                                                                     | X | X |
| Oxitocina                                                                                                                       | X | X |
| Ergonovina                                                                                                                      | X | X |
| Identificador de albuminuria                                                                                                    | X | X |
| Nifedipino                                                                                                                      | X | X |
| Alfa metildopa                                                                                                                  | X | X |
| Captopril                                                                                                                       | X | X |
| Enalapril                                                                                                                       | X | X |
| Ampicilina                                                                                                                      | X | X |
| Cefalexina                                                                                                                      | X | X |
| Gentamicina                                                                                                                     | X | X |
| Penicilina sódica cristalina                                                                                                    | X | X |
| Metronidazol                                                                                                                    | X | X |
| Clindamicina                                                                                                                    | X | X |
| Oxígeno portátil                                                                                                                | X | X |
| Hidralazina                                                                                                                     | X | X |
| Fenitoina                                                                                                                       | X | X |
| Diacepam                                                                                                                        | X | X |
| Catgut crómico atraumático 000 ó 00                                                                                             | X | X |
| Terbutalina                                                                                                                     | X | X |
| Indometacina rectal                                                                                                             | X | X |
| Betametasona o dexametasona                                                                                                     | X | X |
| Guantes de látex                                                                                                                | X |   |
| Sulfato de magnesio                                                                                                             | X | X |
| Condiciones de la UCI de esta unidad médica                                                                                     |   | X |
| Puesto de sangrado o banco de sangre                                                                                            |   | X |
| Capacidad de la UCI para responder a complicaciones por influenza                                                               |   | X |
| Tiempo para contar con pruebas de sangre para tipo y Rh y pruebas de compatibilidad                                             |   | X |
| Tiempo en que se inician los procedimientos quirúrgicos en caso de urgencia obstétrica                                          |   | X |
| Turnos y días por semana en que cuentan con USG                                                                                 |   | X |
| Disponibilidad de especialistas en casos de hemorragia postparto                                                                |   | X |
| Existencia de prestador calificado en la unidad o a menos de 2 horas de desplazamiento para complicaciones quirúrgicas          |   | X |
| Existencia de mecanismo para seguimiento de secuelas de complicaciones maternas                                                 |   | X |
| Revisión de casos de complicaciones obstétricas o mortalidad materna                                                            |   | X |
| Carbetocina                                                                                                                     |   | X |
| Funcionamiento del laboratorio 24 horas * 365 días del año                                                                      |   | X |
| Posibilidad de hacer pruebas de función hepática                                                                                |   | X |

|                                                                            |    |    |
|----------------------------------------------------------------------------|----|----|
| Posibilidad de medir creatinina sérica                                     |    | X  |
| Posibilidad de cuantificación de plaquetas                                 |    | X  |
| Posibilidad de realizar biometría hemática                                 |    | X  |
| Posibilidad de realizar hemocultivo                                        |    | X  |
| Posibilidad de realizar EGO                                                |    | X  |
| Posibilidad de realizar urocultivo o subrogar sin costo                    |    | X  |
| Equipo de AMEU                                                             |    | X  |
| Posibilidad de realizar pruebas de coagulación (TP,TPT)                    |    | X  |
| Heparina                                                                   |    | X  |
| Posibilidad de medición de gases arteriales o subrogar sin costo           |    | X  |
| Posibilidad de realizar antibiogramas o subrogar sin costo                 |    | X  |
| Posibilidad de identificar lactato sérico                                  |    | X  |
| USG 24 horas *7 días de la semana o disponible en casos de urgencia        |    | X  |
| Posibilidad de identificar fibronectina fetal                              |    | X  |
| Equipo de amniorexis                                                       |    | X  |
| Posibilidad de realizar o subrogar sin costo análisis de líquido amniótico |    | X  |
| Atosibán                                                                   |    | X  |
| Número total de intervenciones                                             | 40 | 69 |

La información relativa a cada paquete de intervención se obtuvo a través del trabajo de campo en distintos ámbitos de aplicación. En el caso de la Salud Materna se identificaron nueve ámbitos de aplicación y diferentes informantes claves como se muestra en el Cuadro II.13 y en dos niveles de atención: primero y segundo. Los instrumentos de levantamiento de información, cuestionario, guía de observación y lista de cotejo son diferenciales dependiendo de si los paquetes se indagaron en primer nivel o segundo nivel, es decir, incluyen diferentes intervenciones.

**Cuadro II.13 Paquetes de intervención, sitios de aplicación y tipo de informante según el nivel de atención**

| Programa                            | Paquetes                                                | Sitio de aplicación                 | Informante clave                                       | Nivel de atención |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>Atención materna y perinatal</b> | Atención del parto normal y atención del recién nacido* | Salas de expulsión                  | Médico/a general, pasante o especialista en turno      | 1° y 2°           |
|                                     |                                                         | Tococirugía                         | Médico/a general o especialista en turno               | 1° y 2°           |
|                                     |                                                         |                                     |                                                        | 1° y 2°           |
|                                     |                                                         | Farmacia/almacén                    | Responsable del área                                   | 1° y 2°           |
|                                     | Atención prenatal                                       | Consultorios médico y de EMI (IMSS) | Médico/a general, pasante, EMI o especialista en turno | 1° y 2°           |
|                                     |                                                         | Farmacia/almacén                    | Responsable del área                                   | 1° y 2°           |
|                                     |                                                         | Laboratorio                         | Responsable del área                                   | 1° y 2°           |
|                                     | Atención de las urgencias                               | Consultorios                        | Médico/a general pasante o especialista en turno       | 1° y 2°           |

|  |                                 |                               |                                                  |         |
|--|---------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------|---------|
|  | obstétricas**                   | Área de urgencias             | Médico/a general pasante o especialista en turno | 1° y 2° |
|  |                                 | Dirección                     | Director/a de la unidad                          | 1° y 2° |
|  |                                 | Laboratorio***                | Responsable del área                             | 1° y 2° |
|  |                                 | Farmacia/almacén              | Responsable del área                             | 1° y 2° |
|  |                                 | Unidad de Cuidados Intensivos | Intensivista en turno                            | 2°      |
|  | Accesibilidad para la población | Exterior de la unidad         | Observación                                      | 1° y 2° |
|  |                                 | Interior de la unidad         | Observación                                      | 1° y 2° |
|  |                                 | Director/a                    | Director/a de la unidad                          | 1° y 2° |

\*La atención del parto normal en las unidades del IMSS no se otorga en el primer nivel, sin embargo las UMR de IMSS-Oportunidades y los Centros de Salud con hospitalización clasificados en el directorio como CE atienden partos, por ello se incluyó este apartado en primer nivel. Se utilizó un filtro y se cancelaron estos *ítems* en aquellos establecimientos que no aplicaban.

\*\*La Atención de la Urgencia obstétrica no se otorga en el primer nivel en algunas de las instituciones incluidas en el estudio, sin embargo en todas ellas existen estrategias para su canalización y referencia inmediata. Estos elementos son los que se exploran en este apartado.

\*\*\* Ciertos tipos de consultorios no cuentan con laboratorio, sin embargo, en estos interesa indagar la continuidad en el servicio para aquellos análisis obligados en la atención prenatal.

## ***Dimensiones de la producción del servicio***

El primer componente definido como estructura se refiere a las condiciones y atributos materiales y de organización de las unidades médicas en donde se presta la atención. Esta primera dimensión condiciona, a su vez, el proceso de atención. En este documento definiremos a esta dimensión de estructura como la capacidad organizativa del sistema, muy relacionada con la dimensión administrativa. El análisis de esta dimensión nos permitirá reconocer la disponibilidad de los medicamentos y vacunas, instrumental y equipos necesarios, exámenes de laboratorio y otros insumos para la producción de los paquetes sustantivos previamente definidos en el apartado de metodología.

La segunda dimensión de la calidad es la producción de los servicios que centra su análisis en las actividades y procedimientos desarrollados para la entrega de los servicios y se fundamenta en la habilidad de los prestadores. Para su monitoreo se incluirán los conocimientos que el prestador tiene sobre algunas de las intervenciones significativas seleccionadas para otorgar un servicio, el acceso que los proveedores tengan a las normas, programas y lineamientos que guían su práctica y las oportunidades de capacitación y actualización sobre temas relevantes a estos programas.

La tercera dimensión es la accesibilidad y continuidad en el servicio que definiremos como la capacidad de entrar en contacto con los mecanismos de satisfacción de las necesidades en salud. Para que el acceso se produzca, se va a indagar sobre los mecanismos que tiene el Sector Salud para generar la demanda o utilización del servicio por parte de la población. Para ello reconoceremos la disponibilidad de directorios, de

información sobre afiliación o de programas, libertad de ingreso a los servicios, particularmente al de urgencias. La continuidad en el servicio permite a las usuarias contar con diagnósticos y tratamientos oportunos inclusive en un nivel de atención superior a donde inicialmente se solicitó el servicio. En este componente indagaremos si los médicos poseen los conocimientos básicos para referir al paciente, y permitir su derivación segura y efectiva a un segundo o tercer nivel de atención (dimensiones de la producción del servicio).

Es importante señalar que la muestra de unidades médicas visitadas fue seleccionada bajo un esquema probabilístico, de tal forma que fuera representativa<sup>59</sup> para el ámbito nacional.<sup>60</sup> La muestra seleccionada nos da la posibilidad de hacer cuatro tipos de comparación para cada paquete de intervención: por nivel de atención (en el denominado primer nivel y segundo nivel); por institución (SESA, ISSSTE e IMSS ordinario);<sup>61</sup> por tipo de población atendida (asegurada -ISSSTE e IMSS ordinario- y no asegurada -SESA e IMSS-O-).

Para cada intervención se calculó un valor resumen que va del 0 al 1 (subíndices) y a partir de estos se obtiene el índice global por paquete, además del índice global por programa (Cuadro II.16). Es así que en el análisis se describen los datos en términos de porcentajes de la población cuando se refiere a las frecuencias válidas, y de índices cuando se refiere al valor resumen que resulta de la calificación obtenida por cada intervención. Cada índice toma un valor entre 0 y 1, considerándose la más alta calificación el 1. Las pruebas de significancia fueron realizadas para comparar los índices obtenidos de acuerdo con los niveles de análisis expuestos con anterioridad. Para los índices se realizó una semaforización señalando como desempeño bueno los índices de más de .84, como desempeño adecuado aquéllos ubicados entre .70 y .84, con desempeño mediano los que tienen valores entre .50 y .69 y desempeño bajo y que requiere atención urgente los menores de .50. Tanto en el caso de los porcentajes como de los índices, se procedió a realizar una descripción más amplia solamente en aquellos casos en que la distribución por tipo de institución o por tipo de población a la que se atiende mostrara diferencias significativas, de otro modo solamente se describieron las frecuencias generales de cada uno de los reactivos. Cuando los intervalos de confianza tenían un error típico mayor de .050 no se describieron los índices. Solamente se señalaron las diferencias significativas cuando estas tuvieron un valor  $p \leq 0.01$  \*\*\* y  $p \leq 0.05$  \*\*. El lector interesado puede identificar otras diferencias significativas con valores hasta de  $p < 0.10$  en los anexos.

---

<sup>59</sup> Las entidades federativas que integran cada región se describen dentro del Diseño Muestral.

<sup>60</sup> Consultar capítulo introductorio.

<sup>61</sup> La muestra para IMSS-O no permite incluirlo en el análisis, sólo comprenderán las 204 unidades médicas de la muestra inicial.

## Resultados del monitoreo

### *1. Accesibilidad para la población*

El Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud y que la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud. A su vez, la Ley General de Salud (LGS) define dos criterios de acceso a los servicios: a) ser asegurada de alguna institución de seguridad social o del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), o b) pertenecer a la población general con SP o abierta. La atención materno-infantil es motivo de salubridad general (Artículo 3º, LGS) y se incluye en el paquete de servicios básicos de salud (Artículo 27, LGS) dirigidos a toda la población. Los servicios de salud materno-infantiles se prestarán en establecimientos públicos de salud, regidos por criterios de universalidad y gratuidad fundados en las condiciones socio-económicas de los usuarios (Artículo 35, LGS). No obstante que el Estado es responsable de garantizar los derechos sociales, ni la Constitución ni la LGS establecen la obligación jurídica del Estado mexicano para garantizar el acceso universal, efectivo, oportuno, de calidad y gratuito a los servicios de salud materna para todas las mujeres, independientemente de su condición de afiliación o no a la seguridad social, al SPSS o a cualquier otro criterio de exclusión. El Comité Promotor por una Maternidad Segura en México (CPMSM) ha promovido desde el año 2008 la atención universal de la maternidad, independiente de la condición de aseguramiento, lo que es fundamental para asegurar el acceso oportuno a la atención obstétrica así como de la urgencia.

El paquete de intervenciones para evaluar la accesibilidad de la población está encaminado a reconocer si las mujeres pueden tener acceso a los servicios sin barreras físicas, sociales, de comunicación o por costos económicos. Los servicios para la atención del parto, incluyendo la capacidad para manejar complicaciones, deben estar disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana. El gobierno federal ha promovido algunas estrategias encaminadas a asegurar este acceso a los servicios como Embarazo Saludable y los convenios interinstitucionales para la atención de las urgencias obstétricas.

Para facilitar el análisis, los resultados obtenidos del paquete de accesibilidad están divididos en los siguientes apartados:

- a) Embarazo saludable
- b) Convenios interinstitucionales
- c) Continuidad del servicio
- d) Acceso a la información por parte de las usuarias

#### **a) Embarazo Saludable**

En 2009 se puso en marcha la estrategia de Embarazo Saludable que, como ya se mencionó, es una modalidad de acceso al Seguro Popular que permite la afiliación inmediata de las familias en caso de que una mujer se encuentre embarazada. El monitoreo mostró que solamente 14% de los establecimientos de primer nivel de los SESA -a nivel



nacional- cuenta en su vestíbulo o fachada con material gráfico a la vista que difunda el programa y que solamente 12% dispone en la sala de espera de los mecanismos de afiliación e inconformidad, tanto en el primero como en segundo niveles. En el caso de las unidades de segundo nivel, 59% muestra material de difusión y promoción de la estrategia Embarazo Saludable que no está relacionado con este programa de afiliación. Dos años después de puesto en marcha, sólo 63% de los directores señaló conocer el programa y apenas 19% de ellos sabía a detalle en qué consiste. Esto último probablemente ocurre porque este programa de afiliación tiene el mismo nombre que el de una estrategia impulsada por el Sector Salud encaminada a identificar las acciones que aseguren una atención del embarazo con calidad (Cartel 2, documento de iconografía, Álvarez, Miguel).

**b) Convenios interinstitucionales.** A un año del Convenio Interinstitucional (IMSS/ISSSTE/SSA), 65% de los directores de los establecimientos de primer nivel lo conocen, contra 87% tratándose de los directores de los establecimientos hospitalarios. Sin embargo, solamente la mitad de los directores de primer nivel contaba físicamente con el Convenio, mientras que en segundo nivel 69% lo tenía en su poder. Estas diferencias son mayores entre instituciones hospitalarias, declarando conocerlo 100% de los entrevistados en establecimientos del IMSS y alrededor de 85% en el resto de las instituciones. Tienen mayor conocimiento del Convenio los directores de hospitales de las instituciones de seguridad social, respecto de las que atienden a población SP/abierta, y hay una diferencia de 20 puntos porcentuales entre las instituciones para población SP/abierta y las de seguridad social en cuanto a disponer del Convenio físicamente. Prácticamente la mitad de las unidades de primer nivel ha enviado o canalizado a alguna de sus pacientes para resolver una urgencia obstétrica y solamente en la mitad de los casos han enviado a las mujeres a instituciones distintas de las suyas. Las instituciones para población SP/abierta envían 50% de las mujeres al mismo SESA, y el IMSS e ISSSTE envían de igual manera 50% de las mujeres al SESA. En el caso del segundo nivel, el Convenio al parecer es más utilizado por parte de los SESA ya que 68% de las instituciones para población SP/abierta que señaló haber referido pacientes (76% del total) con urgencias obstétricas hacia el segundo nivel de otra institución (IMSS, ISSSTE, SESA) lo hizo a una instancia de seguridad social y en el caso de las instituciones de seguridad social (IMSS e ISSSTE), generalmente realizaron estas referencias al SESA (74%); es decir, que el Convenio no ha permitido retener a mujeres sin seguridad social en los hospitales para aseguradas y la referencia, en estos casos, se sigue utilizando como un medio de reubicación de pacientes. Llama la atención que los más desinformados respecto a la existencia del Convenio son los directivos o médicos pertenecientes a instituciones para población SP/abierta, las cuales tienen una mayor necesidad de referir pacientes a hospitales con mayores recursos. La gratuidad en la atención del parto es más limitada que la de la urgencia obstétrica: 84% en los SESA, 85% en el ISSSTE, 67% en el IMSS ordinario y 100% en el IMSS-O.

### **c) Continuidad del servicio**

Hay dos estrategias que se han utilizado a fin de asegurar la continuidad en el servicio. Una de ellas es la que emplean las instituciones de seguridad social, a través de la vinculación desde el primero al segundo nivel de atención. La estrategia que priorizan es vincular a la población con seguridad social con el segundo nivel durante la consulta prenatal, lo cual puede ocurrir ante la demanda de ultrasonografía, estudios de laboratorio y durante las



últimas semanas del embarazo solicitando una interconsulta con ginecología; esto asegura que las aseguradas se familiaricen con el hospital de referencia con antelación y que conozcan a “dónde ir” en caso de una urgencia obstétrica. Así, la responsabilidad del acceso oportuno al lugar adecuado pasa a ser de las usuarias y sus familias, y no de los prestadores de los servicios de salud. La segunda estrategia es proporcionar información a las mujeres durante la consulta prenatal, sobre cuál es el establecimiento idóneo para solicitar atención en caso de que se presente una urgencia obstétrica.

Es fundamental la accesibilidad geográfica que asegure servicios de atención inmediata (clínicas, centros de salud, casas de salud y hospitales) distribuidos geográficamente de tal manera que garanticen el acceso a la población (UNFPA, AMDD, 2002). Los establecimientos de primer nivel deben estar ubicados, máximo, a dos horas de desplazamiento de un hospital integral, a fin de asegurar la continuidad de los servicios; por ello también la mejora de los caminos y la disponibilidad de vehículos en el primer nivel de atención son factores fundamentales para asegurar el acceso geográfico. Los resultados de este estudio revelan que solamente 18% de los establecimientos de primer nivel cuenta con ambulancias para hacer referencias de pacientes, existiendo diferencias significativas entre las unidades destinadas a población SP/abierta -con apenas 15% de disponibilidad-, frente a 36.6% tratándose de instituciones de seguridad social. El segundo nivel tiene mayor disponibilidad de ambulancias, siendo así que 77% de los establecimientos de este tipo para población SP/abierta cuenta con este servicio -con gasolina y chofer las 24 horas, los siete días de la semana-, mientras que esto es cierto en 90% de los destinados a la seguridad social. En un porcentaje importante de las unidades dirigidas a población SP/abierta (99%) se señaló que se acompaña a las pacientes referidas por urgencias obstétricas y en el caso de las instituciones de seguridad social esto fue confirmado en 88% de los casos. Para 39% de los establecimientos para población SP/abierta el transporte no es gratuito y lo gestiona la familia, y para la población asegurada esto ocurre en 28% de los casos; es decir, existen menos facilidades en este rubro para la población más pobre y más apartada. Tratándose del segundo nivel, solamente en el caso de los SESA, 47% de los transportes que no están disponibles no son gratuitos y deben gestionarlos las familias de las usuarias.

De igual manera, hay diferencias significativas entre las instituciones para población SP/abierta y de seguridad social respecto del acceso a teléfono y radio. En el primer nivel, la mitad de las primeras (52%) cuenta con estos recursos, mientras que la casi totalidad (98%) de las segundas dispone de estos medios de comunicación. En este rubro, las diferencias son menos pronunciadas para el caso del segundo nivel ya que 94% de los de población SP/abierta los posee, frente a prácticamente 100% de los de población asegurada.

El paradigma que subyace en privilegiar la atención prenatal como el elemento para identificar a las mujeres de “alto riesgo” con el fin de evitar muertes maternas, determina que se siga pensando que el primer nivel de atención no debe tener entre sus prioridades la atención primaria de la urgencia obstétrica. En 65% de los establecimientos de primer nivel se cuenta con una estrategia para la atención de la urgencia obstétrica, pero solamente en 14% de estos la estrategia incluye la atención y estabilización de la paciente. La estrategia principal consiste en referir a las mujeres al segundo nivel; 73% de los establecimientos otorga la atención de la urgencia obstétrica de manera gratuita y en 21% no se otorga atención a la urgencia obstétrica. En apenas poco más de la mitad de los establecimientos,

personal de salud acompaña siempre a las pacientes en caso de canalización al segundo nivel de atención.<sup>62</sup>

Aunque en 62% de los establecimientos de primer nivel se atiende a población indígena, en sólo 24% de estos disponían de personal hablante de lengua indígena y este personal de salud realiza labores de enfermería o de promoción a la salud. De igual manera, en 63% de las unidades de segundo nivel del país se atiende a población indígena y en poco menos de la mitad de estos (47%) se cuenta con personal hablante de lengua indígena, el doble que para el caso de los establecimientos de primer nivel.

#### **d) Acceso a la información por parte de las usuarias**

El acceso también está determinado por la posibilidad de que la población cuente con información relevante sobre la disponibilidad de los servicios. Sin información completa, las mujeres no pueden participar activamente en el cuidado de su propia salud y es menos probable que sigan las indicaciones médicas. De ahí que sea fundamental informar a la población para involucrarla en los procesos de toma de decisiones relativas a su propia salud y la de sus recién nacidos (APV, Population Council, 2009). Escasamente 34.5% de los establecimientos de primer nivel para población SP/abierta disponía de un directorio satisfactorio y visible acerca de su personal, servicios y horarios de atención, frente a un escaso 17% de los establecimientos clasificados como consulta externa para población asegurada. En el caso de las unidades de segundo nivel, 47% contaba con un directorio que podía calificarse como satisfactorio, sin existir diferencias entre ambos tipos de institución. Los directorios permiten a las usuarias acercarse de una manera más fácil y rápida al prestador del servicio y, adicionalmente, son instrumentos que abonan a la transparencia en los horarios de prestación del servicio, haciendo posible de manera más expedita la rendición de cuentas.

En el trabajo de campo se encontraron 80 carteles con temas relacionados con la salud materna- Los temas y su distribución por instituciones se encuentran en los Cuadros II.14 y II.15, la mayoría de ellos localizados en las instalaciones de los SESA (56/80). Del total, el programa de salud que más aparece y promueve información es el de APV, con 25% de un total de 266 carteles registrados en la base de datos. La distribución de estos carteles en primer nivel y segundo nivel es de 50% para el caso de los SESA, mientras que en el IMSS e IMSS-O la proporción es menor en la consulta. Los temas que se representan son: preeclampsia-eclampsia, administración de ácido fólico, embarazo en adolescentes, influenza en el embarazo, signos de alarma durante el embarazo, urgencias obstétricas y solamente un cartel alusivo a la afiliación de las embarazadas al Seguro Popular de Salud. No existió diferencia entre el porcentaje de instituciones con disponibilidad pública de material audiovisual (carteles, pósters o videos) en las salas de espera, con información sobre los síntomas de la urgencia obstétrica (6 y 7% para las instituciones dirigidas a población SP/abierta y asegurada, respectivamente). La diferencia radicó en la disponibilidad de material en forma de folletos o trípticos (20 y 29% para primer nivel y

---

<sup>62</sup> Sólo 35.4% sabe que hubiera podido recibir **atención gratuita en caso de urgencia obstétrica**. Cfr. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Encuesta Nacional de Medio Camino 2010, diciembre de 2010, presentación ppt.

segundo nivel, respectivamente) en los establecimientos para población SP/abierta, y de 6 y 20%, según primer nivel y segundo nivel, en los dirigidos a población asegurada.<sup>63</sup>

En la primer nivel prácticamente no existe material que se proporcione a la población acerca de dónde atenderse el parto. Los porcentajes fueron de 2 y 1% en primer nivel para población SP/abierta y con seguridad social, respectivamente. Respecto de lo que ocurre en el segundo nivel, el porcentaje es mucho mayor (15%) para las unidades de segundo nivel para población SP/abierta y de 1% -similar al primer nivel- del segundo para aseguradas.<sup>64</sup>

---

<sup>63</sup> 14. 8% de las mujeres con embarazo o parto en el último año no conoce ninguna señal de alarma. Con excepción del sangrado vaginal, el conocimiento de las señales de alarma es pobre. Cfr. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Encuesta Nacional de Medio Camino 2010, diciembre de 2010, presentación ppt.

<sup>64</sup> 92. 0% de las mujeres conoce el hospital más cercano de acuerdo con Cfr. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Encuesta Nacional de Medio Camino 2010, diciembre de 2010, presentación ppt.

**Cuadro II.14 Temas de carteles del programa materno infantil en primer nivel según institución, 2010**

| Tipo de unidad médica | Tema del cartel                                                       | Institución |          |           |           | Total de todos los carteles observados |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------|----------|-----------|-----------|----------------------------------------|
|                       |                                                                       | IMSS-O      | IMSS     | ISSSTE    | SSA       |                                        |
| Primer nivel          | <i>No especificado</i>                                                | 9           | 16       | 16        | 27        | 68                                     |
|                       | <i>Preeclampsia/<br/>Eclampsia</i>                                    | 0           | 3        | 0         | 2         | 5                                      |
|                       | <i>Ácido fólico</i>                                                   | 0           | 0        | 0         | 2         | 2                                      |
|                       | <i>Colaboración interinstitucional para reducir la muerte materna</i> | 0           | 1        | 0         | 0         | 1                                      |
|                       | <i>Derechos durante el embarazo</i>                                   | 0           | 0        | 0         | 1         | 1                                      |
|                       | <i>Embarazo en adolescentes</i>                                       | 0           | 0        | 0         | 1         | 1                                      |
|                       | <i>Embarazo Saludable</i>                                             | 0           | 1        | 1         | 11        | 13                                     |
|                       | <i>Influenza en embarazadas</i>                                       | 0           | 0        | 0         | 6         | 6                                      |
|                       | <i>Leche materna</i>                                                  | 0           | 1        | 0         | 0         | 1                                      |
|                       | <i>Prevención del VIH/SIDA en mujeres</i>                             | 0           | 0        | 0         | 1         | 1                                      |
|                       | <i>Señales de alarma durante el embarazo</i>                          | 0           | 0        | 0         | 4         | 4                                      |
|                       | <i>Tamiz neonatal</i>                                                 | 0           | 0        | 0         | 1         | 1                                      |
|                       | <b>Total de todos los carteles</b>                                    | <b>0</b>    | <b>6</b> | <b>23</b> | <b>29</b> | <b>201</b>                             |

**Cuadro II.15 Temas de carteles del programa materno infantil en segundo nivel según institución, 2010**

| Tipo de Unidad Médica | Tema del cartel                                                  | Institución |           |           |           | Total de todos los carteles observados |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------|-------------|-----------|-----------|-----------|----------------------------------------|
|                       |                                                                  | IMSS-O      | IMSS      | ISSSTE    | SESA      |                                        |
| Segundo nivel         | <i>No especificado</i>                                           | 2           | 16        | 12        | 11        | 41                                     |
|                       | <i>Preeclampsia / eclampsia</i>                                  | 0           | 3         | 0         | 3         | 6                                      |
|                       | <i>Afiliación de embarazadas al Seguro Popular</i>               | 0           | 0         | 0         | 1         | 1                                      |
|                       | <i>Cartilla nacional de la salud de la mujer</i>                 | 0           | 0         | 0         | 1         | 1                                      |
|                       | <i>Derechos durante el embarazo</i>                              | 0           | 0         | 0         | 1         | 1                                      |
|                       | <i>Embarazo en adolescentes</i>                                  | 0           | 0         | 0         | 1         | 1                                      |
|                       | <i>Embarazo Saludable</i>                                        | 4           | 1         | 2         | 12        | 19                                     |
|                       | <i>Emergencias obstétricas</i>                                   | 0           | 0         | 1         | 0         | 1                                      |
|                       | <i>Influenza en embarazadas</i>                                  | 0           | 0         | 2         | 2         | 4                                      |
|                       | <i>Prevención de la mortalidad materna</i>                       | 0           | 0         | 0         | 1         | 1                                      |
|                       | <i>Programa Hospital amigo de la madre y el niño 25 acciones</i> | 0           | 0         | 0         | 1         | 1                                      |
|                       | <i>Señales de alarma durante el embarazo</i>                     | 0           | 1         | 1         | 3         | 5                                      |
|                       | <i>Tamiz neonatal</i>                                            | 0           | 0         | 0         | 2         | 2                                      |
|                       | <i>Triaje obstétrico</i>                                         | 1           | 0         | 0         | 1         | 2                                      |
|                       | <b>Total de todos los carteles</b>                               | <b>18</b>   | <b>39</b> | <b>23</b> | <b>94</b> | <b>174</b>                             |

## **Índices del paquete Accesibilidad para la población**

El índice de accesibilidad, que mide todas las variables que han sido descritas en este apartado, fue de .48 para primer nivel y .63 para unidades de segundo nivel (Cuadro II.16 y Gráfica II.3), presentando diferencias muy significativas\*\*\* en el desempeño de este paquete entre estos dos niveles de atención. Cuando comparamos los resultados del índice de accesibilidad en relación con el tipo de población que se atiende, los resultados son .47 (desempeño que requiere de atención urgente) en población SP/abierta *versus* .56 (desempeño mediano) en población asegurada (Gráfica II.4), presentando diferencias significativas\*\*\*. Estas diferencias en el tipo de población atendida se dieron básicamente por las diferencias presentadas entre los SESA con .47 y el IMSS con .57, ya que fueron las únicas que presentaron diferencias significativas\*\*\*, no así con el ISSSTE .53 ni el IMSS-O .53 (Gráfica II.5).. En general, el desempeño de este paquete fue de bajo a mediano ya que los índices estuvieron entre el rango de .40 a .64; el mejor desempeño lo tienen las unidades de segundo nivel y el IMSS. Los subíndices pueden ser consultados en el Anexo II.1.1 y las pruebas de significancia en el Anexo II.2.

**Cuadro II.16 Índices de los paquetes de APV por programa y por dimensiones de la producción del servicio**

| Paquetes de intervención AMP                                                                                                                                                                               | Primer nivel |              |                               |          |                        |                                                    | Segundo nivel |              |                               |          |                        |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|-------------------------------|----------|------------------------|----------------------------------------------------|---------------|--------------|-------------------------------|----------|------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                                                            | Estimación   | Error típico | Intervalo de confianza al 95% |          | Tamaño de la población | N muestral                                         | Estimación    | Error típico | Intervalo de confianza al 95% |          | Tamaño de la población | N muestral |
|                                                                                                                                                                                                            |              |              | Inferior                      | Superior |                        |                                                    |               |              | Inferior                      | Superior |                        |            |
| Atención prenatal                                                                                                                                                                                          | .67          | .02          | .63                           | .70      | 13752.03               | 117                                                | .72           | .02          | .66                           | .75      | 1224.50                | 80         |
| VIH                                                                                                                                                                                                        | .59          | .04          | .51                           | .68      | 13752.03               | 117                                                | .44           | .02          | .40                           | .49      | 1224.50                | 80         |
| Sífilis                                                                                                                                                                                                    | .46          | .03          | .40                           | .51      | 13752.03               | 117                                                | .66           | .02          | .61                           | .71      | 1224.50                | 80         |
| Influenza                                                                                                                                                                                                  | .50          | .04          | .42                           | .58      | 13752.03               | 117                                                | .63           | .03          | .58                           | .68      | 1229.73                | 81         |
| Atención del parto                                                                                                                                                                                         | .76          | .01          | .73                           | .78      | 1081.82                | 13                                                 | .73           | .01          | .71                           | .76      | 1224.50                | 80         |
| Atención del recién nacido                                                                                                                                                                                 | .56*         | .07          | .42                           | .69      | 1081.82                | 13                                                 | .73           | .03          | .67                           | .79      | 1224.50                | 80         |
| Atención de la urgencia obstétrica                                                                                                                                                                         | .45          | .03          | .39                           | .50      | 13752.03               | 117                                                | .71           | .01          | .69                           | .73      | 1224.50                | 80         |
| Accesibilidad para la población                                                                                                                                                                            | .48          | .02          | .44                           | .51      | 13752.03               | 117                                                | .63           | .02          | .59                           | .66      | 1229.73                | 81         |
| AMP global                                                                                                                                                                                                 | .55          | .02          | .51                           | .59      | 13752.03               | 117                                                | .68           | .00          | .67                           | .70      | 1229.73                | 81         |
| <b>Dimensiones de la producción del servicio</b>                                                                                                                                                           |              |              |                               |          |                        |                                                    |               |              |                               |          |                        |            |
| Administrativa o de organización del servicio                                                                                                                                                              | .47          | .03          | .42                           | .53      | 14173.83               | 118                                                | .71           | .01          | .69                           | .73      | 1224.50                | 80         |
| Prestación del servicio                                                                                                                                                                                    | .50          | .02          | .46                           | .55      | 13752.03               | 117                                                | .71           | .01          | .68                           | .74      | 1229.73                | 81         |
| Accesibilidad y continuidad en el servicio                                                                                                                                                                 | .56          | .02          | .52                           | .59      | 13752.03               | 117                                                | .64           | .02          | .61                           | .68      | 1229.73                | 81         |
| <b>Atiende a población SP/abierta (SESA/IMSS-O)</b>                                                                                                                                                        |              |              |                               |          |                        | <b>Atiende a población asegurada (IMSS/ISSSTE)</b> |               |              |                               |          |                        |            |
| Atención prenatal                                                                                                                                                                                          | .67          | .02          | .63                           | .71      | 12611.07               | 99                                                 | .65           | .02          | .61                           | .69      | 2365.46                | 98         |
| VIH                                                                                                                                                                                                        | .61          | .04          | .53                           | .70      | 12611.07               | 99                                                 | .41           | .04          | .34                           | .48      | 2365.46                | 98         |
| Sífilis                                                                                                                                                                                                    | .46          | .03          | .41                           | .52      | 12611.07               | 99                                                 | .52           | .03          | .47                           | .58      | 2365.46                | 98         |
| Influenza                                                                                                                                                                                                  | .50          | .05          | .40                           | .59      | 12611.07               | 99                                                 | .58           | .04          | .50                           | .67      | 237.69                 | 99         |
| Atención del parto                                                                                                                                                                                         | .76          | .01          | .73                           | .79      | 1701.85                | 44                                                 | .71           | .02          | .66                           | .75      | 604.47                 | 49         |
| Atención del recién nacido                                                                                                                                                                                 | .64*         | .06          | .52                           | .77      | 1701.85                | 44                                                 | .66           | .05          | .56                           | .76      | 604.47                 | 49         |
| Atención de la urgencia obstétrica                                                                                                                                                                         | .45          | .03          | .39                           | .51      | 12611.07               | 99                                                 | .57           | .02          | .52                           | .61      | 2365.46                | 98         |
| Accesibilidad para la población                                                                                                                                                                            | .47          | .02          | .43                           | .52      | 12611.07               | 99                                                 | .56           | .02          | .52                           | .60      | 2370.69                | 99         |
| AMP global                                                                                                                                                                                                 | .56          | .02          | .51                           | .60      | 12611.07               | 99                                                 | .60           | .02          | .56                           | .64      | 2370.69                | 99         |
| <b>Dimensiones de la producción del servicio</b>                                                                                                                                                           |              |              |                               |          |                        |                                                    |               |              |                               |          |                        |            |
| Administrativa o de organización del servicio                                                                                                                                                              | .47          | .03          | .42                           | .53      | 13032.87               | 100                                                | .58           | .03          | .52                           | .63      | 2365.46                | 98         |
| Prestación del servicio                                                                                                                                                                                    | .53          | .02          | .48                           | .57      | 12611.07               | 99                                                 | .49           | .03          | .43                           | .55      | 2370.69                | 99         |
| Accesibilidad y continuidad en el servicio                                                                                                                                                                 | .55          | .02          | .51                           | .59      | 12611.07               | 99                                                 | .63           | .01          | .61                           | .66      | 2370.69                | 99         |
| Se señalaron con un asterisco (*) aquellos tabulados que presentan un error típico de más de .050, los resultados de estos paquetes de intervención no se incluirán en la descripción, ni en los gráficos. |              |              |                               |          |                        |                                                    |               |              |                               |          |                        |            |

Continuación...

| Paquetes de intervención<br>AMP                  | Institución SESA |                 |                                  |          |                              |                           | Institución ISSSTE |                 |                                  |          |                              |               |
|--------------------------------------------------|------------------|-----------------|----------------------------------|----------|------------------------------|---------------------------|--------------------|-----------------|----------------------------------|----------|------------------------------|---------------|
|                                                  | Estimación       | Error<br>típico | Intervalo de<br>confianza al 95% |          | Tamaño de<br>la<br>población | N<br>muestral             | Estimación         | Error<br>típico | Intervalo de<br>confianza al 95% |          | Tamaño de<br>la<br>población | N<br>muestral |
|                                                  |                  |                 | Inferior                         | Superior |                              |                           |                    |                 | Inferior                         | Superior |                              |               |
| Atención prenatal                                | .69              | .02             | .64                              | .73      | 11654.36                     | 80                        | .63                | .04             | .56                              | .70      | 639.33                       | 40            |
| VIH                                              | .63              | .04             | .55                              | .72      | 11654.36                     | 80                        | .37                | .04             | .29                              | .46      | 639.33                       | 40            |
| Sífilis                                          | .46              | .03             | .40                              | .52      | 11654.36                     | 80                        | .55                | .05             | .46                              | .65      | 639.33                       | 40            |
| Influenza                                        | .49              | .05             | .39                              | .59      | 11654.36                     | 80                        | .47*               | .05             | .36                              | .57      | 639.33                       | 40            |
| Atención del parto                               | .76              | .02             | .72                              | .80      | 132.11                       | 34                        | .69                | .03             | .62                              | .76      | 179.17                       | 21            |
| Atención del recién nacido                       | .63*             | .07             | .49                              | .78      | 132.11                       | 34                        | .60*               | .07             | .46                              | .73      | 179.17                       | 21            |
| Atención de la urgencia obstétrica               | .45              | .03             | .39                              | .51      | 11654.36                     | 80                        | .55                | .02             | .50                              | .60      | 639.33                       | 40            |
| Accesibilidad para la población                  | .47              | .02             | .42                              | .51      | 11654.36                     | 80                        | .53                | .03             | .47                              | .58      | 639.33                       | 40            |
| AMP global                                       | .56              | .02             | .51                              | .60      | 11654.36                     | 80                        | .56                | .03             | .50                              | .61      | 639.33                       | 40            |
| <b>Dimensiones de la producción del servicio</b> |                  |                 |                                  |          |                              |                           |                    |                 |                                  |          |                              |               |
| Administrativa o de organización del servicio    | .47              | .03             | .41                              | .54      | 12076.15                     | 81                        | .56                | .02             | .51                              | .61      | 639.33                       | 40            |
| Prestación del servicio                          | .53              | .03             | .47                              | .58      | 11654.36                     | 80                        | .39                | .04             | .30                              | .48      | 639.33                       | 40            |
| Accesibilidad y continuidad en el servicio       | .55              | .02             | .51                              | .59      | 11654.36                     | 80                        | .55                | .03             | .49                              | .60      | 639.33                       | 40            |
| <b>Dimensiones de la producción del servicio</b> |                  |                 |                                  |          |                              |                           |                    |                 |                                  |          |                              |               |
| <b>Institución IMSS</b>                          |                  |                 |                                  |          |                              | <b>Institución IMSS-O</b> |                    |                 |                                  |          |                              |               |
| Atención prenatal                                | .66              | .03             | .61                              | .71      | 1726.12                      | 58                        | .51                | .03             | .45                              | .56      | 956.71                       | 19            |
| VIH                                              | .42              | .04             | .34                              | .50      | 1726.12                      | 58                        | .36                | .05             | .26                              | .46      | 956.71                       | 19            |
| Sífilis                                          | .51              | .03             | .44                              | .58      | 1726.12                      | 58                        | .51                | .05             | .42                              | .60      | 956.71                       | 19            |
| Influenza                                        | .62              | .05             | .52                              | .72      | 1731.35                      | 59                        | .58                | .03             | .52                              | .64      | 956.71                       | 19            |
| Atención del parto                               | .71              | .02             | .66                              | .76      | 425.29                       | 28                        | .76                | .01             | .72                              | .79      | 381.74                       | 10            |
| Atención del recién nacido                       | .69*             | .05             | .58                              | .79      | 425.29                       | 28                        | .68*               | .09             | .50                              | .86      | 381.74                       | 10            |
| Atención de la urgencia obstétrica               | .58              | .03             | .52                              | .63      | 1726.12                      | 58                        | .49                | .03             | .42                              | .56      | 956.71                       | 19            |
| Accesibilidad para la población                  | .57              | .02             | .53                              | .61      | 1731.35                      | 59                        | .53                | .03             | .47                              | .60      | 956.71                       | 19            |
| AMP global                                       | .62              | .03             | .57                              | .67      | 1731.35                      | 59                        | .54                | .02             | .50                              | .58      | 956.71                       | 19            |
| <b>Dimensiones de la producción del servicio</b> |                  |                 |                                  |          |                              |                           |                    |                 |                                  |          |                              |               |
| Administrativa o de organización del servicio    | .58              | .03             | .52                              | .65      | 1726.12                      | 58                        | .53                | .04             | .45                              | .60      | 956.71                       | 19            |
| Prestación del servicio                          | .53              | .03             | .47                              | .59      | 1731.35                      | 59                        | .52                | .03             | .45                              | .58      | 956.71                       | 19            |
| Accesibilidad y continuidad en el servicio       | .66              | .01             | .64                              | .69      | 1731.35                      | 59                        | .56                | .02             | .52                              | .60      | 956.71                       | 19            |

Se señalaron con un asterisco (\*) aquellos tabulados que presentan un error típico de más de .050, los resultados de estos paquetes de intervención no se incluirán en la descripción, ni en los gráficos.

## 2. Atención prenatal

La atención prenatal (paquete de intervenciones privilegiado por APV) pretende asegurar una buena salud para la madre, el feto y el recién nacido. También puede considerarse un espacio idóneo para ofrecer servicios integrales de atención a la salud de las mujeres, mediante el tamizaje para el VIH-SIDA, ITS, CaMa y CaCu, así como la promoción de la PF y la detección de violencia familiar.

El paquete de atención prenatal está constituido por intervenciones encaminadas al cuidado de la salud materna y fetal durante el transcurso del embarazo. En ellas se contemplan la dotación de vitaminas y micronutrientes, la aplicación de inmunizaciones, la detección o el tamizaje de signos y síntomas de complicaciones o infecciones (ITS, VIH e influenza), o “factores de riesgo” y su tratamiento, así como el dotar a la madre y su familia de capacitación para identificar el inicio del trabajo de parto, las complicaciones obstétricas y decidir cuál es el mejor lugar para buscar atención. Sin embargo, se ha demostrado que la atención prenatal no es suficiente para disminuir la mortalidad materna; en México la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica (ENADID 2009) mostró que casi 97.3% de las mujeres embarazadas contó con revisiones prenatales y de siete revisiones en promedio. Pese a ello, no ha sido posible abatir la mortalidad materna de manera consistente.

Para asegurar la calidad en la prestación del servicio deben existir normas de atención basadas en evidencias científicas y con estándares claros. Como ya se dijo, en México se dispone de las NOM que establece los criterios de atención en el Sector Salud que son de observancia obligatoria y guías técnicas consensuadas por las diversas instituciones de salud. Del total de los establecimientos con hospitalización, 54% tenía disponible y de manera satisfactoria<sup>65</sup> la NOM-007.<sup>66</sup> Respecto a primer nivel, 70% de los establecimientos de los SESA disponía de ella, contra 39% de las unidades para población asegurada.

Otro instrumento que permite el seguimiento de la prestación de servicios es la Cartilla para Embarazadas, que estuvo disponible en 78 y 71% del total de los establecimientos de primer nivel y segundo nivel, respectivamente. El tríptico con información estratégica para las mujeres embarazadas solamente estuvo disponible en 46 y 43% de las unidades de primer nivel y segundo nivel, respectivamente (ver listado de intervenciones).

De acuerdo con el CNEGySR,<sup>67</sup> el mayor porcentaje de muertes fetales en el país ocurre por malformaciones congénitas (48%). Las malformaciones que predominan son las del sistema nervioso central, seguidas de las cardiocirculatorias. En diez estados de

---

<sup>65</sup> Disponible: Impreso y lo presenta físicamente, en formato digital y cuenta con un medio (computadora) para su consulta; Disponible pero no satisfactoria: se encuentra en una biblioteca que permanece cerrada, se encuentra en formato digital pero no hay computadora para consultarlo; No disponible: no tienen la norma en ninguna presentación.

<sup>66</sup> Disponible y satisfactorio: en este caso es que el médico entrevistado muestre la Norma y esta se encuentre completa y legible.

<sup>67</sup> Dra. Patricia Uribe Zúñiga, Directora General del CNEGySR, XV Reunión Ordinaria del Comité Nacional del Programa de Acción Específico Arranque Parejo en la Vida, mayo 2010. Fuente: SEED/DGE/SSA, 2000-2009, preliminar Población proyectada CONAPO, México, 2015, [http://maternidadsinriesgos.org.mx/web/wp-content/uploads/2009/03/muerte\\_materna.pdf](http://maternidadsinriesgos.org.mx/web/wp-content/uploads/2009/03/muerte_materna.pdf) (consultado 25 de enero 2010).



la República ocurre 54% de dichas defunciones (*Ibidem*), por lo que es imperativa la prescripción de ácido fólico a las mujeres en edad reproductiva.<sup>68</sup> En primer nivel, 72% de los médicos ofrecen ácido fólico a todas las mujeres en edad reproductiva y a las embarazadas, el resto solamente lo prescribe a las embarazadas. No hay diferencias en este criterio entre los médicos que atienden a población SP/abierta frente a aquéllos adscritos a instituciones de seguridad social. Las diferencias sí son evidentes en los servicios de hospitalización, pues se prescribe ácido fólico a las mujeres en edad reproductiva en un mayor porcentaje (70%) a la población SP/abierta con respecto a la asegurada (29%), a la que se le ofrece solamente si se trata de embarazadas, a pesar de que hay disponibilidad de ácido fólico en 94% y 96% de los establecimientos de primer nivel y segundo nivel, respectivamente.

La aplicación de inmunizaciones es una intervención normativa para la salud prenatal. En el primer nivel, 69% tenía disponibilidad de toxoide tetánico, con mejor abasto en los SESA. En lo que toca a segundo nivel, la disponibilidad fue mayor -88%-sin diferencias entre las instituciones. Para el caso de la inmunización anti-D,<sup>69</sup> había disponibilidad en 47% de las unidades, siendo mayor en los SESA y el IMSS ordinario que en el ISSSTE e IMSS-O.

La NOM establece, como parte del control prenatal, la realización de exámenes de laboratorio para la detección precoz y el tratamiento oportuno de aquellos padecimientos que con mayor frecuencia alteran el curso del embarazo y el crecimiento y desarrollo del feto. En los establecimientos médicos tanto de primer nivel como en segundo nivel, respectivamente, la disponibilidad de exámenes fue la siguiente: 92 y 61% para biometría hemática, 85 y 58% para glucemia, 89 y 47% para VDRL, 72 y 47% para grupo y Rh sanguíneos, 73 y 24% para VIH, y 97 y 58% para examen general de orina.

Los estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre los modelos alternativos de atención prenatal, señalan la importancia de los servicios amigables y destacan el uso de pruebas diagnósticas rápidas y fáciles de realizar con administración de tratamiento el mismo día (APV, Population Council, 2009). Ésta es una de las debilidades en la prestación del servicio en el primer nivel pues sólo 12.3%

---

<sup>68</sup> El ácido fólico es una vitamina del grupo B que es esencial para el correcto desarrollo de las células, si se ingiere en cantidades adecuadas antes y durante las primeras etapas del embarazo puede prevenir entre 50 y 70% de los defectos del tubo neural. Cfr. Arranque Parejo en la Vida, Population Council, 2009b, Nutrición y salud materno-fetal, en Freyermuth y Sesia, 2009.

<sup>69</sup> La inyección de inmunoglobulina anti-D (o anti-Rh) administrada a las mujeres Rh negativas a las 28 y 34 semanas de embarazo, es efectiva para detener la formación de anticuerpos anti-Rh después del nacimiento. Las mujeres que son Rh negativas pueden formar anticuerpos durante el embarazo si el producto es Rh positivo. Con mayor frecuencia, los anticuerpos se forman después de la semana 28 de gestación. Si los anticuerpos están presentes, en un embarazo posterior pueden causar anemia neonatal e ictericia por hemólisis. Si el cuadro es severo y no es tratado, el recién nacido puede morir. El objetivo de la inyección de anti-D exógeno es disminuir las posibilidades de que una mujer forme anticuerpos endógenos. Esta revisión encontró que una inyección de 100 ug (500 UI) de Anti-D, aplicada a las mujeres que son Rh negativas a las 28 y 34 semanas -en su primer embarazo e independientemente de que llegue a término o se aborte- disminuye la probabilidad de formación de anticuerpos anti-Rh después del nacimiento. Una dosis menor fue ineficaz. Los costos de este tratamiento necesitan considerarse, como también los costos del tratamiento para las mujeres que forman anticuerpos anti-Rh y sus recién nacidos, y los suministros locales de anti-D disponible. Se requiere de investigación adicional para establecer el mejor momento y dosificación para las inyecciones. <http://www.fisterra.com/guias2/cochrane/AB000020-ES.htm> (consultado 10 de enero 2010).

realiza los estudios básicos que marca la Norma en la misma unidad, 6.9% es capaz de realizar sólo algunos en la propia unidad, 77.4% debe recurrir a algún hospital público, 4% los subroga y sólo 3% los solicita a un laboratorio privado. En el caso de las ultrasonografías, 5.9% se realizan en el mismo primer nivel y 85.9% en las unidades de segundo nivel y, cuando no hay servicio de ultrasonografía en el primer nivel, 87% se refiere a un hospital público, 7% a un establecimiento privado con costo para la usuaria y 13% también con costo para la usuaria aunque se derivan a las unidades de segundo nivel. Es posible aplicar la isoinmunización anti D en primer nivel en 9% de los establecimientos y 86.5 % canalizan a un hospital público y 1.2% a un privado. En el caso de los establecimientos hospitalarios 71.1% dispone del servicio en la misma unidad, 11.7% canaliza a las usuarias a un servicio público, 5.6% a un subrogado y 9.6% a un privado con costo para la usuaria.

En el año 2009, 6.3% de los recién nacidos en los SESA sufrieron de prematuridad y 8.4% a nivel nacional tuvieron bajo peso al nacer (Uribe, Patricia, *Op. cit.* 2010). Un aspecto fundamental para prevenir la prematuridad y el bajo peso es la detección oportuna y el tratamiento de las infecciones urinarias; en 96.5 % y 58.4% de los servicios de primer nivel y segundo nivel, respectivamente, los médicos indican rutinariamente en la primera cita de control prenatal el examen general de orina. En relación con el conocimiento sobre el tratamiento de elección de las infecciones del tracto urinario,<sup>70</sup> se encontró que en solamente 15 y 20.7% de primer nivel y segundo nivel se estaba al tanto de los medicamentos que marcan los lineamientos, y se desconocía la indicación de dichos medicamentos en 34 y 29.5% de los servicios de primer nivel y segundo nivel, respectivamente. Se disponía de amoxicilina en 71% de los servicios de primer nivel y en 90% de las unidades de segundo nivel, por lo que la no utilización de los medicamentos de elección no puede atribuirse necesariamente a la falta de disponibilidad.

La muerte materna secundaria a enfermedad hipertensiva del embarazo ha sido una de las primeras causas en el ámbito nacional. Durante el año 2009 fallecieron 262 mujeres (de un total de 1, 207 muertes maternas) por esta causa (CNEGySR, 2010).<sup>71</sup> Respecto de la identificación de los factores de riesgo para preeclampsia-eclampsia, el monitoreo mostró los siguientes resultados, se presentan las cifras correspondientes a cada rubro en primer nivel y segundo nivel, respectivamente: 55 y 55% hipertensión crónica, 40 y 44% obesidad, 37 y 42% edad mayor a 40 años, 34 y 38% antecedente de preeclampsia, 13 y 6% enfermedad renal preexistente, 17 y 8% embarazo múltiple, 14% y 18% diabetes mellitus y 2% en ambos tipos de establecimientos los antecedentes del tejido conectivo como lupus, y trombofilia congénita o adquirida. Como puede constatar, el nivel de conocimiento de los prestadores de servicios de salud es deficiente y muy similar en ambos ámbitos. El subíndice de esta pregunta fue de .31 tomando en cuenta que, por lo menos, los y las médicas mencionaron tres factores de riesgo correctamente (Ver subíndices atención prenatal, Anexo II.1.2).

### ***Índices del paquete de atención prenatal***

El índice de atención prenatal presentó un desempeño de mediano a adecuado en primer nivel con .67 y en segundo nivel .72 (Cuadro II.16, Gráfica II.3), por tipo de población

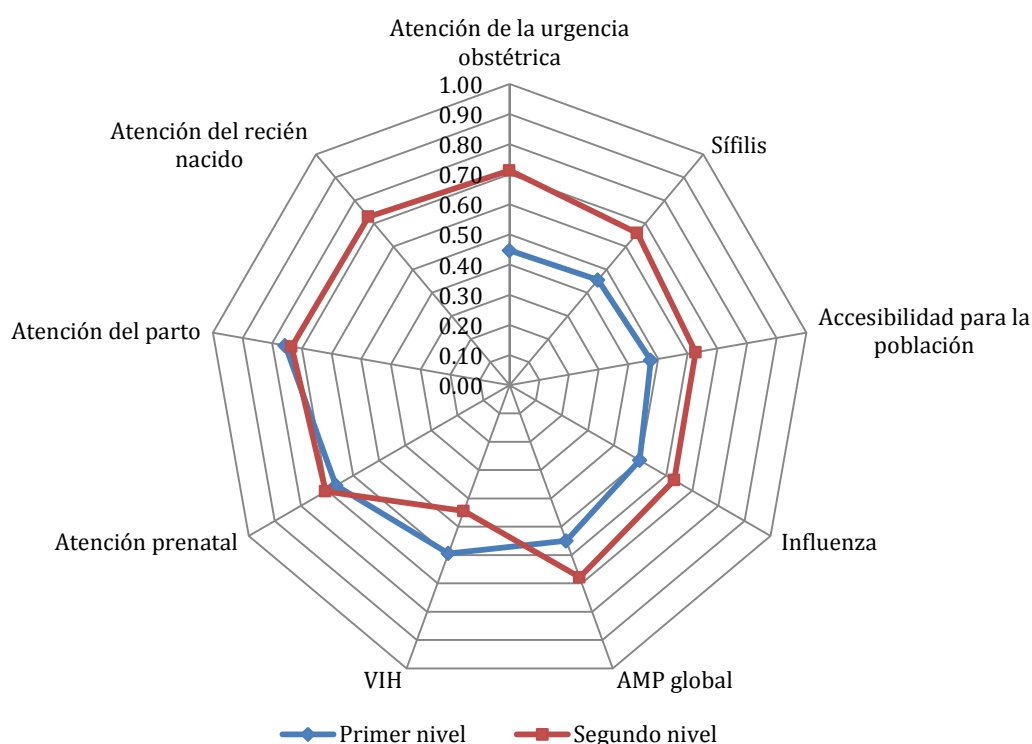
---

<sup>70</sup> Nitrofurantoina y amoxicilina.

<sup>71</sup> CNEGySR, Reunión Nacional de APV, Panorama epidemiológico e indicadores de muerte materna, 2010, Presentación ppt, diciembre de 2010. Fuente: Cierre definitivo DGIS/INEGI Defunciones notificadas, por lugar de residencia.

atendida obtuvo .67 en población SP/abierta y .65 en población con seguridad social (Gráfica II.4). Todos cayeron en la clasificación de desempeño mediano y no presentaron diferencias significativas en estas comparaciones. Por instituciones, las de menor desempeño fueron IMSS-O con .51 e ISSSTE con .63, y los índices de los SESA fueron de .69 y de IMSS .66, todos clasificados como desempeño mediano (Gráfica II.5). Se encontraron diferencias significativas\*\*\* entre SESA e IMSS con respecto a IMSS-O. La atención prenatal es la que presenta un desempeño homogéneo, el menor lo tuvo IMSS-O. Los subíndices pueden ser consultados en el Anexo II.1.2 y las pruebas de significancia en el Anexo II.2.

**Gráfica II.3 Desempeño de los paquetes de intervención del programa APV, por nivel de atención**



### 3. Detección y tratamiento oportuno de VIH en mujeres embarazadas <sup>72</sup>

De acuerdo con los lineamientos establecidos para la detección, referencia y tratamiento del VIH, <sup>73</sup> la detección debe realizarse fundamentalmente en el primer nivel de atención mediante la oferta de prueba rápida a las mujeres embarazadas durante el control prenatal. En el caso de resultar positiva la prueba rápida o el ELISA para VIH, ésta deberá repetirse. Si se repite el resultado, deberá confirmarse mediante la prueba

<sup>72</sup> Este apartado ha sido integrado a partir del informe de Alejandro Meza Palmeros sobre VIH, ITS e influenza, que puede ser consultado como parte de los resultados finales.

<sup>73</sup> Guía de práctica clínica para el diagnóstico y la referencia oportuna del paciente con infección por VIH en el primer nivel de atención, SSA, 2009. Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH, CENSIDA, 2009.

Westernblot que, en el caso de resultar positiva, requiere la referencia de la paciente al segundo nivel de atención para el inicio de tratamiento antirretroviral.

Según los resultados del monitoreo, únicamente en 71% de los establecimientos de primer nivel de atención se oferta la prueba del VIH a todas las mujeres embarazadas, mientras que en el segundo nivel se oferta en 58% de los establecimientos. Tanto en el primero como en el segundo niveles existe una diferencia significativa entre los establecimientos que brindan atención a población SP/abierta y entre las que atienden a población asegurada (IMSS, ISSSTE), en relación con la prueba, que es ofertada fundamentalmente en el primer tipo de instituciones.

Existe una desalineación del programa PREVENIMSS en su aplicación al control del VIH en relación con los programas específicos para el control de VIH e ITS, el programa APV, NOM-010-SSA2-1993 y a los acuerdos internacionales sobre la estrategia para detectar VIH en mujeres embarazadas: la normatividad antes referida indica que la prueba del VIH debe ser ofertada a toda mujer embarazada, mientras que el programa PREVENIMSS establece ofertar la prueba a mujeres embarazadas que tengan conductas de riesgo, aquéllas positivas a VDRL para detección de sífilis, mujeres embarazadas que presenten un cuadro clínico compatible y aquéllas que tengan tuberculosis o alguna ITS. El ISSSTE sí establece en su normatividad la realización de la prueba de VIH como método de tamizaje en mujeres embarazadas,<sup>74</sup> sin embargo, esto no se realiza en la práctica.

Como medida preventiva, dirigida a evitar la transmisión de ITS, la detección de éstas debe realizarse en los contactos de la paciente. En este sentido, en 89% de los establecimientos de primer nivel se oferta la prueba a la pareja de una mujer embarazada diagnosticada con VIH, mientras que en los establecimientos de segundo nivel esto se lleva a cabo en 66% de las unidades efectuándose, de igual manera, principalmente en las instituciones que brindan atención a población SP/abierta.

Sólo en 30% de las unidades de segundo nivel se realiza Westernblot para confirmar el diagnóstico del VIH. En 22% de las unidades refieren a la paciente a otra unidad para su realización, mientras que en 41% no se lleva a cabo ninguna prueba confirmatoria. En general, no se cuenta con los insumos indispensables para realizar la detección. Por ejemplo, únicamente en 27% de las unidades de primer nivel cuentan con pruebas rápidas, 48% de éstas no cuenta con formato de consentimiento informado para diagnóstico de VIH, 66% de los establecimientos de este mismo nivel no dispone de guías para la utilización de las pruebas rápidas y 57% de estos tampoco dispone de guías o lineamientos para diagnóstico y referencia de VIH.

---

<sup>74</sup> Ley del ISSSTE, Art. 30, 31, Fracción II.

En relación con la referencia y tratamiento a mujeres embarazadas con VIH e ITS el monitoreo realizado muestra que sólo en 19% de los establecimientos de primer nivel el personal de salud llevaría a cabo los lineamientos expuestos en caso de detectarse una mujer embarazada con VIH, sin presentarse alguna diferencia entre las instituciones que atienden pacientes aseguradas y las que no. Una vez detectado un caso de VIH en una mujer embarazada, la conducta seguida en 82% de los establecimientos es la referencia a un segundo nivel de atención; no obstante, en este nivel no se cuenta con los medicamentos necesarios para brindar tratamiento de VIH, medicamentos que se encuentran en sólo 17% de los establecimientos de segundo nivel.

En relación con el seguimiento de una paciente detectada con VIH, 35% de los establecimientos de segundo nivel realiza carga viral, mientras que 13% envía a la paciente a otra unidad para que la prueba se efectúe.

Según los lineamientos establecidos en la NOM-010-SSA2-1993 así como en los lineamientos técnicos para la atención de VIH, el parto de una paciente con VIH debe efectuarse por medio de cesárea. Este lineamiento se lleva a cabo en 71% de los establecimientos de segundo nivel, como lo reportan los resultados del monitoreo.

### **Índices del paquete de detección y tratamiento oportuno de VIH en mujeres embarazadas**

En general, el desempeño del índice de VIH fue de bajo a mediano: en primer nivel el índice fue .61 y el de segundo nivel de .41 (Cuadro II.16), (Gráfica II.3); para el tipo de población atendida, el desempeño fue de .61 en las acciones dirigidas a la población SP/abierta *versus* .41 en las dirigidas a la población asegurada (Gráfica II.4); se presentaron diferencias significativas\*\*\* entre estos dos casos. Por instituciones, el mejor desempeño lo tuvieron los SESA con .63 (mediano) y, en orden descendente, el IMSS con .42, ISSSTE con .37 e IMSS-O con .36, los tres últimos con un desempeño que requiere atención urgente (Gráfica II.5). Los SESA tuvieron diferencias significativas\*\*\* en su desempeño con respecto al resto de las instituciones. El mejor desempeño se obtuvo en primer nivel para la población con SP/abierta, y en el conjunto de los SESA. Los subíndices pueden ser consultados en el Anexo II.1.3 y las pruebas de significancia en el Anexo II.2.

### **4. Detección y tratamiento oportuno de sífilis en mujeres embarazadas**

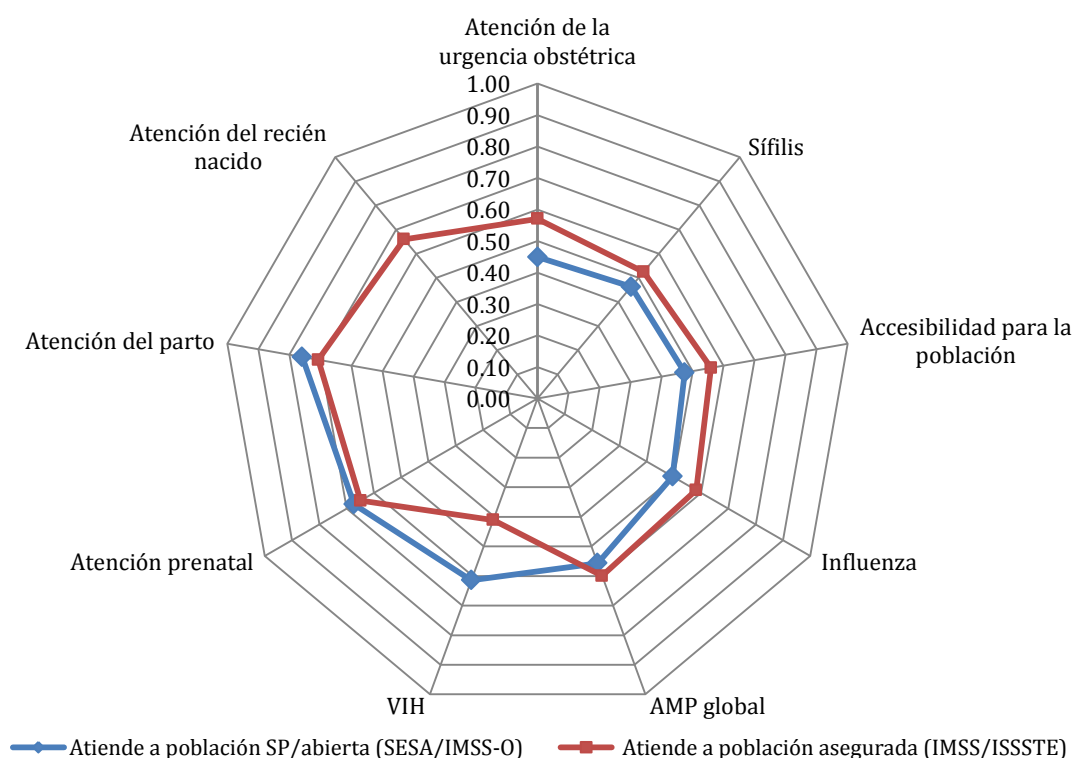
En relación con otras ITS (sífilis), en muchas ocasiones no se dispone de los insumos necesarios para brindar tratamiento: la guía de diagnóstico y tratamiento de ITS se encuentra disponible en 33% de los establecimientos de primer nivel y en 39% de las unidades de segundo.

Acerca de los medicamentos necesarios, en general se tiene una disponibilidad por encima de 80% en el primer nivel, con excepción de Penicilina benzatínica de 7.2 M.U.I. que se encuentra disponible en 14% de los establecimientos, Ceftriaxona y Azitromicina de la que disponen 4 y 7% respectivamente. En el segundo nivel se encuentra igualmente una disponibilidad mayor a 80% en los medicamentos, salvo Penicilina benzatínica de 7.2 M.U.I. y Azitromicina que sólo se encuentran en 5% de las unidades. En 98% de los establecimientos de primer y segundo niveles se brinda tratamiento a la pareja cuando se detecta alguna ITS.

El índice para sífilis tuvo un desempeño bajo que requiere atención urgente (.46) en primer nivel *versus* segundo nivel (Gráfica II.3), donde el desempeño fue mediano (.66), se encontraron diferencias significativas entre ambos índices\*\*\* (Cuadro II.8). Si se analiza por tipo de población a la que atienden, ambos índices, tanto para población SP/abierta (.46) y para población asegurada (.52) (Gráfica II.4), tuvieron un desempeño de bajo a mediano y no presentaron diferencias significativas entre ellos. El desempeño por instituciones fue de .46 para los SESA, de .50 para IMSS-O, .51 en IMSS y el más alto para ISSSTE con .55, todos con desempeño de bajo a mediano y sin diferencias entre las instituciones (Gráfica II.5). El mejor desempeño de este índice se obtuvo en las unidades de segundo nivel con un desempeño mediano. Los subíndices pueden ser consultados en el Anexo II.1.4 y las pruebas de significancia en el Anexo II.2.

## 5. Medidas encaminadas a detener la transmisión de influenza en mujeres embarazadas

**Gráfica II.4 Desempeño de los paquetes de intervención del programa APV, por tipo de población a la que se atiende**



45% de los establecimientos de primer nivel cuenta con material informativo (carteles) o de difusión (audios, mantas u otros) para el reconocimiento, prevención y difusión de las medidas que hay que adoptar para evitar la transmisión de influenza. En segundo nivel, 33% de los establecimientos dispone de este tipo de material.

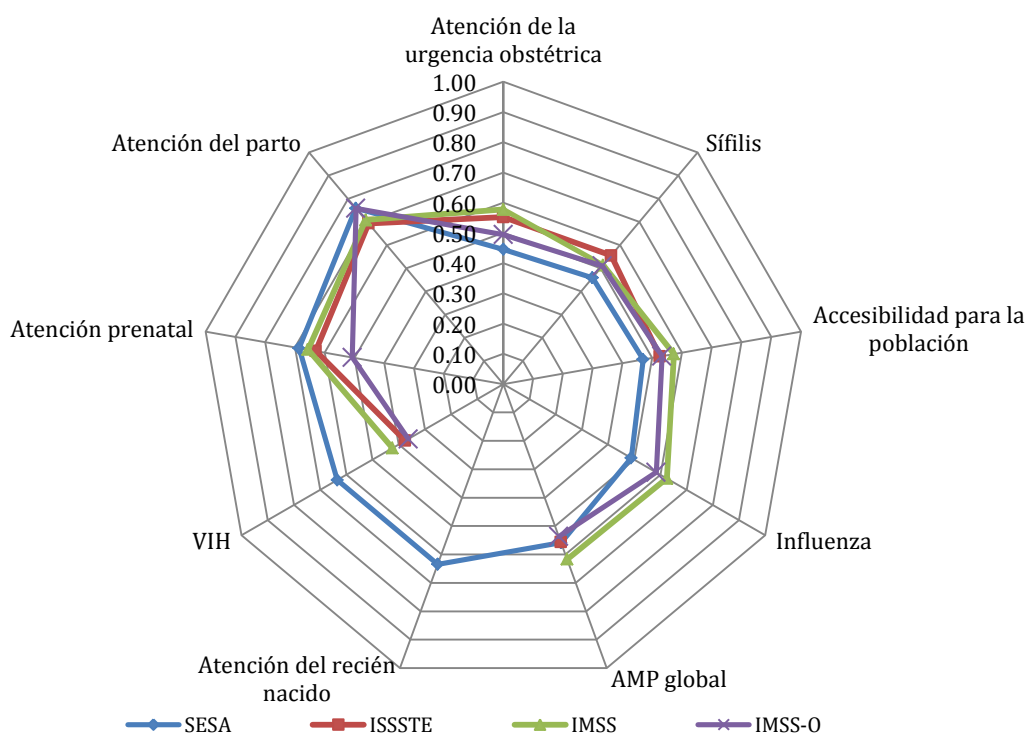
La epidemia de influenza que recientemente ha afectado al país ha contribuido a un incremento en los decesos de mujeres durante la maternidad, ya que las mujeres



gestantes constituyen uno de los grupos más vulnerables frente al virus AH1N1. La Influenza/Neumonía fue la causa básica en 16.4% de las defunciones notificadas en 2009 (198), en contraste con 2008, cuando representó sólo 1.4% del total. Por esta razón es indispensable que los establecimientos se encuentren preparados para enfrentar este tipo de contingencias. De acuerdo con los lineamientos establecidos para detener la transmisión de la influenza,<sup>75</sup> es indispensable implementar cuatro mecanismos: detección oportuna de casos, detección y referencia de complicaciones, tratamiento adecuado e información suficiente y adecuada dirigida a la población general.

45% de las unidades de primer nivel cuenta con guías clínicas para diagnóstico y referencia de casos de influenza, mientras que éstas se encuentran disponibles en 60% de los establecimientos de segundo nivel; 34% de las unidades de primer nivel cuenta con algoritmos visibles en los que se especifican los signos, síntomas y datos de alarma de influenza. Este porcentaje asciende a 40% en unidades de segundo nivel. En relación con la vacuna, ésta se encuentra disponible en 23 y en 28% de las unidades de primero y segundo niveles, respectivamente. En cuanto al tratamiento, Oseltamivir o Zanamivir se encuentran disponibles en 23% de las unidades de primer nivel y en 64% de las unidades de segundo. La Ceftriaxona, medicamento utilizado para tratar las complicaciones respiratorias de influenza se encuentra en 66% de las unidades de segundo nivel. No obstante, es importante destacar que durante las entrevistas en varias unidades se señaló que todos estos insumos se encontraron con una mayor disponibilidad mientras duró la contingencia.

**Gráfica II.5 Desempeño de los paquetes de intervención del programa APV, por tipo de institución**



<sup>75</sup> Lineamiento de Prevención y Control en Materia de Influenza A (H1N1): Mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, Versión 1. 0 9 de junio 2009, SSA.

Es fundamental que las unidades, principalmente aquellas con capacidad para atender complicaciones debidas a la influenza (segundo nivel), cuenten con unidad de cuidados intensivos, considerada por el prestador del servicio como adecuada en 71% de las unidades, ventilador mecánico disponible en 96% de las unidades de segundo nivel, y servicio de radiología que se encontró en 85% de los establecimientos.

### **Índices del paquete medidas encaminadas a detener la transmisión de influenza en mujeres embarazadas**

El índice de influenza en embarazada tuvo un desempeño mediano con .50 en primer nivel y .63 en segundo nivel (Gráfica II.3), de acuerdo con la población que atienden se obtuvo .50 para población SP/abierta *versus* .58 para población asegurada (Gráfica II.4), sin encontrarse diferencias significativas; por tipo de institución el mejor desempeño lo tuvo IMSS con .62, seguido de IMSS-O con .58, SESA con .49 e ISSSTE con .47, con desempeño de bajo a mediano (Gráfica II.5). Podemos ver que el desempeño general de este índice fue bajo y que en este rango el mejor lo encontramos en segundo nivel, en el IMSS. Los subíndices pueden ser consultados en el Anexo II.1.5 y las pruebas de significancia en el Anexo II.2.

## **6. Atención del parto**

Como se ha señalado, para algunos especialistas el disminuir la mortalidad materna requiere de la atención del parto o el seguimiento del parto por personal calificado;<sup>76</sup> esto, afirman, asegura el acceso oportuno a la atención de la urgencia obstétrica. Otras fuentes apuntan a que es el acceso oportuno a la atención de la urgencia obstétrica<sup>77</sup> lo que hace posible la sobrevivencia de los casos complicados. Se ha demostrado que los riesgos más altos de muerte para madre e hijo ocurren durante el parto y las 24 horas subsiguientes,<sup>78</sup> es así que se ha recomendado que solamente los partos complicados arriben a un hospital integral y que los partos normales sean atendidos en un primer nivel de atención por personal calificado y desmedicalizado.<sup>79</sup>

En México durante los últimos años, además del predominio del enfoque en la atención prenatal como estrategia para disminuir la mortalidad materna, se ha concebido a la atención calificada del parto como aquella producida en el ámbito hospitalario. Por ello, se ha ido desmantelando su atención en los establecimientos del primer nivel. En sus inicios, el modelo de IMSS-O contemplaba la atención del parto en sus clínicas de primer nivel, por lo que durante la década de los setenta los médicos en servicio social estaban capacitados -y autorizados- para atenderlos en instalaciones que, por lo menos, contarán con equipamiento e instrumental básicos necesarios para ello. Actualmente, la atención de partos en casas de salud con hospitalización y en hospitales comunitarios es cada vez menor. En 41% de los establecimientos definidos para nuestro estudio como de primer nivel y que pueden considerarse como de primer nivel, se contaba con servicios de hospitalización; sin embargo, solamente en 8% de ellos se atendían partos.

---

<sup>76</sup> *Ibidem*.

<sup>77</sup> AMDD, UNFPA, “Para comprender las causas de las defunciones maternas”, Módulo, *Sistema de aprendizaje a distancia sobre cuestiones de población*, 2002.

<sup>78</sup> [http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/Lancet2009\\_LAC.pdf](http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/Lancet2009_LAC.pdf) pp 6 (consultado agosto 2009).

<sup>79</sup> [http://maternidadsinriesgos.org.mx/web/wp-content/uploads/2009/03/muerte\\_materna.pdf](http://maternidadsinriesgos.org.mx/web/wp-content/uploads/2009/03/muerte_materna.pdf), Araceli Gil.



Sólo en 3% de estos servicios se consideraba a su sala de partos en “óptimas condiciones” y en la mayoría (96%) se las calificó como en “regulares condiciones”. Esto ha llevado a que los hospitales con servicios integrales -ubicados en las ciudades más grandes- estén saturados por partos eutócicos, hecho documentado en varios casos en el trabajo de campo (Collado, Susana, 2010; Uribe Patricia, 2009). En este contexto, una estrategia de atención del intraparto en centros de salud puede justificarse como la mejor forma de reducir las tasas de mortalidad materna (*Lancet*, 2006, 368:1284–99). El desmantelamiento del primer nivel tampoco ha asegurado una mejora sustantiva en la calidad de la atención, apenas en 49% de los establecimientos hospitalarios se percibió que los procesos de esterilización se daban en óptimas condiciones, aunque tratándose de establecimientos dirigidos a la población SP/abierta esta impresión fue menos frecuente (40%).

De acuerdo con lo observado, menos de la tercera parte (31%) de las salas de parto de los establecimientos de primer nivel cumplían condiciones satisfactorias de privacidad.<sup>80</sup> La norma establece que durante el trabajo de parto normal se debe propiciar la deambulación, alternada con reposo en posición de sentada y de decúbito lateral para mejorar el trabajo de parto, considerándose ideal respetar las posiciones que la embarazada apetezca adoptar. Sin embargo, solamente en 6% de los establecimientos catalogados como de primer nivel se disponía de espacios para deambulación en las salas de labor. Esta condición mejora en el caso de las unidades de segundo nivel, aunque sólo la cuarta parte (27%) cuenta con espacios satisfactorios para la deambulación y 70% con condiciones satisfactorias de privacidad. En 80% de los servicios de primer nivel se señaló que las mujeres podían parir en posición semisentada si así lo deseaban, en franco contraste con las unidades de segundo nivel (44%). En la única institución en la que “por norma” (según nos lo refirieron)<sup>81</sup> no se permite la deambulación o la adopción de una postura distinta a la convencional es en el IMSS-O, lo que se contrapone a lo dictado por la NOM-007.

Solamente 42% de las clínicas de primer nivel catalogadas como de primer nivel contaba con personal médico los siete días de la semana y, para el caso de las enfermeras, dicha condición se cumplía en 38%; en ningún caso existieron enfermeras obstétricas o parteras profesionales. En 72% de los establecimientos catalogados como hospitales se disponía de servicio de tococirugía y 64% contaba con plantillas completas de cirujanos, anestesiólogos y ginecólogos 24 horas, 365 días del año. Sin embargo, cuando se analizan datos complementarios como son la disponibilidad de ginecólogos, anestesiólogos y enfermeras en todos los turnos, se observa que en realidad ésta corresponde a 46, 73 y 99%, respectivamente; mecanismos de contratación para cubrir vacaciones, permisos o inasistencias por enfermedad, con el fin de mantener plantillas completas en todos los turnos, existen en tres cuartas partes (79%) de los establecimientos. Hay que señalar que durante las entrevistas se nos informó de establecimientos en los que los turnos de asistencia de ginecólogos y anestesiólogos no son coincidentes, por lo que se puede afirmar que, en el mejor de los casos, 46% de las unidades de segundo nivel cuenta con servicios 24 horas, 365 días. La disponibilidad de

---

<sup>80</sup> Disponible y satisfactorio cuando: ·Existe un espacio exclusivo (con una mesa de expulsión) con puerta y con posibilidad de cerrar toda la visibilidad del exterior; Disponible pero no satisfactorio cuando: Existe un espacio exclusivo (con una sola mesa de expulsión) pero sin puerta y existe la posibilidad de observar desde el exterior del espacio; No disponible cuando: Existe más de una mesa en el lugar donde se atiende el parto y no hay posibilidades de evitar la visibilidad desde exterior.

<sup>81</sup> En las reuniones y propuestas de modificación de los instrumentos, IMSS-O.

médicos pasantes es casi tres veces mayor en las unidades de segundo nivel para población SP/abierta (67%), que en aquéllos para población asegurada (24%). Existe una diferencia de alrededor de 20 puntos porcentuales a favor de las instituciones para población asegurada, respecto de la disponibilidad de ginecólogos (57 *versus* 83%) y anestesiólogos (68 *versus* 85%).

La norma señala que a toda mujer que ingrese para atención obstétrica se le elaborará -en su caso- el expediente clínico, la historia clínica así como el partograma, que es una herramienta que permite reconocer de manera gráfica la evolución del trabajo de parto. No obstante, en 63% de los establecimientos de primer nivel que otorgaban el servicio de atención de parto no contaban con partogramas, mientras que sí estaban disponibles en 88% de las unidades de segundo nivel. En 83% de los servicios de primer nivel y en 61% de las unidades de segundo nivel había a la mano guías clínicas o lineamientos de atención del parto normal y en sólo la mitad (54%) de las unidades de segundo nivel se disponía de la NOM-007 de atención del parto, embarazo y puerperio.

Desde 1986, la OMS en su declaración sobre “Tecnología apropiada para el parto” señala aquellas prácticas que deben ser abandonadas. Estas recomendaciones han sido incorporadas a la NOM-007<sup>82</sup> como el rasurado del vello púbico (tricotomía), la episiotomía de rutina y la aplicación de enema evacuante, prácticas más invasivas que benéficas para las parturientas. En los establecimientos de primer nivel con hospitalización se practican enemas en 5%; se practican tricotomías en 9% y se hacen episiotomías en 11%. De las unidades de segundo nivel, en 19% se aplican enemas evacuantes, en 55% se siguen practicando tricotomías y en 41% se practican episiotomías rutinariamente.

En cuanto a la disponibilidad de recursos esenciales para la atención del parto y el recién nacido, 91% de las unidades de segundo nivel contaba con estetoscopio fetal (Pinard), 72% con doppler, 96% con equipo de aspiración manual para el recién nacido, 86% con ligadura para cordón umbilical, 98% con equipos de parto, 97% con equipos de sutura, 94% con equipos para venoclisis, 94% con fuente de oxígeno portátil o fija, 90% con equipo de aminiorexis, 96% con estetoscopios y 91% con baumanómetros.

De los establecimientos catalogados de primer nivel con servicio de hospitalización, 97% contaba con Pinard, 74% tenía un doppler disponible y que funcionaba satisfactoriamente y solamente en 43% había una perilla de aspiración para la asistencia del recién nacido, recurso de bajo costo que puede ser de gran ayuda. Poco menos de la mitad (45%) contaba con equipo completo para la atención del parto y en condiciones satisfactorias; en el resto había instrumental incompleto o deteriorado, 45% de los establecimientos contaba con equipo de sutura en condiciones satisfactorias, 100% con equipos para venoclisis y 97% con ligadura para cordón umbilical.

La indagación acerca de los conocimientos del personal médico sobre el mecanismo del trabajo de parto en los establecimientos de primer nivel, reveló que 83% conoce cuál es la duración promedio del segundo periodo del trabajo de parto (período de expulsión), pero solamente 22% identificó correctamente la duración promedio del tercer periodo (alumbramiento). En concordancia con la norma, el manejo de oxitócicos (oxitocina y ergonovina) se deja a criterio del médico, aunque de acuerdo con las

---

<sup>82</sup> La Norma señala que debe realizarse por indicación médica e informando a la mujer (<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007SSA23.html>)

guías<sup>83</sup> se recomienda su uso inmediatamente después del nacimiento. Se encontró que en 96% de los establecimientos los médicos dicen utilizar la oxitocina inmediatamente después de la expulsión. Respecto de las unidades de segundo nivel, en 51% se conoce cuál es la duración promedio del segundo periodo del trabajo de parto, pero sólo en 22% se identificó correctamente la duración promedio del tercer periodo, mientras que en 95% se aplica oxitocina inmediatamente después del expulsivo. Del total de establecimientos, 92% contaba con oxitocina y 77% con ergonovina.

La operación cesárea siguió siendo una causa de muerte materna en 2009: 17 mujeres fallecieron directamente durante esta cirugía y de acuerdo con los indicadores del Sistema Nacional de Salud (SNS), el porcentaje de cesáreas por institución -de 2004 a 2008- fue: ISSSTE 64%, IMSS 51%, SESA 28% y del Sistema Nacional de Salud (SNS) en su conjunto fue 36%.<sup>84</sup> Las estadísticas por año de la SSA muestran el incremento porcentual de este procedimiento año con año: para 2005 el porcentaje de cesáreas en la SSA era de 31.72 y para 2009 33.45%. A partir de los lineamientos de la SSA la meta deseable es de 25%, pero los estándares internacionales (AMDD, 2002) señalan que debe ser de 15%. Las causas señaladas como indicación de cesáreas fueron: sufrimiento fetal 17%, desproporción cefalopélvica 16%, preeclampsia 12%, cesárea previa 10% y trabajo de parto prolongado 5%.

### **Índices del paquete atención del parto<sup>85</sup>**

Los índices de desempeño de atención del parto fueron adecuados, de los más altos en los resultados con respecto a los otros paquetes analizados para este programa (Cuadro II.16); no se encontraron diferencias significativas entre el desempeño de las unidades de segundo nivel y aquellas unidades que en primer nivel atienden partos, en primer nivel el índice fue de .76 frente al obtenido en hospitales de .73 (Gráfica II.3). El desempeño también fue adecuado entre instituciones que ofrecen el servicio a población SP/abierta (.76) y las que ofrecen el servicio a población asegurada (.71) (Gráfica II.4), sin encontrarse diferencias significativas. En el análisis por instituciones el desempeño fue muy homogéneo y sin diferencias significativas siendo de .76 para IMSS-O, .76 para los SESA, .71 IMSS y .69 ISSSTE (Gráfica II.5). Este índice tuvo un desempeño adecuado y para ISSSTE mediano, muy homogéneo entre tipo de nivel, población, e instituciones. Los subíndices pueden ser consultados en el Anexo II.1.6 y las pruebas de significancia en el Anexo II.2.

## **7. Atención del recién nacido**

El cuidado del recién nacido se inicia desde la atención prenatal y continúa hasta los 28 días del nacimiento, con el control y seguimiento del puerperio. El mayor porcentaje (48%) de las muertes fetales ocurre por malformaciones congénitas, siendo las

---

<sup>83</sup>

[http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/052\\_GPC\\_VigilanciaManejodelParto/IMSS\\_052\\_08\\_EyR.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/052_GPC_VigilanciaManejodelParto/IMSS_052_08_EyR.pdf)

<sup>84</sup> Panorama Epidemiológico e Indicadores de Muerte Materna, 2010, ppt, diciembre 10, 2010, CD de distribución.

<sup>85</sup> Como se muestra en el Cuadro II.16, en el primer nivel de atención solamente en 13 unidades médicas, de un total de 118 que conformaron la muestra de este monitoreo, afirmaron atender partos, es por esto, que únicamente en estas unidades se recabó la información relativa a este paquete. No obstante lo anterior, el error típico de la estimación de los índices para este paquete de intervenciones se mantuvo entre .01 y .03, es decir es muy homogénea la atención en estas trece unidades, por lo que se presenta la información al respecto en este apartado.

anomalías predominantes las del sistema nervioso central, seguidas de las cardiocirculatorias, según el CNEGySR (2009).

Los retos que enfrenta el Sector Salud en materia de atención del recién nacido son: disminuir las muertes prevenibles por enfermedades congénitas -cuyo número osciló entre 3,849 y 4,149 en los años de 2000 y 2009-, abatir la discapacidad por hipotiroidismo a través de la detección oportuna mediante el tamiz neonatal y reducir los defectos congénitos del tubo neural proporcionando suplementos de ácido fólico a las mujeres en edad fértil. El bajo peso al nacimiento y la prematurez también se han incrementado a partir del año 2000 (6.3%) a 8.3% en 2009, representando un enorme reto en la medida en que se requieren unidades de cuidados intensivos neonatales a fin de atender a los recién nacidos desnutridos o inmaduros (CNEGySR, 2009).

La atención inmediata del recién nacido requiere de recursos humanos calificados e instrumentos adecuados para su monitoreo. Entre los establecimientos de primer nivel que otorgan atención del parto, sólo 23% cuenta de manera parcial con personal certificado en atención neonatal y 25% con equipo para reanimación neonatal, y aunque en 98% de los servicios se contaba con perilla para aspiración de secreciones, sólo en 43% la perilla funcionaba de manera satisfactoria. Las tablas para valoración de Apgar estaban disponibles de manera satisfactoria en 23% de los establecimientos y las de Silverman-Anderson en 25%, se disponía de algoritmos de reanimación neonatal en apenas 4% de los establecimientos.

En los servicios para población SP/abierta, 87% de los médicos realiza seguimiento a las puérperas y al recién nacido durante la primera semana postparto o postcesárea, mientras que en las instituciones de seguridad social esta práctica es menos habitual (70%). De los médicos de población SP/abierta entrevistados, 82% respondió de manera adecuada el número y el periodo del control postparto mediano y tardío, frente a 63% de los médicos que laboran en la seguridad social. En los establecimientos catalogados como hospitales y que tienen servicio de tococirugía, 51% de las puérperas permanece internada por 24 horas o más, el resto es egresada más tempranamente, de manera que la tercera parte (33%) se da de alta a las 12 horas o menos. Solamente dos terceras partes (66%) de las mujeres puérperas son sometidas a tres revisiones en el hospital antes de egresar. En el hospital de IMSS-O de Maxcanú en Yucatán, prácticamente todas las mujeres permanecen por más de 24 horas después del parto a fin de asegurar la práctica del tamizaje neonatal. Éste se realiza en 70% de los establecimientos de primer nivel y prácticamente en todos los casos las muestras se toman de acuerdo con lo que marca la norma, aunque la normatividad para el envío de las muestras es seguida en 88%. En los servicios de segundo nivel se disponía de papel filtro y hojas de envío para las muestras en 87% de los casos: 62% las remite al laboratorio en cinco días o menos y el resto en un periodo mayor. Solamente 23% de los establecimientos de primer nivel recibe los resultados en menos de 15 días, el resto al mes o hasta los siete meses, excepto 1% que no los recibe.

En 100% de los establecimientos los médicos o médicas fueron capaces de identificar la unidad de referencia para los casos de hipotiroidismo congénito, aunque sólo 17% ha tenido necesidad de realizar alguna referencia por este motivo. Solamente 4% recibió la consulta de acuerdo con los requerimientos del problema. En 68% de los casos recibieron atención especializada en menos de 72 horas y 32% en un periodo mayor a siete días. De las unidades de segundo nivel encuestadas, en solamente 53% se otorga el tratamiento, el resto (47%) debe referir los casos a otra unidad.

De las unidades de segundo nivel, 23% estaba dotada con unidad de cuidados intensivos neonatales, 62% de ellas en condiciones satisfactorias en cuanto a disponibilidad de insumos, equipo y recursos humanos calificados, y el resto se encontraba en regulares condiciones. Solamente en 57% de los casos se consideró que estas unidades satisfacían adecuadamente la demanda. Existe personal capacitado en resucitación neonatal en todos los turnos en 43% de las unidades y en algunos turnos en 21%. Para la valoración del recién nacido, 73% contaba con tablas de Apgar y 70% con tablas de Silverman-Anderson, 96% tenía disponibilidad de una perilla para aspirar secreciones al recién nacido, 76% identifica la unidad de referencia y tiempo de traslado en caso de que el recién nacido tenga problema de prematurez y/o malformaciones congénitas.

El 79% de los médicos señaló que el tamizaje para hipotiroidismo debe realizarse dentro de los primeros cinco días de nacimiento, el resto dio otra respuesta; 64% tenía disponible papel tamiz y 70% formatos para registro y envío de papel tamiz, y solamente en 62% se contaba con levotiroxina sódica para el tratamiento del hipotiroidismo.

### **Índices del paquete atención al recién nacido**

El índice del paquete de atención al recién nacido tuvo un error típico de más de 0.50 por lo que los datos que arrojan no tienen el nivel de precisión establecido en este monitoreo, por ello no se describirán (Cuadro II.16).

## **8. Atención de la urgencia obstétrica**

El paradigma que ha prevalecido en las últimas décadas en el Sector Salud considera que la mayoría de los problemas maternos pueden ser detectados y prevenidos. A partir de esta visión, la prevención de la mortalidad materna se centró en la atención prenatal. En la página 2 de la NOM-007 se señala:

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

El fracaso para abatir la mortalidad materna en las últimas décadas ha llevado a modificar la estrategia de atención obstétrica y a promover un nuevo enfoque para disminuirla. Los supuestos que subyacen a esta nueva propuesta son: 1) las complicaciones durante la maternidad son difíciles de pronosticar, pero posibles de tratar como urgencias obstétricas; 2) es prácticamente imposible pronosticar las hemorragias de gran magnitud que se producen después del parto (una de las principales causas de muerte en los estados con población indígena); 3) algunas investigaciones han mostrado que la eclampsia aparece sin previo aviso o en mujeres que han estado bajo control médico; 4) el aborto practicado en condiciones inseguras no es pronosticable ni prevenible en aquellos países sin una despenalización del aborto, y 5) el parto obstruido y las infecciones puerperales no son pronosticables y no se previenen con la atención prenatal (Kasongo, 1984; Hall *et al.*, 1980; WHO/RHR/00. 7/2002:S44). Estas condiciones son aplicables a más de 70% de las muertes maternas de México.



Por estas razones, en este monitoreo incluimos un paquete para evaluar los recursos con los que se cuenta para enfrentar la urgencia obstétrica. Este paquete está constituido por todas aquellas intervenciones únicas, encaminadas a la atención de las complicaciones del embarazo, parto y postparto. Las urgencias obstétricas más frecuentes en México son la hemorragia (sangrado transvaginal) y la toxemia del embarazo (preeclampsia-eclampsia) durante los tres períodos de la maternidad; la sepsis (manifestada por fiebre mayor a 38 grados Celsius), más frecuente en el postparto, y el parto obstruido, cuando el nacimiento no se produce después de más de 12 horas de trabajo de parto efectivo. En el año 2009 el mayor porcentaje de muertes maternas, a nivel nacional, se debió a enfermedades hipertensivas del embarazo, siendo la eclampsia una de las primeras causas.

Se puede afirmar que en 64% de las unidades de segundo nivel existe una estrategia específica a fin de ofrecer una atención inmediata de la urgencia obstétrica y que 98% de las unidades de segundo nivel con servicio de ginecología está en posibilidades de ofrecer procedimientos quirúrgicos de urgencia como parto asistido, cesárea o evacuación uterina. Sin embargo, solamente 39% dispone de personal capacitado para realizar una ligadura bilateral de arterias uterinas,<sup>86</sup> en 83% es posible realizar una histerectomía, en 83% reparar un desgarro uterino y en 15% no es factible realizar estos procedimientos en todos los turnos.

Por otro lado, solamente 50% de las unidades de segundo nivel cuenta con un laboratorio en funciones las 24 horas 365 días y 36% con ultrasonógrafo ininterrumpidamente, mientras que 54% dispone de este servicio en tiempo parcial. En 89% de los establecimientos hospitalarios señalaron contar con un mecanismo para dar seguimiento a las secuelas de complicaciones maternas y en 74% de ellos se revisan regularmente los casos de complicaciones obstétricas y las muertes maternas.

En lo que respecta a la capacidad para enfrentar problemas hemorrágicos o cirugías mayores, en 23% de las unidades de segundo nivel existe banco de sangre y en 43% puesto de sangrado, mientras que estos servicios no existen en 35% de los nosocomios. En 65% de los casos es posible contar con pruebas de sangre para definir tipo y Rh y compatibilidad en un plazo de 30 a 45 minutos y en 16% en una hora; 20% obtiene este tipo de pruebas en más de una hora. Solamente en 45% de los establecimientos es posible acceder a una guía protocolo para atender el aborto o la hemorragia obstétrica y 43% tiene un algoritmo guía para la atención de la hemorragia obstétrica. En 81.4% de las unidades de segundo nivel los médicos conocen por lo menos dos medicamentos de elección para el manejo de la hemorragia obstétrica y 60% tiene conocimientos sobre el manejo farmacológico de un cuadro de choque hipovolémico; 70% contestó correctamente respecto de las maniobras clínicas que

---

<sup>86</sup> La hemorragia obstétrica representa la pérdida excesiva de sangre proveniente del sitio de implantación placentaria, de traumatismo en las vías genitales o de una combinación de ambos orígenes. Cuando se presenta, la hipovolemia concomitante puede poner en peligro la vida de la mujer o exponerla a graves secuelas. La intervención quirúrgica no debe ser retrasada si las medidas farmacológicas o manuales no controlan la hemorragia. La ligadura bilateral de la arteria uterina, descrita por O'Leary es segura, se practica con facilidad, suele ser efectiva y conserva la fertilidad. La justificación de esta técnica está dada porque en el embarazo 90% del flujo sanguíneo uterino pasa por estas arterias. La técnica fue diseñada para el control de la hemorragia postcesárea.

[http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altorriesgo/metrorragia\\_postparto.html](http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altorriesgo/metrorragia_postparto.html)  
(consultado 26 de enero, 2011).

utilizaría en estos casos. De acuerdo con los directivos de hospitales, solamente en 81% de los casos se cuenta con un número suficiente de personal capacitado, ya sea para referir rápidamente o realizar procedimientos quirúrgicos para el control de la hemorragia. La disponibilidad de medicamentos y expansores de volumen es muy limitada, siendo de 22 y 45% en primer nivel y hospitales, respectivamente. Ocurre algo similar con la oxitocina y la ergonovina, se encontró una disponibilidad limitada en los establecimientos de primer nivel de 29 y 20%, respectivamente, y en segundo nivel de 92 y 77%. Al solicitar a los médicos del servicio de ginecología que por lo menos identificaran tres factores de riesgo para hemorragia postparto, solamente en 7.5% de las unidades de segundo nivel se enunciaron cinco. Los porcentajes de las respuestas respecto del número de factores de riesgo identificados y de los factores específicos mencionados fueron los siguientes: 48% identificaron de 1 a 2 y 39% de 3 a 4. Por factor de riesgo identificado, las respuestas fueron las siguientes: expulsión incompleta de la placenta o restos placentarios 14.9%, placenta previa 24.7%, multiparidad 33%, trabajo de parto prolongado 33.1%, sobredistensión uterina 51%. Esto, a pesar de que 80% del personal entrevistado en hospitales afirmó que había recibido una actualización en los últimos 12 meses.

Para el caso del manejo de la preeclampsia y eclampsia, en 22% de los servicios de primer nivel se cuenta con algoritmos y en 40% con guías o manuales para su atención. La disponibilidad de los medicamentos esenciales para su manejo es más limitada en los establecimientos de primer nivel que en los de segundo nivel, ya que soluciones coloidales solamente están disponibles en 22%, solución Hartman en 70%, tiras reactivas para detección de albuminuria en 41%, nifedipino en 70%, diacepam en 34% y sulfato de magnesio en 25%. Entre las unidades de segundo nivel, 45% contaba con expansores de volumen, 100% disponía de solución Hartman y 99% con tiras reactivas para detección de albuminuria. Respecto de los principales medicamentos, 94, 96 y 78% disponían de nifedipino, diacepam y sulfato de magnesio, respectivamente. Es importante destacar que aunque se considera al sulfato de magnesio como el medicamento de primera elección para el manejo de las crisis convulsivas de la eclampsia, no existe disponibilidad de este medicamento en 100% de las unidades de segundo nivel. Aunque un alto porcentaje de médicos mencionó haber contado con actualizaciones sobre el tema de eclampsia o preeclampsia, sólo 31% de ellos fue capaz de identificar al menos tres condiciones de riesgo.

En general, la disponibilidad de medicamentos para enfrentar la urgencia obstétrica en primer nivel es de 46% frente a 76% en las unidades de segundo nivel. Solamente 61% de los médicos mencionó que las actualizaciones eran relativas al manejo de sepsis puerperal y 76% señaló que consideraba que requería capacitación en urgencias obstétricas.

En 92% de las unidades de segundo nivel existe un comité para la revisión y el seguimiento de las muertes maternas, aunque solamente en 41% de los casos el director conocía desde cuándo estaba en funciones; de ellos, 12% mencionó que la fecha era anterior al año 2000 y en 28% se fue instalando entre el 2000 y el 2010. La periodicidad con que sesionan estos comités es muy variable, siendo las respuestas desde “cada semana” hasta solamente “cuando se presenta una muerte materna”.



## **Índices del paquete atención a las urgencias obstétricas**

El índice de desempeño de producción del paquete de urgencias obstétricas tuvo un valor en los establecimientos de primer nivel de .45 y de .71 en las unidades de segundo nivel (de bajo a mediano) (Cuadro II.16 y Gráfica II.3), resultando esta diferencia estadísticamente significativa\*\*\*. En relación con la capacidad de producción del servicio por tipo de población a la que se atiende, población SP/abierta (SESA-IMSS-O) frente a población asegurada (IMSS-ISSSTE) el desempeño es muy pobre, de .45 frente a .57 en segundo nivel (Gráfica II.4), habiendo diferencias significativas\*\*\* en este desempeño. Por tipo de institución el desempeño fue de bajo a mediano, los SESA .45, IMSS-O .49, ISSSTE .55 e IMSS .58 (Gráfica II.5), con diferencias significativas en IMSS respecto a los SESA\*\*\*. Los subíndices pueden ser consultados en el anexo II.1.8, las pruebas de significancia en el anexo II.2.

## ***Una nota adicional sobre la capacitación y salud materna***

Un elemento fundamental para evaluar la calidad de la atención, de acuerdo con el marco desarrollado por Bruce y Jain (APV, Population Council, 2009c), consiste en reconocer si los prestadores de servicios de salud adhieren sus prácticas a estándares actualizados y basados en evidencia científica; es importante considerar que la literatura sobre la atención materna ha estado en continua evolución, por lo que es imprescindible su capacitación, actualización y certificación.

Los proveedores deben ser técnicamente competentes y contar con protocolos basados en evidencia científica para el manejo de las condiciones obstétricas y neonatales. La evidencia que puede recabarse a nivel mundial ha mostrado que la adquisición de un título o un grado académico no garantiza, necesariamente, la habilidad o la competencia técnica.<sup>87</sup> Por ejemplo, en algunos países en desarrollo la investigación ha identificado una paradoja: la mortalidad materna se mantiene alta a pesar de que la mayoría de los partos sean atendidos en instituciones de salud, por proveedores calificados. Esto muestra que el acceso y la disponibilidad de atención institucionalizada no bastan para asegurar una buena salud materna.

En centros hospitalarios, un alto porcentaje de médicos señaló que había recibido capacitación en los temas de salud materna (80% en hemorragia obstétrica, 82% en preeclampsia y 61% en sepsis puerperal); sin embargo, esos mismos entrevistados tuvieron un bajo índice de acierto cuando se les inquirió sobre, por lo menos, cinco factores de riesgo para hemorragia obstétrica, pues solamente 7.5% respondió con suficiencia y en relación con la preeclampsia apenas 31% identificó cuando menos tres. Lo anterior, pese a que el índice de capacitación para el Programa de APV fue el más elevado con respecto al de los otros programas. No se encontró diferencia entre hospitales para población asegurada (.86) y para población SP/abierta (.83).

---

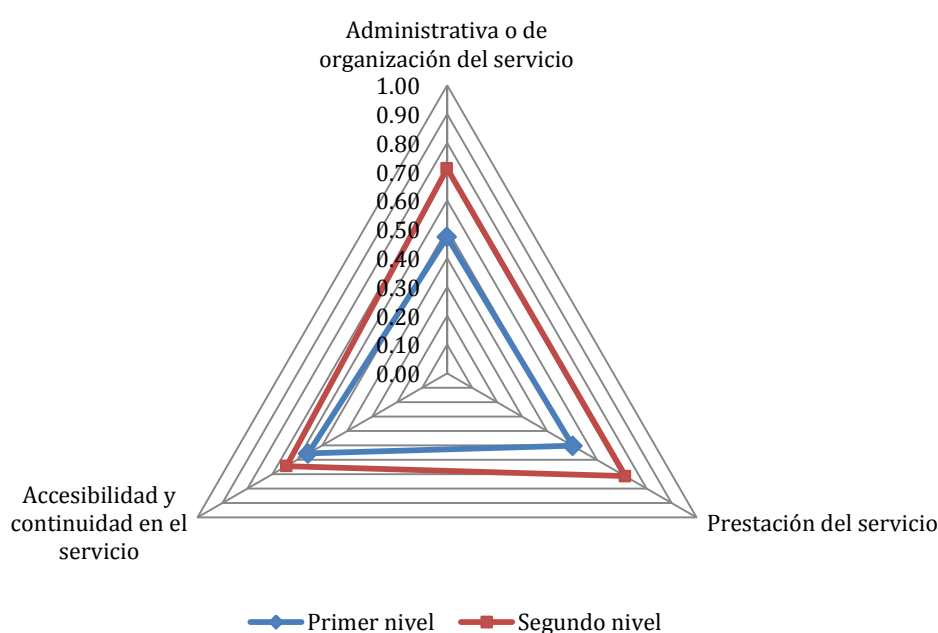
<sup>87</sup> Walker, Dilys M., *et al*, Experiencias en la inclusión de personal alternativo, Tercer panel: “Estrategias de capacitación en urgencias obstétricas a personal médico e inclusión de personal alternativo en los servicios de salud”, Tercera reunión de promoción a la salud materna, Acapulco, Guerrero, 11 y 12 de marzo de 2010.

## ***Análisis por dimensiones de la producción del servicio***

Como se mencionó en la metodología, el análisis de las dimensiones de la producción del servicio para cada programa consiste en presentar los resultados obtenidos en el monitoreo, no sólo a partir del análisis de cada uno de los paquetes de intervenciones seleccionados, como se hizo en sección anterior, sino de acuerdo con las siguientes dimensiones considerando el Programa en su conjunto:

1. Administrativa y organización del servicio
2. Prestación del servicio y
3. Accesibilidad y continuidad en el servicio.

**Gráfica II.6 Desempeño por dimensiones de la producción del servicio del programa APV, según nivel de atención**



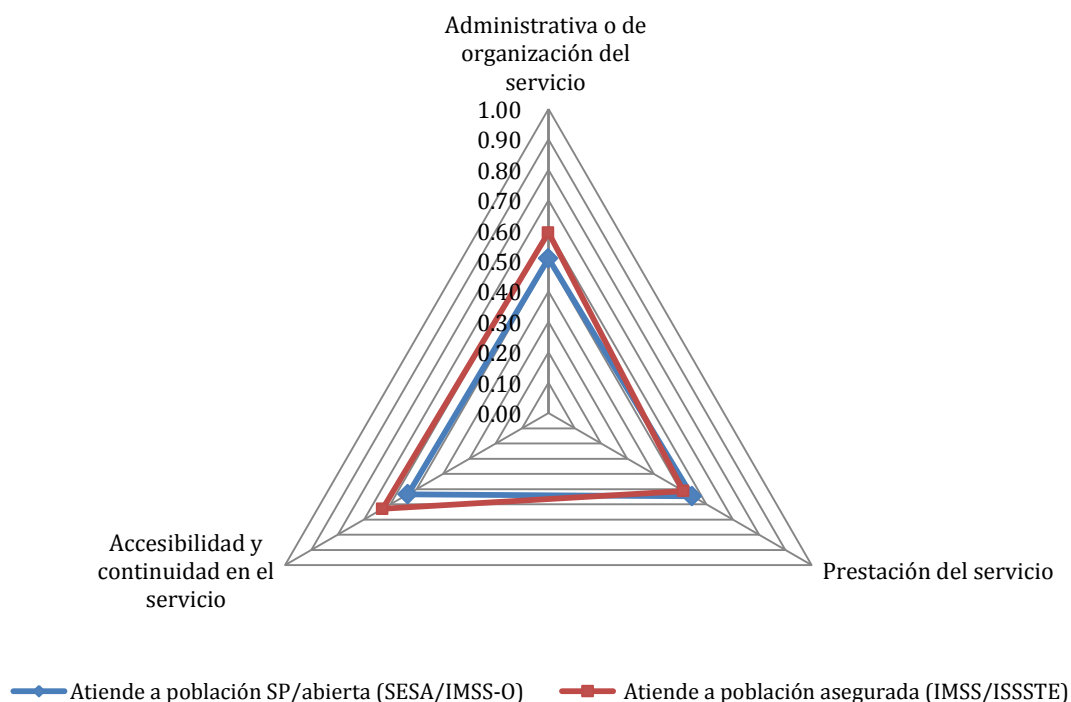
### ***1. Dimensión administrativa y organización del servicio***

En el caso del programa APV, la organización del servicio o dimensión administrativa comprende cinco tipos de intervenciones: disponibilidad de medicamentos y vacunas; disponibilidad de formatos y cartillas; disponibilidad de estudios de diagnóstico y exámenes de laboratorio; disponibilidad de mobiliario e infraestructura, y disponibilidad de instrumental, equipo e insumos. Para conocer los subíndices por dimensión consultar Anexo II.3.1 y las pruebas de significancia en el Anexo II.4.

El índice total de la organización del servicio en primer nivel es de .47 (baja) *versus* .71 (mediana) en segundo nivel (Gráfica II.6), con una diferencia estadísticamente significativa\*\*\*. La deficiente organización del servicio en primer nivel existe tanto en establecimientos para población SP/abierta (.47) como asegurada (.58) presentando diferencias entre ambas\*\*\* (Gráfica II.7). Esta situación persiste entre instituciones del Sector: los índices en el ISSSTE y el IMSS fueron los más altos con .58 y .56 respectivamente, al igual que IMSS-O con .53, los SESA con .37 fue el más bajo y

requiere de atención urgente; se encontraron diferencias significativas entre los SESA y el IMSS (Gráfica II.8).

**Gráfica II.7 Desempeño por dimensiones de la producción del servicio del programa APV, según tipo de población a la que se atiende**



Los *ítems* que requieren de atención urgente (presentan un índice menor a .40) son los siguientes: en el ámbito de las unidades de primer nivel que ofrecen atención del parto se requiere el formato de partograma (subíndices de .37); la disponibilidad de medicamentos en dosificaciones específicas para el tratamiento de sífilis [se obtuvieron las puntuaciones más bajas en el caso de penicilina g benzatínica 2.4 U (.29) y de 7.2 U (.14) así como ceftriaxona 500 mg im. (0.04) y la azitromicina 500 mg (.07)]; el tratamiento y la vacunación para influenza [oseltamivir o zanamivir, tabletas (.23) y las vacunas (.23) e instrumental como el oxímetro de pulso (.11)]; medicamentos para el tratamiento de la urgencia obstétrica [como expansores de plasma (.23), oxitocina (.23) y ergonovina (.20), terbutalina (.05), indometacina rectal (.33), betametasona o dexametasona (.37) y sulfato de magnesio (.25)] y equipo de reanimación neonatal (.31). También es de atención urgente la disponibilidad de medios de diagnóstico para VIH-SIDA para la cuenta de TCD4 y TCD8 (.18).

En el caso de hospitales, los *ítems* cuyos índices presentan el menor desempeño y requieren atención inmediata son: el hemocultivo (.28), la identificación de lactato sérico (.29), la realización de análisis de líquido amniótico (.23), la realización de pruebas Westernblot (.06) y el tratamiento en relación con la disponibilidad de Zidovudina (AZT)+Lamivudina (3tc)+Lopinavir (saquinavir, ritonavir) (.17). Para tratamiento de sífilis la disponibilidad de Penicilina G benzatínica es de 7.2 y de Azitromicina 500 mg .14. Con desempeño muy bajo se detectó la disponibilidad de medicamentos relacionados con la influenza: cefuroxime (.39) y vacuna sin adyuvante

(Sanofi-Pasteur) intra-muscular (.30). Para la urgencia obstétrica el Atosiban (.12) obtuvo el desempeño más bajo.

## **2. Prestación del servicio**

La prestación del servicio incluye los conocimientos técnicos que se consideran idóneos y que se encuentran en las guías y normas, percepciones de calidad, capacitación, actualización y certificación, disponibilidad de guías técnicas, manuales, normas y algoritmos, y disponibilidad de recursos humanos. Para conocer los subíndices por dimensión consultar Anexo II.3.1 y pruebas de significancia en el Anexo II.4.

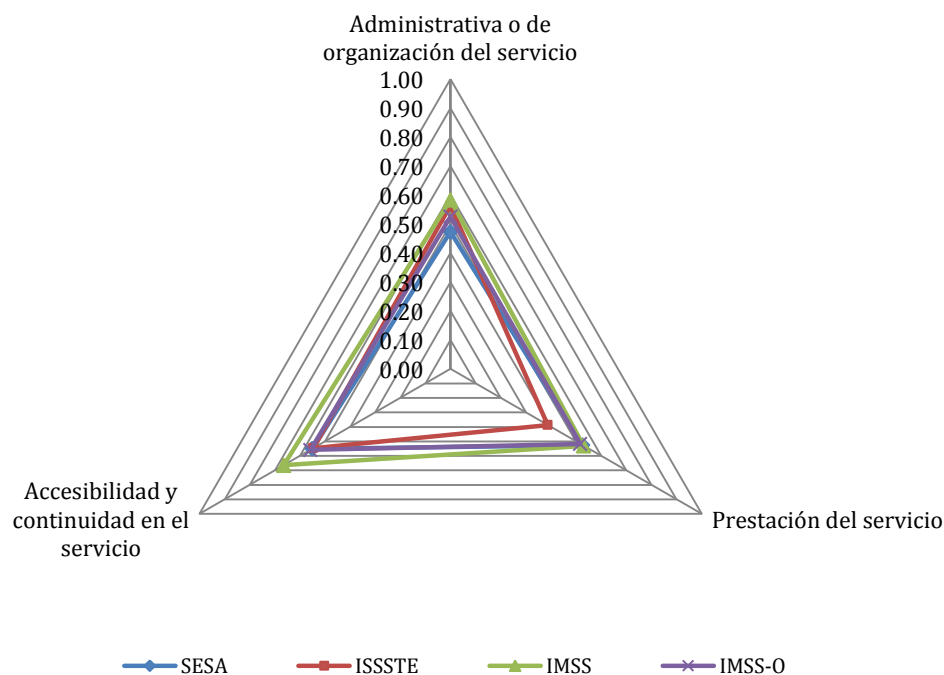
El índice total respecto de la prestación del servicio en primer nivel es de .50 (mediana) *versus* .71 (adecuada) en segundo nivel (Gráfica II.6), con una diferencia estadísticamente significativa\*\*\*. La mediana capacidad para la producción de los servicios en segundo nivel existe tanto en establecimientos para población SP/abierta (.53) como asegurada (.49) sin presentar diferencias entre ambas (Gráfica II.7). Esta mediana capacidad en la prestación del servicio persiste entre instituciones del Sector: los índices en los SESA y el IMSS fueron los más altos con .53 en ambos casos, el ISSSTE con .39 fue el más bajo, IMSS-O con .52, todos en el rango de mediano a bajo desempeño; se encontraron diferencias significativas entre los SESA con respecto al ISSSTE\*\*\* (Gráfica II.8).

En el primer nivel los índices mas bajos se presentaron en la disponibilidad de algoritmos sobre los signos de urgencia obstétrica (.36), de preeclampsia-eclampsia (.34), de sepsis puerperal (.19), de hemorragia (.25) y de reanimación neonatal (.05); guías de diagnóstico para referencia y contrarreferencia para el VIH (.35), para la aplicación de pruebas rápidas (.33) y para el diagnóstico y tratamiento de sífilis (.34); tablas de valoración de Silverman-Anderson (.27) y de Apgar (.26). En el ámbito de los conocimientos hay un desempeño muy bajo en identificación de factores de alto riesgo para preeclampsia (.31) y hemorragia (.00), conocimiento sobre la duración promedio del tercer periodo de parto (.21), las indicaciones para episiotomía (.11) y disponibilidad de formatos de partograma (.37).

Los elementos que requieren de atención urgente en las unidades de segundo nivel se encuentran en el ámbito del conocimiento como son los casos de identificación de factores de alto riesgo para preeclampsia (.38) y hemorragia (.07), criterios para solicitud de estudios en la primera cita de control prenatal (.30) y conocimiento sobre la duración promedio del tercer periodo del parto (.34), así como la poca disponibilidad de parteras profesionales o enfermeras obstétricas (.34).

El mejor desempeño en la prestación de servicio que se puede englobar como la calidad técnica y científica de la prestación del servicio tiene un desempeño general de mediano a bajo y es mejor también en las unidades de segundo nivel (.71), en los SESA (.52) e IMSS (.53).

**Gráfica II.8 Desempeño por dimensiones de la producción del servicio del programa APV, según tipo de institución**



### 3. Accesibilidad y continuidad en el servicio

La accesibilidad y continuidad en el servicio además de los elementos como materiales de difusión para la población, directorios o información estratégica para acceder al servicio, contempla aspectos relacionados con la continuidad en el servicio como son los conocimientos sobre a dónde enviar a las usuarias o formatos para realizar los envíos (confrontar listados en anexos).

El valor del índice de la accesibilidad y continuidad en el servicio en primer nivel es de .56 (mediano) *versus* .64 (mediano) en segundo nivel (Cuadro II.16 y Gráfica II.6), con una diferencia estadísticamente significativa\*\*\* entre estos dos niveles de atención. Un mediano desempeño en accesibilidad y continuidad en el servicio existe tanto en establecimientos para población SP/abierta (.55) como asegurada (.63) (Gráfica II.7), presentando diferencias significativas entre ambas\*\*\*. Este desempeño mediano del índice en accesibilidad y continuidad en el servicio persiste entre la mayoría de las instituciones del Sector. El IMSS presentó el índice más alto con .66 (desempeño mediano), los índices en los SESA (.55), el ISSSTE con .55 y el IMSS-O con .56 son similares, pero todos en el rango de mediano desempeño y se encontraron diferencias significativas\*\*\* entre el IMSS con respecto a los SESA(Gráfica II.8).

**Cuadro II.17 Paquetes de intervención que presentaron diferencias significativas según nivel de atención, tipo de población e institución, AMP.**

| Programa                                             | Estimación | Nivel de atención<br>primer vs<br>segundo nivel | Tipo de población<br>Asegurada vs<br>SP/abierta | Institución                                                                   |
|------------------------------------------------------|------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Accesibilidad                                        | 0.49       | F=18.989**                                      | F=10.272***                                     | SSA-IMSS F=11.604***                                                          |
| Atención al recién nacido                            | 0.65       | -                                               | -                                               | -                                                                             |
| Atención del parto                                   | 0.74       | -                                               | -                                               | -                                                                             |
| Atención prenatal                                    | 0.67       | -                                               | -                                               | SESA-IMSS-O F=22.685***<br>IMSS-IMSS-O F=11.711***<br>ISSSTE-IMSS-O F=3.625 * |
| Influenza                                            | 0.51       | F=4.609**                                       | -                                               |                                                                               |
| Sífilis e ITS                                        | 0.47       | F=18.818***                                     | -                                               | SESA-IMSS F=6.317**                                                           |
| Urgencia obstétrica                                  | 0.47       | F=39.196***                                     | F=12.79***                                      | SSA-IMSS F=10.977***-                                                         |
| VIH                                                  | 0.58       | F=5.493**                                       | F=19.192***                                     | SESA-ISSSTE F=9.544***<br>SESA-IMSS F=15.943***<br>SESA-IMSS-O F=15.352***    |
| Continuidad y accesibilidad en el servicio           | 0.56       | F=6.862***                                      | F=10.830***                                     | SESA-IMSS F=16.519***<br>ISSSTE-IMSS F=7.967***<br>IMSS-IMSS-O F=7.975***     |
| Organización del servicio o dimensión administrativa | 0.49       | F=31.203***                                     | F=8.854***-                                     | SESA-IMSS F=7.436***                                                          |
| Prestación del servicio                              | 0.52       | F=27.286***                                     | -                                               | SESA-ISSSTE F=6.434**                                                         |

Fuente: Monitoreo de servicios de salud, 2010.

## Conclusiones y recomendaciones

El trabajo de gabinete nos ha llevado a concluir que el IMSS de régimen ordinario y el ISSSTE no están alineados a la propuesta estratégica del programa de acción específico APV para el sexenio 2006-2012.

Se puede señalar que la mayor parte de los paquetes se otorga con mayor calidad en las unidades de segundo nivel, a excepción del paquete de VIH que tiene un mejor desempeño en primer nivel. Hay paquetes en los que la prestación del servicio no difiere entre tipo de población como son los de Atención prenatal, Atención del parto, Atención al recién nacido. Por institución, el IMSS tiene un mejor desempeño en seis de los 11 rubros (ocho paquetes y tres dimensiones), los SESA en dos de 11 e IMSS-O en uno de 11, y en tres de ellos no hubo diferencia en el desempeño. Podemos decir que se está caminando hacia la homogenización de la prestación de los servicios de salud en este tema. El monitoreo nos arroja que el sistema de salud tiene una inequidad sobre todo en la prestación del servicio de primer nivel *versus* segundo nivel y que hay una tendencia a la prestación homogénea del servicio entre instituciones, prevalece un mejor servicio para la población asegurada en su conjunto.

No hay mecanismos expeditos que permitan que las políticas con expectativas de alto impacto (Embarazo Saludable, Convenio Interinstitucional) sean conocidas o informadas a los proveedores de servicios de salud. El nivel de conocimiento de directores(as) y médicos(as) de las iniciativas federales es limitado, tanto en unidades de los SESA como del IMSS y el ISSSTE, y no se han traducido en una mejora en el acceso a los servicios de atención a la urgencia obstétrica.

Deben crearse los mecanismos expeditos que permitan que las políticas con expectativas de alto impacto que se generan desde la federación (Embarazo Saludable, Convenio Interinstitucional) sean conocidas y adoptadas en el corto plazo por los proveedores encargados de ponerlas en práctica. La recomendación es delinear una estrategia de comunicación que parta de los actores significativos para impulsar la política y no dejar solamente a los órganos de coordinación (CONASA o Comité Nacional de Arranque Parejo en la Vida) el mandato de llevar a cabo la difusión de los programas o convenios en cascada.

La disponibilidad de transporte para la canalización en primer nivel es menor frente a la disponibilidad en el nivel hospitalario. Asimismo, existen menos facilidades en comunicación para establecimientos de primer nivel y, sobre todo, para la población más pobre y más apartada. Es necesario promover que los órdenes de gobierno municipales utilicen los ramos presupuestales para rehabilitar caminos y adquirir ambulancias para transportar a las mujeres de las unidades médicas de primer al segundo nivel de atención. Asegurar que los gobiernos estatales asuman la responsabilidad en el traslado de las mujeres con urgencias obstétricas permite dar seguimiento a uno de los acuerdos del Gabinete Social, específicamente el 005/2009 del 23 de marzo de 2009.

No hay información pública acerca de las unidades médicas hospitalarias a las cuales las mujeres pueden acudir para atenderse un parto o una urgencia obstétrica, sobre todo en las instituciones que brindan atención a la población SP/abierta. Se



recomienda que cada uno de los gobiernos estatales incluya, como parte de los servicios a la población, la publicación de las redes de servicios como se ha acordado con el CNEGySR e impulsar políticas de información, a fin de que las mujeres conozcan el lugar adecuado para la atención del parto o de la urgencia obstétrica.

Considerando la limitada disponibilidad de insumos para la detección, prevención y tratamiento oportuno de VIH e ITS en mujeres embarazadas, se recomienda diseñar estrategias para garantizar la presencia de los insumos indispensables para su prevención y detección, y asegurar la disponibilidad de guías y lineamientos clínicos, así como las pruebas rápidas de VIH. La disponibilidad de este material debe, además de garantizarse, supervisarse de manera continua.

El monitoreo arroja un desempeño muy bajo en relación con la disponibilidad de guías, información para la población, métodos de diagnóstico y vacunas para la influenza. Asimismo, hay un desempeño bajo en la disponibilidad de las guías y tratamiento específicos para sífilis. Se recomienda dar seguimiento a estos dos componentes del programa de atención a la embarazada.

Existe un desmantelamiento del primer nivel como instancia de atención del parto y no hay un criterio homogéneo para brindar la atención primaria de la urgencia obstétrica. Las recomendaciones internacionales señalan la necesidad de que se realice en el primer nivel la atención del parto normal, con parteras o médicos profesionales, así como el manejo primario de la urgencia obstétrica, a fin de no saturar los servicios hospitalarios con partos normales y asegurar una atención oportuna de las complicaciones. La recomendación es reforzar la atención primaria de la urgencia obstétrica en los servicios de atención de primer nivel y la atención del parto normal en aquellos consultorios que cuenten con servicio de hospitalización.

Un porcentaje muy limitado de las unidades de primer nivel realiza una referencia adecuada de la urgencia obstétrica. La práctica más usual consiste en referir a las mujeres al segundo nivel sin ninguna intervención para su estabilización. Los resultados del monitoreo arrojan un deficiente conocimiento por parte de los prestadores de servicios de los factores de riesgo de preeclampsia y hemorragia. Adicionalmente, la prestación del servicio para la atención primaria de la urgencia obstétrica no requiere de alta tecnología y es posible realizarla con conocimientos y habilidades de médicos y médicas del primer nivel; sólo se requiere de la disponibilidad de líquidos parenterales, antibióticos, anticonvulsivantes y oxitócicos, así como habilidades clínicas para realizar una extracción manual de placenta o para la evacuación de restos placentarios y para la asistencia del parto. Se recomienda el establecimiento de lineamientos específicos y la organización necesaria para el manejo de las urgencias obstétricas en el primer nivel, que incluya la actualización permanente del personal así como los insumos necesarios.

La promoción de la información sobre urgencias obstétricas es limitada y los carteles que la difunden no están correctamente ubicados. La distribución de carteles promocionales para el público o de información técnica para los proveedores -por parte del CNEGySR- debe ser suficiente y colocados en el ámbito apropiado para alcanzar el objetivo que persiguen, y deben considerar a la población analfabeta e indígena, con un lenguaje amigable y cercano. El cartel debe ir acompañado de una indicación metodológica para su correcta divulgación.

La calidad de los servicios es menor en el primer nivel en relación con las unidades de segundo nivel, tanto en los paquetes de intervención por programa como en las dimensiones de la producción de servicios analizadas. Es necesario promover el fortalecimiento del primer nivel de atención (Cuadro II.16).

## Bibliografía y referencias

ENGENDERHEALTH, AMDD, 2003, EngenderHealth. Quality improvement for emergency obstetric care: leadership manual and toolkit, New York: EngenderHealth and Mailman School of Public Health, Columbia University, pp. 71

AMDD, 2003, Emergency obstetric care: resources and tools, CD-ROM, Baltimore, JHPIEGO.

AMDD, 2006, Averting Maternal Death and Disability Program Report 1999–2005, New York, AMDD, pp. 23

UNFPA, AMDD, 2002, “Para comprender las causas de las defunciones maternas”, Módulo, *Sistema de aprendizaje a distancia sobre cuestiones de población*, PAIS, pp. 53

Arranque Parejo en la Vida y Population Council, 2009, “Calidad de la atención a la salud materna” en Graciela Freyermuth y Paola Sesia (coord.), *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*, Serie Evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva. Mujeres y hombres en el siglo XXI, Número 2, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, pp. 75-80.

Arranque Parejo en la Vida y Population Council, 2009, “Atención prenatal basada en la evidencia” en Graciela Freyermuth y Paola Sesia (coord.), *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*, Serie Evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva. Mujeres y hombres en el siglo XXI, Número 2, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, pp. 81-84.

Arranque Parejo en la Vida y Population Council, 2009, “Nutrición y salud materno-fetal” en Graciela Freyermuth y Paola Sesia (coord.), *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*, Serie Evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva. Mujeres y hombres en el siglo XXI, Número 2, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, pp. 85-89.

Ávila-Burgos, L., Montañez-Hernández, J.C., Cahuana-Hurtado, L., Aracena-Genao, Belkis, 2010, *Cuentas en salud reproductiva y equidad de género. Estimación 2008 y comparativo 2003-2008*, Cuernavaca, México, Instituto Nacional de Salud Pública (MX), coeditado con la Secretaría de Salud (MX), pp. 125

Butler, N.R. and Alberman, E.D., 1969, citado en Bobadilla, J.L., *Quality of perinatal medical care in Mexico City*, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud, México, 1988, pp. 253

Calderón Hinojosa, Felipe, AÑO, *Cuarto Informe de Gobierno*, México.

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2009, *Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México*, México, Gobierno Federal, pp.48.

Díaz, D., Meneses, S., Castañeda, 2010, *Implicaciones del Seguro Popular en la reducción de la muerte materna. Perspectivas a nivel nacional y en los estados de Chiapas y Oaxaca*, FUNDAR, pp 129.

Freyermuth Enciso, Graciela y Cecilia de la Torre, 2004, "Los programas de Ampliación de Cobertura y Arranque Parejo en la Vida de Los Altos de Chiapas", Martha Castañeda, Daniela Díaz, Gisela Espinosa, Graciela Freyermuth, Dora Sánchez—Hidalgo, Cecilia de la Torre. (autoras), *La Mortalidad Materna en México. Cuatro Visiones*, FUNDAR, K'inál Antsetik, A.C., Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población, UAM, Coordinadora Nacional de Mujeres. México, D. F., 238 pp.

Freyermuth Enciso, Graciela, 2006, "Políticas internacionales orientadas a abatir la mortalidad materna: atención obstétrica de emergencia Vs. atención calificada del parto. Un análisis de costos para Chiapas", Daniela Díaz Echeverría (coord.) *Muerte Materna y Presupuesto Público*, FUNDAR, Centro de Análisis e Investigación, A.C., México, D.F., pp. 27-62.

Freyermuth Enciso, Graciela, Hilda Argüello Avendaño, Ivonne Villalobos y Cecilia de la Torre, 2006, "Urgencia obstétrica y saber popular en Tenejapa, Chiapas. Una experiencia metodológica en la aplicación de encuestas en el contexto multicultural" en: *Anuario 2005*, Centro de Estudios Superiores de México y Centro América, Colección Selva Negra, Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, México, pp. 34-51 (ISBN: 968-5149-47-X).

Freyermuth Enciso, Graciela, Ivonne Villalobos Vázquez, Hilda Argüello y Cecilia de la Torre, 2006, "Urgencia obstétrica y saber popular en Tenejapa, Chiapas" en *Perinatología Reproductiva Humana*, México, Vol. 20, No. 4, octubre-diciembre, pp. 60-68 (Se publicó hasta 2007 y llegó hasta 2008).

Gabinete de Desarrollo Humano y Social, 2005, *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de Avances 2005*, México, Gobierno de la República, Sistema de las Naciones Unidas en México, 151 pp. 215-252

Kosongo, 2002, proyecto "Antenatal screening for fetopelvic dystocias. A cost effectiveness approach to the choice of simple indicators for use by auxiliary personnel", *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, agosto de 1984, 87 (4), No. 1, pp. 29 - 73, citado en UNFPA, AMDD, 2002, *Para comprender las causas de las defunciones maternas*, Módulo I, Sistema de aprendizaje a distancia sobre cuestiones de población, PAÍS, pp. 53

Meneses, S., 2007, "¿Atención universal a la atención obstétrica? El Seguro Popular de Salud frente al reto de la muerte materna en Los Altos de Chiapas", en Daniela Díaz (coord.), *Muerte materna y seguro popular*, México, FUNDAR, Centro de Análisis e Investigación, A.C., pp. 13- 62.

Meneses, S., 2009, *El Seguro Popular de Salud y atención materna en Los Altos de Chiapas. Reflexiones sobre sus alcances y limitaciones*, México, FUNDAR, pp 59-87.

Meza Palmero, Alejandro, 2007, *Evaluación de la efectividad inmediata del proyecto Red Social para Disminuir la Muerte Materna en Tenejapa, Chiapas, México*, Maestría en Salud Internacional, Universidad Autónoma de Barcelona, 115 pp.

Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2008, "Programa de Acción Específico 2007-2012, Arranque Parejo en la Vida, México", Secretaría de Salud, Dirección de la Unidad de Coordinación de Programas Emergentes para Grupos Vulnerables, *Modelo de atención a la salud para población abierta*, 1995, México, pp. 46.

Secretaría de Salud, 2009, *Lineamiento de prevención y control en materia de influenza A (H1N1): Mujeres embarazadas y en periodo de lactancia*, Versión 1.0, México, junio, pp. 27

Secretaría de Salud, Instituto de Salud del Estado de Chiapas, Dirección de Salud Pública, Subdirección de Atención a Grupos Poblacionales, 2009, *Programa estatal de salud perinatal (Arranque Parejo en la Vida)*, México, 16 pp.

UN Millennium Project, 2005, *Who's got the power? Transforming health systems for women and children*, Summary version of the report of the Task Force on Child Health and Maternal Health, New York, USA. Disponible en: <http://www.unmillenniumproject.org/documents/TF4Childandmaternalhealth.pdf>

WHO FNUAP, UNICEF, Banco Mundial, IMPAC, 2002, *Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto*, Guía para obstetrices y médicos, WHO/RHR/00. 7, pp. 19

### ***Presentaciones en ppt***

Gómez Montes, James, 2010, “Por una mejor salud materna”, presentación del 11 de octubre en el *Foro de muerte materna para presidencias municipales*, México.

CNEGySR, 2009, “Focalización en seis acciones para disminuir la Mortalidad Materna”, presentado en la *Segunda reunión técnica organizada por CPMSR*, febrero, México.

Sántiz, E., Gómez, A., 2010, Secretaría de salud de Chiapas, presentación del 11 de octubre en el *Foro de muerte materna para presidencias municipales*, México.

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2010, Encuesta Nacional de Medio Camino, diciembre, México.

Uribe Zúñiga, Patricia, 2010, XV Reunión Ordinaria del Comité Nacional del Programa de Acción Específico Arranque Parejo en la Vida, mayo. Fuente: SEED/DGE/SSA, 2000-2009, preliminar Población proyectada CONAPO, México.

### ***Informes***

Freyermuth Enciso, Graciela, Hilda Argüello y Cristina Alonso, 2004, “Recomendaciones a partir del Estudio de la Línea Base en Tenejapa”, *Foro nacional de mujeres y políticas de población*, ACAS, A.C., carpeta, México, pp. 29.

Freyermuth Enciso, Graciela, Eva Sántiz López y Ángel Gómez Sántiz, 2006, *Actividades para la prevención de la mortalidad materna. Una guía de trabajo para promotores de salud*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Secretaría de Desarrollo Social, ACAS, A.C., Red social para disminuir la muerte materna en Tenejapa, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México, pp. 28.

Freyermuth, Meléndez y Argüello, 2009, *Anexo I de Atención Materna IMSS, Observatorio Chiapas, 2009, Observatorio para la transparencia, la rendición de cuentas en la aplicación de los presupuestos y programas de la Administración Pública Federal en materia de transversalidad de la perspectiva de género (Sistema de Igualdad), ETAPA I Atención de la salud reproductiva y la igualdad de género en salud (en las modalidades: Arranque Parejo en la Vida, Planificación Familiar e Igualdad de Género en salud)*, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 21 pp.

Freyermuth, Meléndez y Argüello, 2009, *Anexo II de Atención Materna IMSS, Observatorio Chiapas, 2009, Observatorio para la transparencia, la rendición de cuentas en la aplicación de los presupuestos y programas de la Administración Pública Federal en materia de transversalidad de la perspectiva de género (Sistema de Igualdad), ETAPA II Atención de la salud reproductiva y la igualdad de género en salud (en las modalidades: Arranque Parejo en la Vida, Planificación Familiar e Igualdad de Género en salud)*, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 7 pp.

Freyermuth, Meléndez y Argüello, 2009, *Anexo III de Atención Materna IMSS, Observatorio Chiapas, 2009, Observatorio para la transparencia, la rendición de cuentas en la aplicación de los presupuestos y programas de la Administración Pública Federal en materia de transversalidad de la perspectiva de género (Sistema de Igualdad), ETAPA III Atención de la salud reproductiva y la igualdad de género en salud (en las modalidades: Arranque Parejo en la Vida, Planificación Familiar e Igualdad de Género en salud)*, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 31 pp.

Freyermuth, Meléndez y Argüello, 2009, *Observatorio para la transparencia, la rendición de cuentas en la aplicación de los presupuestos y programas de la Administración Pública Federal en materia de transversalidad de la perspectiva de género (Sistema de Igualdad), ETAPA IV Atención de la salud reproductiva y la igualdad de género en salud (en las modalidades: Arranque Parejo en la Vida, Planificación Familiar e Igualdad de Género en salud)*, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 31 pp.

Meléndez, D. (coord.), 2008, Informe de evaluación del proyecto “Red social para disminuir la mortalidad materna en Tenejapa, Chiapas, México”, Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud, A.C., 14 pp.

### ***Páginas web***

[http://www.informe.gob.mx/pdf/Anexo\\_Estadistico/1\\_3.pdf](http://www.informe.gob.mx/pdf/Anexo_Estadistico/1_3.pdf) (consultado 18 de noviembre 2010).

IMSS-Oportunidades, <http://www.imss.gob.mx/NR/ronlyres/6F890B90-E340-42BB-9052-B14FAECA9FD2/0/07CapituloVIIProgramaIMSSOportunidades.pdf>

IMSS-Oportunidades Chiapas <http://www.imss.gob.mx/NR/ronlyres/07634AC5-8835-43B4-BE0F-9ED9BBAB92C7/0/CHS.pdf> (consultado 2 de diciembre 2010).

IMSS-Oportunidades, 2010, <http://www.imss.gob.mx/NR/ronlyres/6DE68812-6643-44B0-9887-0BE9911212F1/0/ROP2010IMSSOPORTUNIDADES.pdf> (consultado 3 de diciembre 2010).

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ACUERDO por el que la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades emite las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el Ejercicio Fiscal 2010. Lunes 28 de diciembre de 2009 DIARIO OFICIAL (Primera Sección) <http://www.imss.gob.mx/NR/ronlyres/6DE68812-6643-44B0-9887-0BE9911212F1/0/ReglasdeOperación2009.pdf> (consultado 3 de diciembre 2010).

IMSS-OP, 2010, indicadores solicitados  
Fuente: <http://www.generosaludreproductiva.salud.gob.mx/paginas/paes.html>

[http://www.shcp.gob.mx/POLITICAFINANCIERA/FINANZASPUBLICAS/ITSSEFPDP/2010/Primer%20Trimestre%20de%202010/ANEXO\\_XVI\\_AVANCE\\_INDICADORES\\_FINAL.pdf](http://www.shcp.gob.mx/POLITICAFINANCIERA/FINANZASPUBLICAS/ITSSEFPDP/2010/Primer%20Trimestre%20de%202010/ANEXO_XVI_AVANCE_INDICADORES_FINAL.pdf)

[http://www.apartados.hacienda.gob.mx/presupuesto/temas/ppef/2010/temas/tomos/50/r50\\_gyr\\_ep.pdf](http://www.apartados.hacienda.gob.mx/presupuesto/temas/ppef/2010/temas/tomos/50/r50_gyr_ep.pdf)

[http://www.apartados.hacienda.gob.mx/presupuesto/temas/ppef/2010/temas/tomos/50/r50\\_gyr\\_ep.pdf](http://www.apartados.hacienda.gob.mx/presupuesto/temas/ppef/2010/temas/tomos/50/r50_gyr_ep.pdf)

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 2008. “Programas Integrados de Salud. Guía Técnica. Mujeres de 20 a 59 años”. México: Coordinación General de Comunicación



Social del Instituto Mexicano del Seguro Social, pp. 101, páginas consultadas 92-94 (consultado 23 de junio 2010).

[http://medusa.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/resource/coneval/med\\_pobreza/3494.pdf](http://medusa.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/resource/coneval/med_pobreza/3494.pdf)

Secretaría del Trabajo y Previsión Social, 2010,  
[http://www.stps.gob.mx/DGIET/web/menu\\_infsector.htm](http://www.stps.gob.mx/DGIET/web/menu_infsector.htm) (consultado 6 de diciembre 2010).

INEGI, 2005, II Censo de Población y Vivienda 2005. Resultados definitivos, Tabulados Básicos.

<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/conteo2005/default.asp?s=est&c=10398>, (consultado 17 de octubre 2010).

SINAIS, <http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/xls/2008total.xls> (consultado 17 de octubre 2010).

IMSS, 2008, servicio otorgados

CONEVAL;  
[http://www.coneval.gob.mx/coneval2/htmls/medicion\\_pobreza/HomeMedicionPobreza.jsp?categorias=MED\\_POBREZA,MED\\_POBREZA-criterios](http://www.coneval.gob.mx/coneval2/htmls/medicion_pobreza/HomeMedicionPobreza.jsp?categorias=MED_POBREZA,MED_POBREZA-criterios) (consultado 18 de octubre 2010).

SHCP,  
[http://www.sat.gob.mx/sitio\\_internet/asistencia\\_contribuyente/informacion\\_frecuente/salarios\\_minimos/default.asp](http://www.sat.gob.mx/sitio_internet/asistencia_contribuyente/informacion_frecuente/salarios_minimos/default.asp) (consultado 18 de octubre 2010).

<http://www.imss.gob.mx/dpmedicas/guiasclinicas/GuiasClinicas/pdf/AtnPrenatal.pdf>  
(consultado 9 de octubre 2009).

<http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/SAp14.pdf> (consultado 14 de octubre 2009).

[http://www.amddprogram.org/index.php?sub=2\\_1\\_2](http://www.amddprogram.org/index.php?sub=2_1_2) (consultado 14 de octubre 2009).

Cruz, Ángeles, “IMSS: inútil, área de salud reproductiva”, Periódico La Jornada, 16 de abril de 2008, disponible en:  
<http://www.jornada.unam.mx/2008/04/16/index.php?section=sociedad&article=046n3soc>  
(consultado 28 de octubre 2009).

Presidencia de la República – México, Tercer Informe de Gobierno. Sistema Internet de la Presidencia 2008, Disponible en: <http://tercer.informe.gob.mx/>

Presidencia de la República. Cuarto Informe de Gobierno, Felipe Calderón, Sistema Internet de la Presidencia 2010, Disponible en: <http://cuarto.informe.gob.mx/>

[http://www.chiapas.contralinea.com.mx/archivo/2006/junio/htm/saqueo\\_issste.ht](http://www.chiapas.contralinea.com.mx/archivo/2006/junio/htm/saqueo_issste.ht)



# Capítulo III

## Programa de Cáncer Cervicouterino

Cinthya Montoya Liévano  
Graciela Freyermuth  
Gabriel Armando Torres L.<sup>88</sup>

### Resumen ejecutivo

Este documento describe y analiza un grupo de intervenciones sustantivas del Programa de Acción Específico de Cáncer Cervicouterino (CaCu) 2007-2012 (PAE-CaCu) y de la Norma Oficial Mexicana-014-SSA2-1994 (NOM-014). La selección de las intervenciones a monitorear se realizó de acuerdo con criterios de prioridad basados en las metas propuestas en los documentos mencionados. El CaCu es la segunda causa de muerte de mujeres por neoplasias malignas, particularmente de las de 25 a 64 años de edad, y los estados de Zacatecas, Chiapas y Oaxaca son los que presentan las tasas de mortalidad más altas. Es posible disminuir la mortalidad por CaCu con adecuados programas de detección masiva y tratamiento oportuno a través del estudio citológico cervical y la prueba de detección del virus del papiloma humano (VPH). Desde 1974 existe en México un programa para enfrentar este problema, que debe ser ejecutado en las mismas condiciones en todos los estados de la República Mexicana; este monitoreo aporta una visión nacional, así como una particular por nivel de atención y tipo de institución, acerca de la implementación del PAE CaCu.

La vacuna contra VPH ha mostrado una elevada eficacia en mujeres que no han iniciado su vida sexual, tiene un aceptable perfil de seguridad y una persistencia del efecto (inmunidad contra el VPH) por siete años, aunque no se ha encontrado evidencia del efecto en mujeres con infección ya establecida por VPH de los serotipos 16 y 18. Sin embargo, para el 2010 la vacuna solamente se encontraba disponible para aquella población considerada más vulnerable existiendo deficiencias en su disponibilidad y observándose una gran variabilidad en su existencia en las unidades médicas tanto en el ámbito nacional como institucional. Con esta muestra se obtuvo una estimación del índice poco precisa, sin embargo, se incluyen estos resultados ya que pueden servir de referencia ahora que esta vacuna forma parte del programa nacional de vacunación. Otro aspecto que llama la atención es la falta de alineación en la detección de VPH por captura de híbridos, este método diagnóstico está siendo impulsado por la SSA y solamente el ISSSTE se ha alineado a esta propuesta, IMSS e IMSS-O no siguen el lineamiento del PAE, el desempeño de esta prueba de detección aún es bajo en los SESA y en el ISSSTE, así que se requiere su fortalecimiento y la reconversión tecnológica en el IMSS. La detección por citología tuvo uno de los más altos índices de los paquetes estudiados y es uno de los procedimientos que se realizan de manera homogénea. En cuanto al diagnóstico y tratamiento, encontramos deficiencias para el seguimiento y control de los casos, y en los campos de conocimientos e insumos existe, en general, un

---

<sup>88</sup> Cinthya Montoya Liévano, médica cirujana.

Graciela Freyermuth, investigadora titular, CIESAS-Sureste.

Gabriel Armando Torres L., médico especialista, Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud, A.C. (ACASAC).

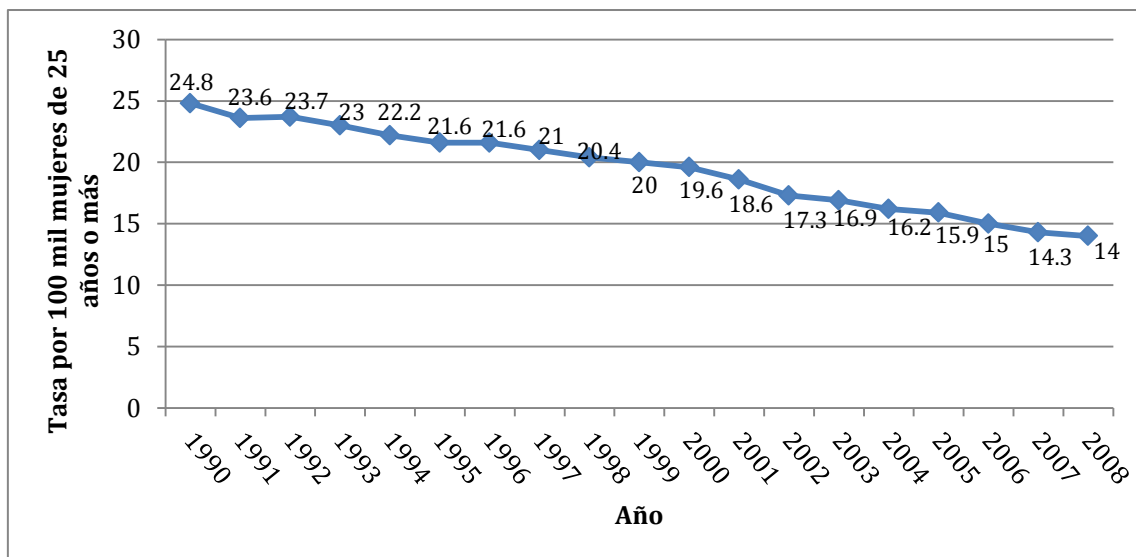
desempeño de mediano a adecuado. Este Programa obtuvo el mejor desempeño de todos los programas monitoreados.

## Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) 250,000 mujeres mueren en el mundo cada año por CaCu. En América, se calcula que ocurren alrededor de 27,500 defunciones anuales por esta neoplasia, lo que representa una pérdida económica de aproximadamente 3,300 millones de dólares. Esta enfermedad afecta fundamentalmente a las mujeres pobres y sus tasas de mortalidad son siete veces mayores en países de América Latina y el Caribe que en Estados Unidos y Canadá, destacando Bolivia, Haití y Paraguay (OMS/OPS, 2008).<sup>89</sup>

En el año 2009 ocurrieron en México 4,107 muertes por CaCu (SINAIS, Bases de datos mortalidad, 2009) y para 2010 el CaCu era la segunda causa de muerte entre las mujeres de 25 años y más. La mortalidad por esta causa se había mantenido casi inalterada entre 1986 y 1996, con tasas de 23.09 a 21.45,<sup>90</sup> llegando a ser la primera causa de mortalidad y morbilidad entre las mujeres adultas (Sayavedra, 2000). Datos publicados (Ávila, 2010) muestran que a partir de 1990 se ha tenido un descenso sostenido pasando de una tasa de 24.8 en 1990 a 14.0 para 2008 (Gráfica III.1). El número absoluto de muertes se ha mantenido casi constante, de 4,604 en 2000 a 4,031 en 2008<sup>91</sup> (Gráfica III.2).

**Gráfica III.1 Mortalidad por CaCu.**  
**Tasa observada por 100 mil mujeres de 25 años o más,**  
**México, 1990-2008**



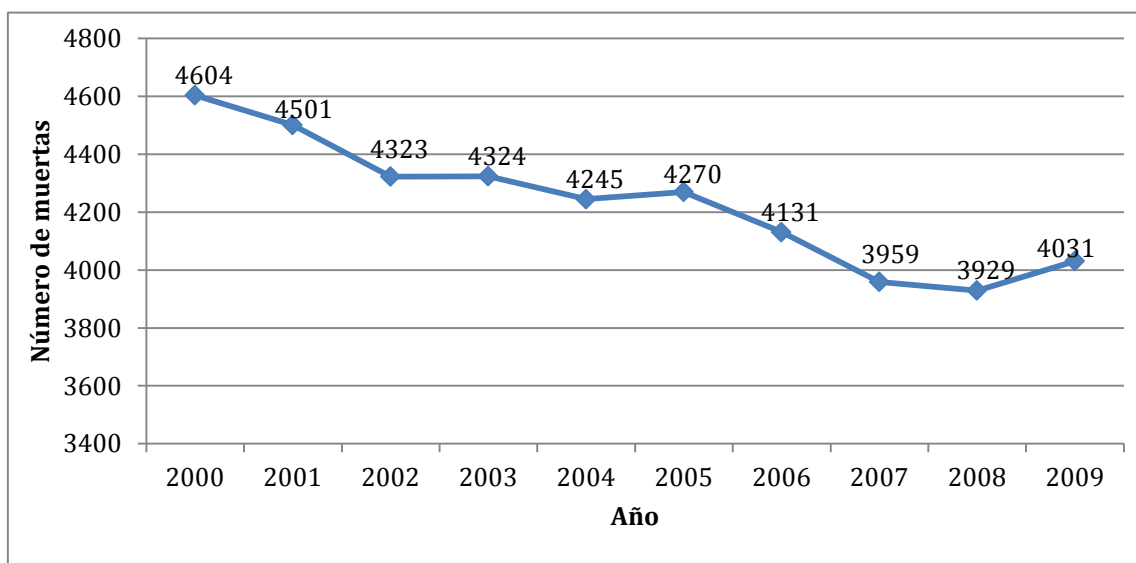
Fuente: Ávila, 2010, a partir del Segundo y Tercer Informes de Labores de la SSA.

<sup>89</sup> Organización Mundial de la Salud, Organizaciones Panamericanas de la Salud, Estrategia y plan de acción regionales sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino, punto 4.2 del orden del día provisional cd48/6 (esp.) 7 de agosto de 2008 <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd48-06-s.pdf> (consulta: 3 de febrero de 2011).

<sup>90</sup> Las tasas se calcularon a partir de 100,000 mujeres de 25 años de edad en adelante.

<sup>91</sup> : <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/index.html#defunciones>

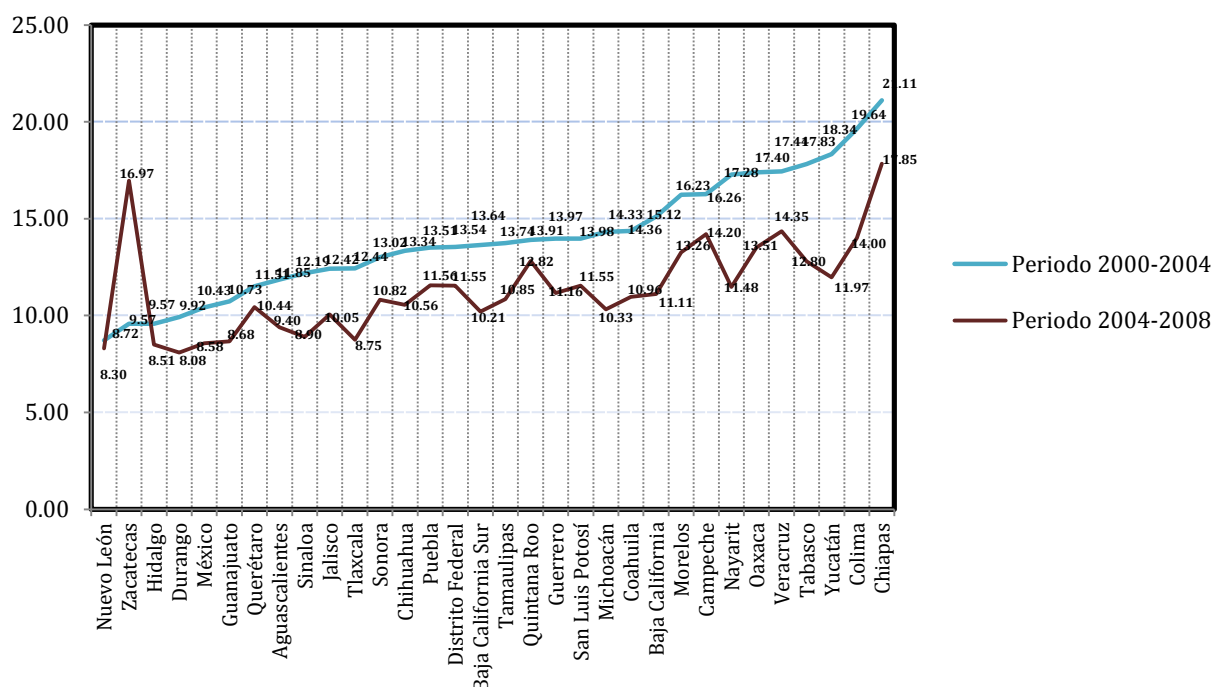
**Gráfica III.2 Número de muertes por CaCu, México, 2000-2009**



Fuente: Elaboración propia, bases de datos Mortalidad 2000-2009, SSA, México, 2010 SINAIS  
<http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/index.htm>

Un análisis comparativo de tasas de mortalidad por CaCu en México a fin de estimar las muertes evitables, ajustadas por grupo de edad para dos periodos (2000-2004 y 2004-2008) (Gráfica III.3), muestra que prácticamente en todos los estados de la República Mexicana la tasa disminuyó, a excepción de Zacatecas. Las más elevadas entre 2004 y 2008 las presentaron, en orden de importancia: Chiapas, Zacatecas, Veracruz, Campeche y Colima. La diferencia entre entidades federativas con la tasa menor con respecto a la mayor es del doble, teniendo Durango la más baja con 8 (TM CaCu (Gráfica III.3) (Freyermuth, *et al.*, 2010).

**Gráfica III.3 Comparativo de tasas ajustadas de mortalidad evitable por CaCu, México, periodos 2000-2004 y 2004-2008**



Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos de mortalidad 2000-2008. SINAIS

En México, la detección oportuna de CaCu se lleva a cabo desde 1974<sup>92</sup> por medio del examen de citología cervical, predominando hasta 2006 como el método por excelencia para su diagnóstico. A partir de 2007 se incluyó la prueba de captura de híbridos para la detección del VPH<sup>93</sup> como un medio de tamizaje más sensible.

En la última década y a partir del intenso trabajo desarrollado por los científicos en la búsqueda de una cura para el SIDA, ocurrieron hallazgos importantes respecto de la relación entre la presencia de agentes infecciosos y el desarrollo de cáncer. El papel del virus de Epstein-Barr, del VPH y del *helicobacter pylori* en la génesis de neoplasias son muestra de ello; la presencia de estos agentes se relacionó cada vez más con el riesgo de adquirir cáncer (Goedert, 2000). El VPH es causa necesaria, pero no suficiente, para el desarrollo del CaCu; esto significa que solamente un porcentaje de mujeres que adquieren el VPH desarrollarán inicialmente displasia. Distintos estudios muestran que entre 90 a 99% de las muertes por CaCu están asociadas con la presencia del virus oncogénico, es decir, que solamente de 1 a 5% de los carcinomas son negativos a la presencia de dicho virus (Sholtz, 1997; Walboomers, 1999). El cáncer puede ser prevenible evitando la infección o la inmunodeficiencia que posibilitan su persistencia o reactivación (Goedert, Preface, 2000).

Hay que señalar que existe un gran porcentaje de población infectada por VPH- aproximadamente las dos terceras partes- que muestra regresión espontánea y que 90% de ésta no tendrá ninguna manifestación clínica (infección latente subclínica), lo que nos sugiere un grupo muy amplio de portadores de la infección que potencialmente puede transmitirla. Por otro lado, la evolución de la enfermedad, similar a la de otras enfermedades virales, se asocia con otros factores como el estrés o ciertos hábitos que pueden favorecer la presencia de síntomas. Estas asociaciones, que pueden ser coyunturales, determinan en las mujeres periodos de remisión pero también periodos en que la enfermedad puede tener una evolución más rápida. Este comportamiento ha generado la percepción de que la enfermedad es de curso lento, aunque existen evidencias de que la evolución hacia la muerte puede ser en corto plazo (dos o tres años) cuando no se da un tratamiento ni seguimiento.<sup>94</sup> Es importante señalar que la tasa de recurrencia del padecimiento es de 2% luego de la conización.<sup>95</sup> Estos casos contradicen la evolución esperada y documentada por los médicos clínicos mexicanos desde hace décadas y necesariamente obligan a repensar la política de control y prevención del CaCu.<sup>96</sup>

Tradicionalmente, este padecimiento se había considerado como de mujeres en edad reproductiva (25-45 años); sin embargo en los últimos años se ha dado una modificación en el perfil de mortalidad de las mujeres por grupos de edad (Camacho y

---

<sup>92</sup> Cfr. Alonso, Lazcano, Hernández, 2000.

<sup>93</sup> Es conocido el papel oncogénico del Virus del Papiloma Humano en relación con el CaCu. Cfr. Conzuelo, Álvaro E., 2002.

<sup>94</sup> De 2007 a 2010 la SSA ha documentado 50 casos de jóvenes menores de 24 años con CaCu (Indicadores, SSA). En Chiapas ha habido casos de muertes por CaCu en un periodo de cinco años luego del inicio de la vida sexual activa (Eber, 2001). También se han documentado casos de jóvenes de 18 años que han sido sometidas a conización, lo que implica que ya han tenido un diagnóstico de displasia severa pese a su corta edad. En 2009, México tuvo 12 muertes por esta causa en mujeres de menos de 25 años, Cfr. Bases de datos de mortalidad, SINAIS.

<sup>95</sup> Técnica de resección en forma de cono de una zona central del cuello uterino para el diagnóstico y/o tratamiento de etapas tempranas (intraepitelial) del CaCu.

<sup>96</sup> Cfr. PAE-CaCu: El cáncer cervicouterino es una enfermedad prevenible y con mayor respuesta al tratamiento cuando se detecta en etapas iniciales, ya que toma entre 10 y 20 años su desarrollo, pp. 13.

Gaytán, 1998) debido al incremento en la esperanza de vida femenina, estrechamente asociada con el desarrollo de la enfermedad (Goedert, 2000). La SSA señala que el riesgo es mayor a partir de los 30 años.

Un punto a destacar es el pobre peso que los programas le asignan a la participación de la población masculina, a pesar de que se acepta que el CaCu es una enfermedad de transmisión sexual (PAE-CaCu: 24). El varón es el transmisor -asintomático las más de las veces- del VPH, principal factor de riesgo para el desarrollo de displasias del cuello uterino. Pese a esto, no encontramos un cambio en la manera en que se han concebido -y se siguen concibiendo- las campañas de prevención y los grupos de riesgo y que dejan prácticamente de lado las prácticas de riesgo. No se explicita en las campañas que se trata de una enfermedad de transmisión sexual y que la infección por VPH es una enfermedad sistémica.<sup>97</sup>

El aspecto medular de la infección por VPH y que está marcando el tipo de campaña de prevención en el Programa de CaCu, son las implicaciones que la infección por el VPH puede tener para la pareja y, por lo tanto, para la familia y su integridad. Así, la posición de los médicos respecto a la participación de la pareja masculina en el tratamiento y la evolución de la enfermedad tiene también que ver con las maneras en que ellos mismos conciben la sexualidad masculina, la libertad sexual entre la pareja y, sobre todo, la distribución del riesgo de morir. Por ejemplo, un estudio (Reartes, 2005) encontró que muchos médicos siguen utilizando el concepto de ‘grupos de riesgo’ y no de ‘prácticas de riesgo’, el primer concepto superado a partir de la epidemia del SIDA. Por su parte, Escobar y Alcázar (2005) documentaron cómo se excluye del discurso médico la participación del hombre en la génesis del problema. Habrá que indagar si conciben como posible el cambio de actitud de los hombres a través de educación sexual y prácticas de sexo seguro; en la consulta médica no se proporciona información sobre sexo seguro y prácticas de riesgo a las parejas sexuales de mujeres con displasia. En este sentido se comprende la poca incidencia que los clínicos y epidemiólogos mexicanos han tenido en las estrategias para la prevención de la transmisión de este padecimiento. Los médicos clínicos varones consideran que este problema (como el de la violencia doméstica) pertenece a la esfera de lo privado y se abstienen de informar al público de la naturaleza sexual de la transmisión<sup>98</sup> con el fin de no desencadenar problemas entre las parejas.

En 2007, la OMS puso en marcha su Plan de Acción contra el Cáncer, cuyos objetivos son: prevenir lo prevenible, curar lo curable, dispensar cuidados paliativos a todos los pacientes de cáncer, gestionar y vigilar los resultados (WHO, 2007).<sup>99</sup> Un objetivo clave del Plan consiste en ayudar a los países miembros a establecer programas nacionales de lucha contra el cáncer.<sup>100</sup> En México, en 2007 se creó un Programa de Acción Específico para Cáncer Cervicouterino (PAE-CaCu) que es la base para la implementación nacional de estrategias encaminadas a reducirlo. Este Programa incluye

---

<sup>97</sup> Es posible que los VPH con alto poder oncogénico se sumen a los factores de riesgo para diferentes tipos de cáncer. Cfr. Conzuelo, Q.A., 2002.

<sup>98</sup> Este es un argumento que frecuentemente utilizan los médicos clínicos. Una discusión acerca de este tópico se suscitó en el Instituto de Perinatología, en su XV Aniversario el 11 de mayo de 1998, en la sesión: ‘Una visión integral del Cáncer cervicouterino y mamario’.

<sup>99</sup> Cáncer, Nota descriptiva N°297, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html> (consulta: 30 de enero de 2011).

<sup>100</sup> <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>, revisado el 30 de enero de 2011.

como métodos de tamizaje a la citología cervical o prueba de Papanicolaou<sup>101</sup> y la detección del VPH por medio de captura de híbridos.

## **Alineaciones jurídica, normativa, institucional y programática del Programa de Acción Específico 2007-2012 de Cáncer Cervicouterino**

Los documentos normativos para abatir el CaCu se pueden clasificar en dos grandes grupos: los generales y los particulares por institución. Entre los denominados generales destacan el Programa de Acción Específico 2007-2012 de Cáncer Cervicouterino y la Norma Oficial Mexicana-014-SSA2-1994, y entre los particulares la Guía Clínica de la SSA y la Guía de Práctica Clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

En el **Plan Nacional de Desarrollo**, eje 3, y el **Plan Sectorial**, Objetivo 1,<sup>102</sup> se encuentra plasmada la prioridad que el actual gobierno federal confiere al problema de CaCu. El eje 3 menciona la necesidad de mejorar el acceso, cobertura y calidad de las acciones de promoción de la salud, detección, diagnóstico y atención del CaCu en áreas marginadas o con menor desarrollo económico. Uno de los objetivos del Programa del Sector Salud (PROSESA) es mejorar las condiciones de salud de la población y establece la meta (1.6) de disminuir 27% la tasa de mortalidad por CaCu por 100, 000 mujeres de 25 y más años de edad para el año 2012 con base en las cifras registradas en 2006.<sup>103</sup> Esta meta se clasifica en el PROSESA como estratégica. Adicionalmente, las acciones propuestas en el PROSESA enfatizan la necesidad de fortalecer las actividades de detección y atención de las lesiones precursoras y del CaCu.

El PAE-CaCu se alinea al Plan Nacional de Desarrollo (PND) que señala la importancia de mejorar el acceso, cobertura y calidad de las acciones de promoción de la salud, detección, diagnóstico y atención en áreas marginadas o menos desarrolladas económicamente. Este Programa se encuentra alineado a la NOM-014-SSA2-1994 modificada en 2007 y en la que se incluyen los lineamientos internacionales.

El objetivo general del PAE-CaCu se enfoca a disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad por CaCu a través de la provisión de servicios óptimos en la promoción, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control del padecimiento, así como a la participación responsable de la población en el cuidado de su salud a través de la mejora de sus conocimientos sobre los determinantes de esta enfermedad; alcanzar una cobertura de 85% en mujeres de 25 a 34 años de edad con la prueba de citología cervical cada tres años y en mujeres de 35 a 64 años con prueba de VPH cada cinco años; mejorar la calidad y oportunidad de las acciones de tamizaje, diagnóstico y tratamiento integral del CaCu mediante la formación y la capacitación continua del

---

<sup>101</sup> Técnica que consiste en el examen microscópico de células obtenidas del epitelio del cuello uterino -aprovechando la accesibilidad de éste a través de la vagina- que son observadas luego de teñirse con una técnica creada por Papanicolaou.

<sup>102</sup> Mejorar las condiciones de salud de la población.

Meta 1.6. Disminuir 27% la tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino por 100,000 mujeres de 25 y más años de edad. Esta meta se clasifica en el PROSESA como estratégica y su seguimiento será también monitoreado por la Oficina de la Presidencia. Línea de acción 2.13. Promover la prevención, detección y atención temprana del cáncer cérvico uterino y de mama, incluida en la estrategia 2. Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, y prevención y control de enfermedades.

<sup>103</sup> La reducción observada para el año 2008 fue de 6.7%. Cfr. Ávila, 2010.



personal de salud, y consolidar el sistema de información para el monitoreo, evaluación y sistema de vigilancia epidemiológica. El PAE-CaCu especifica la gratuidad en el tratamiento de las lesiones intraepiteliales y del cáncer, la confirmación diagnóstica, el tratamiento con calidad y la rehabilitación física y psico-oncológica.

En el caso del IMSS, el Programa está diseñado para desarrollarse en todos los niveles de atención, con especificaciones precisas para cada ámbito. Se define como un modelo operativo y se basa en las siguientes actividades: comunicación educativa, actividades de detección,<sup>104</sup> diagnóstico y tratamiento,<sup>105</sup> laboratorio de citología y patología<sup>106</sup> y sistema de vigilancia epidemiológica.<sup>107</sup> Tanto el programa del IMSS como el PAE-CaCu tienen una estructura similar y comparten puntos estratégicos como la comunicación educativa, prevención, detección, diagnóstico y tratamiento, y vigilancia epidemiológica. Sin embargo, el PAE incluye apartados definidos de transparencia y rendición de cuentas; en el ámbito de la prevención establece la aplicación de la vacuna de VPH y para la detección propone la sustitución de la citología cervical como primer método de tamizaje por la detección de VPH.

El Programa en el ISSSTE tiene como objetivo incrementar las acciones de detección oportuna del CaCu mediante la toma de citología cervical y pruebas biomoleculares<sup>108</sup> para la detección de VPH en la población femenina de 25-64 años con seguridad social del Instituto, así como continuar con la aplicación de la vacuna contra el VPH (ISSSTE, 2010).

Aunque el PAE-CaCu debería regir las acciones de todas las instituciones de salud -públicas y privadas- lo hace sólo de forma clara para los SESA. Instituciones como IMSS, IMSS-O e ISSSTE cuentan con guías internas que determinan las acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, que no se alinean completamente con el PAE-CaCu, la NOM-014 y las normas internacionales. La SSA e IMSS muestran alineación a la NOM-014 para las secciones de consejería, promoción a la salud, prevención, detección oportuna por citología cervical, diagnóstico, tratamiento de acuerdo con algoritmos establecidos y el seguimiento de las pacientes con positividad; y SSA e ISSSTE para la detección por medio de la citología cervical para todas las mujeres que han iniciado su vida sexual y para la detección de VPH y aplicación de vacuna, rubros hacia los cuales ha permanecido ajeno el IMSS.

---

<sup>104</sup>Indicaciones y periodicidad de detección, contraindicaciones de detección, estrategia para localización de mujeres sin citología previa, participación del servicio de medicina familiar en la detección por medio de citología, procedimiento para la toma de muestra, calidad, reporte de resultados y control de calidad, registro de datos.

<sup>105</sup> Algoritmos de diagnóstico y tratamiento.

<sup>106</sup>Instrucciones generales y específicas para el diagnóstico, control de calidad y reporte epidemiológico.

<sup>107</sup>Instrucciones de operación para unidades de medicina familiar, hospital con servicio de citología, hospital con servicio de patología, clínica de displasia, hospital con servicio de oncología y coordinación.

<sup>108</sup> Responsables del programa en el ISSSTE refirieron que como prueba biomolecular para la detección de VPH realizan RPC (Reacción de la Polimerasa en Cadena), prueba biomolecular en la que el DNA blanco se amplifica selectivamente por medios enzimáticos, a través de ciclos repetidos de desnaturalización e hibridación del fragmento precursor y extensión de éste. (NOM-014-SSA2-1994). Noviembre del 2011.



El gasto destinado a este Programa durante los últimos cinco años ha sido diferencial por instituciones: la SSA lo ha incrementado 400% y el IMSS-O en 37%; sin embargo, el IMSS ha disminuido el monto de sus recursos destinados a este Programa en 300% y el ISSSTE en 42%. En general, este Programa representa 5.7% del gasto total para programas de salud de la mujer (Ávila, 2010, Cuadro III.1).

El PAE-CaCu 2007-2012 y la NOM-014-SSA2-1994 modificada en 2007 fueron los documentos base para este monitoreo. Este Programa fue considerado un parteaguas en las estrategias de salud pública para la disminución del CaCu en México y se encuentra alineado a la NOM.

**Cuadro III.1 Gasto en el Programa CaCu, según institución y año, 2003-2008. Millones de pesos de 2006**

| <b>Programa CaCu</b>            | <b>2003</b> | <b>2004</b> | <b>2005</b> | <b>2006</b> | <b>2007</b> | <b>2008</b> |
|---------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>Secretaría de Salud</b>      | 171.9       | 319.6       | 202.9       | 292         | 217.8       | 718.1       |
| <b>Seguro Popular</b>           |             | 0.2         | 98.4        | 117.5       | 139.3       | 140         |
| <b>IMSS-Oportunidades</b>       | 183.2       | 246.2       | 216.4       | 188.9       | 266.1       | 251.6       |
| <b>IMSS</b>                     | 1 013.8     | 585.1       | 532.8       | 480.3       | 359.9       | 338.2       |
| <b>ISSSTE</b>                   | 32.8        | 31.2        | 22.4        | 23.1        | 19.5        | 22.8        |
| <b>Total Salud Reproductiva</b> | 21058.4     | 23012.4     | 25458.2     | 23476.4     | 24724.4     | 26059.6     |

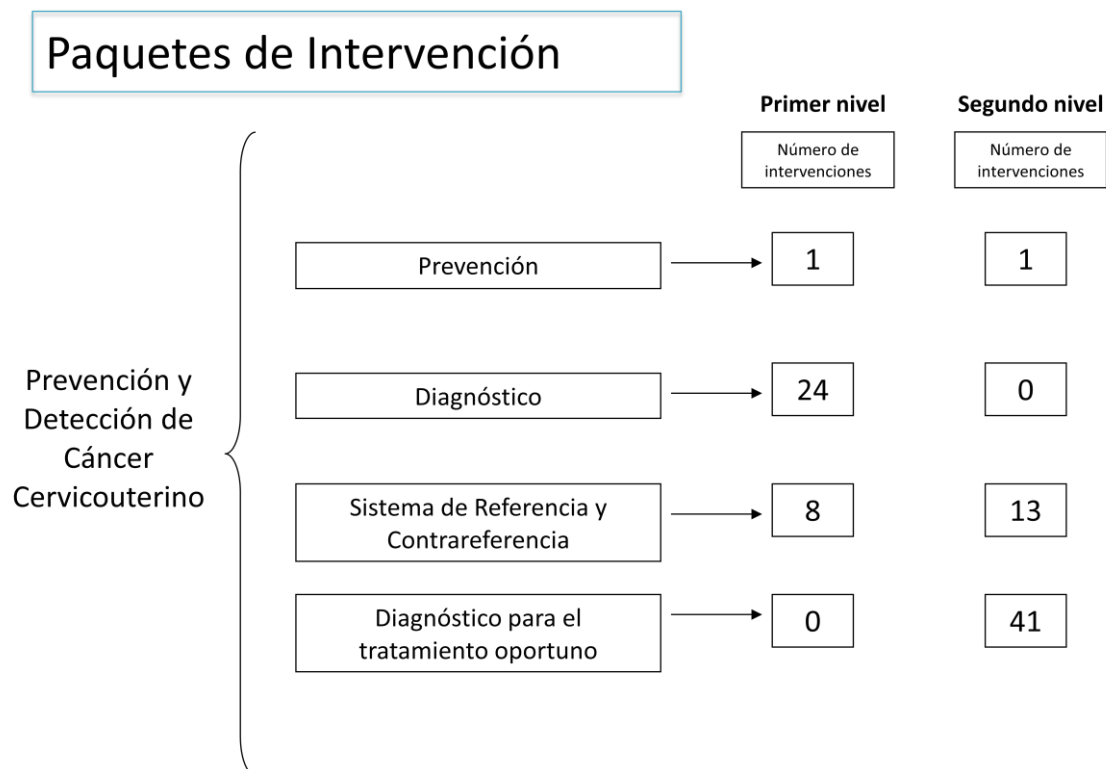
Fuente: Ávila, 2010, Cuentas en Salud Reproductiva y Equidad de Género, México, 2010.

## Metodología

De acuerdo con las metas establecidas en el PAE-CaCu 2007-2012 y con base en la NOM-014-SSA2-1994, se han identificado paquetes sustantivos contruidos a partir de intervenciones que se definen como prioritarias para disminuir la mortalidad y morbilidad por CaCu en México. Los paquetes sustantivos incluyen intervenciones fundamentales para el cumplimiento de las metas establecidas y contribuyen al análisis de los eslabones críticos. Dentro de los paquetes de intervenciones que a continuación se señalan, definiremos como prioritarios -para su estudio y evaluación- a: 1) La prevención primaria, 2) El diagnóstico oportuno del CaCu, 3) El sistema de referencia y contrarreferencia, y 4) El diagnóstico para tratamiento oportuno; nos interesa describir y analizar la producción de estos servicios y los obstáculos para su plena ejecución ya que su incumplimiento contribuye a postergar el tratamiento oportuno, aumentando así la mortalidad por CaCu.

## Paquetes de intervención<sup>109</sup>

Los paquetes fueron seleccionados a partir de los eslabones que se identifican como críticos en el desarrollo del padecimiento y se construyeron partiendo de los requerimientos para el funcionamiento adecuado de la red de servicios.



**1. Prevención primaria del CaCu**, es el componente del primer eslabón de la cadena, representado por la vacunación continua contra el VPH, aplicada a niñas de 9 a 12 años de edad (PAE-CaCu, NOM-014), como se encuentra especificado en el numeral 5.2 de la NOM-014 (Cuadro III.2).

| Cuadro III.2 Prevención primaria del CaCu | Primer nivel | Segundo Nivel |
|-------------------------------------------|--------------|---------------|
| Disponibilidad de inmunización contra VPH | X            | X             |
| Número total de intervenciones            | 1            | 1             |

<sup>109</sup> Los paquetes aquí definidos, así como las intervenciones contempladas en cada uno de ellos, fueron determinados a partir del Programa de Acción Específico y la NOM, de aquellos aspectos que a juicio de los investigadores, corresponde a las intervenciones más importantes y al acercamiento metodológico más conveniente para comprender la producción de los servicios para la atención a esta problemática. Esta propuesta fue expuesta y retroalimentada por el CNEGySR. A partir de las observaciones que realizaron las instituciones del sector salud a los resultados de este Monitoreo en 2011, en el siguiente ejercicio de levantamiento de información que se llevará a cabo en 2012 se ajustará el acercamiento metodológico propuesto, con el objetivo de incrementar la utilidad de la información generada para la toma de decisiones al interior del sector salud.

**2. Diagnóstico para el tratamiento oportuno del CaCu en consulta externa (primer nivel)**, es el segundo eslabón -diagnóstico y tratamiento oportunos- e incluye la práctica de detecciones en primer nivel (de forma prioritaria en zonas marginadas que es donde se realiza el menor número), con pruebas específicas de VPH y citología cervical para mujeres de 25-64 años y para todas las mujeres que lo soliciten aunque no estén dentro de este rango de edad. Las metas más ambiciosas del programa contra el CaCu están enclavadas en la detección oportuna, señalando (PAE-CaCu, 2008:29) como sus dos metas de resultados “... alcanzar una cobertura de detección por citología cervical de 85% cada tres años, en mujeres de 25 a 34 años de edad en el año 2012 y alcanzar una cobertura de detección primaria por captura de híbridos (VPH) de 85% cada cinco años, en mujeres de 35 a 64 años de edad, en el año 2012”; incluyendo información necesaria para reconocer la factibilidad de lograr las metas de proceso que contemplan “...incrementar la identificación de lesiones de alto grado en la detección primaria con Papanicolaou; lograr un porcentaje adecuado de positividad con el tamizaje primario con prueba de VPH y reconocer si existe la acreditación de los colposcopistas, citotecnólogos y anatomopatólogos del sector salud que participan en la detección, diagnóstico o tratamiento del cáncer cérvico uterino” (PAE CaCu, 2008:30). Con la finalidad de realizar un análisis más fino y tomando en cuenta que en este Paquete hay diferencias de criterios<sup>110</sup> entre las distintas instituciones, se ha dividido para su descripción y análisis en tres subpaquetes: a) diagnóstico por citología; b) diagnóstico por VPH, y c) diagnóstico a través de ácido acético (Cuadro III.3).

| <b>Cuadro III.3 Diagnóstico para el tratamiento oportuno del CaCu en consulta externa</b>   | <b>Primer nivel</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| A quiénes se oferta la prueba para la detección de VPH                                      | X                   |
| A quiénes se ofertan citologías cervicales                                                  | X                   |
| Capacitación técnica y clínica para la realización de la citología o visualización cervical | X                   |
| Citología cervical o visualización con ácido acético como método de tamizaje para CaCu      | X                   |
| Prueba para VPH como método de tamizaje para CaCu                                           | X                   |
| Área de exploración ginecológica que asegura la privacidad en el momento de la exploración  | X                   |
| Mesa de exploración ginecológica                                                            | X                   |
| Lámpara de “chicote”                                                                        | X                   |
| Mesa de Mayo o de Pasteur (de curación)                                                     | X                   |
| Bata ginecológica para la usuaria                                                           | X                   |
| Pinzas de anillos                                                                           | X                   |
| Espejos vaginales estériles                                                                 | X                   |
| Espátulas de Ayre                                                                           | X                   |
| Cepillo endocervical                                                                        | X                   |

<sup>110</sup> La NOM\_014\_SSA2\_1994 señala en cuanto a los métodos de tamizaje para la detección oportuna de cáncer del cuello uterino la citología cervical y visualización directa con ácido acético (sólo cuando no se cuente con infraestructura para realizar la citología cervical). Las pruebas biomoleculares como captura de híbridos y RPC, pueden ser utilizadas como complemento de la citología.

|                                                                                                                  |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Portaobjetos                                                                                                     | X  |
| Cito spray                                                                                                       | X  |
| Ácido acético                                                                                                    | X  |
| Alcohol etílico de 96%                                                                                           | X  |
| Maletín para transportar laminillas                                                                              | X  |
| Manual de procedimientos para la toma de citología cervical                                                      | X  |
| Kit de toma de la muestra para la prueba por captura de híbridos de VPH                                          | X  |
| Gradillas/contenedor secundario del tubo de la muestra para prueba por captura de híbridos de VPH                | X  |
| Contenedor terciario/hielera y gel refrigerante para la conservación y traslado de la muestra para prueba de VPH | X  |
| Formato de solicitud de estudio de prueba de VPH                                                                 | X  |
| Número total de intervenciones                                                                                   | 24 |

**3. Sistema de referencia y contrarreferencia para los casos con diagnóstico positivo de lesión intraepitelial y CaCu.** La detección no tendría ningún impacto si no se logra una referencia y contrarreferencia como lo señala el apartado 8 de la Norma (NOM-014-SSA2-1994, 2007:62); solamente si funciona este sistema se podrá asegurar el tratamiento oportuno y el seguimiento a lo largo del tiempo. La entrega de resultados de las pruebas deberá realizarse dentro de las primeras cuatro semanas posteriores a la toma de la muestra; en caso de que la muestra resultara no satisfactoria para su estudio, deberá notificarse a la paciente y realizar una nueva toma en un período máximo de cuatro semanas. A partir de un diagnóstico oportuno es igualmente prioritario realizar una referencia al siguiente nivel de atención y contar con la certeza de que la paciente enviada ha recibido la atención necesaria (contrarreferencia), por lo que llamaremos a esto el tercer eslabón (Cuadro III.4).

| <b>Cuadro III.4 Sistema de referencia y contrarreferencia para los casos con diagnóstico positivo de lesión intraepitelial y CaCu</b>                       | <b>Primer nivel</b> | <b>Segundo Nivel</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|
| Prueba diagnóstica que sigue después de diagnosticar que una paciente tiene infección por VPH utilizando pruebas de PCR o híbridos                          | X                   | X                    |
| Tiempo de entrega de resultados a la paciente después de la toma de citología cervical                                                                      | X                   | X                    |
| Referencia de pacientes con Dx de Lesión Intraepitelial de Bajo Grado y de Alto Grado o CaCu                                                                | X                   | X                    |
| Identificar hoja de resultados de citología cervical o prueba por captura de híbridos de VPH y formato de referencia por Dx de Lesión Intraepitelial o CaCu | X                   |                      |
| NOM-014: modificación a la NOM-014-SSA1994                                                                                                                  | X                   | X                    |
| Formato de solicitud de estudio de citología cervical                                                                                                       | X                   | X                    |
| Formatos de referencia para pacientes detectadas con anomalías en la citología cervical                                                                     | X                   | X                    |

|                                                                                                         |   |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----|
| Formatos de referencia y contrarreferencia para pacientes con prueba (+) por captura de híbridos de VPH | X | X  |
| Tiempo de seguimiento a pacientes con Dx de NIC=1, 2, 3 antes de enviar a primer nivel                  |   | X  |
| Conducta a seguir cuando se detecta embarazada con Dx de LEIBG=NIC 1 o LEIAG=NIC 2, 3                   |   | X  |
| Referencia de pacientes con diagnóstico de CaCu                                                         |   | X  |
| Conducta a seguir en caso de mujer embarazada con Dx de CaCu                                            |   | X  |
| Atención de pacientes referidas con CaCu al tercer nivel                                                |   | X  |
| Maletín para transportar laminillas                                                                     |   | X  |
| Número total de intervenciones                                                                          | 8 | 13 |

**4. Diagnóstico para el tratamiento oportuno en segundo nivel**, se ejecuta en hospitales ya que se debe contar con la infraestructura mínima indispensable y el personal de salud capacitado para realizar las acciones de diagnóstico y tratamiento como lo marca el apartado número 9 de la NOM-014 "Diagnóstico, tratamiento y control". Se construyó este paquete con la finalidad de conocer los recursos materiales con los que se cuenta para realizar diagnósticos oportunos por medio de citologías, pruebas de VPH, colposcopías y toma de biopsia (conización diagnóstica); la conización diagnóstica en muchos casos, es también terapéutica (NOM numeral 3.18); Conización: Resección de la zona de transformación del cuello uterino con una profundidad no menor a 5 mm con fines diagnósticos y/o terapéuticos, también se denomina cilindro o cono diagnóstico; así como conocer el uso de los algoritmos de manejo que indica la NOM-014 para cada caso de displasia después de su diagnóstico histopatológico, por lo que se incluyen *ítems* dirigidos a explorar estos conocimientos (Cuadro III.5).

| <b>Cuadro III.5 Diagnóstico para el tratamiento oportuno en segundo nivel</b> | <b>Segundo nivel</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| A quiénes se oferta la prueba para la detección de VPH                        | X                    |
| Capacitación técnica del personal que realiza la citología                    | X                    |
| A quiénes se ofertan citologías cervicales                                    | X                    |
| Número de colposcopías que realiza al día cada colposcopista                  | X                    |
| Promedio de citologías que analizan al año                                    | X                    |
| Uso de clasificación de Bethesda para resultado de citología cervical         | X                    |
| Funcionamiento del laboratorio y qué pasa cuando no es funcional              | X                    |
| Funcionamiento del laboratorio de citología                                   | X                    |
| Acciones de diagnóstico y tratamiento de CaCu que realizan                    | X                    |
| Realización de colposcopías                                                   | X                    |
| Tratamiento para LEIBG=NIC 1                                                  | X                    |
| Tratamiento para LEIAG=NIC 2 ó 3                                              | X                    |
| Área de exploración ginecológica que asegura la privacidad                    | X                    |
| Mesa de exploración ginecológica                                              | X                    |

|                                                                                                                  |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Lámpara de “chicote”                                                                                             | X  |
| Mesa de Mayo o de Pasteur (de curación)                                                                          | X  |
| Bata ginecológica para la usuaria                                                                                | X  |
| Pinzas de anillos                                                                                                | X  |
| Espejos vaginales estériles                                                                                      | X  |
| Espátulas de Ayre                                                                                                | X  |
| Cepillo endocervical                                                                                             | X  |
| Portaobjetos                                                                                                     | X  |
| Cito spray                                                                                                       | X  |
| Equipo de colposcopia                                                                                            | X  |
| Ácido acético                                                                                                    | X  |
| Lugol                                                                                                            | X  |
| Pinzas Kelly largas                                                                                              | X  |
| Pinzas para biopsia de cérvix                                                                                    | X  |
| Manual de procedimientos para la toma de citología cervical                                                      | X  |
| Kit de toma de muestra para prueba por captura de híbridos de VPH                                                | X  |
| Gradillas o contenedor secundario del tubo de muestra para prueba [...] de VPH                                   | X  |
| Contenedor terciario/hielera y gel refrigerante para la conservación y traslado de la muestra para prueba de VPH | X  |
| Formato de solicitud de estudio de prueba de VPH                                                                 | X  |
| Eosina ácida                                                                                                     | X  |
| Hematoxilina de Harris                                                                                           | X  |
| Orange G6                                                                                                        | X  |
| Alcohol etílico de 96%                                                                                           | X  |
| Alcohol absoluto                                                                                                 | X  |
| Xilol                                                                                                            | X  |
| Resina sintética                                                                                                 | X  |
| Cubreobjetos                                                                                                     | X  |
| Número total de intervenciones                                                                                   | 41 |

La calidad de la detección es básica para que los componentes de los eslabones subsecuentes sean de utilidad. Es necesario tener la certeza de que el personal de salud cuenta con capacitación y acreditación para ejercer las funciones dentro de este Programa, por lo que se deberá evaluar de forma continua (NOM-014). También es indispensable contar con equipo e insumos funcionales, suficientes y de buena calidad para el diagnóstico. Finalmente, es importante que todos los servicios de salud (prevención, detección oportuna, diagnóstico y tratamiento) sean de carácter gratuito.

### ***Dimensiones de la producción del servicio***

**La primera dimensión, administrativa o de organización del servicio**, se refiere a las condiciones y atributos materiales y de organización de las unidades médicas en donde se presta la atención. Esta primera dimensión condiciona, a su vez, el proceso de atención; en este documento definiremos a esta dimensión de estructura como la

capacidad organizativa del sistema, muy relacionada con la dimensión administrativa. El análisis de esta dimensión nos permitirá reconocer la disponibilidad de los medicamentos y vacunas, instrumental y equipo, exámenes de laboratorio y otros insumos necesarios para la producción de los paquetes sustantivos previamente definidos en el apartado de metodología (Anexo III.3.1).

**La segunda dimensión es la prestación de los servicios** cuyo análisis se centra en las actividades, los procedimientos desarrollados para la entrega de los servicios y se fundamenta en la habilidad de los prestadores y la comunicación con las usuarias. Para el monitoreo de la segunda dimensión se analizaron los conocimientos que el prestador tiene sobre algunas de las intervenciones significativas seleccionadas para otorgar un servicio, el acceso que los proveedores tiene de las normas, programas y lineamientos que guían su práctica y las oportunidades de capacitación y actualización sobre temas relevantes a estos programas (Anexo III.3.2).

**La tercera dimensión es la accesibilidad y continuidad en el servicio** que definiremos como la capacidad de entrar en contacto con los mecanismos de satisfacción de las necesidades en salud. Para que el acceso se produzca se deben dar dos condiciones: las mujeres tienen la necesidad de salud y deben poseer los medios para entrar en contacto con los mecanismos de satisfacción de sus necesidades. Interesa reconocer los mecanismos que tiene el Sector Salud para generar la demanda o utilización del servicio por parte de la población. Para ello, se analiza la disponibilidad de directorios, de información sobre afiliación o programas y libertad de ingreso a los servicios, particularmente al de urgencias. La continuidad en el servicio permite a las usuarias contar con diagnósticos y tratamientos oportunos, inclusive en un nivel de atención superior al que inicialmente se solicitó el servicio. En este componente se reconoce si los médicos poseen los conocimientos básicos para brindar una atención efectiva en el primer nivel, para estabilizar a la enferma, según el caso, y permitir su derivación segura y efectiva a un segundo o tercer nivel de atención (Anexo III.3.3).

Es importante señalar que la muestra de unidades médicas monitoreadas fue seleccionada bajo un esquema probabilístico, de tal forma que fuera representativa<sup>111</sup> para el ámbito nacional.<sup>112</sup> Este esquema de selección de muestra permitió realizar tres tipos de comparación para cada paquete de intervención: por nivel de atención (en las denominadas primer nivel y segundo nivel); por institución (SESA, ISSSTE e IMSS), por tipo de población atendida (asegurada -ISSSTE e IMSS-, y no asegurada -SESA e IMSS-O).

En el análisis se describen los datos en términos de porcentajes de la población -cuando se refiere a las frecuencias válidas- y de índices, cuando se refiere al valor resumen que resulta de la calificación obtenida por cada intervención, para lo cual se tiene un valor resumen que va del 0 al 1 (subíndices) y, a partir de estos, se calcula el índice global por paquete, teniéndose además la posibilidad de contar con un índice global por programa. Cada índice toma el valor de 0 a 1, considerándose la más alta calificación el 1. Las pruebas de significancia fueron realizadas para comparar los índices obtenidos de acuerdo con los niveles de análisis expuestos con anterioridad. Tanto en el caso de los porcentajes como de los índices se procedió a realizar una

---

<sup>111</sup> Las entidades federativas que integran cada región se describen en el Capítulo I.

<sup>112</sup> Consultar resultados generales, definición muestral.



descripción más amplia solamente en aquellos casos en que la distribución por tipo de institución o por tipo de población a la que se atiende mostrara diferencias significativas\*\*\* y el error en los intervalos de confianza de la estimación de los índices no sea mayor de .050; de otro modo, solamente se describieron las frecuencias generales de cada uno de los reactivos.

## Resultados del monitoreo

### *1. Prevención primaria del CaCu*

Este grupo de intervenciones va dirigido a la población en general y tiene como objetivo la prevención y dar a conocer los factores de riesgo para CaCu. Para ello se tomó en cuenta como una intervención fundamental la vacunación contra el VPH,<sup>113</sup> aunque no se ha encontrado evidencia del efecto en mujeres con infección ya establecida por VPH de los tipos 16 y 18.<sup>114</sup> La vacuna contra VPH ha mostrado una elevada eficacia en mujeres que no han iniciado su vida sexual, tiene un aceptable perfil de seguridad y una persistencia del efecto (inmunidad contra el VPH) por siete años. La disponibilidad de esta vacuna se indagó en el consultorio de medicina preventiva y/o consultorio de detección de CaCu: 42% de las unidades cuentan con ella mientras que en 5.1% ni siquiera saben de su existencia. Por instituciones, tiene una mayor disponibilidad el IMSS -con 67.3%- , seguido de los SESA (40.8%), ISSSTE (38.2%) e IMSS-O con 4.2%. Llama la atención el hecho de que el IMSS sea la institución con mayores existencias de este biológico pese a no incluirlo en sus programas. Se ofrece, por tanto, más en instituciones para población asegurada -IMSS e ISSSTE- (59.4% de las unidades), respecto de las de población SP/abierta -SESA e IMSS-O- (38.7%). Las unidades de segundo nivel del país la tienen disponible en 45.6%: resultando para la población no asegurada de 40% y para la asegurada de 57%. Destaca la enorme diferencia entre las instituciones para población asegurada -IMSS (59.5%) e ISSSTE (52.25%)- y los SESA (4.3%).

El **índice del paquete Prevención primaria del CaCu** no se describe ya que la estimación del intervalo de confianza tuvo un error de más de 0.050. Los resultados pueden ser consultados en el (Cuadro III.6 y los Anexo III.1.1 y las pruebas de significancia en el Anexo III.2)

---

<sup>113</sup> <http://www.insp.mx/Portal/Inf/seminarios/presentaciones/elp.pdf> (revisado 30 de enero 2011).  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html> (revisado 30 de enero 2011).

<sup>114</sup> Existen más de 50 tipos de VPH que infectan el aparato genital, de estos, 15 (tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 y 82) se consideran oncogénicos o de alto riesgo para el desarrollo del CaCu. Diferentes estudios internacionales sugieren que ocho tipos (16, 18, 31, 33, 35, 45, 52 y 58) causan cerca de 95% del CaCu que ocurre en el mundo. El tipo 16 es el de mayor prevalencia ya que se asocia con 50-60% de los casos y el tipo 18 con 12%. En los diferentes países y regiones varían los tipos de VPH de alto riesgo de mayor prevalencia; en México, los tipos de mayor frecuencia reportados en asociación con CaCu son el 16 y el 18.

| Cuadro III.6 Índices de los paquetes de Cáncer Cervicouterino por programa y por dimensiones de la producción del servicio                                                                                 |                                                     |                 |                                  |          |                              |               |                                                    |                 |                                  |          |                           |               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------|----------|------------------------------|---------------|----------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------|----------|---------------------------|---------------|
| Paquetes de intervención<br>CaCu                                                                                                                                                                           | Primer nivel                                        |                 |                                  |          |                              |               | Segundo nivel                                      |                 |                                  |          |                           |               |
|                                                                                                                                                                                                            | Estimación                                          | Error<br>típico | Intervalo de<br>confianza al 95% |          | Tamaño de<br>la<br>población | N<br>muestral | Estimación                                         | Error<br>típico | Intervalo de<br>confianza al 95% |          | Tamaño de<br>la población | N<br>muestral |
|                                                                                                                                                                                                            |                                                     |                 | Inferior                         | Superior |                              |               |                                                    |                 | Inferior                         | Superior |                           |               |
| Prevención                                                                                                                                                                                                 | .33*                                                | .08             | .16                              | .50      | 13482.57                     | 112           | .46*                                               | .09             | .27                              | .64      | 1099.30                   | 70            |
| Diagnóstico para el tratamiento oportuno                                                                                                                                                                   | .67                                                 | .04             | .60                              | .75      | 13752.03                     | 117           | .                                                  | .               | .                                | .        | .                         | 0             |
| Tratamiento                                                                                                                                                                                                | .                                                   | .               | .                                | .        | .                            | 0             | .68                                                | .03             | .63                              | .74      | 1224.50                   | 80            |
| Referencia y contrareferencia                                                                                                                                                                              | .76                                                 | .04             | .68                              | .83      | 13752.03                     | 117           | .68                                                | .03             | .62                              | .75      | 1203.59                   | 78            |
| CaCu global                                                                                                                                                                                                | .68                                                 | .04             | .61                              | .75      | 13752.03                     | 117           | .68                                                | .03             | .63                              | .74      | 1224.50                   | 80            |
| Citología                                                                                                                                                                                                  | .71                                                 | .04             | .63                              | .79      | 13693.37                     | 116           | .77                                                | .03             | .72                              | .82      | 1176.22                   | 78            |
| VPH                                                                                                                                                                                                        | .41*                                                | .08             | .26                              | .57      | 11593.96                     | 67            | .22*                                               | .06             | .09                              | .34      | 550.87                    | 45            |
| Colposcopia                                                                                                                                                                                                | .71                                                 | .04             | .63                              | .79      | 13693.37                     | 116           | .73                                                | .03             | .67                              | .78      | 1181.57                   | 77            |
| <b>Dimensiones de la producción del<br/>servicio</b>                                                                                                                                                       |                                                     |                 |                                  |          |                              |               |                                                    |                 |                                  |          |                           |               |
| Administrativa o de organización del<br>servicio                                                                                                                                                           | .67                                                 | .04             | .59                              | .75      | 13752.03                     | 117           | .72                                                | .03             | .66                              | .78      | 1250.00                   | 82            |
| Prestación del servicio                                                                                                                                                                                    | .66                                                 | .03             | .60                              | .72      | 13752.03                     | 117           | .59                                                | .03             | .52                              | .66      | 1240.42                   | 81            |
| Accesibilidad y continuidad en el servicio                                                                                                                                                                 | .76                                                 | .04             | .69                              | .84      | 13752.03                     | 117           | .70                                                | .04             | .62                              | .78      | 1240.42                   | 81            |
|                                                                                                                                                                                                            | <b>Atiende a población SP/abierta (SESA/IMSS-O)</b> |                 |                                  |          |                              |               | <b>Atiende a población asegurada (IMSS/ISSSTE)</b> |                 |                                  |          |                           |               |
| Prevención                                                                                                                                                                                                 | .29*                                                | .09             | .10                              | .48      | 12427.80                     | 95            | .62*                                               | .09             | .44                              | .80      | 2154.07                   | 87            |
| Diagnóstico para el tratamiento oportuno                                                                                                                                                                   | .66                                                 | .04             | .57                              | .75      | 11817.59                     | 61            | .74                                                | .02             | .70                              | .78      | 1934.44                   | 56            |
| Tratamiento                                                                                                                                                                                                | .68                                                 | .04             | .59                              | .76      | 793.48                       | 38            | .70                                                | .03             | .64                              | .75      | 431.02                    | 42            |
| Referencia y contrareferencia                                                                                                                                                                              | .75                                                 | .04             | .67                              | .83      | 12601.49                     | 98            | .74                                                | .02             | .69                              | .78      | 2354.13                   | 97            |
| CaCu global                                                                                                                                                                                                | .67                                                 | .04             | .60                              | .75      | 12611.07                     | 99            | .73                                                | .02             | .69                              | .76      | 2365.46                   | 98            |
| Citología                                                                                                                                                                                                  | .71                                                 | .04             | .62                              | .79      | 12504.13                     | 96            | .74                                                | .02             | .70                              | .79      | 2365.46                   | 98            |
| VPH                                                                                                                                                                                                        | .42*                                                | .08             | .26                              | .57      | 11547.42                     | 77            | .15                                                | .05             | .04                              | .25      | 597.41                    | 35            |
| Colposcopia                                                                                                                                                                                                | .71                                                 | .05             | .62                              | .80      | 12542.83                     | 97            | .71                                                | .02             | .67                              | .75      | 2332.11                   | 96            |
| <b>Dimensiones de la producción del<br/>servicio</b>                                                                                                                                                       |                                                     |                 |                                  |          |                              |               |                                                    |                 |                                  |          |                           |               |
| Administrativa o de organización del<br>servicio                                                                                                                                                           | .66                                                 | .04             | .57                              | .74      | 12636.58                     | 101           | .75                                                | .02             | .72                              | .79      | 2365.46                   | 98            |
| Prestación del servicio                                                                                                                                                                                    | .67                                                 | .03             | .61                              | .73      | 12626.99                     | 100           | .56                                                | .04             | .48                              | .64      | 2365.46                   | 98            |
| Accesibilidad y continuidad en el servicio                                                                                                                                                                 | .76                                                 | .04             | .68                              | .84      | 12626.99                     | 100           | .77                                                | .02             | .73                              | .81      | 2365.46                   | 98            |
| Se señalaron con un asterisco (*) aquellos tabulados que presentan un error típico de más de .050, los resultados de estos paquetes de intervención no se incluirán en la descripción, ni en los gráficos. |                                                     |                 |                                  |          |                              |               |                                                    |                 |                                  |          |                           |               |

Continuación...

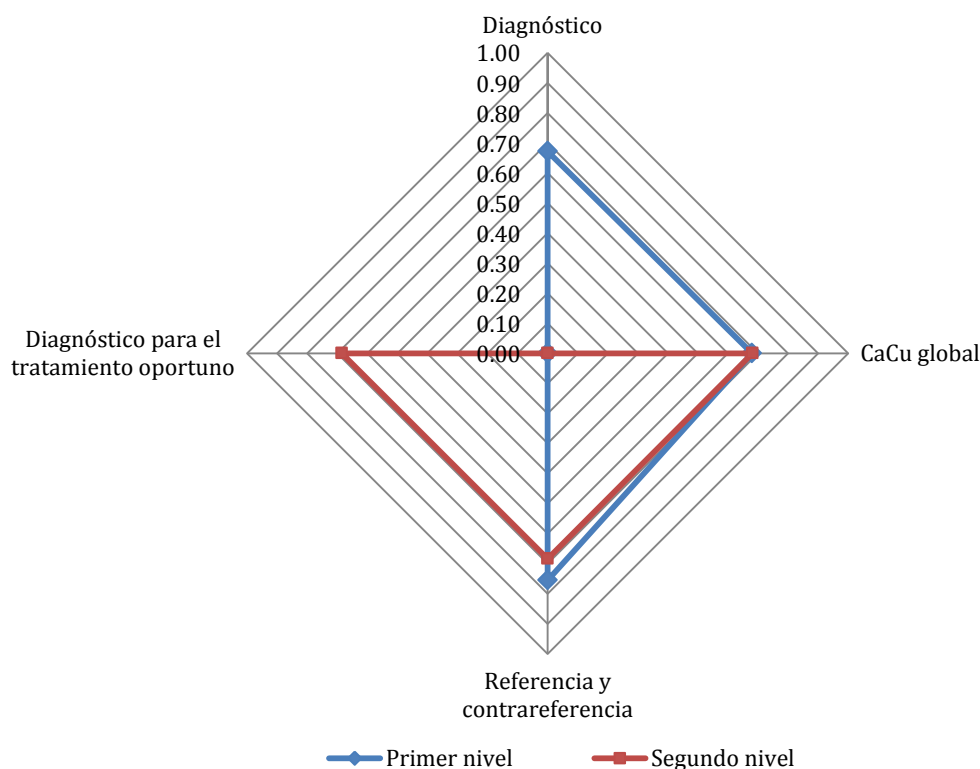
| Paquetes de intervención<br>CaCu                     | Institución SESA        |                 |                                  |          |                              |               | Institución ISSSTE        |                 |                                  |          |                              |               |
|------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------|----------------------------------|----------|------------------------------|---------------|---------------------------|-----------------|----------------------------------|----------|------------------------------|---------------|
|                                                      | Estimación              | Error<br>típico | Intervalo de<br>confianza al 95% |          | Tamaño de<br>la<br>población | N<br>muestral | Estimación                | Error<br>típico | Intervalo de<br>confianza al 95% |          | Tamaño de<br>la<br>población | N<br>muestral |
|                                                      |                         |                 | Inferior                         | Superior |                              |               |                           |                 | Inferior                         | Superior |                              |               |
| Prevención                                           | .25*                    | .10             | .04                              | .46      | 116.34                       | 77            | .37*                      | .12             | .12                              | .61      | 539.79                       | 35            |
| Diagnóstico para el tratamiento oportuno             | .65                     | .05             | .56                              | .74      | 11137.63                     | 48            | .56                       | .04             | .47                              | .64      | 526.30                       | 21            |
| Tratamiento                                          | .60                     | .05             | .51                              | .70      | 516.73                       | 32            | .67                       | .03             | .60                              | .73      | 113.03                       | 19            |
| Referencia y contrareferencia                        | .76                     | .04             | .67                              | .84      | 11644.77                     | 79            | .71                       | .04             | .63                              | .79      | 639.33                       | 40            |
| CaCu global                                          | .66                     | .04             | .58                              | .74      | 11654.36                     | 80            | .60                       | .03             | .53                              | .67      | 639.33                       | 40            |
| Citología                                            | .70                     | .05             | .61                              | .79      | 11547.42                     | 77            | .69                       | .04             | .61                              | .78      | 639.33                       | 40            |
| VPH                                                  | .42*                    | .08             | .26                              | .57      | 11547.42                     | 77            | .15*                      | .05             | .04                              | .25      | 597.41                       | 35            |
| Colposcopia                                          | .70                     | .05             | .60                              | .80      | 11586.11                     | 78            | .73                       | .03             | .67                              | .79      | 617.31                       | 39            |
| <b>Dimensiones de la producción del<br/>servicio</b> |                         |                 |                                  |          |                              |               |                           |                 |                                  |          |                              |               |
| Administrativa o de organización del<br>servicio     | .64                     | .04             | .55                              | .73      | 11679.86                     | 82            | .61                       | .04             | .53                              | .68      | 639.33                       | 40            |
| Prestación del servicio                              | .67                     | .03             | .60                              | .74      | 1167.28                      | 81            | .44*                      | .06             | .32                              | .56      | 639.33                       | 40            |
| Accesibilidad y continuidad en el servicio           | .75                     | .04             | .67                              | .84      | 1167.28                      | 81            | .76                       | .04             | .69                              | .84      | 639.33                       | 40            |
|                                                      | <b>Institución IMSS</b> |                 |                                  |          |                              |               | <b>Institución IMSS-O</b> |                 |                                  |          |                              |               |
| Prevención                                           | .71*                    | .11             | .49                              | .92      | 1614.29                      | 52            | .81*                      | .12             | .56                              | 1.06     | 827.46                       | 18            |
| Diagnóstico para el tratamiento oportuno             | .81                     | .03             | .75                              | .86      | 1408.14                      | 35            | .82                       | .01             | .80                              | .84      | 679.96                       | 13            |
| Tratamiento                                          | .71                     | .04             | .63                              | .78      | 317.98                       | 23            | .82                       | .02             | .77                              | .87      | 276.75                       | 6             |
| Referencia y contrareferencia                        | .75                     | .03             | .69                              | .80      | 1714.80                      | 57            | .70                       | .02             | .66                              | .74      | 956.71                       | 19            |
| CaCu global                                          | .78                     | .02             | .73                              | .82      | 1726.12                      | 58            | .79                       | .01             | .78                              | .81      | 956.71                       | 19            |
| Citología                                            | .76                     | .03             | .70                              | .82      | 1726.12                      | 58            | .81                       | .02             | .77                              | .85      | 956.71                       | 19            |
| VPH                                                  | .                       | .               | .                                | .        | .                            | 0             | .                         | .               | .                                | .        | .                            | 0             |
| Colposcopia                                          | .71                     | .03             | .66                              | .76      | 1714.80                      | 57            | .85                       | .03             | .79                              | .90      | 956.71                       | 19            |
| <b>Dimensiones de la producción del<br/>servicio</b> |                         |                 |                                  |          |                              |               |                           |                 |                                  |          |                              |               |
| Administrativa o de organización del<br>servicio     | .81                     | .02             | .77                              | .85      | 1726.12                      | 58            | .87                       | .01             | .85                              | .89      | 956.71                       | 19            |
| Prestación del servicio                              | .61                     | .04             | .52                              | .69      | 1726.12                      | 58            | .64                       | .05             | .54                              | .75      | 956.71                       | 19            |
| Accesibilidad y continuidad en el servicio           | .77                     | .02             | .73                              | .82      | 1726.12                      | 58            | .80                       | .03             | .73                              | .86      | 956.71                       | 19            |

Se señalaron con un asterisco (\*) aquellos tabulados que presentan un error típico de más de .050, los resultados de estos paquetes de intervención no se incluirán en la descripción, ni en los gráficos.

## 2. Diagnóstico para el tratamiento oportuno del CaCu en consulta externa

Se refiere específicamente a las intervenciones mediante las cuales se realiza la detección o diagnóstico a través de citología cervical, visualización del cérvix con ácido acético y prueba de captura de híbridos para VPH, para instalaciones definidas como de primer nivel. Este paquete está compuesto de 25 aspectos, que se exploraron en los ámbitos de primer nivel y/o consultorio de medicina preventiva o de detección de CaCu. Debe mencionarse que la SSA reporta a nivel nacional -para 2010- 13,782 diagnósticos de lesión intraepitelial o CaCu por medio de histopatología, en comparación con los 74,883 obtenidos por citología. Si recordamos que el histopatológico es el definitivo, significa que 61,101 diagnósticos no fueron confirmados. Durante el mismo año se otorgaron 19,056 tratamientos conservadores y 88 oncológicos, siendo los últimos en su mayoría en el estado de Puebla (SSA, Indicadores, 2011).<sup>115</sup>

**Gráfica III.4 Desempeño de los paquetes de intervención del Programa CaCu, por nivel de atención**



Para un diagnóstico oportuno y de mayor cobertura se requiere del incremento, en la práctica, de detecciones con pruebas específicas para VPH y citología cervical a las mujeres de 25-64 años y a todas las que lo soliciten aunque no estén dentro de este rango de edad. La citología cervical debe ser ofertada a todas las mujeres de 25 a 35

<sup>115</sup> Indicadores proporcionado por la SSA a solicitud del Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), enero 2011.

años y a aquéllas que aun siendo menores de 25 años tengan vida sexual activa. Las jóvenes tienen mayor probabilidad de autolimitar la infección por el VPH, razón por la cual la detección del virus no se recomienda en menores de 30 años.

### **Citología cervical**

En todas las instituciones de salud la citología cervical se oferta principalmente a mujeres con vida sexual activa, independientemente de la edad (SESA 75.4%, ISSSTE 75.3%, IMSS 77.2% e IMSS-O 27.2%). No hay diferencias en este criterio si comparamos el tipo de población al que se atiende: 72.6 y 76.7% de las unidades para población SP/abierta y asegurada, respectivamente. Sin embargo, solamente en 25% de los establecimientos se oferta al grupo de edad que recomienda el PAE-CaCu (25 a 35 años). Cabe destacar que el IMSS Oportunidades, de acuerdo con la información presentada en su matriz de indicadores de resultados 2010, define como indicador de desempeño para la prestación de servicios de salud ginecológica el porcentaje de detección de cáncer cérvico uterino en mujeres de 50 y más años a través de citología cervical.

Por tipo de población atendida, el método de tamizaje que más se oferta es la citología cervical, tanto para población SP/abierta (83.8%) como asegurada (87.3%), mientras que la visualización del cérvix con ácido acético se realiza en 9% en población asegurada y escasamente en 0.8% en población SP/abierta.

Las tasas más altas de detección por medio de citologías cervicales -para el año 2007- correspondieron a Guanajuato, Puebla y Estado de México, con base en los indicadores nacionales proporcionados por la SSA. Para 2010 siguen figurando Guanajuato y el Estado de México, incorporándoseles Veracruz y, por otro lado, las tasas más bajas se reportan para Baja California Sur (SSA, Indicadores, 2011).

El área de exploración ginecológica con privacidad para la paciente se encuentra disponible y satisfactoria en 67.6% de las unidades y la bata ginecológica para la usuaria se encuentra disponible y satisfactoria en 66.2%, sin embargo, se encontraron diferencias significativas en la posibilidad de uso de este insumo en unidades de población SP/abierta (63.1%) *versus* población con seguridad social (84.5%). Éste es uno de los eslabones más débiles de la prestación del servicio: las condiciones de privacidad para la toma de las muestras.

En relación con los insumos necesarios para la obtención de la muestra, se pudo reconocer en los consultorios la siguiente ‘disponibilidad a satisfacción’:

- Mesa de exploración ginecológica en 84.1%
- Lámpara de *chicote* en 86.8%
- Mesa de Mayo o Pasteur (de curación) en 74.9%
- Espejos vaginales estériles en 87.2%
- Espátulas de Ayre en 84.7%
- Portaobjetos en 90.4%
- Cito spray en 46.2%
- Alcohol etílico de 90° en 76.5%
- Ácido acético en 95.8% (para IMSS-O)
- Maletín para el transporte de laminillas en 50.3%
- Manual de procedimientos para la toma de la citología cervical en 63.9%.

Puede afirmarse que existe la disponibilidad de insumos en todos los *ítems* que se requieren, en por lo menos 75% de las unidades de primer nivel. Del monitoreo se desprende que 84% de los establecimientos realiza la prueba de citología, 6.7% la visualización del cérvix con ácido acético y ambos métodos 3.8%. El personal de enfermería es el encargado de realizar las tomas de citología cervical en 53.9% de las unidades y los(as) médicos(as) en 11.8%. Casi todas las detecciones (90.6%) son realizadas por personal de enfermería.

El desempeño de citología tuvo un índice calificado como adecuado con .71, aunque es un método diagnóstico de primer nivel, el desempeño fue mejor en segundo nivel con .77, sin presentarse diferencias significativas.

### **Prueba de detección de VPH**

La prueba de detección de VPH a través de la captura de híbridos es un método de tamizaje para CaCu que se está utilizando y recomendando a nivel internacional, y el principal argumento para ello tiene que ver con su sensibilidad. La citología cervical convencional demuestra una sensibilidad que varía de 30 a 87% y una especificidad de 86 a 100%, según señala el PAE-CaCu. Agregar la prueba de detección de VPH a la citología convencional aumenta la sensibilidad para el diagnóstico a 87-100%. Un elemento toral que diferencia a ambas pruebas es la facilidad o dificultad para la obtención de la muestra, pues para la citología se requiere -además de los insumos- cierta capacitación del proveedor del servicio a fin de que la toma sea correcta. La prueba de detección del VPH tiene la ventaja de la facilidad con la que se obtienen las muestras que incluso pueden lograrse por autotoma. El test detecta la presencia de secuencias de ADN viral, no detecta lesiones, pero sí la presencia del virus y, en consecuencia, la necesidad de realizar citología.

De acuerdo con la información proporcionada por la SSA, en el año 2008 sólo 21 estados de la República contaban con la prueba de captura de híbridos para VPH, mientras que durante 2010 estuvo disponible en todos. Las tasas más elevadas de detección por este método corresponden a Veracruz, Jalisco, Guanajuato y Estado de México, y las más bajas a Baja California Sur, Nayarit y Coahuila (SSA, Indicadores 2011).

A nivel nacional, solamente 33.8% de las unidades oferta la prueba para detección de VPH. El análisis por institución revela que las que más la realizan son los SESA -en 48%-; sin embargo, solamente 36% lo hace de manera adecuada: para las mujeres de 35-64 años, como recomienda el PAE-CaCu. En cuanto al tipo de población a la que se ofrece el servicio, se detecta que predominantemente es en las unidades para población no asegurada; en 35.8% de ellas se oferta adecuadamente, en 12% se incluye a todas las que han iniciado su vida sexual y en 28.1% no realizan la detección. En el ISSSTE apenas 9% de los establecimientos oferta esta prueba o RPC (Reacción de la Polimerasa en Cadena), porcentaje muy bajo si tomamos en cuenta que esta institución forma parte del objetivo de este Programa. Ninguna unidad del IMSS e IMSS-O cuenta con ella.

Los siguientes cuatro *ítems* corresponden a los insumos que se requieren para la detección de VPH por medio de captura de híbridos (RPC en el ISSSTE), que no aplicaron para el IMSS, tanto en el régimen ordinario como en el de Oportunidades por

no contar con ellos, siendo importante recordar que de acuerdo con el PAE-CaCu, la detección del virus debe ser un método privilegiado de tamizaje:

El equipo para toma de muestra para la prueba de VPH está disponible para los SESA en 51.1% y para el ISSSTE en 9.7%, resultando la disponibilidad general de 49.3%.

Las gradillas o contenedor secundario del tubo para la muestra se encuentran disponibles para los SESA en 37% y para el ISSSTE en 19.6%; la disponibilidad general es de 36.2%.

El contenedor terciario o hielera, que sólo requiere de gel refrigerante para la conservación y traslado de la muestra, se encuentra disponible para los SESA en 36.5% y para el ISSSTE en 9.7%, con una disponibilidad general de 35.3%.

El formato de solicitud de estudio de la prueba está disponible para los SESA en 46.8% y para el ISSSTE en 20.6%, con 45.7% de disponibilidad general de este insumo.

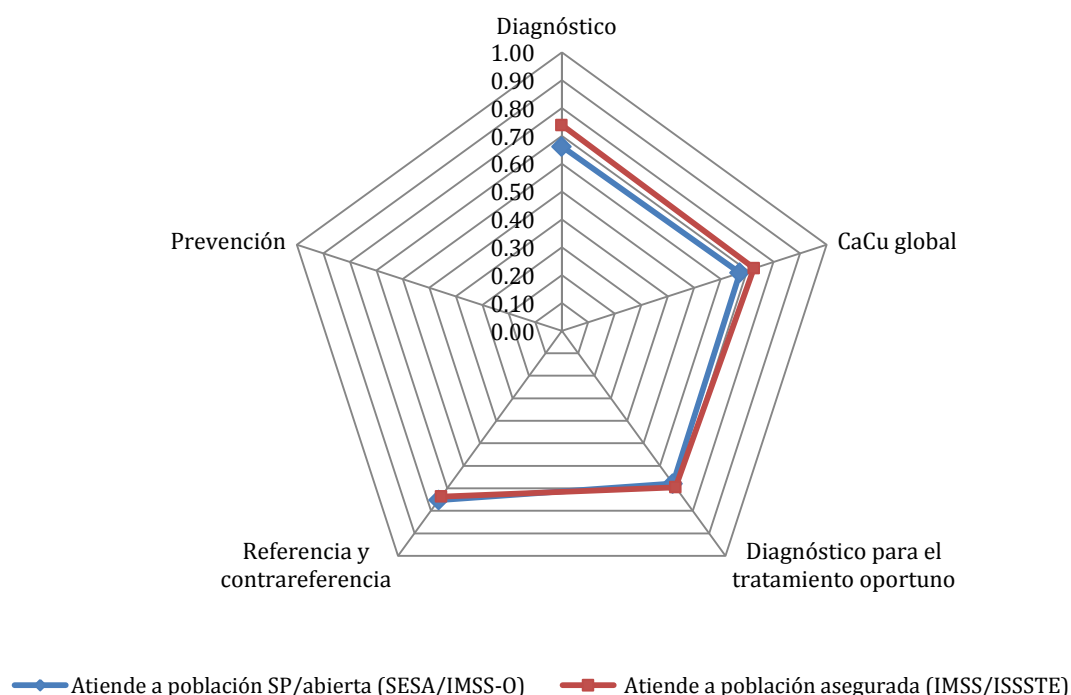
A cuatro años de iniciado el PAE-CaCu y a dos de que sus resultados finales puedan ser estimados, todavía no se cuenta con los insumos necesarios para la puesta en marcha de un tamizaje generalizado a través de la detección de VPH. 11% de las unidades de primer nivel no realizan detecciones y la mayoría oferta la citología a las mujeres con vida sexual activa, solamente 25% de los establecimientos sigue el criterio de la oferta de citología para mujeres que recomienda el PAE-CaCu (25 a 35 años). El desempeño de este subpaquete de detección a partir de VPH tuvo una calificación menor en relación con la detección con citología de .41. Un mejor desempeño en primer nivel que en segundo nivel con .22 y el mejor desempeño lo tuvieron los SESA con .42 frente a .15 que corresponde al ISSSTE. De la misma manera, se tuvo un mejor desempeño en la población SP/abierta que en la asegurada ya que el IMSS no ha puesto en marcha este método diagnóstico.

### **Índices del paquete de intervención Diagnóstico para el tratamiento oportuno del CaCu en consulta externa**

El desempeño del paquete en primer nivel fue mediano, con .67 (Gráfica III.4). Asimismo, el desempeño fue de mediano a adecuado de acuerdo con el tipo de población a la que se atiende: en el caso de la población SP/abierta (SESA-IMSS-O) de .66 (Gráfica III.5) y para la asegurada (IMSS-ISSSTE) .74, sin presentar diferencias significativas entre éstas. Donde hay una diferencia significativa\*\*\* en el desempeño de este paquete es entre SESA (.65) (Gráfica III.6) e ISSSTE (.56), frente a IMSS (.81) y entre ISSSTE e IMSS-O (.82). Hay que señalar que cada uno de ellos fue calificado con sus propios criterios de diagnóstico (IMSS e IMSS-O no siguen los lineamientos del PAE-CaCu).



**Gráfica III.5 Desempeño de los paquetes de intervención del Programa CaCu, por tipo de población a la que se atiende**



Los subíndices pueden ser consultados en el Anexo III.1.2 y las pruebas de significancia en el Anexo III.2.

El desempeño de este paquete es mediano a expensas de un mejor desempeño en la citología como prueba de detección, que es más utilizada que la prueba de VPH que aún no se generaliza como método de detección en los SESA.

### ***3. Sistema de referencia y contrarreferencia para los casos con diagnóstico positivo de lesión intraepitelial y CaCu***

Un sistema que asegure la continuidad del servicio y que conforme una red debe realizar detección, otorgar tratamiento y dar seguimiento. Este proceso solamente puede ser constatado a través de lo que denominaremos referencias y contrarreferencias.<sup>116</sup> La referencia es el procedimiento a través del cual se remite -con un documento- a una usuaria con un diagnóstico de infección por VPH, lesiones precursoras de CaCu como Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LEIBG) y Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (LEIAG) o CaCu al centro de displasias, al servicio de ginecología, a

<sup>116</sup> Referencia-contrarreferencia es el procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad (NOM-168).

colposcopia o a la clínica de CaCu. A su vez, estos servicios deben emitir una contrarreferencia (NOM 168) al nivel de atención de procedencia de la paciente. El tiempo durante el cual se debe dar seguimiento a las mujeres con diagnóstico de displasia, de acuerdo con la NOM, es de dos años.

Este paquete cuenta con ocho *ítems*. Las intervenciones que se incluyen son: seguimiento con prueba de captura de híbridos para VPH positiva, tiempo de entrega de resultados de citología cervical, conocimiento sobre las rutas de referencias y contrarreferencias para casos de LEIBG y LEIAG, hoja de resultados de tamizaje, disponibilidad de la NOM 014 y existencia de formatos de referencia y de solicitud de citología.

El algoritmo de seguimiento para pacientes con infección por VPH indica que cuando una prueba de detección de VPH es positiva se debe realizar una citología cervical o colposcopia, como siguiente prueba diagnóstica. En el monitoreo, los establecimientos que aplican de manera adecuada este criterio son 45% del total.

La NOM señala que la entrega de resultados de citología cervical debe realizarse a las cuatro semanas o menos después de la toma de la muestra, pero apenas poco más de la mitad de las unidades de primer nivel (57.1%) entrega resultados dentro de este periodo, mientras que 42.7% lo hace en un plazo mayor o no los entrega. Por instituciones, la entrega de resultados en el tiempo adecuado es de 82.2% para el ISSSTE, 59.2% para los SESA, 48.1% para el IMSS y 25.5% en el caso de las unidades del IMSS-O. No existe diferencia en el tiempo de entrega de resultados por tipo de población.

El envío de las pacientes con diagnósticos de LEIBG y LEIAG -de acuerdo con lo estipulado en la Norma- es realizado de manera adecuada en 85.2% de las unidades, no encontrándose diferencias por tipo de institución o de población a la que atienden. Puede decirse que la referencia se realiza prioritariamente (99.7%) a ginecología, colposcopia, displasias o centros especializados en CaCu, obteniéndose para este *ítem* un índice de .99.

En 56% de las unidades de primer nivel tienen la hoja de resultados de pacientes con diagnóstico positivo en citología o prueba de VPH, que incluye referencia y control subsecuente y 22.8% tiene esta hoja con datos incompletos, por lo que a la producción de esta intervención le corresponde un índice de .66.

La disponibilidad de forma satisfactoria de la NOM-014 es de 67.1%. Por instituciones es la siguiente: SESA 73.8%, IMSS 52.9%, ISSSTE 39% e IMSS-O 8.8%. El formato de solicitud de estudio de citología cervical está disponible en 99% de las unidades de primer nivel, siendo de 100% para los SESA e IMSS-O, 98% para el IMSS y de 79.7% para el ISSSTE. El formato de referencias para las pacientes detectadas con anomalías en la citología cervical está presente en 72.8% de las unidades de consulta. Por instituciones, la mayor disponibilidad la tiene el IMSS-O (88.7%), seguida del IMSS (83.7%), ISSSTE (73%) y SESA (70.5%); finalmente, el formato de referencia y contrarreferencia para pacientes con resultado positivo en la prueba del VPH está disponible en el ISSSTE en 46.1% y en los SESA en 39.8%; en general, existe disponibilidad en 40.1%.

En el caso de las unidades de segundo nivel, el periodo de seguimiento a las pacientes con diagnóstico de displasia -como ya se indicó- debe ser de dos años. Solamente 17.4% de las unidades en el país dan cumplimiento a esto y el porcentaje es mucho menor para las instituciones que atienden a población asegurada (4.1%) respecto de las de población SP/abierta (17.2%), demostrándose diferencia significativa entre estos dos porcentajes.

De acuerdo con el algoritmo de manejo que marca la NOM-014, el tratamiento de elección para la LEIBG (NIC1)<sup>117</sup> es de tipo conservador con crioterapia o electrocirugía, pero sólo 62% de las unidades médicas de segundo nivel realizan estos procedimientos; el resto indica otro tipo de tratamiento o refiere, desconociendo la conducta a seguir.<sup>118</sup> Existen diferencias significativas en el manejo apropiado para la LEIBG entre hospitales de población SP/abierta (65%), respecto de los de población asegurada 44%, mostrando un mejor conocimiento las unidades de segundo nivel de los SESA.

Por otro lado, para la LEIAG (NIC II-III) está indicada la conización del cérvix como el tratamiento de elección. Sólo 71% de las unidades de segundo nivel indicó practicar este tipo de tratamiento; en los extremos, 100% de los del IMSS-O y 33% de los del ISSSTE. Existen también diferencias significativas en el manejo apropiado para LEIAG entre hospitales de población SP/abierta (77.4%) con respecto a los de población asegurada (60%), encontrándose igualmente, un mejor conocimiento de los lineamientos en las unidades de segundo nivel de los SESA e IMSS-O. Este mismo algoritmo señala que el manejo de las mujeres embarazadas con los diagnósticos de lesión intraepitelial de bajo o alto grado debe incluir el seguimiento desde la semana 12 del embarazo hasta 12 semanas después de terminado éste, para valorar el tipo de tratamiento a realizar. En 44% de las unidades médicas siguen este protocolo, con la siguiente distribución institucional: ISSSTE 62%, IMSS-O 52.4%, SESA 45.8% e IMSS 24.4%. En 91% de las unidades de segundo nivel se refiere a oncología a las mujeres con diagnóstico de CaCu, porcentaje menor en el caso de las embarazadas con este diagnóstico, ya que señalaron adoptar esta conducta sólo en 63.4% de ellos.

De acuerdo con la percepción de los prestadores de servicios de salud, el envío de pacientes con CaCu en términos de oportunidad, calidad de atención y sobrevivencia es *bueno* para 55%, *regular* para 20% y *malo* para 9%. Por instituciones, el porcentaje más alto en este rubro resulta para IMSS-O con 65.6% y el más bajo para SESA, con 43%.

La disponibilidad de la NOM-014 (actualizada en 2007) para su consulta es de 66% en las unidades de segundo nivel, encontrándose en mayor medida (90%) en el IMSS-O y en menor en el ISSSTE (56%). El maletín para transportar laminillas está disponible en sólo 26%, sin existir diferencia significativa entre instituciones. El formato de solicitud de citología cervical está disponible en 88%, y el formato de referencia y contrarreferencia para pacientes con prueba de VPH positiva tiene una

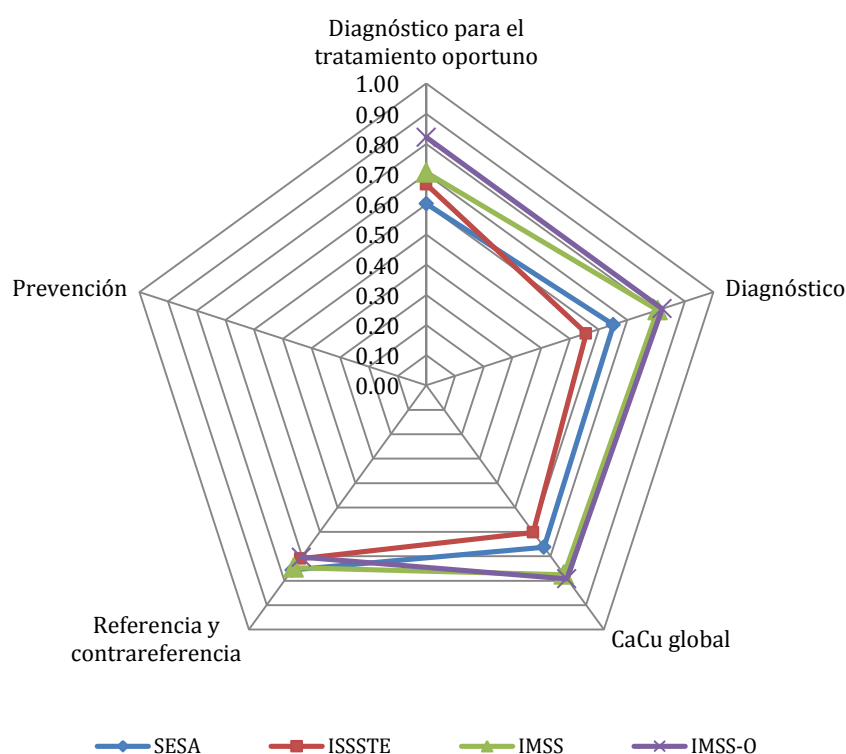
---

<sup>117</sup> Siglas de Neoplasia Intraepitelial Cervical. Cambios premalignos del epitelio cervical que pueden progresar hasta un carcinoma cervical. El grado de alteración varía desde leve a grave y se describe como NIC I, NIC II o NIC III. Cfr. Mishell, D., Stenchever, M., Droegemueller, W., Herbst, A., 1999, *Tratado de ginecología*, España, Harcourt Brace, pp. 801.

<sup>118</sup> Aquéllos que respondieron “otro tipo de tratamiento” refieren a la paciente para su tratamiento y, en menor porcentaje, las envían para conización.

disponibilidad de 20%, tomando en cuenta que sólo aplica para los SESA (21%) y el ISSSTE (15%). La disponibilidad de los formatos de referencia y contrarreferencia es de 80% en las unidades de segundo nivel, resultando la más baja para IMSS-O (67%), mientras que en el resto de las instituciones resulta por arriba de 79%. Solamente un pequeño porcentaje de las pacientes recibe seguimiento de acuerdo con lo señalado por la Norma: en el caso de las unidades de segundo nivel, el periodo de seguimiento a las pacientes con diagnóstico de displasia -como se indicó- debe ser de dos años. Solamente 17.4% de las unidades en el país dan cumplimiento a esto y el porcentaje es mucho menor para las instituciones que atienden a población asegurada (4.1%) respecto de las de población SP/abierta (17.2%), demostrándose diferencia significativa entre estos dos porcentajes.

**Gráfica III.6 Desempeño de los paquetes de intervención del Programa CaCu, por tipo de institución**



### Índices del paquete Sistema de referencia y contrarreferencia para los casos con diagnóstico positivo de lesión intraepitelial y CaCu

Para la producción de este servicio no hay diferencias significativas entre tipos de población atendida, resultando un índice de .75 para población SP/abierta y de .73 para la asegurada. Este es el índice más elevado para este Programa, con un desempeño adecuado. Comparando establecimientos de primer nivel *versus* de segundo nivel, la producción es de .76 y .68 -adecuado y mediano-, respectivamente, no encontrándose diferencia significativa.

El desempeño por nivel de atención no mostró diferencias significativas, con .76 (Gráfica III.4) para primer nivel y de .68 para segundo nivel; desempeños adecuado y

mediano respectivamente. Por tipo de población se tuvo un desempeño adecuado en este paquete, siendo de .75 (Gráfica III.5) para población SP/abierta y de .74 para población asegurada, sin que se presentaran diferencias significativas. Tampoco se dieron diferencias significativas en la prestación de este servicio entre instituciones, con los siguientes índices: SESA .76 (Gráfica III.6), ISSSTE .71, IMSS .75 e IMSS-O .70, todos de desempeño adecuado. Los subíndices pueden ser consultados en el Anexo III.1.3 y las pruebas de significancia en el Anexo III.2.

#### ***4. Diagnóstico para tratamiento oportuno del CaCu en segundo nivel***

En 95% de segundo nivel se cuenta con servicios de ginecología, aunque solamente 42% posee departamento de citología y 47% de anatomía patológica. A fin de asegurar la continuidad en el servicio, es necesario que las unidades que no cuenten con los servicios de citología o anatomopatología refieran de manera oportuna, habiéndose encontrado que 45.8% subrogan el servicio a otro hospital público, 5% a un hospital privado y 37.6% a un hospital diferente a los mencionados.

Para el diagnóstico y tratamiento oportunos del CaCu, en este nivel de atención se incluyen todas las acciones de detección que se realizan también en primer nivel, antes de que se presente el CaCu. En el segundo nivel se esperaría mayor rapidez y calidad en la atención, pues en él es posible llevar a cabo la mayoría de las acciones terapéuticas para cada caso en particular, según los criterios de elección. Por ello, en este paquete de intervención se incluyen la colposcopia; la toma de biopsia con estudio anatomopatológico para mujeres con diagnóstico positivo de lesión intraepitelial (LEIBG y LEIAG) y CaCu; el tratamiento oportuno, que incluye la evaluación de la disponibilidad y oferta de tratamientos para todas las mujeres con diagnóstico positivo de LEIBG, LEIAG y CaCu, con base en los algoritmos de tratamiento de la NOM-014-SSA2-1994 y, al igual que para primer nivel, se exploran los conocimientos del personal de salud que provee estos servicios. Los *ítems* que a continuación se describen aportan, de forma general pero precisa, un panorama de los conocimientos del personal de salud acerca del tratamiento que debe ser ofertado a mujeres con diagnóstico de lesión intraepitelial de bajo y alto grados.

La lesión intraepitelial de bajo grado (LEIBG) puede ser tratada por medio de electrocirugía,<sup>119</sup> crioterapia<sup>120</sup> y la de alto grado (LEIAG) con conización<sup>121</sup> o histerectomía<sup>122</sup> (NOM). El tratamiento que otorgan para mujeres con diagnóstico de LEIBG es acertado en 57% y para mujeres con diagnóstico de LEIAG en 71%, por lo que es importante enfatizar que el tratamiento oportuno que se otorga a mujeres con lesión intraepitelial de bajo grado no es acertado o no es otorgado en casi la mitad de los casos, lo que indica que no se brinda tratamiento oportuno en 43% del total -con base en la muestra- y en 29% para pacientes con diagnóstico de LEIAG, lo que implica que para

---

<sup>119</sup> SSA, NOM-014, Empleo de la corriente eléctrica alterna de alta frecuencia para escindir la zona de transformación y la lesión con una profundidad no menor de 5 mm.

<sup>120</sup> SSA, NOM- 014, Aplicación de baja temperatura a un tejido hasta alcanzar el punto de congelación del agua intracelular produciendo la muerte celular.

<sup>121</sup> SSA, NOM-014, Resección de la zona de transformación del cuello uterino con una profundidad no menor a 5 mm con fines diagnósticos y/o terapéuticos. También se denomina cilindro o cono diagnóstico.

<sup>122</sup> SSA, NOM-014, Intervención quirúrgica para extirpar totalmente el útero por vía vaginal o abdominal.

este porcentaje la progresión de la enfermedad a CaCu invasor es probable. Los tres primeros métodos de tratamiento requieren de un colposcopio para su realización.

**Cuadro III.7 Subíndices del paquete de intervención diagnóstico de CaCu**

| Programa CaCu:<br>índices                                                           | Nivel de atención |               | Tipo de población atendida |                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------|----------------------------|-------------------------------------|
|                                                                                     | Primer nivel      | Segundo nivel | SP/abierta (SESA / IMSS-O) | Con seguridad social (IMSS- ISSSTE) |
| Diagnóstico citología                                                               | 0.71              | 0.77          | 0.71                       | 0.74                                |
| Diagnóstico VPH                                                                     | 0.41*             | 0.22*         | 0.42*                      | 0.15                                |
| Diagnóstico con ácido acético para consulta externa, colposcopia para Segundo nivel | 0.71              | 0.73          | 0.71                       | 0.71                                |

| Programa CaCu:<br>índices                                                           | Tipo de institución |        |      |        |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------|------|--------|
|                                                                                     | SESA                | ISSSTE | IMSS | IMSS-O |
| Diagnóstico citología                                                               | 0.70                | 0.69   | 0.76 | 0.81   |
| Diagnóstico VPH                                                                     | 0.42*               | 0.15*  | .    | .      |
| Diagnóstico con ácido acético para consulta externa, colposcopia para Segundo nivel | 0.70                | 0.73   | 0.71 | 0.85   |

## Colposcopia

La colposcopia es un procedimiento para el cual se utiliza un microscopio como medio de observación del cuello uterino para detectar lesiones y realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Se requiere de un entrenamiento especializado; la mayoría de los proveedores que realizan las colposcopías son médicos o médicas que han recibido entrenamiento especial. Inicialmente fue un campo privativo de ginecólogos(as), pero cada vez más médicos(as) generales entrenados(as) realizan este procedimiento.

En 53% de los establecimientos de segundo nivel se realizan colposcopías, 43% no las realiza pero las refiere y 3.6% no las realiza ni las refiere. Por institución, el IMSS-O realiza colposcopías en 89% de sus unidades, el IMSS en 61%, los SESA en 50% y el ISSSTE las practica en 48.7% y las refiere en 51%.

El número de colposcopías que debe realizar un médico, para considerarse acreditado, es de 15-25 diarias; esta productividad ocurre en 52.1% de los casos. Por institución, la mayor productividad la tienen los SESA con 65% y la menor el ISSSTE con 23.4%. Se practican en 53.9% de las unidades que atienden a población no asegurada y en 48.7% de las de población asegurada.

En cuanto a los recursos requeridos para este procedimiento, se dispone de colposcopio en 57.4% de las unidades de segundo nivel, encontrándose diferencia



estadísticamente significativa por tipo de población atendida: en 67.2% de las unidades para población SP/abierta y en 38% de las de asegurada.

La mesa de exploración ginecológica está disponible y a satisfacción en 66.9% de las unidades de segundo nivel. La institución con mayor disponibilidad de este recurso es el ISSSTE (89.4%) y la que muestra la menor es el IMSS-O (57.4%). Otros insumos necesarios para la provisión de este servicio, que están disponibles y satisfactorios, son los siguientes:

La disponibilidad del lugol es de 46.4%, sin diferencia significativa por institución o tipo de población atendida. La disponibilidad del ácido acético es de 50.8%, sin diferencia significativa por institución o tipo de población atendida. La mesa de Mayo o Pasteur en 87.25%, sin una diferencia significativa por institución. Las pinzas de anillos en 83.8%, siendo de 100% para las unidades que pertenecen a ISSSTE e IMSS-O.

Existen espejos vaginales estériles en 90%, con disponibilidad a satisfacción en 100% de las unidades del ISSSTE e IMSS-O. Respecto a las pinzas para biopsia, la disponibilidad es de 62.3% sin diferencia significativa por institución o tipo de población atendida.

Este paquete de disponibilidad de colposcopia e insumos para realizarla tuvo un desempeño mediano con un índice de .73 en segundo nivel, sin diferencia por tipo de población a la que se atiende, con un índice de .71 tanto para población SP/abierta como asegurada. En relación con las instituciones, estuvieron entre .70 (SESA) hasta .84 (IMSS-O) con un desempeño adecuado, ISSSTE .73 e IMSS .71. (Cuadro III.7).

### **Citología cervical**

La citología cervical permite examinar las células que se recogen de la zona de transición del epitelio del cuello uterino, con el propósito principal de identificar transformaciones celulares de diversa magnitud, inclusive cambios anormales de las células que pueden sugerir cáncer. La prueba de Papanicolaou, nombre con el que frecuentemente se alude a este procedimiento, obedece al apellido del creador del tren de tinciones que se utiliza para la observación microscópica de las células obtenidas. A lo largo de los años se han propuesto distintas clasificaciones para las alteraciones celulares observadas en la citología cervical, la más utilizada es la de Bethesda (NIC I, NIC II y NIC III) y la que actualmente se emplea es la de Bethesda modificada, que denomina lesiones intraepiteliales a las transformaciones celulares. La clasificación de Bethesda modificada es la que normativamente debe utilizarse para registrar los resultados del análisis de la citología cervical, a pesar de lo cual solamente 55.3% de las unidades la emplea y 42.7% utiliza otra. Los componentes del tren de tinción de Papanicolaou fueron evaluados de forma independiente, sin embargo y para fines de análisis, tomaremos la disponibilidad de todas en su conjunto, pudiendo decir que la tinción con menor disponibilidad es la eosina ácida (64.9%) y la de mayor disponibilidad la resina sintética (100%), con un promedio de disponibilidad de 90.8%.

El número de citologías anuales que debe revisar un(a) citotecnólogo(a) para considerarse con acreditación es de 8,400. De los(as) citotecnólogos(as), 52.1% realiza esta cantidad o una mayor, resultando el menor porcentaje de acreditación para el



ISSSTE -con 29%- probablemente en relación con la cantidad de población que atiende, menor con respecto a los SESA (48.9%) y al IMSS (69%).

De acuerdo con los prestadores de servicios que laboran en los laboratorios de citología, el funcionamiento es satisfactorio en 58.3%, parcialmente satisfactorio en 33.4% y no satisfactorio en 6.7%, con porcentajes que reflejan mayor número de laboratorios funcionales en las unidades del IMSS. Con respecto al laboratorio de anatomopatología, el funcionamiento es satisfactorio en 47%, parcialmente satisfactorio en 46% y no satisfactorio en 6%. El índice de producción de este servicio es de .69, con un desempeño mediano al igual que el anterior, sin diferencias significativas por tipo de institución o de población a la que brindan el servicio.

La disponibilidad del ácido acético es de 50.8%, sin diferencia significativa por institución o tipo de población atendida. Las espátulas de Ayre están disponibles en 81.15% de las unidades, siendo de 100% en las del IMSS-O; lámpara de *chicote* en 86.5% de las unidades, con 100% para las del ISSSTE y 73% para los SESA; portaobjetos en 92.7% de las unidades y, con excepción de las unidades de los SESA (83.1%), para las demás instituciones la disponibilidad es de 100%; el cito spray está disponible en 82.1% de las unidades y, con excepción de las unidades de los SESA (83.1%), se encuentra en 100% de las otras instituciones; las pinzas de Kelly están disponibles en 49.4%, sin diferencia significativa por institución o tipo de población atendida; el cepillo endocervical en 82.6% del total, con disponibilidad de 100% en el IMSS e IMSS-O, y la disponibilidad de portaobjetos es de 95.2% en general y de 100% para los SESA, 90.9% para el ISSSTE y 93.1% para IMSS.

El Manual de procedimientos para toma de citología cervical está disponible en 51.4%, sin diferencia significativa por institución o tipo de población atendida. Podemos señalar que la disponibilidad de insumos para la realización de citologías en segundo nivel es adecuada. Aunque la citología es un método diagnóstico para primer nivel de atención se puede reconocer que el desempeño de este método es mejor en segundo nivel (.77) en relación con el primer nivel (.71), ambos con un desempeño adecuado. Por tipo de población, el desempeño para ambas poblaciones también es adecuado: de .71 para población SP/abierta y .74 para población asegurada sin presentarse diferencias entre ambas. En relación con el desempeño por instituciones, el desempeño más alto lo tuvo IMSS-O (.85) con un desempeño bueno frente al resto de las instituciones con un desempeño mediano a adecuado, con un índice de .69 (ISSSTE), .70 (SESA) y .76 (IMSS). (Cuadro III.7).

## **Prueba de VPH**

Como ya se mencionó en el apartado de diagnóstico de VPH por medio de captura de híbridos, cuando describimos esta acción de detección oportuna en establecimientos de primer nivel, en éste se exploran la oferta de la prueba, existencia de insumos y el conocimiento en cuanto al seguimiento de mujeres con prueba positiva de de VPH.

Describiremos los resultados de esta intervención en segundo nivel, a sabiendas de que es un método diagnóstico de primer nivel, ya que hay hospitales que la llevan a cabo (SESA e ISSSTE).

La oferta de la prueba de híbridos de VPH a todas las mujeres que han iniciado vida sexual se realiza en 7.5% de las unidades en los SESA y en 16.5% en el ISSSTE.

Con base en el algoritmo de atención prueba de captura de híbridos de Papilomavirus del CNEGySR, la siguiente prueba diagnóstica para mujeres con resultado positivo a VPH es la citología cervical y posteriormente la colposcopia. En el caso de las unidades de segundo nivel de SESA, en 84.8% mencionaron estos estudios diagnósticos como de seguimiento y en 93.6% del ISSSTE.

A continuación se desglosan los insumos necesarios para realizar la toma de la prueba para VPH y su disponibilidad en el total de las unidades de segundo nivel y por tipo de población atendida, no encontrándose diferencia significativa entre instituciones (Cuadro III.8).

**Cuadro III.8 Porcentaje de la disponibilidad de insumos para realizar la toma de la prueba para VPH por captura de híbridos en segundo nivel, por tipo de población atendida**

|                                                                                                 | Población SP/abierta | Población con seguridad social | Total de unidades |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------|-------------------|
| Kit de toma de la muestra                                                                       | 46.1                 | 38.7                           | 41.3              |
| Gradillas o contenedor secundario del tubo de la muestra                                        | 45.5                 | 38.8                           | 40.6              |
| Contenedor terciario o hielera y gel refrigerante para la conservación y traslado de la muestra | 33.1                 | 38.8                           | 34.7              |
| Formato de solicitud de estudio                                                                 | 34.4                 | 42.1                           | 31.9              |

Aunque la prueba se debe realizar en primer nivel se puede reconocer que en 50% de las instituciones de segundo nivel hay disponibilidad del material para su realización (Cuadro III.7).

### **Índices del paquete de intervención Diagnóstico para el tratamiento oportuno del CaCu en segundo nivel**

La producción del paquete diagnóstico para el tratamiento oportuno obtuvo un índice general de .68, con un desempeño mediano en segundo nivel (Cuadro III.6) (Gráfica III.4). De igual manera, el desempeño fue mediano por tipo de población atendida tanto en la SP/abierta (SESA/IMSS-O) de .68 (Gráfica III.5) y desempeño adecuado para la asegurada (IMSS/ISSSTE) de .70, sin presentar diferencias significativas. Los índices fueron: para los SESA .60 (Gráfica III.6), ISSSTE .67, IMSS .71 e IMSS-O .82. Los subíndices pueden ser consultados en el Anexo III.1.4 y las pruebas de significancia en el Anexo III.2.

### **CAUSES. Seguro Popular y Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos**

De acuerdo con el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), el Seguro Popular de Salud (SP) y el PAE-CaCu se encuentran ligados en su ejercicio ya que la SSA, a través del financiamiento del SP, es la institución que brinda las acciones de

prevención, detección, diagnóstico y tratamiento del CaCu a la población en general, aunque en los hechos el SP se enfoca a las pacientes que no cuentan con algún otro seguro médico.

La prevención, detección, diagnóstico y tratamiento del CaCu se halla dentro del CAUSES como parte de las acciones preventivas de la línea de la vida, examen médico a mujeres de más de 40 años, diagnóstico y tratamiento de lesiones intraepiteliales de bajo y alto grados, y no incluye el tratamiento del cáncer invasor cuya gratuidad está contemplada en el PAE-CaCu. En las unidades de la SSA no se conocen, con precisión, los derechos de gratuidad del tratamiento para las afiliadas al SP con CaCu, siendo que están considerados en el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos (FPCGC), debiéndose garantizar por dos vías la gratuidad de la terapéutica. El monitoreo revela que en sólo 56% de las unidades de segundo nivel se brinda información sobre la existencia y cobertura del FPCGC a las mujeres con CaCu y que apenas 36.4% lo ha utilizado para todos los padecimientos que están amparados.

## **Análisis por dimensiones de la producción del servicio**

Como se mencionó en la metodología el análisis de las dimensiones de la producción del servicio para cada programa consiste en presentar los resultados obtenidos en el monitoreo, no sólo a partir del análisis de cada uno de los paquetes de intervenciones seleccionados, como se hizo en la sección anterior, sino de acuerdo con las siguientes dimensiones considerando el Programa en su conjunto:

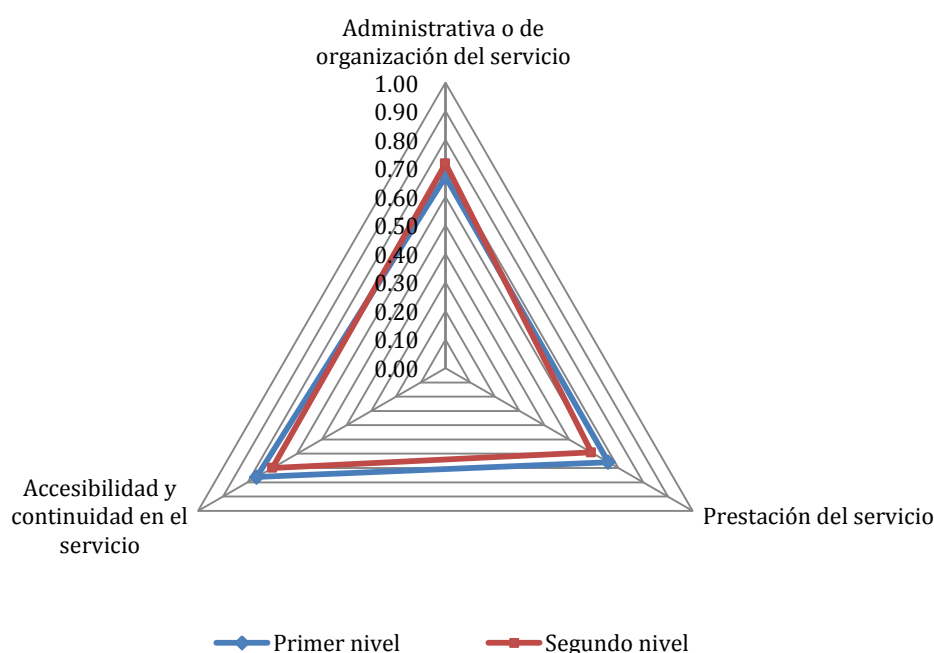
### ***1. Administrativa o de organización del servicio***

Esta dimensión incluye los siguientes tipos de intervenciones: disponibilidad de medicamentos y vacunas, disponibilidad de formatos y cartillas, disponibilidad de estudios de diagnóstico y exámenes de laboratorio, disponibilidad de mobiliario e infraestructura, y disponibilidad de instrumental, equipo e insumos.

El índice de la dimensión administrativa no mostró diferencias significativas cuando se analiza según si la prestación del servicio es en primer nivel *versus* segundo nivel, con un índice de .67 (Gráfica III.7) y .72 respectivamente. Cuando se compara esta dimensión por tipo de población a la que se atiende: SP/abierta (.66) (Gráfica III.8) en relación con la población asegurada (.75) el desempeño es mediano *versus* adecuado. Por tipo de institución, el mejor índice lo obtuvieron el IMSS (.81) (Gráfica III.9) e IMSS-O (.87) con un desempeño adecuado y bueno, frente a los SESA (.64) e ISSSTE (.61) con un desempeño mediano, encontrándose una diferencia muy significativa\*\*\* entre estos dos conjuntos de instituciones.

Los aspectos que requieren atención urgente en primer nivel y que se refieren a aquellos *ítems* que tienen un índice menor a .50 son: la disponibilidad de vacunas contra VPH (.33), la de ácido acético (.11), la de los contenedores secundarios para la prueba de captura de híbridos (.36) y la hielera refrigerante para el traslado de muestras (.35); en segundo nivel, se trata de: materiales para la prueba de VPH como son el kit de toma de muestra (.26), la solicitud para el estudio (.18), el contenedor terciario (.19) y el maletín para transportar laminillas de las citologías (.28). Los subíndices pueden ser consultados en el Anexo III.3.1 y las pruebas de significancia en el Anexo III.4.

**Gráfica III.7 Desempeño por dimensiones de la producción del servicio CaCu, según nivel de atención**



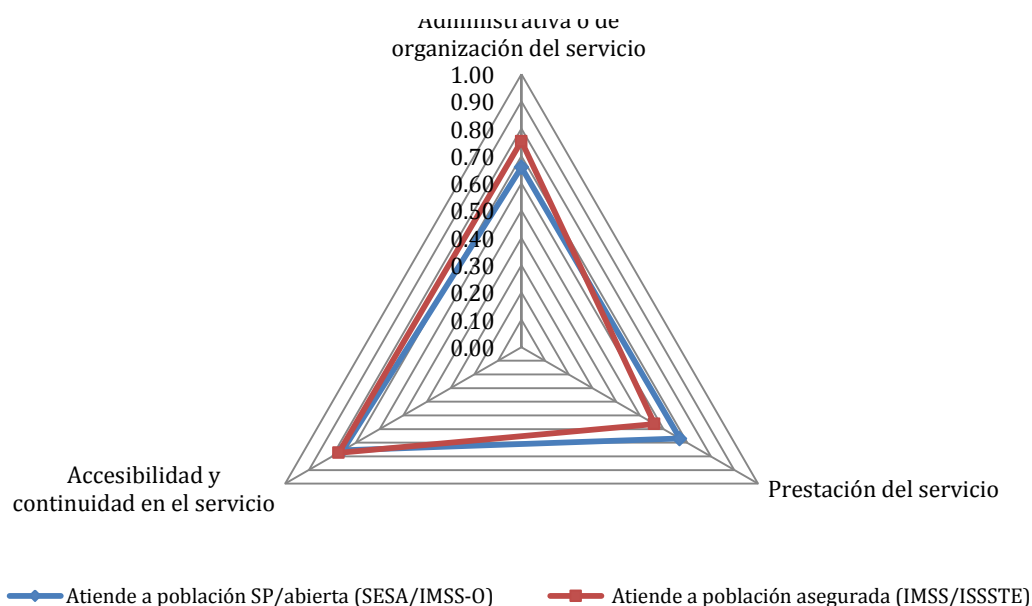
Es así que, en lo que respecta a la dimensión administrativa aún existen diferencias en la provisión de los insumos teniendo un mejor desempeño el IMSS tanto para población SP/abierta como asegurada.

## **2. Prestación del servicio**

Esta dimensión incluye conocimientos técnicos a través de guías y normas, conocimientos, percepciones de calidad, capacitación, actualización y certificación, presencia de guías técnicas, manuales, normas y algoritmos, y disponibilidad de recursos humanos.

El índice de la dimensión de prestación del servicio no mostró diferencias significativas cuando se confronta la prestación del servicio en primer nivel *versus* segundo nivel, con índices de .59 Gráfica III.7) y .57 respectivamente, sin diferencias en la prestación de servicio. Cuando se compara esta dimensión por tipo de población a la que se atiende encontramos una diferencia muy significativa\*\*\*: cuando el servicio se dirige a la población SP/abierta con .67 (Gráfica III.8) en relación con la población asegurada con .56, en cuyo caso el mejor desempeño ocurre para la población SP/abierta. Por tipo de institución, los SESA .67 y el IMSS .61 tienen un desempeño catalogado como mediano (Gráfica III.9). El IMSS-O y el ISSSTE tuvieron estimaciones poco precisas con un error mayor de .050 Los subíndices pueden ser consultados en el Anexo III.3.2 y las pruebas de significancia en el Anexo III.4.

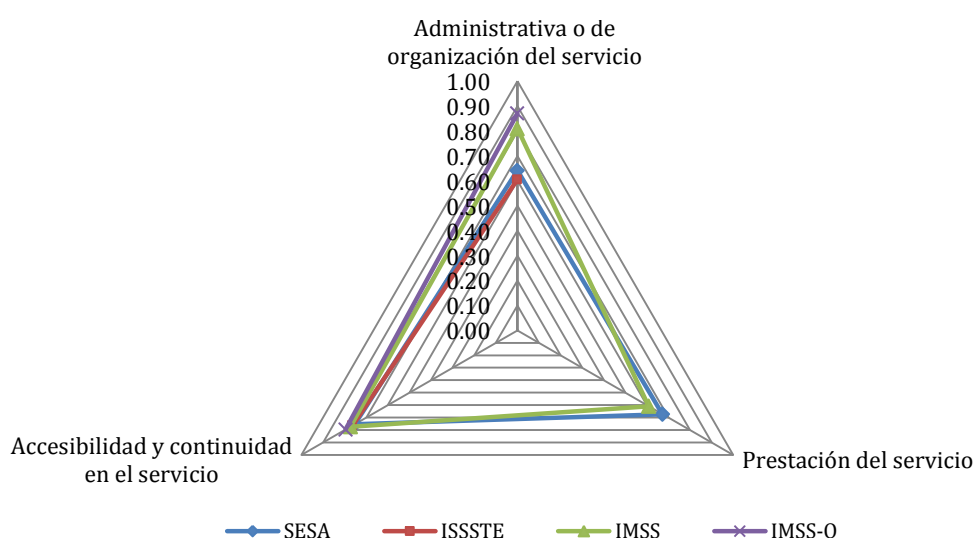
**Gráfica III.8 Desempeño según dimensiones de la producción del servicio CaCu, según tipo de población a la que se atiende**



Los aspectos que requieren atención urgente son los relativos a los conocimientos que necesitan los prestadores para ofertar la prueba de detección de VPH en segundo nivel (.23) y en primer nivel (.23), así como las citologías cervicales (.10) en el caso de las unidades de segundo nivel.

Es así que, en lo que respecta a la dimensión prestación del servicio, existe un desempeño menor en la población asegurada en hospitales y un bajo desempeño en el servicio dirigido a población asegurada.

**Gráfica III.9 Desempeño por dimensiones de la producción del servicio CaCu, según institución**



### 3. Accesibilidad y continuidad en el servicio

Esta dimensión incluye los materiales de difusión para la población y aquellos instrumentos y conocimientos que se requieren para asegurar la continuidad en la oferta de los servicios, sobre todo en lo que a referencia y contrarreferencia se refiere, En este Programa no hay diferencias en el desempeño de esta dimensión en primer nivel (.76) *versus* segundo nivel (.70) (Gráfica III.7), o dependiendo de la población a la que se atiende (Gráfica III.8): SP/abierta (.76) *versus* asegurada (.77) o el tipo de institución (Gráfica III.9): IMSS (.77), IMSS-O (.80), SESA (.75) o ISSSTE (.76), teniendo un desempeño adecuado. Los subíndices pueden ser consultados en el Anexo III.3.3 y las pruebas de significancia en el Anexo III.4.

Los índices más bajos se obtuvieron en primer en la disponibilidad de los formatos de referencia y contrarreferencia para pacientes con prueba positiva de VPH, con índice de desempeño bajo (.40) y en segundo nivel, en los criterios de referencia de mujeres embarazadas con diagnóstico de LEIBG=NIC I o LEIAG=NIC II-III (.43) y en la disponibilidad de laboratorios de patología con un índice de .52 con un desempeño de bajo que requiere atención urgente a mediano.

**Cuadro III.9 Paquetes de intervención que presentaron diferencias significativas según nivel de atención, tipo de población e institución, CaCu**

| Programa                                             | Estimación | Nivel de atención<br>1vs 2 | Tipo de población<br>Asegurada vs<br>SP/abierta | Institución                                                                                             |
|------------------------------------------------------|------------|----------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Diagnóstico en primer nivel                          | 0.67       | -                          | -                                               | SESA-IMSS F=10.231***<br>SESA- IMSS-O F=6.233**<br>ISSSTE-IMSS F=16.243***<br>ISSSTE-IMSS-O F=18.827*** |
| Diagnóstico para tratamiento oportuno                | 0.68       | -                          | -                                               | -                                                                                                       |
| Prevención                                           | 0.34       | -                          | F=12.532***                                     | SESA-IMSS F=19.828***<br>SESA-IMSS-O F=16.620***                                                        |
| Referencia y contrarreferencia                       | 0.75       | -                          | -                                               | -                                                                                                       |
| Continuidad y accesibilidad en el servicio           | 0.76       | -                          | -                                               | -                                                                                                       |
| Organización del servicio o dimensión administrativa | 0.67       | -                          | F=5.890**                                       | SESA-IMSS F=14.340***<br>SESA-IMSS-O F=15.265***<br>ISSSTE-IMSS F=14.046***<br>ISSSTE-IMSS-O F=21.505** |
| Prestación del servicio                              | 0.65       |                            | F=6.755***                                      | SESA-ISSSTE F=10359***                                                                                  |

Fuente: Monitoreo de servicios de salud, 2010 cfr. anexos III.2 y III.4.

## Conclusiones y recomendaciones

Se puede señalar que la mayor parte de los paquetes se otorgan con mayor calidad en las unidades para población asegurada, a excepción de la dimensión prestación de servicio que tuvo un mejor desempeño en primer nivel. Hay paquetes en los que la prestación del servicio no difiere entre tipo de población como son los de Atención prenatal, Atención del parto, Atención al recién nacido. Por institución, el IMSS tiene un mejor desempeño en tres de los siete paquetes y dimensiones, los SESA en uno e IMSS-O en uno de siete.

Una debilidad de este Programa es la falta de alineación de las instituciones con el PAE-CaCu de la SSA, adicionalmente no existe alineación de los criterios de detección de IMSS e IMSS-O. La recomendación es que se realice un acuerdo en el Consejo Nacional de Salud (CONASA) a fin de que el PAE-CaCu proporcione los lineamientos de diagnóstico y prevención a todo el Sector y la NOM se alinie con el PAE; la NOM tiene criterios muy laxos para las pruebas de detección que más que constituirse en normativas se adaptan a las acciones que realizan las instituciones. El mejor criterio es realizar detecciones por medio de citologías cervicales y/o pruebas de VPH por captura de híbridos a todas las mujeres que han iniciado su vida sexual, independientemente de la edad y de acuerdo con los criterios normados.

Uno de los problemas detectados en el monitoreo es la poca disponibilidad de la vacuna contra el VPH, por lo que se requieren fondos extraordinarios que podrían estar etiquetados a través de los Acuerdos Específicos para el Fortalecimiento de Acciones en Salud Pública en las Entidades Federativas (AFASPES) a fin de incrementar la cobertura a todas las niñas y adolescentes de 9 a 12 años<sup>123</sup>, independientemente de su condición de vulnerabilidad.

Este Programa invisibiliza la vinculación de la sexualidad con la causalidad de la enfermedad. Es necesario aumentar la promoción de la sexualidad responsable como medida para disminuir la transmisión del VPH, informando a la población masculina de la existencia del estado de portador y transmisor asintomático de la infección y las repercusiones en la salud de la población femenina.

El IMSS-O no está realizando citologías de acuerdo con los criterios de la NOM pues aunque tiene muy buen desempeño en la disponibilidad de material para su realización las ejecuta principalmente en mujeres de más de 50 años por ello, se requiere retomar la detección oportuna en unidades de esta institución y regular que se

---

<sup>123</sup> El PAE de CaCu señala que la vacuna contra el VPH está “diseñada para prevenir la infección por los VPH de alto riesgo 16 y 18, causa de alrededor de 70% del cáncer cérvico uterino, su mayor efectividad se presenta cuando se aplica a niñas a partir de los 9 años y adolescentes que no han iniciado vida sexual.” Asimismo el CNEGySR señala que se recomienda esta vacuna en niñas de 9 a 12 años de edad. *Cfr.* <http://cnegsr.gob.mx/programas/cancer-cervico-uterino/acciones-relevantes/vacuna-vph.html>



practiquen las citologías cervicales como lo marca la Norma, ya que la población femenina que recurre a sus unidades está desprotegida frente al diagnóstico de CaCu.

Hay una pérdida del seguimiento de las pacientes con diagnósticos positivos, por lo que se recomienda diseñar una estrategia de derivación para las mujeres con diagnósticos positivos a displasia, que asegure el tratamiento y la gratuidad de todos los servicios.

Generalizar la utilización de los formatos de referencia y contrarreferencia. La disponibilidad de este tipo de formatos para los casos de la captura de híbridos es la que tuvo los índices de desempeño más bajos. Una de las limitaciones de este monitoreo fue la evaluación de las referencias y contrarreferencias, que deberá realizarse en un futuro con el seguimiento de mujeres con diagnósticos positivos de LEIAG. Se requiere diseñar otra estrategia para evaluar este proceso. Los centros de displasias y oncológicos no son suficientes de acuerdo con el volumen de población que necesita la atención. Existe falta de cobertura en el tratamiento y debe aumentarse el número de las clínicas de displasia en todo el país, para evitar la saturación de los servicios y con ello agilizar la atención.

Debe incrementarse el tiempo quirúrgico en los hospitales oncológicos, con el fin de dar salida expedita a la demanda a la cual están sometidos.

La distribución de los carteles promocionales para el público o de información técnica para los proveedores debe ser suficiente y colocarlos en el ámbito apropiado para alcanzar los objetivos que se persiguen. Cada cartel debe ir acompañado de una indicación (impresa al reverso del mismo) respecto de a quién va dirigido, para qué ámbito geográfico está destinado y –dónde-, dentro la de la unidad de salud, debe ser colocado.

## Bibliografía

Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, 2008, Estrategia y plan de acción regionales sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino, punto 4.2 del orden del día provisional cd48/6 (esp.) 7 de agosto:  
<http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd48-06-s.pdf> (consulta: 3 de febrero de 2011).

SINAIS, 2010:  
<http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/index.html#defunciones> (consulta: 11 de abril de 2010).

SSA, 2008, Programa de Acción Específico 2007-2012, Cáncer Cervicouterino, México:  
[http://www.generoysaludreproductiva.salud.gob.mx/descargables/programas/paes/pae\\_cacu.pdf](http://www.generoysaludreproductiva.salud.gob.mx/descargables/programas/paes/pae_cacu.pdf) (consulta: 15 de mayo de 2010).

SSA, 1994, Norma Oficial Mexicana 014, SSA2 para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino, modificada el 31 de mayo de 2007, México  
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/014SSA24.html> (consulta: 20 de mayo de 2010).

SSA, 1998, Manual de Procedimientos, Referencia-contrarreferencia, procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad. NOM- 168, México  
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168SSA18.html> (consulta: 20 de mayo de 2010).

IMSS, 2009, Guía de Práctica Clínica. Prevención y Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino en el primer nivel de Atención.  
<http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/111376E1-01E3-48BE-BF04-7FF35EFACCE2/0/GPCCancerCervicoUterino.pdf> (consulta: 20 de mayo de 2010).

Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica (ENADID)  
2009:  
<http://sinais.salud.gob.mx/demograficos/enadid/tabulados.html> (consulta: 4 de febrero de 2011).

Programa Nacional de Desarrollo 2007-2012, 2008,  
[http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/pdf/PND\\_2007-2012.pdf](http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/pdf/PND_2007-2012.pdf) (consulta: 10 de diciembre de 2010).

Programa Sectorial de Salud 2007-2012, 2008.  
[http://portal.salud.gob.mx/contenidos/programa\\_sectorial/programa\\_sectorial\\_07.html](http://portal.salud.gob.mx/contenidos/programa_sectorial/programa_sectorial_07.html) (consulta: 10 de diciembre de 2010).

Programa Nacional de Población 2008-2012, CONAPO, 2008:  
[http://www.conapo.gob.mx/pnp/PNP\\_2008\\_2012.pdf](http://www.conapo.gob.mx/pnp/PNP_2008_2012.pdf) (consulta: 4 de febrero de 2011).

Puig-Tintoré, Luis M., 2006, Utilización del test de VPH en el cribado primario del cáncer de cérvix, ICGON, Hospital Clínica, Universidad de Barcelona:  
[http://www.aepcc.org/download/congresos/xviii/ponencias/GR\\_S1-5.pdf](http://www.aepcc.org/download/congresos/xviii/ponencias/GR_S1-5.pdf) (consulta: 3 de febrero de 2011).

Reartes Peñafiel, Diana Laura, 2004 (2005), "La infección por el virus del papiloma humano (VPH): conflictividades, miedos y ambivalencias. Un estudio con médicos y parejas en

un hospital del tercer nivel de atención de la ciudad de México”, Tesis para obtener el grado de doctor en antropología social, CIESAS-México, 366 pp.

Alcázar González, Rosario Adriana y Escobar Villagrán, Angélica María, 2003 (2005), “Disimulo, conservadurismo y muerte femenina. La Construcción social del Cáncer Cervico Uterino en las Instituciones de Salud Pública en San Cristóbal Casas”, tesis para obtener el grado de licenciatura, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Autónoma de Chiapas, 120 pp.

Ávila-Burgos, L, Montañez-Hernández, J.C., Cahuana-Hurtado, L., Aracena-Genao, Belkis, 2010, *Cuentas en salud reproductiva y equidad de género. Estimación 2008 y comparativo 2003-2008*, Cuernavaca, México, Instituto Nacional de Salud Pública (MX), Coeditado con la Secretaría de Salud (MX), 123 pp.

World Health Organization, 2007, World Health Statistics 2007:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>. (consulta: 2 de febrero de 2011).

Alliance for Cervical Cancer Prevention, ©2003-2005, ACCP: <http://www.alliance-cxca.org/espanol/espindex.html> (consulta: 2 de febrero de 2011).

Secretaría de Salud, 2008, *Programa Sectorial de Salud 2007-2012*, Primera edición, México, [http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/plan\\_sectorial\\_salud.pdf](http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/plan_sectorial_salud.pdf) (consulta: 20 de septiembre de 2010).

Freyermuth, G., Villalobos, I., de la Torre, C., 2010, *Muertes evitables por CaCu y CaMa*, indicadores, hojas.xls

SSA, 2010, Sistema Nacional de Información en Salud, base de datos:  
<http://www.sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html> (consulta: 3 de febrero de 2011).

OMS, 2011, Nota descriptiva No. 269, Cáncer:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html> (consulta: 2 de febrero de 2011).

Alonso, Lazcano, Hernández, 2000, *Cáncer cervicouterino. Diagnóstico, prevención y control*, México, Panamericana, UNAM, Facultad de Medicina, UNAM, INSP, 254 pp.

Conzuelo Alvaro, E., 2002, Nuevas alternativas en el tratamiento del PAPILOMAVIRUS, México, Prado, 137 pp.

IMSS-O, 2011, Indicadores de Servicios de Salud Reproductiva solicitados por INMUJERES en 2011, IMSS-O, xls.

INEGI, 2005, II Conteo de población y vivienda:  
<http://www.inegi.org.mx/default.aspx> (consulta: 28 de enero de 2011).

ISSSTE, 2010, Programa de Trabajo 2010:  
[http://sgm.issste.gob.mx/medica/programa\\_de\\_trabajo/prog2010.pdf](http://sgm.issste.gob.mx/medica/programa_de_trabajo/prog2010.pdf) (consulta: 31 de enero de 2011).

Sayavedra, G., 2000, “El programa de detección de cáncer cérvico uterino en las regiones Fronteriza y Altos de Chiapas” en Gisela Espinosa Damián (coord.), *Compromisos y realidades de la salud reproductiva en México. Una mirada a la situación nacional y a cuatro estados*, El Atajo Ediciones, Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población y UAM, México, 395 pp.

Goedert J. James, 2000, Infectious Causes of Cancer. Targets for Intervention, en James Goedert (ed.), Human Press, EU, 489 pp.

Walboomers *et al*, 1999, "Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide", *Journal of Pathology*, 189:12-19.

Camacho, María de L. y Esmeralda Gaytán F., 1998, "Programa de Cáncer Cérvico Uterino en el ISSSTE" en María del Carmen Elu (editora), *Cáncer Cérvico Uterino*, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, México, D. F., 130 pp.

Sholtz, D., Laura Kautsky, Gerd Gross y Geo Von Krogh, 1997, "Human Papillomavirus. Infections in Dermatovenereology" en Gross Gerd and Geo Von Krogh (ed.), USA, 448 pp.

# Capítulo IV

## Programa de Cáncer de Mama

Montserrat Bosch<sup>124</sup>

### Resumen ejecutivo

En el presente capítulo se exponen los resultados del proyecto “Monitoreo de la atención a las mujeres en servicios del Sector Salud” para el Programa de Acción Específico 2007-2012 Cáncer de Mama (PAE-CaMa). En el año 2006 esta enfermedad se convirtió en la primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres mexicanas y en la segunda causa de mortalidad de mujeres de 30 a 54 años de edad. En la actualidad, el mayor número de pacientes con cáncer de mama (CaMa) se encuentra en el Distrito Federal, Jalisco y en los estados del norte de México. Dados los cambios en el estilo de vida de la población, se estima que su incidencia vaya en aumento en todo el país. En México existe desde 2002 una normativa de obligado cumplimiento, así como el Programa de Acción Específico citado, instituido por la Secretaría de Salud (SSA). En el monitoreo que se presenta se muestra cómo las distintas instituciones sanitarias orientan dicho Programa, así como los resultados que surgieron al aplicarse los instrumentos de recolección de información con los que se buscaba conocer la producción de servicios en los tres niveles de atención sanitaria (consulta externa o primer nivel-CE-, segundo nivel y hospitales de cancerología o centros médicos).

Se muestra que actualmente el programa de CaMa presenta insuficiencias desde sus primeras etapas. El cribado por mastografías apenas se recomienda a las mujeres mayores de 50 años. Se perciben bajos conocimientos técnicos entre los trabajadores sanitarios de los servicios de primer nivel y los diagnósticos de sospecha desde ese nivel se realizan tardíamente. Se observa que existen demoras en el diagnóstico definitivo y que las rutas de derivación, que deberían asegurar la continuidad del servicio, no siempre están bien preestablecidas para los profesionales sanitarios; además, existen deficiencias en la calidad del tratamiento en las distintas instituciones. Todo ello nos aproxima a entender las elevadas cifras de mortalidad por CaMa que prevalecen en el país.

---

<sup>124</sup> Licenciada en medicina con doctorado en Antropología Social.

## Introducción<sup>125</sup>

La neoplasia de mama es el tumor maligno más frecuente en las mujeres a nivel mundial, y en México, desde 2006, se ha convertido en el primer causante de muerte por cáncer, así como en la segunda causa entre las mujeres mexicanas de 30 a 54 años. Esta patología representa un costo emocional, económico y social elevado para las mujeres que lo padecen, sus familias y la sociedad en su conjunto, particularmente cuando se detecta en estadios avanzados como es lo habitual en México.

El norte del país, junto con el Distrito Federal, Jalisco y el Estado de México, presentan desde hace algunos años un aumento sostenido en el número de casos de patología mamaria<sup>126</sup> y una disminución muy marcada de cáncer cervicouterino (CaCu), siguiendo un patrón similar al de los países del norte. De manera muy distinta, los estados del sur del país todavía muestran tasas ajustadas de mortalidad<sup>127</sup> mucho más altas para CaCu.<sup>128</sup> Las estadísticas presentan un aumento sostenido de mortalidad por CaMa desde el año 2000 en todo el país. El mayor porcentaje de muertes evitables<sup>129</sup> por esta neoplasia se observa en el Distrito Federal, donde se encuentran las mayores tasas ajustadas de mortalidad junto con los estados de Baja California, Nuevo León y Chihuahua. Un estudio que evaluaba el desempeño de los sistemas de salud mediante la atribución categórica de las defunciones por ciertas causas y edades al concepto de “muerte evitable”, mostró que 66% de las defunciones por CaMa ocurridas en México entre 2000 y 2004 se hubieran podido evitar. El indicador calculaba la proporción de muertes evitables con la tecnología disponible para el diagnóstico temprano, los tratamientos y la atención médica oportuna y de calidad<sup>130</sup> (Franco, 2006). Análisis recientes de las tendencias de mortalidad y morbilidad ilustran la carga de la enfermedad en los países en desarrollo. Si se considera la proporción de los años de vida ajustados por discapacidad (AVISAs) debida a cáncer, el CaMa supera al CaCu y al prostático en las regiones en vías de desarrollo del mundo, con excepción de Asia subcontinental y el África subsahariana. En la región de Latinoamérica y el Caribe, el

---

<sup>125</sup> El estudio del programa de CaMa para este monitoreo ha sido realizado por diferentes personas en sus diversas etapas, bajo la coordinación de Graciela Freyermuth. El análisis del programa, el diseño de los paquetes de intervención y los cuestionarios fueron realizados por Sergio Meneses. Las entrevistas para construir la red fueron hechas por Axel Adán Sánchez durante el trabajo de campo en México, D.F. La redacción final del informe, tras realizar el trabajo de campo en la región noroeste, correspondió a Montserrat Bosch.

<sup>126</sup> Un estudio publicado en 1997 ya indicaba que los estados del norte del país presentan una problemática de CaMa en niveles avanzados, al igual que el Distrito Federal. (...) Sin embargo, los estados del sur, a pesar de encontrarse en niveles aún bajos, muestran una tendencia al aumento (López-Ríos, 1997).

<sup>127</sup> Razón entre el número de defunciones debidas a CaMa en una población y el número de residentes en esa población, habiendo eliminado el efecto de las diferenciales en la distribución por edad en esa población, expresada por 100,000 habitantes para un año dado, en un determinado territorio o área geográfica.

<sup>128</sup> Un oncólogo de Tuxtla Gutiérrez (Chiapas) informó que en la actualidad estaba atendiendo más casos de CaMa que de CaCu.

<sup>129</sup> El estudio de las “muertes evitables” consiste en identificar aquellas defunciones que dada la tecnología médica existente no debieron suceder o pudieron ser prevenidas. Para una discusión sobre el tema cfr. La mortalidad en México, 2000-2004. “Muertes evitables: magnitud, distribución y tendencias”, SSA, 2006.

<sup>130</sup> Franco-Marina, F. *et al.*, “La mortalidad en México, 2000-2004: Muertes evitables: magnitud, distribución y tendencias”, México, D.F.: Secretaría de Salud, 2006. Citado por Lozano-Ascencio R., *et al. Tendencias del cáncer de mama en América Latina y El Caribe*, Salud Pública de México, 2009; 51 suplemento 2:147-156.

CaMa es la principal causa de AVISAs perdidos por cáncer con 9%, seguido por el CaCu con 7% (González-Pier, 2007). El CaMa se registra más entre las mujeres afiliadas de la seguridad social (Knaul, 2009). Según especifica el programa de la SSA (2007:21), esto puede “ser debido a una mejor condición socioeconómica,<sup>131</sup> a diferencias en la conducta reproductiva y a una mejor certificación de las defunciones”. Sin embargo, por otra parte observamos que los diferentes estilos de vida y las conductas reproductivas cada vez son más homogéneos en todo el país, por lo que podríamos pensar no tanto en el mayor riesgo de las aseguradas sino en un trato desigual hacia las aseguradas de SP/abierta.

La importancia que este Programa tiene para el gobierno se puede deducir por el aumento presupuestario que ha experimentado en los últimos años, pero también dicho incremento indica el gasto que esta enfermedad provoca cuando el diagnóstico se hace tardíamente, como suele ocurrir en el país (Knaul, 2009). La información financiera sobre Salud Reproductiva (SR) y Equidad de Género (EG) -expresada en el informe de cuentas 2007- permite conocer el gasto derivado de los programas de SR. Si se atiende al total del gasto por funciones, observamos que 76.9% corresponde a servicios de asistencia curativa y 15.2% a servicios de prevención y salud pública (control prenatal, puerperio, planificación familiar, tamizaje de cáncer y acciones encaminadas a disminuir la violencia intrafamiliar). El gasto total en SR y EG en 2007 aumentó 0.6% respecto a 2006, pero hubo una marcada disminución -19.5%- en los servicios de prevención y salud pública. Del total del presupuesto, al programa de CaMa le correspondió 3.7%, el cual fue dirigido a actividades relacionadas con la exploración mamaria, campañas de tamizaje, atención del cáncer y displasias mamarias (Ávila Burgos, 2009).

En términos porcentuales, el programa de CaMa experimentó un aumento en su presupuesto anual de 45.6% en 2006, año en que este cáncer ocupó el primer lugar en las estadísticas como causante de mortalidad en las mujeres. Por instituciones, podemos observar que en la SSA aumentó 41% ese año con respecto al anterior, en el IMSS 13.6%, en el ISSSTE disminuyó 4.7% y en el sector privado se experimentó una caída de 50.6%. Todas las instituciones mostraron aumentos porcentuales desde el año 2001, salvo el IMSS-O, que tuvo una caída en ese periodo de 27.2%. Esta baja podría ser consecuente con el hecho de que el mayor volumen presupuestario en el año 2008 lo presentó el Seguro Popular de Salud (SP), que destinó a este Programa 715.2 millones de pesos. Le siguió en volumen económico la SSA, que destinó 409.7 millones, lo que representaba un aumento porcentual de más del doble de lo consignado en el año 2006. El IMSS registró un aumento moderado del gasto para ese año que fue en total de 471.5 millones. El ISSSTE, a diferencia de las restantes instituciones, tuvo una ligera disminución del presupuesto destinado a este Programa. La variación fue: de 43.3 millones otorgados en 2006 se pasó a 41.3 para el año 2008.

Por institución, vemos que la SSA ejerció 4.7% del total del gasto de SR para este Programa. Le siguió el ISSSTE, que destinó 3.5% a acciones relacionadas con el CaMa. El IMSS gastó en CaMa 3.4% y el IMSS-O reportó sólo gastos en asistencia curativa hospitalaria (Ávila Burgos, 2009). En los indicadores de seguimiento, evaluación y gestión del programa Oportunidades, aparece vacío el apartado referido al

---

<sup>131</sup> La condición socioeconómica o el hecho de ser derechohabiente NO presupone ningún riesgo. Imaginamos que los autores se refieren a los estilos de vida que pueden tener las mujeres con mejores condiciones económicas.



CaMa. Este hecho es proporcional al bajísimo presupuesto<sup>132</sup> que esta institución dedica al tema y resulta congruente con la visión expresada durante el trabajo de campo por parte de su personal médico directivo en dos estados diferentes, los cuales consideraron que por las características socio-sanitarias de sus afiliadas “*el cáncer de mama no tiene prácticamente incidencia*”. Esto lo podríamos corroborar si relacionamos geografía, número de afiliaciones e incidencia del CaMa y CaCu, ya que en los estados del sur del país es donde observamos la mayor afiliación a este Programa, donde se presenta la mayor tasa de mortalidad por CaCu y la menor tasa de mortalidad por CaMa. Sin embargo, dados los resultados de diferentes estudios epidemiológicos que se están realizando sobre el tema, referidos a los países de América Latina con características sociodemográficas y económicas similares, debería valorarse, como se apuntó antes, que puede existir un subregistro de casos puesto que en esta institución apenas se realizan mastografías para una posible detección de casos;<sup>133</sup> en definitiva: inequidades en el acceso a los servicios de detección, diagnóstico y tratamiento para la población SP/abierta. Estas desigualdades llegan a explicarse como el resultado inevitable de diferencias personales atribuibles a factores genéticos, a comportamientos individuales o como un producto social que es preciso cambiar.

Estudios clínicos aleatorios demostraron hace años (Fletcher, 1993) que existen fuertes evidencias científicas que confirman que el cribado en el CaMa por mastografía es más efectivo que cualquier otra prueba para cualquier otro cáncer. El PAE informa que la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC, por sus siglas en inglés), con la participación de un grupo experto y posterior a la revisión de la evidencia, ha confirmado que los servicios de tamizaje como política de salud pública deben dirigirse a las mujeres de 50 a 69 años de edad, a través de mastografía cada dos años (IARC Working Group on the Evaluation of Cancer Preventive Strategies 2002). Esto es consistente con la recomendación del Consejo Europeo del 2 de diciembre de 2003 sobre el tamizaje de CaMa (DO L 327/34-38). Su sensibilidad se encuentra entre 85 y 95% y su especificidad es de 90%. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), ésta contribuye a reducir el índice de mortalidad en 33%. Existe acuerdo en que la mayor mortalidad en los países en desarrollo se debe a la falta de detección temprana dado que el progreso clínico de la enfermedad (aumento del tamaño tumoral, afectación ganglionar o la aparición de metástasis) afecta negativamente la supervivencia. En México hay directrices y normativas desde 2002 que aconsejan la mastografía de tamizaje a todas las mujeres mayores de 50 años, pero el PAE cifraba solamente en 8.5% la cobertura para la detección del CaMa en 2007. Los resultados de un estudio realizado sobre costo-efectividad para el cribado por mastografías en México muestran que éstas producen una razón de costo por año de vida ganado menor a dos veces el PIB *per cápita* del país y que, por lo tanto, se encuentran dentro del rango de lo que se considera una intervención costo-efectiva según los criterios de la OMS (Valencia-Mendoza, 2009). Otro estudio que consideraba los costos directos de la atención médica del CaMa en el IMSS mostró que la detección tardía aumentaba este coste 25% respecto del total (Knaul, 2009).

---

<sup>132</sup> Para el programa de CaMa en el año 2008, el IMSS-Oportunidades gastó 0.6 millones de pesos. El gasto, ese mismo año, para el programa de CaCu fue de 251.6 millones.

<sup>133</sup> En algunas unidades de segundo nivel del IMSS-Oportunidades del norte del país se está empezando a implementar la promoción para la detección de casos de CaMa, basándose en la autoexploración mamaria o en la palpación clínica.

La falta de tamizaje provoca que se detecten los tumores en fases más avanzadas, lo que obliga a realizar más mastectomías radicales, tratamientos quimioterapéuticos más agresivos y costosos y provoca una mayor mortalidad. Se estima que en México la detección de tumores *in situ*, en estadio I, es de 10% y se ha visto poca mejoría en este punto desde los años noventa (Knaul, 2009). Los estadios clínicos tardíos, la presencia de metástasis y la persistencia de CaMa ocasionan una menor supervivencia a los cinco años.<sup>134</sup> Los factores pronósticos que determinan esta supervivencia son la invasión linfovascular, los estadios III y IV y la presencia de tumor en los bordes quirúrgicos (Flores-Luna, 2008).

Un reciente estudio sobre la demora, la plantea tanto en su relación con la paciente como con el proveedor (Unger-Saldaña, K., Infante-Castañeda, 2009). La demora en la paciente se asocia al miedo que le representa tener cáncer, lo que puede provocar, según las características psicológicas de cada mujer, tanto el aceleramiento como el retraso de la búsqueda diagnóstica. En ocasiones, la inequidad de género o el machismo imperante en la pareja, es el factor responsable del atraso en el diagnóstico, aunque algunas investigaciones cualitativas apuntan a que las mujeres subestiman su riesgo personal de desarrollar la enfermedad. El retraso por parte del proveedor se relaciona, si obviamos la mala praxis médica, con los factores socioestructurales que significan una distribución diferencial del acceso y la calidad de los servicios. Entre los errores médicos más frecuentes se encuentran: la presentación de la enfermedad a una edad más temprana de lo habitual, la interpretación errónea de los primeros síntomas de la tumoración, y mastografías y ultrasonidos de mala calidad que difícilmente pueden ser leídos. Una evaluación comparativa de servicios de radiología de diferentes países latinoamericanos, que buscaba determinar la correlación entre algunos indicadores de calidad de los servicios de imagenología con la certeza en la interpretación radiológica, mostró que en México el porcentaje de imágenes con calidad óptima en los servicios de mastografía es muy bajo, lo cual dificulta la probabilidad de hacer un diagnóstico certero (Fleitas, 2006). Ateniéndonos a la muestra realizada para el presente monitoreo, vemos que en México hay aparatos de mastografía pero, según se reportó durante el trabajo de campo, son poco utilizados por falta de personal calificado o por no estar en buenas condiciones.

## **Alineaciones jurídica, normativa, institucional y programática del Programa de Acción Específico 2007-2012 de Cáncer de Mama**

El Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos señala que todos los mexicanos tienen derecho a la protección de la salud. Sin embargo, existe un trato diferenciado entre las personas con seguridad social y aquéllas que no cuentan con dicha prestación, además de que se perciben grandes diferencias entre las entidades federativas. México cuenta con un sistema de salud fragmentado en diferentes instituciones sanitarias: por un lado se encuentran las instituciones del sector público que prestan servicios a la población SP/abierta: SSA, Servicios Estatales de Salud (SESA) e IMSS-Oportunidades (IMSS-O). Por otro lado están las instituciones propias de los trabajadores que cotizan a la seguridad social: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

---

<sup>134</sup> Se evaluó la supervivencia de las mujeres con CaMa entre los años 1990-1999. La supervivencia a los cinco años fue de 58.9%.

(ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y Secretaría de Marina (SEMAR); además, está el sector privado, representado por los seguros médicos privados y los prestadores privados de diversos saberes médicos, los cuales atienden a la población con capacidad de pago. De este modo, cada subsector del sistema duplica –en mayor o menor grado– funciones del sistema al dirigir las únicamente a sus clientelas. Esta duplicidad de acciones implica ineficiencia y la segmentación da lugar a inequidades en el sistema. Esto se ilustra con el siguiente ejemplo: una mujer asegurada del IMSS, habitante del municipio de Tapachula, Chiapas, con diagnóstico de CaMa que requiere tratamiento con radioterapia, es enviada al Centro Médico Nacional Siglo XXI en la Ciudad de México, a pesar de que en Tapachula se cuenta con un hospital federal especializado con servicio de oncología donde puede brindarse el tratamiento en cuestión. Sin embargo, dado que la mujer es asegurada del IMSS, le corresponde recibir el servicio en las unidades DACMA de dicho instituto.

Además, el sistema de salud está descentralizado. Esta fragmentación obligaría a una fuerte dirección por parte de la SSA, la cual se halla debilitada porque cada institución del sistema de salud posee cierta autonomía para definir e implementar sus políticas y programas (no siempre alineados con precisión a los programas de acción específicos definidos por la SSA), para decidir el manejo financiero o para establecer mecanismos de coordinación; es decir, para ejercer funciones de rectoría al interior de su organización. Por ello, se requiere de una fuerte regulación que garantice acciones coordinadas, eficientes y efectivas entre instituciones y sectores para atender el importante reto que está representando el CaMa.

El PAE-CaMa 2007-2012 es el instrumento rector que dicta estrategias basadas en las mejores prácticas, a las que deben apegarse todas las instituciones del Sector Salud. Este Programa señala el modelo según el cual debería estructurarse el sistema de salud en su respuesta al CaMa. El PAE presenta como objetivo general: disminuir el ritmo del crecimiento de la mortalidad por CaMa a través de la provisión de servicios óptimos en la detección, diagnóstico, tratamiento y control del padecimiento, así como de la participación responsable de la población en el cuidado de su salud. Es de destacar que el PAE presenta como meta una tasa de mortalidad por CaMa de 17.5 defunciones por cada 100,000 mujeres de 25 años o más para 2012, cifra superior a las 15.8 defunciones que existían en 2006 (SSA, 2008: 23).

Los objetivos específicos se dirigen a la promoción de la salud, al incremento de la detección por mastografías, a la mejora en la calidad y oportunidad del tamizaje, diagnóstico y tratamiento integral a través de la formación de recursos y la capacitación continua del personal, y a la reorganización y fortalecimiento de los servicios de diagnóstico y tratamiento en coordinación con las instituciones del Sistema Nacional de Salud. Este PAE se vincula al Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 que tiene como propósito lograr el desarrollo humano y el bienestar de los mexicanos a través de la igualdad de oportunidades con el mejoramiento de las condiciones de vida de quienes viven en la pobreza. El PAE-CaMa 2007-2012 incorpora los siguientes aspectos: estrategias para mejorar el acceso, cobertura y calidad de las acciones de promoción de la salud, detección, diagnóstico y atención del CaMa en áreas marginadas o con menor desarrollo económico; el gasto en salud como una inversión responsable que proporciona el mayor beneficio posible a la población; implementación de acciones que han probado ser las más efectivas con base en la evidencia científica disponible; coordinación con otras instituciones del Sistema Nacional de Salud para sinergizar los

esfuerzos e impactos; promueve la participación de la sociedad civil para mejorar el acceso a los servicios; disminuye la brecha en cuanto a las necesidades de recursos humanos, equipamiento, infraestructura y tecnologías acordes con las necesidades para su detección y atención oportuna; vigila el acceso a la atención gratuita para evitar el empobrecimiento de la familia, y lleva a cabo el monitoreo y evaluación para la mejora continua del Programa.

De manera específica se mencionan las acciones de CaMa en el objetivo 1: mejorar las condiciones de salud de la población; en la meta 1.5: incrementar al triple la cobertura de detección de cáncer de mama por mastografía en mujeres de 50 a 69 años, (esta meta se clasifica en el PAE como estratégica y su seguimiento será también monitoreado por la oficina de la Presidencia); en el objetivo 2: Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, y prevención y control de enfermedades; en la línea de acción 2.13: promover la prevención, detección y atención temprana del cáncer cérvico-uterino y de mama.

Las acciones propuestas en el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) enfatizan la necesidad de fortalecer las actividades de detección temprana del CaMa y de focalizar las acciones en la población de mayor riesgo. Asimismo, el PAE contribuye al cumplimiento de los cinco objetivos planteados (PROSESA 2007-2012) en la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002.<sup>135</sup>

El IMSS no cuenta con un programa de acción específico contra el CaMa que señale objetivos, estrategias, líneas de acción, metas o indicadores. Sus directrices convergen en una ‘Guía de detección y atención integral del cáncer de mama’ (DACMA) publicada en 2004. Aunque esta guía se vincula con el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, con el PROSESA 2007-2012 y con la Norma Oficial Mexicana, no lo hace de un modo explícito. Propone asimismo una red de servicios similar a la que señala el PAE, si bien establece nomenclaturas distintas.

El ISSSTE no tiene un programa de acción específico ni una guía de detección y atención del CaMa. Esta institución sólo estableció un programa de trabajo 2007-2012 que, desde el punto de vista programático-organizacional, deriva del Plan Nacional de Desarrollo y de otros programas sectoriales como el Programa Nacional de Salud (PRONASA).

El Programa IMSS-O<sup>136</sup> es un programa del Ejecutivo Federal administrado por el IMSS y cuyo objetivo general, descrito en su Matriz de Indicadores por Resultados (MIR), registrada en el Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda (PASH), consiste en garantizar el derecho a la salud de los mexicanos que carecen de seguridad social y que habitan en condiciones de marginación en las entidades donde tiene cobertura. En el avance de los 22 indicadores incorporados al PASH no hay mención de este programa. Los SESA en cada entidad federativa y el Programa IMSS-O funcionan como instancias

---

<sup>135</sup> Se tomó como referencia para este Monitoreo la NOM-041-SSA2-2002 publicada el 17 de septiembre de 2003 en el Diario Oficial de la Federación (DOF). El 9 de junio de 2011, fecha posterior a la elaboración del presente estudio, se publicó en el DOF la Norma Oficial Mexicana “NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia del cáncer de mama.”

<sup>136</sup> El origen del Programa IMSS-Oportunidades se remonta a 1973, cuando se reformó la Ley del Seguro Social y se facultó al Instituto Mexicano del Seguro Social para extender su acción a núcleos de población sin capacidad contributiva, en pobreza extrema y marginación.

responsables de otorgar los componentes de Salud y Alimentación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO). IMSS-O fundamenta su operación en el Modelo de Atención Integral a la Salud que tiene el objetivo de responder a las necesidades de la población rural y actuar sobre las causas que dañan su salud. Dentro del Programa de Salud Reproductiva y Materno-Infantil se encuentra la salud ginecológica, que engloba CaMa, CaCu, climaterio y menopausia, pero no existe un programa específico para el CaMa.

La SSA, el IMSS y el ISSSTE presentan diferencias menores entre sus redes de servicios. Las tres instituciones establecen unidades con el propósito de realizar el tamizaje mediante mastografía. La diferencia entre ellas se observa en el hecho de que tanto la SSA como el IMSS proponen realizar el tamizaje a mujeres mayores de 50 años o, en su caso, mayores de 40 años con factores de riesgo. Por una parte, el ISSSTE plantea la detección en mujeres de 45 a 64 años (edades del tamizaje diferentes a las recomendaciones internacionales, las cuales mencionan 40 ó 50 años, dependiendo de los factores de riesgo de las mujeres y de los países y las prolongan hasta los 70 años o más).

El PAE menciona las clínicas de patología mamaria como el espacio donde se realizaría el diagnóstico definitivo por imagen y estudio histopatológico, mientras que el tratamiento se llevaría a cabo en los centros oncológicos, hospitales especializados o clínicas de oncología mamaria. El IMSS sintetiza estos espacios en las llamadas clínicas de detección y tratamiento del CaMa, unidades DACMA. El ISSSTE sitúa estos espacios en sus hospitales de especialidad con clínicas de CaMa. Como veremos más adelante, ninguna de las instituciones cumple en su totalidad con las redes de derivación que tiene establecidas.

Es de destacar que no se estipulan mecanismos para la prestación cruzada de servicios entre las diversas instituciones, lo cual representa una barrera organizacional que establece tratos diferenciales entre las clientelas de cada institución, restringiendo o limitando el acceso de algunos sectores a los servicios oncológicos. Ello puede significar un mejor o peor pronóstico para la paciente, constituyendo una grave inequidad. Por otro lado, esta estructura del sistema de salud diseñada para responder al CaMa es ineficiente, toda vez que puede retrasar la detección o el tratamiento pues cada institución sólo atiende a sus respectivas clientelas, incrementándose los costos por los traslados o la compra de servicios a entidades privadas, tal y como informaron que hacían algunas instituciones.

## **Metodología**

A través del monitoreo realizado se buscó conocer las barreras que pueden afectar la producción de servicios derivados del programa que aquí estudiamos, así como su mayor o menor calidad en cuanto a accesibilidad, atención y continuidad en la prestación del servicio. Las respuestas al cuestionario implementado, junto con las entrevistas y las observaciones realizadas durante el trabajo de campo, ofrecen la posibilidad de conocer si los establecimientos estudiados logran otorgar los servicios a la población a la cual van dirigidos, si los prestan con oportunidad y calidad organizacional, si existen diferencias entre los dos niveles de atención y, finalmente, si hay diferencias o coincidencias en la ejecución del programa de CaMa en las cuatro grandes instituciones del Sector Salud.



Para llevar a cabo el monitoreo, se diseñaron cuatro paquetes de intervención a través de los cuales se buscaba conocer las acciones médicas o no médicas que posibilitan la producción de un servicio y, en su caso, la transferencia del mismo. Se implementaron en las unidades médicas de primero, segundo y tercer nivel surgidos en la muestra.

El objetivo general establecido en el PAE es disminuir el ritmo del crecimiento de la mortalidad por CaMa a través de la provisión de servicios óptimos en la detección, diagnóstico, tratamiento y control del padecimiento (PAE, 2008: 26), por lo que presenta como condiciones para enfrentar la situación: incrementar la cobertura de detección, llevar a cabo la referencia adecuada de pacientes con sospecha de cáncer por mastografía o síntomas clínicos, otorgar diagnóstico y tratamiento oportunos y de calidad, mejorar las condiciones de vida de las pacientes, elevar la sobrevivencia y evitar la mortalidad por CaMa (PAE, 2008: 24).

La encuesta se llevó a cabo con una muestra representativa a nivel nacional. A través de la ponderación, representó 14,976 establecimientos sanitarios de todo el país. Se calcularon los índices y subíndices<sup>137</sup> de los paquetes de intervención para cada una de las instituciones y para todas ellas en conjunto. Todos los índices oscilan entre 0 y 1. En otras palabras, una unidad que obtiene un valor de 1 en el índice significa que cumplió satisfactoriamente el conjunto de *ítems* que aplicaron para ella, pudiendo ser este conjunto de un solo *ítem* hasta todos los *ítems* definidos. Estos datos se adjuntan al final de cada nivel de atención. Se realiza una “semaforización” señalando como desempeño adecuado los índices de más de .85, el desempeño adecuado lo obtendrán los índices ubicados entre .70 y .84, el desempeño mediano los que tienen los índices entre .50 y .69. Finalmente, se considera que requieren atención urgente, dado que significa bajo desempeño, los índices menores de .49. Para poder destacar más fácilmente los aspectos positivos y las deficiencias surgidas en las diferentes fases del Programa se presenta la semaforización en colores; ello permite visualizar con más facilidad sus diferentes apartados así como los resultados analizados, mostrando de un modo más simple qué aspectos sería preciso reforzar en cada institución sanitaria.

Se desea destacar que aparecen muy pocas unidades del IMSS-O debido a que esta institución no fue posible ampliar la submuestra correspondiente. Por ello, prácticamente no es posible ofrecer resultados estadísticos para esta institución; se adjuntan los resultados pero estos son difícilmente homologables a todo IMSS-O y sólo corresponden a los escasos centros monitoreados, sobre todo del nivel hospitalario.

Para primer nivel se formuló en el cuestionario un mayor número de preguntas y se monitorearon más centros, por lo que se obtuvo más información y fue posible añadir gráficos y cuadros que permiten visualizar más claramente los resultados que se pretende destacar. Al haber varias preguntas con respuestas no excluyentes, los resultados de los gráficos no presentan una sumatoria de cien, sino las frecuencias ponderadas de cada respuesta. Para el nivel hospitalario, dado que hubo un menor número de preguntas, reseñaremos para el análisis las informaciones recabadas durante

---

<sup>137</sup> Todos los índices oscilan entre 0 y 1, lo que traducido a una escala de 0 a 100 puede leerse como el porcentaje en el que cada una de las unidades cubre satisfactoriamente el conjunto de *ítems* medidos en cada ámbito de atención, siempre y cuando hayan aplicado para la unidad. En otras palabras, una unidad que obtiene un valor de 1 en el índice significa que cumplió satisfactoriamente el conjunto de *ítems* que aplicaron para ella, pudiendo ser este conjunto de un solo *ítem* hasta todos los *ítems* definidos.

el trabajo de campo, relacionadas con la calidad de la infraestructura de los diferentes centros e instituciones. Merece destacarse la gran variabilidad que se observa en las unidades de segundo nivel del ISSSTE, puesto que algunos centros ostentan niveles de alta tecnología, mientras otros cuentan en sus instalaciones con muy escasos recursos.

Los resultados del monitoreo, así como las entrevistas realizadas, no aportan información relevante que permita realizar una desagregación de las redes de derivación por instituciones de salud, puesto que las diferencias que se perciben entre éstas para el programa que nos ocupa son mínimas. Debido a tales consideraciones, se unificará la red de derivación, remarcando en cada ocasión posible las diferencias específicas por institución. Esto se realiza porque, salvo algunas excepciones que se indicarán, la información resulta bastante homogénea para todas las instituciones. Consideramos que de este modo se facilita la comprensión del programa y, a la vez, se proporciona una visión más fidedigna de las debilidades y fortalezas que presentan en conjunto.

## Paquetes de Intervención

|                                |             | Primer nivel             | Segundo nivel            |
|--------------------------------|-------------|--------------------------|--------------------------|
|                                |             | Número de intervenciones | Número de intervenciones |
| Prevención y Detección de CaMa | Prevención  | 7                        | 4                        |
|                                | Detección   | 15                       | 7                        |
|                                | Diagnóstico | 0                        | 9                        |
|                                | Tratamiento | 0                        | 8                        |

**1. Prevención.** Dado que para el CaMa se ha descrito toda una serie de factores coadyuvantes que favorecen su aparición, las **actividades preventivas** para esta enfermedad son importantes. La norma NOM-041-SSA2-2002 establece en su disposición 5.1: “Las actividades de prevención incluyen la comunicación educativa a la población para valorar los factores de riesgo y promover estilos de vida sanos que contribuyan a la disminución de la morbilidad por el cáncer de la mama”. En la disposición 6.2.1: “La consejería debe ser proporcionada por personal de salud que haya recibido capacitación específica y debe estar ampliamente informado sobre la prevención primaria, secundaria y terciaria”. De este modo, para la realización de estas actividades se requiere de la movilización estratégica de recursos materiales (pósters, carteles, folletos, audiovisuales) y humanos (enfermeras, trabajadoras sociales, médicos/as) específicamente dedicados a la promoción; incluye todas las actividades indispensables para la prevención del CaMa y abarca las actividades de educación para la salud dirigidas a hombres y mujeres en el área de cobertura de los servicios de salud sobre los factores de riesgo y los métodos de autoexploración mamaria. Se valora, en



este paquete de intervención, la presencia en los centros de atención sanitaria de la normatividad mexicana y del PAE (Cuadro IV.1).

| <b>Cuadro IV.1 Prevención de CaMa</b>                                                                         | <b>Primer nivel</b> | <b>Segundo nivel</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|
| Materiales de difusión visibles con información sobre la detección de CaMa                                    | X                   |                      |
| Materiales de difusión impresos disponibles que contengan información sobre las medidas preventivas para CaMa | X                   | X                    |
| Cartas descriptivas y/o material de apoyo sobre medidas preventivas de CaMa                                   | X                   | X                    |
| Programa de acción específico 2007-2012 de CaMa o guía técnica de detección, diagnóstico y tratamiento        | X                   |                      |
| Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002                                                                      | X                   | X                    |
| Manual o guía de prevención de CaMa                                                                           | X                   | X                    |
| Personal de enfermería capacitado para brindar consejería preventiva sobre CaMa                               | X                   |                      |
| Número total de intervenciones                                                                                | 7                   | 4                    |

**2. Detección de CaMa.** En función de las directrices trazadas en el PAE, se delinearon los paquetes de intervención. Desde el punto de vista de la salud pública y del sistema mexicano de salud, el paquete de intervención prioritario es, sin duda, el de **detección oportuna de CaMa** (Cuadro VI.2). El tamizaje por mastografía está considerado como la intervención más eficaz para la detección temprana, con impacto en la reducción de la mortalidad. Sin embargo, para que sea completamente efectiva es necesario ampliar su cobertura e instrumentar mecanismos para el seguimiento de las mujeres con estudio anormal (PAE, 2008: 14). Es relevante mencionar que la detección temprana no se limita a la identificación de una persona probablemente enferma, sino que debe incluir el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la condición que se detecta. Por lo anterior, estas actividades deben estar adecuadamente integradas en los diferentes niveles de atención a la salud (PAE, 2008:12). Su propósito es garantizar la provisión de servicios accesibles y de calidad para identificar de forma temprana las lesiones precancerosas o cancerosas de las mamas. Este paquete de intervención incluye acciones de información para difundir la detección del CaMa a la población objetivo y la referencia para tamizaje mamario con mastógrafo. Para su ejecución se requiere de recursos materiales y humanos con desempeño de calidad para la consejería, difusión, capacitación, captación de la población objetivo y referencia al nivel de atención correspondiente. Ello implica el fomento de la autoexploración mamaria mensual en mujeres mayores de 25 años, la exploración clínica anual para mayores de 25, el tamizaje mamario con mastógrafo cada año para la población mayor de 50 años, y el estudio clínico y radiológico de las mujeres con antecedentes familiares de cáncer. Incluye las competencias técnicas para

la sospecha clínica y la movilización de recursos humanos y materiales para la referencia. Estas últimas actividades se llevan a cabo en las unidades de primer nivel. En las unidades de segundo nivel se valoran más específicamente las referencias a los establecimientos de salud acreditados para el tratamiento. El PAE menciona una estructura que incluye unidades de detección exclusivas para el tamizaje, clínicas de patología mamaria para la evaluación de mujeres sospechosas de CaMa y centros de atención oncológica con clínicas especializadas en oncología mamaria.

| <b>Cuadro IV.2 Detección de CaMa</b>                                                                          | <b>Primer nivel</b> | <b>Segundo Nivel</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|
| Guías de detección clínica de CaMa                                                                            | X                   |                      |
| Formatos de referencia de pacientes sospechosas de CaMa, para mastografía y estudios complementarios          | X                   |                      |
| Lugar a donde refieren los casos en los que se sospecha CaMa                                                  | X                   |                      |
| Acciones que se realizan en casos de sospecha de CaMa                                                         | X                   |                      |
| Criterio clínico que haría sospechar que una mujer puede tener CaMa                                           | X                   |                      |
| Nombre y localización de la clínica o el servicio de patología mamaria                                        | X                   |                      |
| Mecanismos de referencia y contrarreferencia para casos de sospecha de CaMa                                   | X                   |                      |
| Unidades móviles acreditadas y que garanticen los mínimos de calidad en mastografías                          | X                   |                      |
| Mujeres a quienes se recomienda la autoexploración mamaria y frecuencia                                       | X                   |                      |
| Mujeres a quienes se realiza exploración clínica de las mamas y con qué periodicidad                          | X                   |                      |
| Factores de riesgo que son considerados para CaMa                                                             | X                   |                      |
| Criterios que se consideran para enviar a una mujer a la unidad de detección de CaMa o a ginecobstetricia     | X                   |                      |
| Periodicidad de envío de mujeres detectadas con CaMa                                                          | X                   |                      |
| Tiempo en que se establece el manejo y tratamiento en segundo nivel en mujeres referidas con sospecha de CaMa | X                   |                      |
| Manual o documento escrito para hacer promoción extramuros de los servicios de detección de CaMa              | X                   |                      |
| Personal de enfermería entrenado para consejería preventiva sobre CaMa                                        |                     | X                    |
| Conducta a seguir en sospecha de una mujer con CaMa                                                           |                     | X                    |
| Establecimiento de referencia para esta clínica, para casos de sospecha de CaMa                               |                     | X                    |
| Acreditación para detección de CaMa                                                                           |                     | X                    |

|                                                                              |    |   |
|------------------------------------------------------------------------------|----|---|
| Horarios de la unidad de detección de CaMa (matutino y vespertino)           |    | X |
| Costo de las mastografías                                                    |    | X |
| Manual para hacer promoción extramuros de los servicios de detección de CaMa |    | X |
| Número total de intervenciones                                               | 15 | 7 |

**3. Diagnóstico de CaMa.** En etapas tempranas de la enfermedad permite acometer las actividades terapéuticas cuando todavía las tumoraciones están bien localizadas y no existen metástasis, de modo que es posible realizar el tratamiento más conservador que permita preservar la vida de la paciente. El PAE presenta como meta para 2010: efectuar diagnóstico de certeza en 95% de las mujeres sospechosas por exploración clínica anormal, mastografía o ultrasonido (PAE, 2008: 30), por lo que este paquete diagnóstico está constituido por todas aquellas intervenciones encaminadas al cumplimiento de esta meta (Cuadro IV.3). Con posterioridad a la sospecha diagnóstica, se precisa de su confirmación a través de estudios de la imagen y la biopsia. En este paquete de intervención se aprecia la presencia específica de mastógrafos, reveladoras, ultrasonidos y tomógrafos; incluye las competencias técnicas para la sospecha clínica y la movilización de recursos humanos y materiales para la referencia y evaluación por mastografía y el diagnóstico por anatomía patológica e inmunohistoquímica. Estas actividades se llevan a cabo en unidades y clínicas de patología mamaria en segundo y tercer niveles de atención. De este modo, es fundamental contar con mecanismos de referencia oportuna que garanticen el acceso de la población a estos niveles de atención.

| <b>Cuadro IV.3 Diagnóstico de CaMa</b>                                       | <b>Primer nivel</b> | <b>Segundo nivel</b> |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|
| Identificación de nombre y lugar de clínica de patología mamaria             |                     | X                    |
| Mecanismos de referencia y contrarreferencia para casos de sospecha de CaMa  |                     | X                    |
| Manual o guía de control de calidad de mastografía                           |                     | X                    |
| Mastógrafo                                                                   |                     | X                    |
| Reveladoras                                                                  |                     | X                    |
| Computadora para el mastógrafo                                               |                     | X                    |
| Ultrasonido con transductor lineal de 7.5 a 12 Mhz                           |                     | X                    |
| Radiólogos capacitados que interpreten resultados de estudios de mastografía |                     | X                    |
| Tomógrafo                                                                    |                     | X                    |
| Número total de intervenciones                                               | 0                   | 9                    |

**4. Tratamiento de CaMa.** Finalmente, el paquete terapéutico también debe considerarse como una intervención prioritaria toda vez que es un imperativo de los servicios de salud brindar la atención necesaria y de excelencia para restablecer la salud

de las pacientes (Cuadro IV.4). Al mismo tiempo, en los casos de enfermedad terminal resulta imperioso encaminar las acciones terapéuticas hacia el alivio del dolor físico, la atención del sufrimiento psicológico y espiritual, y la asistencia para el bien morir. Las intervenciones necesarias para el tratamiento de las neoplasias en hospitales de tercer nivel incluyen el tratamiento médico y psicológico para la paciente y su familia; comprende el tratamiento quirúrgico (de resección y reconstrucción), radio y quimioterapia, así como el tratamiento paliativo y tanatológico para pacientes terminales. Dado el escaso número de hospitales de cancerología existentes en el país, la muestra en el tercer nivel fue muy pequeña ya que se partió de elegir establecimientos de primer nivel y segundo nivel sin diferenciación tipológica al interior de estas categorías. Las dos unidades de tercer nivel que cayeron en la muestra pertenecen a los SESA y muestran ciertas variaciones y deficiencias en infraestructura y equipamiento.

En las páginas siguientes encontraremos diferencias por nivel en cada institución, no sólo porque en este Programa están muy definidas las funciones que deben realizarse en cada nivel de atención, sino también por las diferentes formaciones y capacitaciones técnicas que el personal sanitario recibe. En primer nivel veremos los subíndices surgidos en las fases de detección y prevención. Para el nivel hospitalario serán estos mismos más los subíndices de diagnóstico y de tratamiento.

| <b>Cuadro IV.4 Tratamiento CaMa</b>                                                                         | <b>Primer nivel</b> | <b>Segundo nivel</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|
| Tramadol                                                                                                    |                     | X                    |
| Morfina                                                                                                     |                     | X                    |
| Fentanilo                                                                                                   |                     | X                    |
| Metotrexate                                                                                                 |                     | X                    |
| Fondo de protección <i>versus</i> gastos catastróficos a potenciales usuarias de tratamiento de CaCu y CaMa |                     | X                    |
| Última actualización sobre CaMa                                                                             |                     | X                    |
| Actualizaciones y capacitación en los últimos 12 meses en manejo y referencia de tumores mamarios           |                     | X                    |
| Requiere capacitación o actualización                                                                       |                     | X                    |
| Número total de intervenciones                                                                              | 0                   | 8                    |

### ***Dimensiones de la producción del servicio***

Por otro lado, se analizaron las dimensiones de la producción del servicio para encontrar si existen variaciones por tipo de población, nivel de atención e institución en las dimensiones administrativa o de organización del servicio, en la prestación del servicio y en la accesibilidad y continuidad del servicio. Para estimar la capacidad administrativa o de organización del servicio se analizó la existencia del equipamiento, materiales e insumos necesarios para el correcto funcionamiento del programa de CaMa. La prestación de servicios se construyó valorando los conocimientos que el personal sanitario tiene sobre algunas de las intervenciones más significativas para el CaMa. Se

añade el acceso a las normas, programas y lineamientos que guían su práctica y las oportunidades de capacitación y actualización sobre temas relevantes a este Programa. Finalmente se evalúa la accesibilidad y continuidad en el servicio a través de la detección de habilidades para la referencia o derivación desde el primer nivel a las unidades de mayor especialización. Estos resultados se adjuntan al final del apartado de resultados del monitoreo al considerar que estos datos son más globales y nos facilitan una visión conjunta que anteriormente se ha ido describiendo en sus aspectos más concretos, a través de los paquetes de intervención propiamente dichos: prevención, detección, diagnóstico y tratamiento.

## **Resultados del monitoreo**

Durante el trabajo de campo se apreció que en las regiones donde hay una mayor prevalencia de esta enfermedad (México, D.F., Jalisco, Baja California o Chihuahua) se percibía un mayor interés médico -en todas las instituciones y en todos los niveles- para la detección del CaMa, valorándose en estos casos el aumento en este rubro como un éxito del programa. Asimismo, se percibió una menor atención a este carcinoma en las entidades federativas que presentan menor mortalidad por CaMa, incluso en alguna unidad de cancerología llegaron a valorar como éxito del programa “un ligero descenso en la detección anual” de casos. Igualmente, se pudo observar que el poder sobre el cuerpo de las mujeres de la religión católica provoca en algunos estados una disminución de las palpaciones clínicas o de los autoexámenes mamarios según explicaron varios médicos/as durante el trabajo de campo. Además, la violencia imperante en el país derivada del narcotráfico conllevaba una mayor escasez de médicos y enfermeras en determinadas ciudades. Esta carencia puede suponer una disminución en la producción de servicios en algunas instituciones.<sup>138</sup>

### ***1.- Prevención***

#### ***Primer nivel***

A continuación nos referiremos a los paquetes sustantivos descritos anteriormente en la metodología. Remitiéndonos a los actores sanitarios podemos observar que sus funciones están delimitadas a las diferentes fases que el PAE CaMa indica: prevención, detección, diagnóstico y tratamiento. Este Programa, como se ha dicho, es el programa rector de la SSA, cuyos lineamientos deben seguir todas las instituciones y que, por lo tanto, debería estar disponible en las unidades de atención. Sin embargo, entre las de primer nivel sólo 42.6% cuenta con él. Observamos que en los SESA existe en 42.4% de sus establecimientos, en el ISSSTE en 30%, en el IMSS en 53.2% y en el IMSS-O en 40%. A su vez, existe la norma oficial NOM-041-SSA2-2002 para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del CaMa, la cual es de observancia obligatoria y está disponible en 65.9% de las unidades de primer nivel; por institución, en 74.1% en los SESA, en 42.5% de las del ISSSTE, en 37.4% de las del IMSS y en 16.5% de las del IMSS-O. Estos datos muestran un seguimiento a la normatividad nacional bastante restringido en las instituciones de salud, por lo que los criterios que marca y que deberían seguirse no siempre se cumplen. El bajo número de centros que tienen disponible el programa indica el escaso peso como ente rector de la

---

<sup>138</sup> La mayor ausencia de personal lo planteaban los directores de hospitales de los SESA.

SSA pero, a la vez, el que los establecimientos sanitarios que le corresponden tampoco lo tengan da una idea de la escasa importancia que se da a este Programa.

Con respecto a la prevención, no hay en la actualidad estudios que demuestren la existencia de factores específicos causantes de las neoplasias en las mamas, factores que sí se han podido demostrar en otros tipos de cáncer. Sin embargo, se ha descrito en la literatura médica toda una serie de factores coadyuvantes que pueden favorecer su aparición. Entre estos factores podemos mencionar algunos imposibles de modificar, como los antecedentes personales de procesos benignos proliferativos, la edad temprana de la menarquía, la edad tardía de la menopausia o los antecedentes genéticos y familiares. En otros casos intervienen las características personales, ideológicas o sociales de las mujeres, derivadas de los logros obtenidos por éstas en las últimas décadas y que son difícilmente cuantificables, tales como la disminución en el número de hijos o la edad más tardía en que muchas mujeres deciden tenerlos y su posible relación con la incorporación al mercado laboral. Pero existe una serie de factores frente a los cuales la prevención puede jugar un papel relevante, toda vez que estos son señalados como responsables del aumento de casos de CaMa en los últimos años. Diferentes estudios efectuados sobre población migrante están demostrando que la carga genética tiene menor importancia que los factores sociales. Las transformaciones en los estilos de vida de la población, debidos en gran medida a la influencia de los medios de comunicación, a la emigración, etc., están provocando -entre otros efectos- una disminución de la actividad física y cambios alimentarios (Romieu y Lajous, 2009). Por ejemplo, las comidas rápidas o prefabricadas, junto con un aumento del consumo de grasas y productos lácteos y una disminución en el consumo de vegetales y frutas, inducen a aumentos de los índices de grasa corporal e incluso a alarmantes obesidades. La disminución del tiempo de lactancia es otro factor que se menciona como responsable de este aumento de casos, lo cual tiene que ver no sólo con las modas sino que también presenta una relación directa con los derechos laborales de las mujeres, con el trabajo formal e informal y con las bajas por maternidad. Por otra parte, está en discusión la relación entre la disminución en el uso de la terapia hormonal sustitutiva (THS) con una menor detección del CaMa invasivo y del carcinoma ductal *in situ* (Ghada , 2010; Neutel, 2010). La THS durante la menopausia lleva años en el centro de la polémica puesto que se considera una medicación que sólo favorece a los laboratorios farmacéuticos, por lo que su uso ha ido decayendo en los últimos años en Estados Unidos y en algunos países europeos. Por el contrario, en algunos hospitales del ISSSTE se observó que están sustituyendo los servicios de planificación familiar por consultorios donde se realiza Papanicolaou y se entrega THS. Otros factores que se han considerado como favorecedores del aumento de neoplasias mamarias son el estrés y el trabajo nocturno (Hansen, 2010). Sin embargo, aún faltan datos que relacionen con más precisión los factores etiológicos con el incremento del riesgo en países en desarrollo.

En general, las actividades de detección temprana del CaMa se encuentran en manos de enfermeras y de trabajadoras sociales a través de los programas de promoción de la salud que tienen a su cargo. Sin embargo, las entrevistas realizadas durante el monitoreo no mostraron una “promoción constante de medidas preventivas específicas” para este Programa, salvo las adoptadas durante campañas de promoción especiales o durante la semana nacional dedicada al tema. Si bien es de consenso común (derivado de la ausencia de evidencia científica disponible hasta el momento) que para esta patología no existen medidas preventivas específicas y que la mortalidad que provoca sólo disminuye con la detección temprana, en general no se repara en las ventajas que para las mujeres puede tener el aumento de la lactancia, ni en el hecho de que la

obesidad no sólo provoca enfermedades cardiovasculares o diabetes, sino que también predispone a la aparición de CaMa, ni en que la actividad física moderada reduce el riesgo de padecer CaMa entre las mujeres postmenopáusicas (Ortiz-Rodríguez, 2008).

Los resultados indican que sólo 16.4% de las instituciones sanitarias tienen materiales de difusión disponibles y satisfactorios, con información para las usuarias acerca de medidas preventivas. En 79.5% de los centros de consulta se encontró disponible material de apoyo para pláticas sobre medidas preventivas y 53.6% contaban con manuales de prevención. Es de destacar que en los tres rubros referidos a la prevención, el ISSSTE presentó los resultados más bajos (17.1, 36.4 y 37.9%, respectivamente). Es en los centros de consulta dirigidos a población SP/abierta (SESA e IMSS-O) donde se observa una mayor promoción en salud con 85.1%, frente a 47.9% en los centros para aseguradas.

### ***Segundo Nivel***

La prevención se realiza tanto en primer nivel como en hospital, a excepción del IMSS que no realiza actividades de prevención en segundo nivel. Guías sobre medidas preventivas para promoción extramuros las posee 57.7% de las unidades de segundo nivel; 51% de los de población SP/abierta y 57% de los de aseguradas; manuales para charlas de prevención del CaMa están en 73% de los ISSSTE y en 49% de los de no aseguradas. Podemos observar que la mayor promoción de medidas preventivas corresponde a las instituciones para población asegurada y que la promoción para detección es mayor para población SP/abierta, contrariamente a lo que corresponde a los centros de primer nivel. Sólo 9.5% de las unidades de segundo nivel muestra en sus salas de espera materiales de difusión sobre la prevención del CaMa.

La normatividad está disponible y accesible en 63.7% de las unidades de segundo nivel. Por instituciones, la encontramos en 70.5% de los de los SESA, en 35% de los del ISSSTE, y en 55.5% de los del IMSS-O.



**Cuadro IV.5 Índices de los paquetes de CaMa por programa y dimensiones de la producción del servicio**

| Paquetes de intervención CaMa                                                                                                                                                                              | Primer nivel                                        |              |                               |          |                        |            | Segundo nivel                                      |              |                               |          |                        |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------|-------------------------------|----------|------------------------|------------|----------------------------------------------------|--------------|-------------------------------|----------|------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                                                            | Estimación                                          | Error típico | Intervalo de confianza al 95% |          | Tamaño de la población | N muestral | Estimación                                         | Error típico | Intervalo de confianza al 95% |          | Tamaño de la población | N muestral |
|                                                                                                                                                                                                            |                                                     |              | Inferior                      | Superior |                        |            |                                                    |              | Inferior                      | Superior |                        |            |
| Prevención                                                                                                                                                                                                 | .57                                                 | .04          | .50                           | .65      | 14173.83               | 118        | .45                                                | .05          | .35                           | .55      | 1255.23                | 83         |
| Detección                                                                                                                                                                                                  | .62                                                 | .03          | .56                           | .68      | 14173.83               | 118        | .68                                                | .04          | .60                           | .76      | 1214.91                | 79         |
| Diagnóstico                                                                                                                                                                                                | .                                                   | .            | .                             | .        | .                      | 0          | .77*                                               | .05          | .66                           | .88      | 1224.50                | 80         |
| Tratamiento                                                                                                                                                                                                | .                                                   | .            | .                             | .        | .                      | 0          | .52                                                | .04          | .44                           | .59      | 1224.50                | 80         |
| CaMa global                                                                                                                                                                                                | .61                                                 | .03          | .55                           | .66      | 14173.83               | 118        | .55                                                | .03          | .50                           | .61      | 1229.73                | 81         |
| <b>Dimensiones de la producción del servicio</b>                                                                                                                                                           |                                                     |              |                               |          |                        |            |                                                    |              |                               |          |                        |            |
| Administrativa o de organización del servicio                                                                                                                                                              | .61                                                 | .05          | .51                           | .70      | 14173.83               | 118        | .45                                                | .04          | .36                           | .53      | 1250.00                | 82         |
| Prestación del servicio                                                                                                                                                                                    | .55                                                 | .04          | .47                           | .64      | 14173.83               | 118        | .61                                                | .02          | .56                           | .66      | 1250.00                | 82         |
| Accesibilidad y continuidad en el servicio                                                                                                                                                                 | .67                                                 | .03          | .61                           | .73      | 14173.83               | 118        | .58                                                | .02          | .53                           | .63      | 1255.23                | 83         |
|                                                                                                                                                                                                            | <b>Atiende a población SP/abierta (SESA/IMSS-O)</b> |              |                               |          |                        |            | <b>Atiende a población asegurada (IMSS/ISSSTE)</b> |              |                               |          |                        |            |
| Prevención                                                                                                                                                                                                 | .59                                                 | .04          | .50                           | .67      | 13058.37               | 102        | .44                                                | .04          | .36                           | .52      | 237.69                 | 99         |
| Detección                                                                                                                                                                                                  | .63                                                 | .03          | .57                           | .69      | 13023.28               | 99         | .62                                                | .02          | .59                           | .65      | 2365.46                | 98         |
| Diagnóstico                                                                                                                                                                                                | .75*                                                | .08          | .59                           | .91      | 793.48                 | 38         | .81*                                               | .05          | .70                           | .91      | 431.02                 | 42         |
| Tratamiento                                                                                                                                                                                                | .49                                                 | .04          | .40                           | .57      | 818.99                 | 40         | .59                                                | .05          | .50                           | .68      | 431.02                 | 42         |
| CaMa global                                                                                                                                                                                                | .61                                                 | .03          | .55                           | .67      | 13058.37               | 102        | .57                                                | .02          | .53                           | .60      | 2307.69                | 99         |
| <b>Dimensiones de la producción del servicio</b>                                                                                                                                                           |                                                     |              |                               |          |                        |            |                                                    |              |                               |          |                        |            |
| Administrativa o de organización del servicio                                                                                                                                                              | .56*                                                | .05          | .45                           | .66      | 13058.37               | 102        | .78                                                | .04          | .69                           | .87      | 2365.46                | 98         |
| Prestación del servicio                                                                                                                                                                                    | .56                                                 | .05          | .47                           | .66      | 13058.37               | 102        | .53                                                | .02          | .48                           | .58      | 2365.46                | 98         |
| Accesibilidad y continuidad en el servicio                                                                                                                                                                 | .68                                                 | .03          | .61                           | .74      | 13058.37               | 102        | .61                                                | .02          | .56                           | .66      | 2370.69                | 99         |
| Se señalaron con un asterisco (*) aquellos tabulados que presentan un error típico de más de .050, los resultados de estos paquetes de intervención no se incluirán en la descripción, ni en los gráficos. |                                                     |              |                               |          |                        |            |                                                    |              |                               |          |                        |            |

Continuación

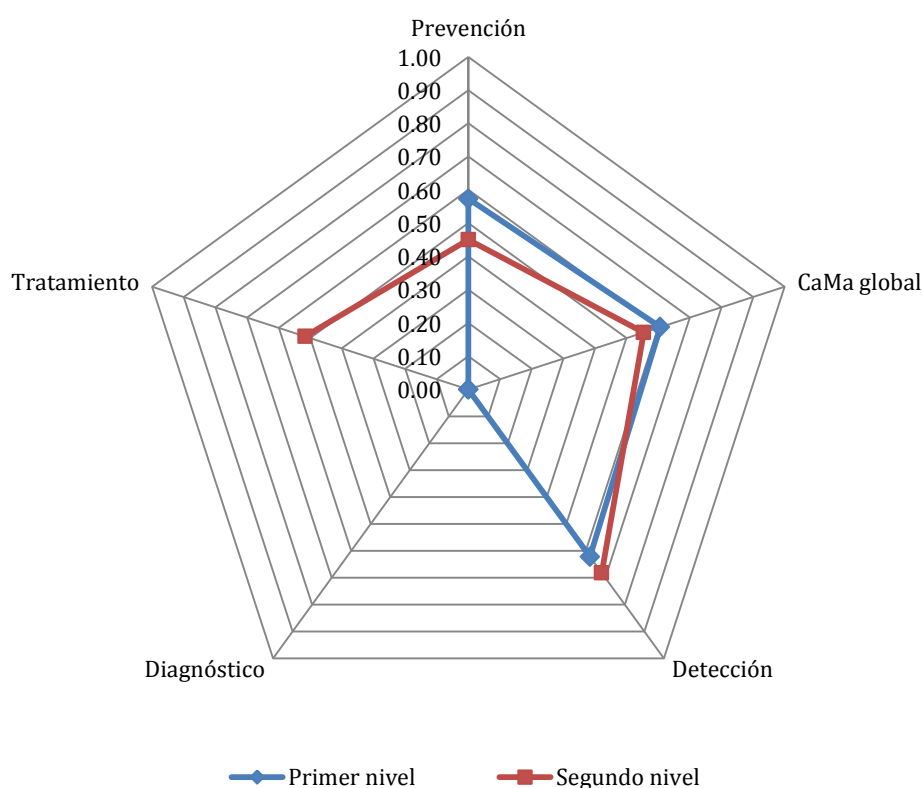
| Paquetes de intervención<br>CaMa                                                                                                                                                                           | Institución SESA        |              |                               |          |                        |            | Institución ISSSTE        |              |                               |          |                        |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------|-------------------------------|----------|------------------------|------------|---------------------------|--------------|-------------------------------|----------|------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                                                            | Estimación              | Error típico | Intervalo de confianza al 95% |          | Tamaño de la población | N muestral | Estimación                | Error típico | Intervalo de confianza al 95% |          | Tamaño de la población | N muestral |
|                                                                                                                                                                                                            |                         |              | Inferior                      | Superior |                        |            |                           |              | Inferior                      | Superior |                        |            |
| Prevención                                                                                                                                                                                                 | .60                     | .04          | .51                           | .68      | 12101.66               | 83         | <b>.36*</b>               | .06          | .24                           | .48      | 639.33                 | 40         |
| Detección                                                                                                                                                                                                  | .63                     | .03          | .56                           | .69      | 12066.57               | 80         | .59                       | .03          | .52                           | .66      | 639.33                 | 40         |
| Diagnóstico                                                                                                                                                                                                | <b>.73*</b>             | .07          | .59                           | .88      | 516.73                 | 32         | .84                       | .03          | .77                           | .91      | 113.03                 | 19         |
| Tratamiento                                                                                                                                                                                                | .52                     | .05          | .42                           | .61      | 542.23                 | 34         | <b>.66*</b>               | .06          | .55                           | .78      | 113.03                 | 19         |
| CaMa global                                                                                                                                                                                                | .62                     | .03          | .55                           | .68      | 12101.66               | 83         | .53                       | .04          | .46                           | .60      | 639.33                 | 40         |
| <b>Dimensiones de la producción del servicio</b>                                                                                                                                                           |                         |              |                               |          |                        |            |                           |              |                               |          |                        |            |
| Administrativa o de organización del servicio                                                                                                                                                              | <b>.57*</b>             | .06          | .46                           | .69      | 12101.66               | 83         | <b>.59*</b>               | .12          | .35                           | .82      | 639.33                 | 40         |
| Prestación del servicio                                                                                                                                                                                    | <b>.57*</b>             | .05          | .46                           | .67      | 12101.66               | 83         | .49                       | .04          | .41                           | .57      | 639.33                 | 40         |
| Accesibilidad y continuidad en el servicio                                                                                                                                                                 | .68                     | .03          | .61                           | .74      | 12101.66               | 83         | .57                       | .04          | .49                           | .65      | 639.33                 | 40         |
|                                                                                                                                                                                                            | <b>Institución IMSS</b> |              |                               |          |                        |            | <b>Institución IMSS-O</b> |              |                               |          |                        |            |
| Prevención                                                                                                                                                                                                 | .47                     | .05          | .37                           | .56      | 1731.35                | 59         | <b>.45*</b>               | .08          | .28                           | .61      | 956.71                 | 19         |
| Detección                                                                                                                                                                                                  | .63                     | .02          | .59                           | .67      | 1726.12                | 58         | .65                       | .03          | .58                           | .72      | 956.71                 | 19         |
| Diagnóstico                                                                                                                                                                                                | <b>.80*</b>             | .07          | .66                           | .93      | 317.98                 | 23         | <b>.77*</b>               | .20          | .36                           | 1.18     | 276.75                 | 6          |
| Tratamiento                                                                                                                                                                                                | <b>.56*</b>             | .05          | .46                           | .66      | 317.98                 | 23         | <b>.42*</b>               | .07          | .29                           | .56      | 276.75                 | 6          |
| CaMa global                                                                                                                                                                                                | .58                     | .02          | .53                           | .62      | 1731.35                | 59         | .52                       | .05          | .43                           | .62      | 956.71                 | 19         |
| <b>Dimensiones de la producción del servicio</b>                                                                                                                                                           |                         |              |                               |          |                        |            |                           |              |                               |          |                        |            |
| Administrativa o de organización del servicio                                                                                                                                                              | .85                     | .05          | .75                           | .95      | 1726.12                | 58         | <b>.38*</b>               | .12          | .14                           | .62      | 956.71                 | 19         |
| Prestación del servicio                                                                                                                                                                                    | .55                     | .03          | .49                           | .61      | 1726.12                | 58         | .53                       | .05          | .44                           | .62      | 956.71                 | 19         |
| Accesibilidad y continuidad en el servicio                                                                                                                                                                 | .62                     | .03          | .57                           | .68      | 1731.35                | 59         | .65                       | .04          | .57                           | .73      | 956.71                 | 19         |
| Se señalaron con un asterisco (*) aquellos tabulados que presentan un error típico de más de .050, los resultados de estos paquetes de intervención no se incluirán en la descripción, ni en los gráficos. |                         |              |                               |          |                        |            |                           |              |                               |          |                        |            |

### *Índices del paquete de intervención Prevención del CaMa*

Con respecto a este paquete de intervención, y comparando los subíndices observamos que el desempeño fue de bajo a mediano en todas las instituciones. Se percibe que requieren atención urgente la presencia (en este caso por ausencia) de materiales de difusión tanto en primer nivel como en segundo nivel: .21 y .12, respectivamente.

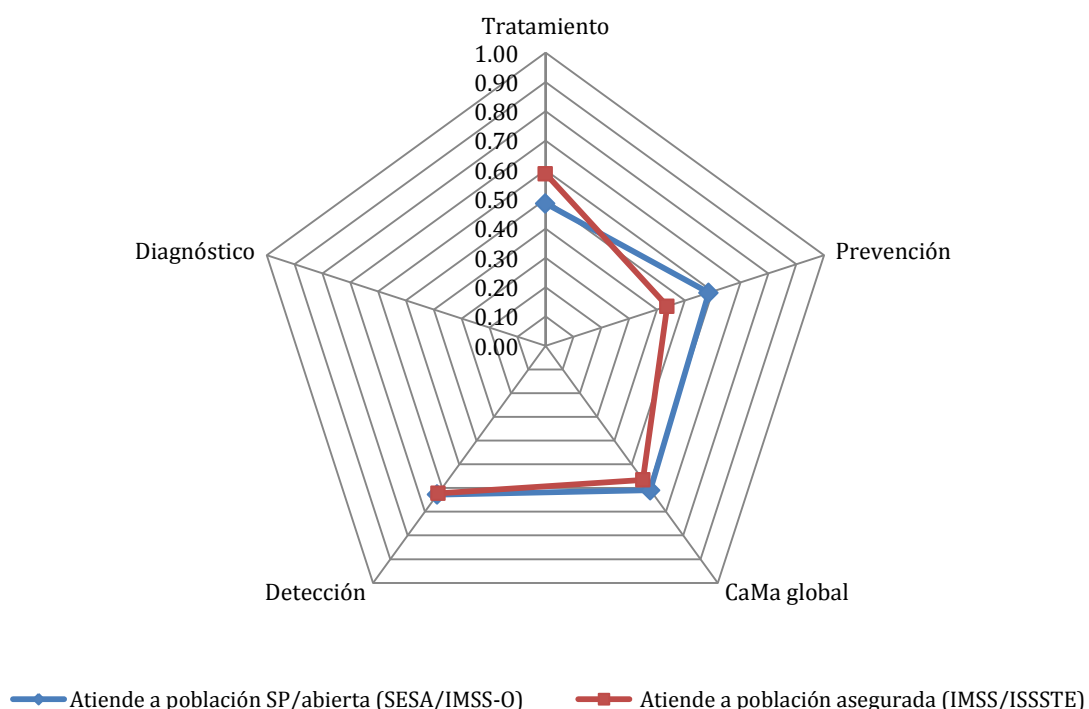
También requiere atención urgente por la ausencia de material de apoyo sobre medidas preventivas el ISSSTE con un subíndice de .36, por la no presencia del PAE con .30 y por la ausencia de manual de prevención con un subíndice de .38.

**Gráfica IV.1 Desempeño de los paquetes de intervención del Programa CaMa, por nivel de atención**



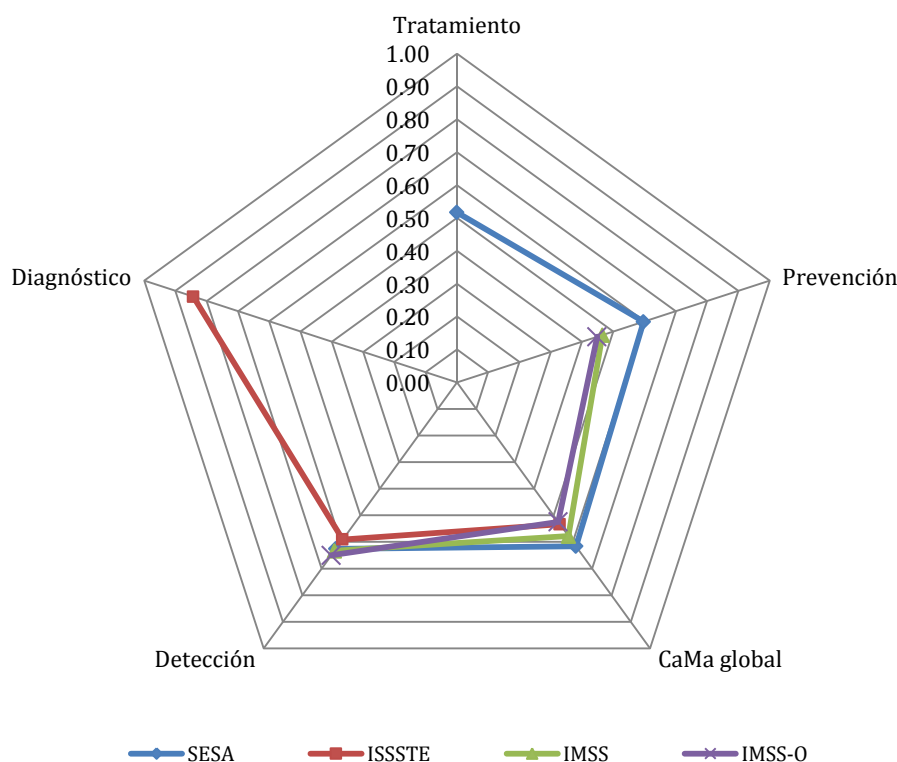
El IMSS-O muestra que requiere atención urgente en primer nivel la no presencia de la norma con .18 y segundo nivel la ausencia de cartas de apoyo para pláticas (.24) y manuales de prevención (.34).

**Gráfica IV.2 Desempeño de los paquetes de intervención del programa CaMa, por tipo de población a la que se atiende**



Los resultados generales muestran un índice en primer nivel de .57. De acuerdo con la población que se atiende, para la denominada SP/abierta se obtuvo un índice de .59 *versus* .44 para población asegurada, teniendo una diferencia significativa\*\*\* entre ellas. Por tipo de institución, en los SESA fue la única en la que se obtuvo una estimación de acuerdo a la precisión definida en el monitoreo, con .59, de desempeño mediano (Cuadro IV.5). Los subíndices pueden ser consultados en el Anexo IV.1.1 y las pruebas de significancia en el Anexo IV.2.

**Gráfica IV.3 Desempeño de los paquetes de intervención del programa CaMa, por tipo de institución**



Todo lo anterior nos indica que en materia preventiva está mejor el primer nivel de atención que las unidades de segundo nivel (Gráfica IV.1), la población SP/abierta recibe mayor información sobre prevención de CaMa que la población asegurada, pero que aun y así el desempeño es bajo (Gráfica IV.2). Aunque en general se puede decir que en todo el país deberían prestar una mayor atención al tema.

## 2. Detección

### Primer nivel

En el PAE se acepta que los recursos humanos y materiales necesarios para realizar el tamizaje mamario son insuficientes para dar respuesta a esta necesidad de salud. El PAE reconoce que actualmente existen lineamientos internacionales en los que se establece que para la detección y atención del CaMa debe existir una estructura que incluya unidades de detección exclusivas para el tamizaje con mastografía en las que no se mezcle la mastografía diagnóstica, las cuales requieren personal exclusivo, con una productividad anual por médico radiólogo de 6,000 mastografías interpretadas.<sup>139</sup> Se ha

<sup>139</sup> El PAE cita los requerimientos con que deben contar las unidades de detección de CaMa: Debe existir una unidad por cada 60 mil a 75 mil mujeres de 50 a 69 años de edad, con su propio techo presupuestal. En cada unidad se requiere de personal exclusivo que incluye seis radiólogos, ocho técnicos radiólogos, dos asistentes, un auxiliar administrativo y un jefe de la unidad. Debe haber tres mastógrafos por unidad de detección. Los mastógrafos podrán ser estáticos o móviles, dependiendo de la dispersión de la población que se cubre. La productividad anual por técnico radiólogo de ocho horas debe ser de 5,200

demostrado que una productividad menor identifica menos mujeres con resultado anormal, conduce a que se refieran más mujeres de manera innecesaria y el valor predictivo positivo es menor, pero el IMSS, en su Guía menciona que el radiólogo debe interpretar por lo menos 2,000 mastografías al año, e idealmente 5,000 para conservar su habilidad en la identificación y reconocimiento de imágenes anormales.

Materiales de difusión disponibles y satisfactorios con información sobre la detección de CaMa solamente se encuentran en 24.4% de los centros de consulta y cuentan con manuales para hacer promoción extramuros de los servicios de detección 59% de los mismos, aunque en las instituciones para población con seguridad social sólo disponen de este tipo de manuales 34.9%.

La promoción de la detección del CaMa es uno de los requerimientos establecidos por la SSA. Al tenor de los datos, vemos que ésta se realiza más frecuentemente que la promoción de las medidas de prevención, pero aun así la escasez de información dirigida a la población destinataria es notable puesto que no llegan a 60% los centros que realizan promoción de mastografías para detección. Por otro lado, estos datos de promoción podrían sugerir que en los establecimientos de las instituciones que atienden a población SP/abierta se realizan más mastografías puesto que las promueven más, pero si atendemos a las respuestas acerca de los criterios para tamizaje vemos que sólo 11.7% de los médicos de primer nivel deriva a todas las mujeres mayores de 50 años a hacerse mastografías de control. Las respuestas entre los que trabajan con población SP/abierta o con población asegurada fueron respectivamente de 9.5 y de 25.2%. Ello sugiere que el IMSS y el ISSSTE, a pesar de realizar una menor difusión del Programa, hacen una mayor labor de detección entre las mujeres de esas edades. Consideraron como criterio para la detección del CaMa a mujeres mayores de 40 años con factores de riesgo 23.8% de los médicos de consulta; por tipo de institución, este criterio prevalece en 12.9% de las de población asegurada y en 25.6% de las de población SP/abierta.

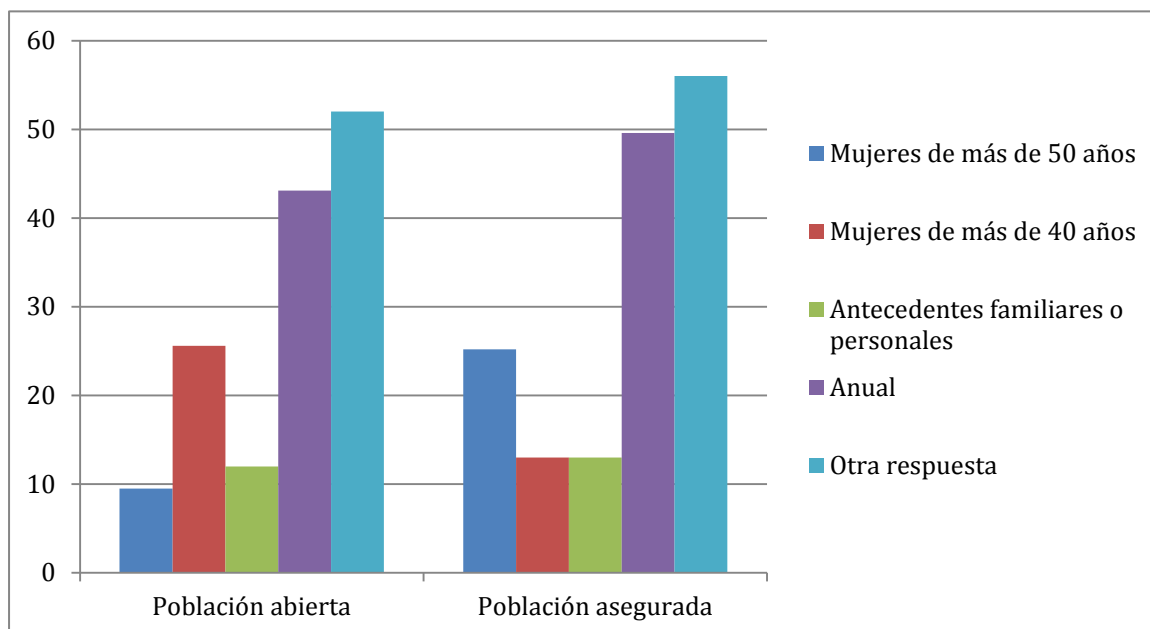
La mastografía de detección con periodicidad anual es mencionada en 38.2%<sup>140</sup> de los establecimientos. En la Gráfica IV.4 vemos que las instituciones de derechohabiente que la practicaban, la menciona 49.6%, frente a las instituciones de población SP/abierta que se refirieron a ella en 43.1%. En el apartado ‘otras respuestas’ del cuestionario fue donde surgió la cifra más elevada, con 53% de médicos/as que sólo solicitan las mastografías en caso de sospecha diagnóstica por la sintomatología, no así para detectar una posible tumoración en estadios tempranos.

---

y para turnos de seis horas, de 4,000 mastografías tomadas. La productividad anual del médico radiólogo debe ser de 6,000 mastografías leídas.

<sup>140</sup> Al preguntar sobre este punto a mujeres que se encontraban en un hospital de Tijuana, casi todas explicaron que se habían hecho una mastografía que salió bien, por lo que *no hacía falta repetirlas*.

**Gráfica IV.4 Mujeres a quienes realizan detecciones por mamografía según instituciones: IMSS/ISSSTE (seguridad sociales) y SESA/IMSS-O (población SP/abierta)**



En diferentes estados del país se encontraron mastógrafos sin utilizar o subutilizados (en la mayoría de los centros visitados el aparato sólo se usaba en un turno diario) debido, según explicaron, a la falta de personal calificado; esto se vio sobre todo en los SESA. Asimismo, se informó del escaso número de estudios realizados para detección, atribuyéndose con frecuencia este hecho a que las mujeres mayores de 50 años no llegaban a detectarse -asociándolo a las barreras culturales o de género a causa del machismo- o a que, debido a la sobrecarga laboral de los pocos radiólogos especializados, no se derivaba a las mujeres a hacerse la detección.

Al inicio del monitoreo se solicitaron los indicadores mencionados en el PAE. Del total de la información requerida, el IMSS informó sobre el número de mujeres asintomáticas de 50 a 69 años que se habían sometido a mastografía. Se observó que en 2005 la cobertura para el cribado fue de 1.45%, en 2007 ascendió a 12.27%, siendo en 2009 de 14.76% (la meta establecida en el PAE era de 14.4%). Las cifras aportadas por la SSA resultaron ser mucho más bajas: para 2009 era de 5.4% y por entidades se constató que el mayor número se realizó en Tabasco, seguido por Guanajuato, Baja California, Jalisco y el Distrito Federal. Las cifras de detecciones en Veracruz y Chiapas resultan prácticamente inexistentes si no fuera porque al compararlas con las de mortalidad se descubre que el mayor número de mujeres muertas por CaMa se encuentra en el Distrito Federal, seguido por el Estado de México, Jalisco y Veracruz. Por ello, podríamos decir que hay una manifiesta falta de interés en algunas entidades federativas del país por el número de mujeres muertas por esta causa y por la ausencia o limitada detección temprana que realizan.



En contraposición a estos indicadores, que como se ve no se ajustan a las metas programadas, en el apartado de anexos por indicadores del Informe Trimestral sobre la Situación Económica, las Finanzas Públicas y la Deuda Pública -de la Secretaría de Hacienda- de México aparece que se habían realizado hasta la fecha mastografías de detección<sup>141</sup> a 11.8% de las mujeres entre 50 y 69 años. En el indicador de cobertura de detección, relacionado con la productividad en el uso de los equipos de mastografía de los SESA, se reportaron siete mastografías por día siendo la meta anual establecida de ocho mastografías por día, lo que impide llegar a los parámetros de calidad que el propio programa especifica: seis mil mastografías anuales. En el apartado de causas se explica que durante el tercer trimestre aumentó la productividad esperada debido a un abasto oportuno de los insumos y a la instrucción dada a los responsables estatales de elevar la productividad de los equipos instalados para mejorar las coberturas. En trimestres anteriores especificaban que los mastógrafos habían incrementado su productividad dado que se reportaban tanto mastografías de detección como de diagnóstico.

Si se cruza imaginariamente este “baile de cifras”, podemos observar una cierta concordancia. Si bien las metas establecidas para la detección del CaMa son muy bajas, éstas todavía no se cumplen en todos los centros, aunque parece que el personal sanitario del nivel de consulta, el más próximo a las usuarias, no está recomendando su práctica. Dado el bajo nivel de difusión del programa de detección, son muy pocas las usuarias que conocen y pueden reclamar este derecho.

El primer paso en la red de derivación es la detección, que puede proceder de la palpación de un nódulo. Por ello se recomienda como medida primera y necesaria para la disminución de la mortalidad la autoexploración mamaria y la palpación clínica de los pechos. La observación y la palpación de las mamas es una medida recomendada para la detección precoz en muchos países (Anderson, 2005) y destaca como la única medida de detección en los países e instituciones que menos recursos económicos destinan a este Programa. La exploración física de la mama permite una detección de hasta 50%, con un valor predictivo de 73% y negativo de 87% (Brandan y Villaseñor, 2006). Evidencias indirectas apoyan la eficacia de la palpación clínica en el cribado, pero este examen por sí solo no descarta el diagnóstico de la enfermedad; sólo la alta especificidad y la identificación de ciertas condiciones anormales aumentan la probabilidad de detectar el CaMa (Barton, Harris y Fletcher, 1999). La palpación tampoco detecta las lesiones tempranas que sólo pueden verse en mastografías. La autoexploración puede ser considerada un instrumento de conocimiento del cuerpo y de la salud, además de crear una mayor conciencia de los síntomas mamarios (Anderson,

---

<sup>141</sup> La página informa como causas: En el tercer trimestre de 2010, cinco de las entidades con el mayor número de mastografías como meta son las de menor productividad, con un logro de meta menor de 10%: Chiapas 1.4%, Veracruz 2.1%, Puebla 4.2%, Edo. de México 5.1%, Guerrero 12.1% y San Luis Potosí 12.5%. Estos estados carecen de la infraestructura para alcanzar su meta, por lo que requieren de estrategias de subrogación de servicios (se está en espera de la liberación de los recursos). Idéntica explicación se daba en el primer y segundo informes trimestrales. En este tercer informe se añadía: El resto de las entidades enfrenta problemas para la compra de insumos y las acciones de promoción; debido al retardo en la transferencia del presupuesto la mayor parte de las acciones de detección se realizan a partir del segundo semestre. Otros motivos: Algunos estados enfrentan problemas para el desarrollo del programa como el caso de Nuevo León, que perdió una unidad móvil por las lluvias en el mes de julio, Querétaro cuyo mastógrafo se perdió en la inundación de San Juan del Río y los estados de Veracruz, Tabasco, Chiapas y Oaxaca que con los eventos recientes de contingencia limitan la realización de acciones de detección oportuna.

2007), pero a pesar de su frecuente recomendación no se ha encontrado en la bibliografía especializada ningún estudio que indique su efectividad para disminuir la mortalidad, aunque sí aparece descrito que puede ser útil cuando hay una exploración mamaria bien realizada, ya que la tasa de biopsias con patología benigna es significativa (Hackshaw, 2003). La normatividad oficial establece un examen clínico anual realizado por personal capacitado para todas las mujeres de 26 y más años que visitan un centro de salud. El PAE cita textualmente:

...los estudios sobre la autoexploración y la exploración clínica de mama y su impacto en la mortalidad no han mostrado evidencias consistentes, por lo que la OMS no la recomienda como una intervención de tamizaje, pero sí de diagnóstico temprano, por lo que se deben instrumentar programas de educación (...) enfatizando que únicamente la mastografía reduce las tasas de mortalidad por este tumor. (Pág 13)

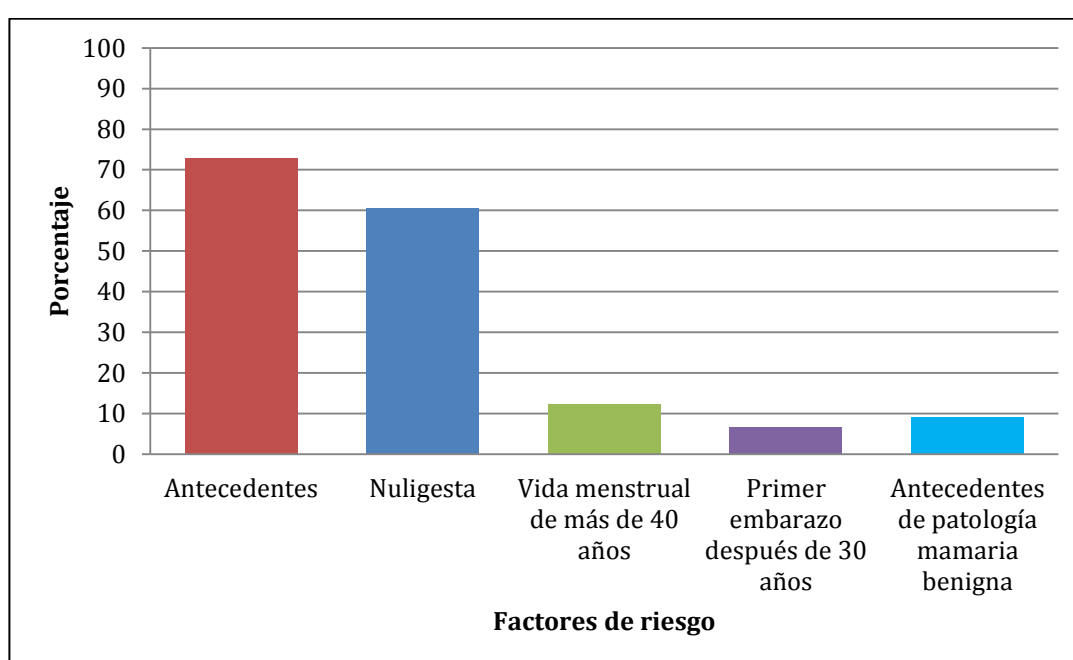
El personal de enfermería es responsable de enseñar a las mujeres cómo explorarse. Para ello se han editado dípticos o trípticos informativos sobre cómo realizar la autoexploración. El programa de CaMa se encuentra dentro de los programas de promoción de la salud que tienen PREVENIMSS y PREVENISSSTE (programas de prevención instituidos y dirigidos a toda su población asegurada por el IMSS y/o el ISSSTE, según el caso). El programa del IMSS-O especifica que las parteras voluntarias rurales son las responsables de realizarlas. Según explicaron, enfermería realiza promoción en las salas de espera o extramuros, pero el éxito o fracaso de esta labor depende de su motivación personal. De todos modos, aunque las mujeres no se realicen autoexploraciones mamarias sistemáticamente, en la mayoría de los casos diagnosticados son ellas quienes se autodetectan por azar y, por desgracia, no en etapas tempranas.

Se encontró que en 57.7% de las unidades de primer nivel de atención se recomienda la autoexploración mamaria una vez al mes a todas las mujeres. Por instituciones, en los SESA se recomienda en 61.6%, en el ISSSTE en 53.5%, en el IMSS en 43.1% y en el IMSS-O en 28.8%. Sin embargo, tan sólo en 46.7% de las unidades de consulta se afirma que practican la palpación clínica de las mamas recomendada en la normatividad e inscrita en las cartillas de prevención de salud. Únicamente en algunos centros sanitarios de consulta la realiza una enfermera durante la toma del Papanicolaou. En algunas unidades de consulta decían practicarla cuando la mujer lo demandaba por presentar alguna sintomatología o molestias en el pecho, aunque lo más frecuente era realizarla durante las campañas institucionales de detección.

En general, en todas las instituciones que la practican, una vez que la enfermera realiza la palpación (como se indicó, la exploración apenas la practican los médicos), si ésta resulta sospechosa se deriva a la paciente en primer término al médico familiar quien, tras realizar la anamnesis, vuelve a explorar clínicamente a la paciente y decide la conducta a seguir en función de los resultados. Existe una serie de factores de riesgo que pueden incrementar la sospecha diagnóstica, como los antecedentes familiares o personales de CaMa, antecedentes personales de patología mamaria benigna, obesidad, nuliparidad, haber tenido el primer embarazo a término después de los 30 años o una vida menstrual de más de 40 años. Sin embargo, los factores de riesgo que se han vinculado con esta enfermedad no explican más allá de 30% de los casos (Torres-Mejía y Ángeles-Llenera, 2009).

Se solicitó que los encuestados mencionaran los factores de riesgo que conocieran. Las respuestas se observan en la Gráfica IV.5. Los antecedentes familiares o personales de CaMa son los más recordados, con 71.9% de respuestas, destacando el ISSSTE con 50% y el IMSS con 85.3%. La ausencia de embarazos como uno de los principales factores de riesgo sólo lo reconoce 60.5% de los médicos y la obesidad es referida por 27%. Los restantes factores no los menciona casi 90% de los entrevistados. Cabe destacar que en el apartado ‘otras respuestas’ (58%) se mencionó con más frecuencia a los anticonceptivos, traumatismos en la mama, edad, tabaquismo y un inicio temprano de la vida sexual activa.

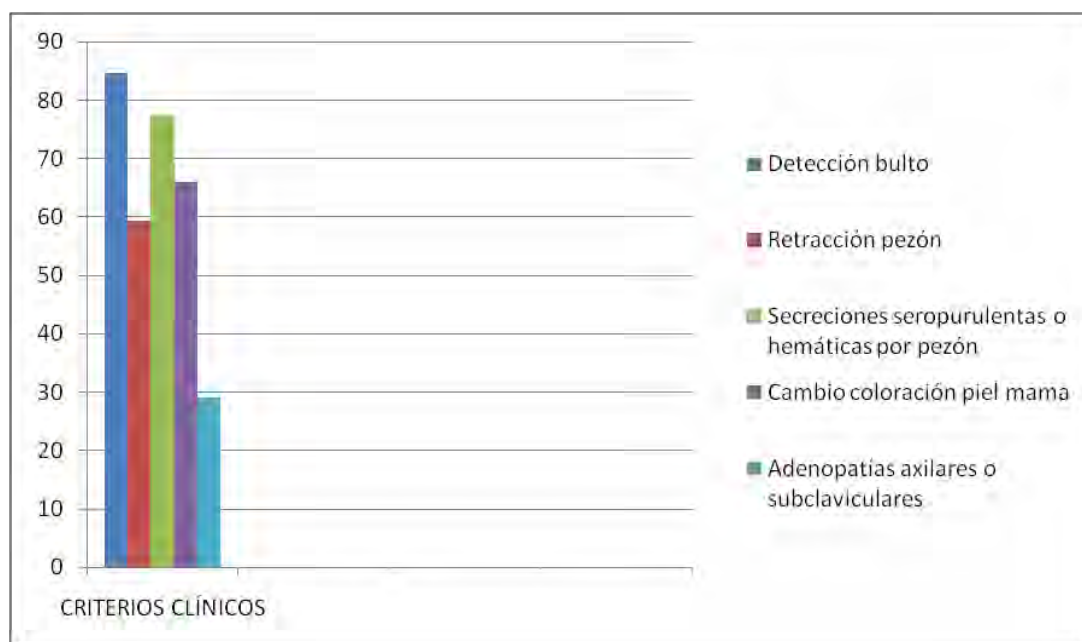
**Gráfica IV.5 Factores de riesgo para el CaMa mencionados por los médicos/as de primer nivel de atención sanitaria**



La asociación de estos resultados con la escasez de materiales de difusión obliga a considerar que el tema de prevención de CaMa en el primer nivel -el nivel más apropiado para ello- es muy poco valorado en todas las instituciones sanitarias del país, no destacando ninguna por una mayor práctica de las medidas preventivas establecidas.

Los criterios clínicos de sospecha de CaMa están muy definidos en la literatura médica: detección de masas, retracción del pezón, secreciones seropurulentas o hemáticas por el mismo, cambios en la coloración de la piel y crecimiento de los ganglios linfáticos axilares o supraclaviculares. En la Gráfica IV.6 se muestran los resultados obtenidos para esta pregunta. El 84.6% de los médicos de consulta mencionó como criterio de sospecha diagnóstica la detección de una masa en el pecho. Los otros criterios clínicos fueron menos reconocidos, siendo así que 59.4% menciona la retracción del pezón, 77.4% las secreciones seropurulentas o hemáticas por el mismo, 63% los cambios de coloración de la piel y 29% linfadenopatías axilares o supraclaviculares.

**Gráfica IV.6 Criterios clínicos de diagnóstico mencionados por los médicos/as de primer nivel de atención**



Se considera que la detección de “un bulto” en el pecho suele ser el primer y más conocido signo de alarma entre la población. Sin embargo, entre el personal médico que labora con aseguradas sólo 78.4% lo establece como criterio clínico. En general, se encontró esta falta de conocimientos técnicos de manera bastante homogénea en las cuatro instituciones de salud. Si se relaciona este hecho con el escaso número de médicos/as que dijeron realizar detecciones y con el supuesto desconocimiento de la población sobre este tema, se entiende fácilmente que se realicen diagnósticos tardíos. La sobrevivencia a los cinco años en Estados Unidos es de 90% y en Europa de 85%, tasas que alcanzaron con campañas constantes de mastografías.

En promedio reciben actualización sobre el tema 63% de los encuestados.<sup>142</sup> Por institución, observamos que en los SESA recibieron formación sobre CaMa 64.6% de los establecimientos de consulta y en el IMSS-O 81.9%. Los médicos para población asegurada reciben muchas menos capacitaciones, pues se impartieron únicamente en 33% de los establecimientos del ISSSTE y en 52% de los del IMSS. Esto concuerda con la escasez de conocimientos sobre CaMa que se ha descrito, aunque, como señaló un jefe de enseñanza de un hospital: “*capacitaciones se hacen pocas, la asistencia es voluntaria y llegan sólo un 10%, ¿los aprendizajes?: imagine las capacitaciones*”.

Una vez fundamentada la sospecha clínica, se solicita ultrasonido o mastografía dependiendo de la edad y de los antecedentes familiares. Merece destacarse en este punto que, si bien se encontró concordancia con lo que indica la normatividad respecto a la realización de ultrasonidos en menores de 35 años, no se observó la misma unanimidad en cuanto a la edad a partir de la cual solicitar mamografías para las

<sup>142</sup> Una impresión constante durante las entrevistas para el cuestionario fue que respondían en positivo a esta pregunta más por fidelidad a la institución en la que laboraban que porque las capacitaciones y las fechas que daban fueran reales.

pacientes en las que se detectaron hallazgos anormales. En las entrevistas realizadas al personal del IMSS se registró que es el radiólogo quien lo decide en función de la edad, los antecedentes familiares y la sintomatología presente. Esto contradice los dictados internacionales y lo que las propias guías del IMSS recomiendan: el ultrasonido es básico para ver la evolución de la patología mamaria pero no sustituye a la mastografía. De todos modos, el principal soporte diagnóstico de muchas clínicas de consulta sigue siendo la ultrasonografía. Es más, en alguna unidad del IMSS informaron que algunas pacientes habían sido rechazadas en centros de segundo nivel porque el expediente clínico no contaba con un ultrasonido (requisito no establecido específicamente en la normatividad). En varios centros de consulta del ISSSTE informaron de la obligatoriedad de contar con una mastografía (pero ésta, según dijeron, no siempre llegaba con el informe radiológico) para derivar al segundo nivel, dado que es un paso previo y necesario para poder canalizar, si se requiere, a un hospital de tercer nivel. En otros centros de esta institución informaron que las mastografías debían solicitarlas los ginecólogos y que ello en ocasiones retrasaba el diagnóstico, por lo que algunos médicos pedían que se solicitaran desde primer nivel y que, si resultaban positivas y existía una fuerte sospecha diagnóstica, las pacientes fueran derivadas directamente al oncólogo, es decir, al tercer nivel, cuando éste existe en el estado; en algunos estados dijeron que esta derivación ya se realiza. En unidades de los SESA informaron que las mujeres con diagnóstico presuntivo de CaMa, para ser derivadas deben aportar en el expediente la mastografía sospechosa -si son mayores de 40 años o existe un nódulo palpable- y el resumen clínico del caso. Sin embargo, algunos ginecólogos de segundo nivel explicaron que lo más frecuente es que ellos soliciten las pruebas diagnósticas. La práctica de mastografías, dada la gran demanda para la capacidad existente en determinados hospitales, puede tardar de dos a tres meses, salvo en las pacientes que presentan una clara sintomatología (y aun no siempre).

Como es evidente, no se percibe unanimidad en los pasos a seguir cuando existe la sospecha de un nódulo en el pecho, ni por estados, ni dentro de una misma institución, ni entre ellas. Esta falta de claridad en la hoja de ruta y esta variabilidad en los criterios médicos pueden provocar retrasos en el diagnóstico y en el tratamiento puesto que todo dependerá de la mayor o menor sensibilidad y la capacitación técnica del personal.<sup>143</sup> La norma mexicana dice textualmente: “Al detectar patología mamaria, por clínica, y de existir el recurso, con la toma de mastografía y/o ultrasonido, se debe referir a la paciente a consulta ginecológica en un segundo nivel de atención médica” (7.2.7). La Guía técnica del IMSS 2004 establece: “La evolución de las anomalías identificadas durante la mastografía de detección, debe ser realizada en hospitales que cuenten con el personal calificado y el equipo necesario en ‘clínicas de detección y atención del cáncer de mama’ que forman parte del servicio de ginecología o de oncología”.

Las respuestas obtenidas en el cuestionario relacionadas con las referencias a un hospital resolutivo cuando hay una fuerte sospecha de que una paciente puede estar afectada de CaMa se exponen en el Cuadro IV.6, añadiendo el porcentaje de respuestas por institución para hacer más fácilmente visible la variación que acabamos de mencionar. Las columnas corresponden a los centros hacia donde derivan las diferentes

---

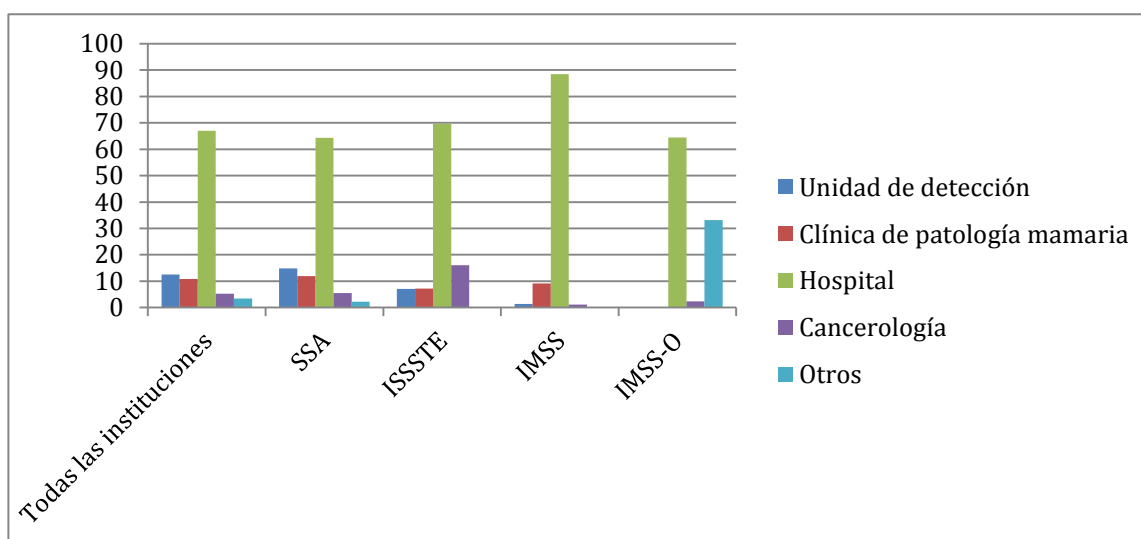
<sup>143</sup> En ocasiones puede realizarse únicamente una palpación y establecer como criterio un control posterior sin solicitar mastografía, aun cuando la paciente presente factores de riesgo y tenga más de 50 años.

instituciones para poder completar el tratamiento. En este Cuadro se observa que 67% de los médicos realiza la derivación a hospitales de segundo nivel. Destaca el IMSS con 88% de derivaciones hospitalarias y el ISSSTE que, tal como comentábamos, realiza 16% de ellas hacia hospitales o centros médicos de alta especialidad (tercer nivel). En el apartado “Otros”, surgieron respuestas con muy poco sentido (y que pueden provocar grandes retrasos de diagnóstico) entre las que figuran: derivarlas a la jurisdicción o a la coordinación del módulo en la capital del estado. Se añade, asimismo, la Gráfica IV.7 mostrando los mismos resultados.

**Cuadro IV.6 Porcentaje de derivaciones realizadas para diagnóstico de CaMa desde el primer nivel de atención, de acuerdo con el servicio o unidad médica de destino, por institución**

|                                | Unidad de detección | Clínica de patología mamaria | Hospital | Cancerología | Otros | Total |
|--------------------------------|---------------------|------------------------------|----------|--------------|-------|-------|
| <b>Todas las instituciones</b> | 12.5%               | 10.8%                        | 67%      | 5.3%         | 3.4%  | 100%  |
| <b>SESA</b>                    | 14.9%               | 11.9%                        | 64.3%    | 5.5%         | 2.2%  | 100%  |
| <b>ISSSTE</b>                  | 7.1%                | 7.2%                         | 69.7%    | 16%          | -     | 100%  |
| <b>IMSS</b>                    | 1.4%                | 9.1%                         | 88.4%    | 1.1%         | -     | 100%  |
| <b>IMSS-O</b>                  | -                   | -                            | 64.4%    | 2.4%         | 33.2% | 100%  |

**Gráfica IV.7 Lugar de derivaciones en caso de sospecha de CaMa, por instituciones**



Tan sólo identificaba el lugar de referencia correspondiente y el tiempo de traslado 61.9% de los médicos/as de consulta. Por instituciones, el IMSS presenta mayor claridad en la referencia con 88.1% (porcentaje similar a las derivaciones a hospitales de segundo nivel). Los(as) médicos/as de las restantes instituciones muestran un



desconocimiento respecto a dónde deben realizar las derivaciones, lo que puede significar retrasos en el diagnóstico y el tratamiento. En los SESA lo conocen 62.3%, en el IMSS-O 64% y en el ISSSTE 56% de los(as) médicos/as de primer nivel. Contaban con formatos de referencia 80.5% de los establecimientos (aunque 100% en el ISSSTE).

Cuando se realiza el diagnóstico presuntivo desde el nivel de el primer nivel, entran en juego otros de los actores clave que intervienen en el proceso: el(la) epidemiólogo(a) y el(la) trabajador(a) social. Al primero es infrecuente encontrarlo en los establecimientos sanitarios de consulta. La trabajadora social tiene como función principal la localización de la paciente afectada, bien para establecer la cita médica donde se le informará de su probable patología y se la derivará al segundo nivel, o bien porque la derivación ya se hizo en un primer momento y la paciente no acudió a la cita preestablecida. En estos casos, el ginecólogo informa de la no asistencia y trabajo social de primer nivel es responsable de su localización. Parece ser que este hecho no es infrecuente dada la afectación psicológica, familiar y de vida que el diagnóstico de cáncer representa, por lo que la mujer puede negar un diagnóstico hasta este momento presuntivo.

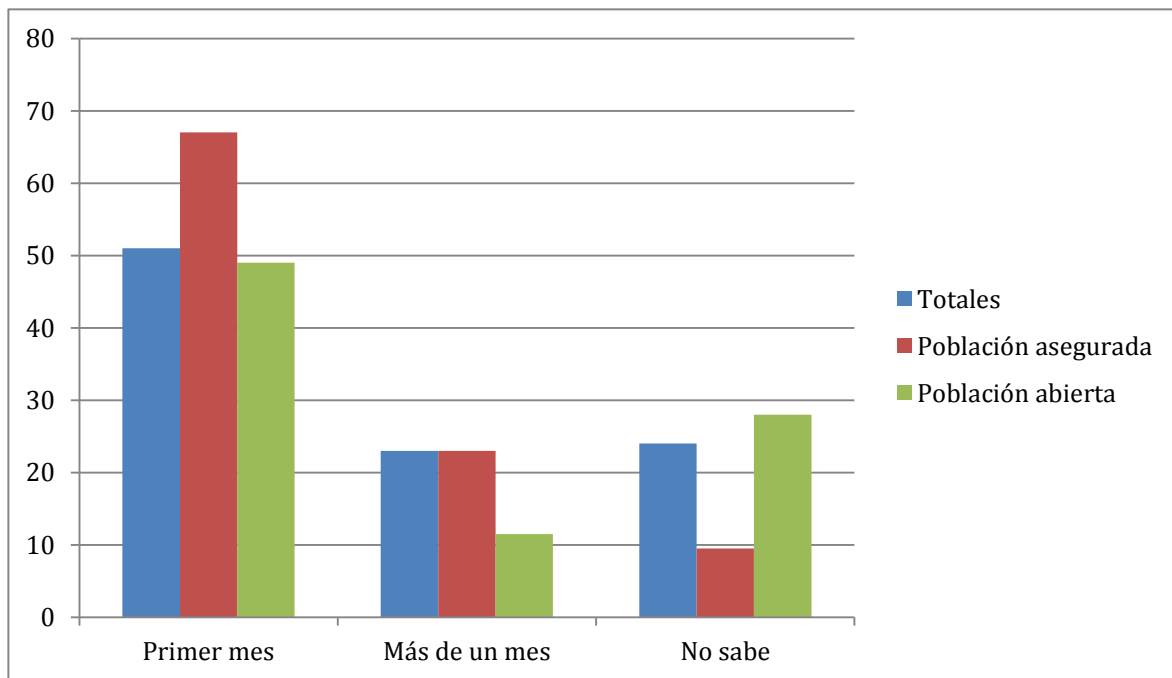
En la literatura médica no existe unanimidad en cuanto al concepto de retraso en el diagnóstico y en el tratamiento, aunque en general se considera que el plazo entre uno y otro no debe ser superior al mes. La información que nos brindan los médicos de consulta es que menos de 50% de las mujeres recibe atención y tratamiento inmediato. Esta demora en el diagnóstico y en el posterior tratamiento puede significar un aumento de la mortalidad. Se presentan el Cuadro IV.7 y la Gráfica IV.8 para una mejor apreciación de los retrasos del tratamiento en las distintas instituciones.

**Cuadro IV.7 Porcentaje de tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento, por institución**

|                                      | <b>Total<br/>instituciones</b> | <b>SESA</b> | <b>ISSSTE</b> | <b>IMSS</b> | <b>IMSS-O</b> |
|--------------------------------------|--------------------------------|-------------|---------------|-------------|---------------|
| <b>Transcurso del<br/>primer mes</b> | 51.5%                          | 50.1%       | 60%           | 67.3%       | 33%           |
| <b>Más de un mes</b>                 | 23.9%                          | 23.1%       | 39%           | 19.9%       | 32%           |
| <b>No sabe</b>                       | 24.6%                          | 26.8%       | 1%            | 12.8%       | 34%           |
| <b>Total</b>                         | 100%                           | 100%        | 100%          | 100%        | 100%          |



**Gráfica IV.8 Tiempo entre diagnóstico y tratamiento**



En la gráfica anterior se observan las claras diferencias existentes entre las instituciones que trabajan con población asegurada y las que se dirigen a la población SP/abierta. Las primeras otorgan atención inmediata en un mayor número de casos sospechosos; también realizan un seguimiento mayor a los mismos, puesto que en las que se dirigen a las no aseguradas el desconocimiento acerca de cuándo inicia el tratamiento asciende a más de la cuarta parte del total de casos con sospecha de CaMa. Es de destacar mayor seguimiento de las pacientes que realizan en el ISSSTE, así como el mayor desconocimiento sobre el lapso entre la sospecha y el tratamiento que presenta el IMSS-O. En las entrevistas, todas las instituciones de salud informaron que la ruta crítica era ágil una vez establecido el diagnóstico de sospecha puesto que solía haber una buena comunicación entre los diferentes niveles sanitarios. Sólo en los SESA, dado el elevado volumen de pacientes y la escasez generalizada de médicos, aceptaron que, en ocasiones, se demoraban en dar cita a las pacientes. Entre los indicadores solicitados a la SSA y que por diferentes motivos no nos fueron remitidos, estaba el número de mujeres con diagnóstico de CaMa que recibieron tratamiento en un plazo menor a quince días. Aunque los datos aportados eran muy pocos e inconsistentes entre sí (motivo por el que no se adjuntan en este informe), ofrecen la idea de un déficit de control y vigilancia epidemiológica. Los datos aportados por el IMSS tenían casi todos los indicadores en blanco.

Si en algo se observó homogeneidad entre instituciones y entre los diferentes niveles sanitarios, es en que no existe contrarreferencia, salvo cuando se detecta patología benigna puesto que, en ese inciso, algunos médicos informaron que sí se contrarrefiere al primer nivel. La normativa dice: "...y, en su caso, contrarreferencia del tercero al segundo nivel y de éste al primero" (6.1.1.7). El problema es que tanto con patología benigna como con maligna, tal como nos refirieron frecuentemente en los

centros de primer nivel, “*las pacientes se pierden por el camino*”. En el caso del IMSS-O este hecho es más obvio puesto que sus pacientes son referidas a otra institución: a los SESA. En algunos centros de consulta de los SESA e IMSS explicaron que trabajo social realizaba visitas domiciliarias para obtener información de las mujeres a quienes se derivó con sospecha de CaMa. En otros establecimientos de los SESA dijeron que desde el hospital se solicitaba a la paciente que fuera a informar a su médico sobre su diagnóstico. Los centros del IMSS y del ISSSTE que se encuentran informatizados obtienen, a través de estos medios electrónicos, si no contrarreferencia sí información del posible diagnóstico y la asistencia de la paciente a las citas con el especialista. De cualquier modo, es opinión generalizada que una vez que la paciente es referida para oncología “*ya no regresa a primer nivel*”.

### ***Nivel hospitalario***

Está acreditado para la detección del CaMa 19.9% de las unidades de segundo nivel. En el cuestionario se preguntó si tenían un manual o algún documento escrito para hacer promoción extramuros de los servicios de detección. La respuesta es afirmativa en 64.6% de las unidades de segundo nivel. En las instituciones para población SP/abierta dicha respuesta fue obtenida en 76.4%, mientras que en el IMSS e ISSSTE en 43%.

En algunos centros de los SESA que no cuentan con los equipos necesarios informaron que las pruebas diagnósticas (ultrasonido y mastografía) se realizan en servicios privados y que, en ocasiones, las propias pacientes deben asumir parte de los gastos. Acorde con esto, vemos que sólo en 77.4% de las unidades de segundo nivel refirieron que las mastografías eran gratuitas.

Tan sólo 11% de las unidades de detección de las unidades de segundo nivel para población SP/abierta funciona con horario matutino y vespertino, mientras que en 53.9% de las del IMSS e ISSSTE operan en dos turnos.

En el caso de sospecha de CaMa, 29.2% de los ginecólogos hospitalarios dice que deriva a las pacientes a las unidades de detección, 28.2% dice que lo hace hacia las clínicas de patología mamaria y 61.3% hacia hospitales de tercer nivel de atención. 38.2% de los ginecólogos de las unidades de segundo nivel de segundo nivel dio otras respuestas que se podrían resumir en que ellos son quienes solicitan los estudios diagnósticos de imagenología y biopsia.<sup>144</sup> De acuerdo con esto, 81.5% de los ginecólogos de los SESA y 100% de los de las restantes instituciones indican que cuentan con un establecimiento de referencia a donde derivar a las mujeres afectas.

### ***Índices del paquete de intervención Detección de CaMa***

En conjunto y viendo los resultados surgidos en los subíndices, se destaca que primer nivel presenta una clara falta de criterios para derivar a las mujeres a hacerse detección por lo que se requiere una atención urgente a este tema: el subíndice fue de .19. Acorde con esto, en las unidades de segundo nivel se observa un déficit de tamizaje para la detección puesto que el subíndice .32 nos indica atención urgente. El desempeño para el

---

<sup>144</sup> Dos ginecólogos añadieron a la mastografía y biopsia la “citología del líquido amniótico”.

paquete de intervención de detección muestra en primer nivel .62 (Gráfica IV.1) y en segundo nivel .68 ambos con un desempeño mediano.

Todas las instituciones muestran un desempeño bajo tanto en primer nivel como en segundo nivel. Requiere en todas ellas la atención urgente en la falta de criterios para derivar a las unidades de detección. Se observa poca presencia de manuales para promocionar extramuros la detección en las instituciones que tienen población asegurada (.35). Los SESA cuentan con pocas unidades móviles con mastógrafos (.30) (Gráfica IV.4). Se destaca que requiere atención urgente en primer nivel el IMSS-O en referencia a las recomendaciones a las mujeres mayores de 25 años para hacerse autoexploraciones de mama (.29), a realizar exploraciones clínicas de mama (.33). Asimismo, el personal de esta institución muestra un gran desconocimiento del tiempo que transcurre en el manejo y tratamiento de las mujeres referidas a segundo nivel. El subíndice de este apartado es de .33.

Requiere a su vez atención urgente el desconocimiento que presentan de los factores de riesgo para el CaMa los médicos de primer nivel del ISSSTE (.37), a nivel hospitalario la ausencia de manual de detección con .31.

El índice de desempeño en primer de .62 fue mediano al igual que el de segundo nivel que fue de .68, en el caso de la población asegurada el índice es .62 y para la SP/abierta es de .63. No se presentaron diferencias significativas tampoco en los índices por institución que oscilaron desde .59 en el ISSSTE hasta .65 en el IMSS-O (Gráfica IV.1 a Gráfica IV.3). Los subíndices pueden ser consultados en el Anexo IV.1.2 y las pruebas de significancia en el Anexo IV.2.

### **3. Diagnóstico de CaMa**

Recientemente, la Secretaría de Salud ha inaugurado las Unidades de especialidades médicas de detección y diagnóstico de cáncer de mama (UNEME DEDICAM); la primeras en instalarse fueron las de Cancún, Quintana Roo y Querétaro, Querétaro, y se están construyendo otras trece Unidades de Especialidades en los estados de Campeche, Chiapas, Chihuahua, Estado de México, Hidalgo, Michoacán, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Tamaulipas, Tlaxcala y Veracruz. Sin embargo por el momento las mujeres mexicanas deben obtener acceso a la detección y diagnóstico del CaMa a través de los servicios regulares que ofrecen las instituciones del país<sup>145</sup>, que describiremos a continuación.

92.8% de Las unidades de segundo nivel cuenta con servicio de radiología y sólo en 8.3% de los mismos se considera que dicho servicio no reúne las características mínimas requeridas. Los radiólogos del IMSS opinaron que sólo 75.8% de sus unidades tiene un servicio de RX satisfactorio, 22.3% valora el servicio disponible como no satisfactorio. Aunque 63.4% dispone de aparatos de ultrasonido, sólo 49.3% lo tiene en condiciones satisfactorias y de estos, 54% están en las instituciones que atienden a aseguradas. Casi dos tercios (63.8%) de las unidades de segundo nivel puede hacer uso del mismo durante las 24 horas, todos los días de la semana, aunque sólo se realizan ultrasonidos con imágenes e interpretaciones de calidad en 16.3% del total (18% de los que atienden a población SP/abierta y 12.9% de los de aseguradas). 47.2% de las

---

<sup>145</sup> <http://www.cnegsr.gob.mx/programas/cancer-mama/acciones-relevantes/uneme-dedicam.html>  
consultado, 24 octubre de 2011.

unidades de segundo nivel dispone de ultrasonido con transductor lineal de 7.5 a 12 Mhz (de alta resolución) para estudios más especializados.

Esta falta de infraestructura, sumada a que sólo 67.8% de las unidades de segundo nivel cuenta con mastógrafos de calidad satisfactoria (con mantenimiento continuo) informa de las dificultades a la hora de hacer diagnósticos precisos y con prontitud, puesto que se requerirá en muchas ocasiones de derivaciones específicas a otros servicios sanitarios. En este punto merece mencionarse que 26.4% de las unidades de segundo nivel para población SP/abierta no cuenta con aparatos de mastografía, pero que 69.6% informó tenerlo satisfactorio. Las unidades de segundo nivel para población asegurada informan tener más aparatos de mastografía (97.5%), pero de ellos en 34.8% está disponible pero no da resultados satisfactorios. La calidad de la imagen se intentó valorar considerando la existencia de computadoras para el mastógrafo con conexión a Internet (las cuales dijeron tenerlas en 61.2% de Las unidades de segundo nivel) y de reveladoras con uso y mantenimiento continuo, encontradas en 82.9%, aunque sólo 74.7% de las unidades de segundo nivel las tiene en estado satisfactorio. Se cuenta con un manual de control de calidad de mastografía accesible en 53.4% de Las unidades de segundo nivel (67.2% de los que atienden a población no asegurada y sólo en 15.4% de los que atienden a población con seguridad social).

Asimismo, afirmaron tener radiólogos capacitados<sup>146</sup> para interpretar las mastografías en 79.9% de Las unidades de segundo nivel. En los de población asegurada en 74.9%. En este punto debemos volver a recordar el número de mastografías que considera el PAE- CaMa para que existan mínimos de calidad. Se sabe que hay una correlación positiva significativa entre la certeza en la interpretación radiológica y la calidad de las imágenes radiológicas. Asimismo, la calidad de la imagen tiene una correlación positiva con el nivel de formación y capacitación de los técnicos (Fleitas, 2006). En México, sólo hay tres mil técnicos que leen mastografías y únicamente cien de ellos están certificados en el ejercicio de su labor con cursos y actualizaciones<sup>147</sup> (Villaseñor, 2010).

En las entrevistas, en las unidades de los SESA, el IMSS y el ISSSTE informaron que, cuando se detecta en la mastografía un Birad<sup>148</sup> IV o V, el ginecólogo deriva a la paciente al oncólogo. El diagnóstico definitivo y la tipología del carcinoma se obtienen tras la biopsia practicada por el ginecólogo o el radiólogo y el consiguiente estudio histopatológico realizado por el patólogo. El buen funcionamiento de los laboratorios de patología, tanto por tener completo su personal como por la infraestructura precisa para su actividad, es valorado como satisfactorio en 47.2% de Las unidades de segundo nivel, sobresaliendo el ISSSTE con 83%. Los patólogos de los SESA y del IMSS valoran los laboratorios como satisfactorios en menos de 40% de Las unidades de segundo nivel y parcialmente satisfactorios en más de 50%. En Las unidades de segundo nivel que no

---

<sup>146</sup> En México son muy escasos los radiólogos formados “con calificación agregada en imagen de la mama”, que son los que idealmente deberían interpretar las mamografías. Además, apenas se realizan programas de control de calidad, con evaluaciones periódicas, para asegurar que las mamografías tengan una alta calidad técnica (Brandan y Villaseñor, 2006).

<sup>147</sup> Información aparecida en el periódico *La Jornada* del día 29/9/2010 (sección Sociedad).

<sup>148</sup> El Colegio Estadounidense de Radiología (ACR) elaboró un sistema de datos y reportes llamado BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System) que ayuda al radiólogo a elaborar un reporte estandarizado y reduce la posible confusión en la interpretación de la imagen mamográfica.

disponen de servicio y deben remitir los estudios a otros centros, sólo en 36.7% dicen que estos son gratuitos, a pesar de que 45% afirma enviarlos a otro hospital. Algunas respuestas revelaron la tardanza para recibir los resultados. Volvemos en este punto a mencionar la importancia de una buena coordinación interinstitucional, sobre todo a nivel interhospitalario, lo cual permitiría, dada la escasez de infraestructura en muchos hospitales, una redistribución de los recursos sin la necesidad de subrogar estos servicios a entidades privadas, aunque sólo informan realizarlo en 5% de Las unidades de segundo nivel.

Las respuestas dadas anteriormente sobre la conducta a seguir cuando hay una sospecha franca de carcinoma mamario podrían dar una idea de la claridad de las derivaciones, sobre todo cuando éstas ya fueron canalizadas desde la consulta al hospital. Recordemos ahora que 81.5% de los ginecólogos de los SESA y 100% de los de las restantes instituciones indican que cuentan con un establecimiento de referencia a donde derivar a las mujeres afectadas, especificando que las unidades de detección son una referencia para 11.9%, mientras que 11.1% las deriva a las clínicas de patología mamaria. Destacan especialmente los SESA, con 47.8% de ginecólogos que derivaban a una unidad de detección de CaMa y que sólo 1.3% dijo que era su unidad de referencia o derivación. Los servicios de cancerología de tercer nivel son los centros de referencia en 67.5% de Las unidades de segundo nivel, cifra muy similar a la de las derivaciones que dijeron realizar. Aunque en el análisis por instituciones vemos que ginecólogos del IMSS e ISSSTE dijeron respectivamente que derivaban 37.8 y 39% y que estas cifras aumentaron a 54.6 y 75.9% al preguntarles por su unidad de referencia.

Observando las respuestas anteriores podríamos preguntarnos: ¿por qué tantos ginecólogos mencionaron que derivan a las pacientes a un establecimiento que no es el suyo? Una hipótesis podría ser la falta de claridad en la pregunta o en las instituciones sobre las directrices y normativas establecidas. La Norma Oficial Mexicana dice solamente que “Todas las pacientes que sean sospechosas de tener patología maligna de la mama, deben ser canalizadas al siguiente nivel de atención médica en forma oportuna” (7.2.8).

En cuanto a los mecanismos de referencia y contrarreferencia, 86% cuenta con formatos establecidos, mientras que en 10% envían notas clínicas.

### ***Índices del paquete de intervención Diagnóstico de CaMa***

En el paquete de intervención de diagnóstico la variabilidad de la prestación de este servicio fue muy grande a nivel nacional, y la ausencia de esta intervención diagnóstica en la gran mayoría de las unidades de segundo nivel determinaron que con esta muestra la precisión de la medición fuera limitada, por ello no se describirán los resultados, ya que el error típico es mayor de .050. El lector puede ver en el Cuadro IV.5 los intervalos de confianza. Los subíndices pueden ser consultados en el Anexo IV.1.3 y las pruebas de significancia en el Anexo IV.2.

## ***4. Tratamiento de CaMa***

La detección se practica en el primer nivel de atención, el diagnóstico se formaliza en el segundo (hospitales) y el tratamiento se efectúa en el segundo o tercer nivel (hospitales de cancerología o centros médicos). El tratamiento quirúrgico es obligado para toda paciente con tumoración en la mama. Las mastectomías se suelen realizar en los

hospitales de segundo nivel de las tres instituciones sanitarias y consiste en la extirpación total o parcial de la mama o mamas afectadas, dependiendo del estadio clínico y la tipología tumoral. La guía DACMA informa que 40% de los carcinomas son tumores detectados en la etapa clínica II, mientras que en la etapa III se diagnostica 45%. Estos estadios avanzados obligan a realizar mastectomías radicales. En el año 2007, del total de las pacientes del SP recibidas en el Instituto Nacional de Cancerología (INCAN) con diagnóstico de CaMa, sólo en 15% fue posible realizar un procedimiento conservador. En el resto se practicó mastectomía radical conservadora o cuadrantectomía con disección axilar ganglionar (Mohar, 2009). En caso de que las pacientes no sean candidatas a una cirugía conservadora, informa la guía elaborada por el IMSS que se debe completar el tratamiento con la reconstrucción inmediata, ya sea mastectomía preservadora de piel o reconstrucción con colgajos locales o microtransportados. El IMSS sólo realiza cirugía reparadora y, no siempre, en el tercer nivel. Por lo anterior, las pacientes operadas en los hospitales de segundo nivel, que son la mayoría de las mujeres afectadas, no tienen acceso a ella. Prácticamente tampoco se realizan en los SESA ni en el ISSSTE. Ésta es la razón por la cual en los carteles de difusión para la promoción de la detección de este cáncer se observa la mutilación del seno. Otra técnica mencionada en la Guía y que según informaron en entrevistas en diferentes lugares del país apenas se está realizando, es el mapeo linfático y la biopsia del ganglio centinela, lo que obliga a la disección radical de todos los ganglios de la axila, lo que puede entrañar graves consecuencias para la vida cotidiana de las mujeres (linfedemas, pérdida de fuerza, etc.).

El tratamiento médico con radioterapia o quimioterapia es otro de los aspectos que refleja mayor inequidad social según cuál sea la institución a la que están afiliadas las pacientes o el estado de la República en el que vivan. Aparatos de radioterapia hay pocos, por lo que los tratamientos suelen subrogarse a otras instituciones, o bien las pacientes deben desplazarse a otras ciudades u otro estado. Los tratamientos quimioestáticos no siempre se encuentran presentes y completos en todos los hospitales; según informaron diversos oncólogos, hay una escasez manifiesta en los hospitales de segundo nivel de los SESA, lo cual provoca retrasos en el tratamiento o desplazamientos a centros de tercer nivel de algunas enfermas con importantes afectaciones físicas y emocionales, tanto por la enfermedad como por el tratamiento.

Del paquete de intervenciones para el tratamiento de CaMa en hospitales del segundo nivel, se valoró la existencia en la farmacia hospitalaria de analgésicos opiáceos y citotóxicos. De los primeros se hallan disponibles: Tramadol en 22.8% (16% en las unidades de segundo nivel para aseguradas, morfina en 19% y Fentanilo en 73.6%). Tienen Metotrexate en existencia 60.1% de los hospitales: 44.5% de las unidades de segundo nivel para población SP/abierta y 88.5% de las unidades de segundo nivel que atienden a aseguradas. Estas bajas existencias farmacológicas podrían obligar a su compra por parte de las pacientes. En México, desde 2007 existe el Fondo de Protección para Gastos Catastróficos, destinado a potenciales usuarias de tratamiento anticanceroso, del cual se informa y orienta en sólo 56.2% de las unidades de segundo nivel de los SESA. Este Fondo ha sido utilizado por 36.4% de las unidades de segundo nivel aunque, como es lógico, no específicamente para esta enfermedad. De todos modos, las mujeres que lo necesitan suelen llegar en estadios tardíos puesto que se precisa de la confirmación del diagnóstico para lograr la cobertura inmediata (Knaul, 2009).



54.5% de los ginecólogos recibe actualizaciones en las sesiones clínicas del hospital sobre el manejo y referencia de tumores mamarios. Por instituciones, vemos que se capacitó a 64.4% de los ginecólogos que atienden a población asegurada y a 49% de los de población SP/abierta. Capacitaciones sobre CaMa se llevaron a cabo en 61.5% del total de las unidades de segundo nivel, pese a lo cual 72.3% de los ginecólogos hospitalarios piensa que requiere más actualizaciones sobre el tema. El mayor interés lo muestran los ginecólogos del IMSS e ISSSTE, con 80% de respuestas afirmativas.

### ***Índices del paquete de intervención Tratamiento de CaMa***

En este paquete de intervención se valora que requiere atención urgente la escasez de Tramadol y Morfina que presentan todas las instituciones.

Visto por tipo de población, las instituciones dirigidas a población SP/abierta tienen .49 (Gráfica IV.2) y las instituciones para población asegurada .59. Presentan índices de desempeño de bajo a mediano, respectivamente.

De las Gráficas IV.1, IV.2 y IV.3 que muestran el desempeño de los paquetes de intervención para el programa de CaMa teniendo presente el nivel de atención, tipo de población atendida, e instituciones, resaltamos que la población asegurada en IMSS e ISSSTE tiene una mejor cobertura en el tratamiento de CaMa (Gráfica IV.2), con un desempeño adecuado. Los subíndices pueden ser consultados en el Anexo IV.1.4 y las pruebas de significancia en el Anexo IV.2.

## **Tercer nivel**

La afectación psicológica de las mujeres que pasan por todo este proceso es grande. Al impacto de padecer el cáncer y de sobrellevar la quimioterapia, se añade el de visualizarse con la amputación de una mama (o de ambas). Algunas mujeres manifestaron que esta suma de factores puede provocar separaciones y problemas con la pareja,<sup>149</sup> lo que aumenta el malestar y/o depresión. *“En nuestra cultura latina hay muchas cosas que son mitos. Que si ya no tienes hijos, que si ya no tienes útero, que si ya no tienes pechos, que si ya no tienes nada de eso, pues ya no vales”*, explicaba una patóloga. Un hospital, para que sea resolutivo, debe contar con un psicólogo y con grupos de autoayuda que ofrezcan consejería y apoyo emocional. El psicólogo clínico es, pues, otro de los actores clave en la red sanitaria para el CaMa. Durante el trabajo de campo en los hospitales de segundo nivel de atención se vio que los psicólogos se encuentran ausentes y los pocos que hay están sobrecargados de trabajo, por lo que su tiempo suele estar ocupado por las mujeres de los grupos de autoayuda. Estas mujeres, que en su mayoría padecieron la enfermedad, trabajan como voluntarias con una visión asistencialista, caritativa y, en general, con mucha voluntad pero poco profesionalismo. Los hospitales de tercer nivel informaron que cuentan con personal de psicología calificado. Asimismo, dijeron que brindan asistencia tanatológica para el alivio del sufrimiento psicológico y espiritual de las pacientes terminales, las cuales pueden contar con el acompañamiento de sus familiares en el hospital en esta última fase de su vida.

---

<sup>149</sup> En algunos hospitales del IMSS y de los SESA, para entregar los resultados histopatológicos se cita a las mujeres con su pareja para, de este modo, integrarle como acompañante en el proceso.



Los dos hospitales informaron que son servicios de referencia para el diagnóstico y el tratamiento de esta enfermedad, con funcionamiento en horarios matutino y vespertino, además de que pueden proporcionar medidas terapéuticas para mitigar o eliminar el dolor físico de las pacientes terminales. En el paquete de intervención para el tratamiento se indaga sobre la disponibilidad de: Ciclofosfamida, 5-Fluorouracilo, Doxorubicina, Epirubicina, Metotrexate, Raloxifeno, Herceptin y Tamoxifeno. Todos estos fármacos estaban presentes. Contaban, además, con los recursos materiales, humanos y de infraestructura necesarios para brindar radioterapia y quimioterapia a las pacientes con CaMa en los diferentes estadios, aunque ninguno de los dos disponía de bombas de cobalto.

De los dos hospitales, sólo uno cuenta con los recursos de infraestructura necesarios para ofrecer el tratamiento quirúrgico. Por otro lado, existe un limitado número de especialistas en radiooncología,<sup>150</sup> físicos médicos y técnicos en radioterapia, y hay una permanente necesidad de personal de estas especialidades para la óptima atención de los equipos de radioterapia en teleterapia y braquiterapia (Mohar, 2009), motivo por el cual en un hospital encontramos manejando estos equipos a médicos generales.

El paquete de intervenciones referido al diagnóstico permite valorar distinciones entre los dos hospitales. Vemos que sólo uno de ellos dispone de mastógrafo y de tomógrafo y que ninguno tiene aparatos de resonancia magnética, pero los dos cuentan con aparatos de ultrasonido con transductor lineal de alta resolución y computadoras con conexión a Internet en el servicio de imagenología. Un centro dispone de laboratorio para anatomía patológica, el cual cuenta con todo el equipamiento solicitado: procesador automatizado de tejidos, dispensador de parafina, microtomo, baño de flotación, tren de tinción e inmunohistoquímica, equipos para biopsia con aguja fina, equipos para biopsia excisional, equipos para biopsia incisional y equipos para biopsia con marcaje. Por ello puede decirse que, a pesar de que en ambos hospitales nos dijeron que pueden realizar diagnósticos de CaMa, vemos que uno resiente una falta de equipamiento imprescindible para confirmarlos. En cuanto a información para la detección oportuna, sólo se encontró material disponible en uno de los hospitales. Ninguno disponía de la Norma Oficial Mexicana, en ambos nos dijeron contar con personal de enfermería y de trabajo social capacitado para brindar consejería a pacientes con diagnóstico de CaMa.

En resumen, podemos afirmar que existe una variabilidad entre las dos unidades de tercer nivel monitoreadas y que, si bien ambos hospitales cuentan con los medicamentos básicos para el tratamiento, existen déficits de infraestructura para el diagnóstico.

---

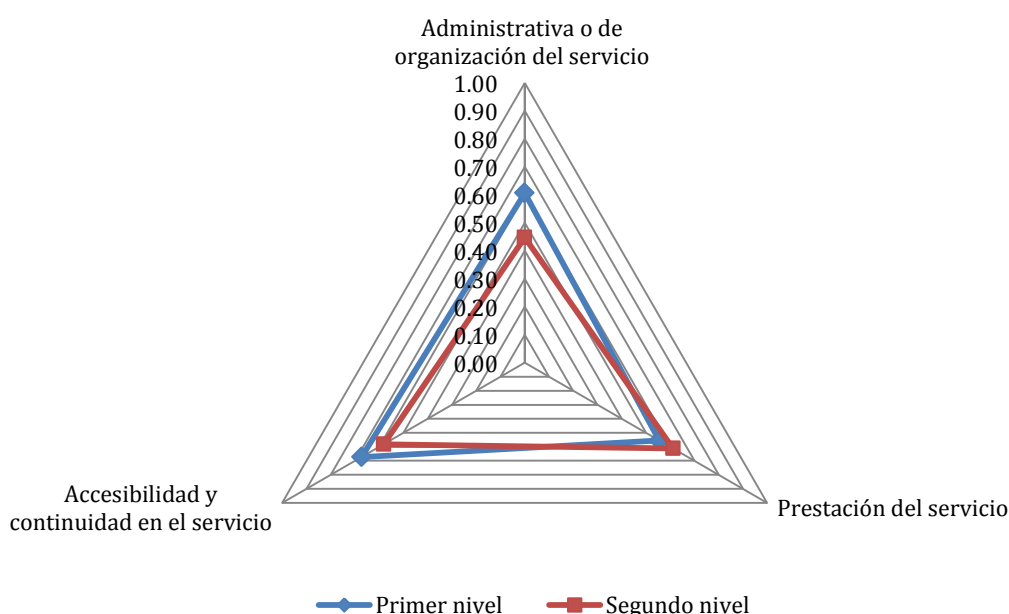
<sup>150</sup> Según algunos cálculos, para la población no derechohabiente existen 58 radiooncólogos, cuando se precisan más de 300 especialistas.

## Dimensiones de la producción del servicio

### 1. Administrativa o de organización del servicio

Atendiendo en primer lugar a la dimensión administrativa u organizativa observamos que existe una diferencia significativa\*\*\* entre el tipo de población SP/abierta (.56) versus .78 para la población asegurada (IMSS/ISSSTE). El índice organizativo de primer nivel fue de .61 (Gráfica IV.9), siendo a nivel hospitalario de .44; es decir, que mientras en el primer nivel el desempeño es mediano, el segundo nivel muestra un bajo desempeño. Por instituciones destaca el IMSS con .85; el resto de las instituciones presentaron estimaciones menos precisas que pueden ser consultadas en el Cuadro IV.5. Consultar Anexo IV.3.1 para los subíndices y para las pruebas de significancia Anexo IV.4.

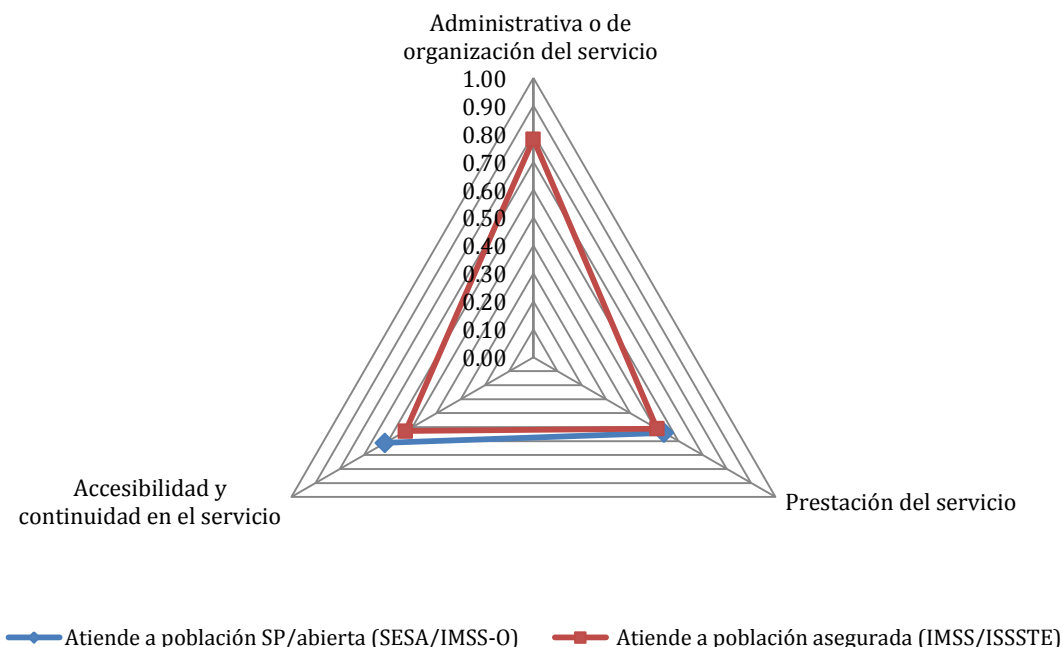
**Gráfica IV.9 Desempeño por dimensiones de la producción de servicio, del Programa CaMa, según nivel de atención**



### 2. Prestación del servicio

Atendiendo a la prestación de servicios, es decir a la habilidad del personal sanitario para ejercer las funciones precisas para la detección, diagnóstico y tratamiento de CaMa, observamos un mediano desempeño en general. En segundo nivel se observó un índice de .61 (Gráfica IV.9) y en primer nivel de .55- (desempeño mediano). Las diferencias entre instituciones y por tipo de población atendida (Gráfica IV.10) son estrechas, para SP/abierta .56 y asegurada .53, ambas con desempeño mediano, a diferencia de la baja puntuación del ISSSTE con .49 (Gráfica IV.11). El mayor índice lo ostentan los SESA con .57. Consultar Anexo IV.3.2 para los subíndices y para las pruebas de significancia Anexo IV.4.

**Gráfica IV.10 Desempeño por dimensiones de la producción de servicio, del Programa CaMa, según tipo de población a la que se atiende**

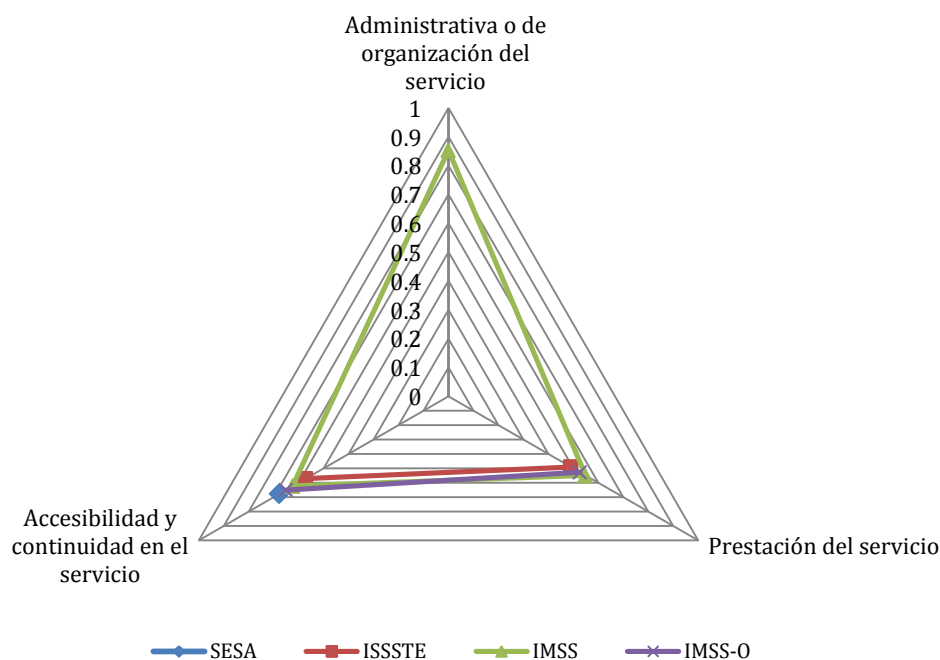


### ***Accesibilidad y continuidad en el servicio***

La dimensión de accesibilidad y continuidad del servicio, aspectos imprescindibles para el buen hacer del Programa, presenta un desempeño mediano tanto en primer nivel como en segundo nivel. Los índices que surgieron fueron respectivamente .67 (Gráfica IV.9) y .58. Los SESA presentan las mejores cifras con .68 (Gráfica IV.11), con lo que consecuentemente la población SP/abierta muestra tener un mayor acceso al servicio (.68) que la población asegurada (.61) (Gráfica IV.10). Consultar Anexo IV.3.3 para los subíndices y para las pruebas de significancia Anexo IV.4.

En general, podemos considerar que la accesibilidad, continuidad y prestación de servicios tienen un desempeño mediano en los dos niveles de atención de salud, y en todas las instituciones. La dimensión organizativa del servicio muestra un desempeño mediano en casi todas las instituciones, debido al mejor desempeño mostrado en primer nivel.

**Gráfica IV.11 Desempeño por dimensiones de la producción de servicio, del Programa CaMa, según tipo de institución**



A continuación se presenta el Cuadro IV.8 realizado como un resumen en donde se destacan las diferencias más significativas por nivel de atención, tipo de población e institución. Se añade el valor de F en el nivel de atención y tipo de población sólo en caso de que la diferencia sea significativa\*\*\* o \*\*. Se reconoce que la prevención se realiza de mejor manera en primer nivel y para población SP/abierta y que son los SESA los que tienen un mejor desempeño. Llama la atención la homogeneidad en los indicadores construidos en los paquetes de detección, diagnóstico y tratamiento. La dimensión administrativa se desarrolla de mejor manera en primer nivel, para la población asegurada y en el IMSS, mientras la accesibilidad y continuidad en el servicio en primer nivel y para población SP/abierta.

**Cuadro IV.8 Paquetes de intervención que presentaron diferencias significativas según nivel de atención, tipo de población e institución, CaMa**

| Programa                                             | Estimación | Nivel de atención<br>1vs 2 | Tipo de población<br>Asegurada vs<br>SP/abierta | Institución                                                               |
|------------------------------------------------------|------------|----------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Prevención                                           | 0.56       | F=4.28**                   | F=9.65***                                       | SESA-ISSSTE F=7.60***<br>SESA-IMSS F=5.826**<br>SESA-IMSS-O F=4.408**     |
| Detección                                            | 0.63       | -                          | -                                               | -                                                                         |
| Diagnóstico                                          | 0.77*      | -                          | -                                               | -                                                                         |
| Tratamiento                                          | 0.52       | -                          | -                                               | -                                                                         |
| Organización del servicio o dimensión administrativa | 0.59       | F=3.892**                  | F=13.827***                                     | SESA-IMSS F=20.228***<br>SESA-IMSS-O F=5.157**<br>IMSS-IMSS-O F=13.654*** |
| Continuidad y accesibilidad en el servicio           | 0.67       | F=4.428**                  | F=4.057***                                      | -                                                                         |
| Prestación del servicio                              | 0.56       | -                          | -                                               | -                                                                         |

Fuente: Monitoreo de servicios de salud, 2010.

## Conclusiones y recomendaciones

En este último apartado revisamos los resultados a la luz de las preguntas que guiaron este monitoreo: ¿los establecimientos estudiados están en posibilidades de otorgar los servicios a la población a la cual van dirigidos?, ¿existen diferencias en la producción de los paquetes de intervenciones entre los dos tipos de institución y entre los establecimientos?, ¿los paquetes de intervenciones se otorgan con oportunidad y calidad organizacional en conocimientos técnicos, accesibilidad y continuidad en el servicio?

En las páginas anteriores se ha pretendido describir y analizar la calidad de los servicios que se otorgan en los diferentes niveles de atención relacionados con el Programa de CaMa. A modo de cierre podemos decir que este Programa, en la mayoría de los centros monitoreados de todas las instituciones, presenta insuficiencias desde sus primeras etapas. Se encontraron pocos materiales de difusión sobre medidas preventivas y de detección temprana de una enfermedad que es todavía muy desconocida para la población. Probablemente se conoce el cáncer desde la discriminación y desde el estigma que ha significado durante siglos, pero posiblemente no sea del conocimiento común que existen factores que lo favorecen y que si se detecta en sus primeras fases presenta una sobrevivencia muy alta. No siempre se logra transmitir esta información. El color más utilizado para destacar los subíndices ha sido el café que catalogábamos de desempeño mediano.

En México, como informan ginecólogos(as) y oncólogos(as), existen barreras culturales y de género pero también a nivel médico. Hay dificultades en el acceso, en la infraestructura y, consecuentemente, en la disponibilidad para la población usuaria del Programa de CaMa. En el Anexo IV.1.4 se muestra como el mejor subíndice al diagnóstico. No obstante, este subíndice no corrobora o niega las investigaciones que muestran retrasos en el diagnóstico; tan sólo informa sobre los hospitales que hacen diagnóstico y que de las cuatro etapas en que dividimos el programa es donde se observan las mayores virtudes. Pero para poder llegar a realizar un diagnóstico temprano, que es lo que interesa, se precisa un buen programa de detección y allí vemos que los números disminuyen. Destacamos el índice de tratamiento que al igual que el de prevención y detección es de desempeño bajo, pero en este caso con cifras todavía más bajas.

Para lograr una mayor sobrevivencia de las mujeres que presentan CaMa se precisa de un diagnóstico y un tratamiento oportunos, además de la existencia de circuitos específicos y establecidos de asistencia sanitaria que aseguren la accesibilidad y que faciliten la continuidad del servicio. Como se ha visto en las páginas anteriores, estas rutas no siempre están bien preestablecidas en las cuatro instituciones, percibiéndose en aquellas que atienden a población SP/abierta un desconocimiento de las derivaciones, déficits de seguimiento y retrasos en el tratamiento. La accesibilidad y continuidad en el servicio mostró un desempeño mediano en los dos niveles de atención.

El SP ha significado una mejora para el acceso al tratamiento de la inmensa mayoría de la población, pero la escasez de recursos impide que éste se otorgue con la prontitud y calidad que esta enfermedad precisa. Los índices referidos al tratamiento fueron los más bajos en todas las instituciones.

Los hospitales de tercer nivel con servicios de cancerología son pocos en el país, por lo que la mayoría de las pacientes derivadas a estos deben desplazarse grandes distancias desde su lugar de residencia para recibir la radioterapia o quimioterapia que precisan para el tratamiento. Hemos visto también que algunos hospitales de los SESA no tienen toda la infraestructura necesaria para el diagnóstico y el tratamiento. Una buena coordinación entre los servicios de las instituciones sanitarias y entre las distintas entidades federativas podría disminuir la problemática derivada de estas diferencias.

En el Cuadro IV.5 se observaron qué puntos del Programa precisan mayor atención por parte de los dirigentes de la organización. En su conjunto, los índices son bajos, en ocasiones demasiado bajos para las necesidades de la población usuaria. Todas las instituciones -para la totalidad del Programa- presentan un bajo rendimiento en su conjunto. Destacaría el ISSSTE que precisa atender urgentemente su programa de prevención y que tiene un desempeño adecuado en la etapa diagnóstica.

En resumen, se puede decir que mientras no se amplíe y fortalezca la infraestructura sanitaria del país y a pesar de que surgieron los mejores índices en primer nivel, mientras el cien por ciento de los médicos/as de este nivel no sepan que palpar una masa en la mama es un criterio clínico de sospecha de CaMa, las mujeres mexicanas encontrarán barreras para acceder al Programa de CaMa, desde la fase temprana de detección hasta las fases diagnósticas y de tratamiento.

## Recomendaciones

En este último apartado estableceremos las recomendaciones teniendo presente las “amenazas” surgidas en el FODA (consultar Anexo), los subíndices que aparecieron con un desempeño menor y, por supuesto, los resultados que hemos mostrado en las páginas precedentes.

La *semaforización* en rojo que significa que requieren atención urgente la observamos en el subíndice respecto a los materiales de difusión impresos sobre medidas preventivas y sobre la detección, que fueron de .21 y .29 respectivamente, en primer nivel, bajando a .12, al valorar las medidas preventivas en las unidades de segundo nivel. Esto lleva a plantear que sería deseable incrementar y mejorar el material propagandístico en los espacios públicos y que hubiera envíos personalizados de los mismos a las mujeres mayores de 50 años para que puedan ejercer su derecho al tamizaje. Se podría considerar el apoyo de personajes públicos conocidos que hayan pasado la enfermedad para dar testimonio de su significado.

El subíndice referido a los criterios para derivar a una mujer a las unidades de detección fue de .19. Resultados bajos en primer nivel los encontramos al valorar: a qué mujeres se les realiza exploración clínica de las mamas y con qué periodicidad, con .45; a qué mujeres y con qué frecuencia se les recomienda la autoexploración mamaria, con .59 o el conocimiento sobre los factores de riesgo con .60. El subíndice que nos informa sobre el conocimiento “de algún” criterio clínico de sospecha mostró un desempeño mediano de .69. Estos últimos datos nos llevan a proponer que sería muy importante impartir cursos de capacitación técnica sobre el CaMa para el personal sanitario de primer nivel y específicamente a los médicos familiares. El subíndice que nos indica que hubo capacitaciones en el último año fue de .60. Las enfermeras requerirían reforzar sus



aprendizajes sobre palpaciones mamarias y adquirir mayor conciencia de la transición epidemiológica que vive el país.

Se debería reforzar el programa de detección de CaMa con más mastógrafos, utilizables en horarios matutinos y vespertinos, más técnicos radiólogos y más radiólogos. Los subíndices referidos a este punto mostraron que requerían atención urgente en las unidades de segundo nivel para la detección con .32. Tener manual o guía de control de calidad de mastografía presentó un subíndice de .25, de .36 poseer computadora para el mastógrafo y de .27 respecto al tomógrafo. Así mismo, el subíndice respecto a si contaban con unidades móviles acreditadas y que garantizaran los mínimos de calidad en mastografías fue de .30. Tener mastógrafo tuvo un subíndice de .54. Fue de .46, el subíndice referido a la periodicidad con que se envía desde primer nivel a las mujeres a las unidades de detección. El subíndice que muestra el funcionamiento de las unidades de detección en horario matutino y vespertino es de .50.

Por otro lado, se debe implantar desde la administración, que todas las mastografías de detección, tanto para población con seguridad social como para población SP/abierta, sean gratuitas puesto que el subíndice que muestra el costo de las mastografías y si éstas no tienen coste fue de .43.

Tuvo desempeño mediano el subíndice que mostraba el tiempo en que se establece el manejo y tratamiento en hospitales en mujeres referidas con sospecha de CaMa (.50), por lo que se deben aplicar y consolidar mecanismos de alarma para asegurar el seguimiento de las mujeres con sospecha de CaMa. Es importante establecer mecanismos de contrarreferencia, puesto que los centros de primer nivel cumplen funciones específicas durante todo este proceso. Cada institución sanitaria debería contar con redes de derivación precisas y funciones específicas para el personal de cada uno de los niveles de la producción de servicios.

Es necesaria una coordinación entre el trabajo social y las autoridades federativas, a fin de que den financiamiento para el traslado y albergue de las pacientes oncológicas de escasos recursos económicos y de un acompañante, sobre todo en caso de proceder de una comunidad marginal.

Es importante apoyar, promover, fortalecer y capacitar técnicamente a los grupos de voluntariado para el CaMa existentes en el país.

Dados los bajos presupuestos estatales, deberían implementarse acuerdos de coordinación interinstitucional para la prestación cruzada de servicios, evitándose duplicidad de funciones y costos a favor de los servicios privados.

## Bibliografía

Anderson y otros, 2007, “El cáncer de mama en los países con recursos limitados: sinopsis de las Normativas del 2005 de la Iniciativa Mundial de Salud de la Mama”, *The Breast journal*, Vol 13, Supplement 1, May/June 2007: S1-S16

<http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/pcc-bc-BHGI-Norma-Int.pdf> (consulta: 15 de noviembre de 2010).

Anderson y otros, 2007, “El cáncer de mama en los países con recursos limitados: sistemas de atención de salud y políticas públicas”, *The Breast journal*, Vol 13, Supplement 1, May/June: S-62-S83 <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/pcc-bc-BHGI-Norma-Int.pdf> (consulta: 15 de noviembre de 2010).

Ávila-Burgos, L. y otros, 2009, “*Cuentas en salud reproductiva y equidad de género. Estimación 2007 y comparativo 2003-2007*”, Ciudad de México/Cuernavaca, México: Secretaría de Salud/Instituto Nacional de Salud Pública.

Barton, M. B., Harris y Fletcher, 1999, Does this patient have breast cancer? The screening clinical breast examination: Should it be done? How? *JAMA*, 282: 1270-1280. <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/282/13/1270> (consulta: 13 de noviembre de 2010).

Brandan, M.E. y Y. Villaseñor, 2006, “Detección del cáncer de mama: estado de la mamografía en México”, *Cancerología* 1, : 147-162.

<http://www.incan.org.mx/reconsultadaincan/elementos/documentosPortada/1172289111.pdf> (consulta: 21 de noviembre de 2010).

ACUERDO por el que la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades emite las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el Ejercicio Fiscal 2010, *Diario oficial*, 28 de diciembre de 2009.

Fleitas, I. y otros, 2006, “La calidad de los servicios de radiología en cinco países latinoamericanos”, *Revista Panamericana de Salud Pública*,; 20(2/3):113–24.

<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v20n2-3/08.pdf> (consulta: 15 de noviembre de 2010).

Fletcher, S.W. y otros, 1993, “Report of the International Workshop on Screening for Breast Cancer” <http://jnci.oxfordjournals.org/content/85/20/1644.short> (consulta: 8 de noviembre de 2010).

García Retegui, Begoña, 2009, “Estrategias frente al cáncer de mama. El principio de equidad” en Comisión Nacional de los Derechos Humanos “*Memoria del foro internacional: La desigualdad entre mujeres y hombres: un obstáculo para el acceso al derecho humano a la salud*”, México, pp. 13-44

Ghada, N. y otros, 2010, “*Changes in invasive breast cancer and ductal carcinoma in situ rates in relation to the decline in hormone therapy use*”.

<http://jco.ascopubs.org/content/early/2010/11/08/JCO.2010.29.5121.abstract> (consulta: 10 de noviembre de 2010).

González-Pier, Eduardo y otros, 2007, “Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México”, *Salud Pública de México*, vol.49 (1): S37-S52.

Instituto Mexicano de Seguridad Social, 2004, “*Detección y atención integral del cáncer de mama*”, Guía técnica, México.

Hackshaw, A.K., Paul, E.A., 2003, Breast self-examination and death from breast cancer: a meta-analysis, *Br J Cancer*. ;88:1047-53.  
<http://www.nature.com/bjc/journal/v88/n7/full/6600847a.html#Results> (consulta: 18 de noviembre de 2010).

Hansen, Johnni, 2010, "Women with night shift work and breast cancer: the situation in Denmark", *Journal of Epidemiol Community Health*  
<http://jech.bmj.com/content/early/2010/07/14/jech.2009.101691.short?rss=1> (consulta: 11 de noviembre de 2010).

Informe trimestral sobre la situación económica, las finanzas públicas y la deuda pública. Anexo. Indicadores  
<http://www.shcp.gob.mx/InfGub/Paginas/informetrimestralinfgub.aspx> (consulta: 22 de enero de 2011).

Knaul, F.M. y otros, 2009, "El costo de la atención médica del cáncer mamario: el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social", *Salud Pública de México*, 51 (2):S286-S295

Knaul, F.M. y otros, 2009, "Cáncer de mama en México: una prioridad apremiante", *Salud Pública de México*, Vol. 51 (2): 335-344.

Knaul, F.M., López-Carrillo, L. y otros, 2009, "*México Reporte Rosa 2009-2010: cáncer de mama a con-ciencia*", Informe final, México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud.

Flores-Luna, L. y otros, 2008, "Factores pronósticos relacionados con la supervivencia del cáncer de mama", *Salud Pública de México*, Vol.50 (2): 119-125.

López Carrillo, Lizbeth, 2009, "Cáncer mamario: un desafío para la investigación. Los sistemas de salud y la sociedad civil" en Comisión Nacional de los Derechos Humanos *Memoria del foro internacional: La desigualdad entre mujeres y hombres: un obstáculo para el acceso al derecho humano a la salud*, México, pp. 45- 61.

López-Ríos, Olga y otros, 2007, "La epidemia de cáncer de mama en México: ¿Consecuencia de la transición demográfica?", *Salud Pública de México*, Cuernavaca, Vol. 39, n.4: 259-265  
[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36341997000400003](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36341997000400003) (consulta: 15 de noviembre de 2010).

Lozano-Ascencio, R. y otros, 2009, Tendencias del cáncer de mama en América Latina y El Caribe, *Salud Pública de México*,; 51(2):147-156.

Mohar, A. y otros, 2009, "Recursos disponibles para el tratamiento del cáncer de mama en México", *Salud Pública de México*;51 supl. 2:S263-S269.

Neutel, C.I. y otros, 2010, "*Breast cancer incidence and hormone replacement therapy in Canada*",  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Journal+of+the+National+Cancer+Institute%5BJour%5D+AND+2010%5Bpd%5D+AND+De%2C+Prithwish%5Bauthor%5D&cmd=detailsearch> (consulta: 10 de noviembre de 2010).

Nigenda López, Gustavo, 2009, "Barreras para la detección temprana, el diagnóstico y el tratamiento para el cáncer de mama" en Comisión Nacional de los Derechos Humanos *Memoria del foro internacional: La desigualdad entre mujeres y hombres: un obstáculo para el acceso al derecho humano a la salud*, México, pp. 191-201.

NORMA Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama, <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/041SSA202.html> (consulta: 6 de noviembre de 2010).

Ortiz-Rodríguez, S.P. y otros, 2008, "Actividad física y riesgo de cáncer de mama en mujeres mexicanas", *Salud Pública de México*; 50: 126-135.

Romieu, I., Lajous, M., 2009, "The role of obesity, physical activity and dietary factors on the risk for breast cancer: Mexican experience", *Salud Pública de México*; 51 (2): S172-S180.

SSA, 2008, Programa de Acción Específico 2007-2012: Cáncer de Mama, Secretaría de Salud, México.

Torres-Mejía, G., Ángeles-Llerenas, A., 2009, "Factores reproductivos y cáncer de mama: principales hallazgos en América Latina y el mundo", *Salud Pública de México*; 51 (2):S165-S171.

Unger-Saldaña, K., Infante-Castañeda, C., 2009, "Delay of medical care for symptomatic breast cancer: A literature review", *Salud Pública de México*;51(2) :S270-S285.

Valencia-Mendoza, A. y otros, 2009, "Costo-efectividad de políticas para el tamizaje de cáncer de mama en México", *Salud Pública de México*; 51(2): S296-S304.

# Capítulo V

## Programa de planificación familiar y anticoncepción

David M. Meléndez Navarro<sup>151</sup>  
Graciela Freyermuth Enciso

### Resumen ejecutivo

El presente documento muestra los resultados del proceso de diseño e implementación de un sistema de monitoreo de la capacidad de producción de servicios de planificación familiar (PF) y anticoncepción, en una muestra representativa a nivel nacional en las cuatro instituciones más importantes del país: SSA, IMSS, IMSS-O e ISSSTE.

El informe se compone de cinco apartados. El primero de ellos es un capítulo introductorio que permite identificar la importancia del tema, se reconoce como uno de los pocos servicios de salud que se mencionan de manera explícita desde la propia Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; la Ley General de Salud, reglamentos de la Ley General en Salud en materia de prestación de servicios y la Norma Oficial Mexicana (NOM) de servicios de PF 005-SSA-1993 asientan el carácter prioritario y obligatorio, adscribiendo como sujeto de obligación al Estado y estableciendo a los y las ciudadanas como sujetos de derecho. Por otro lado, además de ser un servicio de salud que ineludiblemente debe prestar por mandato constitucional el Estado, también forma parte de los pilares fundamentales para mejorar la salud materna y reducir la mortalidad materna. Se presenta un compendio de cifras y datos que permiten ubicar el estado actual de la PF utilizando como fuentes las últimas encuestas de salud y dinámica demográfica, estableciendo los retos del país y las metas del programa específico en la materia, así como del Programa Nacional de Población. En un segundo apartado se describen las alineaciones jurídica, normativa, institucional y programática del programa a través de los principales instrumentos jurídicos y normativos relacionados, así como de las instituciones involucradas en la rectoría y prestación de los servicios. Para el sexenio gubernamental en curso, este programa no ha sido prioritario, ya que únicamente se le menciona marginalmente en el Programa del Sectorial de Salud (PROSESA) y en el Programa Nacional de Igualdad entre Hombres y Mujeres 2008-2012; por otro lado, hay una muy buena alineación entre el Programa de Acción Específico en Planificación Familiar y Anticoncepción 2007-2012 (PAE-PFA) y el Consejo Nacional de Población (CONAPO). En el tercer apartado se presenta la metodología utilizada para este estudio, señalando su justificación, intervenciones y componentes que se monitorearon y las bases normativas de su integración. En el cuarto se incluyen cuadros resumen de los datos obtenidos de una muestra representativa a nivel nacional de establecimientos de primer nivel y unidades de segundo nivel. Entre

---

<sup>151</sup> Médico cirujano y pasante de maestría en medicina social, formó parte del secretariado técnico del Comité Promotor por una Maternidad Segura en México hasta diciembre de 2010.

los resultados destaca la homogeneidad de la prestación del servicio tanto en primer nivel como en segundo; el mejor desempeño en este programa se encontró en el IMSS-O. Finalmente, se incorporan las recomendaciones dentro de las cuales se presentan algunas modificaciones de leyes y reglamentos, así como de diseño e instrumentales.

## **Introducción**

La PF y el acceso a métodos anticonceptivos de manera informada, libre y oportuna, constituye uno de los servicios básicos de salud establecido en todo el marco jurídico normativo nacional y del Sector Salud. Desde la propia Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud, reglamentos de la Ley General en Salud en materia de prestación de servicios y la Norma Oficial Mexicana (NOM) de servicios de PF 005-SSA-1993, se asienta el carácter prioritario y obligatorio, adscribiendo como sujeto de obligación al Estado y estableciendo a los y las ciudadanas como sujetos de derecho. Por otro lado, además de ser un servicio de salud que ineludiblemente debe prestar por mandato constitucional el Estado, también forma parte de los pilares fundamentales para mejorar la salud materna y reducir la mortalidad materna (Campbell, Graham, 2006). De igual manera, en el Objetivo de Desarrollo del Milenio No. 5 se incorpora dentro de la meta 5.3 el indicador de tasa de uso de anticonceptivos, en la 5.4 la tasa de natalidad para adolescentes y en la 5.6 lo relacionado con la necesidad insatisfecha en materia de PF (PNUD, 2010).

Estos logros tienen sus orígenes en una de las dos políticas que se pusieron en marcha en el siglo XX, que fueron totalmente opuestas y que se plasman en las leyes de población de 1936 y 1974. La primera señalaba como una necesidad el aumento de la población, la cual se resolvería promoviendo la repatriación, la inmigración y el crecimiento natural de la población. Con bajas tasas de crecimiento a principios de siglo XX, se requirieron 50 años para alcanzar tasas tres veces mayores y duplicar la población (1900-1950) (Cervantes, 1939).

En abril de 1972, el gobierno mexicano modifica su postura tradicional en planificación familiar y establece una serie de reformas jurídicas que sientan las bases para el desarrollo de una nueva política. Al Artículo 4º Constitucional se le hace la siguiente adición: "...todos los individuos tienen el derecho de decidir de una manera libre, responsable e informada, acerca del número y espaciamiento de sus hijos." (Palma, 1993).

Un año antes de su incorporación al Plan de Acción Mundial de Población (1974), el gobierno mexicano define sus políticas de población a partir de la promulgación de la Ley General de Población y la creación del Consejo Nacional de Población (CONAPO), organismo de carácter interinstitucional que representa la base de la política de planificación familiar. El CONAPO desde entonces ha tenido a su cargo la planeación demográfica del país, con objeto de incluir a la población en los programas de desarrollo económico y social que se formulen dentro del sector gubernamental y vincular los objetivos de estos con las necesidades que plantean los fenómenos demográficos (Ley General de Población, reformada en 1974). En 1973 se aprueba un nuevo Código Sanitario que derogaba el artículo que prohibía la propaganda y venta de anticonceptivos y se integra la Comisión Interinstitucional de Atención Materno Infantil y Planificación Familiar que tenía como función coordinar las acciones y los programas de cada institución. Estas acciones posibilitaron la posterior integración del programa de



Planificación Familiar al Sector Salud. Desde entonces los diversos Programas de Planificación Familiar han propiciado los cambios en el comportamiento reproductivo.

Por tanto, la instrumentación de un mandato constitucional de tal envergadura se realiza mediante dos instituciones: la Secretaría de Salud (SSA) y el CONAPO.

La SSA en su papel rector como cabeza de sector tiene 31 programas prioritarios denominados Programas de Acción Específicos<sup>152</sup> para temas de alta prioridad del Sector y que deben ser aplicados por todas las instituciones del sistema de salud en todos los niveles de gobierno, considerando su repercusión en la salud de la población y dentro de los cuales se encuentra el Programa de Acción Específico 2007-2012 Planificación Familiar y Anticoncepción (PAE-PFA), con el objetivo general de: “Contribuir a que la población mexicana disfrute de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, mediante servicios de calidad en planificación familiar y anticoncepción, con absoluto respeto a sus derechos y a su libre decisión.”

Por su parte el CONAPO, según las atribuciones de la Ley General de Salud debe: 1) establecer los contenidos y estrategias para el desarrollo de programas de comunicación educativa en materia de planificación familiar y educación sexual (Art. 68, fracción I); 2) establecer políticas para la prestación de servicios de planificación familiar y educación sexual (Art. 68, fracción III y Art. 69); 3) formular el *Programa Nacional de Planificación Familiar* (Art. 70), y 4) asesorar al sistema educativo nacional en la elaboración de programas educativos en materia de planificación familiar y educación sexual (Art. 71).

Actualmente el grupo de mujeres adolescentes y jóvenes, unidas o casadas, es el que registra los índices de necesidad de anticoncepción insatisfecha<sup>153</sup> más elevados con 48.2 y 37.2%, respectivamente Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica (ENADID<sup>154</sup>, 2006), a la vez que la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos que registra es la más baja de todos los grupos de edad. De acuerdo con el CONAPO, este patrón data desde 1997, sin embargo, entre ese año y 2006 lejos de mejorar, se observa un empeoramiento en el comportamiento de ambos indicadores. De hecho, México se ubica como uno de los países de América Latina con menores porcentajes de usuarias de métodos anticonceptivos modernos entre las adolescentes, con cifras por debajo incluso que las registradas en países de menor desarrollo económico como Honduras, Nicaragua y Perú (CONAPO, 2008: 33). Esta situación cobra mayor relevancia si consideramos la estructura demográfica actual del país, caracterizada por la mayor proporción de población joven de la historia [21 millones de jóvenes (15-24 años), de

---

<sup>152</sup> Estos se definen como “Los instrumentos rectores que se han elaborado de manera consensuada, con estrategias sustentadas en las mejores prácticas y en la evidencia científica disponible; para definir la dirección que todas las instituciones y niveles de gobierno deberán seguir para lograr avanzar de manera conjunta y armónica en los principales retos de salud que enfrentan.” Programa de acción de planificación familiar y anticoncepción, 2008, México, SSA, pág. 7: <http://www.spps.salud.gob.mx/interior/programas/programas.html> (consulta: diciembre de 2010).

<sup>153</sup> Proporción de mujeres expuestas a un embarazo, que no utiliza ningún método anticonceptivo a pesar de su deseo de limitar o espaciar su descendencia (ENADID, 2009).

<sup>154</sup> ENADID es la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica realizada por el Consejo Nacional de Población en dos ocasiones, en 2006 y 2009. Los resultados de esta última están disponibles en: [http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=455&Itemid=15](http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=455&Itemid=15), y ofrecen principalmente información sobre el comportamiento sexual y reproductivo de la población mexicana.

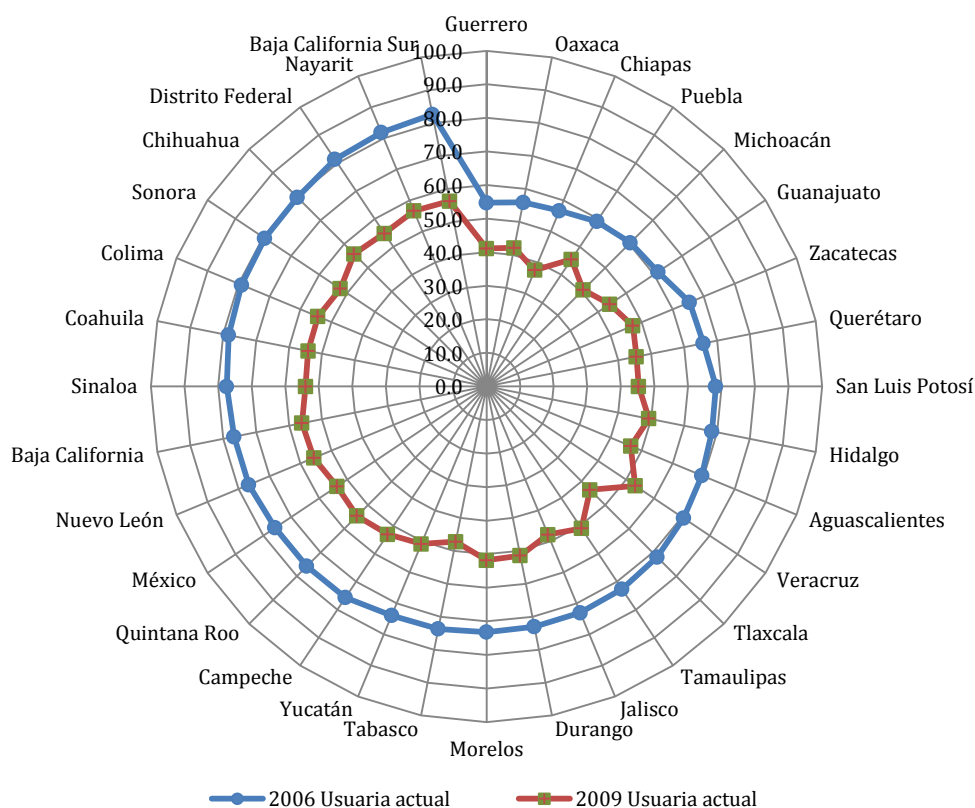


los cuales 11 millones son adolescentes (15-19 años) y 9.8 son adultos jóvenes (20-24 años) (INEGI, 2010)].

Según la ENADID 2009, en México las mujeres tienen en promedio 2.2 hijos durante su vida fértil, sin embargo, existen diferencias importantes entre entidades federativas: mientras en el Distrito Federal la tasa global de fecundidad es de 1.8 hijos por mujer, en Chiapas, Durango y Guerrero ésta asciende a 2.6. Aunado a lo anterior, el conocimiento de al menos un método anticonceptivo es prácticamente universal entre la población femenina (98%), no obstante, apenas 72.5% de las mujeres unidas en edad fértil utiliza alguno. Por entidad federativa se aprecia una gran disparidad, mientras Chiapas registra 55% de usuarias, Sonora alcanza cerca de 80%.

Si comparamos los resultados de uso actual de anticonceptivos y las *nunca usuarias* de las ENADID 2006 y 2009, llama la atención que en todos los estados el número de usuarias es menor en 2009 con respecto a 2006 (21% menor) y las *nunca usuarias* es 21% mayor en 2009 con relación a 2006. El estado en el que más disminuyó el número de usuarias fue Aguascalientes con 28% y en el que la reducción fue menor es Veracruz con 12.6 %. En el caso de las *nunca usuarias* el estado que más incrementó esta cifra fue Tlaxcala con 28% y los que menor incremento presentaron fueron Puebla y Guerrero con 13.6% (Gráficas V.1 y V.2).

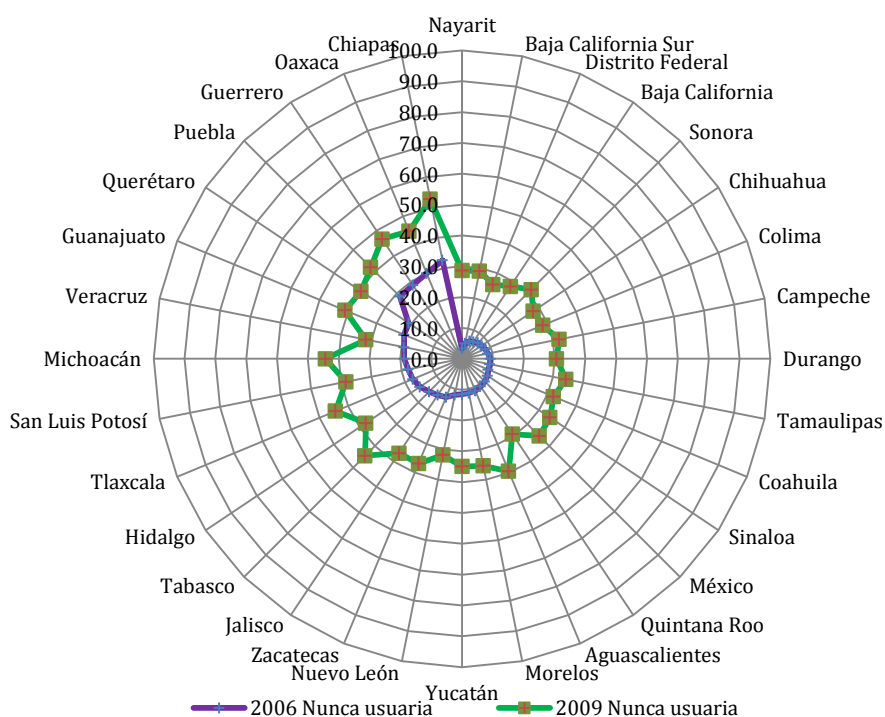
**Gráfica V.1 Distribución porcentual de mujeres de 15 a 49 años unidas, por entidad federativa y condición de uso de métodos anticonceptivos “usuaria actual”, 2006 y 2009**



Fuente: Instituto Nacional de Salud Pública, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2006.

No obstante los elementos normativos y programáticos que enmarcan la relevancia del tema, en los últimos años se ha dado un estancamiento en el avance de esta política; las insuficiencias, inequidades y desigualdades en la materia persisten y las propias instituciones responsables reconocen que: “El porcentaje de mujeres en edad fértil unidas que utilizaba métodos anticonceptivos se elevó de 30.2% en 1976 a 70.9% en el 2006 y para el 2009 es de 72.5%, sin embargo, este avance no ha sido homogéneo en todos los estados, existiendo también diferencias en las áreas urbanas y rurales, así como en el grupo de 15 a 19 años” (CNEGySR, 2010). Estas cifras nos muestran un grave estancamiento en el uso de anticonceptivos, ya que para 2009 el uso de métodos anticonceptivos se incrementó en menos de dos puntos porcentuales con respecto a 2006. Uno de los objetivos de este monitoreo es dar cuenta de los obstáculos y avances en materia de prestación de servicios de este Programa.

**Gráfica V.2 Distribución porcentual de mujeres de 15 a 49 años unidas, por entidad federativa y condición de uso de métodos anticonceptivos "nunca usuaria", 2006 y 2009**



### **Alineaciones jurídica, normativa, institucional y programática del Programa de Acción Específico 2007-2012 de Planificación Familiar y Anticoncepción**

La PF y el acceso a métodos anticonceptivos de manera informada, libre y oportuna, constituye uno de los servicios básicos de salud establecido en todo el marco jurídico normativo del Sector; de igual manera, el papel de coordinación del sistema de salud por parte del ejecutivo federal a través de la SSA se establece desde la propia Constitución, la Ley General de Salud, reglamentos, normas oficiales y programas específicos.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su Artículo 4º del Capítulo I del Título Primero estipula (adicionado en 1972): “Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos” (1917:5).

La Ley General de Salud considera a la PF como uno de los servicios básicos de salud (Artículo 27:12). Un dato relevante es que el Capítulo VI es exclusivo para los servicios de PF en donde se destaca su carácter prioritario, la necesidad de traducción a lenguas indígenas en las regiones habitadas por población originaria y el papel rector de la SSA:

“La planificación familiar tiene carácter prioritario” (Artículo 67: 19).

“En materia de planificación familiar, las acciones de información y orientación educativa en las comunidades indígenas deberán llevarse a cabo en español y en la lengua o lenguas indígenas en uso en la región o comunidad de que se trate” (*Op. cit.*, p. 19).

“La Secretaría de Salud coordinará las actividades de las dependencias y entidades del Sector Salud para instrumentar y operar las acciones del programa nacional de planificación familiar que formule el Consejo Nacional de Población, de conformidad con las disposiciones de la Ley General de Población y de su Reglamento, y cuidará que se incorporen al programa sectorial” (Artículo 70:20) (subrayado nuestro).

El Reglamento de la Ley General de Salud, en el Artículo 118 del Capítulo VI en materia de prestación de servicios de atención médica, establece la obligación de las instituciones del Sector Salud y de los sectores social y privado de proporcionar servicios de PF.<sup>155</sup> Es preciso señalar que el Reglamento omitía hasta enero del 2011 el tema acerca de dónde se pueden solicitar los servicios de PF y no establecía la provisión de los métodos de manera gratuita, limitándose a la gratuidad de los servicios de información, orientación y “motivación”. Sin embargo, se otorga al CONAPO el mandato de difundir el carácter gratuito de estos servicios en las instituciones públicas de salud. En la última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 19-01-2011 se señala que: “la información y los servicios de salud, educación y demás similares, que estén relacionados con programas de planificación familiar, serán gratuitos cuando sean prestados por dependencias y organismos del sector público. Señalando la gratuidad del servicios pero no de la provisión de los métodos anticonceptivos<sup>156</sup>”.

Contradictoriamente a la reglamentación existente y al carácter prioritario que le otorga, en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 se hace una mención muy marginal en la Estrategia 6.1, página 169, donde se refiere que: “[...] emprenderá una

---

<sup>155</sup> A la letra dice: “Será obligación de las instituciones de los sectores público, social y privado proporcionar de manera gratuita dentro de sus instalaciones, los servicios en los que se incluya información, orientación y motivación respecto a la planificación familiar, de acuerdo a las Normas Técnicas que emita la Secretaría.”

<sup>156</sup> DOF 19-01-2011 capítulo segundo, Política de Planificación Familiar, en su apartado II, artículo 16.

estrategia integral que identifique y privilegie a los grupos con mayor rezago, que asegure la disponibilidad de insumos de calidad para la prestación de los servicios de salud de planificación familiar y anticoncepción, que fortalezca la competencia técnica del personal de salud, que eduque a cada segmento de la población.”

### ***El papel rector del sistema de salud por parte de la SSA***

La Ley General de Salud reconoce la diversidad de instituciones dentro del sistema de salud<sup>157</sup> constituido por dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, y personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud. De acuerdo con su Artículo 7º la entidad responsable de la coordinación del Sistema Nacional de Salud es la SSA (*Op. cit.*, p. 4); en su Artículo 13 del Capítulo II la Ley reitera que “corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud dictar las normas oficiales mexicanas a que quedará sujeta la prestación, en todo el territorio nacional, de servicios de salud en las materias de salubridad general y verificar su cumplimiento”(*Op. cit.*, p. 6) (subrayado nuestro).

La Norma Oficial Mexicana dictada en la materia por la SSA es la NOM 005-SSA2-1993 de los Servicios de Planificación Familiar (con la última modificación publicada el 21 de enero de 2004). No obstante que la responsable de emitir la NOM es la SSA, existe una Ley Federal sobre Metrología y Normalización que establece en el Artículo 51 que las NOM tienen una vigencia de cinco años a partir de su entrada en vigor, periodo durante el cual deberán someterse a revisión o, en caso contrario, perderán su vigencia (Ley Federal sobre Metrología y Normalización: 18). Este hecho lo reconoce la propia SSA y lo advierte en su manual de organización (SSA, 2006:37). Es decir que esta NOM por su antigüedad ya ha perdido su vigencia y por tanto requiere de actualización y no se encuentra alineada con la NOM 046 que incluye a la anticoncepción de emergencia (AE) en casos de violación sexual. Por otro lado, los métodos que se ofertan y las indicaciones que marca la NOM en la materia muestran concordancia con las guías y recomendaciones emitidas por las organizaciones internacionales que tienen el liderazgo en el tema de PF:

- The World Health Organization, Family Health Division.
- The World Health Organization, Special Program of Research, Development and Research Training in Human Reproduction.
- Family Health International.
- International Planned Parenthood Federation.
- The Population Council.
- Pathfinder International.
- Engender Health.
- The Family Planning Service Expansion and Technical Support Project.
- Social Marketing Project.
- John Snow, Inc.
- The Enterprise Program.

---

<sup>157</sup> “...por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud” (*Op. cit.*, p.4).

- Family Planning International Assistance.

### ***Programa Nacional de Igualdad entre Hombres y Mujeres 2008-2012 (PROIGUALDAD)***

El Programa Nacional de Igualdad entre Hombres y Mujeres 2008-2012 del Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) no hace mención específica a la PF ni a la anticoncepción. En su Línea de Acción 5.3.3 de la Estrategia 5.3,<sup>158</sup> cuando se abordan los programas de “salud reproductiva” hace mención de otros programas específicos como Arranque Parejo en la Vida, pero al de PF y anticoncepción no se alude,<sup>159</sup> lo cual es de llamar la atención, ya que una de las reivindicaciones del movimiento feminista desde la década de los sesenta ha estado relacionada con el control de las mujeres sobre sus cuerpos y su reproducción. Por otra parte, en cuanto a la población indígena en particular, en el apartado 2.2.6 se establece “promover y difundir, en coordinación con las autoridades competentes, en las comunidades indígenas los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, haciendo partícipes a los hombres y a las comunidades de su respeto y ejercicio.”

### ***Programa Sectorial de Salud 2007-2012***

En este documento no se hace referencia alguna al tema de PF, de hecho, no es tomado en consideración como un indicador estratégico del Sector, a diferencia de la mortalidad materna y el cáncer cervicouterino que se hacen explícitos en el documento. Lo único relacionado con el tema se encuentra expuesto en la Estrategia 2, en su Línea de Acción 2.7<sup>160</sup> la cual se refiere, en términos generales, a la promoción de la salud sexual y reproductiva de manera responsable. Llama la atención que el término salud reproductiva sólo aparece en una ocasión en el documento, en la página antes citada. No obstante, el Programa Sectorial de Salud reconoce que las funciones sustantivas del Sistema Nacional de Salud son:

La rectoría efectiva,  
La prestación de servicios con calidad y seguridad,  
El financiamiento equitativo y sostenible, y  
La generación de recursos suficientes y oportunos.

---

<sup>158</sup> “Estrategia 5.3. Mejorar la salud de las mujeres, aumentando la cobertura y calidad de los servicios...”

5.3.3. Fortalecer los programas de Arranque Parejo en la Vida, Cáncer Cérvico-uterino, Cáncer Mamario y Salud Reproductiva, involucrando la participación de los hombres, a fin de alcanzar las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio” (PROIGUALDAD:62).

<sup>159</sup> *Ibidem.*

<sup>160</sup> “Estrategia 2. Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud y prevención y control de enfermedades...”

2.7 Promover la salud sexual y reproductiva responsable” (PROSESA, 2007-2012:21).

Uno de los retos que el Programa plantea es precisamente la ausencia de un sistema integrado de información del Sector Salud.<sup>161</sup>

### ***Programa Nacional de Población 2008-2012 del CONAPO***

Como se mencionó en el marco introductorio, la Ley General de Población, en su Artículo 3, asigna a la Secretaría de Gobernación la responsabilidad de adecuar los programas de desarrollo socioeconómico a las necesidades planteadas por el cambio demográfico y realizar programas de planeación familiar a través de los servicios educativos y de salud pública. Su instrumento es el CONAPO que, en el Programa Nacional de Población, emite una línea estratégica:

Línea estratégica 4. Apoyar las acciones orientadas a ampliar el acceso y mejorar la calidad de los servicios de planificación familiar. Por su carácter normativo se encarga de la promoción y evaluación de la política.

Con las siguientes líneas de acción:

- Promover el seguimiento de las usuarias y los usuarios de métodos anticonceptivos, que favorezca la continuidad en el uso, el cambio de método o la interrupción del mismo, de acuerdo con las necesidades y preferencias reproductivas de la persona.
- Promover que en el Sistema Nacional de Salud todas las embarazadas –y sus parejas– reciban consejería y una oferta de anticoncepción post-evento obstétrico de calidad y que responda a las necesidades de las personas, con pleno respeto a sus preferencias y convicciones.
- Contribuir al fortalecimiento del abasto adecuado de métodos anticonceptivos y de los insumos y materiales necesarios para la prestación de los servicios de PF.
- Difundir entre la población el carácter gratuito de los servicios de PF en las instituciones públicas de salud.
- Atender de manera efectiva y oportuna la necesidad insatisfecha de métodos de PF, con énfasis en adolescentes, grupos indígenas, población rural, áreas urbano-marginadas y entidades federativas con mayor rezago en nuestro país (Programa Nacional de Población 2008-2012:68).

El 7 de enero de 1974 se publicaron en el Diario Oficial de la Federación las reformas y adiciones a la Ley General de Población y por disposición de esta Ley fue instalado el 27 de marzo del mismo año el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2010) que, por mandato de la Ley General de Población, tiene la misión de regular los fenómenos que afectan a la población en cuanto a su volumen, estructura, dinámica y distribución en el territorio nacional, con el fin de lograr que ésta participe justa y equitativamente de los beneficios del desarrollo económico y social. En su Programa

---

<sup>161</sup> Indicando que “se requiere el fortalecimiento y optimización de los sistemas de captura, registro y difusión de la información que generan las actividades del sector” (Programa Sectorial de Salud:25).



Nacional de Población 2008-2012, CONAPO establece para el tema las siguientes metas:

| <b>Metas del Plan Nacional de Población 2008-2012</b>                                                                                                                                                                                                            | <b>Línea base 2006</b> | <b>Meta 2012</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------|
| Reducir la brecha de prevalencia anticonceptiva existente entre las poblaciones rural y urbana (58.1 y 74.6%, respectivamente) en cuatro puntos porcentuales con respecto a la registrada en 2006.                                                               | 16%                    | 12%              |
| Reducir el promedio de la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos en, al menos 16%, en los estados de Guerrero, Chiapas, Puebla, Oaxaca, Guanajuato y Michoacán entre 2006 y 2012.                                                                     | 20%                    | 16%              |
| Reducir el promedio de la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos en, al menos 12%, en los estados de Tlaxcala, San Luis Potosí, Hidalgo, Veracruz, Zacatecas, Querétaro, Aguascalientes, Durango, México, Jalisco y Tabasco durante el mismo periodo. | 13.4%                  | 11.7%            |
| Incrementar en cuatro puntos porcentuales la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en las mujeres en edad fértil entre 2006 y 2012.                                                                                                                      | 70.9%                  | 75%              |
| Reducir la tasa específica de fecundidad en adolescentes, a 58 nacimientos por mil mujeres de 15 a 19 años de edad en 2012.                                                                                                                                      | 63                     | 58               |
| Reducir en ocho puntos porcentuales el nivel de la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos en las mujeres adolescentes entre 2006 y 2012.                                                                                                              | 36%                    | 28%              |
| Abatir a la mitad la proporción de mujeres hablantes de lengua indígena en edad fértil que desconoce algún método anticonceptivo, respecto a la registrada en 2006.                                                                                              | 19%                    | 9%               |

El propio CONAPO señaló en el 14 Congreso de Investigación en Salud Pública, que diversos diagnósticos han arrojado (CONAPO, 2011):

1. *Estancamiento del programa en la década pasada.*
2. *Deficiencias en la calidad de la información proporcionada a las usuarias.*
3. ***El escaso y poco eficiente “aterrizaje” de la perspectiva transversal de género en la política pública y los servicios proporcionados en materia de planificación familiar, de los cuales los hombres se encuentran prácticamente ausentes.***
4. ***Condiciones altamente heterogéneas de los principales indicadores con respecto al ámbito geográfico.***
5. ***Fuertes rezagos –de alrededor de 20 ó 30 años- en el uso de métodos anticonceptivos en zonas rurales, indígenas y grupos sin escolaridad (características que frecuentemente se presentan de manera simultánea, planteando escenarios de desventajas acumuladas).***



**6. Impactos menores de las acciones públicas en la materia entre las adolescentes, grupo prioritario en el cual se ha avanzado poco.**

Es decir, acepta el rezago que tiene la propia institución en esta materia.

***Programa de Acción Específico en Planificación Familiar y Anticoncepción 2007-2012 (PAE-PFA)***

Como se ha señalado, el sistema de salud mexicano encabezado por la SSA define 31 programas de acción específicos que abordan diversos problemas de salud prioritarios con base en diversos criterios como la carga de morbilidad, mortalidad y su impacto social y económico para el país.

Es importante destacar el carácter consensuado que tienen los programas sustantivos y las normas oficiales mexicanas. En el caso de la PF, tanto en la elaboración de los programas como en el diseño y actualizaciones, revisiones o modificaciones a las normas oficiales mexicanas, han estado presentes las principales instituciones públicas prestadoras de servicios, incluyendo las de interés para este estudio (IMSS, ISSSTE y, desde luego, SSA) además, el propio programa específico en la materia estipula en la línea de acción 7.1: “Establecer acuerdos interinstitucionales e intersectoriales de colaboración en particular con CONAPO, IMSS, ISSSTE, CDI, SEDESOL” (PAE-PFA, 2007–2012:32).

Dentro de los objetivos del PAE-PFA se establece:

- Promover y difundir a la población los beneficios de la PF y la anticoncepción mediante acciones de promoción de la salud, dirigidas a lograr el ejercicio de una sexualidad responsable y protegida, en un marco de respeto a los derechos de las personas y con perspectiva de género.
- Proporcionar servicios de PF y anticoncepción de calidad, con una amplia oferta de métodos anticonceptivos modernos y suficientes, para que hombres y mujeres puedan decidir libre y responsablemente sobre el método anticonceptivo que mejor cumpla sus expectativas.
- Disminuir la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos mediante la oferta sistemática de metodología anticonceptiva, con énfasis en población con mayor rezago como adolescentes, indígenas y población rural.
- Fortalecer la capacidad técnico-administrativa del personal de salud para la prestación de los servicios de PF y anticoncepción.
- Incrementar la participación del hombre en la toma de decisiones reproductivas y el uso de métodos anticonceptivos.
- Fortalecer la coordinación interinstitucional a fin de homologar la capacitación, el sistema de información, el monitoreo y la evaluación del Programa para que favorezca la toma de decisiones, primordialmente en el aseguramiento del abasto y la mejora en el acceso y la prestación de servicios de PF y anticoncepción.

Y se instauran las siguientes metas:

1. Aumentar para 2012 la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos a 75%, en mujeres en edad fértil unidas.

2. Disminuir la brecha entre población rural-urbana de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos para 2012 en cuatro puntos porcentuales, con respecto a la brecha de 16.5% estimada para 2006.

3. Abatir a la mitad el desconocimiento de métodos anticonceptivos en población hablante de lengua indígena del país, respecto al registrado en 2006.

4. Reducir el nivel de demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil unidas en 20%, entre 2006 y 2012, en los estados de Guerrero, Chiapas, Puebla, Oaxaca, Guanajuato y Michoacán.

5. Reducir el nivel de demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil unidas en al menos 12%, en los estados de Tlaxcala, San Luis Potosí, Hidalgo, Veracruz, Zacatecas, Querétaro, Aguascalientes, Durango, Estado de México, Jalisco y Tabasco.

6. Alcanzar 70% de cobertura nacional en anticoncepción post-evento obstétrico en los hospitales prioritarios que atienden la mayor parte de los eventos obstétricos.

7. Incrementar en 100% para 2012, el número de vasectomías realizadas en el periodo 2001-2006.

Tanto las normas oficiales mexicanas como los programas específicos, los lineamientos técnicos y las Guías de Práctica Clínica<sup>162</sup> sintetizan los servicios tangibles mínimos que tendrían que estar disponibles en los establecimientos públicos de atención a la salud.

Existe una alineación entre el CONAPO y el PAE-PFA, que pueden considerarse las dos instituciones responsables de la puesta en marcha de este Programa. Para el Plan Nacional de Desarrollo esta problemática es marginal, lo que se refleja en la ausencia de este tema en el PROSESA y el Programa PROIGUALDAD, quizás por ello este Programa ha sufrido un estancamiento en los últimos años.

### ***Alineación institucional del IMSS e ISSSTE con el marco jurídico, normativo y programático***

El apartado anterior abordó el marco jurídico, normativo y programático de la PF. A continuación se presenta un ejercicio de revisión para observar si los subsistemas de atención bajo estudio (IMSS e ISSSTE) presentan una alineación programática en sus documentos y/o protocolos, normas o manuales de procedimientos.

---

<sup>162</sup> La elaboración de las Guías de Práctica Clínica es una iniciativa de la SSA por medio del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, que pretende mejorar la calidad y seguridad en la atención médica mediante protocolos de atención basados en evidencias y consensuados con los diversos organismos prestadores de servicios de atención médica: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/subdir\\_gpc.html](http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/subdir_gpc.html)

### ***Planificación Familiar y anticoncepción en el IMSS y el Programa Nacional de Desarrollo 2007-2012***

El IMSS tiene una estrategia denominada PREVENIMS que se materializa en los programas integrados de salud, a través de guías técnicas para grupos de edad diferenciados por sexo; los temas de salud reproductiva y específicamente el de PF se abordan en las guías técnicas de mujeres de 20 a 59 años y en el de adolescentes de 10 a 19 años de edad.<sup>163</sup> Dichas guías técnicas contienen información dirigida al personal de salud y son parte de una “estrategia para el otorgamiento de programas integrados de salud, que pretende unificar y sistematizar criterios y procedimientos para la entrega de servicios educativos y preventivos en todas las áreas sustantivas de la salud” (Guía Técnica, Mujeres de 20 a 59 años de edad). Sin embargo, no se tiene un documento escrito o al menos no se encuentra disponible para el público en general<sup>164</sup> en donde se observe un marco general del Programa, es decir, con metas, estrategias y lineamientos. El Programa de PF forma parte de las actividades del marco lógico del Programa Presupuestario E008, cuyo propósito es disminuir la mortalidad materna. Para estas actividades se establecen dos indicadores: uno de ellos es el logro de aceptantes de métodos anticonceptivos en relación con la meta programada en primer nivel y el segundo es el de protección anticonceptiva post-evento obstétrico. Adicionalmente, el IMSS cuenta con un número importante de actividades a fin de ofertar los métodos anticonceptivos tanto para población asegurada como para población SP/abierta, a través de módulos urbanos, rurales y comunitarios y durante la consulta médica; éste es un aspecto fundamental de colaboración interinstitucional que se expone en la NOM 005 y podemos considerar que se encuentra alineado a la misma.

Los documentos técnicos y de información disponible están alineados con el Programa Nacional de Desarrollo “Estrategia 6.1<sup>165</sup> Promover la salud reproductiva y la salud materna y perinatal, así como la prevención contra enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, y otras enfermedades asociadas al rezago social que persiste en la sociedad.”

### ***PF y anticoncepción en el IMSS y el Programa de acción específico de PF y Anticoncepción 2007-2012***

Como precisamos anteriormente, no existe un programa como tal. En el portal del IMSS se encuentra vasta información sobre los métodos anticonceptivos que se ofertan y una de las principales fortalezas que presenta es que muestra varios métodos anticonceptivos como es el caso de la anticoncepción de emergencia (AE), con énfasis en que “Aunque no tengas derecho al Seguro Social, también puedes obtenerla en las unidades del IMSS”,<sup>166</sup> lo cual coincide con uno de los principales objetivos del programa de acción

---

<sup>163</sup> <http://www.imss.gob.mx/programas/prevenimss/mujeres.htm>

<sup>164</sup> Estos documentos normativos fueron solicitados formalmente por CIESAS y el Instituto Nacional de las Mujeres desde julio de 2010.

<sup>165</sup> “Para avanzar en salud reproductiva se emprenderá una estrategia integral que identifique y privilegie a los grupos con mayor rezago, que asegure la disponibilidad de insumos de calidad para la prestación de los servicios de salud de planificación familiar y anticoncepción, que fortalezca la competencia técnica del personal de salud, que eduque a cada segmento de la población.” (Programa Nacional de Desarrollo 2007-2012:169).

<sup>166</sup> [http://www.imss.gob.mx/salud/Mujer/anticonceptivos/pildora\\_emergencia.htm](http://www.imss.gob.mx/salud/Mujer/anticonceptivos/pildora_emergencia.htm)

específico que es el de proporcionar servicios de PF y anticoncepción.<sup>167</sup> Además, la División de Salud Reproductiva tiene vigente su normatividad, que incluye la "Norma que establece las disposiciones para otorgar servicios de planificación familiar en las unidades médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social" y el "Procedimiento de planificación familiar en las unidades médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social" con sus respectivos anexos, en donde se establecen las bases para realizar las actividades correspondientes por nivel de atención y personal directivo y operativo, quienes deben apegarse al contenido descrito en estos documentos.

Dentro de la información disponible para profesionales de la salud del IMSS se cuenta con un compendio de normas oficiales mexicanas, dentro de las cuales se encuentra la NOM-005-SSA2-1993.<sup>168</sup>

### ***Cobertura y focalización del programa de PF y anticoncepción***

El sitio oficial del IMSS tiene un apartado denominado "Estadísticas de salud"<sup>169</sup> el cual omite los servicios de PF y anticoncepción. No obstante, en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) 2010, en la información cualitativa, se señala que uno de sus indicadores para PF y salud materna es la disminución de la tasa de partos. En agosto de 2010 la tasa de partos por mil mujeres en edad fértil fue de 45.4, inferior a la registrada en el año 2009 de 51.6. En sus metas de cobertura mencionan que las acciones anticonceptivas postparto y transcesárea se incrementaron a 82.8%, cifra superior a la de 2009 que fue de 79.6%; anticoncepción postaborto para 2010 85.8%, ligeramente superior al registrado en 2009 que fue de 83.3%; todas estas comparaciones en relación con el mismo periodo en ambos años. La distribución de las aceptantes por tipo de método del ámbito urbano se mantuvo en niveles similares al año anterior (el uso de dispositivo intrauterino es de 44.0% y de métodos definitivos 21.7%) (SHCP, 2010). No hay una alineación en la presentación de las metas que se pretende alcanzar y definidas por el CONAPO y por la SSA en su PAE-PFA (cfr. págs. 229, 230 y 231).

### ***PF y anticoncepción en el ISSSTE y su alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012***

Los servicios de PF en el ISSSTE se encuentran dentro de las acciones de promoción de la salud como lo indica el Plan Rector para el Mejoramiento de la Infraestructura y los Servicios de Salud.<sup>170</sup> Sin embargo, no se tiene un documento que incluya el programa específico, en donde se observe un marco general del programa, objetivos, metas,

---

<sup>167</sup> "Proporcionar servicios de planificación familiar y anticoncepción de calidad con una amplia oferta de métodos anticonceptivos modernos y suficientes para que hombres y mujeres puedan decidir libremente y responsablemente sobre el método anticonceptivo que mejor cumpla sus expectativas" (Programa de acción específico en planificación familiar y anticoncepción 2007-2012:28).

<sup>168</sup> El nombre del documento es "Compendio de normas oficiales mexicanas sobre el derecho a la protección social en salud" disponible en: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/62EE8DFB-D462-4653-AEBC98078EEC6FE6/0/CompendioNormasParte1.pdf>

<sup>169</sup> En: <http://www.imss.gob.mx/dpm/dties/Indice.aspx?Srv=M00-1&OPC=opc04>

<sup>170</sup> "La promoción de la salud y la prevención de enfermedades es una prioridad del Instituto. Las actividades en esta materia deben ser una oferta explícita para los derechohabientes, de tal manera que se promueva la atención de personas aparentemente sanas para incrementar los procedimientos preventivos que incluyen campañas de orientación, iniciativas para el control de riesgos, programas de vacunación y oferta de anticonceptivos."

estrategias y lineamientos de PF y/o anticoncepción. Los únicos documentos rectores disponibles son el Plan Rector citado y el Programa de Trabajo 2010.<sup>171</sup> No obstante, el Plan Rector y el Programa de Trabajo<sup>172</sup> promueven la salud reproductiva y, de esa manera, sí están alineados con el Plan Nacional de Desarrollo en la estrategia 6.1.

### ***PF y anticoncepción en el ISSSTE y la NOM 005***

No se cuenta con un programa específico y, sin embargo, una respuesta emitida por la dirección médica del ISSSTE en el oficio 1738/2010 sobre los programas, expone que los servicios se brindan a toda población que demande la atención, de tal manera que éste es un aspecto fundamental de colaboración interinstitucional que se expone en la NOM 005 y podemos considerar que se encuentra alineado a la misma.

### ***ISSSTE, cobertura y focalización del programa de PF y anticoncepción***

El ISSSTE ha incrementado en 51.2%, durante 2009, el número de usuarios nuevos con respecto a 2006; se han realizado 1,721 vasectomías y se han otorgado condones a 119,746 usuarios, lo que representa 96% más que durante 2006.<sup>173</sup> En cuanto a las mujeres, se han realizado 11,490 salpingoclasias u oclusiones tubarias bilaterales (OTB) en 2009, también ha obtenido un incremento de 10% de usuarias nuevas de métodos hormonales y dispositivos. Por lo anterior, concluye que ha tenido un promedio de 13% más de usuarias(os) activas(os) en 2009 respecto de 2006 y dictamina que ha logrado una cobertura de 69% de 1'658,327 mujeres en edad fértil unidas con un método anticonceptivo; sin embargo, no expone la cantidad de mujeres en edad fértil unidas que utiliza un anticonceptivo.

Sin embargo, a pesar de que esta institución señala logros en sus metas en el PEF 2010, los resultados publicados en los informes trimestrales de Hacienda señalan una baja cobertura de anticoncepción post-evento obstétrico, ya que para el tercer trimestre de 2010 solamente se reportó un avance de 33% (SHCP, 2010:211).

## ***Metodología***

Como se señaló en el capítulo introductorio, el presente monitoreo se planteó realizar un análisis sistemático -mediante trabajo de campo y de gabinete- de la operación de un número de paquetes de intervenciones contruidos a partir de los programas de acción específicos -en este caso del Programa de Acción Específico 2007-2010 de Planificación Familiar y Anticoncepción-, en los servicios de salud públicos disponibles para población femenina no asegurada y asegurada. Es importante subrayar que para la definición de las intervenciones que compone cada paquete y los insumos que se requieren por tipo de unidad de salud se consultaron otros instrumentos normativos auxiliares, tales como:

### **Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud.**

---

<sup>171</sup> Disponible en: [http://sgm.issste.gob.mx/medica/programa\\_de\\_trabajo/prog2010.pd](http://sgm.issste.gob.mx/medica/programa_de_trabajo/prog2010.pd)

<sup>172</sup> “Promover la salud reproductiva y la salud materna y perinatal, así como la prevención contra enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, y otras enfermedades asociadas al rezago social que persiste en la sociedad.” (PND, 2007:169) PF y anticoncepción en el ISSSTE con el Programa de Acción Específico de Planificación Familiar y Anticoncepción 2007-2012.

<sup>173</sup> En respuesta del oficio 1738/2010.33

Norma Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

### *Los paquetes de intervenciones o componentes del Programa*

Derivadas del marco jurídico, normativo y programático se destacan cuatro funciones (intervenciones esenciales) (Cuadro V.1): una primera función se denomina de **promoción**<sup>174</sup> e integra las acciones de información, educación y capacitación respecto a la PF y anticoncepción. Por otro lado, un elemento inherente a la oferta lo constituye la **consejería**<sup>175</sup>, que sintetiza la relación entre usuaria(o) y asesor (consejero) técnico. La norma y el programa de acción establecen este eslabón como una piedra angular en tanto posibilita que las(os) usuarias(os) tengan acceso a información más detallada cara a cara, de tal manera que se logren satisfacer las necesidades de información para que, a su vez, ejerzan una decisión libre e informada.

Ahora bien, una vez tomada la decisión de utilizar un método anticonceptivo se procede a su selección. Para esta decisión es fundamental, como se señaló, la consejería y para ello se utiliza el apoyo técnico. Sin embargo, para ejercer el derecho se requiere de la disponibilidad oportuna y el otorgamiento pleno del método, así el tercer paquete estaría enfocado a identificar la **disponibilidad**. El cuarto paquete, **anticoncepción post-evento obstétrico (APEO)**, se justifica por la necesidad de mejorar el acceso a los métodos de PF a mujeres en el postparto y evitar embarazos con un corto periodo intergenésico (tiempo transcurrido entre cada embarazo) y, de esa manera, reducir riesgos obstétricos.

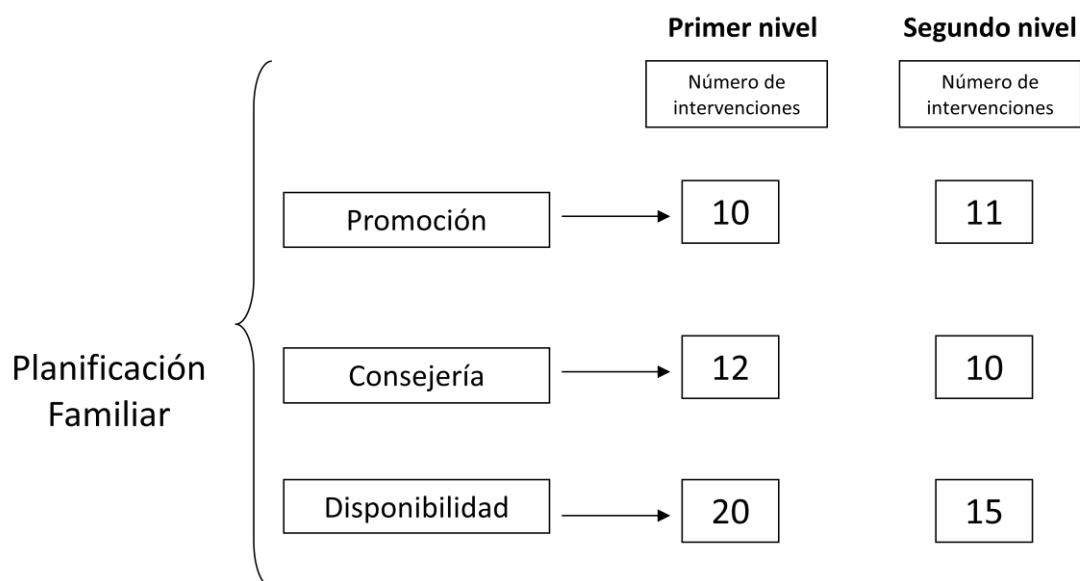
---

<sup>174</sup> La NOM 005, en el numeral 5.2, establece que “la promoción y difusión de los servicios de planificación familiar se deben efectuar a través de acciones de comunicación en medios masivos, participación social y comunitaria, técnicas grupales, entrevistas personales, y visitas domiciliarias para dar a conocer la importancia de la práctica de la planificación familiar para la salud”.

<sup>175</sup> La NOM 005 en su numeral 5.4 señala: “Proceso de análisis y comunicación personal entre los prestadores de servicios y los usuarios potenciales y activos, mediante el cual se brindan a los solicitantes de métodos anticonceptivos, elementos para que puedan tomar decisiones voluntarias, conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva, así como para efectuar la selección del método mas adecuado a sus necesidades individuales y así asegurar un uso correcto y satisfactorio por el tiempo que se desea la protección anticonceptiva”



## Paquetes de Intervención



**1. Promoción de la PF** a población en general en establecimientos de salud. Este paquete tiene como propósito garantizar que la población en general, que acude regularmente a los establecimientos de salud, reciba de manera sistemática información y educación sobre anticoncepción y PF.

| Cuadro V.1 Promoción de PF                                                                                  | Primer nivel | Segundo nivel |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------|
| Material impreso o de difusión que contenga información sobre promoción de PF                               | X            | X             |
| Material impreso o de difusión que contenga información sobre métodos anticonceptivos                       | X            | X             |
| Material que contenga información sobre promoción de PF en lenguas indígenas (25 regiones de la CDI)        | X            | X             |
| Material audiovisual (videos) que promocioenen la PF                                                        | X            | X             |
| Audios en español que aborden información sobre métodos anticonceptivos                                     | X            | X             |
| Audios que promocioenen la PF en lenguas indígenas (25 regiones de la CDI)                                  | X            | X             |
| TV funcionando y transmitiendo temas de salud (no satisfactorio cuando se transmite programa ajeno a salud) | X            | X             |
| Equipo de audio funcionando                                                                                 | X            | X             |
| Disponibilidad de cartas descriptivas de pláticas sobre métodos anticonceptivos                             | X            | X             |
| Personal responsable de promoción de PF en salas de espera o extramuros                                     | X            | X             |
| TV en sala de espera funcionando y transmitiendo temas de salud                                             |              | X             |
| Número total de intervenciones                                                                              | 10           | 11            |



**2. Consejería** a toda la población interesada. Todas las mujeres y hombres que desean recibir mayor información para decidir, de manera informada y libre la utilización de algún método de PF, reciben consejería en la materia, para ello se seleccionaron intervenciones que den cuenta de las habilidades de los prestadores de servicios de otorgar esta consejería y atención.

| <b>Cuadro V.2 Consejería en PF</b>                                                                                          | <b>Primer nivel</b> | <b>Segundo nivel</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|
| Turnos de atención en que se brindan servicios de PF                                                                        | X                   | X                    |
| Muestrario que contenga físicamente: a) hormonales, b) Anticoncepción de emergencia (AE), c) condones, d) implante, e) DIU. | X                   | X                    |
| NOM-005 disponible en el consultorio en donde se brinda la consejería                                                       | X                   | X                    |
| Manuales sobre indicaciones/contraindicaciones de métodos anticonceptivos                                                   | X                   | X                    |
| Formatos de historia clínica                                                                                                | X                   | X                    |
| Formatos de solicitud de toma de Papanicolaou                                                                               | X                   | X                    |
| Formatos de consentimiento informado para pacientes que optan por métodos anticonceptivos                                   | X                   |                      |
| Otorgamiento de la AE a una usuaria menor de edad si la solicita                                                            | X                   | X                    |
| Número de horas después de la relación sexual en que se les ofrecen las AE                                                  | X                   | X                    |
| Indicación para la toma de tabletas con estradiol en el supuesto que no tenga AE                                            | X                   | X                    |
| Oferta de anticonceptivos a las y los adolescentes que atienden                                                             | X                   |                      |
| Métodos anticonceptivos que se ofertan regularmente a las y los adolescentes                                                | X                   |                      |
| Pláticas de PF en la lengua indígena de las y los usuarios                                                                  |                     | X                    |
| Número total de intervenciones                                                                                              | 12                  | 10                   |

**3. Disponibilidad de métodos anticonceptivos.** Mujeres y hombres que no desean tener hijos tienen acceso a métodos anticonceptivos. Tiene como propósito concentrar los condicionantes que permiten a cualquier persona solicitar métodos anticonceptivos, seleccionarlos, que se le prescriban y que se los otorguen o apliquen.

| <b>Cuadro V.3 Disponibilidad de métodos anticonceptivos</b>                                   | <b>Primer nivel</b> | <b>Segundo nivel</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|
| Anticonceptivos orales combinados: etinil estradiol o mestranol + noretisterona               | X                   | X                    |
| Anticonceptivos orales de sólo progestina: levonorgestrel 30 mcg o linestrenol 0.5 mg         | X                   | X                    |
| Anticonceptivos inyectables combinados: cipionato de estradiol o + enantato de noretisterona  | X                   | X                    |
| Anticonceptivos inyectables solos: enantato de noretisterona o acetato de medroxiprogesterona | X                   | X                    |
| Anticoncepción de emergencia: levonorgestrel 0.75 mg                                          | X                   | X                    |
| Anticonceptivos subdérmicos: implanón                                                         | X                   | X                    |
| DIU                                                                                           | X                   | X                    |
| Condón masculino                                                                              | X                   | X                    |
| Condón femenino                                                                               | X                   | X                    |
| Formato de autorización firmada para OTB                                                      | X                   | X                    |
| Hoja de referencia para OTB a hospital                                                        | X                   |                      |
| Hospital de referencia para las mujeres que deciden la OTB                                    | X                   |                      |
| Atención de pacientes referidas para realizarse OTB                                           | X                   | X                    |
| Pago del traslado al hospital cuando son referidas para realizarse la OTB                     | X                   |                      |
| Formato de autorización firmada para vasectomía                                               | X                   | X                    |
| Referencia de hombres que deciden la vasectomía                                               | X                   |                      |
| Atención de hombres referidos para realizarse la vasectomía                                   | X                   | X                    |
| Pago del traslado de los hombres que refieren para vasectomía                                 | X                   |                      |
| Histerómetro                                                                                  | X                   | X                    |
| Pinza Pozzi                                                                                   | X                   | X                    |
| Número total de intervenciones                                                                | 20                  | 15                   |

**4. Anticoncepción post-evento obstétrico (APEO).** Mujeres en la etapa perinatal reciben consejería y oferta de métodos anticonceptivos. Este paquete incorpora los elementos indispensables para ofrecer los métodos anticonceptivos durante su embarazo y el puerperio inmediato, de tal manera que elijan de manera libre e informada el uso de un método.

| <b>Cuadro V.4 Anticoncepción post-evento obstétrico</b>                               | <b>Primer nivel</b> | <b>Segundo nivel</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|
| Formatos de consentimiento informado                                                  |                     | X                    |
| Material impreso sobre métodos anticonceptivos en área de recuperación de obstetricia |                     | X                    |
| Formatos de solicitud de DIU en recuperación de obstetricia                           |                     | X                    |
| Personal que realice consejería de PF post-evento obstétrico en lengua indígena       |                     | X                    |
| Número total de intervenciones                                                        | 0                   | 4                    |

La información que conforma cada paquete se obtuvo a través del trabajo de campo en distintos ámbitos de aplicación. Para el caso del PAE-PFA se identificaron nueve ámbitos de aplicación y diferentes informantes claves: director del establecimiento, encargados de la administración, enfermeras, médicos de consulta general, especialistas, responsable de PF y de módulos; y en dos niveles de atención: primer y segundo nivel. Los instrumentos, cuestionario, guía de observación y lista de cotejo son diferenciales dependiendo de si los paquetes que se indagan son de primer nivel o segundo nivel, es decir, que aunque tienen el mismo nombre, el paquete en su conjunto incluye diferentes intervenciones, como se puede apreciar en los Cuadros V.1 a V.4.

### ***Dimensiones de la producción del servicio***

El primer componente definido como estructura se refiere a las condiciones y atributos materiales y de organización de las unidades médicas en donde se presta la atención. Esta primera dimensión condiciona, a su vez, el proceso de atención. En este documento definiremos a esta dimensión de estructura **como la capacidad organizativa** del sistema muy relacionada con **la dimensión administrativa**. El análisis de esta dimensión nos permitirá reconocer la disponibilidad de métodos, instrumental y equipo necesarios para la producción de los paquetes sustantivos previamente definidos en el apartado de metodología.

La segunda dimensión de la calidad es la **producción de los servicios**, que centra su análisis en las actividades y procedimientos desarrollados para la entrega de los servicios y se fundamenta en la habilidad de los prestadores. Para su monitoreo se incluyeron los **conocimientos** que el prestador tiene sobre algunas intervenciones significativas seleccionadas para otorgar un servicio, el **acceso** que los proveedores tengan las normas, programas y lineamientos que guían su práctica, y las **oportunidades de capacitación y actualización** sobre temas relevantes de estos programas.

La tercera dimensión es la de la **accesibilidad** que definiremos como la capacidad de entrar en contacto con los mecanismos de satisfacción de las necesidades en salud para que el acceso se produzca. Se indaga sobre los mecanismos que tiene el Sector Salud para generar la demanda o utilización del servicio por parte de la población, para lo cual reconoceremos la disponibilidad de información sobre el Programa. La continuidad en el servicio permite a las usuarias contar con los

tratamientos definitivos de manera oportuna, inclusive en un nivel de atención superior al que inicialmente se solicitó el servicio. En este componente indagaremos si los médicos poseen los conocimientos básicos para referir a la usuaria y permitir su derivación segura y efectiva a un segundo nivel de atención (ver dimensiones de la producción del servicio en anexo).

Es importante señalar que la muestra de unidades médicas monitoreadas fue seleccionada bajo un esquema probabilístico, de tal forma que fuera representativa<sup>176</sup> para el ámbito nacional.<sup>177</sup> Para su descripción se consideraron los directorios del Sector Salud disponibles en Internet y se realizó la selección con base en la definición en este directorio de “tipos de establecimiento” que son definidos como primer nivel y segundo nivel. Los resultados nos dan la posibilidad de hacer cuatro tipos de comparación para cada paquete de intervención: por nivel de atención (en las denominadas primer y segundo nivel); por institución (Servicios Estatales de Salud de la SSA (SESA), ISSSTE e IMSS);<sup>178</sup> por tipo de población atendida (asegurada: ISSSTE e IMSS y no asegurada: SESA e IMSS-Oportunidades -IMSS-O-).

Para cada intervención se tiene un valor resumen que toma valores del 0 al 1 (subíndices) y a partir de estos se calcula el índice global por paquete y un índice global por programa. Es así que en el análisis se describen los datos en términos de porcentajes de la población de establecimientos cuando se refiere a las frecuencias válidas, y de índices (Cuadro V.5) cuando se refiere al valor resumen que resulta de la calificación obtenida por cada intervención. Para el análisis estadístico se utilizó la F de Fisher para comparar dos medias y la Ji-cuadrada para comparar dos distribuciones porcentuales, utilizando un nivel de confianza de 95%.

Los resultados se presentan por cada paquete de intervenciones iniciando con los establecimientos de primer nivel, y en un segundo bloque se presentan para cada uno de los componentes de promoción, consejería, disponibilidad y APEO los de las unidades de segundo nivel.

Además, en el cuadro V.5 se señalaron con un asterisco aquellos tabulados que presentan un error típico de más de .050. Los resultados de estos paquetes de intervención no se incluirán en la descripción, ni en los gráficos.

## **Resultados del monitoreo**

### ***1. Promoción de PF***

Tanto en establecimientos de primer nivel como en segundo nivel el componente de promoción de PF y anticoncepción es de los que más baja disponibilidad de intervenciones registra. Además, el material de promoción con adaptación cultural en regiones indígenas está ausente. Las unidades de primer nivel presentan mayor disponibilidad de material impreso de promoción respecto de las unidades de segundo

---

<sup>176</sup> Las entidades federativas que integran cada región se describen dentro del Diseño Muestral en el capítulo introductorio.

<sup>177</sup> Consultar resultados generales, definición muestral.

<sup>178</sup> La muestra para IMSS-O no permite incluirlo en el análisis. Sólo comprenderán las 204 unidades médicas de la muestra inicial.

nivel, sin embargo, las unidades de hospitalización muestran mayor disponibilidad de material audiovisual; los equipos de audio en lengua indígena solamente existen en 7% de los establecimientos.

### ***Primer nivel***

La promoción de los métodos de PF a través de los medios audiovisuales tiene como fin difundir entre la población los beneficios de la PF y la anticoncepción. Es fundamental aprovechar los espacios que otorgan las instalaciones durante la demanda de servicios de hombres y mujeres que acuden a consulta o acompañan a un enfermo.

Únicamente en 29.1% de los establecimientos se dispone de material impreso de promoción de la PF y en 30% contaban con material con información sobre métodos anticonceptivos; de las unidades localizadas en una región indígena, sólo en 3.4% se encontraba material impreso con información sobre promoción de PF en lenguas indígenas; en 16.4% de los establecimientos existe material audiovisual (videos) que promocionan la PF; en apenas 9.7% de las unidades se encontraron audios disponibles con información sobre métodos anticonceptivos; en ninguno de los establecimientos situados en regiones indígenas se hallaron audios que promocionen la PF en lenguas indígenas; en 20% de los establecimientos se encontraba un televisor funcionando pero transmitiendo temas ajenos a salud, en ninguno de los establecimientos transmitían temas de salud y en 18% se registró equipo de audio funcionando. En 45.8% de los establecimientos se dispone de cartas descriptivas para ofertar pláticas sobre métodos anticonceptivos y en 78.2% se cuenta con una persona responsable de promocionar PF en las salas de espera o extramuros.

### ***Segundo nivel***

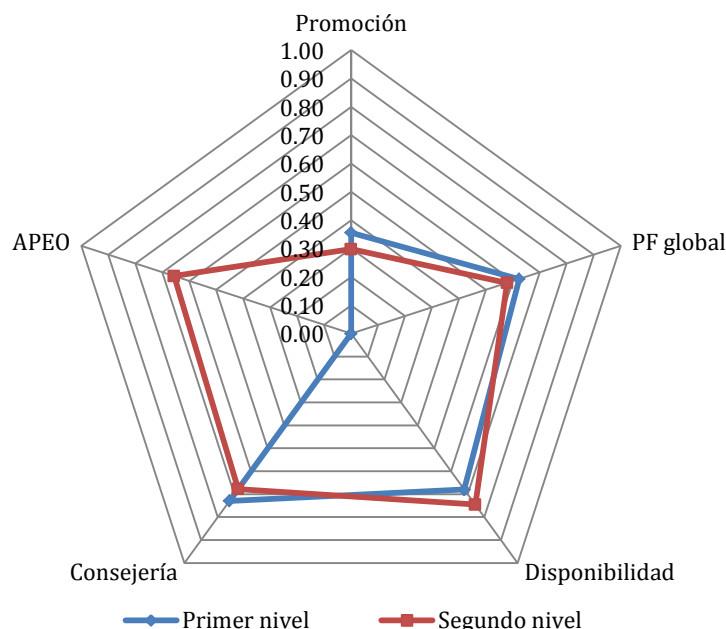
Con respecto a material impreso de promoción de PF en las salas de espera, sólo 11.1% de los establecimientos lo tiene disponible. De igual manera, el material impreso sobre métodos anticonceptivos en salas de espera únicamente se encontró en 16% de las unidades. En ningún establecimiento hay material impreso sobre PF en lenguas indígenas. En 36% se contaba con material audiovisual (videos) que promocionaba los métodos de PF y 27.5% tenía audios sobre estos métodos. Entre los establecimientos que se encuentran en municipios indígenas sólo 7% tenía audios sobre PF en lenguas locales. En contraparte, 50% de los establecimientos cuenta con televisión y reproductor de DVD funcionales en las salas de espera. La baja disponibilidad de material en audios sobre PF es congruente con la baja presencia de equipos de audio funcionando en las salas de espera: sólo en 10.8% de los establecimientos, mientras que 41.8% tienen cartas descriptivas para pláticas sobre métodos anticonceptivos. No obstante lo anterior, en 69.1% de los establecimientos se dispone de una persona responsable de promocionar PF y anticoncepción en las salas de espera. A pesar de que la mitad de los establecimientos tiene televisión y reproductor de DVD, sólo en 4.4% se estaban transmitiendo temas de salud.

### **Índices del paquete de Promoción de PF**

El índice de promoción de la PF fue el más bajo de todos los índices estimados en los diferentes programas de este monitoreo; para el primer nivel es de .36 (Gráfica V.3) y

para segundo nivel de .30, ambos catalogados como de desempeño bajo que requieren atención urgente. No existen diferencias significativas en este desempeño (Cuadro V.5).

**Gráfica V.3 Desempeño de los paquetes de intervención del programa PF, por nivel de atención**



Por otro lado, si comparamos el índice por el tipo de población a la que se atiende, la producción de servicios para población sin aseguramiento (SP/abierta/IMSS-O) es de .37 (Gráfica V.4) *versus* .24 para instituciones que dirigen su quehacer a población asegurada (ISSSTE/IMSS), encontrándose una diferencia significativa\*\*\*; el desempeño es bajo para ambas. Por instituciones<sup>179</sup>, los SESA (.36), IMSS<sup>180</sup> (.25) e ISSSTE (.19) presentaron índices bajos que requieren atención urgente (Gráfica V.5). El desempeño de este paquete fue bajo, siendo el mejor resultado para población SP/abierta, el IMSS-O y los SESA. Los subíndices pueden ser consultados en el Cuadro V.5 Anexo V.1.1 y las pruebas de significancia en el Anexo V.2.

Hay que recordar que la NOM 005 señala que:

[...] la promoción y difusión de los servicios de planificación familiar se deben efectuar a través de acciones de comunicación en medios masivos, participación social y comunitaria, técnicas grupales, entrevistas personales, y visitas domiciliarias para dar a conocer la importancia de la práctica de la planificación familiar para la salud, así como la existencia de los servicios correspondientes en unidades médicas, centros comunitarios de atención y servicios médicos privados (numeral 5.2).

<sup>179</sup> El índice de promoción para IMSS-O es de .54\*, presenta un error típico de más de .050, los resultados de estos paquetes de intervención no se incluirán en la descripción, ni en los gráficos, (cfr. Cuadro V.5)

<sup>180</sup> Según el IMS, la promoción se realiza de manera directa en la consulta médica, cara a cara con las y los usuarios.

| <b>Cuadro V.5 Índices de los paquetes de PF por programa y por dimensiones de la producción del servicio</b>                                                                                               |                                                     |                     |                                      |                 |                               |                   |                                                    |                     |                                      |                 |                               |                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------------|-----------------|-------------------------------|-------------------|----------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------------|-----------------|-------------------------------|-------------------|
| <b>Paquetes de intervención PF</b>                                                                                                                                                                         | <b>Primer nivel</b>                                 |                     |                                      |                 |                               |                   | <b>Segundo nivel</b>                               |                     |                                      |                 |                               |                   |
|                                                                                                                                                                                                            | <i>Estimación</i>                                   | <i>Error típico</i> | <i>Intervalo de confianza al 95%</i> |                 | <i>Tamaño de la población</i> | <i>N muestral</i> | <i>Estimación</i>                                  | <i>Error típico</i> | <i>Intervalo de confianza al 95%</i> |                 | <i>Tamaño de la población</i> | <i>N muestral</i> |
|                                                                                                                                                                                                            |                                                     |                     | <i>Inferior</i>                      | <i>Superior</i> |                               |                   |                                                    |                     | <i>Inferior</i>                      | <i>Superior</i> |                               |                   |
| Promoción                                                                                                                                                                                                  | .36                                                 | .04                 | .27                                  | .45             | 13752.03                      | 117               | .30                                                | .03                 | .24                                  | .35             | 1229.73                       | 81                |
| Consejería                                                                                                                                                                                                 | .73                                                 | .03                 | .67                                  | .79             | 13752.03                      | 117               | .68                                                | .03                 | .59                                  | .72             | 1211.37                       | 78                |
| Disponibilidad                                                                                                                                                                                             | .68                                                 | .02                 | .63                                  | .73             | 13752.03                      | 117               | .75                                                | .03                 | .68                                  | .82             | 1224.50                       | 80                |
| APEO                                                                                                                                                                                                       | .                                                   | .                   | .                                    | .               | .                             | 0                 | .66                                                | .04                 | .58                                  | .73             | 1203.59                       | 78                |
| PF global                                                                                                                                                                                                  | .62                                                 | .02                 | .58                                  | .67             | 13752.03                      | 117               | .58                                                | .02                 | .53                                  | .62             | 1229.73                       | 81                |
| <b>Dimensiones de la producción del servicio</b>                                                                                                                                                           |                                                     |                     |                                      |                 |                               |                   |                                                    |                     |                                      |                 |                               |                   |
| Administrativa o de organización del servicio                                                                                                                                                              | .68                                                 | .03                 | .63                                  | .74             | 13752.03                      | 117               | .69                                                | .03                 | .64                                  | .74             | 1229.73                       | 81                |
| Prestación del servicio                                                                                                                                                                                    | .64                                                 | .04                 | .57                                  | .72             | 13752.03                      | 117               | .58                                                | .03                 | .51                                  | .65             | 1227.92                       | 80                |
| Accesibilidad y continuidad en el servicio                                                                                                                                                                 | .56                                                 | .03                 | .50                                  | .62             | 13752.03                      | 117               | .53                                                | .02                 | .48                                  | .58             | 1229.73                       | 81                |
|                                                                                                                                                                                                            | <b>Atiende a población SP/abierta (SESA/IMSS-O)</b> |                     |                                      |                 |                               |                   | <b>Atiende a población asegurada (IMSS/ISSSTE)</b> |                     |                                      |                 |                               |                   |
| Promoción                                                                                                                                                                                                  | .37                                                 | .05                 | .27                                  | .47             | 12611.07                      | 99                | .24                                                | .03                 | .18                                  | .29             | 2370.69                       | 99                |
| Consejería                                                                                                                                                                                                 | .73                                                 | .03                 | .67                                  | .79             | 12611.07                      | 99                | .68                                                | .03                 | .63                                  | .73             | 2352.33                       | 96                |
| Disponibilidad                                                                                                                                                                                             | .68                                                 | .03                 | .63                                  | .73             | 12611.07                      | 99                | .72                                                | .02                 | .68                                  | .76             | 2365.46                       | 98                |
| APEO                                                                                                                                                                                                       | .65                                                 | .05                 | .55                                  | .74             | 783.90                        | 37                | .67*                                               | .06                 | .55                                  | .79             | 419.69                        | 41                |
| PF global                                                                                                                                                                                                  | .62                                                 | .03                 | .57                                  | .67             | 12611.07                      | 99                | .60                                                | .02                 | .57                                  | .63             | 2370.69                       | 99                |
| <b>Dimensiones de la producción del servicio</b>                                                                                                                                                           |                                                     |                     |                                      |                 |                               |                   |                                                    |                     |                                      |                 |                               |                   |
| Administrativa o de organización del servicio                                                                                                                                                              | .69                                                 | .03                 | .63                                  | .74             | 12611.07                      | 99                | .67                                                | .02                 | .63                                  | .72             | 956.71                        | 19                |
| Prestación del servicio                                                                                                                                                                                    | .66                                                 | .04                 | .58                                  | .74             | 12611.07                      | 99                | .64                                                | .04                 | .56                                  | .73             | 956.71                        | 19                |
| Accesibilidad y continuidad en el servicio                                                                                                                                                                 | .56                                                 | .03                 | .49                                  | .62             | 12611.07                      | 99                | .57                                                | .02                 | .53                                  | .60             | 956.71                        | 19                |
| Se señalaron con un asterisco (*) aquellos tabulados que presentan un error típico de más de .050, los resultados de estos paquetes de intervención no se incluirán en la descripción, ni en los gráficos. |                                                     |                     |                                      |                 |                               |                   |                                                    |                     |                                      |                 |                               |                   |



Continuación...

| Paquetes de intervención PF                                                                                                                                                                                | Institución SESA        |              |                               |            |                        |            | Institución ISSSTE        |              |                               |            |                        |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------|-------------------------------|------------|------------------------|------------|---------------------------|--------------|-------------------------------|------------|------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                                                            | Estimación              | Error típico | Intervalo de confianza al 95% |            | Tamaño de la población | N muestral | Estimación                | Error típico | Intervalo de confianza al 95% |            | Tamaño de la población | N muestral |
|                                                                                                                                                                                                            |                         |              | Inferior                      | Superior   |                        |            |                           |              | Inferior                      | Superior   |                        |            |
| Promoción                                                                                                                                                                                                  | <b>.36*</b>             | .05          | .25                           | .47        | 11654.36               | 80         | .19                       | .03          | .13                           | .25        | 639.33                 | 40         |
| Consejería                                                                                                                                                                                                 | .74                     | .03          | .67                           | .80        | 11654.36               | 80         | .60                       | .04          | .52                           | .69        | 637.53                 | 39         |
| Disponibilidad                                                                                                                                                                                             | .67                     | .03          | .61                           | .72        | 11654.36               | 80         | .57                       | .04          | .49                           | .65        | 639.33                 | 40         |
| APEO                                                                                                                                                                                                       | <b>.58*</b>             | .05          | .47                           | .69        | 507.14                 | 31         | <b>.46*</b>               | .07          | .32                           | .61        | 113.03                 | 19         |
| PF global                                                                                                                                                                                                  | .62                     | .03          | .56                           | .67        | 11654.36               | 80         | .50                       | .03          | .43                           | .56        | 639.33                 | 40         |
| <b>Dimensiones de la producción del servicio</b>                                                                                                                                                           |                         |              |                               |            |                        |            |                           |              |                               |            |                        |            |
| Administrativa o de organización del servicio                                                                                                                                                              | .68                     | .03          | .62                           | .74        | 11654.36               | 80         | .51                       | .03          | .44                           | .58        | 639.33                 | 40         |
| Prestación del servicio                                                                                                                                                                                    | .66                     | .04          | .57                           | .74        | 11654.36               | 80         | .48                       | .05          | .38                           | .59        | 637.53                 | 39         |
| Accesibilidad y continuidad en el servicio                                                                                                                                                                 | .55                     | .03          | .48                           | .62        | 11654.36               | 80         | .48                       | .03          | .43                           | .54        | 639.33                 | 40         |
|                                                                                                                                                                                                            | <b>Institución IMSS</b> |              |                               |            |                        |            | <b>Institución IMSS-O</b> |              |                               |            |                        |            |
| Promoción                                                                                                                                                                                                  | .25                     | .03          | .19                           | .32        | 1731.35                | 59         | <b>.54*</b>               | .05          | .43                           | .65        | 956.71                 | 19         |
| Consejería                                                                                                                                                                                                 | .71                     | .03          | .65                           | .77        | 1714.80                | 57         | .68                       | .03          | .62                           | .74        | 956.71                 | 19         |
| Disponibilidad                                                                                                                                                                                             | .78                     | .02          | .73                           | .83        | 1726.12                | 58         | <b>.82*</b>               | .05          | .72                           | .93        | 956.71                 | 19         |
| PF global                                                                                                                                                                                                  | <b>.64</b>              | <b>.02</b>   | <b>.60</b>                    | <b>.68</b> | <b>1731.35</b>         | <b>59</b>  | <b>.69</b>                | <b>.03</b>   | <b>.63</b>                    | <b>.76</b> | <b>956.71</b>          | <b>19</b>  |
| APEO                                                                                                                                                                                                       | <b>.75*</b>             | .07          | .61                           | .88        | 306.66                 | 22         | <b>.77*</b>               | .06          | .66                           | .89        | 276.75                 | 6          |
| <b>Dimensiones de la producción del servicio</b>                                                                                                                                                           |                         |              |                               |            |                        |            |                           |              |                               |            |                        |            |
| Administrativa o de organización del servicio                                                                                                                                                              | .73                     | .03          | .67                           | .80        | 1731.35                | 59         | .82                       | .04          | .73                           | .90        | 956.71                 | 19         |
| Prestación del servicio                                                                                                                                                                                    | .56                     | .04          | .48                           | .64        | 1731.35                | 59         | .64                       | .04          | .55                           | .73        | 956.71                 | 19         |
| Accesibilidad y continuidad en el servicio                                                                                                                                                                 | .60                     | .02          | .56                           | .64        | 1731.35                | 59         | .69                       | .04          | .60                           | .77        | 956.71                 | 19         |
| Se señalaron con un asterisco (*) aquellos tabulados que presentan un error típico de más de .050, los resultados de estos paquetes de intervención no se incluirán en la descripción, ni en los gráficos. |                         |              |                               |            |                        |            |                           |              |                               |            |                        |            |

## **2. Consejería en PF y APEO**

En este componente las variables con más bajos porcentajes de disponibilidad, tanto en establecimientos de primer nivel como de segundo nivel, fueron la presencia de muestrarios completos de métodos de PF con 25.7 y 34% respectivamente, así como el conocimiento de la posología de anticonceptivos orales alternativos para lograr el efecto de AE, con 36 y 46% respectivamente.

### ***Primer nivel***

En lo que respecta a consejería, únicamente la mitad (54.3%) de los establecimientos brinda atención en dos turnos, mientras que 36% brinda consejería únicamente en un turno. Sólo 26% de las unidades tiene muestrarios de métodos anticonceptivos completos, es decir que incluyan un ejemplar de cada uno de los anticonceptivos que se ofertan; la NOM-005 para Planificación Familiar se encuentra disponible en 76.2% de los establecimientos, mientras que manuales sobre indicaciones y contraindicaciones del empleo de métodos anticonceptivos está disponible únicamente en la mitad (50). Los formatos de historia clínica están disponibles en 95.5% de las unidades, 97.9% de éstas cuenta con formatos de solicitud de toma de Papanicolaou<sup>181</sup> y 73.8% con formatos de consentimiento informado para pacientes de PF que optan por un método anticonceptivo.

Resulta interesante que ante la pregunta ¿se le otorga la pastilla de AE a una usuaria menor de edad si la solicita? contestaron afirmativamente sólo en 59.4% de las unidades, cuando por norma, la PF debe ofertarse y otorgarse independientemente de la edad. Y en lo que respecta al tiempo margen para indicar la AE, 74.3% de las unidades la oferta en el tiempo normado, es decir de 72 a 120 horas, no obstante vale la pena destacar que solamente en 36% de las unidades se conoce una alternativa de prescripción en el caso de no contar con la pastilla de emergencia.

La oferta de anticonceptivos en adolescentes se realiza en un porcentaje alto de los establecimientos (91%) y, destacando el condón masculino, que se oferta como primera opción en 90.1% de las unidades.

### ***Segundo nivel***

Solamente en 56% de los establecimientos se brinda atención en los turnos vespertino y matutino y 40% lo hace en un turno; por otro lado, tenemos que 3.7% no dispone de servicios de consejería y sólo 34% dispone de muestrario de anticonceptivos completo. Es destacable que apenas en 50% de los establecimientos se encuentra disponible la NOM 005; en 58% se encontraba un manual sobre indicaciones y contraindicaciones de métodos anticonceptivos; en contraparte, 86.7% tenía formato de historia clínica. En 94% contaban con los formatos de solicitud de toma de Papanicolaou. Sólo 76% de las y los prestadores de servicios de salud le otorgarían la AE a una menor de edad si lo solicitara; 83.2% respondió de manera acertada respecto a cuántas horas después de la relación sexual se puede utilizar la AE, 48% conocía la posología con etinil estradiol

---

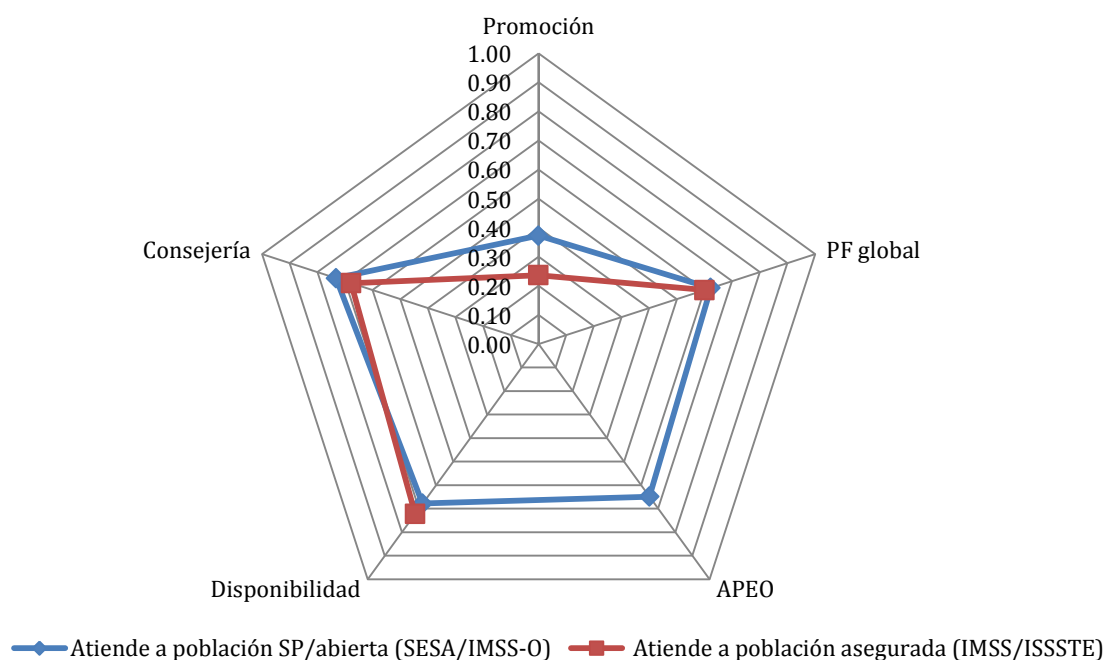
<sup>181</sup> De acuerdo con la NOM 005 en su numeral 6.1.1.8 Lineamientos generales para la prescripción.

para alcanzar el efecto de la AE. Únicamente 27% de establecimientos con demanda de población indígena brinda las pláticas de PF en lengua indígena.

### Índices del paquete de intervención Consejería de PF

A diferencia del índice de promoción, el de consejería de PF es de los más altos de todos los estimados en los diferentes programas de este monitoreo, para primer nivel es de .73 (adecuado, Gráfica V.3) y para segundo nivel de .68 (mediano). No existen diferencias significativas en este desempeño. Por otro lado, si comparamos el índice por el tipo de población a la que se atiende, la producción de servicios para población sin aseguramiento (SP/abierta/IMSS-O) es de .73 –adecuado– (Gráfica V.4) *versus* .68 (mediano) para instituciones que dirigen su quehacer a población asegurada (ISSSTE/IMSS), no encontrándose una diferencia significativa en el desempeño de ambos tipos.

**Gráfica V.4 Desempeño de los paquetes de intervención del programa de PF, por tipo de población a la que se atiende**



Si se realiza una comparación entre instituciones, se puede reconocer que la producción de este servicio de consejería es similar en SESA (.74) y en IMSS (.71), ambas con desempeño adecuado; IMSS-O presentó .68 e ISSSTE .60 (Gráfica V.5), estas dos últimas con un desempeño mediano. Los subíndices pueden ser consultados en el Anexo V.1.2 y las pruebas de significancia en el Anexo V.2.

### 3. Disponibilidad de métodos anticonceptivos

Este componente resulta crucial, considerando que de poco serviría que se disponga de promoción y consejería si la disponibilidad no existiera o fuera limitada. La disponibilidad, por lo tanto, es pieza fundamental para satisfacer la demanda de las y los

usuarios. No obstante, los métodos como el implante subdérmico tienen una disponibilidad en un bajo porcentaje de establecimientos en general, primer nivel y segundo nivel con 30.5 y 56% respectivamente, así como el condón femenino con 19.1 y 9.7%. Por otro lado, en este componente se presenta una muestra de ineficiencia en la producción de servicio en función de la disponibilidad de material e insumos; por ejemplo, a pesar de que 87% de unidades de primer nivel y segundo nivel tienen disponible el DIU, sólo 67.7 y 72.8%, respectivamente, disponen de histerómetro, que es un insumo necesario para producir el servicio de colocación del DIU.

### ***Primer nivel***

En relación con la disponibilidad de anticonceptivos orales combinados, 94.1% de los establecimientos dispone de **etinil estradiol o mestranol + noretisterona**, anticonceptivos orales con progestina únicamente y se encuentran en 47.7% de los establecimientos, 82.2% cuenta con anticonceptivos inyectables combinados, mientras que en poco más de la mitad (63.2%) encontramos anticonceptivos orales.

La AE solamente estuvo disponible en 59.5% de las unidades. Resalta el hecho de que sólo 30.5% de los establecimientos disponen de anticonceptivos subdérmicos, 87.3% cuentan con DIU, el condón masculino lo encontramos en 94.3% aunque, el condón femenino sólo lo tiene 19.1% de las unidades. En relación con los insumos indispensables para PF, únicamente en 67.6% se cuenta con histerómetro y en 68% con pinza Pozzi.

El formato de autorización firmada para OTB se encuentra en 70.5% de los establecimientos, mientras que la hoja de referencia para su realización está presente en 88%. Al respecto, un alto porcentaje de los establecimientos (97.5%) tiene un hospital de referencia para las mujeres que deciden la OTB, sin embargo, los médicos entrevistados consideran que las pacientes son atendidas para este propósito sólo en 76% de las unidades de referencia. Además vale la pena señalar que en 76.4% de los establecimientos se señaló que el costo del traslado de las mujeres para realizarse la OTB es pagado por las mismas usuarias o sus familiares.

En relación con los métodos definitivos para hombres, 60.2% de las unidades dispone de autorización firmada para vasectomía y 93.3% de las unidades identifica algún establecimiento de referencia para los hombres que optan por este método anticonceptivo; no obstante, en 78% de éstas se considera que los hombres referidos son atendidos en los establecimientos de referencia, además de que en la mayoría de las unidades (82.3%) afirman que el traslado para acudir a una unidad a realizarse la vasectomía debe ser sufragado por el propio paciente o su familia.

### ***Segundo nivel***

Con respecto a los anticonceptivos orales combinados, se encontró una disponibilidad aceptable en 85% de los establecimientos, contrariamente al caso de anticonceptivos orales de sólo progestina, que estaba disponible en 52%. Los anticonceptivos inyectables combinados se encontraron en 75.7% de los establecimientos y los anticonceptivos inyectables (noretisterona o medroxiprogesterona) en 71%. La AE se encontró en 71% de los establecimientos. Los anticonceptivos subdérmicos (implanon) se encontraron en 56%, y 87% de los establecimientos disponía de DIU. El condón masculino se encontró en 85.9% de los locales, a diferencia del condón femenino, que

únicamente se encontró en 9.7 de las unidades. En 95.3% de las unidades respondieron que sí atienden pacientes referidas de primer nivel para realizar OTB, no obstante que nada más en 84.7% se encontró disponible el formato de autorización al momento de la visita. 78% de las unidades atienden pacientes referidos de primer nivel para realizar vasectomías, lo cual puede deberse a dos factores principalmente: la poca referencia de usuarios desde de primer nivel y, por otro, a que no existe el personal para realizar la intervención. En 74% se encontró disponible el formato de autorización para vasectomía.

### **Índices del paquete de intervención Disponibilidad de métodos anticonceptivos**

La disponibilidad de métodos anticonceptivos para primer nivel es de .68, considerado como mediano desempeño (Gráfica V.3) y para segundo nivel de .75, catalogado como desempeño adecuado. No existen diferencias significativas. En cuanto al índice por el tipo de población a la que se atiende, la producción de servicios para población sin aseguramiento (SP/Abierta/IMSS-O) es de .68 (Gráfica V.4) *versus* .72 para instituciones de población asegurada (ISSSTE/IMSS), no encontrándose una diferencia en el desempeño de ambos tipos. Si se comparan las instituciones, se puede reconocer que la producción de este servicio en el IMSS es de .78<sup>182</sup> (Gráfica V.5), con un desempeño adecuado; SESA .67 y el ISSSTE .57, ambos con un desempeño mediano; se encuentran diferencias significativas\*\*\* entre el IMSS con respecto a ISSSTE y SESA. El mejor desempeño de este paquete se tuvo en el IMSS. Los subíndices pueden ser consultados en el Anexo V.1.3 y las pruebas de significancia en el Anexo V.2.

## **4. Anticoncepción post-evento obstétrico**

### **Segundo nivel**

Como se describió en la metodología este paquete de intervención sólo se aplicó en segundo nivel. De manera general la disponibilidad de formatos de consentimiento informado para pacientes que optan por métodos anticonceptivos definitivos o temporales fue de 87.1% en las unidades. Por tipo de población atendida, estuvo disponible en 90% de las unidades que dan servicio a la población abierta (SP/abierta/IMSS-O) mientras que para la población asegurada (IMSS/ISSSTE) tuvo una disponibilidad ligeramente menor (89.3%). Por instituciones la mayor disponibilidad se encontró en IMSS-O, 94.7%; seguido por el IMSS, 90.5%; y el ISSSTE y los SESA tuvieron una disponibilidad muy similar con 87.5 y 87.1% respectivamente.

Específicamente, la disponibilidad de formatos de solicitud de DIU en recuperación de obstetricia (consentimiento informado) estuvo disponible en 82.7% de las unidades. Por tipo de población atendida, estuvo disponible en 90.4% de las unidades que dan servicio a la población abierta (SP/abierta/IMSS-O), mientras que para la población asegurada (IMSS/ISSSTE) tuvo menor disponibilidad (76.9%). Por instituciones, la mayor disponibilidad se encontró en IMSS-O, 100%; seguido por el

---

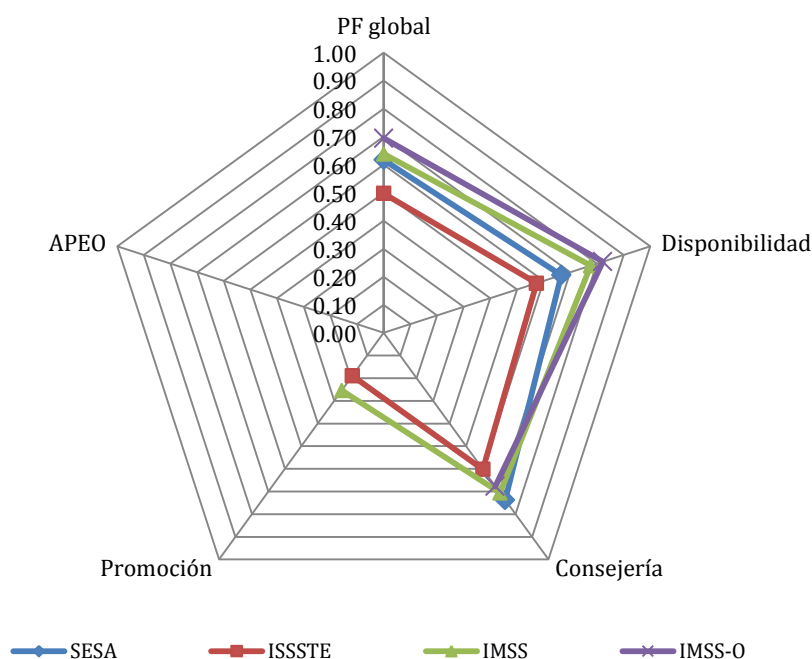
<sup>182</sup> En el IMSS-O es de .82\*, presenta un error típico de más de .050, los resultados de estos paquetes de intervención no se incluirán en la descripción, ni en los gráficos, (cfr. Cuadro V.5)

IMSS, 90%; los SESA tuvieron una disponibilidad similar (84.8%) y el ISSSTE tuvo la menor con 42.9%.

En relación con la disponibilidad de material impreso sobre los métodos anticonceptivos en el área de recuperación de obstetricia, se encontró disponible y satisfactorio sólo en 28.4% de las unidades. Por tipo de población atendida, estuvo disponible en 23.1% de las unidades que dan servicio a la población abierta (SP/abierta/IMSS-O) mientras que para la población asegurada (IMSS/ISSSTE) tuvo mayor disponibilidad, 44.4%. Por instituciones la mayor disponibilidad se encontró en IMSS con 55%; seguido por el IMSS-O, 26.3% y los SESA 20.6%, teniendo el ISSSTE la menor disponibilidad con 14.3%.

Únicamente 12% de las unidades que atienden a población indígena tiene disponible en todos los turnos a personal bilingüe que realice consejería de planificación familiar post-evento obstétrico en lengua indígena de la región. Por tipo de población atendida, hay disponibilidad de ese personal en todos los turnos en 30.3% de las unidades que dan servicio a la población abierta (SP/abierta/IMSS-O), mientras que para la población asegurada (IMSS/ISSSTE) no hay disponibilidad en todos los turnos, sólo parcialmente en 30% de sus unidades. Por instituciones la mayor disponibilidad en todos los turnos de ese personal se encontró en IMSS-O con 50%; el IMSS tiene ese tipo de personal disponible en tiempo parcial en 42.9%, en tanto que el ISSSTE carece de él.

**Gráfica V.5 Desempeño de los paquetes de intervención del programa de PF, por tipo de institución**



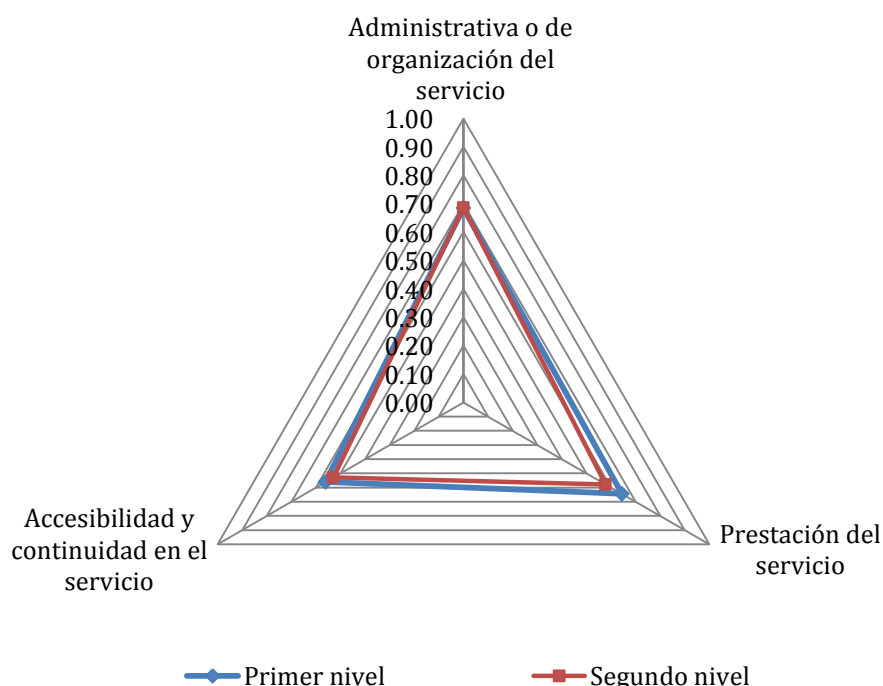
### ***Dimensiones de la producción del servicio***

Éstas se dividen en tres: la dimensión administrativa y la organización del servicio, la prestación del servicio, y la accesibilidad y continuidad en el servicio.

## 1. Administrativa o de organización del servicio

Este paquete está conformado por cinco componentes: disponibilidad de medicamentos (anticonceptivos y condones); disponibilidad de formatos y hojas de referencia; disponibilidad de mobiliario (equipos de TV y de audio); disponibilidad de instrumental, equipo e insumos, y disponibilidad de estudios diagnósticos. El índice total para el programa respecto de la capacidad administrativa y de organización del servicio en primer nivel es de .68 (desempeño mediano) *versus* .69 (desempeño mediano) en segundo nivel, sin diferencias significativas (Gráfica V.6).

**Gráfica V.6 Desempeño por dimensiones de la producción de servicio, del programa de PF, según el tipo de población a la que se atiende**

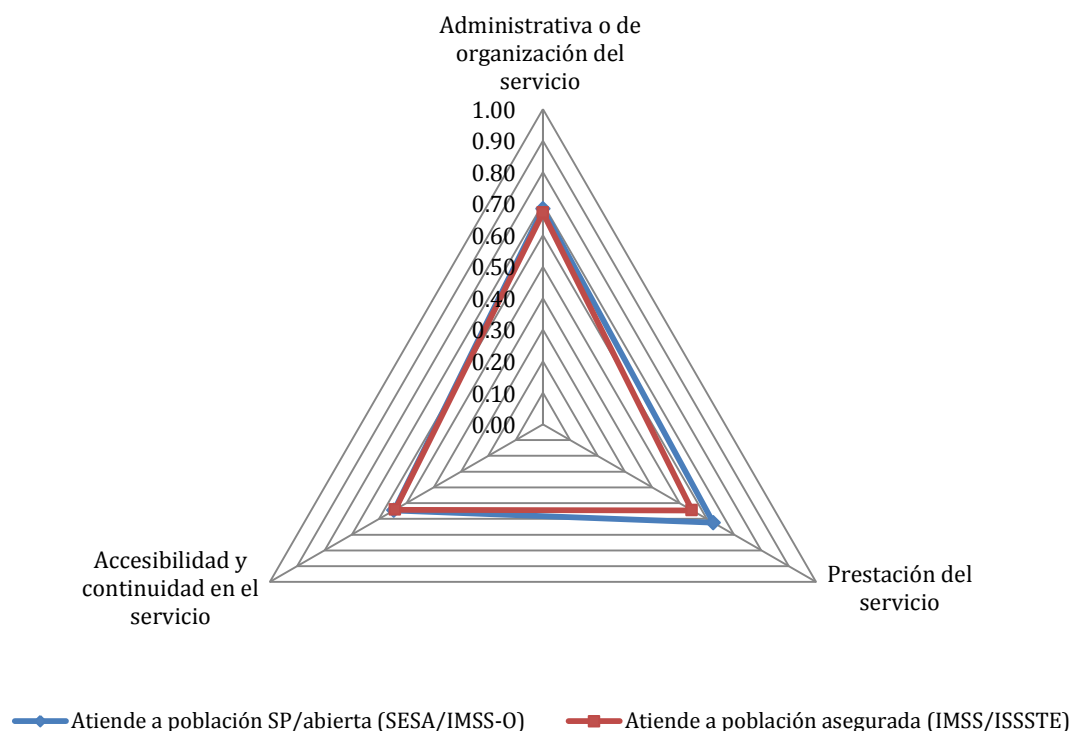


Tuvo un desempeño mediano tanto en población SP/abierta (.69) como asegurada (.67) sin presentar diferencias significativas (Gráfica V.7). Entre instituciones del Sector los índices resultantes fueron los siguientes: el mayor lo presentó el IMSS-O con .82, le siguen IMSS con .73, los SESA con .68 e ISSSTE con .51, encontrándose una diferencia significativa entre IMSS-O y el resto de las instituciones (Gráfica V.8).

Los *ítems* que presentaron valores bajos en primer y segundo nivel y que, por tanto, requieren de atención urgente son: la disponibilidad de equipo como TV (.10) o de audio (.18) para la promoción de información de PF; la disponibilidad de implantes subdérmicos (.19) y de condón femenino (.31) con excepción de la disponibilidad de implantes subdérmicos en segundo nivel en donde el desempeño fue mediano, con .56. El mejor desempeño de esta dimensión ocurrió en IMSS-O. Los subíndices pueden ser consultados en el Anexo V.3.1 y las pruebas de significancia en el Anexo V.4



**Gráfica V.7 Desempeño por dimensiones de la producción de servicio, del programa de PF, según tipo de población a la que se atiende**



## 2. Prestación del servicio

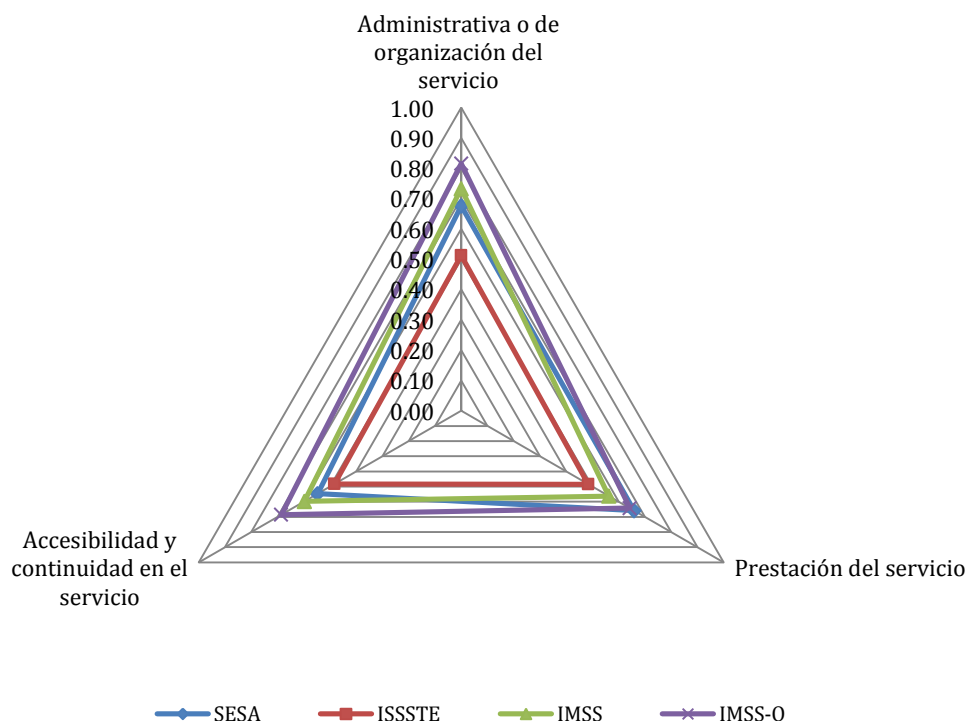
Incluye los conocimientos técnicos que se consideran idóneos y que se encuentran en las guías y normas, percepciones de calidad, capacitación, actualización y certificación, disponibilidad de guías técnicas, manuales, normas y algoritmos, y disponibilidad de recursos humanos.

El índice total respecto de la prestación del servicio en primer nivel es de .64 (mediano) *versus* .58 (mediano) en segundo nivel (Gráfica V.6), sin diferencia estadísticamente significativa. El desempeño mediano para la producción de este servicio existe tanto en establecimientos para población SP/abierta (.66) como asegurada (.54) (Gráfica V.7). Entre las instituciones: los índices en los SESA de .66 y el IMSS-O con .64 fueron los más altos (mediano desempeño), IMSS con .56 (mediano desempeño), y el ISSSTE con .48 fue el más bajo con un desempeño que requiere de atención urgente. No se encontraron diferencias significativas entre instituciones (Gráfica V.8).

En prestación de servicio en el primer nivel, las y los médicos desconocen cómo sustituir la AE en caso de no contar con una presentación específica, esto tuvo un índice de .3 siendo de los que requieren de atención inmediata. En segundo nivel son los que se refieren a pláticas o consejería en lenguas indígenas, ya que tuvieron índices de .27 y .36 en aquellos ámbitos en donde aplicó la pregunta. El mejor desempeño de la prestación de servicio que se puede englobar como la calidad técnica y científica de la prestación del servicio tiene un desempeño general, siendo mejor para la población

SP/abierta. Los subíndices pueden ser consultados en el Anexo V.3.2 y las pruebas de significancia en el Anexo V.4.

**Gráfica V.8 Desempeño por dimensiones de la producción de servicio, del programa de PF, según tipo de institución**



### 3. Accesibilidad y continuidad en el servicio

Además de contener los elementos ya incluidos en el paquete de accesibilidad, como materiales de difusión para la población e información estratégica para tener acceso al servicio, incluye aspectos relacionados con la continuidad en el mismo, como son los conocimientos sobre a dónde enviar a las usuarias o formatos para realizar los envíos y, sobre todo, la gratuidad del servicio.

El índice total respecto de la accesibilidad y continuidad en el servicio en primer nivel es de .56 *versus* .53 en segundo nivel ambos con mediano desempeño (Gráfica V.6), sin diferencia estadísticamente significativa. Un mediano desempeño para la producción de los servicios existe tanto en establecimientos para población SP/abierta (.56) como asegurada (.57) (Gráfica V.7). La capacidad del servicio en las instituciones fue en su mayoría de mediano desempeño, el IMSS-O con .69 junto con el IMSS (.60) fueron los más altos; los SESA (.55, mediano desempeño) y el ISSSTE con .48 fue el único con un bajo desempeño. Se encontraron diferencias significativas\*\*\* entre los SESA y el IMSS-O (Gráfica V.8). Los elementos que requieren de atención urgente están relacionados con la no gratuidad del traslado a un segundo nivel de atención y la falta de material promocional de métodos en lenguas indígenas; en segundo nivel la falta de material informativo para la población en general y para la población indígena en particular. Los subíndices pueden ser consultados en el Anexo V.3.3 y las pruebas de significancia en el Anexo V.4.

A continuación se presenta el Cuadro V.6 realizado como un resumen en el que se destacan las diferencias más significativas por nivel de atención, tipo de población e institución. Se añade el valor de F en el nivel de atención y tipo de población sólo en caso de que la diferencia sea significativa\*\*\* o \*\*.

**Cuadro V.6 Paquetes de intervención que presentaron diferencias significativas según nivel de atención, tipo de población, e institución, PF**

| Programa                                             | Estimación | Nivel de atención primer nivel vs segundo nivel | Tipo de población Asegurada vs SP/abierta | Institución                                                                                                |
|------------------------------------------------------|------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| APEO                                                 | 0.66       | -                                               | -                                         | -                                                                                                          |
| Consejería                                           | 0.73       | -                                               | -                                         | SESA-ISSSTE<br>F=4.280**                                                                                   |
| Disponibilidad                                       | 0.69       | -                                               | -                                         | SESA-IMSS<br>F=11.259***<br>SESA- IMSS-O F=13.335***<br>ISSSTE-IMSS F=8.757***<br>ISSSTE-IMSS-O F=9.910*** |
| Promoción                                            | 0.35       | -                                               | F=7.213**                                 | SESA-IMSS-O F=5.280**<br>ISSSTE-IMSS-O F=11.255***<br>IMSS-IMSS-O F=13.589***                              |
| Continuidad y accesibilidad en el servicio           | 0.56       | -                                               | -                                         | SESA-IMSS-O F=6.919***<br>ISSSTE-IMSS<br>F=4.399**<br>ISSSTE-IMSS-O F=8.854***                             |
| Organización del servicio o dimensión administrativa | 0.68       | -                                               | -                                         | SESA-IMSS-O F=10.153***<br>SESA-ISSSTE F=9.102***<br>ISSSTE-IMSS F=9.573***<br>ISSSTE-IMSS-O F=19.113***   |
| PF Prestación del servicio                           | 0.64       | -                                               | F=6.060**                                 | SESA -ISSSTE F=4.976**                                                                                     |

Fuente: Monitoreo de servicios de salud, 2010.

## Conclusiones y recomendaciones

Los datos oficiales muestran un estancamiento en los avances de este Programa, es necesario impulsar el papel del CONAPO en su promoción y evaluación. Asimismo, se pudo reconocer que a pesar de que hay indicadores consensuados por parte del CONAPO que debían publicar de manera permanente las instituciones, no hay una forma homogénea de presentar los indicadores, lo que dificulta la evaluación de los avances en este Programa.

Se requiere de una actualización de manera urgente que permita su alineación con otras normas como la 046. Es fundamental avanzar en la universalización de los servicios de PF y anticoncepción. El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica establece en el Artículo 118 del Capítulo VI, para los servicios de PF que: “Será obligación de las instituciones de los sectores público, social y privado proporcionar de manera gratuita dentro de sus instalaciones, los servicios en los que se incluya información, orientación y motivación respecto a la planificación familiar, de acuerdo a las Normas Técnicas que emita la Secretaría.” Por su antigüedad como programa y su sólida normatividad, a través de su aplicación se puede impulsar la integración de los servicios de salud.

Es preciso señalar que **el Reglamento omite** el tema acerca de dónde se pueden solicitar los servicios de PF y no establece la provisión de los métodos de manera gratuita, limitándose la gratuidad de los servicios a la información, orientación y “motivación”. Sería pertinente valorar su modificación para que todas las instituciones del sector público provean sin costo los diversos métodos de PF, tal y como lo hacen con el tema de vacunación (Artículo 33).

La disponibilidad de recursos e insumos para PF es heterogénea tanto en las diversas instituciones como al interior de ellas, es decir, podemos encontrar por ejemplo un centro de salud con la mayoría de los insumos que marca la NOM 005 en la materia, incluyendo preservativos femeninos y, al mismo tiempo, encontrar un establecimiento del mismo tipo con un abasto de anticonceptivos muy limitado; este abasto tan heterogéneo se puede deber a muchos factores y errores en la cadena de compra y de reabastecimiento, tal y como se expuso en el apartado de la red de servicios. Para esta problemática se recomiendan las compras centralizadas y consolidadas de los insumos, sobre todo para los Servicios Estatales de Salud.

Por otra parte, la oferta de los servicios de promoción y difusión a nivel poblacional es inexistente, la poca difusión parece deberse a que en los servicios de salud desean no recibir demanda de usuarios y usuarias que soliciten métodos anticonceptivos. La promoción y difusión debe enfocarse más a los derechos de acceso a métodos de PF, es decir, con campañas que contengan los requisitos, en dónde solicitarlos y qué hacer en caso de no recibir el servicio. Se recomendaría que estas campañas fueran conjuntas entre SSA/ISSSTE/IMSS/IMSS-O.

La recomendación anterior se complementa con el diseño de un sistema de exigibilidad y contraloría social por parte de las y los ciudadanos, mecanismo que debe

permitir tener acceso al servicio y producir sanciones de algún tipo para los establecimientos que incumplieron con la obligación. Es fundamental fortalecer el conocimiento de la normatividad para que el personal de salud identifique los derechos y obligaciones como prestadores y, a su vez, los derechos propios de las pacientes adolescentes. Esto es porque muchos de los prestadores de servicios dudan sobre la posibilidad de ofertar y promocionar métodos a población menor de edad.

## Bibliografía

Campbell, O., Graham, W., 2006, “Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what words”, The Lancet Maternal Survival Series, *The Lancet*, volume 368, Issue 9543, octubre, pp. 1284-1299.

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR), 2010, Anexo 2, 2010 3T del Anexo XIX Avance de programas del Informe trimestral sobre la situación económica, las finanzas públicas y la deuda pública, p. 185:

<http://www.shcp.gob.mx/POLITICAFINANCIERA/FINANZASPUBLICAS/ITSSEFPDP/Paginas/2010.aspx>, (consulta: 5 de septiembre de 2010).

Cervantes Carson, Alejandro, 1993, “México. Políticas de Población, Derechos Humanos y Democratización de los Espacios Sociales”, ponencia presentada en IV Conferencia Latinoamericana de población: La transición demográfica en América latina y el Caribe, Palacio de la Antigua Escuela de Medicina, UNAM, Ciudad de México, 23 al 26 de marzo, pp. 41.

CONAPO, 2008, “Plan Nacional de Población 2008-2012”, p. 33: [http://www.conapo.gob.mx/pnp/PNP\\_2008\\_2012.pdf](http://www.conapo.gob.mx/pnp/PNP_2008_2012.pdf) (consulta: 28 de septiembre de 2010).

CONAPO, 2010, “Primer Informe de Ejecución del Programa Nacional de Población 2008-2012, Estrategia 2”:

[http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=430&Itemid=15](http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=430&Itemid=15) (consulta: 10 de enero de 2010).

CONAPO, 2010, [http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1&Itemid=217](http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=1&Itemid=217), (consulta: 2 de septiembre de 2010).

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (última reforma publicada DOF 27-04-2010), p. 5: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf> (consulta: 10 de mayo de 2010).

Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica (ENADID) 2006: <http://sinais.salud.gob.mx/demograficos/enadid/tabulados.html>, (consulta: 20 de septiembre de 2010).

Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica (ENADID) 2009: <http://coepo.jalisco.gob.mx/XLS/Encuestas/ENADID2009.pdf>, (consulta: 20 de septiembre de 2010).

IMSS, 2010, “Compendio de normas oficiales mexicanas sobre el derecho a la protección social en salud”:

<http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/62EE8DFB-D462-4653-AEBC-98078EEC6FE6/0/CompendioNormasParte1.pdf> (consulta: 2 de noviembre de 2010).

IMSS, 2010, en: Anexo 2, 2010 3T del Anexo XIX Avance de programas del Informe trimestral sobre la situación económica, las finanzas públicas y la deuda pública, pp. 352-354:

<http://www.shcp.gob.mx/POLITICAFINANCIERA/FINANZASPUBLICAS/ITSSEFP DP/Paginas/2010.aspx> (consulta: 1° de enero de 2011).

IMSS, 2008, Programas Integrados de Salud. Guía Técnica. Mujeres de 20 a 59 años. Coordinación General de Comunicación Social del Instituto Mexicano del Seguro Social, pp. 101

INMUJERES, 2008, Programa nacional de igualdad entre hombres y mujeres 2008-2012 del Instituto Nacional de las Mujeres, p. 62:  
<http://www.impi.gob.mx/work/sites/IMPI/resources/LocalContent/1845/7/PROGRAM AIGUALDAD.pdf> (consulta: 12 de noviembre de 2010).

ISSSTE, 2009, Plan rector para el mejoramiento de la infraestructura y los servicios de salud, p. 25:

[http://sgm.issste.gob.mx/medica/plan\\_rector/Plan\\_Rector\\_Fin.pdf](http://sgm.issste.gob.mx/medica/plan_rector/Plan_Rector_Fin.pdf) (consulta: 20 de junio de 2010).

ISSSTE, 2010, Programa de Trabajo 2010:

[http://sgm.issste.gob.mx/medica/programa\\_de\\_trabajo/prog2010.pdf](http://sgm.issste.gob.mx/medica/programa_de_trabajo/prog2010.pdf) (consulta: 25 de junio de 2010).

ISSSTE en SHCP 2010, Anexo 3, notas adicionales, 2010 3T del Anexo XIX Avance de programas del Informe trimestral sobre la situación económica, las finanzas públicas y la deuda pública, p. 211:

<http://www.shcp.gob.mx/POLITICAFINANCIERA/FINANZASPUBLICAS/ITSSEFP DP/Paginas/2010.aspx> (consulta:

Ley No. 159, de Salud del Estado de Guerrero, 2007, publicada en el periódico oficial No. 89, el martes 6 de noviembre:

[http://www.guerrero.gob.mx/consejeriajuridicaconsejeria\\_juridica@guerrero.gob.mx](http://www.guerrero.gob.mx/consejeriajuridicaconsejeria_juridica@guerrero.gob.mx), (consulta: 2 de octubre de 2010).

Ley Federal sobre Metrología y Normalización, 2009,:

[http://www.normateca.gob.mx///Archivos/50\\_D\\_2045\\_25-05-2009.pdf](http://www.normateca.gob.mx///Archivos/50_D_2045_25-05-2009.pdf), p. 18 (consulta: 2 de junio de 2010).

Ley General de Población, 1974 (con la última modificación publicada DOF 22 -11-2010): <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/140.pdf>, (consulta: 20 de diciembre de 2010).

Ley General de Salud, Artículo 27°, 2010, última reforma publicada DOF 27-04-2010, p. 12: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf> (consulta: 10 de mayo de 2010).

Ley No. 159, de Salud del Estado de Guerrero, 2007, publicada en el periódico oficial No. 89, el martes 6 de noviembre:



[http://www.guerrero.gob.mx/consejeriajuridicaconsejeria\\_juridica@guerrero.gob.mx](http://www.guerrero.gob.mx/consejeriajuridicaconsejeria_juridica@guerrero.gob.mx),  
(consulta: 2 de octubre de 2010).

Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar (con la última modificación publicada el 21 de enero de 2004): <http://www.generoysaludreproductiva.salud.gob.mx/paginas/paes.html> (consulta: 15 de mayo de 2010).

Norma Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

Palma Cabrera, José Luis, 1993, "La Planeación Demográfica en el Marco de la Actual Política de Población", en *Poblamiento de México, Una visión histórico-demográfica*, México, tomo IV, Secretaría de Gobernación.

Programa de acción específico de Planificación Familiar y Anticoncepción 2007- 2012: <http://www.generoysaludreproductiva.salud.gob.mx/paginas/paes.html> (consulta: 2 de mayo de 2010).

Programa Nacional de Desarrollo 2007-2012, p. 169:  
[http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/pdf/PND\\_2007-2012.pdf](http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/pdf/PND_2007-2012.pdf) (consulta: 4 de septiembre de 2010).

Programa Nacional de Población 2008-2012, CONAPO, 2008:  
[http://www.conapo.gob.mx/pnp/PNP\\_2008\\_2012.pdf](http://www.conapo.gob.mx/pnp/PNP_2008_2012.pdf) (consulta: 2 de diciembre de 2010).

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) 2010, "Objetivos de desarrollo del milenio": <http://www.undp.org/spanish/mdg/goal5.shtml> (consulta: 22 de noviembre de 2009).

Programa Sectorial de Salud 2007-2012, 2008, p. 21  
[http://portal.salud.gob.mx/contenidos/programa\\_sectorial/programa\\_sectorial\\_07.html](http://portal.salud.gob.mx/contenidos/programa_sectorial/programa_sectorial_07.html)  
(consulta: 14 de septiembre de 2010).

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica (última reforma publicada DOF 04-12-2009):  
[http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MPSAM.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSAM.pdf) (consulta: 10 de mayo de 2010).

Secretaría de Salud, Manual de Organización, Diario Oficial de la Federación 4 de enero de 2006, p. 37: [http://www.normateca.gob.mx///Archivos/50\\_D\\_2045\\_25-05-2009.pdf](http://www.normateca.gob.mx///Archivos/50_D_2045_25-05-2009.pdf) (consulta:

Secretaría de Salud, Manual de Organización, Diario Oficial de la Federación 4 de enero de 2006, p. 37: [http://www.normateca.gob.mx///Archivos/50\\_D\\_2045\\_25-05-2009.pdf](http://www.normateca.gob.mx///Archivos/50_D_2045_25-05-2009.pdf) (consulta: 2 de agosto de 2010).

## CAPÍTULO VI

### Programa Salud sexual y reproductiva para adolescentes

Diana L. Reartes<sup>183</sup>  
Graciela Freyermuth

#### Resumen ejecutivo

La atención de la salud sexual y reproductiva para adolescentes (SSRA), tanto a nivel mundial como nacional, se ha constituido desde hace más de una década en una prioridad para diversos actores sociales: los organismos internacionales, los gobiernos nacionales, la academia, las organizaciones civiles y los propios jóvenes, tomando en cuenta la situación de vulnerabilidad que experimenta este sector de la población y que se manifiesta en embarazos tempranos, no deseados y no planeados, riesgos de infección de transmisión sexual incluido el VIH/SIDA, abortos inseguros y violencia de género.

El objetivo de este capítulo es presentar el monitoreo de la atención otorgada a la salud sexual y reproductiva de la población adolescente, a través del análisis de un paquete de intervenciones seleccionado a partir del Programa de Acción Específico en cuatro instituciones de salud del sector público: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), IMSS-Oportunidades (IMSS-O) y Secretaría de Salud (SSA), en una muestra representativa de establecimientos de consulta externa que consideró la distribución en cinco regiones del país: Noroeste, Noreste, Centro, DF-Edo. de México y Sur.

El capítulo está estructurado en cuatro partes. En la primera, se presentan algunos antecedentes de la atención a la SSRA en el ámbito internacional que se remonta a más de una década atrás, cuando fueron foco de debate y consenso en dos importantes conferencias internacionales: la Plataforma de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) (ONU, 1994) y la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995). Tanto a nivel gubernamental como de parte de organizaciones civiles, se destaca que en México la atención a la SSRA comenzó “a recibir una atención pública explícita en 1993 cuando la SSA estableció el Programa Nacional de Atención a la Salud Reproductiva de los Adolescentes” a través de la entonces llamada Dirección General de Planificación Familiar. Sin embargo, es necesario mencionar que México contaba ya con una variedad de programas vinculados a la salud de las y los adolescentes, como el Centro de Orientación para Adolescentes, organismo no gubernamental pionero en este campo, que desde 1978 trabaja en programas de atención integral a los adolescentes y el “Programa Gente Joven” de la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A.C.,

---

<sup>183</sup> Investigadoras del CIESAS-Sureste.

que desde 1986 proporciona actividades educativas y comunitarias mediante de la capacitación a promotores juveniles y servicios de planificación familiar (PF) en varias entidades federativas.

En la segunda parte se describen los programas y estrategias a cargo de la SSA, el ISSSTE, el IMSS y el IMSS-O, su alineación con normas oficiales mexicanas e instrumentos normativos institucionales e internacionales. El análisis de los programas permite señalar que tanto la SSA, el IMSS y el IMSS-O contemplan programas destinados a satisfacer las necesidades de SSRA a partir de un conjunto de acciones que incluyen básicamente actividades en las unidades médicas, fundamentalmente en el primer nivel de atención y extramuros, desarrolladas por personal médico, de trabajo social, enfermería y psicología. A diferencia del IMSS y el IMSS-O, la SSA es la única institución que tiene un programa específico de salud sexual y reproductiva. En cambio, el IMSS, a través del JUVENIMSS y el Centro de Atención Rural para Adolescentes (CARA), incluye las tareas de promoción de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) en un conjunto amplio de acciones que tratan de atender la salud integral de las y los adolescentes. El ISSSTE, por su parte, no cuenta con un programa o actividades dirigidas a este sector de su población y las correspondientes quedan englobadas en las acciones que en materia de PF se brindan a la población en general. Asimismo, tanto la SSA como el IMSS-O establecen la necesidad de que los servicios se ofrezcan mediante módulos especializados o espacios propios que cuenten con condiciones de privacidad.

El tercer apartado se ocupa de describir y analizar las características del paquete de intervenciones “Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes” que comprende tres dimensiones: a) Accesibilidad de espacios, materiales y equipos; b) Consejería y reconocimiento de derechos de las y los adolescentes, y c) Capacitación del personal y disponibilidad de materiales educativos. En él también se presentan los principales resultados obtenidos en el monitoreo. Estos resultados deben ser tomados con cautela ya que son escasos los módulos especializados que brindan atención específica a la SSRA, en tanto que únicamente en una cuarta parte de los servicios hay uno, los resultados por tanto muestran una gran variabilidad y las estimaciones de los índices y sus intervalos de confianza, son muy amplios, por ello se requiere diseñar una muestra ex profeso para evaluar el desempeño de estos servicios.

Los pocos servicios disponibles no promocionan sus actividades ni los horarios de atención. A su vez, son notorias las carencias en cuanto a la disponibilidad de espacios privados y confidenciales para desarrollar las acciones de consejería y educación, así como de equipo (computadora, TV, DVD) para apoyarlas. La mayor oferta de servicios se basa en el otorgamiento de métodos anticonceptivos y, en particular, el condón. El ofrecimiento de consejería y atención de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH/SIDA, es deficiente. El otorgamiento de anticoncepción de emergencia (AE) presenta todavía algunas deficiencias. Aunque el personal manifiesta haber recibido capacitaciones recientes para mejorar la calidad de la atención, es necesario el reforzamiento de la perspectiva de derechos sexuales y reproductivos así como la inclusión de otras problemáticas que afectan la sexualidad y reproducción de la población joven como son las ITS y el VIH-SIDA. Otro aspecto que las capacitaciones deberían enfatizar, es la necesidad de que la atención otorgada esté basada en un claro conocimiento de los criterios operativos de los servicios y del protocolo de atención a adolescentes. Finalmente, en el cuarto apartado se presentan las principales conclusiones que señalan que, a pesar de la importancia del programa de

atención a la SSRA y teniendo en cuenta el peso histórico que tienen los jóvenes mexicanos en el escenario demográfico, y del largo tiempo (más de una década) que tienen operando los programas y servicios de la SSA y el IMSS-O, existen aún muchas inercias y carencias en la ejecución de los mismos que impiden satisfacer cabalmente las necesidades de este sector poblacional.

## Introducción

En la actualidad, México cuenta con 21 millones de adolescentes (10-19 años) y 9.8 millones de adultos jóvenes (20-24 años). Los jóvenes representan cerca de la tercera parte de la población total del país (28.35%), que ascendía a 112.3 millones en 2010 (INEGI, 2010).

Por tanto, México es un país de jóvenes. Se calcula que hoy existen cinco jóvenes (10 a 24 años) por cada adulto mayor (65 años o más) (ENADID, 2009:34). Contamos en este momento con el mayor número de jóvenes y niños de nuestra historia. La transición a la vida adulta aún ocurre a edades tempranas: el Consejo Nacional de Población (CONAPO) señala que la mitad de los adolescentes abandona los estudios a la edad de 17.3 años (CONAPO, 2008:32), frecuentemente este abandono de los estudios se vincula con el inicio de la vida en pareja y la conformación de una familia. Así, el mismo CONAPO señala que de 1992 a 2009 no ha habido un cambio radical en la edad de la unión, en 1992 el primer cuartil de las mujeres unidas tenía hasta 16.7 años y 17.2 en 2009. En estos 17 años tampoco se ha transformado la relación unión e inicio de la reproducción, ya que en promedio hay un año entre la primera unión y el primer hijo nacido vivo (CONAPO, 2011a). CONAPO señala que la proporción de mujeres adolescentes de 15-19 años con vida sexual activa era de 11.9% en 1987, 11% en 2006 y se incrementó a 15.2% en 2009; y aunque en 2009 cerca de 98% de las mujeres declaró conocer al menos un método anticonceptivo, 25% de las adolescentes unidas presentaba situaciones de demanda insatisfecha (CONAPO, 2011b). Según el CONAPO, solamente 55% de las mujeres en edad fértil de 15 a 19 años y 45% de las mujeres en ese grupo de edad, unidas, utilizaban métodos anticonceptivos. Es decir que el conocimiento por sí mismo no se refleja en el uso de anticoncepción en los encuentros sexuales, el cual a su vez está diferenciado por características sociodemográficas, encontrándose más rezagos entre las jóvenes con menores niveles de escolaridad, las que viven en áreas rurales y las hablantes de lenguas indígenas (CONAPO, 2010:68).

También hay que mencionar que la reproducción en la adolescencia presenta un carácter involuntario: uno de cada cuatro embarazos entre las adolescentes no fue planeado y uno de cada diez tampoco fue deseado (CONAPO, 2010:67).

En cuanto a la mortalidad de adolescentes asociada al aborto, entre 1990 y 2004 se reportaron 1,444 muertes por abortos realizados en condiciones inseguras, 13.2% correspondió a muertes de adolescentes menores de 19 años. Entre 2001-2005 ocurrieron más de 400 mil egresos hospitalarios por abortos y, de estos, 22.5% correspondió a adolescentes de 10-19 años (SSA, 2008:20).

En cuanto a la atención del embarazo, en 2009 las jóvenes aún se encontraban por debajo de las siete consultas prenatales recomendadas, lo que es relevante en tanto las adolescentes embarazadas presentan mayores riesgos que ameritarían un seguimiento más cercano. A su vez, entre las jóvenes sin escolaridad, hablantes de

lenguas indígenas, sólo nueve de cada 10 partos reciben la atención de un médico (CONAPO, 2010:104).

Los datos de mortalidad de 2009 arrojan que 14% de las mujeres que fallecieron por causas maternas en ese año eran menores de 19 años; entre ellas nueve niñas de 14 años o menos de los estados de Guerrero, Baja California, Chiapas, Nayarit, Quintana Roo, Sonora y Veracruz. La más pequeña, una niña embarazada de 11 años de edad, falleció en Chiapas por hemorragia (OMM, 2010).

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH-SIDA, son otro problema prioritario que afecta a las y los jóvenes. Entre las más frecuentes están la candidiasis urogenital, la tricomoniasis urovaginal y la infección por el virus del papiloma humano (VPH). En cuanto al VIH/SIDA, cada año 11,000 personas adquieren el VIH, de las cuales más de 50% son jóvenes de 15 a 24 años de edad (SSA, 2008:21). En 2010 se diagnosticaron 899 nuevos casos en varones de 15-29 años y 249 en mujeres de 15-29, lo que hace un total de 34,363 casos acumulados de varones para el periodo 1983-2010 y de 8,487 casos acumulados de mujeres para el mismo periodo, que representan 29.7% del total en todos los grupos de edad. Según la categoría de transmisión, la vía de transmisión sexual es la más frecuente para ambos sexos (CENSIDA, 2011).

Según el XII Censo de Población y Vivienda (2010), de los 21 millones de adolescentes de 10 a 19 años, más de la mitad no tenían seguridad social. Los estados que presentan mayor población en este grupo de edad que no contaban con un sistema de aseguramiento o protección en salud son: Puebla con 54%, Michoacán y Guerrero con 50%, México con 47% en hombres y 45% para mujeres y Chiapas con 45% y 46%, respectivamente. En entidades como Colima, Nayarit, Campeche, Sinaloa, Tamaulipas, Aguascalientes, Nuevo León, Baja California Sur, Tabasco, Coahuila, Sonora y Yucatán la cifra de no asegurados era de entre 17 y 30% de la población femenina y de 21% a 32% en la población masculina, lo que significa que, en su mayoría, los jóvenes son usuarios de las instituciones para población SP/abierta, siendo los estados del Centro y Sur del país los que presentan menor acceso a la seguridad social (INEGI, 2010).

El inicio de la vida en pareja y crianza en la juventud determina el acortamiento de la preparación académica que dota a los jóvenes de mayores activos y oportunidades en la vida adulta. Debido a este panorama los adolescentes y jóvenes requieren de atención especial en SSR, ya que el inicio de la vida en pareja precozmente limita sus posibilidades en el futuro y las posibilidades de un mejor desarrollo del país.

El interés por los problemas asociados a la SSRA se remonta a más de una década, cuando fueron foco de debate y consenso en dos importantes conferencias internacionales: la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) (ONU, 1994) y la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995). En los acuerdos, existe una sección especial dedicada a los adolescentes en el capítulo VII, Derechos reproductivos y salud reproductiva; en la segunda, se incluyen referencias a la salud reproductiva adolescente y a los programas en las secciones La mujer y la salud, y La niña.

La sección dedicada a los adolescentes del documento de la CIPD reconoce que, teniendo en cuenta que hasta esa fecha existía un gran descuido ante las necesidades en la esfera de la SSR de este grupo poblacional, era necesario dar respuestas a las mismas



mediante “información y servicios que les ayudaran (a las y los jóvenes) a comprender su sexualidad y a protegerse contra los embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual y el riesgo subsiguiente de infecundidad” (párrafo 7.41); es decir, que los problemas identificados (embarazos no deseados, abortos inseguros e ITS, incluyendo el VIH/SIDA) debían enfrentarse mediante: “el fomento de una conducta reproductiva y sexual responsable y sana, inclusive la abstinencia voluntaria y la prestación de servicios apropiados, orientación y asesoramiento claramente apropiados para ese grupo de edad” (7.44) (Gogna, 2001:18).

En relación con las características de los programas y los servicios, la Plataforma, en su párrafo 7.45, establece y señala:

Que es responsabilidad de los programas “capacitar a todas las personas que estén en condición de dar orientación a los adolescentes en relación con un comportamiento sexual y reproductivo responsable, en particular los padres y las familias, así como las comunidades, las instituciones religiosas, las escuelas, los medios de información y los grupos de la misma edad e intereses” (7.48);

Es necesaria la eliminación de los obstáculos jurídicos, normativos y sociales que impiden el ofrecimiento de información y de servicios de salud;

El respeto por los valores culturales y las creencias religiosas;

El respeto a la intimidad, confidencialidad, y consentimiento basado en una información correcta,

La participación de los propios adolescentes en la elaboración de los programas (Gogna, 2001:19).

La Plataforma de Acción de Beijing propone, de forma similar, la atención en los aspectos mencionados, aunque destaca la mayor vulnerabilidad -por cuestiones biológicas y psicosociales de las mujeres jóvenes- a la violencia, el abuso sexual, la prostitución, y las relaciones sexuales prematuras y sin protección (Gogna, 2001:20).

A pesar de los avances logrados en ambas conferencias, los textos manifiestan tensiones y aspectos problemáticos como son: los posibles conflictos que pueden existir entre el derecho de los adolescentes a la privacidad y la confidencialidad y el derecho de los padres o tutores, o el énfasis en el concepto de responsabilidad individual en relación con el ejercicio sexual y la reproducción, y el rol determinante de la información como única herramienta para lograr ser un “sujeto sexual responsable” (Paiva, citado por Gogna, 2001:23).

En México, la atención a la SSRA comenzó “a recibir una atención pública explícita en 1993 cuando la SSA estableció el Programa Nacional de Atención a la Salud Reproductiva de los Adolescentes (PNASRA)” a través de la entonces llamada Dirección General de Planificación Familiar (DGPF). Sin embargo, es necesario mencionar que México contaba ya con una variedad de programas vinculados a la salud de los adolescentes, como el Centro de Orientación para Adolescentes (CORA), organismo no gubernamental pionero en este campo, que desde 1978 trabaja en programas de atención integral a los adolescentes, y el “Programa Gente Joven” de la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A.C. (Mexfam), que desde 1986



proporciona actividades educativas y comunitarias a través de la capacitación a promotores juveniles y servicios de PF en varias entidades federativas (Stern y Reartes, 2001:138).

En la esfera gubernamental, hay que destacar los programas del IMSS y el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) (Programa de Desarrollo Integral del Adolescente y Programa Nacional de Prevención y Atención a Madres Adolescentes). A nivel hospitalario, varios servicios venían brindando atención especializada a la población adolescente como la Clínica del Hospital Infantil de México, la del Hospital Materno Infantil Inguarán, la del Hospital General Doctor Manuel Gea González y la del Instituto Nacional de Pediatría, todos en la Ciudad de México. En síntesis, a partir de 1995 la atención a la SSRA comienza a recibir vigilancia prioritaria por parte del Estado, definiéndose como uno de los cuatro ejes a partir de los cuales se estructura el entonces Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar junto a la salud perinatal, la PF y la salud de la mujer (Stern y Reartes, 2001:139).

Desde entonces se comenzaron a implementar diversos programas y servicios en las distintas instituciones públicas. Sin embargo, un análisis de estos servicios llevado a cabo en 2003 detectó una serie de limitaciones que impedían satisfacer adecuadamente las necesidades en esta materia (Beltrán, 2008). En la actualidad, la prestación de los servicios de SSR dirigidos a la población adolescente del Sistema Nacional de Salud presenta dos grandes modalidades: una de ellas es la que se da de manera horizontal, en la que se atiende la demanda de servicios de salud de manera integral y la otra es a través de servicios especializados como en el caso de la SSA con los Servicios Amigables para Adolescentes o los CARA del IMSS-O.

## **Alineaciones jurídica, normativa, institucional y programática del Programa de Acción Específico 2007-2012 Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes**

### ***Secretaría de Salud (SSA)***

En el año 2008, la SSA en tanto órgano rector encargado de dictar y normar las acciones dirigidas a proporcionar servicios de SSR a la población adolescente, elaboró el Programa de Acción Específico 2007-2012 Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (PAESSRA) como lineamiento para todas las instituciones de salud del país ante “la urgente necesidad de establecer políticas públicas dirigidas a contribuir a la reducción de los embarazos en adolescentes, disminuir las infecciones de transmisión sexual y sus complicaciones potenciales, así como promover conductas saludables y responsables alrededor de la sexualidad y la reproducción” (PAESSRA, 2008:12).

El Programa se fundamenta en el reconocimiento de que, a pesar de los esfuerzos realizados, “los servicios de salud sexual y reproductiva [...] no han cubierto las necesidades de los adolescentes, ya que han estado dirigidos primordialmente a mujeres unidas, marginando de la atención a mujeres y hombres solteros. Esta es una de las situaciones que ha marcado distancia entre los servicios y los adolescentes y que hace necesario reformular su organización, acorde a las necesidades de este grupo de edad” (SSA, 2008:22).

Entre las necesidades más importantes que presenta este sector de la población se mencionan: “el acceso a métodos anticonceptivos que impacten en la disminución de embarazos no planeados, la reducción de las muertes maternas en mujeres menores de 20 años y la disminución de las Infecciones de Transmisión Sexual, incluyendo el VIH/SIDA. De igual modo, se busca impulsar un cambio en la cultura de las instituciones de salud, con el propósito de que los jóvenes sean los protagonistas en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, se promueva la igualdad de género y la convivencia pacífica” (SSA, 2008:23).

El objetivo general del PAESSRA 2007-2012 es: contribuir al desarrollo y bienestar de las y los adolescentes, mejorando su SSR y disminuir embarazos no planeados e ITS, por medio de estrategias basadas en el reconocimiento de la diversidad cultural y sexual, las relaciones de género, superar las inequidades sociales y que promuevan el respeto y el ejercicio de sus derechos humanos, en particular sus derechos sexuales y reproductivos. Aunque el grupo de edad al que van dirigidas sus acciones son los adolescentes que incluye a las y los jóvenes de 10 a 19 años, todas las metas se enfocan a las y los adolescentes de 15 a 19 años.

Los objetivos específicos de este Programa son:

1. Promover en los adolescentes la adquisición del conocimiento y capacidades necesarias, la información sobre derechos sexuales y reproductivos, y los beneficios de su ejercicio en la SSR.
2. Disminuir la tasa específica de fecundidad en adolescentes, favoreciendo el acceso gratuito y el uso de métodos anticonceptivos modernos.
3. Contribuir a que la población adolescente tenga acceso y reciba servicios en SSR de calidad, acordes con sus necesidades, en todas las entidades federativas del país.
4. Contribuir a la disminución de las ITS y VIH/SIDA en la población adolescente.

Para el cumplimiento de estos objetivos se establecen cinco estrategias:

1. Promover acciones de información, educación y comunicación (IEC) para sensibilizar a las diferentes audiencias sobre la importancia de la prevención, la adopción de conductas saludables en SSR, para disminuir los riesgos que tienen los adolescentes al tener prácticas sexuales sin protección y difundir los beneficios del ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos responsablemente<sup>184</sup>.
2. Mejorar el acceso y calidad de los servicios en SSR para las y los adolescentes.
3. Sensibilizar a los prestadores de servicios para atender las necesidades de las y los adolescentes en materia de SSR.
4. Mejorar la competencia técnica de los prestadores de servicios de salud.

---

<sup>184</sup> En coordinación con la Secretaría de Educación Pública.

5. Mejorar los sistemas de información en SSRA a fin de conocer, monitorear y evaluar el avance en las acciones.

El Programa también establece -para el periodo 2007-2012- un conjunto de metas focalizadas en la disminución de la fecundidad (Cuadro VI.1) a partir de una mayor cobertura anticonceptiva.

**Cuadro VI.1 Acciones y metas para la disminución de la fecundidad del PAESSRA 2007-2012**

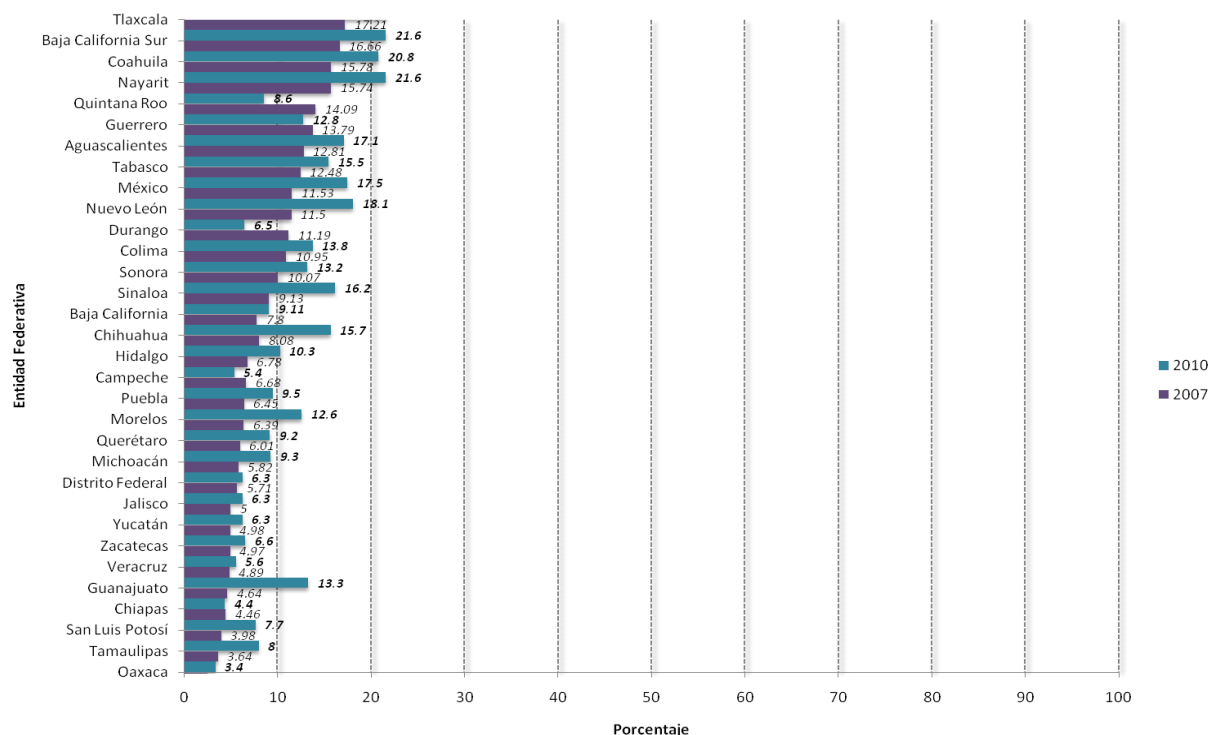
| ACCIÓN                                                                                                                    | META                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 1. Reducir la tasa específica de fecundidad en las adolescentes                                                           | 58 nacimientos por mil mujeres de 15 a 19 años de edad en 2012    |
| 2. Uso de métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes unidas de 15 a 19 años                                          | Incremento de 47% a 2012                                          |
| 3. Reducir el nivel de necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos de las mujeres unidas de 15 a 19 años            | Reducir en 20% para 2012 con respecto al valor registrado en 2006 |
| 4. Incremento del uso del condón en las relaciones sexuales en menores de 20 años                                         | Incremento a 70% para 2012                                        |
| 5. Incrementar número de servicios especializados en la atención de la SSRA, con relación en el número registrado en 2006 | Incremento de 10% con relación al número registrado en 2006       |
| 6. Incremento de cobertura en anticoncepción post-evento obstétrico en menores de 20 años                                 | Alcanzar 70% para 2012                                            |

El Programa especifica los recursos humanos con que se debe contar a nivel operativo para proveer los servicios de salud a las y los adolescentes (una médica/o, psicóloga/o, enfermera/o, trabajador/a social y promotor/a), así como la infraestructura necesaria. Esta última deberá comprender:

1. Un consultorio médico para exploración y valoración clínica.
2. Primer nivel independiente, donde se brinde información, promoción y orientación-consejería. En esta área se requiere de un ambiente agradable y de privacidad, de fácil acceso y reforzada con una buena señalización.
3. Sala de espera cerca de los consultorios médicos y psicológicos, de preferencia separada de la sala de espera general.
4. Equipo médico e instrumental.
5. Un consultorio para atención psicológica que incluya paquetes de materiales de IEC, muestrarios, formatos de historia clínica y una computadora.

Se especifica también que el seguimiento de las acciones será realizado en cada entidad federativa por un grupo interinstitucional.

**Gráfica VI.1 Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años de edad que recibieron métodos anticonceptivos en unidades médicas de primer nivel, según cobertura de los SESA, 2007 y 2010**



En el periodo de 2007 a 2010, los Servicios Estatales de Salud (SESA) incrementaron el porcentaje de adolescentes en prácticamente todos los estados, con excepción de Colima y Guerrero que disminuyeron el porcentaje de aceptantes en ese periodo.

### ***Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS Ordinario)***

La estrategia PREVENIMSS promueve la integración de los servicios preventivos en las unidades de primer nivel y comprende varios programas enfocados a cada grupo de edad. Para el IMSS, la atención a los y las adolescentes incluye a la población de 10 a 19 años, grupo etáreo que forma parte de los cinco que son incorporados a dicha estrategia. El IMSS trabaja este Programa básicamente a través de usuarios asegurados por medio del registro en la cartilla del adolescente. Aunque hay varias estrategias de atención, la más consistente es la de los usuarios cautivos por medio del primer nivel, mediante el procedimiento normal de acceso a consulta.

El JUVENIMSS es el programa enfocado a la salud del adolescente que busca la atención integral de este conjunto poblacional y en el que la salud reproductiva es sólo una parte del mismo. Se trata de un programa que desarrolla actividades impartidas por un equipo educador y promotores adolescentes voluntarios formados por el mismo Programa, que tiene como ámbito de acción espacios juveniles como las escuelas.

Para el sector poblacional adolescentes (10-19 años) las acciones de promoción a la salud y prevención incluyen:

Vigilancia del estado nutricional y orientación alimentaria.

Detección de sobrepeso y obesidad.

Aplicación de vacunación Antihepatitis “B”, TD y Doble Viral.

Desparasitación intestinal.

Orientación–consejería sobre SSR.

Información sobre métodos anticonceptivos y promoción del uso adecuado del condón.

Atención integral a la adolescente embarazada como paciente de alto riesgo.

Prevención de anemia y defectos del tubo neural al nacer.

Promoción e integración a los CARAs para la participación en la estrategia educativa con base en el enfoque integral.

Prevención y detección de riesgos para ITS con énfasis en VIH/SIDA.

Promoción y derivación a los CARAs.

Promoción de la actividad física, la salud bucal y la prevención de accidentes.

Medición de la agudeza visual.

Verificación del esquema de vacunación.

Detección de factores de riesgo para tuberculosis y toma de muestra para baciloscopía en presencia de tos y expectoración.

Detección de casos de trastornos por déficit de atención o problemas por adicciones.

Integración de grupos educativos del CARA y eventos extramuros.

Dentro del PREVENIMSS, la atención a la SSRA se basa en las siguientes acciones:

Información y orientación sobre SSR en centros de prestaciones sociales y en unidades hospitalarias donde se cuente con el servicio de ginecología y obstetricia, dirigiendo las acciones a las mujeres menores de 20 años de edad egresadas por algún evento obstétrico, e implementación de actividades y charlas de orientación sobre SSR a jóvenes asistentes a primer nivel, demandantes o acompañantes y en escuelas.

El IMSS utiliza diversos medios de promoción (impresos, audiovisuales, digitales, invitaciones personales, etc.) y también forma promotores voluntarios para trabajar con adolescentes y el Programa PREVENIMSS en las escuelas. El modelo operativo del programa se basa en las siguientes acciones:

- Brindar a la población adolescente asistente a los distintos ámbitos institucionales preparados, información y orientación sobre SSR.
- Derivar los casos que demanden una atención especializada a las unidades de medicina familiar y hospitales generales de zona.
- Ofrecer y otorgar los servicios de protección anticonceptiva a los jóvenes con vida sexual que así lo requieran.

Dichas acciones serán llevadas a cabo por:

- Personal normativo y operativo.
- Médicos familiares de las unidades médicas, personal de trabajo social, de enfermería, así como promotores voluntarios.

El IMSS no cuenta con indicadores de resultado disponibles públicamente, de su Programa JUVENIMSS. No están disponibles en Internet y no obtuvimos respuesta a la solicitud de este monitoreo de manera oficial de los indicadores solicitados para esta población y el desempeño de este Programa.

### ***IMSS-Oportunidades (IMSS-O)***

El IMSS-O es un programa de salud del Gobierno Federal con más de 29 años de trabajo en zonas rurales y urbano-marginales. Su principal objetivo es acercar los servicios de salud a más de 10.2 millones de mexicanos marginados; de este universo, más de 3.4 son indígenas. El Programa también atiende a asegurados del IMSS y población beneficiaria del Seguro Popular.

Según las Reglas de Operación (ROP) del Programa, publicadas en el Diario Oficial el 28 de diciembre de 2009 (IMSS-O; ROP, 2009), el Programa establece cinco prioridades con base en las políticas de salud del país y en las necesidades de atención a riesgos y daños a la población de su ámbito de responsabilidad:

Reducir la mortalidad materna.

Prevención y atención oportuna del Cáncer Cervicouterino.

Salud integral del adolescente (CARA).

Vacunación.

Vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades.

El IMSS-O otorga servicios personalizados o grupales que están organizadas por grupos de edad en un paquete de acciones. Dichas acciones se otorgan en el primer y segundo niveles de atención en los servicios de Consulta Externa, Medicina Preventiva y en la comunidad. El Programa se sustenta en el Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS) que se basa en la vinculación de las acciones médicas con las comunitarias para mejorar las condiciones sanitarias.

Dentro del IMSS-O existe desde el año 1998 el ya mencionado CARA, a través del Modelo de Atención Integral a la Salud de los Adolescentes Rurales (MAISAR), que busca: “favorecer la adquisición de conductas y actitudes libres, responsables e informadas que proporcionen el autocuidado de su salud en general así como la capacidad resolutoria ante los problemas de la vida cotidiana...” (IMSS, 2009:408). Los adolescentes campesinos e indígenas cuentan, mediante este Programa, con espacios

ubicados en Unidades Médicas Rurales y Hospitales Rurales que buscan la participación de las y los adolescentes en sesiones educativas. Los CARA:

... fueron creados para ser sitios amigables a los cuales puedan acudir (los jóvenes) no sólo cuando enferman, sino también para adquirir habilidades, cambiar hábitos de comportamiento, actitudes, estilos de vida, intercambiar ideas con profesionales de la salud, expresar sus dudas e inquietudes, recibir atención médica y orientación bio-psico-social; promoviendo determinantes positivos como hábitos higiénicos, actividad física, alimentación saludable, acciones odonto-preventivas, reducción del consumo de tabaco y alcohol así como fomentar relaciones interpersonales e integración familiar. (IMSS, 2009:409).

En los CARA se fomenta:

- El incremento en el uso de métodos anticonceptivos.
- La postergación en el inicio de la vida sexual.
- La disminución de los embarazos no planeados.
- El retraso del primer embarazo.
- Incrementar el periodo transcurrido entre un embarazo y otro.
- La disminución de infecciones de transmisión sexual.
- La adquisición de conductas de autocuidado y percepción de riesgos de la etapa reproductiva.

Con tal fin, un aspecto fundamental del Programa es la formación de líderes juveniles que participan voluntariamente en la capacitación de sus pares. En la actualidad existen 3,619 CARAs a lo largo de todo el país.<sup>185</sup>

Según el Programa, los adolescentes constituyen un grupo prioritario, tanto por su magnitud y vulnerabilidad, como por su trascendencia, por lo que se ha trabajado en el otorgamiento de atención integral a su salud, privilegiando el enfoque educativo integral como elemento básico para reforzar actitudes y prácticas saludables, siendo los CARA el punto central para brindar dichos servicios.

Algunos de los indicadores que sobresalen en la atención a la población adolescente en el periodo 2002-2010 se muestran en el Cuadro VI.2. Ya que los indicadores que nos proporcionó IMSS-O no contaban con la población objetivo ni potencial, no fue posible establecer la trayectoria de logros del Programa; el único porcentaje que se pudo estimar es el de las jóvenes de 15 a 19 años embarazadas en relación con el total de embarazadas atendidas y el resultado de esta comparación resulta en un incremento de dos puntos porcentuales entre 2002 y el 2009. Las cifras del 2010 son preliminares.

---

<sup>185</sup> ([www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/cara.htm](http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/cara.htm))



**Cuadro VI.2 Adolescentes IMSS-O: Salud reproductiva**

| <b>Indicador</b>                                                                                                      | <b>2002</b> | <b>2003</b> | <b>2004</b> | <b>2005</b> | <b>2006</b> | <b>2007</b> | <b>2008</b> | <b>2009</b> | <b>2010*</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| <i>Número de adolescentes de 15 a 19 años que usan condón en sus prácticas sexuales</i>                               | 57872       | 55064       | 54099       | 52788       | 53059       | 53433       | 55165       | 58964       | 30992        |
| <i>Número de adolescentes de 15 a 19 años de edad embarazadas, atendidas en unidades de primer nivel</i>              | 26355       | 25299       | 25499       | 25492       | 24821       | 28437       | 31600       | 34415       | 19081        |
| <i>Total de mujeres embarazadas atendidas en unidades de primer nivel</i>                                             | 105958      | 103127      | 103535      | 102800      | 102110      | 113449      | 122369      | 127937      | 70785        |
| <i>Número de adolescentes entre 15 y 19 años de edad detectados con ITS, en unidades médicas de primer nivel</i>      | 16770       | 11645       | 11317       | 11147       | 11871       | 10339       | 10570       | 11068       | 6035         |
| <i>Número de adolescentes entre 15 y 19 años de edad detectados con VIH/SIDA, en unidades médicas de primer nivel</i> | 4           | 3           | 7           | 6           | 8           | 7           | 4           | 8           | 8            |
| <i>Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años embarazadas, en relación con el total de embarazadas de IMSS-O</i>      | 25%         | 25%         | 25%         | 25%         | 24%         | 25%         | 26%         | 27%         | 27%          |

\*Preliminar de 2010

Indicadores proporcionados por IMSS-Oportunidades

### ***Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)***

El ISSSTE no posee un programa específico para atender las necesidades de SSRA y las mismas son tomadas en cuenta por el Programa Salud Materna y Salud Reproductiva, dependiente de la Subdirección de Prevención y Protección a la Salud. Explícitamente, se menciona que “el servicio de planificación familiar se ofrece a toda persona, hombres y mujeres en edad reproductiva (adolescentes y adultos) cuenten o no con seguridad social, por personal médico y paramédico en todas las unidades médicas del instituto a nivel nacional” (ISSSTE, 2010:2).

Se busca de este modo que: “hombres y mujeres cuenten con la información necesaria para que tomen decisiones informadas sobre su sexualidad, decidan de manera libre y responsable sobre el número y espaciamiento de sus hijos, obteniendo los servicios con pleno respeto a la diversidad cultural y el ejercicio de sus derechos” (ISSSTE, 2010:2).

Los servicios de SSR incluyen:

Consejería, a través de la cual se brinda información y educación sobre los beneficios de la práctica anticonceptiva, ventajas, contraindicaciones y efectos colaterales, dependiendo de las necesidades y características individuales,

Orientación sobre la prevención de ITS (ISSSTE, 2010:2).

Descritos cada uno en los programas en sus líneas básicas de acción, a continuación analizaremos la alineación de los mismos con normas oficiales mexicanas e instrumentos normativos nacionales e internacionales:

El PAESSRA 2007-2012 es el programa que mayores referencias hace a los marcos jurídicos nacional e internacional, que respaldan sus acciones. De la legislación nacional señala las siguientes leyes: Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Ley General de Población, Ley General de Salud, Ley Federal de Protección de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación y Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (SSA, 2008:14).

En cuanto a la legislación internacional, se enmarca el PAESSRA en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Convención de los Derechos de los Niños, la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación hacia la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés), la Conferencia Mundial de la Población y Desarrollo, plataforma de acción y revisiones entre 5 y 10, y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, plataforma de acción y revisiones entre 5 y 10 (SSA, 2008:14).

El Programa también señala que el mismo está inserto en el **Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (PND)**, específicamente a través de:

Eje 3: Igualdad de oportunidades.

Con el Objetivo 5: que especifica el brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente, y con la Estrategia 5.3 que señala la necesidad de asegurar recursos humanos, equipamiento, infraestructura y tecnologías de la salud eficientes, oportunas y acordes con las necesidades de la población.

Con el Objetivo 6: “Reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables” y con la Estrategia 6.1. “Promover la salud reproductiva y salud materna y perinatal” (SSA, 2008:17).

También responde a las directrices del Programa Sectorial de Salud (PROSEA) 2007-2012, que plantea la importancia de fortalecer acciones de promoción de la salud, específicamente la SSR, para que la población ejerza una sexualidad libre, responsable e informada, de acuerdo con el Artículo 4º de la Constitución. Para tal fin, propone una colaboración estrecha con la Secretaría de Educación Pública a fin de implementar una campaña permanente de salud sexual. Así, este Programa se sustenta en una plataforma de acciones educativas que buscan asegurar que los adolescentes accedan a información que garantice la toma de decisiones de manera informada.

Por su parte, el Programa Salud Materna y Salud Reproductiva del ISSSTE sólo hace referencia al Programa Nacional de Salud 2007-2012 (PRONASA) al mencionar

que al haber logrado “un incremento de 13% de usuarios activos de métodos anticonceptivos en el 2009 respecto a 2006 se ha acercado al objetivo 2.7 del PRONASA, específicamente en su estrategia 2, que se refiere al incremento a 75% de la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos en las mujeres unidas en edad fértil (ISSSTE, 2010:2).

En sus Reglas de Operación, el IMSS-O señala encontrarse inmerso en el PND 2007-2012, contribuyendo al Eje 3 “Igualdad de Oportunidades”. También se inscribe dentro de los objetivos y estrategias del PRONASA 2007-2012, Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una mejor salud, y de la Estrategia Vivir Mejor del Gobierno Federal en su numeral 3.13 Salud, que establece entre sus prioridades: la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, la universalización de servicios con calidad y trato digno, así como el combate de la mortalidad materna, mortalidad infantil, de padecimientos no transmisibles y crónico-degenerativos (IMSS, 2009:5).

El análisis de los programas permite señalar que tanto la SSA, el IMSS como el IMSS-O contemplan programas destinados a satisfacer las necesidades de SSRA a partir de un conjunto de acciones que incluyen básicamente actividades en las unidades médicas, fundamentalmente en el primer nivel de atención y extramuros, desarrolladas por personal médico, de trabajo social, enfermería y psicología. A diferencia del IMSS y el IMSS-O, la SSA es la única institución que tiene un programa específico de SSR; en cambio el IMSS, a través del JUVENIMSS y del CARA, incluye la promoción de la SSR en un conjunto amplio de acciones que tratan de atender la salud integral de las y los adolescentes. El ISSSTE, por su parte, no posee un programa o acciones dirigidas a este sector de su población y las correspondientes quedan englobadas en las que, en materia de PF, se brindan a la población en general. Asimismo, tanto la SSA como el IMSS-O establecen la necesidad de que los servicios se ofrezcan mediante módulos especializados o espacios propios que cuenten con condiciones de privacidad.

Los programas elaborados por la SSA, el IMSS e IMSS-O son los que presentan mayor alineación con la normatividad internacional y las normas oficiales mexicanas que promueven la promoción, protección y atención a la salud de las y los adolescentes, a diferencia de lo que ocurre en el ISSSTE que sólo hace referencia al PRONASA en su estrategia de incrementar la prevalencia anticonceptiva en mujeres unidas.

## **Metodología**

Como se ha mencionado, el análisis de cada programa se integró a través de varios paquetes de intervenciones y cada paquete consta de un determinado número de acciones médicas y no médicas. El paquete de intervención de los servicios de atención a la SSRA comprende el conjunto de intervenciones en relación con la atención, información y comunicación educativa que se planean, organizan y desarrollan en los módulos o espacios utilizados como ámbitos del trabajo de consejería (pláticas informativas, talleres, dinámicas, entrega de materiales informativo-educativos) y que promueven la toma de decisiones de los adolescentes a favor de la PF y la SSR.

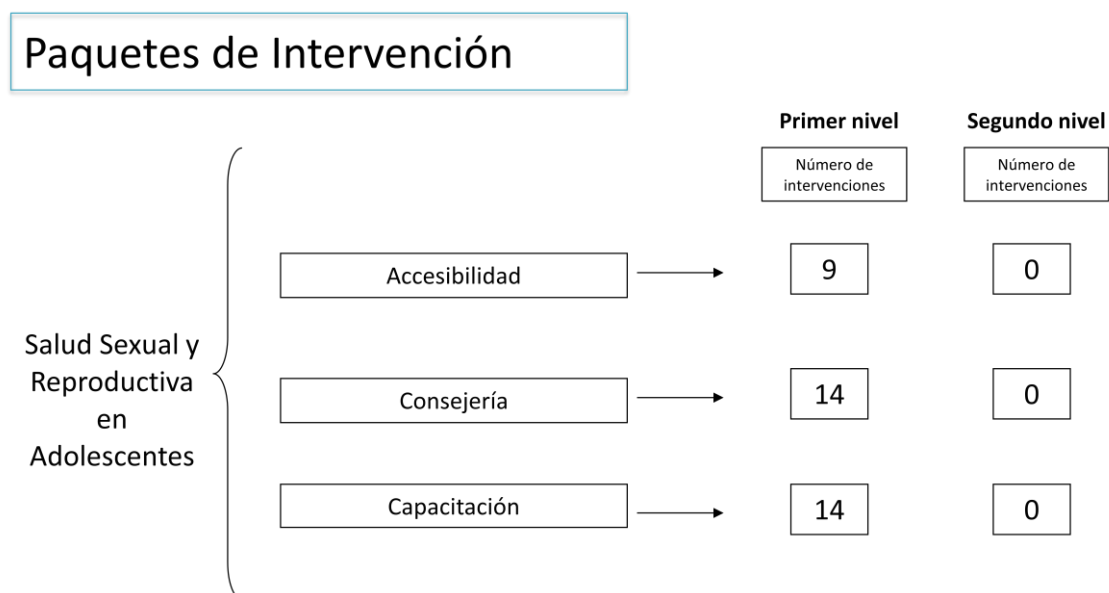
Las mujeres y hombres menores de 20 años de edad tienen derecho a recibir consejería y servicios de anticoncepción, incluidos los de emergencia según la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993 de los Servicios de Planificación Familiar, fundamentada en el Artículo 4º Constitucional, que establece que todas las personas en

edad reproductiva pueden y deben recibir consejería y prescripción anticonceptiva con el propósito específico de proteger su salud y evitar embarazos no planeados o riesgosos.

A través de varios ejes que se desprenden del marco de derechos, de los propósitos y de los componentes del Programa, se definieron tres paquetes de intervención:

- 1.- Accesibilidad de espacios, materiales y equipos.
- 2.-Consejería y reconocimiento de derechos de las y los adolescentes.
- 3.- Capacitación y disponibilidad de materiales para proveedores.

En el siguiente gráfico se da cuenta de los paquetes seleccionados con el número de intervención en primer nivel:



### ***Paquetes de intervención***

#### **1. Accesibilidad de espacios, materiales y equipos**

Tomando en cuenta la importancia de que las unidades médicas tengan un espacio físico específico donde llevar a cabo las acciones de consejería e información, ya sea de forma individual o grupal, que reúna condiciones de privacidad y que permita por lo tanto la confidencialidad del servicio, es que el primer paquete concierne a la **Accesibilidad** (Cuadro VI.3) e incluyó la observación de la existencia de horarios visibles en los módulos o áreas de atención para las y los adolescentes, de carteles y/o materiales de difusión de los servicios que se prestan, de espacio específico de consejería de SSR para las y los jóvenes, de un área con acceso a computadora, TV y DVD para llevar a cabo acciones educativas. Asimismo, en este paquete interesaba conocer si los servicios contaban con la Cartilla de Salud para Adolescentes o la Cartilla Nacional para 10-19 años.

Las y los adolescentes deben participar activamente en el proceso de consentimiento informado, considerando en particular lo relacionado con la etapa de diagnóstico y motivación, en la que el resultado de valorar sus expectativas personales y reproductivas será la base para la toma de decisiones. Ellas y ellos tienen derecho a disfrutar de una vida sana, placentera, responsable y a que su vida sexual sea respetada; esto incluye sus decisiones sobre cuándo y con quién iniciarla. Para que los adolescentes cuenten con apoyo profesional es necesario el papel del consejero, como una figura esencial en la educación para la SSRA. Las y los profesionales de la salud están obligados a brindarles consejería amplia sobre métodos anticonceptivos de uso regular, sobre AE y sobre las medidas para prevenir ITS, incluyendo el VIH/SIDA (Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, México, 2000, Capítulo 8, Artículo 28).

| <b>Cuadro VI.3 Accesibilidad de espacios, materiales y equipos</b>                                  | <b>Primer nivel</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| <b>Horarios de atención visibles para cualquier persona que se acerque al módulo</b>                | X                   |
| <b>Área para adolescentes con acceso a computadora para manejo de materiales educativos</b>         | X                   |
| <b>Carteles y/u otros medios que difunden los servicios de SSR para adolescentes</b>                | X                   |
| <b>Material de difusión de servicios del módulo o área de atención a adolescentes</b>               | X                   |
| <b>Cartilla de Salud para el Adolescente o Cartilla Nacional de 10-19 años</b>                      | X                   |
| <b>Número de turnos de atención que tiene el módulo o área de atención a adolescentes</b>           | X                   |
| <b>Días a la semana en que se prestan servicios en el módulo o área de atención a adolescentes</b>  | X                   |
| <b>Espacio específico de consejería en SSR y privacidad</b>                                         | X                   |
| <b>Actividades extramuros de información y prevención sobre embarazo no planeado, ITS, VIH/SIDA</b> | X                   |
| <b>Número total de intervenciones</b>                                                               | 9                   |

## **2. Consejería y reconocimiento de derechos de las y los adolescentes**

Por ello se construyó el segundo paquete de **Consejería y reconocimiento de derechos de las y los adolescentes** (Cuadro VI.4). En éste se exploran la toma de decisiones de los prestadores de servicios de salud en materia de anticoncepción, pruebas de detección de VIH, así como la disponibilidad de información precisa para las y los adolescentes a través de folletos o dípticos.

Como se ha señalado, los prestadores de salud deben tener siempre presente que todas las personas, independientemente del sexo, la edad, la condición social, la orientación sexual y el estado civil, deben recibir servicios de salud de alta calidad, por ser éste un derecho sexual y reproductivo. Por esto es fundamental que el personal que opera el programa de SSR cuente no solamente con materiales e información que le permitan desarrollar habilidades de consejería, sino que se debe promover activamente la capacitación al personal del área.

| <b>Cuadro VI.4 Consejería y reconocimiento de derechos de las y los adolescentes</b>                | <b>Primer nivel</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Folletos o dípticos sobre PF y métodos anticonceptivos                                              | X                   |
| Folletos o dípticos sobre prevención y atención de ITS                                              | X                   |
| Folletos o dípticos sobre embarazo temprano en adolescentes                                         | X                   |
| Folletos o dípticos sobre derechos sexuales y reproductivos                                         | X                   |
| Folletos sobre métodos anticonceptivos para población adolescente                                   | X                   |
| Edad en la que se otorgan métodos anticonceptivos a un(a) adolescente con vida sexual activa        | X                   |
| Oferta de detección de pruebas rápidas de VIH a adolescentes                                        | X                   |
| Conducta a seguir en caso de detectar ITS en adolescentes                                           | X                   |
| Otorgan prueba rápida de VIH a un adolescente que la solicita, sin acompañamiento de persona adulta | X                   |
| Oferta de anticonceptivos a adolescentes que atienden                                               | X                   |
| Casos en que se orienta y promueve a adolescentes sobre métodos anticonceptivos                     | X                   |
| Anticonceptivos que se ofertan regularmente a adolescentes                                          | X                   |
| Se brinda la AE a una usuaria menor de edad si la solicita                                          | X                   |
| Área para adolescentes con acceso a TV y DVD para materiales educativos                             | X                   |
| Número total de intervenciones                                                                      | 14                  |

### 3. Capacitación y disponibilidad de materiales para proveedores

En el tercer paquete, de Capacitación y disponibilidad de materiales para proveedores (Cuadro VI.5) se indaga la disponibilidad de documentos de consulta para el proveedor que le permitan ofrecer un servicio de calidad, entre los que se encuentran: a) Guía de consejería en PF, guía de prevención y atención de ITS, NOM-005, guía didáctica de acciones educativas, marco jurídico sobre derechos sexuales y reproductivos de adolescente; b) PAESSRA 2007-2012, criterios operativos de los servicios amigables, manual o protocolo para atender a las y los adolescentes; c) Programa anual de trabajo con objetivos y metas, plan o programa anual de participación en eventos de capacitación, d) Archivos electrónicos o materiales impresos, de audio o video, que apoyan las actividades de consejería o educativas.

| <b>Cuadro VI.5 Capacitación y disponibilidad de materiales para proveedores</b>                                 | <b>Primer nivel</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Materiales impresos que apoyan actividades educativas o de consejería                                           | X                   |
| Materiales de difusión en audio/video para promoción y educativas en SSR                                        | X                   |
| Criterios Operativos para los Servicios Amigables                                                               | X                   |
| Programa de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2007-2012                                             | X                   |
| Archivos de materiales de difusión, información, educativos para orientación y consejería para l@s adolescentes | X                   |
| Participación en la planeación de los servicios que se brindan a adolescentes                                   | X                   |
| Manual o protocolo para atender al adolescente                                                                  | X                   |
| Guía, documento o programa anual de trabajo con objetivos y metas del Programa                                  | X                   |
| Guía de consejería en PF                                                                                        | X                   |
| Guía para prevención y atención de infecciones por VIH y otras ITS                                              | X                   |
| Guía didáctica de las acciones educativas                                                                       | X                   |
| Marco jurídico sobre derechos sexuales y reproductivos de adolescentes                                          | X                   |
| NOM-005-SSA2-1993                                                                                               | X                   |
| Plan o programa anual de participación en eventos de capacitación para el personal                              | X                   |
| Número total de intervenciones                                                                                  | 14                  |

Para el paquete de SSRA existen seis tipos de intervenciones: Mobiliario, infraestructura, conocimientos técnicos y manuales, continuidad en el servicio y material de difusión. Se construyeron tres tipos de paquetes para el análisis del desempeño de servicios por tipo de intervención, que se denominan dimensiones de la producción del servicio (Capítulo I).

### ***Dimensiones de la producción del servicio***

Dado que la N muestral del programa de adolescentes fue muy pequeña, debido a la escasa presencia de módulos o espacios de atención para esta población en el primer nivel de atención y a la variabilidad del desempeño de este servicio, la precisión establecida por este monitoreo para la descripción de los índices (error típico de .050 o menos) no se logró en las estimaciones obtenidas. Por ello no serán descritos los resultados de esta sección para este programa.

Para cada intervención se calculó un valor resumen que va del 0 al 1 (subíndices) y a partir de estos se obtiene el índice global por paquete, además del índice global por programa. Es así que en el análisis se describen los datos en términos de porcentajes de la población cuando se refiere a las frecuencias válidas y de índices cuando se refiere al valor resumen que resulta de la calificación obtenida por cada intervención. Cada índice toma un valor entre 0 a 1, considerándose la más alta calificación el 1. Las pruebas de significancia fueron realizadas para comparar los índices obtenidos de acuerdo con los niveles de análisis expuestos con anterioridad. Para los índices se realizó una semaforización señalando como desempeño bueno los



índices de más de .84, como desempeño adecuado aquéllos ubicados entre .70 a .84, con desempeño mediano los que tienen valores entre .50 a .69 y desempeño bajo y que requiere atención urgente los menores de .50. la referencia utilizada fue la *semaforización* que tiene CONEVAL para evaluar el desempeño de los programas sociales Tanto en el caso de los porcentajes como de los índices se procedió a realizar una descripción más amplia solamente en aquellos casos en que la distribución por tipo de institución o por tipo de población a la que se atiende mostrara un intervalo de confianza cuyo error típico fuera de .050 o menor y cuya significancia fuera  $p < 0.01$  \*\*. Si no se cumple con estos criterios solamente se describieron las frecuencias generales de cada uno de los reactivos.

## **Resultados del monitoreo**

A continuación se presentan los resultados de cada uno de los paquetes tomando en cuenta los índices (Cuadro VI.6).

**Cuadro VI.6 Índices de los paquetes de SSRA, por programa y por dimensiones de la producción del servicio**

| Paquetes de intervención SSRA                    | Primer nivel                                        |              |                               |          |                        |            | Segundo nivel                                      |              |                               |          |                        |            |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------|-------------------------------|----------|------------------------|------------|----------------------------------------------------|--------------|-------------------------------|----------|------------------------|------------|
|                                                  | Estimación                                          | Error típico | Intervalo de confianza al 95% |          | Tamaño de la población | N muestral | Estimación                                         | Error típico | Intervalo de confianza al 95% |          | Tamaño de la población | N muestral |
|                                                  |                                                     |              | Inferior                      | Superior |                        |            |                                                    |              | Inferior                      | Superior |                        |            |
| Accesibilidad                                    | .52                                                 | .03          | .46                           | .57      | 7825.92                | 73         | .                                                  | .            | .                             | .        | .                      | .          |
| Capacitación                                     | <b>.62*</b>                                         | .06          | .49                           | .74      | 7825.92                | 73         | .                                                  | .            | .                             | .        | .                      | .          |
| Consejería                                       | .64                                                 | .04          | .56                           | .73      | 7825.92                | 73         | .                                                  | .            | .                             | .        | .                      | .          |
| SSRA global                                      | .61                                                 | .03          | .54                           | .68      | 7825.92                | 73         | .                                                  | .            | .                             | .        | .                      | .          |
| <b>Dimensiones de la producción del servicio</b> |                                                     |              |                               |          |                        |            |                                                    |              |                               |          |                        |            |
| Administrativa o de organización del servicio    | .56                                                 | .05          | .46                           | .65      | 7825.92                | 73         | .                                                  | .            | .                             | .        | .                      | .          |
| Prestación del servicio                          | <b>.59*</b>                                         | .05          | .48                           | .70      | 7825.92                | 73         | .                                                  | .            | .                             | .        | .                      | .          |
| Accesibilidad y continuidad en el servicio       | .62                                                 | .03          | .56                           | .67      | 7825.92                | 73         | .                                                  | .            | .                             | .        | .                      | .          |
|                                                  | <b>Atiende a población SP/abierta (SESA/IMSS-O)</b> |              |                               |          |                        |            | <b>Atiende a población asegurada (IMSS/ISSSTE)</b> |              |                               |          |                        |            |
| Accesibilidad                                    | .52                                                 | .03          | .46                           | .58      | 6743.69                | 39         | .50                                                | .03          | .43                           | .56      | 1082.23                | 34         |
| Capacitación                                     | <b>.61*</b>                                         | .07          | .48                           | .75      | 6743.69                | 39         | <b>.63*</b>                                        | .07          | .49                           | .77      | 1082.23                | 34         |
| Consejería                                       | .64                                                 | .05          | .54                           | .74      | 6743.69                | 39         | .66                                                | .05          | .56                           | .76      | 1082.23                | 34         |
| SSRA global                                      | .61                                                 | .04          | .53                           | .68      | 6743.69                | 39         | .61                                                | .04          | .52                           | .70      | 1082.23                | 34         |
| <b>Dimensiones de la producción del servicio</b> |                                                     |              |                               |          |                        |            |                                                    |              |                               |          |                        |            |
| Administrativa o de organización del servicio    | <b>.56*</b>                                         | .06          | .45                           | .68      | 6743.69                | 39         | <b>.53*</b>                                        | .09          | .35                           | .72      | 1082.23                | 34         |
| Prestación del servicio                          | <b>.59*</b>                                         | .06          | .46                           | .71      | 6743.69                | 39         | .60                                                | .05          | .50                           | .69      | 1082.23                | 34         |
| Accesibilidad y continuidad en el servicio       | .61                                                 | .03          | .55                           | .67      | 6743.69                | 39         | <b>.62*</b>                                        | .05          | .51                           | .73      | 1082.23                | 34         |

Se señalaron con un asterisco (\*) aquellos tabulados que presentan un error típico de más de .050, los resultados de estos paquetes de intervención no se incluirán en la descripción, ni en los gráficos.

Continuación...

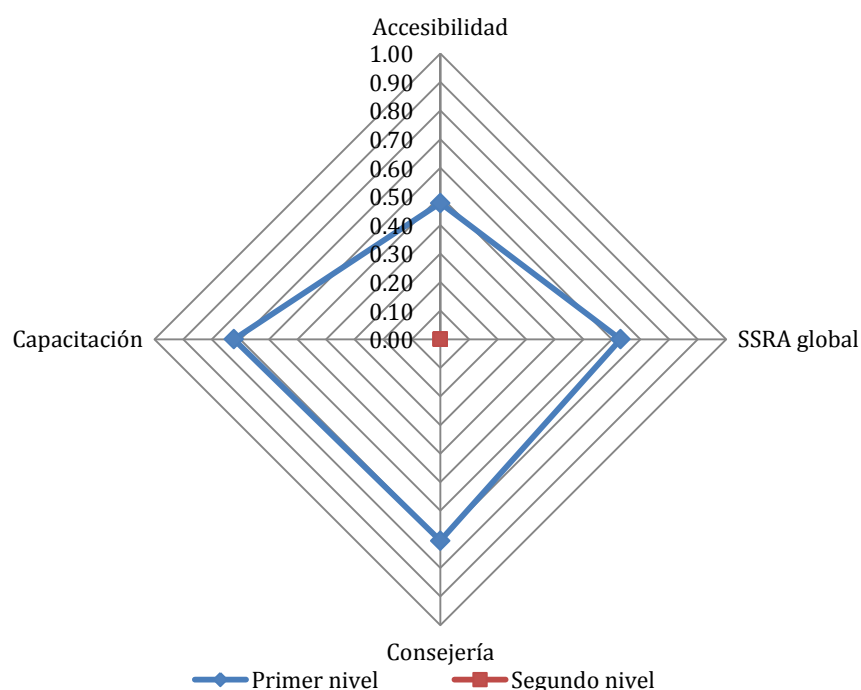
| Paquetes de intervención SSRA                                                                                                                                                                              | Institución SESA        |              |                               |          |                        |            | Institución ISSSTE        |              |                               |          |                        |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------|-------------------------------|----------|------------------------|------------|---------------------------|--------------|-------------------------------|----------|------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                                                            | Estimación              | Error típico | Intervalo de confianza al 95% |          | Tamaño de la población | N muestral | Estimación                | Error típico | Intervalo de confianza al 95% |          | Tamaño de la población | N muestral |
|                                                                                                                                                                                                            |                         |              | Inferior                      | Superior |                        |            |                           |              | Inferior                      | Superior |                        |            |
| Accesibilidad                                                                                                                                                                                              | .51                     | .03          | .44                           | .58      | 6103.85                | 28         | .44*                      | .05          | .33                           | .55      | 224.31                 | 10         |
| Capacitación                                                                                                                                                                                               | .60*                    | .07          | .45                           | .75      | 6103.85                | 28         | .48*                      | .15          | .18                           | .78      | 224.31                 | 10         |
| Consejería                                                                                                                                                                                                 | .65*                    | .05          | .54                           | .75      | 6103.85                | 28         | .56*                      | .15          | .27                           | .86      | 224.31                 | 10         |
| SSRA global                                                                                                                                                                                                | .60                     | .04          | .52                           | .68      | 6103.85                | 28         | .51*                      | .11          | .30                           | .72      | 224.31                 | 10         |
| <b>Dimensiones de la producción del servicio</b>                                                                                                                                                           |                         |              |                               |          |                        |            |                           |              |                               |          |                        |            |
| Administrativa o de organización del servicio                                                                                                                                                              | .55*                    | .06          | .42                           | .67      | 6103.85                | 28         | .44*                      | .09          | .26                           | .62      | 224.31                 | 10         |
| Prestación del servicio                                                                                                                                                                                    | .58*                    | .07          | .45                           | .72      | 6103.85                | 28         | .48*                      | .13          | .22                           | .74      | 224.31                 | 10         |
| Accesibilidad y continuidad en el servicio                                                                                                                                                                 | .62                     | .03          | .55                           | .68      | 6103.85                | 28         | .53*                      | .11          | .32                           | .75      | 224.31                 | 10         |
|                                                                                                                                                                                                            | <b>Institución IMSS</b> |              |                               |          |                        |            | <b>Institución IMSS-O</b> |              |                               |          |                        |            |
| Accesibilidad                                                                                                                                                                                              | .51                     | .04          | .44                           | .59      | 857.92                 | 24         | .61                       | .05          | .52                           | .70      | 639.84                 | 11         |
| Capacitación                                                                                                                                                                                               | .67*                    | .07          | .53                           | .81      | 857.92                 | 24         | .71*                      | .08          | .55                           | .87      | 639.84                 | 11         |
| Consejería                                                                                                                                                                                                 | .68                     | .04          | .60                           | .77      | 857.92                 | 24         | .58*                      | .09          | .40                           | .76      | 639.84                 | 11         |
| SSRA global                                                                                                                                                                                                | .63                     | .04          | .55                           | .72      | 857.92                 | 24         | .63*                      | .06          | .51                           | .76      | 639.84                 | 11         |
| <b>Dimensiones de la producción del servicio</b>                                                                                                                                                           |                         |              |                               |          |                        |            |                           |              |                               |          |                        |            |
| Administrativa o de organización del servicio                                                                                                                                                              | .56*                    | .10          | .34                           | .77      | 857.92                 | 24         | .68*                      | .08          | .52                           | .84      | 639.84                 | 11         |
| Prestación del servicio                                                                                                                                                                                    | .63                     | .04          | .54                           | .71      | 857.92                 | 24         | .64*                      | .08          | .49                           | .80      | 639.84                 | 11         |
| Accesibilidad y continuidad en el servicio                                                                                                                                                                 | .64*                    | .06          | .53                           | .76      | 857.92                 | 24         | .60*                      | .06          | .48                           | .72      | 639.84                 | 11         |
| Se señalaron con un asterisco (*) aquellos tabulados que presentan un error típico de más de .050, los resultados de estos paquetes de intervención no se incluirán en la descripción, ni en los gráficos. |                         |              |                               |          |                        |            |                           |              |                               |          |                        |            |

## 1. Accesibilidad de espacios, materiales y equipos

Del total de los servicios de primer nivel, solamente 57% brinda atención a adolescentes a través de módulos o áreas específicas,<sup>186</sup> pero de estos servicios que brindan la atención, en 56% no hay módulos especializados<sup>187</sup> para adolescentes: 52% en el caso de la población asegurada frente a 56% en la no asegurada. Esto, a pesar de que tanto la SSA como el IMSS-O establecen la necesidad de que los servicios se ofrezcan mediante módulos especializados o espacios propios que cuenten con condiciones de privacidad. En aquellos establecimientos con módulo, no existe un cartel que indique los horarios de atención, tampoco disponen de un área con acceso a computadora para el manejo de documentos de trabajo, materiales educativos y de promoción (70%), ni acceso a TV y DVD (56%) como lo establece el PAESSRA.

En 18% de los módulos o espacios funcionan, por lo menos, dos turnos a la semana. En el caso de los espacios de atención para población SP/abierta funcionan en turnos matutino y vespertino en 14% frente a 40% para jóvenes de población asegurada. Un turno de cinco días a la semana en 23% de establecimientos para población no asegurada y 8% para jóvenes asegurados. En sólo 58% se dan condiciones satisfactorias de privacidad, un requisito indispensable en esta actividad. Para ambos rubros, es el IMSS-O -a través de los CARA- el que obtiene el mejor porcentaje con 65 y 82%, respectivamente.

**Gráfica VI.2 Desempeño de los paquetes de intervención del Programa SSRA, por nivel de atención**



<sup>186</sup> Espacio específico de consejería para el programa SSRA, sin ser diseñado ex profeso se tiene un consultorio o un espacio que se adapta para este fin.

<sup>187</sup> Módulo especializado: el módulo o área donde se brindan Servicios de Atención a Adolescentes de manera exclusiva y diseñada ex profeso.

A pesar de la existencia de estos servicios destinados a adolescentes, son muy pocos quienes demandan servicios, predominando las mujeres sobre los varones. Para el total de establecimientos de primer nivel, 44% atiende en promedio a un varón adolescente (10-19) al día por cualquier motivo de consulta y 29% a tres mujeres adolescentes. Por tipo de población atendida, encontramos que las instituciones que ofrecen servicios a población SP/abierta (SESA e IMSS-O) presentan una mayor demanda; SESA e IMSS-O dan atención en 45% a un varón adolescente diariamente, en tanto que el IMSS y el ISSSTE lo hacen en 33%. En lo que respecta a mujeres adolescentes, de forma similar los SESA y el IMSS-O atienden -en 29.3%- a tres mujeres al día por cualquier motivo de consulta; en cambio, IMSS e ISSSTE lo hacen en 25% de los casos.

Otro aspecto que se monitoreó fueron las características que asumía la comunicación con las y los usuarios a partir de la presencia de carteles ubicados en los servicios destinados a adolescentes, con la intención de analizar qué mensajes emitían (Véase Anexo 1. Análisis iconográfico). Se analizaron cinco carteles, tres ubicados en el Hospital Integral Las Margaritas, en Chiapas, en un contexto urbano, y los restantes en un CARA localizado en una comunidad rural del estado de Chihuahua. Los tres primeros tienen como objetivo principal la prevención de ITS, incluido el VIH/SIDA, aunque uno también señala la problemática de la violencia hacia las mujeres, en tanto los dos restantes aluden a la diversidad sexual y a la prevención del VIH/SIDA mediante el uso del condón.

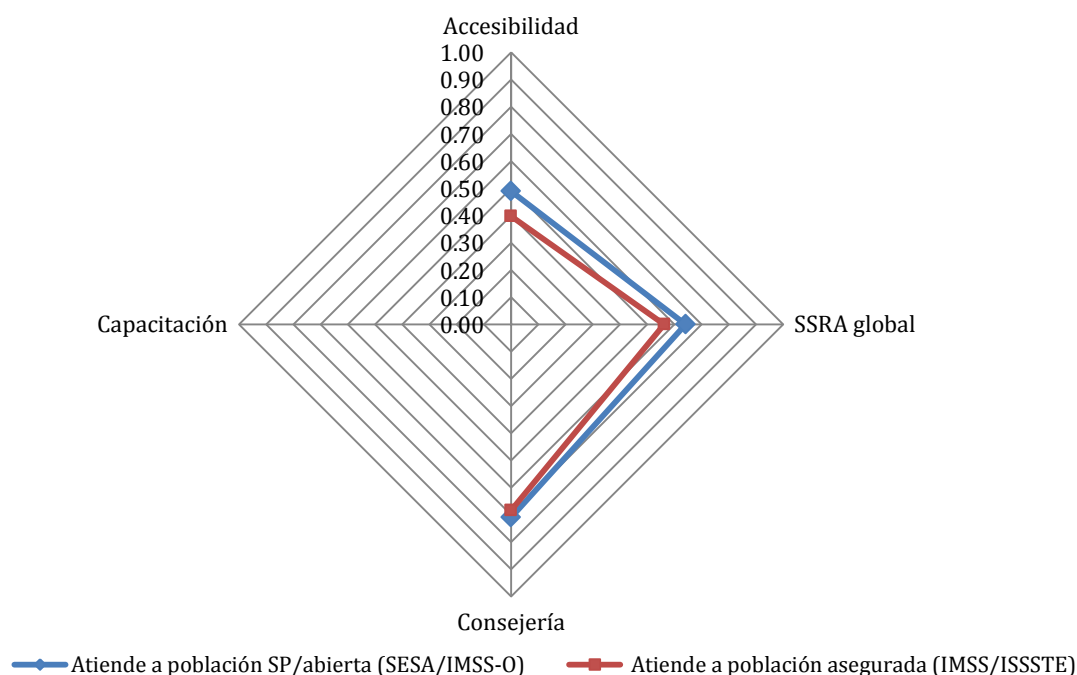
La temática más abordada es la prevención del VIH/SIDA, sin duda uno de los riesgos más serios que afronta la población adolescente. Se trata de carteles dirigidos a esta población porque fueron ubicados en espacios a donde acuden ellos, pero no fueron diseñados especialmente para este grupo de edad. Sólo los que están ubicados en el CARA de Chihuahua fueron realizados por el Programa para sus destinatarios; los demás fueron diseñados por instituciones dedicadas a la prevención del VIH/SIDA y la violencia de género, para concientizar a la población en general. Es meritorio el cartel que promueve el respeto a la diversidad sexual, una dimensión poco abordada por los programas y servicios destinados a las y los jóvenes, así como el diseñado en las lenguas español y tojolabal, adecuado culturalmente al contexto indígena de Las Margaritas. Lamentablemente no se encontraron carteles que abordaran otros problemas vinculados con la SSRA, como la problemática de la violencia en el noviazgo, el embarazo adolescente y su prevención mediante la adopción de métodos anticonceptivos, o la promoción de la AE. Tampoco existe disponibilidad de carteles que promocionen los servicios o módulos dirigidos a la población adolescente, ni los derechos sexuales y reproductivos de las y los jóvenes.

### **Índices del paquete Accesibilidad de espacios, materiales y equipos**

La media total del índice Accesibilidad es .52 (Gráfica VI.2) con desempeño mediano. Por tipo de población .52 (Gráfica VI.3) (mediano) en lo que se refiere a población SP/abierta (SESA/IMSS-O) y .50 (desempeño mediano) en población asegurada (IMSS/ISSSTE). El IMSS-O es la institución que mejor califica con .61, desempeño mediano (Gráfica VI.4), seguida de los SESA con .51, el IMSS con .51, las dos últimas con desempeño bajo. El número de unidades que otorgan este servicio por parte del ISSSTE no permite incluirlo en el análisis de estos resultados (Cuadro VI.6). En

general, la producción de este servicio tuvo un desempeño mediano y el mejor desempeño se tuvo en población SP/abierta con el IMSS-O. Los subíndices pueden ser consultados en el Anexo VI.1.4 y las pruebas de significancia en el Anexo VI.2.

**Gráfica VI.3 Desempeño del Programa SSRA, por tipo de población a la que se atiende**



## 2. Consejería y reconocimiento de derechos de las y los adolescentes

En México, el personal de salud puede y debe ofrecer información y servicios de anticoncepción a adolescentes (NOM 005-SSA2-1993). Las y los médicas/os, enfermeras/os, trabajadoras/es sociales, de los servicios de salud públicos y privados en los niveles municipal, estatal y federal, deben saber que la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que todos los métodos anticonceptivos están recomendados, aunque la Norma señala que son los condones los métodos de elección, para adolescentes. En 91% del total, a las y los usuarios adolescentes se les ofertan anticonceptivos. Según lo reportado por las y los entrevistados, en 69% de los servicios, en todos los casos y sin importar la edad e independientemente del acompañamiento de un adulto, se orienta y promueven métodos para prevenir embarazos. El IMSS y el IMSS-O son las instituciones que más ofrecen métodos, al obtener 77 y 85% respectivamente, seguidos de los SESA (68%) y del ISSSTE (53%). En el trabajo de campo en el estado de Yucatán, un médico del IMSS-O señaló que aunque conocía la Norma y los derechos de las y los adolescentes, él no les ofrecía métodos anticonceptivos a menos que se les solicitara de manera expresa ya que esta conducta contraviene a las normas culturales de la región.

Para el total de la muestra, los condones son los anticonceptivos más ofertados (85%). La población SP/abierta es la que recibe más preservativos, en tanto los SESA y

el IMSS-O alcanzan 85.3%, IMSS e ISSSTE figuran con 83%. Sin embargo, la disponibilidad del condón femenino es de 19% de los establecimientos frente a una disponibilidad de 94% del condón masculino.

Las y los profesionales de la salud están obligados a brindarles consejería amplia no solamente sobre métodos anticonceptivos de uso regular, sino también sobre AE y sobre las medidas para prevenir ITS incluyendo el VIH/SIDA (Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, México, 2000, Capítulo 8, Artículo 28). En relación con la AE, 60% del total mencionó que la prescribe a usuarias menores de edad si la solicitan versus 37% que no la otorga. Son los SESA con 61.3% la institución que más prescribe este tipo de anticoncepción.

En cuanto a la detección y atención de ITS, incluido el VIH/SIDA, en más de la mitad de los establecimientos (53.3%) no se oferta la detección mediante pruebas rápidas y un porcentaje poco mayor de prestadores (53.9%) respondió que otorgaría la prueba a un/a adolescente aún sin el acompañamiento de una persona adulta. Según el tipo de población atendida, las instituciones para población SP/abierta (SESA e IMSS-O) son las que en mayor porcentaje (48.1%) las ofrecen. Es importante señalar que en sólo 40% de los establecimientos hay disponibilidad de pruebas rápidas.

Frente a la detección de alguna ITS, la mitad de los prestadores de servicios (51.2%) respondió que se limita a orientar a adolescentes acerca de la necesidad de recibir un tratamiento y refieren a otro servicio, en tanto que 45.3% otorga consejería y tratamiento. Son los SESA y el IMSS-O los que en mayor porcentaje otorgan consejería y tratamiento, con 48.1%, en tanto que el IMSS y el ISSSTE se limitan a referir en 65%. Un porcentaje también muy bajo (42%) de establecimientos contaba con la posibilidad de realizar pruebas de VDRL.

Otro componente muy importante de la atención a la SSR es la educación sexual. Con un alto porcentaje (95.4%) se reporta que el personal sanitario realiza actividades extramuros de información y prevención sobre embarazo no planeado, ITS y VIH/SIDA, fundamentalmente destinadas a población estudiantil. Son los SESA los que tienen 97% del cumplimiento más alto de estas acciones educativas.

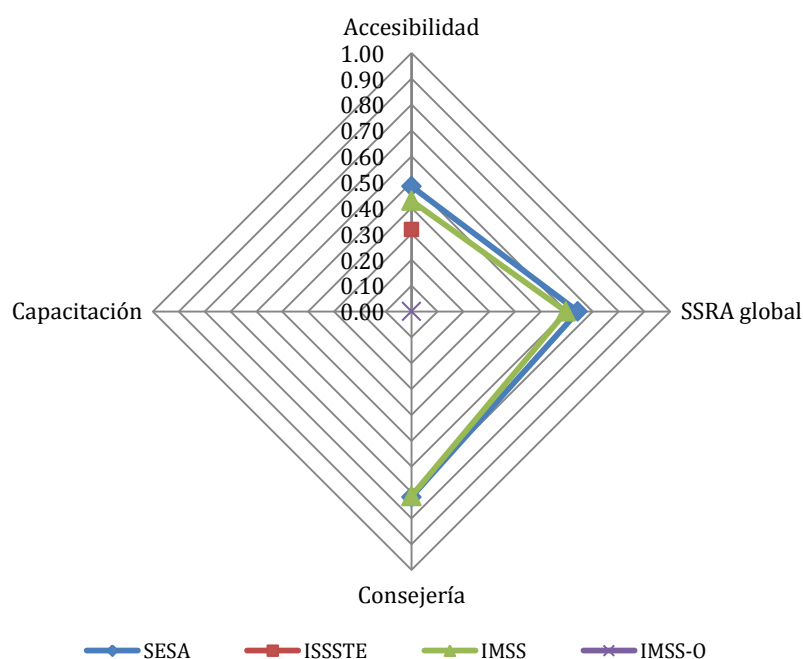
Para realizar estas actividades, los prestadores deben contar con capacidades de comunicación educativa para proporcionar información a través de diferentes estrategias (pláticas informativas, talleres, dinámicas, entrega de materiales informativo-educativos) que promueven la toma de decisiones de adolescentes a favor de la PF y la SSR. Los servicios visitados cuentan, en general, con folletos o materiales de difusión sobre PF y métodos anticonceptivos (57%), prevención y atención de ITS (62.1%), embarazo temprano en adolescentes (61%), derechos sexuales y reproductivos (53.9%) y anticonceptivos para adolescentes (43%), que facilitan sus acciones de consejería y provisión de métodos; 77% dispone de materiales didácticos que apoyan las actividades educativas y de consejería, siendo el IMSS-O -con 99%- donde se cuenta con la mayor disponibilidad de estos recursos. En cuanto a materiales de difusión en audio o video que apoyan las actividades educativas, 60% del total de la muestra cuenta con ellos.



## Índices del paquete Consejería y reconocimiento de derechos de las y los adolescentes

La media total del índice del Paquete de Consejería fue de .73 (Gráfica VI.2). Por tipo de población: .64 (Gráfica VI.3) desempeño adecuado en lo que se refiere a población SP/abierta (SESA/IMSS-O) y .66 en población asegurada (IMSS/ISSSTE) con desempeño mediano. El IMSS presentó un desempeño mediano con .68 y el resto de las instituciones presentaron índices con un error típico mayor a 0.50 (Cuadro VI.6). Los subíndices pueden ser consultados en el Anexo VI.1.4 y las pruebas de significancia en el Anexo VI.2.

**Gráfica VI.4 Desempeño de los paquetes de intervención del Programa SSRA, por tipo de institución**



### 3. Capacitación y disponibilidad de materiales para proveedores.

Un aspecto fundamental de la calidad de la atención para otorgar consejería se refiere a la capacidad técnica del personal para llevar a cabo las actividades que le competen, derivada de su participación en capacitaciones y actualizaciones: 53.9% de los prestadores de servicios manifestó haber recibido capacitación para atender a adolescentes, siendo los trabajadores del IMSS y del IMSS-O los que en mayor medida señalaron haber sido capacitados (77.3 y 79%, respectivamente) en comparación con los SESA (50%).

Al preguntar a los prestadores si habían recibido actualización y/o sesiones de capacitación en consejería y oferta de métodos anticonceptivos para adolescentes, fue el personal del IMSS (70%) el que obtuvo el mayor porcentaje, seguido por el de los SESA (58%) y el del IMSS-O (57%), a diferencia de los trabajadores del ISSSTE que en 76% no tuvieron la posibilidad de actualizarse en estos temas. Dichas capacitaciones fueron recibidas para el total de la muestra durante el último año (2010) en 36.3% y en 12.1% durante 2009.

En 70.7% de la muestra los proveedores de servicios señalaron que reciben materiales de IEC para trabajar con adolescentes, y nuevamente son el IMSS y el IMSS-O los que salen mejor calificados, con 77 y 99%, respectivamente. Asimismo, el personal señaló en un alto porcentaje (91.1%) que participa en la planeación de los servicios que se brindan a este sector de la población, siendo también IMSS e IMSS-O los que presentan los porcentajes más altos (87 y 100%).

Aunque sería de esperar que en todos los centros donde se otorgan servicios el personal siguiera un manual o protocolo de atención, en la mitad (49.9%) no se cuenta con estos documentos y solamente en 2.1% se mencionó a la Norma y al PAESSRA. Son los servicios correspondientes a los SESA y al IMSS-O los que menos siguen los lineamientos de atención (52.4%), frente a 30.4% del IMSS y 30.4% del ISSSTE.

En casi la mitad (48.6%) se dispone de alguna guía, documento o programa anual de trabajo que especifique los objetivos y metas del Programa. En porcentajes similares, los prestadores poseen guías o documentos para desarrollar consejería en PF (46.6%), prevenir y atender infecciones por VIH y otras ITS (57.4%) y desarrollar acciones educativas (50.8%). Por institución, podemos observar que son los SESA y el IMSS-O las que en menor porcentaje disponen de guía de consejería en PF (43%), en comparación con 67.1% del IMSS y del ISSSTE.

El ítem que menor porcentaje obtuvo fue el referido al marco jurídico sobre los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes. Los SESA y el IMSS-O disponen en mayor porcentaje del mismo (45%) versus 30% del IMSS y del ISSSTE. En tanto, la NOM-005-SSA2-1993 tuvo la mayor representatividad con 68.2%, siendo los SESA la institución donde se encontró mayor disponibilidad de la misma (74.5%).

En lo que respecta a los criterios operativos para los servicios amigables de la SSA, llama la atención que la mitad (50.7%) no dispone de los mismos; en tanto el PAESSRA 2007-2012 está presente en 45.6%, siendo los SESA los que alcanzan el mayor porcentaje en relación con las demás instituciones, con 57%.

**Índices del paquete Capacitación y disponibilidad de materiales para proveedores.** Todos los índices de capacitación tuvieron un error típico mayor de .050, por ello no se describen pero se pueden consultar en el Cuadro VI.6. Los subíndices pueden ser consultados en el Anexo VI.1.4 y las pruebas de significancia en el Anexo VI.2.

En síntesis, hay diferencias en la prestación de este Programa entre población SP/abierta y población asegurada, teniendo un mejor desempeño el IMSS-O y SESA en su conjunto. En este paquete no se está avanzando en la integración funcional del sistema de salud, esto es evidente en las diferencias en el número de módulos entre instituciones; es evidente que el Programa de SSRA logra un desempeño apenas por encima de lo deseable, y aunque el IMSS-O y los SESA tienen un mejor desempeño también es cierto que llevan más de una década operando estos programas y los desempeños son de bajos a medianos.

Varios son los problemas de accesibilidad detectados, como: falta de espacios adecuados para brindar atención a adolescentes, ausencia de privacidad, inexistencia de carteles que promocionen los servicios y los horarios de atención, pero tampoco se dispone de áreas que cuenten con computadora, TV o DVD para las actividades educativas. En otros servicios –como en el de planificación familiar- fue mencionado el

hecho de que los mismos estuvieran averiados y no fueran reparados, por lo que el personal que realiza estas actividades no puede llevarlas a cabo o debe utilizar sus aparatos propios. Estas carencias, sin duda, impiden otorgar servicios de calidad.

Pocas son las adolescentes y menos los adolescentes que llegan solos a los servicios demandando algún servicio, a excepción de la visita de grupos de estudiantes buscando información sobre distintos temas. Las usuarias asisten generalmente con algún adulto, especialmente con la madre, situación que dificulta -desde el punto de vista de los prestadores- el otorgamiento de información sobre relaciones sexuales protegidas. En general, se manifestó que las adolescentes no se acercan a pedir orientación preconcepcional, sino que mayormente las usuarias son por jóvenes que ya tienen hijos y que desean espaciar los nacimientos.

En relación con la dotación de anticonceptivos, en general los servicios cuentan con abastecimiento de los métodos más otorgados (condones masculinos, hormonales orales e inyectables). En algunos estados del país, caracterizados por su conservadurismo, algunos médicos manifestaron que la abstinencia sexual es el mejor método para prevenir embarazos entre la población adolescente.

La AE no parece haber sido incorporada de un modo sistemático por el personal sanitario. En algunos servicios y contraviniendo la normatividad, se mencionó que sólo se otorga en casos de violación y en otros, que cuando son menores de edad la primera vez se da con receta médica y las veces subsecuentes la proporciona medicina preventiva.

El programa de interrupción voluntaria del embarazo (ILE) sólo fue mencionado por una trabajadora social de un centro de salud del D.F., donde esta intervención es legal desde 2007 para aquellas mujeres que tengan menos de 12 semanas de embarazo. Asimismo, mencionó que ella canaliza a las jóvenes que requieren de esta acción al centro donde se otorga este procedimiento.

Por su parte, la detección y atención de ITS y VIH/SIDA es una acción que presenta un gran déficit. Otro aspecto que parece preocupante es que los prestadores llevan a cabo las acciones de atención a adolescentes sin seguir un protocolo específico de atención (subíndice media total .41) aunque sí parecen tomar en cuenta guías de consejería en temas específicos (PF, ITS) y la NOM de PF.

La SSA, el IMSS y el IMSS-O contemplan actividades de participación juvenil en los programas a través de la formación de grupos de promotores jóvenes, en tanto se ha comprobado que la educación por pares resulta más idónea que la ofrecida por un adulto. Con ellos se trabaja a través de capacitaciones que incluyen diferentes tópicos vinculados con la prevención y promoción de la salud y en las que se incluyen temas de equidad de género y salud reproductiva. Fundamentalmente, se promocionan actividades lúdicas y deportivas que se desarrollan con estudiantes de escuelas secundarias y preparatorias.

En varias entrevistas con profesionales de la salud, se mencionó la necesidad de trabajar también con los padres de los jóvenes mediante un programa de educadores para padres, teniendo en cuenta el papel destacado de estos sobre la educación sexual de los adolescentes.

La coordinación interinstitucional parece darse entre el Sector Salud y el sector educativo, pero no de forma permanente, para organizar ferias, desfiles, elaborar mantas promocionales, etc.

## Conclusiones y recomendaciones

A la luz del análisis de los programas y el monitoreo llevado a cabo, concluimos:

### *Acerca de los programas*

En México, las cuatro instituciones monitoreadas se ocupan de la atención de la SSRA, aunque son la SSA, el IMSS y el IMSS-O las que presentan programas y servicios específicos destinados a esta población. A su vez, hay que mencionar que, a diferencia de los SESA, que presentan un programa específico destinado a este ámbito de la salud, las otras instituciones se ocupan de la salud integral del adolescente, incluyendo la SSR. Sin embargo el ISSSTE y el IMSS no cuentan con indicadores de seguimiento para la evaluación de sus acciones en este grupo poblacional.

El Programa de la SSA y el CARA del IMSS-O son los que mayor continuidad tienen, con más de una década de operación. Algo que los diferencia es que el primero está enfocado solamente a incidir en problemas de SSR, en tanto que en el segundo se trata de un programa integral vinculado con el desarrollo económico y social. Como sabemos, el Programa Oportunidades es un programa social que busca mejorar las condiciones de vida de la población que vive en pobreza extrema, a través de la mejora en el acceso a educación, salud y nutrición. Es decir, que no se dirige específicamente a las necesidades de SSRA.

### *Acerca de la prestación de los servicios*

Si bien no existen módulos específicos para atender a los adolescentes, en poco más de la mitad de las unidades médicas de primer nivel se otorgan servicios a esta población por el personal médico, de enfermería, trabajo social o psicología. Sin embargo, hay que señalar que más que brindar una atención integral al adolescente, cada uno de estos departamentos se ocupa de llevar a cabo alguna actividad particular; por ejemplo, en la mayoría de los casos, las actividades extramuros de promoción y educación en las escuelas son implementadas por el personal de trabajo social, psicología o enfermería.

La población femenina es la que más concurre a los servicios que otorgan servicios de anticoncepción -generalmente postparto- y a control prenatal. Según lo expresado por algunos prestadores, la demanda de las/los adolescentes solteras/os ya sea para recibir información, consejería o métodos, es todavía muy baja. Cuando las adolescentes acuden a los servicios (la mayoría de la población usuaria) lo hace acompañada de un adulto, generalmente su madre, situación que desde el punto de vista de los prestadores, dificulta la promoción y ofrecimiento de métodos anticonceptivos.

Otro elemento más que obstaculiza el acceso es, sin duda, la inexistencia de anuncios que indiquen que en la unidad se ofertan servicios para adolescentes, que de forma visible se anuncien los horarios de atención y que expliciten que las y los jóvenes tienen derecho a recibir información y métodos en cualquier servicio.

Un aspecto central de la provisión de servicios es la disponibilidad de información que a través de carteles u otro material informativo comunique a la población usuaria aspectos centrales de la atención de la SSR. El monitoreo demostró

que los carteles analizados estaban destinados a la prevención del VIH/SIDA mayoritariamente, evidenciándose la ausencia de otros destinados específicamente a adolescentes tomando en cuenta su diversidad cultural y sexual, así como sus particulares problemas de SSR (como la no protección en relaciones sexuales por no ser planeadas o por ocurrir asociadas al abuso del alcohol).

En síntesis, la mayoría de los servicios centran su atención en la oferta de consejería anticonceptiva de forma individual o colectiva (cuando se realizan las actividades extramuros). En cambio, otros servicios que deberían ser parte sustancial de los servicios para adolescentes como son el ofrecimiento de pruebas rápidas de detección de VIH/SIDA y el tratamiento de ITS, no forman parte de la atención sistemática. Es la población SP/abierta la que, sin embargo, puede tener acceso en mayor medida a ambos servicios.

A pesar de los esfuerzos realizados por estas instancias a través de acciones sanitarias y educativas, todavía son muchas las deficiencias que presentan los programas y servicios otorgados para satisfacer las necesidades de SSR de los adolescentes mexicanos. Son los programas de los SESA y del IMSS-O los de mayor data y los que muestran un desempeño mediano, demostrando que han sabido capitalizar su experiencia para detectar deficiencias y tratar de subsanarlas. Estos índices también revelan que son los adolescentes no asegurados quienes están recibiendo mejores servicios.

Aunque en todas las unidades médicas se ofrecen servicios destinados a satisfacer las necesidades de SSRA, sería deseable que se incrementaran los módulos o servicios específicos para esta población, tomando en cuenta las directrices internacionales que consideran que los adolescentes se acercan a los servicios cuando están dirigidos exclusivamente a ellos y a cargo de personal sensibilizado y capacitado para atender la especificidad de la problemática adolescente.

Otro requisito fundamental es la entrega de servicios de forma confidencial y privada; en este rubro es el IMSS-O a través del CARA la institución que mayor porcentaje obtuvo al contar con espacios específicamente destinados a la población adolescente y con estas características.

En relación con la provisión de métodos, dos son los aspectos positivos a subrayar. El primero es que el condón es el método anticonceptivo más ofertado por los prestadores, en tanto es el método por excelencia de la denominada “doble protección”, es decir protege contra embarazos e ITS. El segundo, el que la AE sea ofrecida en más de la mitad de los servicios incluso a usuarias menores de edad. Ambos métodos son ofrecidos mayormente a la población no asegurada.

Un aspecto que tiene gran impacto en la calidad de los servicios que se otorgan es la capacitación y actualización que reciben los prestadores. En este rubro se observa que si bien la mayor parte de los prestadores de los SESA, el IMSS y el IMSS-O recibieron recientemente capacitaciones en materia de atención a adolescentes y consejería en anticoncepción para adolescentes, parecería ser insuficiente la concerniente a la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y la equidad de género en el ámbito de la SSR. El instrumento que se utilizó en este monitoreo no permite conocer otros aspectos que son fundamentales como las características de estas capacitaciones (número de horas, evaluación de conocimientos y habilidades adquiridas,

y apropiación de los conocimientos y habilidades por parte de los prestadores en su trabajo cotidiano).

La participación de las y los adolescentes en la elaboración y puesta en marcha de acciones conducentes a promover decisiones informadas en aspectos vinculados con la SSR es fundamental. Los SESA, el IMSS y el IMSS-O contemplan y desarrollan estrategias de formación de promotores juveniles y la creación de redes de jóvenes; sin embargo, en este aspecto no contamos con evaluaciones externas que nos permitan saber los alcances y resultados de esta estrategia esencial.

Concluyendo, los dos principales problemas detectados en el monitoreo de los servicios de SSRA son: a) La oferta de servicios continúa enfocada a la población femenina a través de las acciones de control natal y provisión de anticonceptivos, generalmente postparto, y b) unida a la anterior, los varones permanecen ausentes como usuarios de los servicios. Si bien pueden ser varios los factores que incidan en esta problemática y que, sin duda, ameritaría la realización de estudios a profundidad, podríamos pensar que una de las principales causas se encuentra en la escasa apropiación de un enfoque de SSR integral por parte de los prestadores de servicios a pesar de su inclusión a nivel programático desde hace casi una década.

Estas conclusiones no pueden descontextualizarse de procesos políticos más amplios. En este sentido, hay que tomar en cuenta que los cambios gubernamentales sexenales y lo que ello implica: nueva administración, nuevos funcionarios y, por lo tanto, nuevos enfoques y rumbos (Juárez *et al.*, 2010:20) sin duda tienen un gran impacto en la política sanitaria, trayendo como consecuencia la falta de continuidad en los procesos iniciados.

El ámbito de la política de SSR ha sido muy sensible a estos cambios, en tanto el régimen gubernamental actual ha venido imponiendo una ideología conservadora que ha implicado graves retrocesos en los avances logrados en esta materia por la anterior administración (véase al respecto el Informe Alternativo de las OSC mexicanas a la 42ª Sesión de la Comisión de Población y Desarrollo Cairo 15).

Otro proceso que ha tenido consecuencias negativas en la implementación de los programas sanitarios ha sido la descentralización de los servicios de salud, en tanto “el presupuesto federal no contempla un rubro específico para la operación de los programas de salud sexual y reproductiva adolescente y son los gobiernos estatales que asignan o no de su presupuesto de salud, los fondos que consideren apropiados” según sus prioridades (Juárez *et al.*, 2010:20).

Si lo que se busca es ofrecer una mayor cobertura y una atención de mayor calidad a la población adolescente, se deberían plantear estrategias para que fueran atractivos los servicios a los adolescentes, tratando de:

- ✓ Ofrecer anticoncepción a adolescentes antes del primer embarazo.
- ✓ Promocionar más la AE.
- ✓ Captar a más varones involucrándolos en la atención de la SSR propia y de sus parejas.



- ✓ Capacitar a los prestadores en nuevos aspectos vinculados con la SSR, como la atención a la violencia en la etapa del noviazgo, los problemas derivados de la alcoholización como el no uso de protección y sus consecuencias (embarazos no planeados y contagio de ITS, incluido el VIH/SIDA).
- ✓ Que la atención sea incluida en el marco amplio de la promoción de los derechos sexuales y reproductivos.
- ✓ Atender a la diversidad sexual y cultural.
- ✓ Que la atención a la SSR sea ofrecida por equipos interdisciplinarios (médico, psicóloga, trabajadora social) de una forma efectiva.
- ✓ Impulsar campañas masivas para adolescentes atendiendo las distintas dimensiones de SSR que cobran relevancia en esta etapa como la anticoncepción y, en particular, la AE, la doble protección frente a embarazos e ITS, la violencia, la alcoholización y sus interrelaciones.
- ✓ Convocar a las y los adolescentes en la planeación y ejecución de los programas.
- ✓ Asimismo, consideramos que las alianzas entre las instancias gubernamentales y civiles dedicadas al trabajo con jóvenes y la SSR deben continuar y fortalecerse. Igualmente, esperamos que continúen y se institucionalicen las evaluaciones y monitoreo de los programas y acciones destinados a mejorar la SSRA, con el fin de que los tomadores de decisiones cuenten con evidencias científicas en torno a cómo se están ofreciendo los servicios, sus debilidades y fortalezas.

Los jóvenes mexicanos tienen hoy un peso histórico en el escenario demográfico. En 2010 los jóvenes representaban 28.3% del bono demográfico, por lo que se cuenta con una oportunidad demográfica inigualable al contar con una cantidad inédita de personas en edad reproductiva (CONAPO, 2010:57); pero para que el bono demográfico sea efectivamente un “periodo de bonanza” se requiere que los jóvenes gocen de los beneficios de políticas públicas tendientes a mejorar sus niveles de bienestar y desarrollo. La salud y, en particular la SSR por sus repercusiones en las principales transiciones a la vida adulta (inicio de la vida sexual, nacimiento del primer hijo, espaciamiento de embarazos), es uno de los ámbitos sobre los que la incidencia pública debe ser prioritaria.

## Bibliografía

Andre, Tylee y otros, 2007, "Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done?" en *The Lancet*, v.369, Issue 9572, Elsevier, pp. 1565-73.

Beltrán, Fernando, 2008, "Grupo de trabajo sobre acceso a servicios de salud reproductiva" en Claudio Stern (coord.) *Adolescentes en México. Investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva*, El Colegio de México-Population Council, México, pp.361-366.

Católicas por el Derecho a Decidir (CDD), 2009, *Para construir servicios amigables de salud sexual y reproductiva para adolescentes. Experiencias y percepciones de las y los adolescentes en los servicios de salud para adolescentes de Campeche, Chiapas, Oaxaca, Tabasco y Veracruz*, con el apoyo de la Fundación John D. & Catherine T. Mac Arthur, CCD, México, pp.35

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH-SIDA (CENSIDA), 2011, *Panorama epidemiológico del VIH/SIDA e ITS en México. Casos al 15 de noviembre del 2010*: [www.censida.salud.gob.mx](http://www.censida.salud.gob.mx) (consulta: 25 de abril de 2011).

Consejo Estatal de Población (COESPO), 2003, *L@s jóvenes de Chiapas*, Tuxtla Gutiérrez, México, COESPO, pp.22

Consejo Nacional de Población (CONAPO), 2010, *La situación actual de los jóvenes en México*, CONAPO, México: [http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/juventud/Doc\\_completo.pdf](http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/juventud/Doc_completo.pdf) (consulta: 8 de febrero de 2011).

CONAPO, 2010, *La situación demográfica de México*, CONAPO, México, pp.55-70.

CONAPO, SEGOB, 2008, *Programa Nacional de Población 2008-2012. Por un cambio demográfico a favor del desarrollo.*, Primera edición: ISBN: 970-628-931-3, Impreso en México: [http://www.conapo.gob.mx/pnp/PNP\\_2008\\_2012.pdf](http://www.conapo.gob.mx/pnp/PNP_2008_2012.pdf) (consulta: 10 de enero de 2011).

CONAPO, SEGOB, 2011, Secretaría General del Consejo Nacional de Población, Consejo Consultivo Ciudadano, 44º Período de Sesiones de la Comisión Internacional de Población y Desarrollo, Ciudad de Nueva York, 11 al 15 de abril, 2011, marzo 3, 2011 Hamburgo 135, Ciudad de México, presentación ppt.

CONAPO, SEGOB, 2011, Secretaría General del Consejo Nacional de Población, Tendencia y situación actual de la fecundidad y la Planificación Familiar en México, *Mesa: Planificación familiar y embarazo adolescente en México: situación actual y necesidades futuras*, 14º Congreso de Investigación en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública, 2 de marzo 2011, presentación ppt.

Gobierno del Estado de Chiapas, 2008, *Plan Estatal de Desarrollo, Chiapas 2007-2012*, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México: <http://www.chiaps.gob.mx> (consulta: 6 de enero de 2011).

Gogna, Mónica, 2001, "Introducción general" en Mónica Gogna (coord.), *Programas de Salud Reproductiva para adolescentes. Los casos de Buenos Aires, México, D.F. y San Pablo*, Consorcio Latinoamericano de Programas en Salud Reproductiva y Sexualidad, Buenos Aires, pp.13-23.

Informe alterno que presentan las OSC mexicanas a la 42ª Sesión de la Comisión de Población y Desarrollo Cairo 15, 2009:  
<http://www.eluniversal.com.mx/graficos/pdf09/cairo5.pdf> (consulta: 29 de enero de 2011).

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), 2010, Información de los Programas de la Subdirección de Prevención y Protección a la Salud. Salud Materna y Salud Reproductiva, ISSSTE, México, pp. 17.

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 2010, Adolescentes PrevenIMSS. Salud Reproductiva. Indicadores 2002-2010, IMSS, México, pp. 2

IMSS, 2009, *XII Programa IMSS-Oportunidades*, en Instituto Mexicano del Seguro Social: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/4E9F8944-F4B0-4012-8000-000000000000/0/12.pdf> (consulta: 10 de diciembre de 2010).

IMSS OPORTUNIDADES (IMSS-O), 2009, "Acuerdo por el que la Unidad del Programa IMSS O emite las reglas de operación del Programa IMSS O para el ejercicio fiscal 2010", Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 28 de diciembre, México, pp. 16

IMSS-O, s.f., *Guía de capacitación sobre liderazgo adolescente*, IMSS Oportunidades-Thais, S.C, México, pp.225

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI):

2000 *XII Censo Nacional de Población*, México: <http://www.inegi.gob.mx> (consulta: 10 de enero de 2011).

2009 Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Juventud, México, pp.4

2010 Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009. Metodología y tabulados básicos, ENADID 2009, México, pp. 300

2010 Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), México, pp.306

Instituto Mexicano de la Juventud (IMJ), 2006, *Encuesta Nacional de Juventud 2005*, IMJ-SEP, México, pp.231

Juárez, Fátima y otros, 2010, *Las necesidades de salud sexual y reproductiva de las adolescentes en México: retos y oportunidades*, Guttmacher Institute, New York, pp.35

Secretaría de Salud (SSA), 1993, *Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar*, publicada en el Diario Oficial de la Federación, México, pp.75

SSA, 2008, *Salud sexual y reproductiva para adolescentes. Programa de Acción Específico 2007-2012*, SSA-Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, México, pp.51

Stern, Claudio y Diana Reartes, 2001, “Estudio de caso. Programas de Salud Reproductiva para Adolescentes en México D.F.” en Mónica Gogna (coord.), *Programas de Salud Reproductiva para adolescentes. Los casos de Buenos Aires, México D.F. y San Pablo*, Consorcio Latinoamericano de Programas en Salud Reproductiva y Sexualidad, Buenos Aires, pp.117-193.

Tinoco, Rolando y Angélica Evangelista, 2005, “La problemática inserción de las y los jóvenes del Sur-Sureste”, en *Encuesta Nacional de Juventud*, Instituto Nacional de la Juventud, México, pp. 195.

# Capítulo VII

## Programa Prevención y atención de la violencia familiar y de género

Hilda E. Argüello Avendaño<sup>188</sup>

### Resumen ejecutivo

Se describen y analizan los hallazgos del monitoreo realizado al Programa de Salud Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género, a partir del instrumento aplicado a una muestra con representatividad nacional de servicios de primer nivel y segundo nivel de unidades de los Servicios Estatales de Salud (SESA) dependientes de la Secretaría de Salud (SSA); del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), del Instituto de Salud y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y del IMSS-Oportunidades (IMSS-O), así como de las entrevistas sostenidas con encargados del Programa y personal de salud.

En México se cuenta con una norma oficial mexicana sobre la violencia familiar, su prevención y atención desde el 8 de marzo del año 2000 (NOM-190-SSA1-1999). Ésta fue revisada mediante un proceso que inició en 2005 y concluyó con la publicación en 2009 en el Diario Oficial de la Federación (DOF) de la NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la Prevención y Atención, a la cual todo el sistema de salud debe apegarse.

El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR) de la SSA ha emitido el Programa de Acción Específico 2007-2012 Prevención y Atención a la Violencia Familiar y de Género (PAE-PAVFyG) como programa rector sobre el tema para todas las instituciones de salud, ya que formalmente no existen programas específicos o equivalentes en el IMSS o ISSSTE. Adicionalmente cuenta con dos documentos nodales el manual de operación *Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual*, y *Atención Médica a Personas Violadas*. Estos cuatro instrumentos fueron los insumos para la construcción de dos grandes paquetes de intervención para el monitoreo de este programa

Este monitoreo permitió documentar que, de acuerdo con el tipo de población atendida, la producción de este servicio muestra mejores resultados en las unidades que brindan atención a población no asegurada (SESA/IMSS-O) que en las que dan servicio a población asegurada (IMSS e ISSSTE), sobre todo en lo que toca a la detección y atención de la violencia familiar en mujeres de 15 años o más. No obstante, los resultados son prácticamente iguales en cuanto a la detección y prevención de embarazos e infecciones de transmisión sexual (ITS) asociados a la violencia sexual. El

---

<sup>188</sup> Médica y maestra en antropología social, forma parte del secretariado técnico del Comité Promotor por una Maternidad Segura en México. Se agradece la colaboración del Dr. Gabriel A. Torres López por la revisión y corrección detallada del presente documento, así como las observaciones y aportaciones de la Dra. Dora Rodríguez Soriano.

resultado más pobre corresponde a la producción de servicios para la detección y atención de la violencia familiar en mujeres unidas de 15 años o más, en los servicios de primer nivel y en las instituciones del IMSS e ISSSTE.

Otro hallazgo relevante se refiere a la falta de mecanismos para evaluar el proceso (indicadores de proceso) y el impacto en el sistema de salud respecto de la capacitación del personal de salud para tratar los casos de violencia familiar y/o sexual. La capacitación misma es aún una tarea pendiente y un reto que enfrentan las instituciones.

El desconocimiento de la atención de los casos de violencia familiar y sexual permea a los diferentes niveles de los servicios de salud; existe un subregistro de los casos, ya sea por considerarlos “problemáticos” porque comúnmente el personal de salud supone que no pertenecen al campo médico sino al ámbito judicial, o porque se registran con otro diagnóstico.

En las instituciones, con frecuencia los estereotipos de clase social interfieren en la búsqueda intencionada de situaciones de violencia, lo cual ocurre sobre todo cuando las usuarias violentadas son profesionistas o mujeres con nivel educativo superior a la media. Además, el desconocimiento de los protocolos de atención según el tipo de unidad médica y el tipo de personal de salud y servicio, conduce a la omisión o a la atención incorrecta; la mayoría del personal de salud no percibe que la atención de estos casos requiere de la articulación de diferentes disciplinas y no la interpretación errónea de que su atención es exclusiva de “las otras disciplinas o servicios.”

La desinformación del personal de salud, el desinterés o las estrategias que evidencian su deficiencia en la implementación del Programa, explican resultados como los que en este monitoreo hemos obtenido. Este capítulo pretende describir detalladamente los resultados sobre la atención en los servicios de salud de primer nivel y segundo nivel de las instituciones SSA, ISSSTE, IMSS e IMSS-O.

## Introducción

La llamada violencia doméstica se convirtió en “objeto de investigación académica a principio de la década de 1970. [...] Fueron investigadoras feministas quienes propusieron una perspectiva social que tomase en cuenta las relaciones de poder y subordinación en la familia y en la pareja en particular” (González, *et al.*, 2008:333).

En 1985 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la primera resolución sobre la violencia contra la mujer. En 1994, tanto el Banco Mundial como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) mostraron interés en el tema; sin embargo la OPS la ubicó como línea prioritaria de acción y promovió un estudio sobre la vinculación del problema con la salud de las mujeres. Dicho estudio es importante porque puso de manifiesto el lugar privilegiado del personal de salud y de educación para la detección y canalización de los casos de violencia doméstica (Heise, 1994 en Freyermuth, 2008:135). Este reconocimiento marcó la diferencia, puesto que la atención a la violencia doméstica dio un viraje hacia “la atención temprana en instancias ya establecidas, como los centros de salud y las clínicas y hospitales públicos y de seguridad social” (*Ibidem*:135). Por su parte, González señala que en las décadas de los ochenta y noventa se realizaron múltiples investigaciones y se desarrollaron nuevos



modelos para comprender la dinámica de la violencia de pareja, sobre todo en Estados Unidos, y que los estudios cuantitativos sirvieron para comprobar la prevalencia de la violencia doméstica en diferentes sectores sociales y la magnitud de sus consecuencias sociales, económicas y de salud (*Op. cit.*, 2008:334).

Los estudios sobre violencia contra las mujeres han ido en aumento, especialmente aquellas investigaciones sobre la prevalencia de la violencia de pareja: desde 2005 cuando se publicaron los primeros resultados del estudio que se llevó a cabo en varios países sobre la salud de las mujeres y la violencia doméstica, auspiciado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se incrementaron de 80 a más de 300 estudios en 2008. Ahora se cuenta con una base de datos de la prevalencia de violencia de pareja con información de más de 90 países, aunque existan algunas regiones -como Medio oriente y el oeste de África- con información limitada (García-Moreno, *et al.*, 2010:2). El colocar en la agenda internacional la problemática de la violencia contra las mujeres es central para el logro del Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) 3 acerca del empoderamiento de las mujeres y la igualdad de género, así como de los ODM 4, 5 y 6 (García-Moreno, *et al.*, 2010:2).

Las experiencias, tanto de las organizaciones de la sociedad civil como de las instituciones públicas que han establecido servicios para la atención del problema, indican que la detección temprana y la atención oportuna a las mujeres que viven en violencia puede ayudarles a salir del ciclo de la misma, reduciendo su impacto sobre la carga de enfermedad y el riesgo de muerte de las mujeres (SSA, 2008:12).

En México, desde la década de los setenta del siglo XX diversas organizaciones feministas impulsaban la inclusión del tema en la agenda nacional (Riquer, *et al.*, 1996 en González, *et al.*, 2008:335) y fueron activas en la creación de centros de apoyo para mujeres maltratadas; “la violencia doméstica se incorporó a una conceptualización integral de la salud reproductiva a principios de los noventa” (Saucedo, 1997 en González, *et al.*, 2008:335; Valdez, 2004).

Entre los principales estudios a nivel nacional<sup>189</sup> que han explorado la utilización de los servicios de salud por parte de las mujeres con lesiones producto del maltrato destacan las *Encuestas Nacionales sobre Violencia contra las Mujeres* (ENVIM) 2003 y 2006,<sup>190</sup> la última mostró que 33.3% de ellas vive en violencia de pareja actual, que 42.9% ha sido agredida alguna vez en su vida por su pareja y que 60% ha sufrido violencia alguna vez en su vida, ya sea por parte de su pareja o de sus familiares. Las

---

<sup>189</sup> González, *et al.* señalan importantes aportes a nivel nacional y, sobre todo, destaca la vinculación de la violencia doméstica (como la denomina) a la salud reproductiva:

[...] estudios acerca de las condiciones que se asocian a la violencia en la pareja (Glantz y Halperin, 1996; García y Oliveira, 2000 y 2003; Casique, 2003), así como sobre las consecuencias de la violencia conyugal para la salud de las mujeres en general (Finkler, 1997), su salud mental (Valdez y Juárez, 1998) y su salud reproductiva en particular (Sayavedra y Flores, 1997; González Montes, 1998). Con respecto a la salud reproductiva, son de especial importancia las investigaciones sobre violencia durante el embarazo en diversos contextos sociales (Valdez y Sanín, 1996; Freyermuth, 1999; Castro, *et al.*, 2002 y 2003). Estas investigaciones han demostrado que la violencia tiene múltiples e importantes repercusiones sobre la salud reproductiva femenina; por tanto, los nexos deben ser analizados cuidadosamente, así como las condiciones que favorecen altas prevalencias (González, *et al.*, 2008: 336).

<sup>190</sup> Estos resultados provienen de una muestra de 22,318 usuarias -de 15 años de edad y más- que acudieron a hospitales y centros de salud del primer y segundo niveles de atención del IMSS, del ISSSTE y de los SESA, con representatividad para 31 entidades federativas (Oaxaca fue la excepción).



cinco entidades con mayor índice de violencia de pareja actual -en orden descendente- fueron: México, Nayarit, Quintana Roo, Durango y Yucatán (CNEGySR, 2009: 27, 30). Por su parte, la Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas 2008 (ENSADEMI) reveló que el personal de salud no identifica a las mujeres que son maltratadas, tal como lo señala la normatividad existente desde el año 2000 (NOM-190-SSA1-1999),<sup>191</sup> mientras que las mujeres de las regiones indígenas estudiadas no sienten confianza para revelar su condición de maltratadas.

Otra experiencia en los servicios de salud se dio en el IMSS, al colaborar en un estudio sobre el conocimiento y la actitud de su personal médico (Méndez-Hernández, *et al.*, 2003) o a través de la implantación de un “Modelo de Atención” piloto con un equipo multidisciplinario, en una unidad médica familiar detectada como la que más recibía y atendía casos de agresión contra las mujeres en el Distrito Federal (IMSS, 2008: 1). Sin embargo, la primera encuesta nacional que incluye un apartado de violencia familiar (llamada “doméstica” entonces) fue la Encuesta de Salud Reproductiva con Población Derechohabiente (ENSARE) -1998- que fue auspiciada y realizada en unidades médicas de esta Institución (González, *et al.*, 2008:336), aunque, siguiendo a González “una limitación importante es que no buscó indagar de manera amplia y sistemática las posibles conexiones de la violencia conyugal y la salud reproductiva de las mujeres” (González, *et al.*, 2008:339).

Las mujeres pueden sufrir la violencia de manera directa -a través del homicidio- o de manera indirecta, a través del suicidio, complicaciones maternas y SIDA. La violencia es también una causa importante de morbilidad por múltiples padecimientos mentales, físicos, e impacta en su salud reproductiva y sexual, también se vincula con factores de riesgo que afectan su salud, como el uso de alcohol o drogas, tabaquismo y prácticas sexuales inseguras. La violencia durante el embarazo también se ha asociado a un riesgo elevado de abortos, parto prematuro y bajo peso al nacimiento (García-Moreno, *et al.*, 2011).

En un estudio realizado en México, se atribuye como primera causa de pérdida de años de vida saludable entre las mujeres en edad productiva (15 a 59 años) a la depresión mayor unipolar y una gran proporción de esta forma de depresión se asocia con las diferentes formas de violencia de género (Lozano, *et al.*, en SSA, 2008:25); otros trastornos asociados con la violencia de género son: ansiedad, insomnio, embarazos no deseados, ITS y ciertas complicaciones del embarazo como abortos, partos prematuros, preeclampsia, abuso de alcohol y de drogas de uso médico (SSA, 2008:26).

Las tácticas de dominio de los perpetradores pueden impactar directamente o agravar padecimientos de las víctimas (problemas cardíacos, asma o diabetes). Además, existen víctimas que pueden sufrir otros problemas de salud cuando el control del perpetrador afecta la capacidad de la víctima para seguir un tratamiento médico adecuado para ella y sus hijos.

En la Ciudad de México se estimó que la violación sexual y la violencia de pareja contra las mujeres es la tercera causa más importante de morbilidad y mortalidad, causantes de 5.6% de pérdida de años de todas las discapacidades (García-Moreno, *et al.*, 2011); “puede llegar a representar la pérdida de hasta una quinta parte de los años de vida saludables en su período reproductivo entre las mujeres afectadas” (Heise, 1994

---

<sup>191</sup> El proyecto para esta norma oficial mexicana se publicó el 20 de octubre de 1999 en el Diario Oficial de la Federación y el 8 de marzo de 2000 se publica en el mismo medio.

en Castro, *et al.*, 2006). Por otra parte, en el país se ha investigado sobre las consecuencias de la violencia familiar en la salud reproductiva de las mujeres, tales como la dificultad o imposibilidad de prevenir embarazos no deseados y las ITS<sup>192</sup> incluyendo VIH/SIDA, disfunciones sexuales, inflamación pélvica crónica, complicaciones durante el embarazo, abortos, parto prematuro y bajo peso al nacer (García y Watts, 2000 en González, 2008:334; Heise, *et al.*, 1999). Además de los daños a la salud, la violencia tiene costos económicos altos, ya que causa gastos directos al sistema legal de salud (García-Moreno, *et al.*, 2011).

Desde marzo de 2000, cuando entró en vigencia la NOM-190, en el país se promueve su identificación, notificación y canalización y “es de observancia obligatoria para todos los prestadores de servicios de salud de los sectores público, social y privado que componen el Sistema Nacional de Salud” (Herrera, *et al.*, 2006:2350).

En la década de los noventa, previo a la aparición de la Norma, algunos estudios de violencia como el de Híjar-Medina, *et al.*, (1997) consideraban que desde la perspectiva de la salud pública la violencia debería ser analizada como un fenómeno predecible y por tanto prevenible, ya que, en orden decreciente, ocurre entre miembros de una misma familia, amigos, familiares y extraños. Como se ha mencionado, la violencia de pareja es la que principalmente afecta a las mujeres y es por eso que se considera como población vulnerable a las mujeres unidas. Siguiendo a Híjar-Medina, *et al.*, “la relación a veces es tan cercana, entre agresores y agredidos que ocasiona que muchos de esos hechos no se denuncien y, en consecuencia, no se registren” (1997:1). En el mismo estudio ya se consideraba que la cifra de lesiones intencionales atendidas en las unidades de salud supera a la notificada a las autoridades. A pesar de que este aspecto no se profundiza, llegaron a la conclusión de que los trabajadores de salud son pieza clave para el diagnóstico y tratamiento de las lesiones causadas por violencia, aunque las autoras señalan que debido a las implicaciones para los usuarios y sus familias, el reconocimiento médico y la notificación legal no se llevan a cabo. En cuanto a los servicios hospitalarios, se considera que “las áreas de psicología, psiquiatría, salud mental y ginecobstetricia son ámbitos importantes en la detección oportuna de individuos que son o pueden ser víctimas de violencia” (Híjar-Medina, *et al.*, 1997:5). Dichos ámbitos -dicen las autoras- son áreas de oportunidad para promover el cuidado de la salud y la detección temprana del problema.

A 10 años de la puesta en marcha de la NOM para la atención de la violencia familiar en la esfera de los servicios de salud, los estudios realizados (como la ENSADEMI) han mostrado la percepción de las usuarias pero no se ha estudiado la aplicación del Programa de prevención y atención de la violencia desde el personal de salud y a partir de las instituciones que forman parte del Sistema Nacional de Salud.

Entre los hallazgos de la ENSADEMI destaca que:

Una de cada cuatro mujeres entrevistadas mencionó que alguna vez en la clínica u hospital le habían preguntado si sufría violencia por parte de su pareja, 63% mencionó que el médico era quien se lo había preguntado, 30% dijo que fue la enfermera y 5% la trabajadora social. [...] Sólo a 3% de las mujeres, el personal de salud les informó que se encontraban en una situación de violencia de pareja (INSP, 2008:103).

---

<sup>192</sup> Ellsberg, M.; Heise, L., 2005:9.

Como cita la NOM: “La violencia familiar se ejerce tanto en el ámbito privado como público, a través de manifestaciones del abuso de poder que dañan la integridad del ser humano” (NOM-046, 2005:3).

En México se publicó la primera NOM sobre violencia el 8 de marzo de 2000 en el DOF bajo el título *NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar*. El giro hacia la detección y atención en unidades médicas establecidas es una estrategia a la que se debe dar seguimiento, no sólo a través de la percepción de las usuarias sino también a través de los conocimientos y habilidades del personal de salud, disponibilidad de recursos (humanos y materiales) y la continuidad del servicio. “Desde los inicios del estudio de la violencia contra las mujeres, a partir de la perspectiva de la salud pública, se consideró que el papel del equipo de salud es sustancial para poder identificar a las mujeres maltratadas, tanto las que llegan lesionadas a las salas de urgencia, como las que asisten de manera regular a la consulta” (INSP, 2008).

El 16 de abril de 2009 se publicaron en el DOF las modificaciones a la NOM-190-SSA1-1999 para quedar como NOM-046-SSA2-2005 (IPAS, 2009:1) y se realizaron cambios que fueron ampliamente discutidos, como la obligatoriedad de ofrecer la anticoncepción de emergencia (AE) por parte de las instituciones de salud, así como prestar los servicios de aborto médico, ambos en caso de violación<sup>193</sup> y la posibilidad de que el personal de salud (médico y de enfermería) pueda objetar conciencia.<sup>194</sup>

---

<sup>193</sup> NOM -046-SSA2-2005 apartado 6.4.2.3. En caso de violación, las instituciones prestadoras de servicios de atención médica, deberán, de acuerdo a la norma oficial mexicana aplicable, ofrecer de inmediato y hasta en un máximo de 120 horas después de ocurrido el evento, la anticoncepción de emergencia, previa información completa sobre la utilización de este método, a fin de que la persona tome una decisión libre e informada.

<sup>194</sup> Al final, se votó con 35 votos a favor y uno en contra la tercera versión de la Norma aprobada el 27 de febrero de 2009 por el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades de la SSA. La primera versión había sido revisada y aprobada (21 de julio de 2008) con observaciones de expertos y estaba alineada a compromisos internacionales; no obstante, la SSA impulsó una segunda versión de la Norma el 28 de enero de 2009 que eliminaba la obligación del Estado a prestar servicios de AE y de interrupción legal del embarazo a mujeres víctimas de violencia sexual, así como la garantía de contar con prestadores de servicios médicos no objetores de conciencia. Así, el texto aprobado en julio establecía que [...] *las instituciones de salud **deberán** prestar los servicios de aborto médico a solicitud de la interesada*” mientras que en la nueva redacción -del 28 de enero- se había cambiado la palabra “**deberán**” por “**podrán**” (IPAS, 2009:1).

Otra de las modificaciones incluía: [...] “*en todo caso se deberá respetar la objeción de conciencia de los médicos y personal de salud*” y, a su vez, se modificaban los requisitos para que las menores de edad embarazadas por violencia sexual tuvieran acceso a la interrupción legal, al exigir la autorización de alguno de los padres o un tutor legal (IPAS, 2009:1).

Es así que:

Organizaciones de la sociedad civil, como las que conforman la Coalición por la Salud de las Mujeres y la Alianza Nacional por el Derecho a Decidir, instancias públicas como el Instituto Nacional de las Mujeres a niveles nacional y del Distrito Federal, una solicitud de comparecencia del Secretario de Salud ante la Cámara de Diputados, una solicitud reiterada de Amnistía Internacional, y el apoyo de los medios de comunicación y diputadas aliadas fueron algunos de los factores que ayudaron a ejercer presión para evitar la publicación de la segunda versión (IPAS, 2009:2).

Finalmente, se logra que una tercera versión establezca que “instituciones de salud deberán ofrecer Anticoncepción de Emergencia, deberán prestar los servicios de aborto médico a solicitud de la víctima y deberán respetar la objeción de conciencia no sólo para el personal médico, sino para el de enfermería”

La violencia sexual es considerada no sólo un problema de salud sino también de derechos humanos. Es un problema del que no se tienen suficientes datos de incidencia y prevalencia, bien “porque existen diferencias conceptuales y operaciones que impiden la comparación entre los estudios sobre el tema, pero también porque *el contexto sociocultural normaliza, minimiza, tolera o promueve estos actos*” (Ramos-Lira, L., et al, 2000:183).

## **Alineaciones jurídica, normativa, institucional y programática del Programa Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género**

México ha firmado y ratificado la mayoría de los instrumentos internacionales de derechos humanos como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés) y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará); por lo tanto, los ha incorporado a su ámbito jurídico nacional. En 1996, la 49ª Asamblea Mundial de la Salud reconoció a la violencia en sus diferentes formas como un problema de salud pública; a partir del 8 de marzo de 2000 contamos con la NOM-190-SSA1-1999 *Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar*, cuya actualización como proyecto NOM-046-SSA2-2005 *Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención* se publicó en el DOF el 3 de marzo de 2008 (SSA, 2008:7) y su publicación final se hizo también en el DOF el 16 de abril de 2009 (IPAS, 2009:1; SSA, 2009:2).

Hasta la fecha, el Programa de Acción Específico 2007-2012 Prevención y Atención a la Violencia Familiar y de Género (PAE-PAVFG) opera básicamente en los SESA. Las instituciones de seguridad social, en particular el IMSS y el ISSSTE, realizan actividades muy limitadas de promoción de la armonía familiar que desafortunadamente no favorecen la solución del problema sino su persistencia. En ningún caso han instrumentado servicios especializados para la atención psicológica sistemática de la violencia (SSA, 2008:26).

No obstante, en 2008 las autoridades del ISSSTE señalaron que “a través de la sensibilización y capacitación se promovió un cambio en la cultura institucional para integrar la perspectiva de género, los derechos humanos, la no discriminación y la prevención y atención de la violencia familiar y el mejoramiento de la calidad a los servicios” (ISSSTE, 2008:17). Al año siguiente, el Instituto va más allá y considera como grupo en situación de vulnerabilidad a las *mujeres en situación de violencia* y lo define de la siguiente manera (ISSSTE, 2009:2):

Se conoce como Grupos en Situación de Vulnerabilidad a los grupos de personas o comunidades, que por circunstancias de pobreza, origen étnico, estado de salud, edad, género o discapacidad, se encuentran en una situación de mayor indefensión para hacer frente a los problemas que plantea la vida cotidiana y que no cuentan con los recursos necesarios para una vida digna. La vulnerabilidad coloca a quienes la padecen en una situación de desventaja en el ejercicio pleno de sus derechos.

Dicho documento, a cargo de la Jefatura de Servicios de Derechos Humanos y Participación Social, específicamente del Departamento de Programas a Grupos en Situación de Vulnerabilidad, del ISSSTE, justifica el considerar a las *mujeres en situación de violencia* como un grupo vulnerable, de la siguiente manera:

#### **1.1.6. Mujeres en situación de violencia**

En cuanto a las mujeres que han sido violentadas, la Encuesta Nacional entre usuarios de Servicios de Salud del 2003 reveló que 36.7% de las mexicanas ha vivido algún tipo de agresión, de la cuales en 90% de los casos fue psicológica, en 44.7% física y en 32.1% sexual. Se estima que a causa de la violencia doméstica, las mujeres en edad reproductiva pierden entre 5 y 16 años de vida saludable y son menos productivas en sus lugares de trabajo y labores domésticas. Por ello, conforme a los principios de igualdad y de no discriminación, a la Ley Federal para Prevenir y Erradicar la Discriminación, a los Tratados Internacionales en Materia de Derechos Humanos de las Mujeres ratificados por el Estado mexicano, y a la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del 2007, el ISSSTE promueve su desarrollo y bienestar, debiendo sumarse a las acciones del Sistema Nacional y del Programa Integral para prevenir, atender, sancionar y erradicar todas las formas de violencia contra las mujeres. Adicionalmente, de acuerdo al Programa Nacional de Derechos Humanos 2008-2012, el ISSSTE debe difundir los programas de salud para mujeres, niños/as y jóvenes, garantizar su derecho a la salud a través de la promoción de su acceso en condiciones de equidad a los servicios de salud pública y del fortalecimiento de estilos saludables de vida, así como ampliar la cobertura de servicios de salud reproductiva y planificación familiar, eliminando los obstáculos que pudieran impedir el acceso de las mujeres a dichos servicios (ISSSTE, 2009:5).

No obstante, a pesar de este pronunciamiento, no existe un programa dentro de la Institución que plasme una política pública -alineada a planes y programas federales- para la prevención y atención de la violencia familiar y de género.

En el IMSS, la norma que establece las disposiciones para la aplicación de los programas integrados de salud -PREVENIMSS-, en sus documentos de referencia (IMSS, 2008:9) no contempla la inclusión de la NOM-046-SSA2-2005. *Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.*

A continuación se señalan aspectos relevantes del **PAE-PAVFyG**:

El programa es publicado en 2008 por la SSA y en él se afirma:

La atención oportuna a las personas y en específico a las mujeres en situación de violencia, es una tarea que implica un abordaje multidisciplinario, pero que se sustenta en servicios integrales y especializados en la atención de la violencia, como la detección temprana, la atención oportuna, la asesoría legal, la referencia inmediata de los casos a los servicios dependiendo de la severidad de los mismos (SSA, 2008:43).

Este Programa ofrece los lineamientos generales para su operación y entre ellos especifica:

En lo que corresponde a salud, contamos con un modelo integrado que nos permite tener claridad sobre las acciones que corresponden al personal de salud así como su nivel de responsabilidad en la atención a este problema de salud pública, la capacidad resolutoria de cada uno de estos niveles de atención también está relacionada con la



severidad del problema de violencia, por lo que contamos con un Modelo Integrado que permite ubicar las actividades del personal (*Ibidem*:43).

En el documento se encuentran especificaciones sobre los protocolos de atención, como las siguientes:

Se recomienda al menos una consulta médica por personal capacitado en violencia para detectar y atender posibles complicaciones médicas, tales como depresión, ansiedad, infecciones de transmisión sexual, lesiones y secuelas de lesiones antiguas, insomnio, síndromes gastrointestinales crónicos, entre otras.

Todo caso de violencia severa debe recibir servicios de apoyo psicoemocional. [...] se recomiendan de 9 a 12 sesiones de apoyo psicoemocional individual de 50 minutos, después de lo cual puede derivarse a las usuarias, a grupos de ayuda mutua. (...) al menos 5 [sesiones] de trabajo social, mientras que para el área médica se requieren 1 a 2 consultas.

Todo caso de violación es un caso de violencia severa y debe recibir atención especializada, tanto médica como psicológica. En casos de mujeres que viven en violencia extrema y no cuentan con redes familiares o sociales de apoyo, debe ofrecerse a la usuaria la posibilidad de referirla a un refugio, con sus hijos e hijas, donde reciban protección, atención psicológica, médica y apoyo legal. (*Ibid.*:43)

El PAE-PAVFyG señala que, para que las mujeres realmente tengan acceso a los servicios, sería necesario contar con un servicio especializado al menos en cada hospital general o integral; sobre el segundo nivel señala que estos proporcionan servicios especializados para las mujeres que viven en violencia severa: servicios de apoyo psicoemocional, orientación, evaluación de riesgo, atención médica especializada, referencia y seguimiento de las usuarias. La atención psicológica debe realizarse con un promedio de 10 sesiones de apoyo, atención médica, de trabajo social y enfermería (*Ibid.*:27, 47).

Cada hospital debe contar, al menos, con un equipo especializado que consiste en una psicóloga(o), una trabajadora social, una enfermera y un médico sensibilizado y capacitado en violencia familiar y de género. La psicóloga(o) y la trabajadora social se requieren de manera exclusiva para el Programa mientras que la enfermera y el médico pueden ser compartidos con otras actividades (*Ibid.*:43, 46, 47).

En este documento se plantean dos tipos de atención clínica: **atención esencial y atención especializada.**

La primera es el paquete mínimo de servicios que debe ofrecerse a las usuarias en situación de violencia y debe proporcionarse en todas las unidades de salud. La atención especializada comprende servicios médicos quirúrgicos, farmacéuticos y/u hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de atención de las mujeres en situación de violencia severa. La primera se relacionaría más con las unidades de primer nivel y la segunda con las unidades de segundo nivel.

Los refugios son considerados servicios de tercer nivel por la complejidad de su operación y por el nivel de atención que se debe otorgar y se dirigen a mujeres en situación de violencia extrema.

La operación del Programa es señalada en apartados como:

En todas las unidades de atención a la salud tanto en los servicios de consulta general, como en las áreas de urgencia y consulta externa especializada es necesario que el personal médico y de enfermería realice la búsqueda activa de personas que viven en situación de violencia familiar o de género, haga el diagnóstico, en coordinación con el área de trabajo social se evalúe el nivel de riesgo en que se encuentra la persona y se le ofrezca la referencia a los servicios apropiados a la severidad de la violencia en que se encuentra, se le auxilie para elaborar un plan de seguridad y se le brinde orientación para poder identificar signos de alarma que indican que su riesgo aumenta (*Ibid.*: 52).

Se realizan precisiones como que el servicio de trabajo social debe contar con un espacio (oficina) donde pueda realizar la evaluación del riesgo, establecer un plan de seguridad y brindar la orientación-consejería en privado a la usuaria.

La colaboración activa de las instituciones involucradas en el presente monitoreo para la implementación operativa del Programa es señalada en el apartado “Estructura y niveles de responsabilidades” (*Ibid.*: 49); por ejemplo, la detección oportuna de mujeres en situación de violencia familiar en las unidades médicas, así como el acceso a atención médica y psicológica especializada y a refugios, concierne a todas las instituciones<sup>195</sup> del Sistema Nacional de Salud (SNS).

### ***Plan Nacional de Desarrollo (PND)***

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2007-2012 tiene cinco ejes de política pública a través de los cuales se pretende articular acciones en diferentes ámbitos como el económico, el social, el político y el ambiental. Los cinco ejes son: 1. Estado de derecho y seguridad. 2. Economía competitiva y generadora de empleos. 3. Igualdad de oportunidades. 4. Sustentabilidad ambiental. 5. Democracia efectiva y política exterior responsable.

El PAE-PAVFyG se encuentra alineado al PND en el eje de acción 3 Igualdad de oportunidades, el cual básicamente busca contribuir a

[...] que cada mexicano, sin importar la región donde nació, el barrio o comunidad donde creció o el ingreso de sus padres –y en especial aquél que se encuentra en condiciones de pobreza– pueda tener las mismas oportunidades para desarrollar sus aspiraciones a plenitud y mejorar así sus condiciones de vida, sin menoscabo de las oportunidades de desarrollo de las futuras generaciones. Reconoce también las particularidades tanto de la pobreza en las ciudades como la pobreza en el área rural, ya que cada una requiere de mecanismos de atención particulares (SHCP, 2007:55),

pero específicamente se relaciona con el apartado “Desarrollo integral” en el cual se incluye en el objetivo 3.2 *Salud* (SSA, 2008:15).

En el apartado 3.5 *Igualdad entre mujeres y hombres*, en su Objetivo 16, se señala: “Eliminar cualquier discriminación por motivos de género y garantizar la

---

<sup>195</sup> Se consideran: SSA, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEMAR, SEDENA y sólo para las actividades de detección oportuna y atención médica y psicológica especializada al Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA).



igualdad de oportunidades para que las mujeres y los hombres alcancen su pleno desarrollo y ejerzan sus derechos por igual.”

Estrategia 16.1 “[...] El primer paso es garantizar la igualdad en el acceso a los servicios de salud y educativos, a la vivienda, al desarrollo sustentable, al empleo bien remunerado y el derecho a una vida libre de violencia.”

Estrategia 16.2: “[...] Se fortalecerán las instituciones públicas y se respaldará a las privadas que apoyan a las mujeres que sufren violencia en cualquiera de sus manifestaciones, y que tienen como propósito eliminar esta práctica que afecta la integridad y la dignidad femeninas.” Además, en el apartado *Grupos prioritarios 3.4 Pueblos y comunidades indígenas. Desarrollo social y humano d) Desigualdad de género* se señala: “[...] violencia de género, lo que se entrecruza con las condiciones de alta marginación social y económica que, si bien en su mayoría afecta a los pueblos indígenas del país, para el caso de las mujeres indígenas se agudiza.” (SHCP, 2007:84-85)

También se alinea con el objetivo 5 *Combatir la impunidad para disminuir los niveles de incidencia delictiva*, específicamente en la Estrategia 5.4 *Combatir y sancionar con mayor severidad la violencia de género*.

### ***Programa Sectorial de Salud (PROSESA)***

De las diez estrategias planteadas para dar cumplimiento a los cinco objetivos del PROSESA, el PAE-PAVFyG se relaciona con la Estrategia 2, Línea de Acción 2.15 Reducir la prevalencia de daños a la salud causados por violencia (SSA, 2008:22).

### ***NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención***<sup>196</sup>

La NOM-046 especifica:

Es de observancia obligatoria para las instituciones del Sistema Nacional de Salud, así como para los y las prestadoras de servicios de salud de los sectores público, social y privado que componen el Sistema Nacional de Salud. Su incumplimiento dará origen a sanción penal, civil o administrativa que corresponda, conforme a las disposiciones legales aplicables (SSA, 2009:10, “*Campo de aplicación*”).

---

<sup>196</sup> “Con la elaboración de esta Norma Oficial Mexicana, el Gobierno de México da cumplimiento a los compromisos adquiridos en los foros internacionales en materia de la eliminación de todas las formas de violencia, especialmente la que ocurre en el seno de la familia y contra la mujer, que se encuentran plasmados en la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1979); Convención sobre los Derechos del Niño (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1989); Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados (23-mayo-1969); Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1993); Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belem do Pará” (OEA, 1994); Convención Americana sobre Derechos Humanos (San José de Costa Rica, 1969), y Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1966)” (SSA, 2009:10).

El Programa de Acción Específico se vincula con la NOM-046, aunque esta última contiene definiciones (por ejemplo: indicadores de violencia física, psicológica y sexual; la diferencia entre un albergue o un refugio; especifica actividades que deben ser llevadas a cabo por el personal de salud en cuanto a la atención médica, psicológica y de trabajo social) que no se enuncian o se mencionan sin mayor concreción en el PAE-PAVFyG. No obstante, incluye cuestiones fundamentales que se mencionan en la NOM como el aviso al ministerio público y el registro de casos de violencia familiar o sexual y la capacitación al personal de salud.

La NOM-046 especifica en sus apartados el protocolo de atención que se debe llevar a cabo por las unidades médicas:

5.7. Las instituciones del sector público, social y privado que otorguen atención médica, deberán proveer los mecanismos internos necesarios y contar con un manual de procedimientos apropiado, a efecto de aplicar de manera adecuada la ruta crítica de la o el usuario involucrado en violencia familiar o sexual, que garantice la correcta aplicación de la presente Norma.

5.8. La atención médica otorgada a las y los usuarios involucrados en situación de violencia familiar o sexual deberá ser proporcionada por prestadores de servicios de atención médica sensibilizados y capacitados, conforme a la capacidad resolutive de la unidad (p.7).

En el sexto apartado de esta Norma se indican diversas pautas. A continuación se destacan algunas de ellas, vinculadas con la aproximación teórico-metodológica para el monitoreo del Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género:

6.2. Para la detección de probables casos y diagnóstico.

6.2.1. Identificar a las o los usuarios afectados por violencia familiar o sexual y valorar el grado de riesgo durante el desarrollo de las actividades cotidianas en la comunidad, en la consulta de pacientes ambulatorios u hospitalarios y en otros servicios de salud.

6.2.1.1. Para la detección de los casos en pacientes ambulatorios u hospitalarios, las y los prestadores de servicios de salud realizarán el procedimiento de tamizaje de manera rutinaria, y en los casos probables llevarán a cabo procedimientos necesarios para su confirmación, todo ello de conformidad con lo que establece la presente Norma.

6.2.1.4. Registrar la entrevista y el examen físico de la o el usuario afectado por violencia familiar o sexual en el expediente clínico en forma detallada, clara y precisa, incluyendo: nombre de la o el usuario afectado, el tiempo que refiere de vivir en situación de violencia, el estado físico y mental que se deriva del examen y la entrevista, la descripción minuciosa de lesiones o daños relacionados con el maltrato, causas probables que las originaron, los procedimientos diagnósticos efectuados, diagnóstico, tratamiento médico y la orientación que se proporcionó y en su caso, los datos de la o las personas que menciona como los probables responsables. Todo ello a fin de establecer la relación causal de la violencia familiar o sexual de la o el usuario involucrado, considerando los posibles diagnósticos diferenciales.

6.2.1.5. Establecer, en su defecto, la impresión diagnóstica o los problemas clínicos debidos a violencia familiar o sexual en cualquiera de sus variedades (Consultar la NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico).

6.2.1.7. Forma parte de la detección y diagnóstico de la violencia familiar o sexual la valoración del grado de riesgo de la o el usuario. Para determinarlo, el personal de salud se apoyará en las herramientas y los procedimientos estandarizados para este fin.

6.3. Para el tratamiento y la rehabilitación.

6.3.2. Referir a las y los usuarios involucrados en situación de violencia familiar o sexual a servicios de atención especializada en atención a la misma de las instituciones de salud, a los servicios de salud mental o a otros servicios de especialidades incluidos los refugios, de acuerdo al tipo de daños a la salud física y mental o emocional presentes, el nivel de riesgo estimado, así como la capacidad resolutive.

6.3.4. En todos los casos se deberá ofrecer atención psicológica a las personas que viven o han vivido en situaciones de violencia familiar o sexual, de acuerdo al nivel de la misma.

6.4. Para el tratamiento específico de la violación sexual. (Se detalla más adelante en el apartado de los paquetes de intervenciones)

6.5. Para dar aviso al Ministerio Público.

6.5.1. Elaborar el aviso al Ministerio Público mediante el formato establecido en el Apéndice Informativo 1, en los casos donde las lesiones u otros signos sean presumiblemente vinculados a la violencia familiar o sexual.

6.7. Para la sensibilización, capacitación y actualización.

6.7.1. Las y los prestadores de servicios de salud que otorguen atención médica a las o los usuarios involucrados en situación de violencia familiar o sexual, deberán recibir periódicamente sensibilización, capacitación y actualización en la materia previamente mencionada.

6.7.2. Los contenidos indispensables de abordar en el proceso de sensibilización, capacitación y actualización de las y los prestadores de servicios de salud son los siguientes:

6.7.2.4. Detección sistemática en las y los usuarios de servicios de salud para el reconocimiento de indicadores de maltrato físico, sexual y psicológico en los casos de violencia familiar o sexual.

6.7.2.9. Anticoncepción de emergencia y aborto médico conforme a la legislación correspondiente.

6.7.2.10. Procedimientos para el registro de casos y aviso al Ministerio Público.

6.7.2.11. Información a las y los usuarios involucrados en situación de violencia familiar o sexual sobre centros especializados para el tratamiento, consejería y asistencia social.

## Metodología

### *Paquetes de intervención*<sup>197</sup>

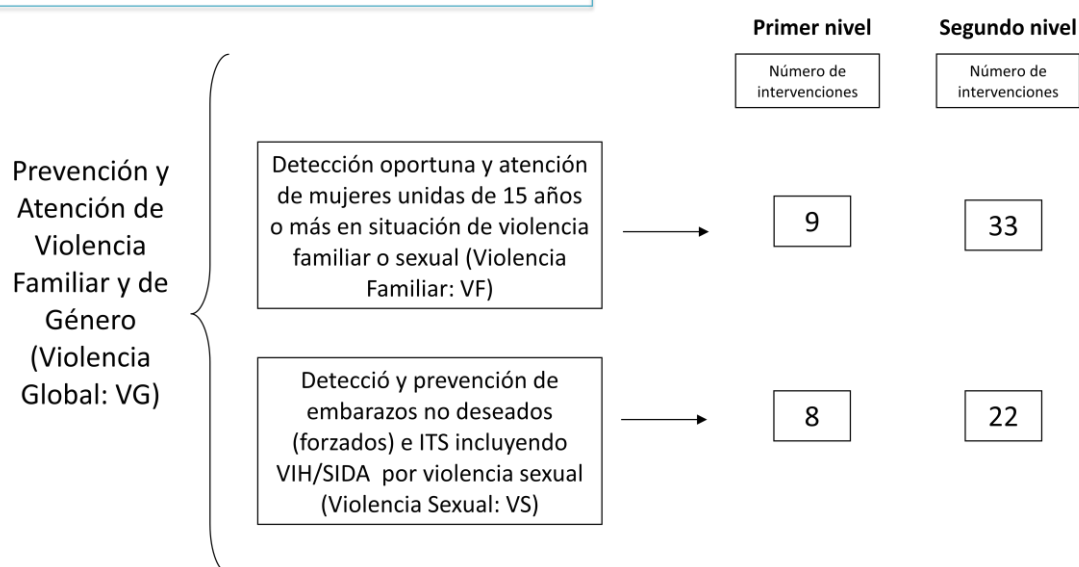
Para el presente monitoreo, la estrategia para obtención de la información y organización de los resultados se llevó a cabo a través de la construcción de paquetes de intervenciones con aquellas que se identificaron como fundamentales<sup>198</sup> incluidas en la NOM-046-SSA2-2005 y en el PAE-PAVFyG 2007-2012 principalmente, además se tomaron en cuenta dos documentos del CNEGySR: a) El manual de operación *Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual*, y b) *Atención Médica a Personas Violadas*. Como se ha mencionado en las alineaciones jurídica y normativa del Programa, en las instituciones del ISSSTE e IMSS no se cuenta con un programa o una normatividad específica para la prevención y atención de la violencia familiar y de género y, ya que la SSA es cabeza rectora del sistema de salud en México, nos hemos guiado a través del programa que han diseñado pero, sobre todo, de la NOM 046 que es transversal a todas las instituciones.

---

<sup>197</sup> Los paquetes aquí definidos, así como las intervenciones contempladas en cada uno de ellos, fueron determinados a partir del Programa de Acción Específico y la NOM, de aquellos aspectos que a juicio de los investigadores, corresponde a las intervenciones más importantes y al acercamiento metodológico más conveniente para comprender la producción de los servicios para la atención a esta problemática. Esta propuesta fue expuesta y retroalimentada por el CNEGySR. A partir de las observaciones que realizaron las instituciones del sector salud a los resultados de este Monitoreo en 2011, en el siguiente ejercicio de levantamiento de información que se llevará a cabo en 2012 se ajustará el acercamiento metodológico propuesto, con el objetivo de incrementar la utilidad de la información generada para la toma de decisiones al interior del sector salud.

<sup>198</sup> Se define como intervención a las acciones médicas o no médicas que pueden ser únicas o en paquete. Por ejemplo, un tratamiento con fármacos es una intervención única, tener una información en un póster es una intervención única. Sin embargo, nuestro interés se centra en conformar el paquete de intervenciones que hacen posible la producción del servicio y su transferencia adecuada, acorde a los objetivos del Programa. Hay intervenciones que son necesarias pero no suficientes y otras que son necesarias y suficientes. Por ejemplo, que la población conozca un programa es importante para la producción de servicios, pero es necesario que se ejecute todo un paquete de intervenciones dirigidas a la restauración de la salud. La producción de servicios precisa cierto número y tipo de recursos humanos con determinadas habilidades técnicas, de equipo diagnóstico y de laboratorio, de fármacos e infraestructura; eso es imprescindible. Partiendo de estas premisas, se conformaron los paquetes de intervenciones tomando en cuenta los procesos sustantivos y posteriormente se les dio un orden de prioridad.

## Paquetes de Intervención



Han transcurrido poco más de 10 años desde la publicación de una NOM sobre violencia familiar, por ello era fundamental monitorear los lineamientos del PAE-PAVFyG y la NOM en unidades médicas de primer nivel y segundo nivel. Se definieron dos paquetes de intervenciones y se tomaron en cuenta otras intervenciones que son comunes a los dos paquetes para obtener un resultado global del Programa (Cuadros VII.7 y VII.8):

- En el caso del primer nivel de atención: en el ámbito de la consulta externa general se tomó en cuenta el registro de casos (seis intervenciones) y la disponibilidad de materiales técnicos (dos intervenciones); en el ámbito de trabajo social, la valoración y seguimiento, valoración del riesgo y continuidad del servicio (seis intervenciones), y en la entrada/sala de espera de las unidades se tomó en cuenta la disponibilidad de material de difusión del Programa tanto para prevención como de información para el acceso a los servicios de salud (dos intervenciones).
- En unidades de segundo nivel: en el ámbito de la dirección, la existencia de personal capacitado y su disponibilidad (cinco intervenciones), y la disponibilidad de grupos de autoayuda enfocados al trabajo de violencia familiar (una intervención); en la entrada/sala de espera de las unidades se tomó en cuenta la disponibilidad de material de difusión del Programa tanto para prevención como de información para el acceso a los servicios de salud (dos intervenciones).

La información que conforma cada paquete se aprendió a través de trabajo de campo en distintos ámbitos de aplicación. Los instrumentos incluyeron cuestionarios, guías de observación y listas de cotejo diferenciales, dependiendo de si los paquetes que se indagan son de primer nivel o segundo nivel, es decir, que aunque tienen la misma denominación los paquetes incluyen diferentes intervenciones. Se identificaron ámbitos de aplicación y diferentes informantes clave. Para primer nivel: consulta externa general, trabajo social, farmacia, vacunación, sala de espera de consulta externa. En segundo nivel al director del establecimiento, responsable de enseñanza, enfermeras, médicos

generales, especialistas, médicos en urgencias, personal de trabajo social, de psicología, vacunación, laboratorio, farmacia y sala de espera de consulta externa.

**1. Detección oportuna y atención de mujeres unidas de 15 años o más en situación de violencia familiar o sexual:**<sup>199</sup> La detección oportuna se refiere a la identificación activa, lo que tiene que ver con la realización de un tamizaje de rutina en todas las mujeres unidas de 15 años o más para la identificación de los diferentes tipos y riesgos para la vida por la violencia familiar (física, sexual, psicológica), lo cual involucra la presencia de ciertas competencias y habilidades en el personal de salud para su detección, atención, referencia y registro. La violencia familiar severa es aquella que pone en peligro la vida de la mujer y de sus hijos ante la carencia de redes sociales de apoyo, por lo cual deben remitirse para su atención, previa evaluación del riesgo, a los servicios especializados y si es el caso, a los refugios (véase Cuadro VII.1 y Cuadro VII.2).

Este paquete de intervenciones se sustenta básicamente de los tres primeros objetivos<sup>200</sup> específicos del PAE-PAVFyG (2008: 32), que tienen que ver con:

a) La detección rutinaria, evaluación del riesgo y referencia de mujeres en situación de violencia familiar y de género; capacitación del personal de salud y directivo, difusión entre mujeres de 15 años o más de los efectos en la salud de la violencia familiar y de género.

b) Garantizar a las mujeres el acceso oportuno a servicios de atención médica y psicológica especializada.

c) Que las mujeres, así como sus hijos e hijas que viven en violencia extrema, cuenten con espacios seguros de protección, atención médica, psicológica y orientación legal.

La detección se señala tanto en la NOM-046 como en el PAE-PAVFyG. En la Norma se especifica la utilización de un formato estadístico para el registro de la atención en casos de violencia familiar o sexual (Apéndice informativo 2) y el aviso al ministerio público mediante un formato contemplado en la NOM-046 (Apéndice informativo 1). En este paquete se consideró, además, la continuidad en el servicio<sup>201</sup> en el caso de mujeres diagnosticadas con violencia extrema, que se sustenta en el tercer objetivo específico (SSA, 2008: 33).

---

<sup>199</sup> En el cálculo de índices este paquete se denomina violencia familiar (VF).

<sup>200</sup> Anexo VII.a

<sup>201</sup> La continuidad se refiere a las habilidades del personal de salud para la detección y canalización de las mujeres diagnosticadas con violencia extrema. Las o los médicos no tienen conocimiento de la ubicación de los refugios pero deben ser capaces de canalizar a las mujeres con las personas claves que puedan realizar la canalización a estos servicios especializados.

| <b>Cuadro VII.1 Detección oportuna y atención de mujeres unidas de 15 años o más en situación de violencia familiar o sexual (Violencia Familiar) por ámbito y número de intervenciones para unidades de primer nivel</b> |                                                                                                                                |                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| <b>Ámbito o servicio</b>                                                                                                                                                                                                  | <b>Grupos de intervenciones</b>                                                                                                | <b>Número de intervenciones</b> |
| Consulta externa general                                                                                                                                                                                                  | Detección de mujeres (Tamizaje), Atención, Valoración del riesgo, Continuidad del servicio, Capacitación del personal de salud | 8                               |
| Dirección                                                                                                                                                                                                                 | Capacitación del personal de salud                                                                                             | 1                               |
| TOTAL                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                | 9                               |

| <b>Cuadro VII.2 Detección oportuna y atención de mujeres unidas de 15 años o más en situación de violencia familiar o sexual (Violencia Familiar) por ámbito y número de intervenciones para unidades de segundo nivel</b> |                                                                                      |                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| <b>Ámbito o servicio</b>                                                                                                                                                                                                   | <b>Clasificación de las intervenciones</b>                                           | <b>Número de intervenciones</b> |
| Consulta externa general o ginecológica                                                                                                                                                                                    | Atención, Registro, Continuidad del servicio, Materiales técnicos, Capacitación      | 12                              |
| Urgencias                                                                                                                                                                                                                  | Atención, Registro de casos, Materiales técnicos                                     | 8                               |
| Psicología                                                                                                                                                                                                                 | Atención, Continuidad del servicio                                                   | 4                               |
| Trabajo social                                                                                                                                                                                                             | Atención (Valoración y seguimiento), Valoración del riesgo, Continuidad del servicio | 8                               |
| Jefatura de enseñanza                                                                                                                                                                                                      | Capacitación para el personal de salud                                               | 1                               |
| TOTAL                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      | 33                              |



De manera detallada, se muestra a continuación el primer paquete de intervención:

| <b>Cuadro VII. 3 Detección oportuna y atención de mujeres unidas de 15 años o más en situación de violencia familiar o sexual</b>                              | <b>Primer nivel</b> | <b>Segundo nivel</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|
| Se pregunta a todas las mujeres unidas, mayores de 15 años que acuden a consulta si padecen violencia familiar                                                 | X                   | X                    |
| Conducta a seguir cuando se presenta una mujer con padecimiento o lesiones causados por violencia familiar                                                     | X                   | X                    |
| Conocimiento de formatos de valoración de riesgo en mujeres diagnosticadas con violencia familiar o sexual                                                     | X                   | X                    |
| Disponibilidad de los formatos de valoración de riesgo en mujeres diagnosticadas con violencia familiar o sexual                                               | X                   | X                    |
| Conducta a seguir cuando reciben a una mujer y se considera que, a consecuencia de la violencia familiar, su vida o la de sus hijos corre peligro              | X                   | X                    |
| Conocimiento sobre existencia de refugio en esta localidad, municipio, región o estado y cómo contactarlo                                                      | X                   | X                    |
| Conocimiento sobre cómo contactar un albergue o refugio                                                                                                        | X                   |                      |
| Capacitación en los últimos 12 meses sobre Tamizaje y manejo de mujeres que sufren violencia familiar o sexual                                                 | X                   | X                    |
| Última actualización sobre Tamizaje y manejo de mujeres que sufren violencia sexual o familiar                                                                 | X                   | X                    |
| Anotación como diagnóstico en el expediente clínico la violencia familiar o sexual                                                                             |                     | X                    |
| Llenado del formato de Registro de atención en casos de Violencia familiar o sexual                                                                            |                     | X                    |
| Disponibilidad de formato de Registro de atención en casos de violencia familiar o sexual                                                                      |                     | X                    |
| Formato de aviso al ministerio público cuando otorguen atención médica a las usuarias en situación de VFoS                                                     |                     | X                    |
| Conducta a seguir cuando reciben a una mujer que, a consecuencia de violencia familiar, su vida y la de sus hijos corren peligro (en el servicio de urgencias) |                     | X                    |
| Manual operativo: Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la VFoS o equivalente (en el servicio de consulta externa general)                         |                     | X                    |
| Manual operativo: Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la VFoS o equivalente (en el servicio de urgencias)                                        |                     | X                    |
| NOM 046-SSA2-2005 Prevención y atención a la violencia familiar y de género (en el servicio de consulta externa general)                                       |                     | X                    |
| NOM 046-SSA2-2005 Prevención y atención a la violencia familiar y de género (en el servicio de urgencias)                                                      |                     | X                    |
| Conducta a seguir cuando se presenta una mujer con padecimiento o lesiones causados por violencia familiar (en el servicio de urgencias)                       |                     | X                    |

|                                                                                                                                                                                       |   |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----|
| Sesiones promedio de apoyo psico-emocional a mujeres con violencia familiar                                                                                                           |   | X  |
| Directorio de centros y/o servicios especializados de atención y apoyo a la violencia familiar o sexual (en el servicio de psicología)                                                |   | X  |
| Valoración y seguimiento en los casos probables de violencia familiar o sexual                                                                                                        |   | X  |
| Conducta a seguir cuando reciben a una mujer y se consideran que, a consecuencia de la violencia familiar, su vida o la de sus hijos corre peligro (en el servicio de trabajo social) |   | X  |
| Sesiones de apoyo se ofrecen a mujeres que padecen violencia familiar (en el servicio de trabajo social)                                                                              |   | X  |
| Conocimiento sobre existencia de refugio en esta localidad, municipio, región o estado y cómo contactarlo (en el servicio de trabajo social)                                          |   | X  |
| Conocimiento sobre cómo contactar un albergue o refugio (en el servicio de trabajo social)                                                                                            |   | X  |
| Disponibilidad de directorio de centros y/o servicios especializados de atención y apoyo a la VFoS (en el servicio de trabajo social)                                                 |   | X  |
| Anotación como diagnóstico en el expediente clínico la violencia familiar o sexual (en el servicio de consulta externa general)                                                       |   | X  |
| Se llena el formato de Registro de atención en casos de violencia familiar o sexual (en el servicio de consulta externa general)                                                      |   | X  |
| Disponibilidad de formato de Registro de atención en casos de violencia familiar o sexual (en el servicio de consulta externa general)                                                |   | X  |
| Disponibilidad de formato de aviso al ministerio público (en el servicio de consulta externa general)                                                                                 |   | X  |
| Conducta a seguir cuando se presenta una mujer y se tiene certeza de que su padecimiento o lesiones son por violencia familiar (en el servicio de consulta externa general)           |   | X  |
| Conducta a seguir cuando reciben a una mujer que, a consecuencia de violencia familiar, su vida y la de sus hijos corren peligro (en el servicio de consulta externa general)         |   | X  |
| Última actualización y/o sesiones de capacitación para ampliar el conocimiento y las habilidades del personal en tamizaje y manejo de mujeres que sufren violencia familiar o sexual  |   | X  |
| Número total de intervenciones                                                                                                                                                        | 9 | 33 |

**2. Detección y prevención de embarazos no deseados (forzados) e ITS incluyendo VIH/SIDA por violencia sexual.** Este paquete comprende algunas de intervenciones consideradas en la atención a personas violadas como son: consejería, la profilaxis contra ITS y VIH/SIDA, la oferta de anticoncepción de emergencia, el aborto médico a solicitud de la víctima interesada conforme a las disposiciones jurídicas aplicables y la atención especializada integral. Continuidad en la atención cuando la solicitud se realice en el primer nivel de atención. (véase Cuadro VII.4 y Cuadro VII.5). Como parte de las metas planteadas en el PAE-PAVFyG se especifica (segunda meta) que “100% de las mujeres víctimas de violación demandantes de servicios, tengan acceso a atención médica y psicológica especializada, en las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud” (SSA, 2008:37); además, que todo caso de violación es un

caso de violencia severa<sup>202</sup> y debe recibir atención especializada, tanto médica como psicológica (*Ibid.*:43). En el PAE también se describe la estrategia de atención a la violencia sexual (*Ibid.*:45), sin embargo el Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género la detalla de manera más amplia. La atención está dividida en dos: básica y especializada:

- La atención básica -en unidades de primer nivel- comprende: detección activa, contención y manejo de crisis, atención médica a lesiones leves, atención básica a violencia sexual;
- La atención especializada -en unidades de segundo nivel- comprende: detección activa, tratamiento para lesiones leves y graves, especialidades médicas, tratamiento para violencia sexual, tratamientos psicológico y psiquiátrico especializados.

La NOM-046 en su apartado 6.4. Para el tratamiento específico de la violación sexual, señala:

6.4.1. Los casos de violación sexual son urgencias médicas y requieren atención inmediata.

6.4.2. Los objetivos de la atención a personas violadas son (numerales 1 al 7): tratamiento de lesiones físicas; intervención en crisis y posterior atención psicológica; la anticoncepción de emergencia; informar de los riesgos de posibles infecciones de transmisión sexual y de la prevención a través de la quimioprofilaxis y de acuerdo a la evaluación de riesgo, prescribir la profilaxis contra VIH/SIDA; proporcionar consejería, seguimiento y orientación a la persona afectada sobre las instituciones públicas, sociales o privadas a las que puede acudir para recibir otros servicios; servicios de aborto médico a solicitud de la víctima interesada y conforme al marco jurídico de cada entidad federativa.

---

<sup>202</sup> Por violencia severa se entiende cuando, según el PAE-PAVFyG: “las mujeres han perdido espacios para el ejercicio de su autonomía, es decir, sus redes sociales han sido mermadas paulatinamente a partir del aislamiento al que han sido obligadas; su capacidad para tomar decisiones ha sido trastocada a partir de los múltiples intentos por resolver su propia situación y en la que se han enfrentado continuamente con la inutilidad de sus acciones, ya que su agresor (generalmente su pareja) las violentará de cualquier forma, lo que les ha llevado a experimentar un sentimiento de desesperanza e ineficacia para cuidar de sí mismas y de sus hijos, esto reforzará sus creencias sobre sí mismas y su agresor. Es decir, han sido afectadas en los niveles cognitivo, conductual y afectivo.” (SSA, 2008:46)

| <b>Cuadro VII.4 Detección y prevención de embarazos no deseados (forzados) e ITS incluyendo VIH/SIDA por violencia sexual (violencia sexual) por ámbito y número de intervenciones para unidades de primer nivel</b> |                                            |                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------|
| <b>Ámbito o servicio</b>                                                                                                                                                                                             | <b>Clasificación de las intervenciones</b> | <b>Número de intervenciones</b> |
| Consulta externa general                                                                                                                                                                                             | Atención, Capacitación en AE               | 3                               |
| Farmacia                                                                                                                                                                                                             | Profilaxis ITS, AE                         | 4                               |
| Vacunación o inmunización                                                                                                                                                                                            | Profilaxis ITS                             | 1                               |
| TOTAL                                                                                                                                                                                                                |                                            | 8                               |

| <b>Cuadro VII.5 Detección y prevención de embarazos no deseados (forzados) e ITS incluyendo VIH/SIDA por violencia sexual (violencia sexual) por ámbito y número de intervenciones para unidades de segundo nivel</b> |                                                               |                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| <b>Ámbito o servicio</b>                                                                                                                                                                                              | <b>Clasificación de las intervenciones</b>                    | <b>Número de intervenciones</b> |
| Consulta externa general o ginecológica                                                                                                                                                                               | Atención, Capacitación                                        | 3                               |
| Urgencias                                                                                                                                                                                                             | Atención                                                      | 2                               |
| Psicología                                                                                                                                                                                                            | Atención                                                      | 2                               |
| Trabajo social                                                                                                                                                                                                        | Atención                                                      | 2                               |
| Farmacia                                                                                                                                                                                                              | Profilaxis ITS, AE, Aborto médico                             | 6                               |
| Vacunación o inmunización                                                                                                                                                                                             | Profilaxis ITS                                                | 1                               |
| Laboratorio                                                                                                                                                                                                           | Prueba de embarazo, Pruebas para ITS, Disponibilidad 24 horas | 6                               |
| TOTAL                                                                                                                                                                                                                 |                                                               | 22                              |

De manera detallada, se muestra a continuación el segundo paquete de intervención:

| <b>Cuadro VII. 6 Detección y prevención de embarazos no deseados (forzados) e infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA por violencia sexual</b> | <b>Primer nivel</b> | <b>Segundo nivel</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|
| Conducta a seguir si se presenta un caso de violación reciente en mujeres de 15 años o más                                                                   | X                   | X                    |
| Azitromicina                                                                                                                                                 | X                   | X                    |
| Ceftriaxona 500mg IM                                                                                                                                         | X                   | X                    |
| Metronidazol 500 mg                                                                                                                                          | X                   | X                    |
| Disponibilidad de inmunización de Hepatitis B (vacuna HBIg) (denominador)                                                                                    | X                   | X                    |
| Anticoncepción de emergencia Levonorgestrel 0.75 mg                                                                                                          | X                   | X                    |
| Capacitación o actualización en los últimos 12 meses sobre el manejo de anticoncepción de emergencia                                                         | X                   | X                    |
| Última capacitación en anticoncepción de emergencia                                                                                                          | X                   | X                    |
| Oferta de métodos para la ILE resultado de una violación sexual                                                                                              |                     | X                    |
| Servicios que se ofrecen a una mujer con una violación sexual reciente                                                                                       |                     | X                    |
| Sesiones de apoyo psico-emocional que, en promedio, se ofrecen a mujeres con violencia sexual                                                                |                     | X                    |
| Valoración y seguimiento en los casos probables de violencia familiar o sexual                                                                               |                     | X                    |
| Sesiones de apoyo que, en promedio, se ofrecen a mujeres que han sufrido violencia sexual                                                                    |                     | X                    |
| Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3tc) + Lopinavir (saquinavir, ritonavir)                                                                                      |                     | X                    |
| Misoprostol 200 mgs                                                                                                                                          |                     | X                    |
| Anticoncepción de emergencias levonorgestrel 0.75 mg                                                                                                         |                     | X                    |
| Prueba de embarazo                                                                                                                                           |                     | X                    |
| Prueba serológica gonorrea/chlamydia                                                                                                                         |                     | X                    |
| Prueba de detección Hepatitis B (anticuerpos Hepatitis B)                                                                                                    |                     | X                    |
| Anticuerpos para el VIH (ELISA)                                                                                                                              |                     | X                    |
| Capacidad de laboratorio para pruebas de sífilis (VDRL, hemaglutinación, microscopía, anticuerpos)                                                           |                     | X                    |
| Funcionamiento del laboratorio las 24 horas los 365 días del año                                                                                             |                     | X                    |
| Número total de intervenciones                                                                                                                               | 8                   | 22                   |

## Índices<sup>203</sup>

Con la finalidad de ofrecer una visión total de los hallazgos se consideró un índice para cada paquete de intervenciones<sup>204</sup> y uno global, que es la integración de ambos. El cálculo de un índice por paquete de intervenciones descrito considera de manera detallada lo siguiente:

### Primer nivel

1. *Detección oportuna y atención de mujeres unidas de 15 años o más en situación de violencia familiar o sexual.* La construcción de este subíndice se realizó con insumos del instrumento del ámbito de consulta externa general, clasificados en: a) detección, b) atención, c) valoración del riesgo, d) continuidad del servicio y e) capacitación del personal.
2. *Detección y prevención de embarazos no deseados (forzados) e ITS incluyendo VIH/SIDA por violencia sexual.* La construcción de este subíndice se realizó con insumos del instrumento del ámbito de consulta externa general, clasificados en: a) detección, b) atención, c) profilaxis para ITS, d) AE y d) capacitación del personal.
3. *Trabajo social.* Debido a que este servicio se articula con la atención de los casos de violencia familiar y los de violencia sexual, para fines del índice se consideró por separado de los apartados anteriores, para evitar que se repita al incluirse en ambos.
4. *Registro de casos.* Tiene que ver tanto con el protocolo de atención de acuerdo con la NOM-046, como con la disponibilidad de los insumos para ciertas actividades como su registro y el aviso al ministerio público, con la misma observación de ser común para ambos paquetes.
5. *Difusión del Programa.* Promoción del Programa, ya sea para prevención o atención, con la misma observación de ser común para ambos paquetes.
6. *Materiales técnicos para el personal de salud.* Información básica para el personal de salud que sea accesible para su libre consulta.

---

<sup>203</sup> Para el análisis de la información, la muestra fue ponderada y los resultados se presentan de manera reescalada. Para cada intervención se tiene un valor resumen que va del 0 al 1 (subíndices) y, a partir de estos, se calcula el índice global por paquete, teniendo además la posibilidad de contar con un índice global por programa. Es así que en el análisis se describen los datos en términos de porcentajes de la población cuando se refiere a las frecuencias válidas y de índices, cuando se refiere al valor resumen que resulta de la calificación obtenida por cada intervención. Cada índice toma el valor de 0 a 1, considerándose la más alta calificación el 1. Las pruebas de significancia fueron realizadas para comparar los índices obtenidos de acuerdo con los niveles de análisis expuestos con anterioridad. Para el análisis estadístico se utilizó la F de Fisher para comparar dos medias y la Ji-cuadrada para comparar dos distribuciones porcentuales, utilizando un nivel de confianza de 95%. Cuando los intervalos de confianza tenían un error típico mayor de .050 no se describieron los índices y solamente se señalaron las diferencias significativas cuando estas fueron con un valor  $p < 0.01$  \*\*\*. El lector interesado puede identificar otras diferencias significativas con valores hasta de  $p < 0.10$  en los anexos.

<sup>204</sup> Para más detalle sobre los aspectos que integran cada índice, consultar el apartado de Paquetes de intervención.

**Cuadro VII.7 Descripción de intervenciones incluidas en el cálculo del índice global del Programa PAVFyG por nivel de atención, primer nivel**

|                                                                                   |                                                                                                                       |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Paquete de intervención:<br>Detección y atención de la violencia familiar         | Detección de mujeres (Tamizaje), Atención, Valoración del riesgo, Continuidad del servicio, Capacitación del personal | 9 intervenciones |
| Paquete de intervención:<br>Detección y prevención de embarazos no deseados e ITS | Atención, Profilaxis ITS, AE, Capacitación en AE                                                                      | 8 intervenciones |
| Trabajo social                                                                    | Atención, Valoración del riesgo, Continuidad del servicio                                                             | 6 intervenciones |
| Registro de casos                                                                 | Consulta externa general                                                                                              | 6 intervenciones |
| Difusión del Programa                                                             | Entrada de la unidad/sala de espera                                                                                   | 2 intervenciones |
| Materiales técnicos                                                               | Consulta externa general                                                                                              | 2 intervenciones |

### **Segundo nivel**

1. *Detección oportuna y atención de mujeres unidas de 15 años o más en situación de violencia familiar o sexual.* Para la construcción de este subíndice se tomaron en cuenta, del ámbito de consulta externa general o ginecológica: a) atención, b) registro de casos, c) continuidad y d) materiales técnicos para el personal de salud. Del ámbito de urgencias: a) atención, b) registro de casos y c) materiales técnicos para el personal de salud. Del ámbito de psicología: a) atención y b) continuidad. Del ámbito de trabajo social: a) atención, b) valoración del riesgo y c) continuidad. Asimismo la capacitación del personal médico en la detección y atención de mujeres en situación de violencia familiar.
2. *Detección y prevención de embarazos no deseados (forzados) e ITS incluyendo VIH/SIDA por violencia sexual.* Para la construcción de este subíndice se tomó en cuenta la información proveniente de los ámbitos de consulta externa general o ginecológica, urgencias, psicología y trabajo social: a) atención o valoración y seguimiento en el caso de psicología y trabajo social, b) registro de casos, c) capacitación del personal médico en cuanto al protocolo de atención de casos inmediatos de violación sexual (menos de 72 horas) en mujeres de 15 años o más, d) disponibilidad de insumos para la profilaxis de ITS (chlamydia, gonorrea/sífilis, tricomoniasis, hepatitis B, VIH), e) disponibilidad de pruebas de laboratorio para las ITS mencionadas y la prueba de embarazo, f) disponibilidad del insumo para la AE, g) disponibilidad del insumo para el aborto médico.
3. *Personal capacitado y su disponibilidad.* Personal médico general, médico especialista, de enfermería, trabajo social y psicología; este apartado es común para ambos paquetes por lo que fue incluido, para evitar su repetición, sólo en el cálculo del índice global.
4. *Grupos de autoayuda.* Este apartado es común para ambos paquetes por lo que fue incluido, para evitar su repetición, sólo en el cálculo del índice global.



5. *Difusión del Programa.* Promoción del Programa, ya sea para prevención o atención; este apartado es común para ambos paquetes por lo que fue incluido, para evitar su repetición, sólo en el cálculo del índice global.

**Cuadro VII.8 Descripción de intervenciones incluidas en el cálculo del índice global del Programa PAVFyG por nivel de atención, segundo nivel**

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Paquete de intervención:<br>Detección y atención de la violencia familiar         | Consulta general: Atención, Registro de casos, Continuidad del servicio, Materiales técnicos, Capacitación del personal de salud; Urgencias: Atención, Registro de casos, Materiales técnicos; Psicología: Atención, Continuidad del servicio; Trabajo social: Atención, Valoración del riesgo, Continuidad del servicio; Jefatura de enseñanza: Capacitación para el personal de salud | 33 intervenciones |
| Paquete de intervención:<br>Detección y prevención de embarazos no deseados e ITS | Consulta general: Atención, Capacitación; Urgencias: Atención; Psicología: Atención; Trabajo social: Atención; Farmacia: Profilaxis ITS, AE, Aborto médico; Vacunación: Profilaxis ITS; Laboratorio: Prueba de embarazo, Pruebas para ITS, Disponibilidad 24 horas                                                                                                                      | 22 intervenciones |
| Personal capacitado y su disponibilidad                                           | Consulta externa general o ginecológica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 5 intervenciones  |
| Grupo de autoayuda                                                                | Dirección                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 1 intervención    |
| Difusión del Programa                                                             | Entrada de la unidad/sala de espera                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 2 intervenciones  |

### ***Dimensiones de la producción del servicio***

La primera dimensión administrativa o de organización del servicio se refiere a las condiciones y atributos materiales y de organización de las unidades médicas en donde se presta la atención. Esta primera dimensión condiciona, a su vez, el proceso de atención; en este documento esta dimensión de estructura la definiremos como la capacidad organizativa del sistema, muy relacionada con la dimensión administrativa. El análisis de esta dimensión nos permitirá reconocer la disponibilidad de los medicamentos y vacunas, instrumental y equipo necesario, exámenes de laboratorio y otros insumos para la producción de los paquetes sustantivos previamente definidos en el apartado de metodología.

La segunda dimensión es la prestación del servicio que centra su análisis en las actividades y procedimientos desarrollados para la entrega de los servicios y se fundamenta en la habilidad de los prestadores. Para su monitoreo se incluirán los conocimientos que el prestador tiene sobre algunas de las intervenciones significativas seleccionadas para otorgar un servicio, el acceso que los proveedores tengan de las normas, programas y lineamientos que guían su práctica, y las oportunidades de capacitación y actualización sobre temas relevantes a estos programas.

La tercera dimensión es la accesibilidad y continuidad en el servicio, que definiremos como la capacidad de entrar en contacto con los mecanismos de satisfacción de las necesidades en salud. Para que el acceso se produzca, se va a indagar sobre los mecanismos que tiene el Sector Salud para generar la demanda o utilización del servicio por parte de la población. Para ello reconoceremos la disponibilidad de directorios, de información sobre afiliación o programas y libertad de ingreso a los servicios, particularmente al de urgencias. La continuidad en el servicio permite a las usuarias contar con diagnósticos y tratamientos oportunos, inclusive en un nivel de atención superior al que inicialmente se solicitó el servicio. En este componente indagaremos si los médicos poseen los conocimientos básicos para referir al paciente y permitir su derivación segura y efectiva a un segundo o tercer nivel de atención.

Es importante señalar que la muestra de unidades médicas visitadas fue seleccionada bajo un esquema probabilístico, de tal forma que fuera representativa<sup>205</sup> para el ámbito nacional.<sup>206</sup> La muestra seleccionada nos da la posibilidad de hacer cuatro tipos de comparación para cada paquete de intervención: por nivel de atención (primer y segundo nivel), por institución (SESA, ISSSTE e IMSS),<sup>207</sup> por tipo de población atendida (asegurada -ISSSTE e IMSS- y no asegurada -SESA e IMSS-O).

En el análisis se describen los datos en términos de porcentajes de la población -cuando se refiere a las frecuencias válidas- y de índices, cuando se refiere al valor resumen que resulta de la calificación obtenida por cada intervención, para lo cual se tiene un valor resumen que va del 0 al 1 (subíndices) y, a partir de estos, se calcula el índice global por paquete, teniéndose además la posibilidad de contar con un índice global por programa. Cada índice toma un valor entre 0 y 1, considerándose la más alta calificación el 1. Las pruebas de significancia fueron realizadas para comparar los índices obtenidos de acuerdo con los niveles de análisis expuestos con anterioridad. Para los índices se realizó una semaforización señalando como desempeño bueno los índices de más de .85, como desempeño adecuado aquéllos ubicados de .70 a .84, con desempeño mediano los que tienen valores de .50 a .69 y desempeño bajo o que requiere atención urgente los menores de .50. Tanto en el caso de los porcentajes como de los índices se procedió a realizar una descripción más amplia solamente en aquellos casos en que la distribución por tipo de institución o por tipo de población a la que se atiende mostrara diferencias significativas, de otro modo solamente se describieron las frecuencias generales de cada uno de los reactivos.

Los resultados de los paquetes de intervención que presentan un error típico de más de .050 no se incluirán en la descripción, ni en los gráficos.

---

<sup>205</sup> Las entidades federativas que integran cada región se describen dentro del Diseño Muestral.

<sup>206</sup> Consultar resultados generales definición muestral.

<sup>207</sup> La muestra para IMSS-O no permite incluirlo, el análisis sólo comprenderá las 204 unidades médicas de la muestra inicial.

## Resultados del monitoreo<sup>208</sup>

Al respecto, el PAE-PAVFyG considera:

Una de las características de la violencia familiar y de género es que las personas que viven en estas circunstancias rara vez demandan atención por esta causa e incluso sólo una proporción muy pequeña de ellas habla con el personal de salud sobre este problema (18%); sin embargo diversos estudios han demostrado que las mujeres maltratadas utilizan con mayor frecuencia los servicios de salud que el resto de las mujeres, por lo que con base en ciertos marcadores de riesgo es necesario hacer la búsqueda intencional de los casos a través de la aplicación de un cuestionario estandarizado de 10 preguntas que permite llegar al diagnóstico de violencia (SSA, 2008:52).

Como hemos mencionado, la detección y atención en unidades médicas establecidas es una estrategia a la que se debe dar seguimiento, no sólo a través de la percepción de las usuarias sino también a través de los conocimientos y habilidades del personal de salud, disponibilidad de recursos (humanos y materiales) y la continuidad del servicio.

En los registros de sistemas administrativos ya se encuentra contemplado, mediante instrumentos específicos que deben ser utilizados por el personal de salud, el registro de los casos de violencia familiar y/o sexual. Para realizar el tamizaje, el médico o médica debe realizar un interrogatorio intencionado al que llamamos detección, tiene que hacer el registro correspondiente y la orientación o atención de los casos para asegurar la continuidad en el servicio, ya sea en una unidad de segundo nivel o en un refugio.

### ***1. Detección oportuna y atención de mujeres unidas de 15 años o más en situación de violencia familiar o sexual<sup>209</sup>***

Cabe aclarar que la siguiente información se obtuvo del personal de salud que brinda la consulta médica general -personal médico principalmente-,<sup>210</sup> que es el primer eslabón de la cadena de los servicios de salud. Se suma a este análisis la descripción de los resultados del servicio de trabajo social en las unidades de primer nivel respecto a la detección y atención a las mujeres en situaciones de violencia familiar, personal de suma importancia que desarrolla actividades consideradas dentro de los protocolos de atención<sup>211</sup> y que funge como enlace para la continuidad de los servicios. Este paquete no mostró diferencias significativas entre las unidades médicas de primer nivel y segundo nivel, pero sí por tipo de población atendida (SP/abierta o con seguridad social) (Gráfica

---

<sup>208</sup> En este apartado inicialmente se describen los hallazgos en las unidades de primer nivel que pertenecen a los SESA y posteriormente se comparan estos con los que pertenecen a IMSS-O, con la finalidad de obtener un panorama global sobre las instituciones que atienden a la población no asegurada; después se muestran los resultados comparativos entre el ISSSTE y el IMSS que otorgan los servicios de salud a población asegurada.

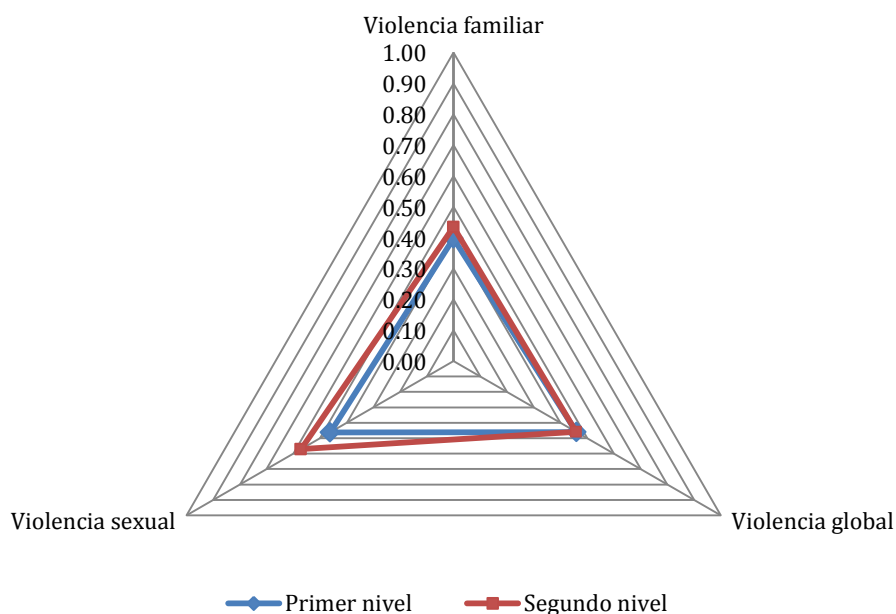
<sup>209</sup> Como ya se ha hecho referencia en el apartado metodológico en los índices, la denominación abreviada para Violencia familiar es VF.

<sup>210</sup> No obstante, en algunas unidades médicas visitadas la atención médica es responsabilidad de técnicos en salud (casas de salud) o personal de enfermería (casas de salud o módulos urbanos de IMSS-O).

<sup>211</sup> NOM-046, PAE-PAVFyG.

VII.2);<sup>212</sup> por ello, la descripción y el análisis se centrarán en las diferencias entre la prestación del servicio para población no asegurada (SESA/IMSS-O) y con aseguramiento (ISSSTE/IMSS).

### Gráfica VII.1 Desempeño de los paquetes de intervención del Programa Violencia, por nivel de atención



#### Primer nivel

Los SESA y el IMSS-O muestran un comportamiento similar en cuanto a la detección de mujeres en situación de violencia; para ambas, en 45% de sus unidades médicas se realiza la detección de probables casos entre las mujeres unidas de 15 años o más. En el caso de las instituciones para población asegurada se observa que en las unidades médicas de primer nivel del ISSSTE se indaga un poco más (53%) y en el IMSS en un nivel similar a SESA/IMSS-O (47%). Sin embargo, la mitad de las unidades médicas de ambas instituciones no lo hace.

Sobre la atención que brindan los prestadores de servicios de salud ante casos de mujeres con padecimientos o lesiones causadas por violencia familiar, el personal médico o paramédico debería atender lesiones leves (en presencia de maltrato físico), debería realizarse valoración del riesgo de la usuaria mediante la aplicación de tres herramientas<sup>213</sup> o referirla a trabajo social/psicología para ello.

<sup>212</sup> Los índices que se señalan en cursivas (Violencia familiar y Violencia global) es porque existen diferencias significativas según la dimensión de la que trate la gráfica, en este caso por tipo de población a la que se atiende. El/los índice(s) en cursivas también aplican a las Gráficas VII.2, VII.3 y VII.4 en caso de haber diferencias significativas.

<sup>213</sup> Herramienta para evaluar el riesgo, herramienta para evaluar la capacidad de respuesta de la usuaria y herramienta para evaluar la peligrosidad del agresor. Las tres se detallan en el manual de operación *Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual* del CNEGySR, pero son mencionadas en el apartado 6.2. Para la detección de probables casos y diagnóstico, de la NOM-046 (SHCP, 2009:20).

En caso de que la usuaria presente lesiones graves o no se cuente con el servicio de psicología es necesario enviarla a una unidad de segundo nivel que idealmente cuente con un servicio especializado (un equipo multidisciplinario capacitado para atender casos de violencia); finalmente, es de suma importancia que ante la detección de un caso de violencia familiar se dé aviso al ministerio público mediante un formato contemplado en la NOM-046.

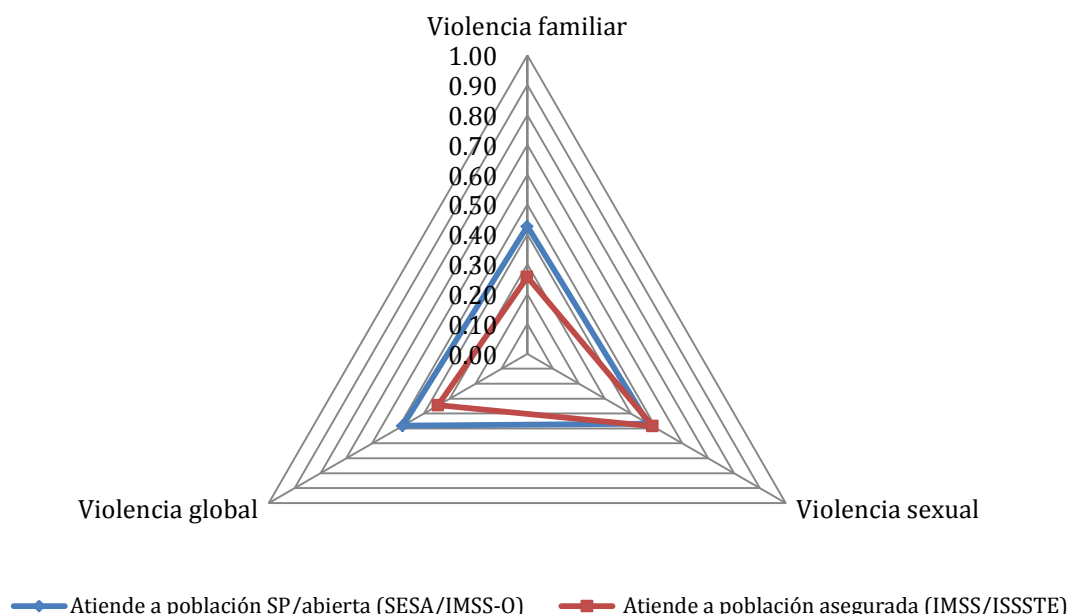
En los hallazgos respecto de la atención se observa que:

- a) La atención a lesiones leves -si hay presencia de maltrato físico- es pobre, pues se realiza en muy bajo porcentaje de las unidades de todas las instituciones (20% de los SESA, 22% del ISSSTE y 13% del IMSS).
- b) La valoración del riesgo de la usuaria (plan de seguridad, orientación legal) se mencionó como una práctica regular del protocolo de atención en apenas 18% de las unidades de los SESA; en las instituciones que atienden a población asegurada la situación es más grave, resultando una acción casi no practicada (2% del ISSSTE y 3.5% del IMSS).
- c) La referencia a trabajo social de estas usuarias se realiza en sólo 5% de las unidades de los SESA, mientras que en las que atienden a población asegurada se le menciona como parte del protocolo en porcentaje mayor (19% de unidades del IMSS y 8% del ISSSTE).
- d) La referencia a segundo nivel ante lesiones graves y/o para apoyo psicológico se practica con mayor frecuencia en los SESA (45%). En el ISSSTE ello ocurre en 24% de sus unidades de primer nivel y en el IMSS en 31%.
- e) El aviso al ministerio público se lleva a cabo en una cuarta parte de las unidades de los SESA (26%), en una tercera parte de las unidades del IMSS (33%) y en apenas la décima parte (12%) de las del ISSSTE.

Otras acciones emprendidas en los SESA corresponden al envío de las usuarias hacia la jurisdicción sanitaria correspondiente. En los casos en que existe alguien responsable del Programa le son remitidas para su canalización. Otros ofrecen consejería y orientación para que acudan a una instancia legal a denunciar o bien dan aviso a las autoridades locales.

Llama la atención que en casi la quinta parte de las unidades de primer nivel del ISSSTE (17%) no se sabe qué hacer ante los casos de violencia familiar, aunque es congruente con la falta de implantación de un modelo de atención a la violencia familiar y sexual.

**Gráfica VII.2 Desempeño del Programa Violencia,  
por tipo de población a la que se atiende**



En relación con el registro de los casos, se mencionó que se lleva a cabo en 66% de las unidades de los SESA. Por su parte, en 58% de las unidades médicas de primer nivel del IMSS el personal de salud afirma que anota como diagnóstico en el expediente clínico la violencia familiar o sexual y en el ISSSTE esto ocurre en poco menos de la mitad de sus unidades médicas (42%).

Un hallazgo interesante es que en 84% de las unidades de los SESA mencionaron que contaban con un formato específico para el *registro de atención en casos de violencia familiar o sexual*, hecho que sólo pudo ser verificado físicamente en 54%. Menos de 20% de las instituciones para población asegurada mencionó que contaba con el mismo formato (18% en el ISSSTE y 14% en el IMSS). Al verificarlo en IMSS se constató que 19% de sus unidades de primer nivel dispone de él, en tanto que sólo en 12% de las del ISSSTE lo tenían al momento de la visita.

La disponibilidad del formato de vigilancia epidemiológica SUIVE-2007 en el que las unidades médicas reportan periódicamente los diagnósticos asentados durante la consulta médica diaria, tiene una alta disponibilidad en las unidades de SESA (83%) y éste, a diferencia del formato de registro de casos, mostró más congruencia -entre lo que el personal de salud afirmó y lo que se pudo verificar- en los SESA. En 70% de las unidades del ISSSTE se afirmó que contaban con el SUIVE-1-2007, pero sólo fue constatable físicamente en 60%. La discrepancia fue mayor en el IMSS, institución en que 42% de las unidades manifestó contar con él pero sólo 16% lo tenía.

Finalmente, acerca de la disponibilidad de las formas de *aviso al ministerio público cuando se otorgue atención médica a las usuarias en situación de violencia familiar o sexual*, el ISSSTE muestra una baja disponibilidad del formato (12%), SESA (26.3%) y el IMSS tienen la más alta (de apenas 27%).



La NOM-046 en el apartado 6.2 Para la detección de probables casos y diagnóstico, específicamente menciona:

6.2.1.7 Forma parte de la detección y diagnóstico de la violencia familiar o sexual la valoración del grado de riesgo de la o el usuario. Para determinarlo, el personal de salud se apoyará en las herramientas y los procedimientos estandarizados para este fin (SHCP, 2009:20).

En cuanto a la valoración del riesgo, se observa que mientras en 60% de las unidades médicas de los SESA fue afirmativo el conocimiento respecto de las tres herramientas de valoración del riesgo para mujeres con sospecha o diagnóstico de violencia familiar o sexual, se verificó positivamente la disponibilidad de los formatos de registro en 59% de las mismas. Acerca de la disponibilidad diferencial de cada una de las tres herramientas en esta institución, se constató que 60% de las unidades dispone de la *herramienta para evaluar el riesgo*; 43% de la *herramienta para evaluar la capacidad de respuesta de la usuaria* y 19% de la *herramienta para evaluar la peligrosidad del agresor*. Las instituciones que atienden a población asegurada mostraron desconocimiento de las herramientas de valoración del riesgo en la mayoría de sus unidades médicas (91% del ISSSTE y 86% del IMSS). La herramienta más disponible en ISSSTE es la utilizada para evaluar el riesgo (50% de las unidades la tenía disponible), mientras que en el IMSS disponen de la *herramienta para evaluar el riesgo* y la *herramienta para evaluar la capacidad de la usuaria*, ambas en 33% de las unidades.

Fue posible apreciar que más de tres cuartas partes (77%) de las unidades médicas de los SESA no cuenta con servicio de trabajo social y que al menos la mitad (54%) de las que sí lo tienen dispone de alguna o de las tres herramientas.

Acerca de la valoración del riesgo, en las unidades de primer nivel que cuentan con personal de trabajo social, en 55% de ellas afirman conocer los formatos de valoración del riesgo. Llama la atención que tanto el conocimiento como la disponibilidad de las herramientas son similares al servicio de consulta externa, se esperaría que el personal de trabajo social esté más familiarizado con ellas, ya que es el ámbito de atención que acompaña y enlaza a las usuarias con centros especializados para la continuidad de la atención. Sin embargo, la NOM-046 no especifica (ver el numeral 6.2.1.7) claramente qué tipo de personal de salud estará a cargo de ello.

Respecto de la atención de mujeres en situación de violencia extrema, que es definida en el PAE-PAVFyG como “caracterizada por agresiones progresivamente más frecuentes, limitación total de la autonomía y aislamiento social de la víctima, incremento en la gravedad de las lesiones infligidas, amenazas de muerte o intentos fallidos de homicidio” (SSA, 2008:34), por lo que resumidamente puede considerarse que es una situación en que la vida de la usuaria y/o de sus hijos están en peligro. La referencia correcta a un centro especializado (refugio), a través de trabajo social o de actores claves, en estos casos fue mencionada por 40.5% de las unidades de los SESA, no obstante 49% de sus unidades podría asegurar la continuidad del servicio ya que conoce la existencia de algún refugio que admite mujeres en situación de violencia extrema y cómo realizar el contacto para acceder a este refugio. En 15% de las unidades del ISSSTE y en 17% de las del IMSS el personal de salud respondió no saber qué hacer en esa situación. En el ISSSTE sólo 13% de sus unidades mencionó la referencia de sus



usuarias a un centro especializado o refugio -directamente o a través de trabajo social- y en el IMSS únicamente 4.4% de sus unidades. Al igual que lo observado en los SESA, el envío de las usuarias a un centro especializado o refugio como parte del protocolo de atención a usuarias en violencia extrema se mencionó en mucha menor proporción que el hecho de conocer la existencia de un refugio en la localidad, municipio, región o entidad federativa; 38% de las unidades médicas del ISSSTE conoce la existencia de un refugio, pero sólo en 44% de éstas se sabe cómo ponerse en contacto con él. En cuanto al IMSS, en 25% de sus unidades médicas se conoce la existencia de algún refugio pero no en todas éstas (69%) se sabe cómo establecer contacto con este servicio de tercer nivel para el Programa.

### ***Trabajo social: valoración y seguimiento***

Como parte de la consejería y el seguimiento, se contempla en la NOM-046 la participación del personal de trabajo social y de psicología.<sup>214</sup> El personal de trabajo social es considerado como parte del equipo especializado de atención en el PAE-PAVFyG y según el modelo de atención propuesto en él, la intervención de este personal de salud debería acompañar a cada caso por lo menos en cinco sesiones (SSA, 2008:47). Por otra parte, en el manual operativo *Modelo integrado* del CNEGySR se considera que el personal de trabajo social es parte fundamental de la referencia de las usuarias a otros niveles de atención o instituciones:

[...] informar al área de trabajo social para que realice las gestiones pertinentes [de la referencia] y haga el seguimiento. Esta tarea está diseñada para el área de trabajo social cuando las acciones se realizan en una unidad médica que cuenta con este recurso, sin embargo, de no existir, el personal médico o de psicología que realice la referencia deberá continuar el proceso de acuerdo a los recursos disponibles. (CNEGySR, 2009:157)

En 75% de las unidades de primer nivel no se cuenta con servicio de trabajo social. En 80% de las unidades de primer nivel del ISSSTE y en 60% del IMSS no se pudo indagar sobre las actividades que corresponden a trabajo social porque no disponen de él. De aquellas unidades médicas en donde sí existe este servicio, en 81.3% se afirma que ofrecen valoración y seguimiento a los casos probables de violencia familiar o sexual (87% de los SESA y 58% de las unidades de primer nivel de ISSSTE e IMSS). La cuarta parte de ellas no ofrece ninguna sesión de apoyo de trabajo social (26.7% en los SESA, 30% en el ISSSTE y 20% en el IMSS) y una de cada tres tiene solamente un contacto con las usuarias, a pesar de que la cuarta parte ofrece dos a tres sesiones. El acompañamiento mediante cuatro a cinco sesiones únicamente se cumple en 6% de las unidades.

Es importante anotar que en 40% de las instalaciones que atienden a población con seguridad social afirmaron referir los casos de violencia familiar o sexual a unidades especializadas y que el acompañamiento se ofrece solamente con una sesión de apoyo (43%) cuando cuentan con el servicio de trabajo social.

---

<sup>214</sup> 6.6. Para la consejería y el seguimiento:

6.6.1. Corresponde a las y los prestadores de servicios de salud informar a la persona afectada sobre su derecho a denunciar los hechos de violencia que se presenten, la existencia de centros de apoyo disponibles, así como los pasos a seguir para acceder a los servicios de atención, protección y defensa para quienes sufren de violencia familiar o sexual, facilitando y respetando la autonomía en sus decisiones e invitando a continuar el seguimiento médico, psicológico y de trabajo social (SHCP, 2009:V24).

Los casos de mujeres con riesgo para su vida y/o la de sus hijos e hijas y que carecen de redes sociales de apoyo, ameritan la atención del tercer nivel de atención, representado por los refugios. El enlace con tales centros de apoyo especializado se realiza habitualmente por teléfono para planificar una cita para valoración del caso y su probable ingreso al mismo. Observamos que 64% de las unidades médicas que cuentan con servicio de trabajo social efectivamente canaliza estos casos hacia los refugios y que una proporción semejante (53%) dispone de un directorio de centros/servicios especializados de atención y apoyo a la violencia familiar o sexual. Una práctica observada es el envío de las usuarias al ministerio público.

Durante el último mes (anterior al monitoreo), 77% de las unidades médicas de primer nivel de SESA/IMSS-O no atendió casos de violencia familiar, mientras que en ISSSTE/IMSS en 100% no se atendió ningún caso. Durante el último año, 50% de las unidades médicas que atienden a población SP/abierta tuvo al menos un caso. Por su parte, en ISSSTE/IMSS la ausencia total de atención durante el último año privó en más de la cuarta parte (28%).

## **Segundo nivel**

Debido a que la detección y atención de casos de violencia familiar o sexual entre las mujeres de 15 años o más ocurre en diferentes escenarios, como consulta externa general o ginecológica, urgencias, psicología y trabajo social, se describirán los resultados de acuerdo con cada servicio. En un primer momento se expondrán los resultados generales y posteriormente la descripción continuará, como en apartados anteriores, haciendo la distinción entre instituciones para población SP/abierta (no asegurada) y población asegurada.

El apartado de violencia fue aplicado y se completó en 70% de las unidades de segundo nivel; por tanto, este porcentaje es el total de unidades sobre el que se describen los siguientes hallazgos. En el caso de los servicios de urgencias -entrada inicial habitual al servicio de hospitalización- se aplicó en 74% de unidades de segundo nivel.

## **Consulta externa general o ginecológica y Urgencias**

55% de las unidades carece de médicos generales capacitados en el protocolo de violencia familiar o sexual y disponibles en todos los turnos, solamente 17% de las unidades cuenta con ese personal capacitado y disponible siempre; 14.9% de las unidades de SESA/IMSS-O y 21.7% de las de ISSSTE/IMSS disponen de médicos generales capacitados y en todos los turnos. Un porcentaje algo menor (14%) cuenta con médicos especialistas capacitados y disponibles en todos los turnos (6.8% de las unidades SESA/IMSS-O y 27.8% de las unidades del ISSSTE/IMSS); 20% dispone de este personal pero no en todos los turnos y 63% no cuenta con él. Poco más de la tercera parte (36%) de las unidades tiene personal de enfermería capacitado en todos los turnos, no existiendo diferencias por instituciones.

En sólo 26% de las unidades de segundo nivel se realiza tamizaje acerca de la existencia de violencia familiar. La distribución en cuanto a esta tarea, por instituciones, es la siguiente: en 47% de las unidades de SESA, en 13.5% de las del ISSSTE y en 8.9% de las de IMSS.

En lo que toca a la capacitación del personal médico, en 61% de las unidades manifestaron no haber recibido ninguna actualización o sesiones de capacitación sobre el tamizaje y manejo de las mujeres que sufren violencia familiar o sexual. Sobre este mismo tema, en los últimos 12 meses sólo en la quinta parte de las unidades médicas el personal médico había recibido adiestramiento (20.3%). La distribución por tipo de población atendida fue muy similar, ya que en alrededor de 60% de las destinadas a población SP/abierta y asegurada no se recibió capacitación o actualización en los 12 meses previos al monitoreo.

Cuando se presenta una mujer en quien la naturaleza del padecimiento o lesiones sugiere violencia familiar, el proveedor del servicio debe seguir un protocolo de atención (PAE-PAVFyG). En el caso de las unidades de segundo nivel el protocolo es más extenso que en el caso de las unidades médicas de primer nivel,<sup>215</sup> por lo que el protocolo de atención incluye: la atención a lesiones leves y/o graves en presencia de maltrato físico, la realización de exploración física completa, la referencia al servicio de psicología, la realización de la valoración del riesgo de la usuaria y el aviso al ministerio público. En la indagación sobre la implementación del protocolo de atención se documentó que, ante casos de violencia familiar, el prestador del servicio refirió:

a) La atención a lesiones leves y/o graves en presencia de maltrato físico en apenas 14% de las unidades, en el servicio de consulta externa o ginecológica, correspondiendo el mayor porcentaje al ISSSTE (32%) y el menor a los SESA (16%). Esta mención es más elevada en el servicio de urgencias, reportándose en 46% de las unidades, distribuyéndose por institución de la siguiente manera: 42% de los SESA, 64.4% de las del ISSSTE y 20.4% de las del IMSS.

b) Se menciona a la exploración física en sólo 2.5%, siendo mayor en los SESA, aunque con apenas 4%. En urgencias, este porcentaje se eleva 10 veces, ya que se la menciona en 26.4% de las unidades de los SESA, en 17.5% de las del ISSSTE y en 5.6% de las del IMSS.

c) La referencia a apoyo psicológico en la misma unidad o en otra fue mencionada en 17% de las unidades, practicándose en los SESA en 32% de los casos, casi el doble que en el resto de las instituciones (aunque sigue siendo pobre). No hay diferencias respecto del servicio de urgencias, en el que fue mencionada en 19.4% de las unidades, siendo mayor por institución en los SESA (33%).

d) En 64% de las unidades estos casos se refieren a trabajo social o a psicología para la valoración del riesgo, aunque desde el servicio de urgencias (donde deben estar más familiarizados con estos casos) sólo 44% mencionó la derivación a dichos departamentos.

e) Dar aviso al ministerio público en la consulta externa o ginecológica fue mencionado en sólo 16% de las unidades de segundo nivel, resultando mayor en el IMSS con 18.3%, mientras que en el servicio de urgencias fue mencionado por 50% de las unidades.

---

<sup>215</sup> Ver servicios esenciales y especializados en el apartado “Alineaciones jurídica, normativa, institucional y programática del Programa Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género” en la descripción del PAE-PAVFyG.

Cuando en la consulta externa general o ginecológica se considera que, a consecuencia de la violencia familiar, la vida de la mujer y/o la de sus hijos corre peligro, la derivación hacia trabajo social (aunque ignorándose si contactan con centros especializados) ocurre en sólo 43% de las unidades; en los servicios de urgencias se mencionó esta referencia en 56% de las unidades de segundo nivel. Por otro lado, la referencia de estos casos desde consulta externa a un centro especializado -tipo refugio- se afirmó llevarse a cabo en 18.5% de las unidades en promedio, siendo mayor en los SESA (32%). El envío directamente desde urgencias hacia un centro especializado se mencionó en 23% de las unidades de los SESA, 9.4% del ISSSTE y 2.2% del IMSS. Resulta alarmante la pobreza del rendimiento en este rubro, considerando que se trata de los casos de violencia más severa.

Sobre el registro del diagnóstico de violencia familiar o sexual en el expediente clínico de las usuarias, en consulta externa y en urgencias es similar (64% y 69%, respectivamente) en las unidades médicas de segundo nivel en que el personal médico afirmó que lo practica. Para consulta externa, en donde más se afirma llevarse a cabo es en los SESA (70%) y menos en el ISSSTE (29.5%). En urgencias el registro de la violencia familiar o sexual se afirmó realizarse más en el ISSSTE (78.6%) y menos en los SESA (61%).

En consecuencia, cuando se atiende algún caso de violencia familiar o sexual - según especifica la NOM-046- el personal de salud debe llenar el formato *Registro de atención en casos de violencia familiar o sexual*. Al respecto, se observa que 43% de los servicios de consulta externa de las unidades de segundo nivel realiza esta acción, frente a 49% de los servicios de urgencias; este resultado es congruente con la disponibilidad de 45% del formato de registro, aunque en urgencias fue de 34%. Las diferencias institucionales en consulta externa van de 49% para los SESA y 7% para el IMSS. En cuanto a la disponibilidad del formato de aviso al ministerio público, 47% de las unidades cuenta con él en CE, teniendo la menor disponibilidad el ISSSTE (10%) a pesar de que en 35% de sus establecimientos refirieron que realizan el registro. Para el caso de urgencias, se pudo constatar en 64% de las unidades, siendo los SESA los que obtuvieron mayor disponibilidad (80%).

Un aspecto fundamental es que en las unidades médicas de segundo nivel se conozca a dónde deben enviar a las usuarias (continuidad) en caso de violencia extrema. Existen en el país 23 entidades federativas con refugios para estos casos, por lo que obviamente no todas las entidades visitadas contaban con centros especializados de este tipo; no obstante, se observa que sólo en 41% de las unidades de segundo nivel saben de la existencia de los refugios y que en cerca de la mitad de éstas se sabe cómo contactarlos. Los resultados por institución muestran las siguientes diferencias: en 40% de las unidades de los SESA se afirma conocer la existencia de refugios y en 60% de ellas saben cómo contactarlos; en 34.2% de las del ISSSTE e IMSS saben de la existencia de un refugio (22% del ISSSTE y 38.5% del IMSS, de manera desagregada), mientras que en 62.2% de las unidades de ambas instituciones se sabe cómo contactarlo (15.2% del ISSSTE y 79.3% del IMSS).

Respecto a la disponibilidad de materiales técnicos de consulta (NOM-046) o el manual operativo: *Modelo integrado*, en el servicio de consulta externa de las unidades de segundo nivel se observa que uno de cada cuatro establecimientos cuenta

satisfactoriamente<sup>216</sup> con el manual operativo (24%), a diferencia de uno de cada cinco en el servicio de urgencias (18%), pese a que en urgencias están más familiarizados con la atención de estos casos. En consulta externa se tiene una disponibilidad que va desde 32% para las unidades de los SESA hasta 5.2% para las unidades del ISSSTE. Acerca de la NOM-046, 27% de las unidades de segundo nivel en el servicio de consulta externa frente al 22.6% en urgencias cuenta con este documento satisfactoriamente. En unidades para población asegurada, 38.6% del ISSSTE y 42.4% del IMSS disponen de este documento en el servicio de CE.

En las unidades médicas de segundo nivel encontramos más heterogeneidad respecto del número de casos atendidos que en las de primer nivel. En 66% de las unidades de segundo nivel de los SESA, 81% de las del ISSSTE y 84.3% de las del IMSS respondieron no haber atendido algún caso de violencia familiar en el último mes y una situación similar se encontró en el servicio de urgencias, ya que en 66% de las unidades también se afirmó no haber atendido ningún caso.

### ***Trabajo social y Psicología***

En 38% de las unidades de segundo nivel se contaba con servicio de psicología: 27% de ellas con personal capacitado y disponible en todos los turnos, 41% con este personal no disponible en todos los turnos y 25% carecía de este tipo de personal. La distribución, según tipo de población a la que atienden, es de 34.7% para SESA/IMSS-O y 10% para ISSSTE/IMSS. Como se ha mencionado en el apartado de alineación jurídica, según el PAE-PAVFyG

[...] cabe señalar que la psicóloga(o) y la trabajadora social se requieren de manera exclusiva para el programa mientras que la enfermera y el médico pueden ser compartidos con otras actividades, ya que la concentración de actividades por caso atendido es menor para estos dos profesionales que para el área de psicología y trabajo social (SSA, 2008:47).

El PAE-PAVFyG menciona también que el número de sesiones que cada caso requiere va de nueve a 12 para apoyo psicoemocional (SSA, 2008:47). Sin embargo, en otra parte del documento del PAE también se especifica que la atención psicológica especializada quedará limitada a los casos de violencia severa.<sup>217</sup> No obstante, la NOM-046 menciona en el apartado 6.3 *Para el tratamiento y rehabilitación* que “6.3.4. En todos los casos se deberá ofrecer atención psicológica a las personas que viven o han vivido en situaciones de violencia familiar o sexual, de acuerdo al nivel de la misma” (SHCP, 2009:21). El número de sesiones de apoyo psicoemocional que se ofrece a mujeres que sufren violencia familiar varía de dos a 12 sesiones, distribuyéndose de la siguiente forma: 70% ofrece de ocho a 12 sesiones, 16.6% de tres a siete y 12.2% de una a dos. Por tanto, a pesar de que tres de cada cinco unidades de segundo nivel carecen

---

<sup>216</sup> Es decir, ya sea impreso o digital, pero que pudo tener acceso a él al ser requerido.

<sup>217</sup> [...] violencia severa consideramos que las mujeres han perdido espacios para el ejercicio de su autonomía, es decir, sus redes sociales han sido mermadas paulatinamente a partir del aislamiento al que han sido obligadas; su capacidad para tomar decisiones ha sido trastocada a partir de los múltiples intentos por resolver su propia situación y en la que se han enfrentado continuamente con la inutilidad de sus acciones, ya que su agresor (generalmente su pareja) las violentará de cualquier forma, lo que les ha llevado a experimentar un sentimiento de desesperanza e ineficacia para cuidar de sí mismas y de sus hijos, esto reforzará sus creencias sobre sí mismas y su agresor. Es decir, han sido afectadas en los niveles cognitivo, conductual y afectivo. (SSA, 2008:46)



de servicio de psicología, cuando cuentan con él se ofrece en mayor proporción el número de sesiones recomendadas.

El panorama de casos atendidos es heterogéneo en los servicios de psicología respecto del último mes y año. Para el último mes, entre las unidades médicas donde se obtuvo información, en 8% se afirmó haber atendido 10 casos, en 7.5% un caso, en 6% tres casos y en 3% seis, existiendo gran variabilidad ya que en algunos servicios se mencionaron más de 30 y 50 casos. Sin embargo, son las cifras correspondientes al último año las que muestran más variabilidad: 4.2% diez casos, 3.2% mil casos, 3% ningún caso.

En tres cuartas partes de las unidades de segundo nivel se realiza este tipo de atención en trabajo social, siendo así que 43% de ellas cuenta con personal capacitado y disponible en todos los turnos, 37% dispone de este personal en algunos turnos y 17% no dispone de él.

Acerca de la valoración y seguimiento de los casos probables de violencia familiar o sexual, 71% de las unidades de segundo nivel con servicio de trabajo social las realiza; 18% canaliza para ello hacia una unidad especializada y 11.4% no asume ninguna de las dos actividades mencionadas. Cuando reciben a mujeres víctimas de violencia extrema, la mitad (47%) de las unidades las deriva a un centro especializado o se pone en contacto vía telefónica con un refugio, conducta que se adopta mucho más (55.1%) en las unidades para población SP/abierta que en las de seguridad social (33%).<sup>218</sup> Como “Otra respuesta”, la mitad de las unidades con servicio de trabajo social respondió dar aviso al ministerio público. Por otro lado, el número promedio de sesiones de apoyo que se ofrece a las mujeres va de dos a cinco, existiendo una oferta mayor de este servicio en las unidades que atienden a población SP/abierta.

En la tercera parte (32%) de las unidades de segundo nivel con servicio de trabajo social se afirmó que conocían los formatos o herramientas para valoración del riesgo. Sin embargo, la disponibilidad de los tres formatos es pobre pues apenas 15% cuenta con el utilizado para evaluar el riesgo; 8% con el de respuesta de la usuaria y 6% con el necesario para estimar la peligrosidad del agresor. Podemos afirmar que la disponibilidad es muy limitada en todas las instituciones.

Como se ha mencionado, 23 entidades federativas de la República Mexicana cuentan con refugios para mujeres víctimas de violencia extrema. Se observa que en apenas tres de cada cinco (65%) unidades de segundo nivel se tiene conocimiento de la existencia de un refugio y que en poco más de la tercera parte (34%) de los servicios de psicología de estos servicios de segundo nivel se ignora que los hay. Por otra parte, al cuestionarse sobre la manera de contactar con los refugios, en dos terceras partes (66.7%) de los servicios de psicología respondieron correctamente, afirmándose que debería ser a través de trabajo social o por vía telefónica<sup>219</sup> y en cuanto a la disponibilidad de un directorio de centros especializados de atención y apoyo, en 62% de las unidades se aseguró que contaban con él. Trabajo social tiene mayor

---

<sup>218</sup> 51.1% de las de los SESA, 22.8% del ISSSTE y 36.6% del IMSS.

<sup>219</sup> En 63.6% de las unidades SESA/IMSS-O (66.4% de los SESA) y 72.4% de las del ISSSTE/IMSS (75.7% del ISSSTE y 70.9% del IMSS) afirmaron tener información sobre estos centros especializados. En 34.7% de los SESA/IMSS-O y 27.6% del ISSSTE/IMSS los desconocen.

conocimiento y habilidades para la referencia de usuarias; así, en 70.6% de las unidades se respondió afirmativamente, en 64.4% se sabe cómo contactar con un refugio y en 67% se cuenta con un directorio de centros especializados.

En cuanto a la atención de usuarias en situación de violencia familiar en el último mes previo al monitoreo, se detectó que ésta fue pobre pues 49% de las unidades con trabajo social no atendió ningún caso, 7% atendió uno, 5.3% dos, 4% cinco y 4% seis. En el año previo, 12% atendió al menos un caso, 10% tres casos, 7% siete casos y 7% ningún caso. Únicamente en 22% de las unidades de segundo nivel se ha iniciado la formación de grupos de autoayuda para la violencia familiar o sexual.

### **Índice del paquete Detección oportuna y atención de mujeres unidas de 15 años o más en situación de violencia familiar o sexual (Violencia familiar)**

En general, el desempeño del índice de violencia familiar fue bajo (que requiere atención urgente), en primer nivel el índice fue de .40 y en segundo nivel de .43 (Gráfica VII.1). Existen diferencias significativas\*\*\* según el tipo de población atendida, obteniendo un mejor desempeño en las instituciones para población SP/abierta (SP/abierta/IMSS-O) con .43, mientras que en las que atienden a población asegurada (IMSS/ISSSTE) es de .26, ambas con desempeño bajo; todas las instituciones tienen un desempeño que requiere atención urgente (Gráfica VII.2).

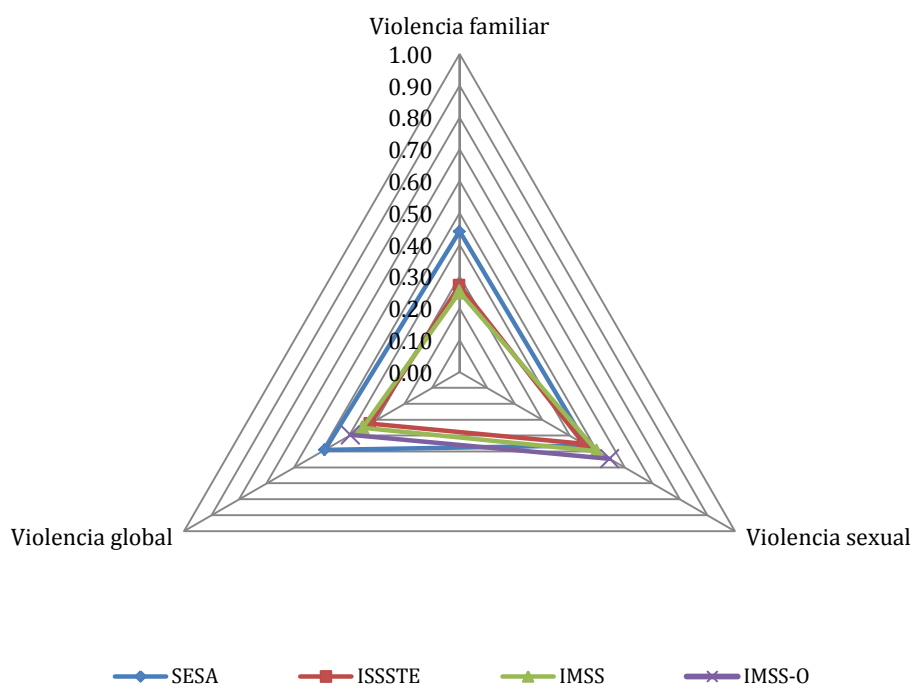
Aunque por institución el mejor desempeño lo tuvieron los SESA con .44, todas las instituciones tuvieron un desempeño que requiere atención urgente: el IMSS con .25<sup>220</sup> e ISSSTE con .27 (Gráfica VII.3). Las unidades de SESA muestran una diferencia significativa\*\*\* en su desempeño con respecto del IMSS. Se concluye que el mejor desempeño se obtuvo para la atención de la población SP/abierta en los SESA. (Gráfica VII.5 y VII.6). Los subíndices pueden ser consultados en el Anexo VII.1.4 y las pruebas de significancia en el Anexo VII.2.

---

<sup>220</sup> El IMSS-O .25\* presenta un error típico de más de .050, los resultados de estos paquetes de intervención no se incluirán en la descripción, ni en los gráficos.



**Gráfica VII.3 Desempeño de los paquetes de intervención del Programa Violencia, por tipo de institución**



## ***2. Detección y prevención de embarazos no deseados (forzados) e ITS, incluyendo VIH/SIDA por violencia sexual<sup>221</sup>***

### **Primer nivel**

Este apartado inicia con la descripción de la información proporcionada por el personal médico acerca de los protocolos de atención para casos de violación sexual reciente (menos de 72 horas) de mujeres de 15 años o más y los insumos relacionados con la producción de dicho servicio.

Cuando se presenta un caso de violación reciente en mujeres de 15 años o más, la NOM-046 y el PAE-PAVFyG señalan ciertas acciones que deben ser llevadas a cabo por el personal de salud para evitar embarazos no deseados e ITS. Al respecto y para el caso de primer nivel, observamos lo siguiente:

a) Sobre el otorgamiento de la AE hasta 120 horas posteriores al coito o bien su referencia al segundo nivel de atención (a una unidad especializada), encontramos que en sólo 22% de las unidades de primer nivel se señaló que se practica este aspecto del protocolo de atención, variando entre una cuarta parte (26%) para las unidades de los SESA y apenas 2.9% para las del IMSS.

El insumo para poder ofrecer la AE es el levonorgestrel (la dosis más común recomendada es de 0.75 mg en dos tomas), el cual se encontró disponible en 58% de las

<sup>221</sup> En los índices la denominación abreviada es VS.

unidades, existiendo -paradójicamente- una mayor disponibilidad de este insumo en las unidades médicas del IMSS (75%), correspondiendo la más baja al ISSSTE (30.8%).

Acerca del la actualización o capacitación al personal médico -en los 12 meses previos al monitoreo- sobre el manejo de la AE, en 46% se afirmó haber recibido alguna capacitación (más en las unidades del ISSSTE -54%- y menos en las de los SESA -44%-), mientras que en 67% el personal médico afirmó haber sido capacitado/actualizado al respecto hacía menos de dos años (más en el ISSSTE, 70%, que en el IMSS, 50%).

b) La quimioprofilaxis para ITS o su referencia a segundo nivel para la misma, se mencionó llevarse a cabo en solamente 8.5% de las unidades, no siendo mencionada en 91% de los SESA y en 95.6% del ISSSTE.

Para la quimioprofilaxis para chlamydia se requiere de antibióticos<sup>222</sup> como la azitromicina que no se encuentra disponible en 93.4% de las unidades, aunque también puede emplearse otra alternativa terapéutica como la amoxicilina disponible en 68% de las unidades o la eritromicina que pudo constatar en 74% de las unidades. La azitromicina se encuentra más disponible en los SESA (6.7%) y menos en el IMSS (ninguna unidad tuvo este antibiótico). Las unidades del IMSS también tienen la menor disponibilidad de amoxicilina y eritromicina (55 y 65%, respectivamente).

Para la quimioprofilaxis de gonorrea/sífilis se recomienda el antibiótico ceftriaxona, el cual prácticamente no está disponible en las unidades médicas de primer nivel (96%); las del ISSSTE muestran la mayor disponibilidad del antibiótico (20%) y las que menos pertenecen a los SESA (97% carecen de ella).

El antiparasitario indicado para la profilaxis de tricomoniasis está presente en casi 100% de las unidades médicas (99%).

Prácticamente 100% de las unidades de primer nivel (95.5%) cuenta con el servicio de vacunación o inmunizaciones y, de ellas, 65% dispone de la vacuna contra la hepatitis B. La mayor disponibilidad de este biológico corresponde al IMSS (95%) y la menor al ISSSTE (55%).

c) En casi 40% de las unidades médicas se mencionó que dan aviso al ministerio público, siendo más frecuente en las unidades de los SESA (34%) y menos en las del IMSS (31%).

d) En sólo 28% de las unidades de primer nivel mencionaron dar apoyo emocional o referir a segundo nivel para ello; esta práctica es más común en los SESA (28%) y menos en el ISSSTE (17%). Entre el 43% que dio otra respuesta, la mayoría envía a segundo nivel sin realizar acción alguna. Además, la toma de decisión entre las unidades es heterogénea: algunas envían a urgencias, otras a ginecología, unas más a trabajo social o psicología, e incluso otras derivan a las usuarias directamente hacia instancias judiciales para que se hagan cargo del caso, sin realizar acción alguna.

Casi la totalidad de las unidades médicas de primer nivel no atendió casos de

---

<sup>222</sup> La primera opción es el tratamiento con azitromicina, sin embargo en el caso de mujeres embarazadas se puede usar amoxicilina; en caso de haber alergia a dicho medicamento la alternativa es la eritromicina.

violación reciente en el último mes y año (97 y 82% respectivamente), aunque en 14% de ellas recibieron al menos un caso durante el último año.

## **Segundo nivel**

Al igual que para primer nivel, la descripción de los resultados se realiza por los diferentes servicios en que se brinda la atención a los casos de violencia sexual en las unidades médicas de segundo nivel.

### ***Consulta externa general o ginecológica***

Acerca de los métodos para la interrupción legal de un embarazo resultado de una violación sexual, en 37% de las unidades de segundo nivel afirmaron que disponen del aborto con medicamentos o evacuación endouterina por aspiración. Las unidades de los SESA e ISSSTE muestran mayor disponibilidad de ambos métodos y en 11.2% de sus unidades cuentan además con legrado uterino instrumental. Sin embargo, al constatar la disponibilidad del medicamento indicado para el aborto médico (misoprostol), sólo 13.3% de las unidades contaba con él, existiendo una enorme variabilidad al respecto según tipo de población atendida: 21.4% de las unidades de los SESA/IMSS-O frente a 0.8% de las de ISSSTE/IMSS en conjunto, aunque el IMSS carece de él en absoluto.

En 20% de las unidades -predominantemente del ISSSTE- disponen únicamente de legrado uterino instrumental y en 27% -también predominantemente del ISSSTE- no disponen de ninguno de los métodos mencionados.

### ***Urgencias***

Al preguntar al personal médico de este servicio si conocía el protocolo de atención a casos recientes (menos de 72 horas) de violencia sexual en mujeres de 15 años o más de acuerdo con la NOM-046, 45.5% respondió afirmativamente. Los servicios en que con más asiduidad se afirmó conocerlo corresponden al ISSSTE (60.3%) y los que menos lo conocen (31.7%) a los SESA.

De forma detallada, se observa:

a) Que en sólo 57.8% de las unidades de segundo nivel afirman realizar exploración física completa en busca de lesiones.

b) Que escasamente 13.6% brinda orientación médica para prevenir o interrumpir un embarazo forzado, siendo esta práctica casi inexistente en las unidades que atienden a población asegurada.

c) Que apenas en 22.1% se ordena una prueba de embarazo, pese a que la disponibilidad de esta es muy alta (99% de las unidades de segundo nivel en conjunto disponen de ella), siendo el ISSSTE la institución que más la practica (42%) aunque tiene la menor disponibilidad del reactivo (89%).

d) La NOM-046 señala en el apartado 6.4 Para el tratamiento específico de la violación sexual, que se debe:

6.4.2.4. Informar de los riesgos de posibles infecciones de transmisión sexual y de la prevención a través de la quimioprofilaxis y de acuerdo con la evaluación de riesgo,

prescribir la profilaxis contra VIH/SIDA conforme a la norma oficial mexicana aplicable, tomando en cuenta la percepción de riesgo de la usuaria o el usuario. (SHCP, 2009:22)

En 22.7% se afirma que ordenan pruebas serológicas para ITS: gonorrea/chlamydia/sífilis, existiendo grandes diferencias según la población a la que atienden (32.5% del SESA/IMSS-O y 6.5% del ISSSTE/IMSS). Este aspecto del protocolo no se mencionó en ninguna unidad del IMSS, indicando las respuestas una práctica más común en las de los SESA (51.7%). Por otra parte, se constató que 34.6% de las unidades<sup>223</sup> tiene disponible los reactivos para la prueba serológica gonorrea/chlamydia y que es más factible realizarla en ISSSTE/IMSS (52.2%) y menos en SESA/IMSS-O (25%). En 100% de las unidades tienen disponibles las pruebas de detección de sífilis (VDRL, hemaglutinación, microscopía, anticuerpos).

En sólo 14.9% afirmaron indicar quimioprofilaxis para gonorrea/sífilis/chlamydia; en este aspecto nuevamente encontramos grandes diferencias según tipo de población atendida (18.8% de SESA/IMSS-O, frente a 8.4% de ISSSTE/IMSS), siendo en las unidades de los SESA donde más la mencionaron (22.8%) y menos en las del IMSS (6.1%); 86% de las unidades no cuenta con azitromicina.<sup>224</sup> Se constató que 66.4% de las unidades dispone de ceftriaxona, el medicamento de elección para la quimioprofilaxis de gonorrea/sífilis y que dicha disponibilidad es mayor en las instituciones que atienden a población SP/abierta.

e) Que las pruebas para detección de VIH/SIDA se realizan solamente en 13.5% de las unidades, resultando una práctica más común en los SESA (40.2%) y al parecer inexistente en el IMSS (no se la mencionó en ninguna de sus unidades). Se constató que 47.5% de las unidades cuenta con la prueba para la detección de anticuerpos para el VIH (ELISA), resultando la disponibilidad mayor -en conjunto- en las instituciones para población SP/abierta, aunque individualmente, en el ISSSTE. La quimioprofilaxis para VIH/SIDA es una práctica casi inexistente -o desconocida-, pues apenas en 6.2% de las unidades de segundo nivel se mencionó, y al parecer nunca se practica en el IMSS e ISSSTE. En consonancia, se constató la existencia de los antivirales necesarios para dicha profilaxis en apenas 17.3% de las unidades.

f) En sólo 17% de los servicios de segundo nivel se afirmó que indican anticoncepción de emergencia (AE) hasta 120 horas después del coito, con grandes diferencias interinstitucionales, diferencias que son mínimas cuando se comparan por tipo de población atendida; no obstante, 70.7% de las unidades cuenta con levonorgestrel en las dosis recomendadas para AE, sin una gran diferencia interinstitucional.

Respecto de la capacitación en el manejo de AE, se encontró que 59.6% del personal médico de las unidades de segundo nivel ha recibido esta capacitación o actualización en el tema, siendo algo menor en las destinadas a población SP/abierta (41.5% de SESA/IMSS-O). La capacitación/actualización durante el último año fue

---

<sup>223</sup> Los exámenes de laboratorio aplicaron en 73.6% de las unidades hospitalarias, por tanto, las descripciones que se detallan pertenecen a este universo.

<sup>224</sup> Aunque 87.9% dispone de amoxicilina/eritromicina que pueden utilizarse para la quimioprofilaxis de chlamydia.

impartida más en las unidades del IMSS (74%) y menos en aquellas de los SESA (47.8%).

g) En cuanto a la terapia de apoyo para mujeres víctimas de violencia sexual, apenas la cuarta parte de las unidades las refiere a psicología, siendo una práctica más regular en las unidades de los SESA. En una exigua quinta parte de las unidades (19.7%) se afirmó que las derivan a trabajo social para orientación legal, valoración del riesgo y plan de seguridad, o a una unidad especializada, existiendo diferencias importantes en esta afirmación según el tipo de población atendida (14.2% de SESA/IMSS-O, frente a 28.9% de ISSSTE/IMSS).

h) En lo que toca al número de casos atendidos de violencia sexual en el servicio de urgencias durante el último mes, en la inmensa mayoría (86.9% de las de SESA/IMSS-O y 97.4% de las de ISSSTE/IMSS) negaron haber atendido algún caso. En el servicio de consulta externa los resultados son similares (83% SESA/IMSS-O y 94.4% ISSSTE/IMSS). Durante el último año, la falta de atención de casos por violencia sexual es similar para las unidades de SESA/IMSS-O en el servicio de urgencias y en consulta externa (78.5% y 72.6% respectivamente), siendo las unidades que menos atendieron violencia sexual las del IMSS (94.7%) y las que más casos recibieron las de los SESA (67%).

### ***Psicología***

Este apartado aplicó en 28% de las unidades, 61.4% de las unidades de segundo nivel no cuenta con el servicio. Acerca del protocolo de atención que se ofrece a una mujer con una violación sexual reciente (menos de 72 horas), se encontró que:

a) En poco menos de la mitad (47.9%) de las unidades se hizo mención a la valoración del estado emocional como parte del protocolo de atención, lo cual fue más consistente en SESA/IMSS-O (50.1%) que en las unidades que atienden a población asegurada (31.4%). Este tipo de valoración parece realizarse más en los SESA (69.5%) y menos en el IMSS (27.4%).

b) La contención de crisis se practica en menos de la mitad del total de unidades de segundo nivel (41.1%) y, en términos generales, no existe diferencia según tipo de población atendida (en 41.1% de SESA/IMSS-O y en 40.6% de ISSSTE/IMSS). El ISSSTE es la institución donde esta práctica es más rara (10%).

c) La orientación a la usuaria y sus familiares acerca de sus derechos se otorga en menos de la cuarta parte (23.5%) de las unidades, siendo también más comúnmente realizada en las instituciones para población no asegurada (65.8%).

d) En 24% de las unidades de segundo nivel indicaron que elaboran un informe, sin encontrarse diferencias entre las instituciones para población SP/abierta, pero sí importantes entre las de población asegurada (10.9% ISSSTE y en las unidades del IMSS no lo mencionaron).

e) Con respecto al número de casos atendidos en el servicio de psicología durante el último mes, no se habían recibido casos en la cuarta parte del total de las unidades (25.3%) y, para el año previo al monitoreo, esta falta de atención fue característica de 12.6% de las unidades.

## ***Trabajo social***

Este apartado aplicó para 74.5% de las unidades de segundo nivel, el resto de las unidades corresponde a aquéllas que ofrecen este servicio en primer nivel ya que la proporción de servicios de segundo nivel que cuenta con trabajo social es exactamente inversa respecto de los servicios de primer nivel que lo poseen (25%).

Acerca del protocolo de atención se observa que:

a) En 70.7% de las unidades afirman realizar valoración y seguimiento de los casos probables de violencia familiar o sexual, en 17.8% los refieren para ello a una unidad especializada y en 11.4% de las unidades no se hizo mención alguna a este aspecto de la atención.

b) En las unidades de segundo nivel, el número de sesiones de apoyo para las mujeres violentadas que ofrece trabajo social, con mayor frecuencia es de cuatro a cinco (considerado el óptimo), sin embargo esto ocurre apenas en la cuarta parte de los servicios. Resultan las unidades pertenecientes a los SESA quienes suelen ofrecer con más consistencia esta cantidad de sesiones, pero ello sucede solamente en la cuarta parte de sus unidades, siendo esta práctica en el ISSSTE mucho más rara (en 3.4% de sus unidades).

Respecto al número de casos atendidos en el servicio de trabajo social en el último mes, un alto porcentaje (61.9%) no había atendido ningún caso, siendo esto más acentuado en las unidades de ISSSTE/IMSS (89% de sus unidades), situándose en el extremo el ISSSTE (94.8% de sus unidades). En el último año, en más de la tercera parte de las unidades (36.2%) trabajo social no atendió caso alguno, siendo también el ISSSTE la institución con menor rendimiento en este renglón (67.6%).

## **Índice del paquete Detección y prevención de embarazos no deseados (forzados) e ITS, incluyendo VIH/SIDA por violencia sexual**

En general, el desempeño del índice de violencia sexual fue de bajo a mediano, en primer nivel el índice fue de .46 –requiere atención urgente- y el de segundo nivel de .57 –mediano- (Gráfica VII.1), mostrando una diferencia significativa\*\*\*. De acuerdo con el tipo de población, las instituciones que atienden a población SP/abierta (SESA/IMSS-O) tuvieron .47 (requiere atención urgente), y que atienden a población asegurada (IMSS/ISSSTE) de .49 (requiere atención urgente) (Gráfica VII.2).

Por instituciones, el mejor desempeño en la atención de violencia sexual lo tuvo el IMSS-O con .55 (mediano desempeño), seguido en orden decreciente por IMSS con .50 (mediano desempeño), mientras que SESA con .46 e ISSSTE con .45 requieren de atención urgente (Gráfica VII.3). El mejor desempeño se obtuvo en las unidades de segundo nivel (Cuadros VII.9). Los subíndices pueden ser consultados en el Anexo VII.1.4 y las pruebas de significancia en el Anexo VII.2.



## ***Difusión del Programa***

### **Primer nivel**

De manera general, la mayoría de las unidades médicas de primer nivel (78%) no cuenta con material impreso que promocioe *una vida libre sin violencia*, las unidades médicas que atienden población con seguridad social carecen más de este tipo de materiales (95% de las unidades de IMSS). En consecuencia, en una quinta parte de estas unidades médicas fue posible encontrar este tipo de material de difusión y en la mayoría se encontraban accesibles visualmente para la población que acude al establecimiento: las unidades de los SESA cuentan más con estos materiales (26%). 92% de estos establecimientos no cuenta con información impresa que proporcione a las usuarias líneas telefónicas de emergencia para la atención de casos de violencia familiar o sexual, las unidades de IMSS son las que menos cuentan con este tipo de material (3% disponible y satisfactorio) y la que más pertenecen a los SESA (9% disponible y satisfactorio).

### **Segundo nivel**

En cuanto a las unidades médicas de segundo nivel, 83.8% no cuenta con material impreso que promocioe *una vida libre sin violencia* y está menos disponible en las unidades que atienden a población asegurada (96.5%), resultando el IMSS el que menos (apenas 1.2% disponible y satisfactorio) y los SESA la que más (24.4% disponible y satisfactorio). Por su parte, 4.4% cuenta con este material pero no está accesible para la población que acude al establecimiento, ya sea por su localización o por deterioro del cartel. En segundo nivel, 91.2% de las unidades no cuenta con información impresa que proporcione a las usuarias líneas telefónicas de emergencia para la atención de casos de violencia familiar o sexual, que sólo está en 6.7% de los establecimientos.

## ***Índice global del Programa PAVFyG***

En cuanto al índice global del Programa, éste tiene un desempeño bajo tanto para primer nivel (.46) como para segundo nivel (.46), por lo que requieren de atención urgente (Gráfica VII.1). Existen diferencias significativas entre las instituciones\*\*\* que atienden a la población SP/abierta (.48) y las que atienden a población asegurada (.34) (Gráfica VII.2), de igual manera hay diferencias significativas entre los servicios\*\*\* que se ofrecen en los SESA respecto del IMSS e ISSSTE. Los SESA tienen un desempeño bajo (de .49) pero notablemente mejor que el resto de las instituciones: IMSS-O (0.40), IMSS (.35), e ISSSTE (.32), no obstante todas requieren de atención urgente (Gráfica VII.3). ). Los subíndices pueden ser consultados en el Anexo VII.1.4 y las pruebas de significancia en el Anexo VII.2.



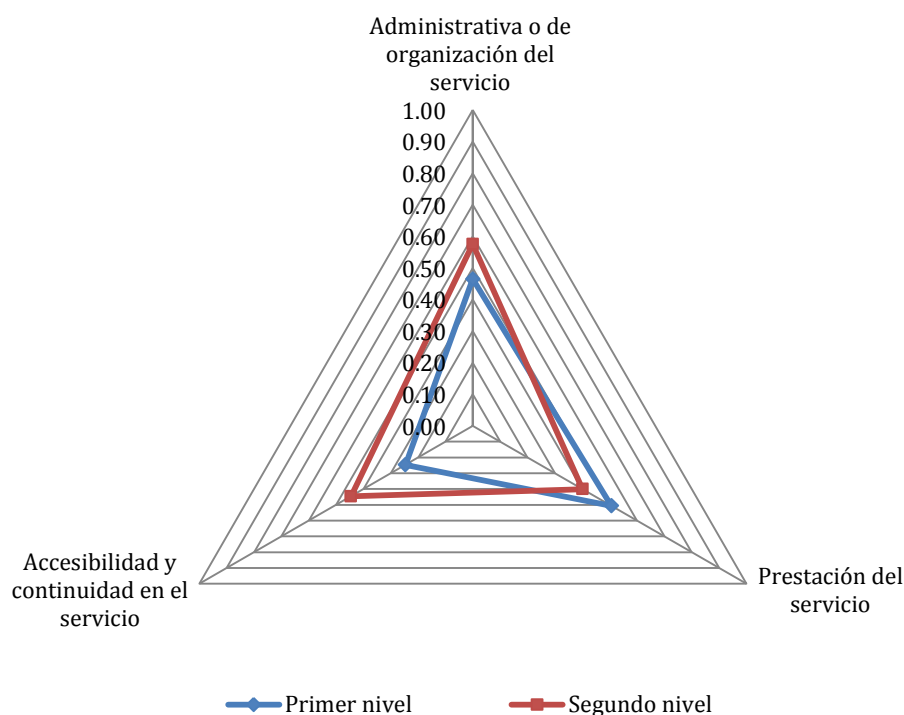
| <b>Cuadro VII.9 Índices de los paquetes de Violencia Familiar y Sexual por programa y por dimensiones de la producción del servicio</b>                                                                    |                                                     |                     |                                      |                 |                               |                   |                                                    |                     |                                      |                 |                               |                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------------|-----------------|-------------------------------|-------------------|----------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------------|-----------------|-------------------------------|-------------------|
| <b>Paquetes de intervención<br/>Violencia Familiar y de Género</b>                                                                                                                                         | <b>Primer nivel</b>                                 |                     |                                      |                 |                               |                   | <b>Segundo nivel</b>                               |                     |                                      |                 |                               |                   |
|                                                                                                                                                                                                            | <i>Estimación</i>                                   | <i>Error típico</i> | <i>Intervalo de confianza al 95%</i> |                 | <i>Tamaño de la población</i> | <i>N muestral</i> | <i>Estimación</i>                                  | <i>Error típico</i> | <i>Intervalo de confianza al 95%</i> |                 | <i>Tamaño de la población</i> | <i>N muestral</i> |
|                                                                                                                                                                                                            |                                                     |                     | <i>Inferior</i>                      | <i>Superior</i> |                               |                   |                                                    |                     | <i>Inferior</i>                      | <i>Superior</i> |                               |                   |
| Violencia familiar                                                                                                                                                                                         | .40                                                 | .04                 | .32                                  | .47             | 13752.03                      | 117               | .43                                                | .02                 | .39                                  | .48             | 1229.73                       | 81                |
| Violencia sexual                                                                                                                                                                                           | .46                                                 | .02                 | .41                                  | .51             | 13752.03                      | 117               | .57                                                | .01                 | .55                                  | .60             | 1229.73                       | 81                |
| Violencia global                                                                                                                                                                                           | .46                                                 | .02                 | .41                                  | .51             | 13752.03                      | 117               | .46                                                | .02                 | .42                                  | .49             | 1229.73                       | 81                |
| <b>Dimensiones de la producción del servicio</b>                                                                                                                                                           |                                                     |                     |                                      |                 |                               |                   |                                                    |                     |                                      |                 |                               |                   |
| Administrativa o de organización del servicio                                                                                                                                                              | .47                                                 | .02                 | .42                                  | .51             | 13752.03                      | 117               | .58                                                | .02                 | .53                                  | .62             | 1224.50                       | 80                |
| Prestación del servicio                                                                                                                                                                                    | .51                                                 | .03                 | .45                                  | .57             | 13752.03                      | 117               | .40                                                | .02                 | .36                                  | .44             | 1229.73                       | 81                |
| Accesibilidad y continuidad en el servicio                                                                                                                                                                 | .25                                                 | .04                 | .16                                  | .34             | 13752.03                      | 117               | .45                                                | .03                 | .38                                  | .51             | 1229.73                       | 81                |
|                                                                                                                                                                                                            | <b>Atiende a población SP/abierta (SESA/IMSS-O)</b> |                     |                                      |                 |                               |                   | <b>Atiende a población asegurada (IMSS/ISSSTE)</b> |                     |                                      |                 |                               |                   |
| Violencia familiar                                                                                                                                                                                         | .43                                                 | .04                 | .35                                  | .51             | 12611.07                      | 99                | .26                                                | .02                 | .21                                  | .30             | 237.69                        | 99                |
| Violencia sexual                                                                                                                                                                                           | .47                                                 | .03                 | .41                                  | .52             | 12611.07                      | 99                | .49                                                | .02                 | .44                                  | .54             | 237.69                        | 99                |
| Violencia global                                                                                                                                                                                           | .48                                                 | .03                 | .43                                  | .53             | 12611.07                      | 99                | .34                                                | .03                 | .29                                  | .40             | 237.69                        | 99                |
| <b>Dimensiones de la producción del servicio</b>                                                                                                                                                           |                                                     |                     |                                      |                 |                               |                   |                                                    |                     |                                      |                 |                               |                   |
| Administrativa o de organización del servicio                                                                                                                                                              | .48                                                 | .02                 | .43                                  | .53             | 12611.07                      | 99                | .43                                                | .02                 | .38                                  | .47             | 2365.46                       | 98                |
| Prestación del servicio                                                                                                                                                                                    | .53                                                 | .03                 | .47                                  | .60             | 12611.07                      | 99                | .32                                                | .03                 | .26                                  | .39             | 237.69                        | 99                |
| Accesibilidad y continuidad en el servicio                                                                                                                                                                 | .27                                                 | .05                 | .17                                  | .36             | 12611.07                      | 99                | .23                                                | .04                 | .15                                  | .32             | 237.69                        | 99                |
| Se señalaron con un asterisco (*) aquellos tabulados que presentan un error típico de más de .050, los resultados de estos paquetes de intervención no se incluirán en la descripción, ni en los gráficos. |                                                     |                     |                                      |                 |                               |                   |                                                    |                     |                                      |                 |                               |                   |

Continuación...

| Paquetes de intervención Violencia Familiar y de Género                                                                                                                                                    | Institución SESA        |              |                               |          |                        |            | Institución ISSSTE        |              |                               |          |                        |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------|-------------------------------|----------|------------------------|------------|---------------------------|--------------|-------------------------------|----------|------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                                                            | Estimación              | Error típico | Intervalo de confianza al 95% |          | Tamaño de la población | N muestral | Estimación                | Error típico | Intervalo de confianza al 95% |          | Tamaño de la población | N muestral |
|                                                                                                                                                                                                            |                         |              | Inferior                      | Superior |                        |            |                           |              | Inferior                      | Superior |                        |            |
| Violencia familiar                                                                                                                                                                                         | .44                     | .04          | .36                           | .53      | 11654.36               | 80         | .27                       | .04          | .20                           | .35      | 639.33                 | 40         |
| Violencia sexual                                                                                                                                                                                           | .46                     | .03          | .41                           | .52      | 11654.36               | 80         | .45                       | .04          | .38                           | .53      | 639.33                 | 40         |
| Violencia global                                                                                                                                                                                           | .49                     | .03          | .43                           | .54      | 11654.36               | 80         | .32                       | .03          | .27                           | .38      | 639.33                 | 40         |
| <b>Dimensiones de la producción del servicio</b>                                                                                                                                                           |                         |              |                               |          |                        |            |                           |              |                               |          |                        |            |
| Administrativa o de organización del servicio                                                                                                                                                              | .48                     | .03          | .43                           | .54      | 11654.36               | 80         | .38                       | .04          | .31                           | .46      | 639.33                 | 40         |
| Prestación del servicio                                                                                                                                                                                    | .54                     | .03          | .47                           | .61      | 11654.36               | 80         | .33                       | .04          | .25                           | .40      | 639.33                 | 40         |
| Accesibilidad y continuidad en el servicio                                                                                                                                                                 | .28*                    | .05          | .17                           | .38      | 11654.36               | 80         | .18                       | .04          | .09                           | .26      | 639.33                 | 40         |
|                                                                                                                                                                                                            | <b>Institución IMSS</b> |              |                               |          |                        |            | <b>Institución IMSS-O</b> |              |                               |          |                        |            |
| Violencia familiar                                                                                                                                                                                         | .25                     | .03          | .20                           | .30      | 1731.35                | 59         | .25*                      | .05          | .15                           | .36      | 956.71                 | 19         |
| Violencia sexual                                                                                                                                                                                           | .50                     | .03          | .44                           | .56      | 1731.35                | 59         | .55                       | .05          | .45                           | .64      | 956.71                 | 19         |
| Violencia global                                                                                                                                                                                           | .35                     | .03          | .29                           | .41      | 1731.35                | 59         | .40                       | .03          | .33                           | .46      | 956.71                 | 19         |
| <b>Dimensiones de la producción del servicio</b>                                                                                                                                                           |                         |              |                               |          |                        |            |                           |              |                               |          |                        |            |
| Administrativa o de organización del servicio                                                                                                                                                              | .44                     | .03          | .38                           | .50      | 1726.12                | 58         | .47                       | .05          | .38                           | .57      | 956.71                 | 19         |
| Prestación del servicio                                                                                                                                                                                    | .32                     | .04          | .25                           | .39      | 1731.35                | 59         | .40                       | .03          | .34                           | .46      | 956.71                 | 19         |
| Accesibilidad y continuidad en el servicio                                                                                                                                                                 | .26                     | .05          | .16                           | .35      | 1731.35                | 59         | .18                       | .04          | .09                           | .27      | 956.71                 | 19         |
| Se señalaron con un asterisco (*) aquellos tabulados que presentan un error típico de más de .050, los resultados de estos paquetes de intervención no se incluirán en la descripción, ni en los gráficos. |                         |              |                               |          |                        |            |                           |              |                               |          |                        |            |

## *Análisis por dimensiones de la producción del servicio*

**Gráfica VII.4 Desempeño por dimensiones de la producción de servicio, del Programa Violencia, según nivel de atención**



### ***1. Administrativa o de organización del servicio***

En el caso del Programa PAVFyG está conformada por cuatro componentes: disponibilidad de medicamentos y vacunas, disponibilidad de materiales (formatos), disponibilidad de exámenes de laboratorio y disponibilidad de infraestructura adecuada.

El índice total para el Programa respecto de la capacidad administrativa y de organización del servicio es .43: en primer nivel es de .47 (desempeño bajo) en comparación con .57 (mediano) en segundo nivel, con una diferencia estadísticamente significativa\*\*\* (Gráfica VII.4).

La baja capacidad para la producción de los servicios existe tanto en unidades médicas de población SP/abierta (.48) como asegurada (.43), con una producción similar que requiere atención urgente (Gráfica VII.5). La baja capacidad administrativa persiste entre instituciones del Sector: los índices en los SESA .48 e IMSS-O .47, son más elevados con respecto a IMSS con .44 e ISSSTE con .38 (Gráfica VII.6). ). Los subíndices pueden ser consultados en el Anexo VII.1.4 y las pruebas de significancia en el Anexo VII.2.

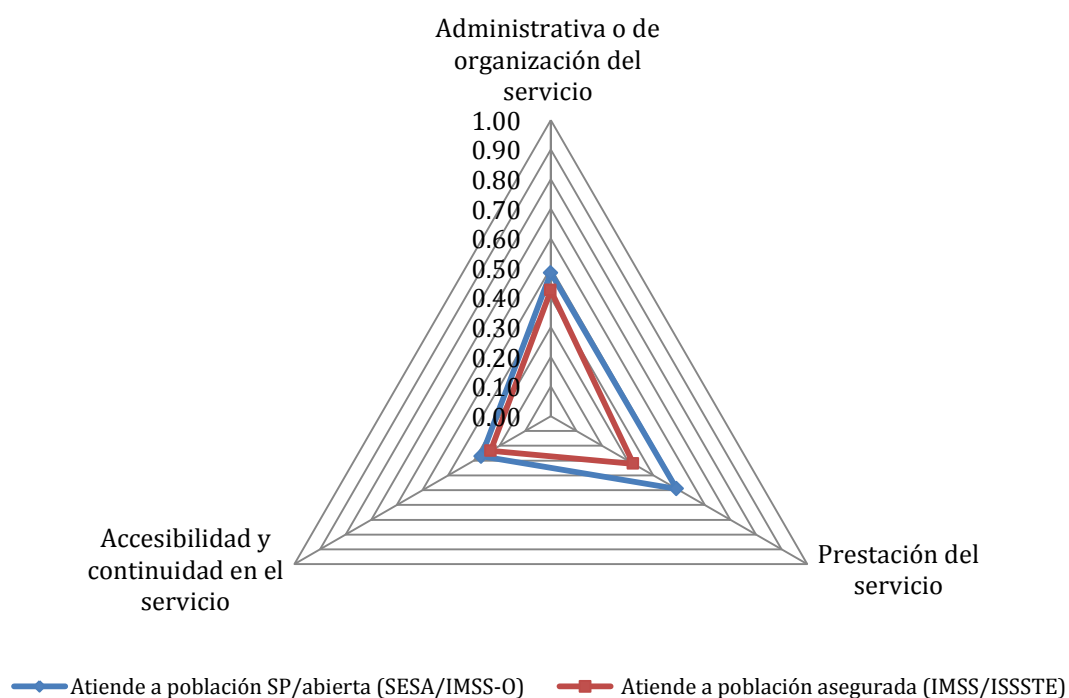
Los *ítems* que requieren de atención urgente porque los subíndice tienen un rango menor a .50 son los siguientes: para las unidades de primer nivel la disponibilidad de formatos de valoración del riesgo en mujeres diagnosticadas con violencia familiar (subíndice de .29); respecto de la disponibilidad de medicamentos en dosificaciones

específicas para la quimioprofilaxis de ITS la ceftriaxona (500 mg intramuscular) para gonorrea/sífilis obtuvo la puntuación más baja (.04), mientras que para la quimioprofilaxis de chlamydia con azitromicina (500 mg tab) fue de .07.

En el caso del segundo nivel, el menor desempeño con subíndices que requieren de atención inmediata lo obtuvieron la disponibilidad de la prueba serológica gonorrea/chlamydia (.35) y la prueba de detección de hepatitis B (anticuerpos hepatitis B) (.38). En cuanto al registro de casos, la disponibilidad del formato de registro de atención en casos de violencia familiar o sexual obtuvo una puntuación de .35. Los medicamentos utilizados para la quimioprofilaxis de VIH/SIDA zidovudina (AZT) + lamivudina (3tc) + lopinavir (saquinavir, ritonavir) obtuvieron una disponibilidad extremadamente baja (.17). También con desempeño bajo se detectó la disponibilidad de azitromicina para la quimioprofilaxis de chlamydia (.14), y de misoprostol, utilizado para el aborto médico obtuvo (.13).

Hay una diferencia significativa\*\*\* por nivel de atención, otorgándose mejor el paquete administrativo en las unidades de segundo nivel.

**Gráfica VII.5 Desempeño por dimensiones de la producción de servicio, del Programa Violencia, según tipo de población a la que se atiende**



## 2. Prestación del servicio

La segunda dimensión denominada prestación del servicio, incluye los conocimientos técnicos que se consideran idóneos y que se encuentran en las guías y normas, percepciones de calidad, capacitación, actualización y certificación, disponibilidad de guías técnicas, manuales, normas y algoritmos, y disponibilidad de recursos humanos.

El índice total para el Programa respecto de la prestación del servicio es de .51: en primer nivel es de .51 (desempeño mediano) y en segundo nivel .40, (bajo) por lo que requiere atención urgente (Gráfica VII.4).

La capacidad de baja a mediana para la producción de los servicios existe tanto en unidades médicas de población asegurada (.32, requiere de atención urgente) y población SP/abierta (.53, desempeño mediano), con una diferencia estadísticamente significativa\*\*\* (Gráfica VII.5). La capacidad en la prestación del servicio entre instituciones del Sector es de mediana a baja: el índice en los SESA fue el mayor con .54 (mediano), seguida por IMSS-O con .40, ISSSTE con .33 e IMSS con .32 (Gráfica VII.6), las tres últimas requieren de atención urgente. Hay diferencias significativas\*\*\* entre los SESA y el IMSS, ISSSTE e IMSS-O.

Los *ítems* que requieren de atención urgente porque su índice tiene un rango menor a .50 son los siguientes: en las unidades de primer nivel la disponibilidad de médicas/os generales capacitados para atender casos de violencia familiar o sexual (VF/S) en todos los turnos que labora la unidad médica (.38, requiere atención urgente), aunque la disponibilidad de personal de enfermería capacitado para atender los casos de VF/S es aún más baja (.26, requiere atención urgente).

En el caso del segundo nivel el menor desempeño de los índices que requiere de atención inmediata lo tuvieron la disponibilidad de materiales técnicos para el personal de salud que labora en consulta externa general o ginecológica como el manual operativo Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la VF/S o equivalente (.28), NOM-046 (.32) y para el personal de salud del servicio de urgencias el manual operativo Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la VF/S o equivalente (.18), la NOM-046 Prevención y atención a la violencia familiar y de género (.28). Como puede apreciarse, el servicio de urgencias es el que tuvo el desempeño más bajo en este aspecto.

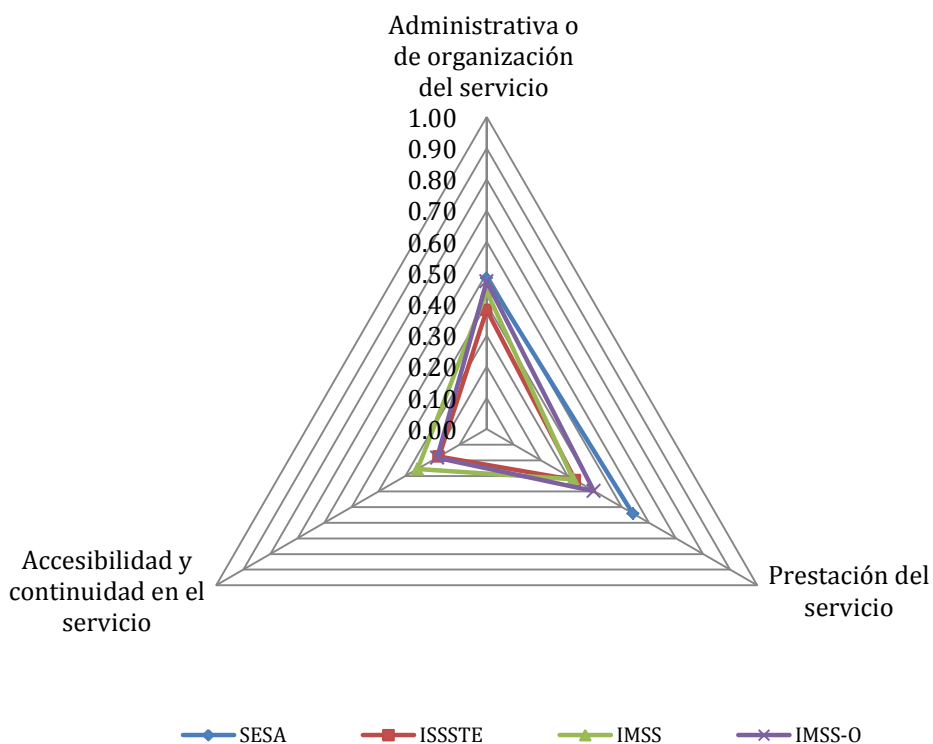
En cuanto a los conocimientos necesarios para la atención de la VF/S en las unidades de segundo nivel, se requiere atención urgente en el servicio de consulta externa general o ginecológica respecto al tamizaje de VF/S (.25) y en cuanto al protocolo de atención para casos de VF/S (.23); en el servicio de urgencias el protocolo de atención para casos de VF (.35), la cumplimentación del formato de registro de atención en casos de VF/S (.33), el conocimiento del protocolo de atención para casos inmediatos (< 72 horas) de violencia sexual (violación) que tiene el desempeño más bajo (.12); en el servicio de trabajo social el conocimiento (.32) y la disponibilidad de los formatos de valoración del riesgo (.30) y la disponibilidad de grupos de auto-ayuda de violencia familiar en las unidades de segundo nivel (.22).

Vinculada con lo anterior, la capacitación del personal de salud en un periodo menor de dos años previos al monitoreo en cuanto al tamizaje y manejo de mujeres con VF/S obtuvo (.32), según las jefaturas de enseñanza y de acuerdo con el personal de salud el índice de esta capacitación es aún más bajo (.20).

En lo que toca al apoyo y seguimiento que se ofrece en el ámbito de trabajo social, el desempeño del número de sesiones ofrecidas a mujeres en situación de violencia familiar es bajo (.38), y en cuanto al número de sesiones ofrecidas a mujeres en situación de violencia sexual aún más bajo (.35).

De acuerdo con las diferencias significativas, la prestación del servicio tiene un mejor desempeño en las unidades de primer nivel hacia población SP/abierta, por los SESA.

**Gráfica VII.6 Desempeño por dimensiones de la producción de servicio, del Programa Violencia, según tipo de institución**



### ***3. Accesibilidad y continuidad en el servicio***

La tercera dimensión es de accesibilidad y continuidad en el servicio que, además de contener los elementos ya incluidos en el paquete de accesibilidad como materiales de difusión para la población, directorios o información estratégica para acceder al servicio, contempla aspectos relacionados con la continuidad como son los conocimientos acerca de dónde enviar a las usuarias o formatos para realizar los envíos.

El índice total respecto de la accesibilidad y continuidad en el servicio requiere atención urgente (.26) de igual manera en primer nivel (.25) que en segundo nivel (.45) (Gráfica VII.4), aunque existe una diferencia estadísticamente significativa\*\*\* entre los dos.

Se requiere también de atención urgente ( $< .50$ ) en la producción de los servicios de accesibilidad y continuidad tanto en establecimientos para población SP/abierta (.27) como asegurada (.23) (Gráfica VII.5). Esta necesidad de atención urgente en la prestación del servicio persiste entre instituciones del Sector: los índices de las unidades de SESA e IMSS fueron los más altos con .28 y .26, y los del IMSS-O e ISSSTE con .18 los más bajos de todos (Gráfica VII.6). Los subíndices pueden ser consultados en el Anexo VII.1.4 y las pruebas de significancia en el Anexo VII.2.

A manera de resumen, en la dimensión administrativa hubo diferencias significativas: el mejor desempeño lo tuvieron las unidades de segundo nivel. Acerca de la dimensión prestación del servicio, hubo diferencias significativas: el mejor desempeño lo tuvieron las unidades de primer nivel que atienden a población SP/abierta que pertenecen a los SESA. En la dimensión accesibilidad y continuidad en el servicio también hubo diferencias significativas y el desempeño más alto fue en el segundo nivel (Cuadro VII.10).

**Cuadro VII.10 Paquetes de intervención que presentaron diferencias significativas según nivel de atención, tipo de población, institución, PAVFyG**

| Programa                                             | Estimación | Nivel de atención primero <i>versus</i> segundo | Tipo de población Asegurada <i>versus</i> SP/abierta | Institución                                                                |
|------------------------------------------------------|------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Violencia familiar                                   | .40        | -                                               | F=22.712***                                          | SESA-ISSSTE F=4.573**<br>SESA-IMSS F=15.007***<br>SESA-IMSS-O F=8.401***   |
| Violencia sexual                                     | .47        | F=7.539**                                       | -                                                    | -                                                                          |
| Violencia global                                     | .46        | -                                               | F=22.712***                                          | SESA-ISSSTE F=9.624***<br>SESA-IMSS F=16.643***<br>SESA-IMSS-O F=4.629**   |
| Continuidad y accesibilidad en el servicio           | .26        | F=8.338***                                      |                                                      | -                                                                          |
| Organización del servicio o dimensión administrativa | .47        | F=6.733***                                      | -                                                    | -                                                                          |
| Prestación del servicio                              | .5         | F=4.736**                                       | F=36.277***                                          | SESA-ISSSTE F=11.393***<br>SESA-IMSS F=30.985***<br>SESA-IMSS-O F=8.376*** |

Fuente: Monitoreo de servicios de salud, 2010



## Conclusiones y recomendaciones

Se ha reconocido que:

Dada su particular ubicación, los prestadores de salud son actores clave en el proceso de prevención, detección, atención y seguimiento de los problemas originados en la violencia intrafamiliar. Empero, este sector no ha respondido de manera efectiva (Herrera, *et al.*, 2006:S260).

Herrera, *et al.* señalan que en Estados Unidos se ha indagado acerca del por qué de esta situación y que una investigación entre médicos de primer nivel reveló como barreras para una adecuada atención de la violencia en ese ámbito “la identificación cercana con las pacientes, el miedo a ofender, la falta de entrenamiento y la falta de tiempo”. Por otro lado, señalan también que otras aportaciones académicas apuntan a que el personal de salud pertenece a la misma sociedad, a la misma cultura y puede que no se juzgue negativamente el contexto en el que se da la violencia familiar, llegando a responsabilizar a las propias mujeres del maltrato. La dificultad de percepción podría estar estrechamente vinculada con “aspectos culturales y sociales derivados del sistema de sexo-género dominante y de las representaciones sociales a él vinculadas,” por tanto, pueden no sólo compartir los mismos valores culturales, como se señalaba, sino también los mismos niveles de violencia de aquellas mujeres a las que deben tratar y dar apoyo (Herrera, *et al.*, 2006:S260).

### ***1. Detección oportuna y atención de mujeres unidas de 15 años o más en situación de violencia familiar***

#### **Detección de mujeres en situación de violencia familiar o sexual**

En general el índice de VF fue bajo, pero donde existen diferencias significativas a las que se debe prestar atención para mejorar los servicios de atención son: las unidades de segundo nivel, las instituciones que atienden a población asegurada.

Es necesario vigilar que en las unidades médicas de primer nivel y segundo nivel de las cuatro instituciones el personal médico y paramédico pregunten intencionadamente en la población objetivo (mujeres unidas de 15 años o más) si se encuentran en situación de violencia, ya que en alrededor de 50% de las de primer nivel y en 74% de las unidades de segundo nivel no se está haciendo.

La detección no debe ser vista sólo como un trámite sino que se trata de reconocer la VF/S como un problema de salud pública y, por tanto, susceptible de ser diagnosticada y atendida desde el ámbito de los servicios de salud. La sensibilización del personal de salud y el proceso de resignificación de la propia experiencia pueden facilitar esta tarea.

#### **Atención**

Se requiere brindar más información al personal médico sobre el protocolo de atención para casos de VF/S, sobre todo en lo que toca a valoración del riesgo de la usuaria y el aviso al ministerio público de estos casos, tanto en las unidades de primer nivel como en las unidades de segundo nivel.

La implementación de los protocolos de atención en las unidades médicas requiere de una estrategia de capacitación escalonada e integral que abarque tanto a directivos/as, como al personal de salud, porque prevalece un desconocimiento de los protocolos de atención explícitos en la NOM, así como del Manual de Operación del Modelo Integrado.

En los servicios de consulta externa prácticamente no se realiza exploración física, es necesario señalar que es parte del protocolo el manual operativo del CNEGySR *Modelo Integrado* incluso se recomienda la utilización de un traumatograma. Podrían difundirse los flujogramas con los protocolos de atención contenidos en dicho manual operativo en los servicios de consulta externa (general o ginecológica) y urgencias.

Otro aspecto fundamental en tanto se incrementa el número de equipos especializados en las unidades de segundo nivel compuestos por personal médico, de enfermería, psicología y de trabajo social capacitados (los últimos dos contratados exclusivamente para el Programa) es que, mientras ese proceso avanza, se capacite universalmente al personal tanto en la NOM-046 como en el PAE-PAVFyG. Mientras el personal médico, que es el que usualmente tiene el contacto con las usuarias en situación de violencia, no asimile que la atención de los casos de VF/S pertenece al campo de la salud, que tiene que cumplir con actividades obligatorias desde su disciplina y que es necesaria su articulación con otras disciplinas dentro de las instituciones de salud, los casos seguirán siendo remitidos a instancias judiciales.

También es necesario generar una estrategia integral para la implementación de los servicios de atención que contemple desde la capacitación del personal (que no pueda ser removido con facilidad y dejar descubiertos los servicios), como el proveer de los formatos, documentos de consulta, medicamentos, la referencia y contrarreferencia al interior de la red de servicios de salud y a otras instancias como los refugios, etcétera, de manera que se garantice la atención y que toda esta integración y articulación de la red sea monitoreada.

Es importante señalar que tanto el IMSS como el ISSSTE muestran grandes deficiencias en la detección y atención de los casos de VF/S; no hay protocolos específicos dentro de las instituciones que sirvan de guía a su personal de salud, pero tampoco ningún intento por acercar los materiales técnicos producidos por la SSA (PAE-PAVFyG, Modelo Integrado, Atención médica a personas violadas), incluyendo la NOM-046. Es necesario que tanto el IMSS como el ISSSTE implementen el Modelo Integrado de Prevención y Atención a la Violencia Familiar y Sexual para estar alineados con la NOM 046 así como con el programa de acción específico.

## **Registro**

Es necesario reforzar el registro de los casos de VF/S en las cuatro instituciones, con principal atención al IMSS e ISSSTE ya que la mitad de sus unidades no lo hacen. Ello también ocurre en la tercera parte del primer nivel de los SESA. Esto necesariamente implica sensibilización del personal de salud y conocimiento técnico; se debe garantizar el abasto, en las unidades médicas, de la papelería necesaria para registrar los casos de violencia y capacitar para su correcto llenado; incorporar a la agenda de salud estatal el compromiso y vigilancia de los directores de las unidades médicas, jurisdicciones, delegaciones y encargados estatales acerca del subregistro.

Es imperativo el compromiso de distintos niveles dentro de las instituciones para garantizar el abasto de la papelería requerida. Éste es un problema que no únicamente atañe al Programa de PAVFyG; en varias unidades médicas, el personal de salud aquejó la falta de formatos, que en algunos casos tenía que ser resuelto por ellos mismos.

## **Continuidad**

De las unidades de primer nivel de los SESA apenas en la mitad se tiene conocimiento de la existencia de los refugios y de la forma de contactar con ellos. Es necesario que en aquellas entidades federativas que cuentan con refugios se difundan de manera adecuada entre el personal de salud,<sup>225</sup> más grave aún es el desconocimiento al respecto en una proporción mayor de las unidades de segundo nivel, a donde es más probable que acudan las mujeres más severamente violentadas y, por lo tanto, con mayor riesgo para sus vidas y las de sus hijos.

El contar con 23 refugios a nivel nacional revela un aspecto de la red de atención de este Programa en el que se necesita trabajar arduamente.

## **Trabajo social**

Por principio, éste es un servicio que no se encuentra en la mayoría de las unidades de primer nivel,<sup>226</sup> pero lo más grave es que en prácticamente la mitad de las unidades en que sí existe no están familiarizadas con el protocolo de atención que les corresponde, como el acompañamiento a través de un número mínimo de encuentros (cinco). Todas las unidades de primer nivel y segundo nivel deberían contar con personal de trabajo social capacitado en la atención de la VF/S, pues es una figura fundamental para la referencia, seguimiento y contrarreferencia.<sup>227</sup>

Se requiere la implementación obligatoria de un directorio de centros/servicios especializados de atención y apoyo para estos casos pues es alarmante que poco más de la mitad de las unidades de primer nivel de SESA/IMSS-O no cuente con ello.

Dentro de las capacitaciones al personal de salud (principalmente médico) hay que insistir en que la atención de los casos de VF/S requiere del acompañamiento del servicio de trabajo social, llama la atención por ejemplo, que 50% de las unidades de primer nivel de SESA/IMSS-O se afirmó atender un caso de VF al año, lo que puede ser porque, desde la consulta médica, el personal no está detectando casos o bien porque esos casos, si fueron detectados en la consulta médica, no se refieren en una proporción elevada al servicio de trabajo social en las unidades que cuentan con ello.

---

<sup>225</sup> El calificativo “adecuado” se refiere a la discreción con la que esta información debe ser manejada, ya que el domicilio del refugio no debe ser del conocimiento público porque la vida de quienes ingresan a él corre peligro. Generalmente sólo se utiliza un teléfono de contacto y es el personal del refugio el que se coordina con quien hace la referencia.

<sup>226</sup> El instrumento dirigido a este servicio no se aplicó en 75% de las unidades de primer nivel ya que usualmente no cuentan con este servicio en las cuatro instituciones.

<sup>227</sup> Más de la mitad de las unidades hospitalarias que cuenta con servicio de trabajo social no ofrecen ninguna sesión de apoyo a las usuarias víctimas de VF/S. Debe promoverse el funcionamiento adecuado en la valoración y seguimiento de las usuarias. Si seis de cada 10 unidades no les ofrecen apoyo, el soporte y seguimiento que este servicio está obligado a realizar resulta sumamente deficiente.

La detección de casos implica contar con una red de servicios que garantice la atención tanto en la red de servicios de salud como en otras instituciones de procuración de justicia, asistencia social, refugios, etcétera; se debe garantizar la capacidad de respuesta de éstas hacia las mujeres.

### **Disponibilidad de personal capacitado para la atención de casos de violencia familiar o sexual**

Se destaca la necesidad de implementar una estrategia efectiva que llegue al mayor número de personal de salud posible, para sensibilizarlo y capacitarlo en la atención de la VF/S. Encontramos en las entrevistas con el personal de salud, que la capacitación en cascada no resulta efectiva porque generalmente envían a una misma persona, que la más de las veces ocupa un puesto alto dentro de la unidad médica y no replica la capacitación recibida. Por otra parte, sería necesaria una estrategia que coordine a las unidades que cuentan con departamento de enseñanza médica para la implementación de cursos de capacitación con los mismos contenidos, de tal forma que la capacitación dentro de las instituciones sea lo más homogénea posible, así como los contenidos de los protocolos de atención por tipo de unidad (primer nivel y segundo nivel). También revisar la disponibilidad de insumos tanto de fármacos, métodos diagnósticos y papelería, que garantice que se lleven a cabo las actividades de acuerdo con el tipo de unidad médica según el programa de acción específico y la NOM-046.

La estrategia de capacitación promovida por el CNEGySR debe replantearse y ajustarse al contexto local de la entidad: su infraestructura, personal, capacidad de respuesta e insumos, entre otros. Asimismo, se debe realizar una jornada de sensibilización previa al personal para seleccionar los perfiles de quienes recibirán la capacitación y que deben contar con todas las facilidades para replicarla; adecuar los materiales didácticos y de consulta para hacerlas accesibles al personal; además se requiere de un alto nivel de acompañamiento para garantizar la réplica y su puesta en práctica en los servicios de salud.

Existe muy poco personal de psicología y menos aún capacitado en la atención de la VF/S. No hay claridad ni en el PAE-PAVFyG ni en la NOM-046 sobre la forma en que se conformarán los equipos especializados, de dónde se obtendrán los recursos y cómo se implementarán.

Las dos fuentes de financiamiento del programa PAVFyG son: por una parte los recursos etiquetados que recibe la entidad a través del CNEGySR y, por otro lado, el Seguro Popular tanto para la contratación de personal como para la adquisición de insumos.

## ***2. Detección y prevención de embarazos no deseados (forzados) e ITS incluyendo VIH/SIDA, por violencia sexual***

En general, el desempeño del índice de VS fue de bajo a mediano, sin embargo se debe mejorar la atención en las unidades de primer nivel pues hubo una diferencia significativa con respecto de las de segundo nivel. Todas las instituciones tienen también un desempeño mediano a bajo pero particularmente el ISSSTE tiene el índice más bajo.

La capacitación del personal de salud debe hacer énfasis en el otorgamiento de la AE hasta 120 horas posteriores al coito o bien su referencia al segundo nivel de atención

(a una unidad especializada) pues la proporción de unidades médicas de primer nivel que no la enunciaron es muy alta: siete de cada 10 de los SESA y nueve de cada 10 del ISSSTE e IMSS no la mencionaron como parte del protocolo de atención; en las unidades de segundo nivel también es baja: en ocho de cada 10 no la mencionaron. Esta medida impacta no sólo en los casos de VS, atañe también al Programa de Planificación Familiar pues la prevención de embarazos no deseados es un derecho de las mujeres. La capacitación debe acompañarse del mismo modo que se ha mencionado para el otro paquete de intervenciones, de disponibilidad por parte del personal de salud de flujogramas, manual operativo y del recurso, aunque según los hallazgos de este monitoreo en las unidades de segundo nivel la disponibilidad del insumo para la Anticoncepción de Emergencia es alta (70%), en cuyo caso debe apuntarse más a la utilización del mismo. Este servicio requiere de capacitación y acompañamiento o asesoría permanente aún más selectiva para que quienes provean estos servicios no sean objetores de conciencia. Así es que se debe capacitar al personal que cumple con un perfil que garantice la atención de acuerdo con el protocolo establecido en el Modelo Integrado, sin que genere conflicto entre el personal. En esta capacitación es fundamental incorporar en la carta descriptiva el conocimiento del marco legal local y de la NOM 046.

Como hemos visto, la atención de casos de violación sexual reciente generalmente es muy bajo en todas las instituciones y particularmente en las unidades de primer nivel. Se deben implementar campañas de concientización a través de los medios de comunicación masiva para que la población -sobre todo mujeres en edad reproductiva-, conozca y se apropie del conocimiento en dos sentidos: que el inicio de la atención está en las unidades de primer nivel, que aunque su actuación es un tanto limitada ante la gravedad de la situación, sí hay actividades que debe realizar, como el otorgar la AE y la quimioprofilaxis para ITS, pues son recursos que se encuentran en dichos establecimientos<sup>228</sup> (a excepción de la quimioprofilaxis para VIH); y que la continuidad o el inicio de la atención también la pueden encontrar en las unidades de segundo nivel: se requiere y se tiene el derecho a recibir apoyo psicológico y de trabajo social, siendo este último servicio pieza clave para la articulación con otros servicios. En otro sentido, que la atención de la VS sí concierne al sistema de salud, que debe recibirse atención en las unidades médicas y que éstas deben tener un papel activo en la procuración de atención por otras instancias y no jugar simplemente el papel de intermediario para enviarlas -sin acompañamiento- hacia el ministerio público.

La implementación del monitoreo en las instituciones es una práctica que favorecería no sólo estar al tanto de la capacitación del personal, sino también la disponibilidad de exámenes de laboratorio para la detección de ITS. Llama la atención que en la mitad de las unidades con laboratorio no es posible realizar la prueba ELISA. La disponibilidad debe retroalimentarse también con la capacitación del personal médico, si éste utilizara el recurso contribuiría a evidenciar su disponibilidad limitada.

Una modificación importante que tuvo la NOM-190 para quedar como NOM-046 fue que la interrupción de embarazos no deseados puede ser evitada por el personal de

---

<sup>228</sup> Se ha podido constatar la presencia de la mayoría de los insumos para quimioprofilaxis para ITS, que entre 50 y 60% de las unidades SESA/IMSS-O de primer nivel cuentan con la AE y que en las unidades de primer nivel de ISSSTE/IMSS la disponibilidad alcanza 75%. Para información más detallada consulte el apartado del segundo paquete de intervenciones.

salud al declararse objetor de conciencia. Esto llega a ser una limitante de peso cuando el personal de salud considera que la AE es una forma de aborto. Habrá que revisar el por qué hay tan poca disponibilidad del insumo (misoprostol) para realizar abortos médicos, y si recae en una explicación de los ámbitos científico, económico o moral.

Una gran ausencia en el PAE-PAVFyG es la forma de medir el impacto de las capacitaciones en el personal de salud. Existe preocupación por el número de capacitaciones pero no por la implementación práctica de ese conocimiento. El diseño de cuestionarios cerrados, entrevistas abiertas de aspectos seleccionados aplicados al personal de salud, como se ha realizado en este monitoreo, permitirían vigilar dicho proceso. Los procesos de capacitación por sí mismos no garantizan que se provean los servicios de atención a la violencia, se requiere de la voluntad política desde el/la secretario/a de salud, mandos medios, sindicatos, así como del personal de salud. Es necesario atender la recomendación que se hace en el Manual de estrategia y de planeación del Modelo Integrado, en el sentido de que las y los responsables de estos programas en los servicios de salud estatales tengan un alto nivel de gerencia (estén colocados de manera cercana al /la secretario/a de salud) y desarrollen un verdadero liderazgo, lo cual implica una capacitación y actualización constantes que les permitan desempeñar un alto nivel de gestión para la operación del Programa.

Aunado a lo anterior y de acuerdo con los resultados, en la dimensión administrativa<sup>229</sup> debe mejorarse el desempeño en las unidades de primer nivel. Acerca de la dimensión prestación del servicio, el desempeño de las unidades de segundo nivel debe mejorarse, sobre todo de aquéllas que atienden a población asegurada (IMSS/ISSSTE) en todo el país. En la dimensión accesibilidad y continuidad en el servicio, debe mejorarse el desempeño de las unidades de primer nivel de todas las instituciones Cuadro VII.9)

En cuanto a los resultados globales el desempeño es bajo, pero debe prestarse atención urgente a las unidades que atienden a población asegurada (IMSS/ISSSTE).

---

<sup>229</sup> Los componentes de cada dimensión se encuentran detallados en el apartado de Análisis por dimensiones de la producción del servicio.



## Bibliografía

<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2005/violencia05.pdf> (consulta: 25 de enero de 2011).

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2004, *Atención Médica a Personas Violadas*, México, D.F., pp. 45  
<http://www.generoysaludreproductiva.gob.mx/IMG/pdf/guiaperv.pdf> (consulta: 26 de mayo de 2010).

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2006, *Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual*, segunda edición, México, D.F., pp. 183  
[http://www.generoysaludreproductiva.gob.mx/prevencion.php?id\\_rubrique=82](http://www.generoysaludreproductiva.gob.mx/prevencion.php?id_rubrique=82) (consulta: 13 de junio de 2010), ya no disponible, ahora se encuentra una versión más actualizada de 2009.

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2009, *Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual*, segunda edición, México, pp. 206:  
[http://www.generoysaludreproductiva.salud.gob.mx/descargables/programas/violencia/MODELO\\_INTEGRADO\\_2009\\_xwebx.pdf](http://www.generoysaludreproductiva.salud.gob.mx/descargables/programas/violencia/MODELO_INTEGRADO_2009_xwebx.pdf)

Diario Oficial de la Federación, Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SESA1-1999, 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, pp. 42-56:  
<http://salud.edomexico.gob.mx/html/Medica/VIOLENCIA%20FAMILIAR,%20SEXUAL%20Y%20CONTRA%20LAS%20MUJERES.%20CRITERIOS%20DE%20PREVENCION%20Y%20ATENCION.NOM-046-SSA2-2005.pdf> (consulta: 11 de mayo de 2010).

Ellsberg, M. and Heise, L., 2005, *Researching Violence Against Women: A Practical Guide for Researchers and Activists*, World Health Organization, Washington DC, United States, pp. 257:  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241546476\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241546476_eng.pdf) (consulta: 8 de febrero de 2011).

Freyermuth, Graciela, 2008, “Realidad y disimulo: complicidad e indiferencia social en Chiapas frente a la muerte femenina”, en Mercedes Olivera (coord.), *Violencia feminicida en Chiapas. Razones visibles y ocultas de nuestras luchas, resistencia y rebeldías*, Col. Selva Negra, México, UNICACH, pp. 129-201

García-Moreno, Claudia, *et al.*, 2011, “Violence against women: an urgent public health priority”, *WHO Bulletin*, Volume 89, Number 1, January 2011, pp. 2:  
[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/bulletin\\_88\\_12/en/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/bulletin_88_12/en/index.html) (consulta: 15 de febrero de 2011).

González-Montes, S., *et al.*, 2008, “La violencia conyugal en la población derechohabiente del IMSS”, en Susana Lerner e Ivonne Sazs (coord.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, El Colegio de México, Centro de Estudios Urbanos, Demográficos y Ambientales, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, México, pp. 333-379

Hijar-Medina, Martha, *et al.*, 1997, “La violencia y sus repercusiones en la salud; reflexiones teóricas y magnitud del problema en México”, *Salud Pública de México*, año/vol.



39, núm. 006, pp. 1-8: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/106/10639610.pdf> (consulta: 15 de enero de 2011).

Hijar-Medina, Martha, *et al.*, 2003, “Atención médica de lesiones intencionales provocadas por la violencia familiar”, *Salud Pública de México*, vol. 45, núm. 004, pp. 252-258: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v45n4/a03v45n4.pdf> (consulta: 15 de enero de 2011).

IMSS, 2008, *Norma que establece las disposiciones para la aplicación de los programas integrados de salud PREVENIMSS, en el Instituto Mexicano del Seguro Social*, Clave 2000-001-019, pp.20: <http://www.imss.gob.mx/instituto/normatividad/normas/dpm.htm> (consulta: 10 de septiembre de 2009).

IMSS, 2008, “Modelo de atención desarrollado por el IMSS, benéfico para tratar casos de violencia contra la mujer”, Coordinación de comunicación social, No. 460, 25 de noviembre: <http://www.orizabaenred.com.mx/cgibin/web?p=orizabaenred&b=IMPRENTA&%7Bnum%7D=67258> (consulta: 17 de mayo de 2010).

Ipas México, A.C., 2009, “NOM-046 Publicación de la NOM 046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención”, Boletín abril de 2009, pp.2: [http://www.ipas.org/Publications/asset\\_upload\\_file568\\_4427.pdf](http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file568_4427.pdf) (consulta: 11 de mayo de 2010).

Secretaría General, 2009, Grupos en situación de vulnerabilidad, ISSSTE, México: <http://www.issste.gob.mx/www/secretaria/atencion/documents/gruposvulnerables.pdf> (consulta: 17 de mayo de 2010).

Méndez-Hernández, P., *et al.*, 2003, “Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México”, *Salud Pública de México*, Vol. 45, No. 6, pp. 472-482: <http://scielo.unam.mx/pdf/spm/v45n6/18741.pdf> (consulta: 15 de enero de 2011).

Ramos-Lira, Luciana, *et al.*, 2001, “Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud”, *Salud Pública de México*, Vol. 43, No.3, mayo-junio, pp.182-191: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v43n3/a02v43n3.pdf> (consulta: 15 de enero de 2011).

Secretaría de Salud, 2008, *Programa de Acción Específico 2007-2012 Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género*, México. <http://www.spps.gob.mx/programas-y-proyectos.html> (consulta: 12 de abril de 2010).

Secretaría de Salud, 2008, *Programa Sectorial de Salud 2007-2012 Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*, México, D.F.: [http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/plan\\_sectorial\\_salud.pdf](http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/plan_sectorial_salud.pdf) (consulta: 4 de septiembre de 2009).

Olaiz, Gustavo, *et al.*, 2003, *Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003 (ENVIM)*, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México, pp.122: [www.mujerysalud.gob.mx/mys/doc\\_pdf/encuesta.pdf](http://www.mujerysalud.gob.mx/mys/doc_pdf/encuesta.pdf) (consulta: 16 de mayo de 2010).

Olaiz, Gustavo, *et al.*, 2009, *Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2006 (ENVIM 2006)*, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México, pp.140: [http://www.generoyreproductiva.salud.gob.mx/descargables/biblioteca/viol/ENVIM\\_2006.pdf](http://www.generoyreproductiva.salud.gob.mx/descargables/biblioteca/viol/ENVIM_2006.pdf) (consulta: 2 de febrero de 2011).

Castro, Roberto, *et al.*, 2006, “Capítulo V. Violencia de pareja contra mujeres en México: en busca de datos consistentes” en Lozano, Rafael, *et al.*, *Informe nacional sobre violencia y salud*, Secretaría de salud, México, D.F. pp.63-72:  
[http://www.generoysaludreproductiva.salud.gob.mx/contenido/interiores/biblioteca/bv\\_av/bv\\_av\\_libros.html?pag=1](http://www.generoysaludreproductiva.salud.gob.mx/contenido/interiores/biblioteca/bv_av/bv_av_libros.html?pag=1) (consulta: 10 de febrero de 2011).

Valdez, Rosario (coord.), 2008, *Encuesta de salud y derechos de las mujeres indígenas (ENSADEMI)*, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México:  
<http://www.insp.mx/produccion-editorial/69-publicaciones-anteriores/657-encuesta-de-salud-y-derechos-de-las-mujeres-indigenas-ensademi-2008.html> (consulta: 26 de mayo de 2010).

#### Anexo VII.a

1. Promover la detección temprana de la violencia familiar y de género en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, como un problema de salud que genera gran carga de enfermedad entre las mujeres de 15 años y más.

##### *Líneas y estrategias de acción*

1.1. Aplicar en todas las unidades de atención a la salud del Sistema Nacional de Salud procedimientos de detección rutinaria de casos de violencia familiar y de género, evaluación de riesgo y referencia a las mujeres de 15 años o más.

1.2. Capacitar al personal de salud y directivo sobre los procedimientos de detección sistemática y suficiente de la violencia familiar y de género.

1.3. Difundir entre las mujeres de 15 años o más las formas que adopta más frecuentemente la violencia familiar y de género y sus posibles consecuencias a corto, mediano y largo plazos en la salud de las receptoras.

2. Garantizar a las mujeres el acceso oportuno a servicios de atención médica y psicológica especializada de las consecuencias de la violencia familiar o de género.

##### *Líneas y estrategias de acción*

2.1. Ampliar la disponibilidad y cobertura de servicios de atención médica y psicológica especializada a la violencia familiar y de género en las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

2.2. Garantizar que la atención médica y psicológica a las víctimas de violencia familiar y de género se cumpla con criterios de calidad técnica e interpersonal, perspectiva de género, confidencialidad y respeto a los derechos humanos.

2.3. Garantizar la sustentabilidad financiera de los servicios de atención a la violencia de género.

2.4. Promover la demanda oportuna de atención de las mujeres que viven en violencia familiar y de género en las unidades de atención a la salud del Sistema Nacional de Salud.

2.5. Evaluar la efectividad de los servicios de atención a la violencia familiar y de género que prestan las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

En este paquete de intervenciones se consideró la garantía de continuidad en el servicio, en el caso de las mujeres diagnosticadas con violencia extrema, que se sustenta en el tercer objetivo específico (SSA, 2008:33).

3. Contribuir a que las mujeres, así como sus hijos e hijas que viven en violencia extrema, cuenten con espacios seguros que les brinden protección, atención médica, psicológica y orientación legal.

#### *Líneas y estrategias de acción*

3.3. Facilitar a las mujeres que viven en violencia extrema el acceso a los servicios de refugio, en caso de que los requieran y deseen hacer uso de ellos.

- En casos de mujeres que viven en violencia extrema y no cuentan con redes familiares o sociales de apoyo, debe ofrecerse a la usuaria la posibilidad de referirla a un refugio, con sus hijos e hijas, donde reciban protección, atención psicológica, médica y apoyo legal (SSA, 2008:43).

## Capítulo VIII

### Programas de Acción Específicos dirigidos a la atención de la salud de las mujeres

Graciela Freyermuth Enciso<sup>230</sup>

#### Introducción

En este capítulo se describe y analiza el comportamiento de cada uno de los programas estudiados en su conjunto, a través de tres perspectivas:

1) por paquetes de intervención en cada uno de los programas, que miden el desempeño específico de aspectos sustantivos de cada uno de ellos:

Atención materna y del recién nacido:

APV Accesibilidad para la población, APV Atención prenatal, APV Influenza, APV Sífilis e ITS, APV VIH-SIDA, APV Atención del recién nacido, APV Atención del parto y APV Atención de la urgencia obstétrica.

Cáncer cervicouterino (CaCu):

CaCu Prevención, CaCu Diagnóstico, CaCu Diagnóstico para tratamiento oportuno, CaCu Referencia y contrarreferencia.

Cáncer de mama (CaMa):

CaMa Detección, CaMa Diagnóstico, CaMa Prevención, CaMa Tratamiento.

Planificación Familiar (PF):

PF Promoción, PF Consejería, PF Disponibilidad, PF APEO.

Salud sexual y reproductiva en adolescentes (SSRA):

SSRA Accesibilidad, SSRA Capacitación y SSRA Consejería.

Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género (PAVFyG):

PAVFyG Violencia familiar, PAVFyG Violencia sexual.

2) las dimensiones de la producción del servicio que evalúan distintos elementos de la calidad del programa en su conjunto:

Administrativa o de organización del servicio:

1. Disponibilidad de medicamentos y vacunas.
2. Disponibilidad de formatos y cartillas.
3. Disponibilidad de estudios de diagnóstico y exámenes de laboratorio.
4. Disponibilidad de mobiliario.
5. Disponibilidad de infraestructura adecuada.
6. Disponibilidad de instrumental, equipo e insumos.

Prestación del servicio:

---

<sup>230</sup>Investigadora titular de CIESAS-Sureste. Este capítulo se integró a partir de los principales resultados de los Capítulos II al VII.

7. Conocimientos técnicos a través de guías y normas.
8. Percepciones de calidad del servicio por proveedores.
9. Capacitación, actualización y certificación.
10. Disponibilidad de guías técnicas, manuales, normas y algoritmos.
11. Recursos humanos.

Accesibilidad y continuidad en el servicio:

12. Materiales de difusión para la población.
13. Continuidad en el servicio y accesibilidad.

y 3) el desempeño por tipo de intervención que incluye las 13 intervenciones (disponibilidad de medicamentos y vacunas; disponibilidad de formatos y cartillas...) mostradas en el punto dos para los seis programas estudiados y que prestan servicios de atención a la salud de las mujeres.

Este capítulo tiene como objetivo dar al lector un panorama general del desempeño de los programas pero considerando a todo el conjunto. Para la profundización de la metodología que se siguió en el presente monitoreo es necesario consultar el Capítulo I, en el que se hace un desarrollo pormenorizado al respecto. Para identificar aspectos específicos de los criterios para la elaboración de cada uno de los paquetes y aspectos específicos de su desempeño, se requiere consultar los capítulos de cada uno de los programas analizados.

**Cuadro VIII.1 Paquetes de intervención que presentaron diferencias significativas según índices nivel de atención, tipo de población, e institución**

| Programa                                    | Estimación | Nivel de atención<br>Primero <i>versus</i> segundo | Tipo de población<br>(SP/abierta <i>versus</i> asegurada) | Institución                                                                                           |
|---------------------------------------------|------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Violencia Familiar y Sexual                 | .46        | -                                                  | F=22.712***                                               | SESA-ISSSTE F=9.624***<br>SESA-IMSS F=16.643***<br>SESA-IMSS-O F=4.629**                              |
| Arranque Parejo en la Vida                  | .56        | F=14.769***                                        | F=3.458*                                                  | SESA-IMSS F=4.622**<br>IMSS-IMSS-O F=4.300**                                                          |
| Cáncer de Mama                              | .60        | -                                                  | -                                                         | -                                                                                                     |
| Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes | .61        | -                                                  | -                                                         | -                                                                                                     |
| Planificación Familiar                      | .62        | -                                                  | -                                                         | SESA-ISSSTE F=5.654**<br>IMSS-ISSSTE F=6.792**<br>ISSSTE-IMSS-O F=10.935***                           |
| Cáncer Cervicouterino                       | .68        | -                                                  | -                                                         | SESA-IMSS F=8.144***<br>SESA-IMSS-O F=6.159**<br>ISSSTE-IMSS F=10.513***<br>ISSSTE-IMSS-O F=15.331*** |

Fuente: Monitoreo de servicios de salud, 2010.

Los programas han sido ordenados para su descripción y análisis del más bajo desempeño (número uno) al más alto (número seis) (Cuadro VIII.1). Se inicia con el Programa de Acción Específico Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de

Género (PAVFyG), posteriormente con el de Arranque Parejo en la Vida (APV), Cáncer de Mama (CaMa), Planificación Familiar (PF), Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (SSRA) y Cáncer Cervicouterino (CaCu). El programa en la posición seis es el que tiene el mejor desempeño y en la uno el más bajo.<sup>231</sup>

En relación con el desempeño general de los programas, el índice global de la mayoría fue catalogado como de mediano desempeño, es decir, que se encuentran entre el rango de calificación que va de .50 a .69, (Gráfica VIII.1). Respecto de los paquetes de intervención -que fueron 25- la mejor posición sería la 25 y la más baja la uno, ocho presentaron un índice menor a .50 catalogado como que requiere de atención urgente y son los de prevención de CaCu, promoción de PF, violencia familiar de PAVFyG, urgencia obstétrica de APV, Sifilis e ITS de APV, violencia sexual de PAVFyG, accesibilidad de SSRA, y accesibilidad de APV. Doce paquetes de intervención, de los 25, presentaron un desempeño mediano cuatro de APV (detección y tratamiento de influenza, VIH-SIDA en mujeres embarazadas; atención al recién nacido, y atención prenatal. Tres de CaMa: tratamiento, detección, y prevención), dos de PF (APEO y disponibilidad. Dos de CaCu: diagnóstico en primer nivel y diagnóstico para tratamiento oportuno), y uno de SSRA (consejería). Con desempeño adecuado (.70 a .84) resultaron tres paquetes: atención del parto APV, consejería de PF y referencia y contrarreferencia de CaCu. Dos paquetes que no cumplieron con los requisitos de precisión establecidos por este monitoreo, ya que el error típico en la estimación del índice global fue mayor a 0.50 (CaMa Diagnóstico y SSRA Capacitación (Cuadro VIII.2 y Gráfica VIII.2).

Se analizaron los programas en relación con tres dimensiones de la producción del servicio teniendo, por tanto, para el total de los programas 18 dimensiones, siendo la posición 18 la de mejor desempeño. El programa PAVFyG presentó en dos de sus dimensiones los índices más bajos y que requieren de atención urgente con .26 y .47; la mayor parte de las dimensiones cayó en el rango de mediano desempeño (de .50 a .69), y un programa (CaCu) obtuvo un adecuado desempeño con .76 (Cuadro VIII.3).

---

<sup>231</sup> Programa de acción de planificación familiar y anticoncepción, 2007, México, SSA, pág.7: <http://www.spps.salud.gob.mx/interior/programas/programas.html>, cfr. Capítulo V Planificación Familiar.

**Cuadro VIII.2 Paquetes de intervención por programa, que presentaron diferencias significativas según nivel de atención, tipo de población, e institución**

| Programa                                         | Estimación | Nivel de atención<br>primero <i>versus</i><br>segundo | Tipo de población<br>Asegurada<br><i>versus</i><br>SP/abierta | Institución                                                                                             |
|--------------------------------------------------|------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CaCu Prevención                                  | .34        | -                                                     | F12.532***                                                    | SESA-IMSS F=19.828***<br>SESA-IMSS-O F=16.620***                                                        |
| PF Promoción                                     | .35        | -                                                     | F=7.213**                                                     | SESA-IMSS-O F=5.280**<br>ISSSTE-IMSS-O F=11.255***<br>IMSS-IMSS-O F=13.589***                           |
| Violencia familiar                               | .40        | -                                                     | F=22.712***                                                   | SESA-ISSSTE F=4.573**<br>SESA-IMSS F=15.007***<br>SESA-IMSS-O F=8.401***                                |
| APV Urgencia<br>obstétrica                       | .47        | F=39.196***                                           | F=12.79***                                                    | SSA-IMSS F=10.977***                                                                                    |
| APV Sífilis e ITS                                | .47        | F=18.818***                                           | -                                                             | SESA-IMSS F=6.317**                                                                                     |
| Violencia sexual                                 | .47        | F=7.539**                                             | -                                                             | -                                                                                                       |
| APV Accesibilidad                                | .49        | F=18.989**                                            | F=10.272***                                                   | SSA-IMSS F=11.604***                                                                                    |
| APV Influenza                                    | .51        | F=4.609**                                             |                                                               |                                                                                                         |
| SSRA Accesibilidad                               | .52        | -                                                     |                                                               |                                                                                                         |
| CaMa Tratamiento                                 | .52        | -                                                     | -                                                             | -                                                                                                       |
| CaMa Prevención                                  | .56        | F=4.28**                                              | F=9.65***                                                     | SESA-ISSSTE F=7.60***<br>SESA-IMSS F=5.826**<br>SESA-IMSS-O F=4.408**                                   |
| APV VIH                                          | .58        | F=5.493**                                             | F=19.192***                                                   | SESA-ISSSTE F=9.544***<br>SESA-IMSS F=15.943***<br>SESA-IMSS-O F=15.352***                              |
| SSRA Capacitación                                | .62*       | -                                                     |                                                               |                                                                                                         |
| CaMa Detección                                   | .63        | -                                                     | -                                                             | -                                                                                                       |
| SSRA Consejería                                  | .64        | -                                                     | -                                                             |                                                                                                         |
| APV Atención al<br>recién nacido                 | .65        |                                                       | -                                                             | -                                                                                                       |
| PF APEO                                          | .66        | -                                                     | -                                                             | -                                                                                                       |
| CaCu Diagnóstico en<br>primer nivel              | .67        |                                                       |                                                               | SESA-IMSS F=10.231***<br>SESA- IMSS-O F=6.233**<br>ISSSTE-IMSS F=16.243***<br>ISSSTE-IMSS-O F=18.827*** |
| APV Atención<br>prenatal                         | .67        | -                                                     | -                                                             | SESA- IMSS-O F=22.685***<br>IMSS-IMSS-O F=11.711***<br>ISSSTE-IMSS-O F=3.625 *                          |
| CaCu Diagnóstico<br>para tratamiento<br>oportuno | .67        | -                                                     | -                                                             | -                                                                                                       |



|                                            |      |   |   |                                                                                                         |
|--------------------------------------------|------|---|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                            | .69  | - | - | SESA-IMSS F=11.259***<br>SESA- IMSS-O F=13.335***<br>ISSSTE-IMSS F=8.757***<br>ISSSTE-IMSS-O F=9.910*** |
| <b>PF Disponibilidad</b>                   |      |   |   |                                                                                                         |
| <b>PF Consejería</b>                       | .73  | - | - | SESA-ISSSTE F=4.280**                                                                                   |
| <b>APV Atención del parto</b>              | .74  | - | - | -                                                                                                       |
| <b>CaCu Referencia y contrarreferencia</b> | .75  | - | - | -                                                                                                       |
| <b>CaMa Diagnóstico</b>                    | .77* | - | - | -                                                                                                       |

Fuente: Monitoreo de servicios de salud, 2010.

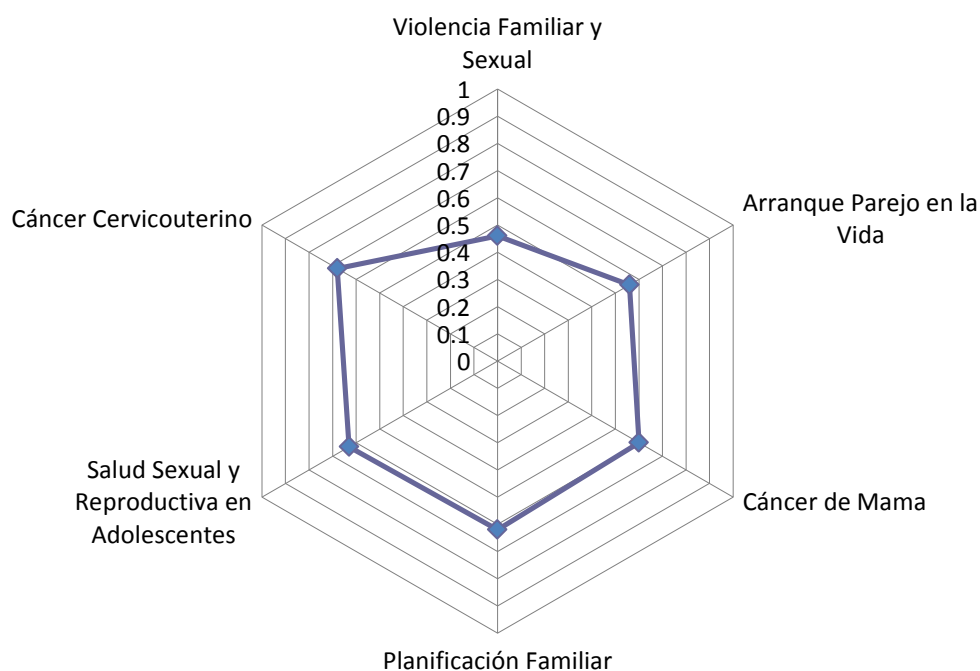
## Programa Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género

El índice general más bajo lo obtuvo el Programa de Acción Específico Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género 2007-2012 (Gráfica VIII.1). En México se cuenta con una Norma Oficial Mexicana (NOM) sobre la violencia familiar, su prevención y atención desde el 8 de marzo del año 2000 (NOM-190-SSA1-1999). Ésta fue revisada mediante un proceso que inició en 2005 y concluyó con la publicación en 2009 en el Diario Oficial de la Federación (DOF) de la NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la Prevención y Atención, a la cual todo el sistema de salud debe apegarse. Este Programa es de los más recientes, en el sexenio gubernamental 2000-2006 se incluye una serie de acciones sobre esta temática en el Programa Salud y Mujer. En el año 2008 se publica el Programa de Acción Específico 2007-2012. Adicionalmente, es más reciente la integración dentro de los programas de actividades del médico de consulta externa y de hecho la posibilidad de que estos casos sean de tipo médico legal, conlleva a la resistencia en su aplicación.

Para este Programa el índice de desempeño global es de .46. El monitoreo se realizó a partir de dos paquetes sustantivos (Cfr. Capítulo VII): Detección oportuna de mujeres unidas de 15 años o más en situación de violencia familiar o sexual, que guarda la posición tres con respecto a todos los paquetes monitoreados con un desempeño bajo; los aspectos que requieren de atención urgente tienen que ver con las habilidades de los prestadores de salud de consulta externa (primer nivel), de la conducta a seguir en casos de padecimientos y lesiones causadas por violencia familiar (.22) y con el conocimiento de la existencia o ubicación de los refugios para mujeres que sufren violencia extrema (.31). En el segundo nivel de atención no se realiza el tamizaje para la detección de violencia doméstica (.25) no conocen la conducta que tienen que seguir en estos casos (.23) ni saben de la existencia o ubicación de los refugios. El segundo paquete analizado es el de Detección y prevención de embarazos no deseados (forzados) e infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA por violencia sexual con desempeño bajo (.47) que guarda la posición seis en relación con el desempeño de los 25 paquetes seleccionados (Gráfica VIII.2). Los aspectos que requieren de atención urgente son el fortalecimiento de las habilidades para la conducta a seguir en casos de violación a mujeres mayores de 15 años en primer nivel (.23) y en segundo nivel (.12), la disponibilidad de medicamentos para tratar las infecciones de transmisión sexual (ITS), la

disponibilidad de pruebas para la detección de gonorrea (.35) y de hepatitis B (.38), así como el tratamiento preventivo para VIH-SIDA (.17).

### Gráfica VIII.1 Desempeño general de los programas de salud de las mujeres



Para cada uno de los programas se analizaron otras tres dimensiones que monitorean la capacidad administrativa u organizativa del servicio, la prestación del servicio, y su accesibilidad y continuidad. La accesibilidad y la continuidad en el servicio ocuparon el índice más bajo en el PAVFyG con un índice de .26, este bajo desempeño que señala la necesidad de atención urgente está en consonancia con la baja disponibilidad de material informativo para usuarias y con el desconocimiento que tienen los prestadores de la ubicación o la forma de contactar los refugios, como se ha señalado. La capacidad administrativa y de prestación del servicio obtuvieron .47 y .50, respectivamente -segundo y cuarto lugares de las posiciones con bajo a mediano desempeño- debido, en el caso de la primera, a la baja disponibilidad de vacunas y medicamentos, como fue comentado líneas atrás y, en relación con la prestación del servicio, a la poca disponibilidad de personal capacitado en este Programa y las limitadas habilidades para seguir con los lineamientos que marcan los protocolos oficiales (Cuadro VIII.3).

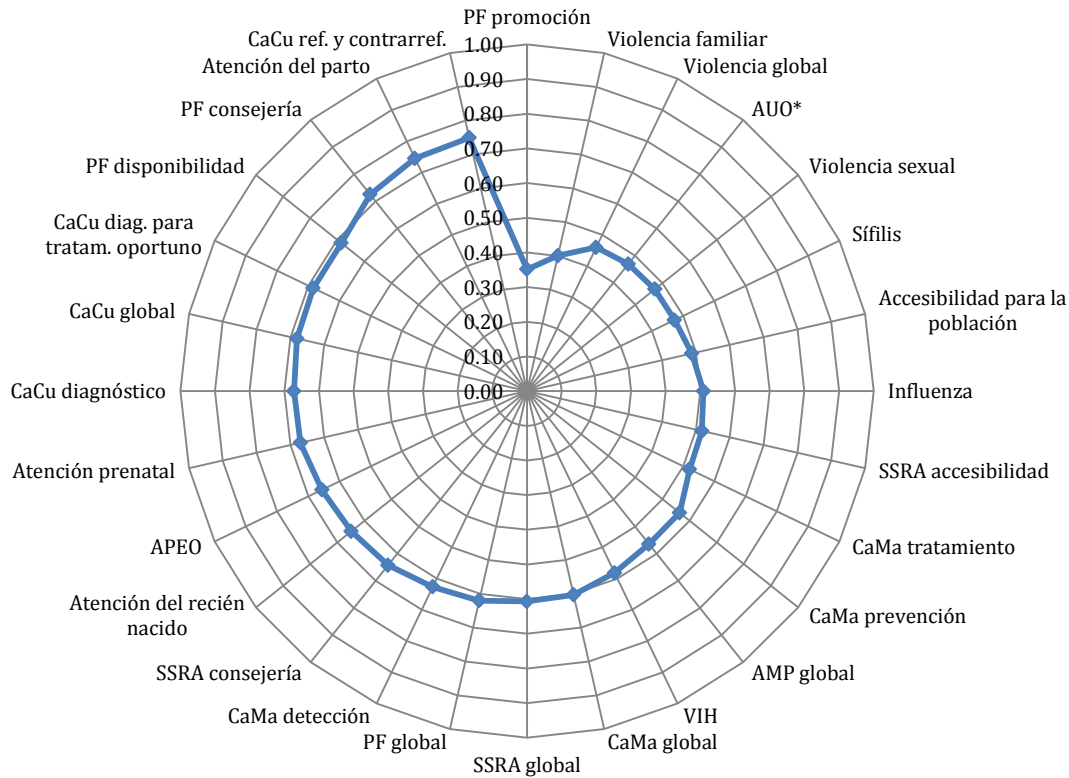
**Cuadro VIII.3 Dimensiones de la producción del servicio, que presentaron diferencias significativas según nivel de atención, tipo de población e institución**

| Dimensiones                                                           | Estimación | Nivel de atención | Tipo de población | Institución                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------|------------|-------------------|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>VIOLENCIA Continuidad y accesibilidad en el servicio</b>           | .26        | F=8.338***        |                   | -                                                                                                        |
| <b>VIOLENCIA Organización del servicio o dimensión administrativa</b> | .47        | F=6.733***        | -                 | -                                                                                                        |
| <b>APV Organización del servicio o dimensión administrativa</b>       | .49        | F=31.203***       | F=8.854***-       | SESA-IMSS F=7.436***                                                                                     |
| <b>VIOLENCIA Prestación del servicio</b>                              | .5         | F=4.497**         | F=36.305***       | SESA-ISSSTE F=11.468***<br>SESA-IMSS F=30.781***<br>SESA-IMSS-O F=8.053***                               |
| <b>APV Prestación del servicio</b>                                    | .52        | F=27.286***       |                   | SESA-ISSSTE F=6.434**                                                                                    |
| <b>APV Continuidad y accesibilidad en el servicio</b>                 | .56        | F=6.862***        | F=10.830***       | SESA-IMSS F=16.519***<br>ISSSTE-IMSS F=7.967***<br>IMSS-IMSS-O F=7.975***                                |
| <b>CaMa Prestación del servicio</b>                                   | .56        | -                 | -                 | -                                                                                                        |
| <b>PF Continuidad y accesibilidad en el servicio</b>                  | .56        | -                 | -                 | SESA-IMSS-O F=6.919***<br>ISSSTE-IMSS F=4.399**<br>ISSSTE-IMSS-O F=8.854***                              |
| <b>SSRA Organización del servicio o dimensión administrativa</b>      | .56*       | -                 | -                 | -                                                                                                        |
| <b>CaMa Organización del servicio o dimensión administrativa</b>      | .59        | F=3.892**         | F=13.827***       | SESA-IMSS F=20.228***<br>SESA-IMSS-O F=5.157**<br>IMSS-IMSS-O F=13.654***                                |
| <b>SSRA Prestación del servicio</b>                                   | .59        | -                 |                   |                                                                                                          |
| <b>SSRA Continuidad y accesibilidad en el servicio</b>                | .62        | -                 | -                 |                                                                                                          |
| <b>PF Prestación del servicio</b>                                     | .64        | -                 | F=6.946**         | SESA e ISSSTE F=4.585**                                                                                  |
| <b>CaCu Prestación del servicio</b>                                   | .65        |                   | F=6.851***        | SESA-ISSSTE F=10.193***                                                                                  |
| <b>CaCu Organización del servicio o dimensión administrativa</b>      | .67        | -                 | F=5.890**         | SESA-IMSS F=14.340***<br>SESA-IMSS-O F=15.265***<br>ISSSTE-IMSS F=14.046***<br>ISSSTE-IMSS-O F=21.505**  |
| <b>CaMa Continuidad y accesibilidad en el servicio</b>                | .67        | F=4.428**         | F=4.057***        | -                                                                                                        |
| <b>PF Organización del servicio o dimensión administrativa</b>        | .68        | -                 |                   | SESA-IMSS-O F=10.153***<br>SESA-ISSSTE F=9.102***<br>ISSSTE-IMSS F=9.573***<br>ISSSTE-IMSS-O F=19.113*** |
| <b>CaCu Continuidad y accesibilidad en el servicio</b>                | .76        | -                 | -                 |                                                                                                          |

Fuente: Monitoreo de servicios de salud, 2010.

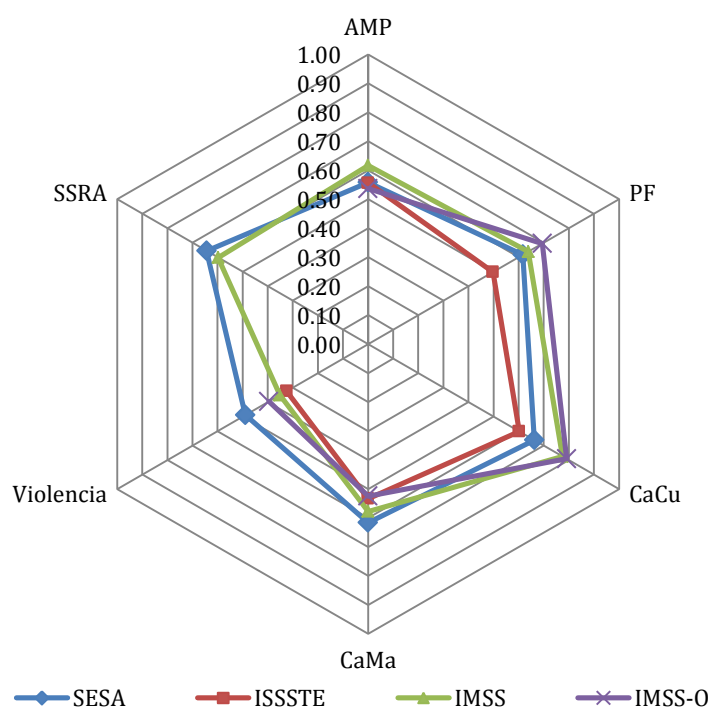
El mejor desempeño del Programa lo tienen los Servicios Estatales de Salud (SESA) y las instituciones de población abierta (SESA/IMSS-O) (Gráficas VIII.3 a la VIII.4). No hay diferencia en el desempeño de este Programa por niveles de atención (Gráfica VIII.5) y el mejor desempeño lo presentan los SESA ya que el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR) es la instancia que ha promovido su puesta en marcha. A diez años de haberse publicado la Norma todavía los y las médicas no están capacitadas para otorgar un adecuado servicio en los casos de violencia familiar o violación.

**Gráfica VIII.2 Desempeño general de paquetes de intervención de los programas de salud de las mujeres**



\*Atención de la urgencia obstétrica

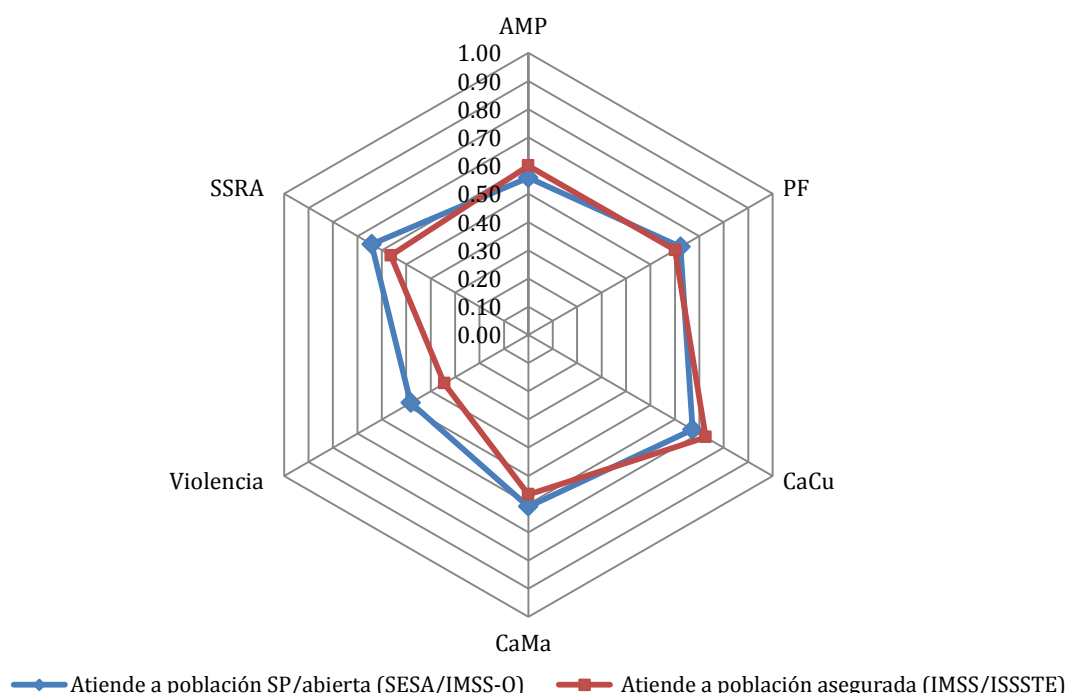
**Gráfica VIII.3 Desempeño de los programas, por tipo de institución**



## Programa Atención materna y perinatal

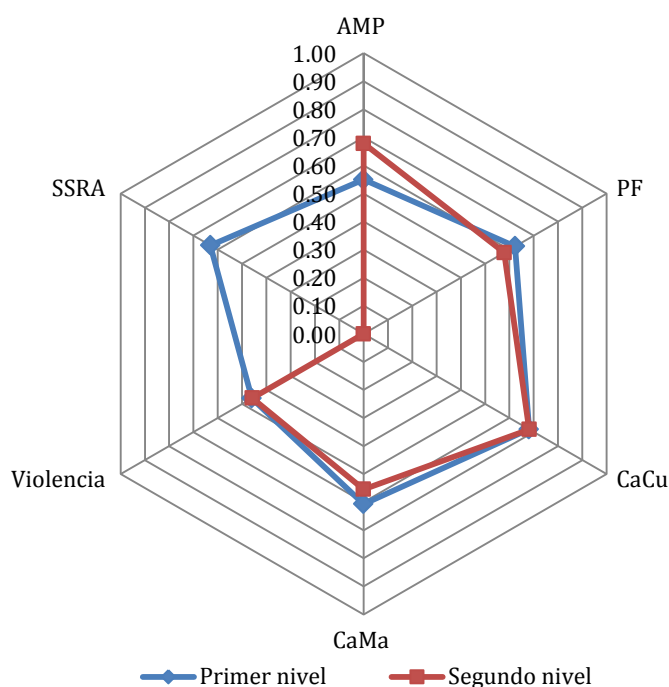
Uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, con el que México ha tenido problemas en su cumplimiento, es el Objetivo Cinco que consiste en disminuir la mortalidad materna en 22/100,000 nacidos vivos para 2015. Los programas materno-infantiles, que en México datan de la década de los 40, son los encargados de enfrentar este problema, por ello alarma que el segundo programa con el índice de desempeño global más bajo sea el de Arranque Parejo en la Vida. Para este Programa se analizaron ocho paquetes de intervención: Accesibilidad, Atención prenatal, VIH-ITS en embarazadas, Sífilis e ITS, Influenza en embarazadas, Atención del parto, Atención del recién nacido y Atención de la urgencia obstétrica, tres dimensiones de la producción del servicio: dimensión administrativa, dimensión prestación del servicio, y dimensión de accesibilidad y continuidad en el servicio.

**Gráfica VIII.4 Desempeño de los programas, por tipo de población a la que se atiende**



Los índices de los paquetes de intervención con mejor desempeño, que van de adecuado a mediano, son aquéllos que pueden considerarse como tradicionales en la atención materno-infantil, tales como el de la atención del parto (.74), atención prenatal (.67) y del recién nacido (.65) (Gráfica VIII.2). En la atención de parto se tiene un desempeño homogéneo entre niveles de atención, tipo de población e instituciones en el caso de la atención prenatal destacó el bajo desempeño de IMSS-O en comparación con el resto de las instituciones, y en el de atención al recién nacido hay diferencia significativa entre las unidades de primer nivel que proporcionan atención de parto y segundo nivel, aunque la precisión del indicador en primer nivel tuvo un error de más .050, teniendo un mejor desempeño estos últimos. El resto de los paquetes tuvo un desempeño de bajo a mediano con índices que van de .40 a .64. Los tres paquetes que a continuación se describen están ligados con la atención prenatal, dos son relativamente nuevos: detección y tratamiento del VIH-SIDA y prevención de la influenza en mujeres embarazadas que obtuvieron .58 y .51 respectivamente, y su comportamiento de acuerdo con los niveles de análisis es distinto. En el caso de la detección y tratamiento del VIH-SIDA el mejor desempeño se tuvo en el primer nivel y para población SP/abierta. Los SESA mostraron mejor calificación y tuvieron diferencias significativas en relación con el resto de las instituciones. El paquete de intervención de influenza tiene un mejor desempeño en segundo nivel y en el IMSS. Al parecer, la detección y tratamiento oportunos de la sífilis y otras ITS no es preocupación de los servicios con un índice de .47 (Cuadro VIII.2, Gráfica VIII.6 a VIII.8).

**Gráfica VIII.5 Desempeño de los programas, por nivel de atención**



El menor desempeño lo tuvo la atención de la urgencia obstétrica con .47 que se analiza junto con el de accesibilidad (.49). Ambos paquetes tienen algunas cuestiones en común ya que desde 2007 se han fortalecido las políticas públicas a fin de mejorar su desempeño. Sin embargo, los resultados aún muestran un desempeño bajo siendo éste mejor en las unidades de segundo nivel, aunque paradójicamente el mayor impacto en la disminución de la mortalidad materna se obtendría con una buena atención primaria de la urgencia obstétrica y con una mejor accesibilidad en el primer nivel de atención. En ambos hay diferencias significativas con el mejor desempeño para la población asegurada. Es importante tomar en cuenta que en 2009 el número de fallecidas por muerte materna que no tenían seguridad social fue de 831 y aquellas con seguridad social de 294. El IMSS presentó mejor desempeño estadísticamente significativo en cuanto a accesibilidad se refiere (Cuadro VIII.2).

En la dimensión de la producción del servicio este Programa presentó un desempeño de bajo a mediano con índices que van del .49 al .56. La de menor desempeño fue la capacidad administrativa u organizativa del servicio con .49 y los aspectos que deben ser atendidos urgentemente porque su subíndice tiene un rango menor a .40 son en el ámbito de aquellas unidades de primer nivel que ofrecen atención del parto: disponibilidad de formatos de partograma, disponibilidad de medicamentos en dosificaciones específicas para el tratamiento de sífilis (penicilina g benzatínica 2.4 millones de U y de 7.2 millones de U así como ceftriaxona 500 mg IM (0.04) y la azitromicina 500 mg); el tratamiento y la vacunación para influenza (oseltamivir o zanamivir, tabletas) e instrumental como el oxímetro de pulso, medicamentos para el tratamiento de la urgencia obstétrica (expansores del plasma, oxitocina y ergonovina, terbutalina, indometacina rectal, betametasona o dexametasona y sulfato de magnesio) y disponibilidad de equipo de reanimación neonatal. Otro subgrupo de índices con resultados muy bajos son los que se relacionan con la disponibilidad de medios de diagnóstico para VIH-SIDA para la cuenta de TCD4 y TCD8.



En el caso del segundo nivel, los índices con menor desempeño y que requieren de atención inmediata los tuvieron: la disponibilidad de estudios de diagnóstico para enfrentar una urgencia obstétrica (hemocultivo, la identificación de lactato sérico, la realización de análisis de líquido amniótico), disponibilidad de métodos diagnósticos y de tratamiento para VIH-SIDA (pruebas Westernblot, zidovudina (AZT)+lamivudina (3tc)+lopinavir o saquinavir o ritonavir); para tratamiento de sífilis (G benzatínica y azitromicina). Con desempeño muy bajo se detectó la disponibilidad para influenza de cefuroxime y de vacuna sin adyuvante (Sanofi-Pasteur), para la preeclampsia/eclampsia el atosiban. Esta dimensión tuvo mejor desempeño en segundo nivel, en población asegurada.

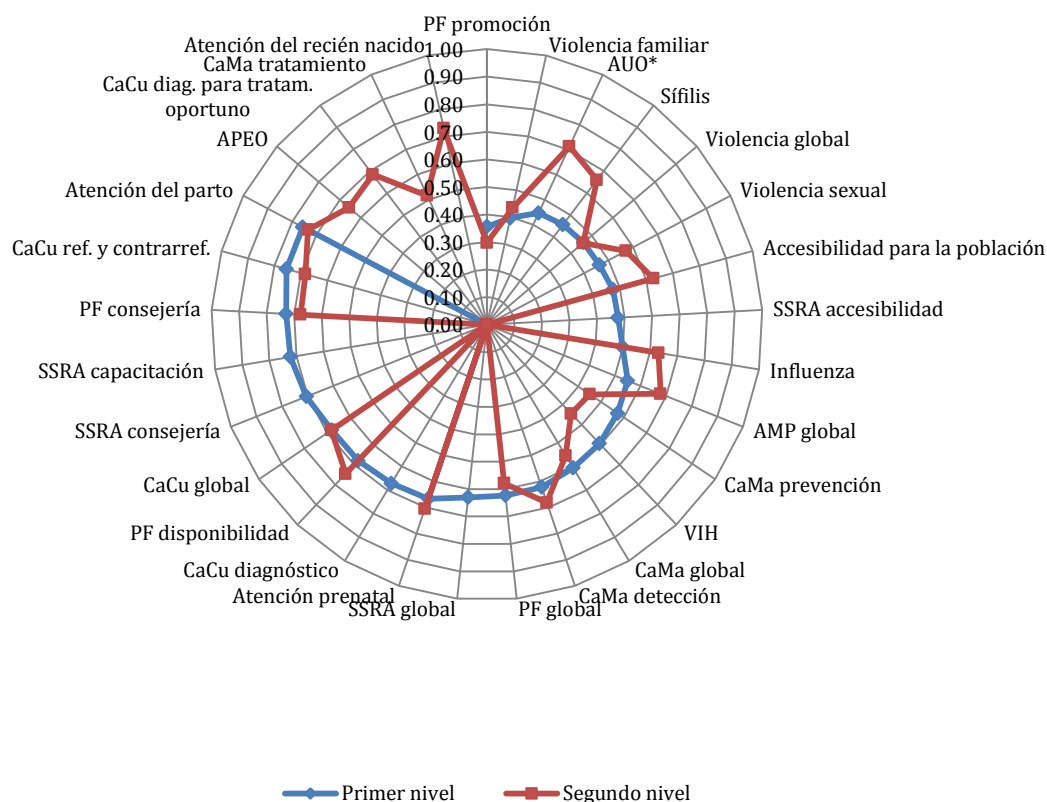
La dimensión prestación de servicio tuvo también un desempeño mediano con .52 ocupando la posición 5/18 de bajo a alto desempeño. Los aspectos que requieren atención inmediata corresponden a las habilidades de los y las médicas para la identificación de factores de riesgo de preeclampsia y hemorragia, y la disponibilidad de enfermeras obstetras o parteras profesionales para segundo nivel y para las unidades de primer nivel que otorgan este servicio.

La dimensión continuidad y accesibilidad en el servicio, guarda la posición 6/18 (con un índice de .56) siendo la 18 la de mejor desempeño con respecto a todas las dimensiones de este tipo. Los aspectos que requieren ser urgentemente atendidos son la disponibilidad de material de difusión del programa Embarazo Saludable e información sobre su forma de afiliación, material informativo o de difusión sobre los signos y síntomas de la emergencia obstétrica -tanto en primer como en segundo niveles- y de material que se proporcione a la población sobre la ubicación del lugar en el cual pueden atenderse el parto, así como brindar información al personal de salud sobre el Convenio IMSS-ISSSTE-SSA para la atención de urgencias obstétricas y el programa Embarazo Saludable que implica la afiliación al Seguro Popular.

También es limitada la disponibilidad de algoritmos que puedan guiar los criterios de tratamiento. Este índice tuvo su mejor desempeño en segundo nivel.

Los resultados apuntan a la necesidad de fortalecer aquellos paquetes de servicios que se están impulsando ante los nuevos retos en la salud materna, como los que tienen que ver con la influenza, el VIH-SIDA y la urgencia obstétrica. También muestran que el primer nivel tiene un menor desempeño en relación con la prestación del servicio en segundo nivel, por lo que se requiere fortalecer este primer nivel de atención.

**Gráfica VIII.6 Desempeño de los paquetes de intervención de los programas, por nivel de atención**



\*Atención de la urgencia obstétrica

## Programa de Cáncer de Mama

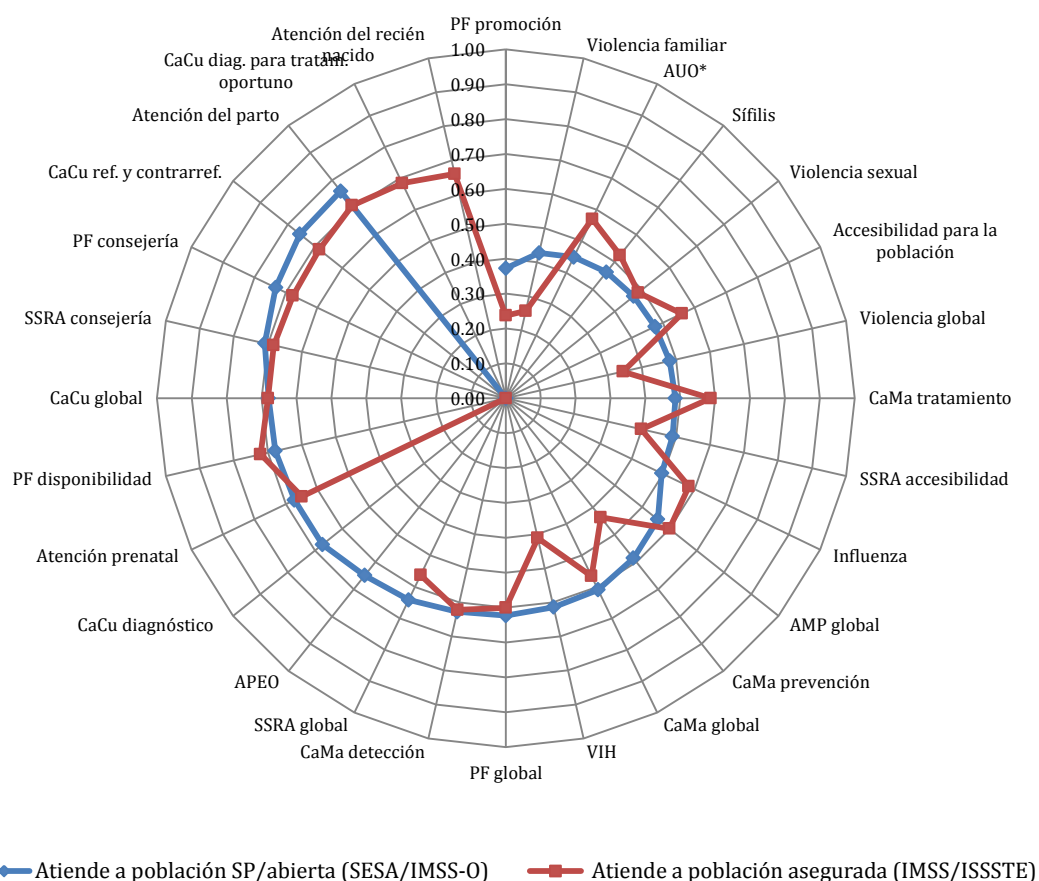
En el año 2006 esta enfermedad se convirtió en la primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres mexicanas y en la segunda causa de mortalidad de mujeres de 30 a 54 años de edad. Este Programa ocupa la posición tres, con un desempeño mediano (.60) entre los seis programas monitoreados (Gráfica VIII.1). El Programa de Acción Específico de Cáncer de Mama (PAE-CaMa) 2007-2012 es el instrumento rector que dicta estrategias basadas en las mejores prácticas, a las que deben apegarse todas las instituciones del Sector Salud. Este Programa fue analizado a través de cuatro paquetes de intervención: Prevención, Detección, Diagnóstico y Tratamiento.

Dado que para el CaMa se ha descrito toda una serie de factores coadyuvantes que favorecen su aparición, las actividades preventivas para esta enfermedad son importantes e incluyen, de acuerdo con la Norma, las de comunicación educativa que permiten a la población valorar los factores de riesgo y promover estilos de vida sanos. Este paquete tuvo un desempeño mediano de .56 y se ubicó en la posición 11/25 (Gráfica VIII.2) de menor a mayor calificación; el desempeño fue mejor de manera

significativa en primer nivel, en población SP/abierta y en los SESA. Los subíndices más bajos en este paquete de atención y que requieren de atención urgente son el material disponible en áreas públicas con información sobre los factores de riesgo y con información sobre medidas preventivas. Estos *ítems* tuvieron desempeño muy bajo con índices menores de .30.

La detección oportuna a través del tamizaje por mastografía está considerada como la intervención más eficaz para la detección temprana, con impacto en la reducción de la mortalidad por este padecimiento y este paquete se ubicó en la posición 13/25 -en la mediana- con un desempeño mediano de .63. Para este paquete los aspectos que deben de ser atendidos urgentemente son: la disponibilidad de unidades acreditadas para llevar a cabo mastografías (.30) y que los prestadores de servicios de salud tengan claros los lineamientos para enviar a una mujer a un centro de detección (.19). El trabajo de campo reveló que en diferentes estados del país existen mastógrafos sin utilizar o subutilizados (en la mayoría de los centros visitados el aparato sólo se usaba en un turno diario) debido, según explicaron, a la falta de personal calificado; esto se vio sobre todo en los SESA.

**Gráfica VIII.7 Desempeño de los paquetes de intervención de los programas, por tipo de población a la que se atiende**



\*Atención de la urgencia obstétrica

El diagnóstico en etapas tempranas de la enfermedad permite llevar a cabo las actividades terapéuticas cuando todavía las tumoraciones están bien localizadas y no

existen metástasis, de modo que sería posible realizar el tratamiento más conservador y menos costoso que permita preservar la vida de la paciente. Este paquete que monitoreó exclusivamente el equipamiento preciso para poder realizar el diagnóstico obtuvo la mejor calificación de todos los paquetes monitoreados, con desempeño adecuado y un índice de .77; sin embargo, el número de muestra y el error típico de la estimaciones no hacen confiables estos resultados, por lo que en monitoreos posteriores se deberá incluir un muestreo particular para la evaluación de este paquete (Gráfica VIII.8). En este paquete los aspectos que requieren de atención urgente son: la disponibilidad de manuales o guías para el control de calidad de los mastógrafos y la disponibilidad de computadora de mastógrafos y de tomógrafos; todos estos requerimientos tuvieron un subíndice menor de .30. Este resultado llama la atención ya que se observó que existen demoras en el diagnóstico definitivo y que las rutas de derivación, que deberían asegurar la continuidad del servicio, no siempre están bien preestablecidas para los profesionales sanitarios.

El paquete terapéutico también debe considerarse como una intervención prioritaria, toda vez que es un imperativo de los servicios de salud brindar la atención necesaria y de excelencia para restablecer la salud de las pacientes; en este paquete solamente se exploró la disponibilidad de medicamentos estratégicos. Su desempeño fue mediano -con .52- y ocupando la posición 10/25 (el mejor desempeño lo tiene la posición 25), no se encontraron diferencias por tipo de población, e instituciones (Gráficas VIII.7 a VIII.10).

Las dimensiones de la producción del servicio tuvieron desempeño mediano: la Prestación del servicio calificada con .56 tuvo un desempeño mediano y ocupó la posición 7/18 de más bajo rendimiento al mejor rendimiento. Administrativa o de organización del servicio con .59, ocupando la posición 10/18, desempeño bajo, con un mejor comportamiento en primer nivel, para población asegurada en el IMSS. Se requiere atención de manera urgente, ya que tuvieron índices muy bajos de menos de .40, unidades móviles acreditadas disponibles para la referencia de primer nivel y, en segundo nivel, tomógrafos y tramadol. Para esta dimensión se evalúa el mobiliario y la infraestructura que evidentemente son los aspectos más débiles del Programa.

Accesibilidad y continuidad en el servicio tuvo la posición 16/18 con la calificación más alta entre las dimensiones, y con un desempeño mediano de .67. Los *ítems* de cumplimiento más bajo son la baja disponibilidad de materiales de difusión ya comentados en los apartados anteriores. También tuvieron un desempeño bajo el conocimiento sobre el CAUSES del Seguro Popular y, por tanto, la ausencia de gratuidad en la detección diagnóstico y tratamiento de CaMa. El mejor desempeño se tuvo en población SP/abierta y en primer nivel.

Se muestra que el programa CaMa presenta insuficiencias en la prevención primaria. El cribado mediante mastografías apenas se recomienda a las mujeres mayores de 50 años. Se perciben bajos conocimientos técnicos entre los trabajadores sanitarios de los servicios de primer nivel, y los diagnósticos de sospecha desde ese nivel se realizan tardíamente. Se observa que existen demoras en el diagnóstico definitivo y que las rutas de derivación no siempre están claramente establecidas para los responsables.

## **Programa de Atención Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes**

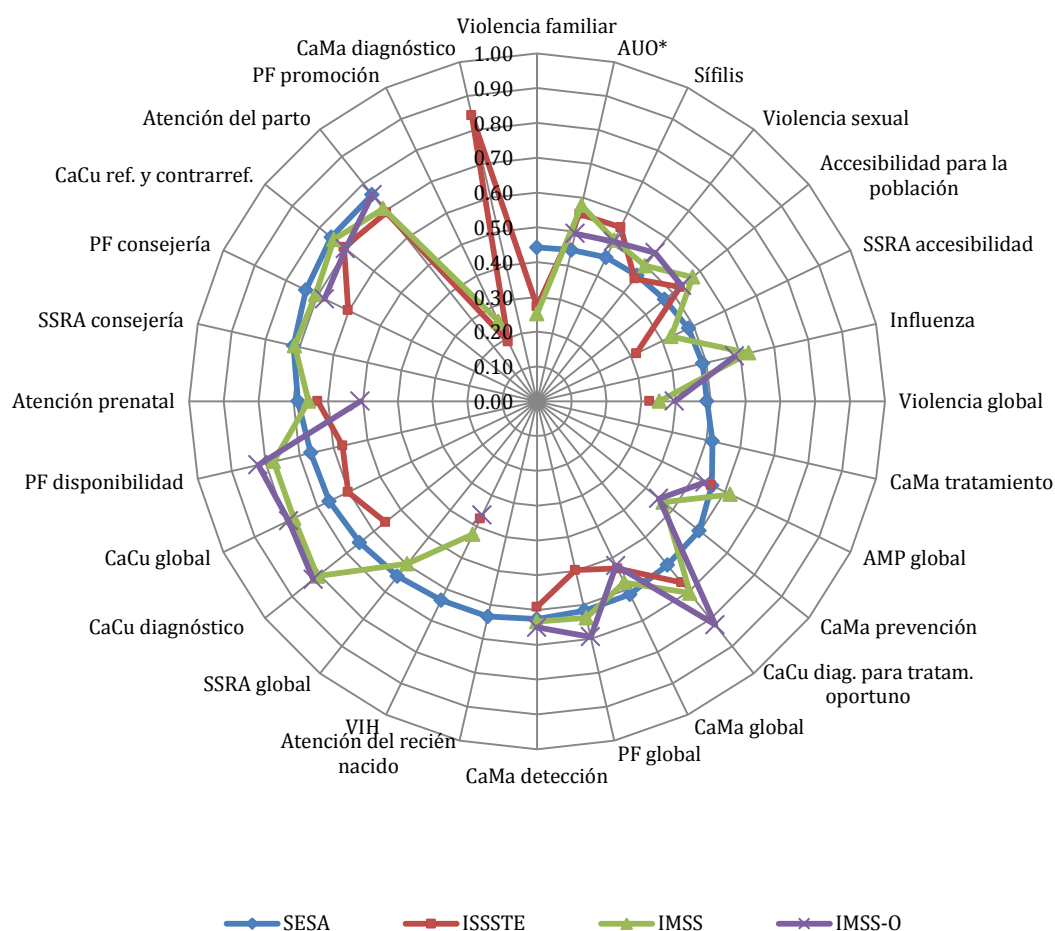
En México la atención a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes (SSRA) comenzó en 1993 cuando la SSA estableció el Programa Nacional de Atención a la Salud Reproductiva de los Adolescentes y desde 1998 el IMSS-O impulsó su programa de Centros de Atención Rural al Adolescente (CARA). A partir del periodo 2007-2012 se cuenta con un Programa de Acción Específico. Este Programa fue analizado a través de los siguientes paquetes: Accesibilidad, Consejería y reconocimiento de derechos de las y los adolescentes, Capacitación y disponibilidad de materiales para proveedores.

El Programa tiene poca presencia en las unidades de primer nivel en las instituciones analizadas, por ello sus resultados deben ser analizados con cautela y se requiere una muestra especificada para mejorar la precisión en las estimaciones. Con los resultados obtenidos ocupó el lugar 4/6, el tercer lugar en mejor desempeño, aún siendo mediano, con un índice de .61 y presentó un mejor desempeño en IMSS-O (Gráfica VIII.1, VIII.3 y VIII.5)). Los paquetes de intervención que conformaron este Programa se ubicaron en distintas posiciones con respecto a los 25 restantes. El paquete de Accesibilidad estuvo ubicado en la 7/25 de menor a mayor desempeño, con desempeño mediano (.52). El desempeño de este paquete fue homogéneo por tipo de población e institución. Se evaluaron todos aquellos aspectos sobre la disponibilidad de un espacio específico de consejería en SSRA con privacidad, horarios visibles para cualquier persona, con acceso a computadora para el manejo de materiales educativos y carteles y/u otros medios que difundan los servicios de SSRA y resultaron con un índice menor a .30, es decir, aspectos que requieren de atención urgente y que, en este caso, son fundamentales para el desarrollo del Programa (Gráfica VIII.2).

El haber obtenido un buen desempeño frente a los otros tres programas se debe a que el paquete de Consejería obtuvo .65 y el de Capacitación .61, con un desempeño mediano. El paquete Consejería y reconocimiento de derechos de las y los adolescentes tuvo la posición 15/25 y se desempeñó de manera homogénea por tipo de población. Con un resultado bajo se calificaron la conducta a seguir de los prestadores con respecto a la oferta de anticonceptivos o de tratamientos, de ITS o pruebas de VIH en menores de edad.

El paquete Capacitación y disponibilidad de materiales para proveedores obtuvo la posición 14/25 de los paquetes analizados y la estimación de su media no obtuvo la precisión que se requiere, por ello la muestra debe ser ampliada para mejorar la precisión. Sin embargo con los resultados disponibles el punto que requiere de atención urgente es el conocimiento sobre los criterios operativos para un servicio amigable para adolescentes, que obtuvo un índice de .33. También entre los índices más bajos está el de seguimiento de los protocolos para la atención de las y los adolescentes con un desempeño bajo de apenas .41 (Gráficas VIII.6 a VIII.8).

**Gráfica VIII.8 Desempeño de los programas, por tipo de institución**



\*Atención de la urgencia obstétrica

Las dimensiones de la producción del servicio tuvieron ejercicios más bajos que los paquetes de intervención por programa. El más bajo lo obtuvo la Administrativa o de organización del servicio con .56, desempeño mediano ocupando la posición mediana de la distribución (9/18) con un comportamiento homogéneo entre tipo de población e instituciones; en este paquete se evalúa el mobiliario y la infraestructura, que son los aspectos más débiles del Programa. La dimensión Accesibilidad y continuidad en el servicio tuvo la posición 12/18 con .61 catalogada como de mediano desempeño. Los *ítems* de cumplimiento más bajo son similares a los que fueron enunciados anteriormente en el paquete de accesibilidad. La Prestación del servicio fue calificada con .59 (desempeño mediano) y las estimaciones no tuvieron un buen nivel de precisión ni para el tipo de población ni para las instituciones.

Es así que los aspectos más problemáticos en este Programa son los que se refieren a la disponibilidad de espacios adecuados ya que en menos de la mitad de los establecimientos de primer nivel se cuenta con ellos, y la aplicación de criterios y lineamientos operativos por parte de los prestadores que se marcan en la Norma y el PAESSRA para proporcionar servicios amigables a las y los adolescentes.



## **Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción**

La PF y el acceso a los métodos anticonceptivos de manera informada, libre y oportuna, constituye uno de los servicios básicos de salud establecido en el marco jurídico normativo nacional y del Sector Salud; desde la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud, los reglamentos de la Ley General en Salud en materia de prestación de servicios y la Norma Oficial Mexicana de Servicios de Planificación Familiar 005, se asienta su carácter prioritario y obligatorio, adscribiendo como sujeto de obligación al Estado y estableciendo a la ciudadanía como sujeto de derecho. Sin embargo, durante el sexenio gubernamental (2006-2012) se ha observado un pobre desempeño, que se ha reflejado en el porcentaje disminuido de usuarias de métodos anticonceptivos de 2006 a 2009 y en el incremento de nunca usuarias durante el mismo periodo. El Programa de Acción Específico de Planificación Familiar y Anticoncepción 2007-2012 tiene uno de los mejores desempeños con respecto de los seis programas monitoreados, con un índice de .62, clasificado como mediano (Cuadro VIII.1 y Gráfica VIII.2). Este Programa fue analizado a través de cuatro paquetes de intervención: Promoción, que integra las acciones de comunicación, información y educación en PF y anticoncepción; Consejería, piedra angular de los servicios de PF y anticoncepción y que contempla intervenciones dirigidas a satisfacer las necesidades de información para que la o el usuario esté en posibilidades de ejercer una decisión libre e informada; Disponibilidad de métodos anticonceptivos, en el que se observan variables relacionadas con la presencia de insumos y conocimientos para otorgar en tiempo y forma el método anticonceptivo, y Anticoncepción Post Evento Obstétrico (APEO), que considera la presencia de elementos que permiten que las mujeres que egresan de unidades de segundo nivel obtengan promoción, consejería y, en su caso, elijan un método anticonceptivo.

El índice de promoción de la PF fue uno de los más bajos de todos los estimados en los diferentes programas de este monitoreo, con .35 y la segunda posición más baja con respecto a los 25 paquetes sustantivos de los seis programas. El desempeño de este paquete fue bajo que requiere atención urgente y el mejor resultado se obtuvo en población SP/abierta, y el IMSS-O. Los elementos que necesitan atención urgente son todos los relativos a la disponibilidad de material de difusión y equipo para promover los programas de PF.

A diferencia del índice de promoción, el de consejería de PF es de los más altos de todos los índices estimados en los diferentes programas de este monitoreo; ocupó la posición 22/25 con un índice global de .73 catalogado como adecuado desempeño.

La disponibilidad de métodos de PF tuvo calificación de .69, desempeño mediano, y ocupó la posición 21/25. No se encontró diferencia por niveles de atención ni por tipo de población a la que atienden. Si se realiza una comparación entre instituciones se pueden reconocer diferencias significativas entre: IMSS e IMSS-O con respecto a ISSSTE y SESA. Este paquete está conformado por cinco componentes: disponibilidad de medicamentos (anticonceptivos y condones); de formatos y hojas de referencia; de mobiliario (equipos de TV y audio); de instrumental, equipo e insumos, y disponibilidad de estudios diagnósticos.

El paquete APEO tuvo un índice global de .66 con un desempeño mediano. Este paquete sólo se evaluó en segundo nivel y se exploró la posibilidad de acceso a los



métodos de PF a través de reconocer la existencia de material impreso sobre métodos anticonceptivos en las salas de recuperación de obstetricia, elemento que tuvo un desempeño muy bajo con .32, y de que existiera una consejería en lengua indígena, también con índice muy bajo de .36; estos dos aspectos requieren atención urgente. El desempeño fue de bajo a mediano y fue homogéneo por nivel de atención, por tipo de población atendida e instituciones (Gráficas VIII.6 a la VIII.8).

En relación con las dimensiones de la producción del servicio, en el caso del Programa de PF y anticoncepción, la dimensión Administrativa o de organización del servicio está conformada por cinco componentes: disponibilidad de métodos anticonceptivos; de formatos y hojas de referencia; de mobiliario (equipos de TV y audio), de instrumental, equipo e insumos, y de estudios diagnósticos. El índice total de .68 con un desempeño mediano y ocupando la posición 17/18, es decir, el segundo mejor desempeño de este tipo de paquetes y la mejor ubicación de la dimensión administrativa con respecto al resto de los programas (Cuadro VIII.3). Se encontraron diferencias significativas\*\*\* entre SESA e IMSS e ISSSTE, y el ISSSTE con respecto a todas las instituciones (Cuadro VIII.3). Los *ítems* que requieren de atención urgente porque su índice tiene un rango menor a .40 corresponden al ámbito de unidades de primero y segundo niveles, y son: disponibilidad de equipo como TV o de audio para la promoción de información de PF, y de implantes subdérmicos y de condón femenino.

La dimensión prestación del servicio incluye los conocimientos técnicos que se consideran idóneos y que se encuentran en las guías y normas, percepciones de calidad, capacitación, actualización y certificación, disponibilidad de guías técnicas, manuales, normas y algoritmos, y disponibilidad de recursos humanos. Este paquete tuvo un índice de .64 (desempeño mediano) y ocupó la posición 13/18. No hubo diferencia estadísticamente significativa respecto de la prestación del servicio en primer nivel y segundo nivel (Cuadro VIII.3). Aunque la baja capacidad para la producción de este servicio existe tanto en establecimientos para población SP/abierta como asegurada, esta última presentó mejor desempeño de manera significativa\*\*\* (Cuadro VIII.3). Entre instituciones del Sector: los índices en los SESA y el IMSS-O fueron los más elevados y cayeron en el rango de mediano desempeño, el IMSS apareció con rango de bajo desempeño y el ISSSTE mostró el más bajo, presentando diferencias significativas con los SESA\*\*\* (Cuadro VIII.3). Debe ser atendido urgentemente el fortalecimiento de los médicos y médicas sobre la manera de sustituir las pastillas de anticoncepción de emergencia (AE) en caso de no disponer de una presentación específica. El mejor desempeño que se puede englobar como la calidad técnica y científica de la prestación del servicio, tiene desempeño general mediano y sigue siendo mejor para la población SP/abierta.

La tercera dimensión es la de accesibilidad y continuidad en el servicio, que además de contener los elementos ya incluidos en el paquete de accesibilidad, como materiales de difusión para la población e información estratégica para el acceso al servicio, contempla aspectos relacionados con la continuidad en el servicio como son los conocimientos sobre a dónde enviar a las usuarias o formatos para realizar los envíos y, sobre todo, la gratuidad del servicio. El índice total respecto de la accesibilidad y continuidad en el servicio fue de .56 con desempeño mediano, sin diferencia estadísticamente significativa entre los dos niveles de atención y por tipo de población a la que se atiende (Cuadro VIII.3). Existe mediano desempeño para la producción de los servicios tanto en establecimientos para población SP/abierta como

asegurada (Cuadro VIII.3). En general, esta dimensión tuvo mediano desempeño, solamente el IMSS-O tuvo desempeño mediano que junto con el IMSS obtuvieron el puntaje alto, los SESA presentaron desempeño mediano y el ISSSTE bajo; se encontraron diferencias significativas entre el IMSS-O, el ISSSTE\*\*\* y el resto de las instituciones, por su alto y bajo desempeño respectivamente (Cuadro VIII.3). Los elementos que requieren de atención urgente tienen que ver con la no gratuidad del traslado a un segundo nivel de atención y la falta de material promocional de métodos en lenguas indígenas; en segundo nivel, la falta de material público informativo para la población en general y para la población indígena en particular.

## **Programa de Cáncer Cervicouterino**

El CaCu es la segunda causa de muerte de mujeres por neoplasias malignas, particularmente de las de 25 a 64 años de edad. Es posible disminuir la mortalidad por CaCu con adecuados programas de detección masiva y tratamiento oportuno a través del estudio citológico cervical y la prueba de detección del virus del papiloma humano (VPH). En México la detección oportuna de CaCu se lleva a cabo desde 1974 por medio del examen de citología cervical, predominando hasta 2006 como el método por excelencia para su diagnóstico. A partir de 2007 se incluyó la prueba de captura de híbridos para la detección del (VPH) como un medio de tamizaje más sensible. Este Programa fue analizado por los siguientes paquetes de producción de servicios: Prevención primaria del CaCu, Diagnóstico oportuno del CaCu, Sistema de referencia y contrarreferencia para los casos con diagnóstico positivo de lesión intraepitelial y CaCu, y Diagnóstico para el tratamiento oportuno del CaCu. El Programa de CaCu es el que mejor desempeño tuvo en este monitoreo, con un índice general de .68 que se cataloga como desempeño mediano. (Gráfica VIII.1 y Cuadro VIII.1).

La vacunación para VPH es uno de los instrumentos relativamente nuevos en este Programa. Esto se refleja en el hecho de que el paquete de prevención primaria a través de vacunación fue el que obtuvo la posición más baja de todos los paquetes de intervención, con un índice de .34 catalogado en el rubro de que requiere de atención urgente; fue el índice más bajo reportado en los paquetes por programa de este monitoreo. Hay diferencias en la prestación de este servicio por tipo de población a la que atiende, presentando mejor desempeño en la población asegurada, por instituciones en IMSS-O. Llama la atención que aunque en los lineamientos y normatividad de IMSS e IMSS-O no se encuentra la vacunación, éstas fueron las instituciones con mejor disponibilidad del biológico.

El índice general de diagnóstico fue de .67 con un desempeño mediano y ocupando la posición 16/25 (Gráfica VIII.2), no hay diferencias en su desempeño ni por institución, nivel de atención y tipo de población a la que se dirige el servicio. El elemento de diagnóstico por excelencia de este Programa es el de citología, que obtuvo un índice general de .71, adecuado frente a un cumplimiento menor del diagnóstico a través de la detección primaria por captura de híbridos (.40), catalogado como muy bajo. Este procedimiento es uno de los componentes más novedosos del PAE-CaCu por su costo-efectividad, lamentablemente solamente lo utilizan los SESA y el ISSSTE (donde se realiza RPC) y el desempeño es todavía bajo; el IMSS e IMSS-O no lo han incluido como método diagnóstico y, por tanto, su desempeño no aplicó para ninguna de las dos instituciones. De este paquete obtuvimos un subíndice que incluía la disponibilidad de insumos para la realización de colposcopías en segundo nivel,

obteniéndose un subíndice de .73, con un desempeño adecuado. Adicionalmente, los resultados de las entrevistas con actores clave revelaron que los centros de displasias y oncológicos no son suficientes de acuerdo con la población que necesita la atención; consideraron que hay falta de cobertura en el tratamiento y que se requiere incrementar el número de clínicas de displasia en todo el país para evitar la saturación de los servicios y con ello agilizar la atención, además de que se necesita ampliar el tiempo quirúrgico en los hospitales oncológicos, a fin de dar salida expedita a la demanda a la cual están sometidos.

El Sistema de referencia y contrarreferencia para los casos con diagnóstico positivo de lesión intraepitelial y CaCu obtuvo una de las mejores posiciones en el diagnóstico, merced a los conocimientos y habilidades de los médicos para referir a las pacientes; sin embargo, en este grupo de subíndices aquéllos fundamentales que tuvieron bajas calificaciones son: las limitaciones para obtener los resultados de la citología de manera adecuada, el desconocimiento de los médicos acerca de la conducta a seguir en mujeres embarazadas con diagnósticos positivos por citología, y la disponibilidad de formatos de referencia y contrarreferencia (Gráficas VIII.7 a VIII.10).

En cuanto a las dimensiones de la producción del servicio, la que obtuvo la puntuación más baja es la prestación del servicio con .65 de mediano desempeño y ocupando la posición 12/18; el mejor desempeño se tuvo para la población SP/abierta, y los SESA con una diferencia estadísticamente significativa con respecto al ISSSTE\*. La dimensión que le siguió fue la administrativa con una puntuación de .68 desempeño mediano y ocupando la posición 14/18--de los más altos desempeños-, encontrándose diferencias significativas:\*\*\* en la atención de la población asegurada, y en IMSS e IMSS-O con respecto al resto de las instituciones. Finalmente, el índice sobre accesibilidad y continuidad en el servicio reveló un cumplimiento adecuado obteniendo el mejor desempeño de todos los paquetes con la posición 18/18 y con ejercicio homogéneo entre niveles de atención, tipo de población e instituciones

### **Conclusiones sobre las diferencias significativas de los paquetes de intervención y las dimensiones de producción de servicios:**

En el Cuadro VIII.2 se puede ver el desempeño de los 24 paquetes de intervención, se reconoce que ocho de ellos tuvieron resultados muy bajos con índices menores a .50; 11 tuvieron un desempeño mediano con índices que se encuentran entre el rango de .50 y .69 y cuatro un desempeño adecuado con índices entre .70 y .84. De acuerdo con el comportamiento de las variables de interés para el monitoreo, se puede reconocer que hay más homogeneidad por niveles de atención y por tipo de población a la que se atiende, ya que en 17 paquetes no se mostraron diferencias significativas en el cumplimiento ya sea para primer nivel o segundo nivel, y en 16 en la prestación de servicios ya sea para población SP/abierta o asegurada. En el caso del nivel de atención, la mayor parte de los paquetes presentaron un mejor desempeño en segundo nivel que primer nivel (seis *versus* uno). En lo que toca al tipo de población que se atiende se reconoció que en tres paquetes el mejor desempeño fue para población SP/abierta y en tres para asegurada. En trece paquetes no se obtuvieron diferencias en los desempeños por institución y en aquéllos que sí las hubo fueron las instituciones para población SP/abierta las que tuvieron un mejor desempeño: el SESA en doce comparaciones, en once IMSS-O y solamente en cinco el IMSS.. Podemos reconocer que las instituciones

presentan un desempeño más homogéneo, que no hay preeminencia por un mejor servicio en las instituciones de seguridad social.

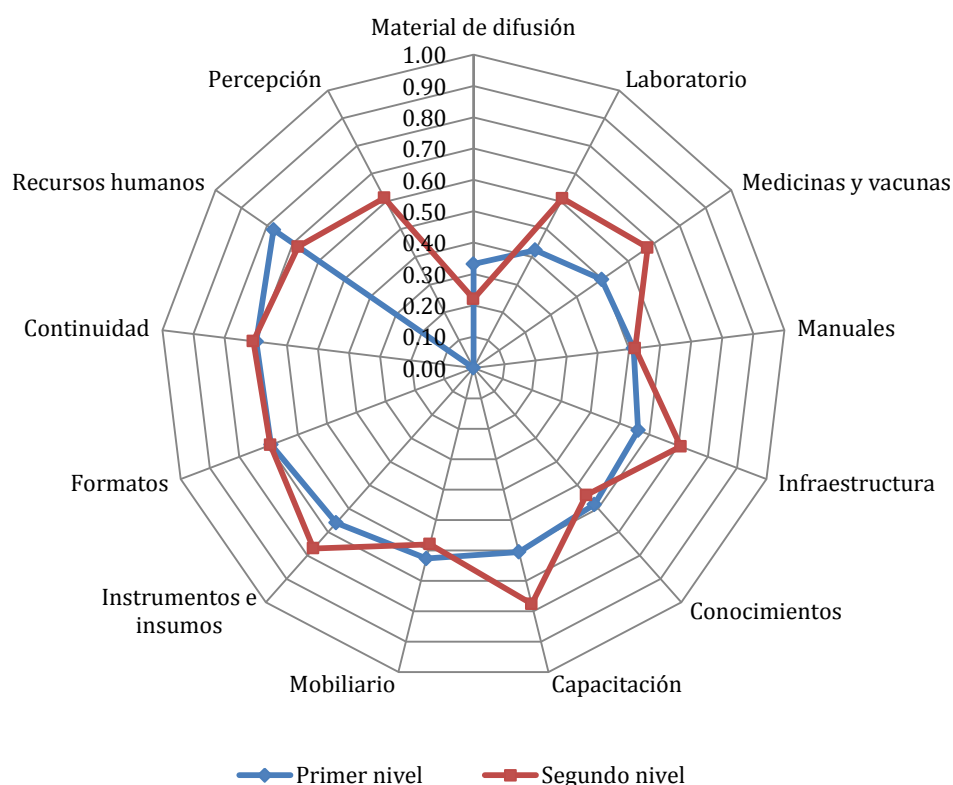
Cada programa, como se ha señalado, se organizó en tres dimensiones de producción de los servicios, resultando en un total de 18 dimensiones en los seis programas (Cuadro VIII.3), se reconoce que dos de ellas tuvieron el resultado más bajo con un índice menor a .50; 15 tuvieron desempeño mediano con índices que se encuentran entre el rango de .50 y .69 y uno desempeño adecuado con índices entre .70 y .84. De acuerdo con el comportamiento de las variables de interés para el monitoreo, se puede reconocer que hay más homogeneidad por niveles de atención y por tipo de población a la que se atiende, ya que en diez dimensiones respectivamente no se mostraron diferencias significativas en el cumplimiento ya sea para primer o segundo nivel, y en ocho en la prestación de servicios ya sea para población SP/abierta o asegurada. En el caso del nivel de atención, la mayor parte de los paquetes presentaron mejor desempeño en segundo nivel (cinco *versus* tres). En lo que toca al tipo de población que se atiende se reconoció que en cinco dimensiones el mejor desempeño fue para población asegurada y en tres para la SP/abierta. En ocho dimensiones no se obtuvieron diferencias en los desempeños por institución y en aquéllos que sí las hubo fueron el IMSS, los SESA y el IMSS-O los que tuvieron mejor desempeño: cada uno en tres dimensiones, el ISSSTE se destacó en el mal desempeño en seis dimensiones de todos los programas monitoreados. Podemos reconocer que las instituciones presentan un desempeño más homogéneo a excepción del ISSSTE, que no hay preeminencia por un mejor servicio en las instituciones de seguridad social.

## **Desempeño por tipo de intervención**

Como se señala en el capítulo de metodología, también se realizó un análisis de los seis programas incluidos de acuerdo con 13 tipos de intervención que, a su vez, fueron sistematizados por nivel de atención, población a la que atienden e institución. Las siguientes son las intervenciones definidas:

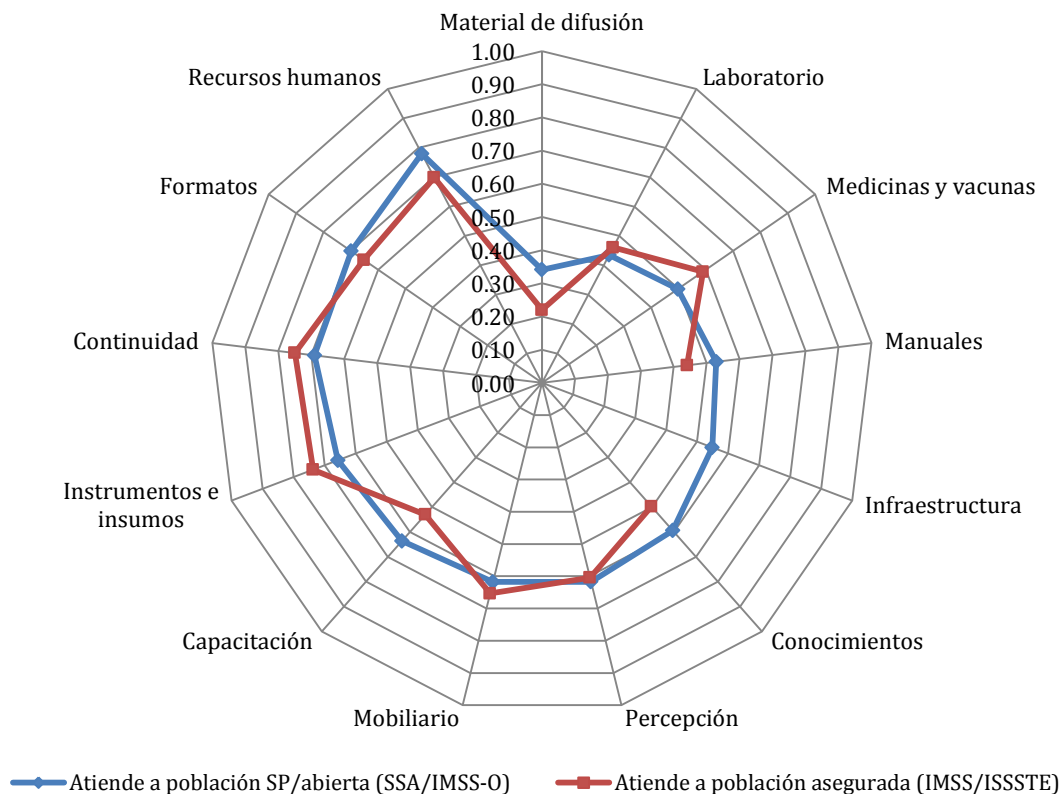
1. Disponibilidad de medicamentos y vacunas.
2. Disponibilidad de formatos y cartillas.
3. Disponibilidad de estudios de diagnóstico y exámenes de laboratorio.
4. Disponibilidad de mobiliario.
5. Disponibilidad de infraestructura.
6. Disponibilidad de instrumental, equipo e insumos.
7. Conocimientos técnicos a través de guías y normas.
8. Percepciones de calidad del servicio por proveedores.
9. Capacitación, actualización y certificación.
10. Disponibilidad de guías técnicas, manuales, normas y algoritmos.
11. Recursos humanos.
12. Materiales de difusión para la población.
13. Continuidad en el servicio y accesibilidad.

**Gráfica VIII.9 Desempeño de los paquetes por tipo de intervención, según nivel de atención**



La intervención que tuvo el más bajo desempeño es la de materiales de difusión, con un índice (.32) que requiere de atención urgente, el mejor desempeño se tuvo en primer nivel y en instituciones para población SP/abierta (IMSS-O y los SESA). El segundo tipo de intervención con el desempeño más bajo fue la disponibilidad de métodos diagnósticos, con un índice catalogado como bajo (.44), obteniéndose mejor desempeño en los servicios de segundo nivel en el IMSS (Gráfica VIII.12). La disponibilidad de medicinas y vacunas tuvo mediano desempeño con .51, siendo mejor para la población asegurada, en el IMSS y en segundo nivel. La disponibilidad de manuales, fundamentales para definir criterios y lineamientos diagnósticos y terapéuticos, ocupa la cuarta posición de menor a mayor calificación con desempeño mediano con un índice de .52, resultando mejor en los SESA y para población SP/abierta.

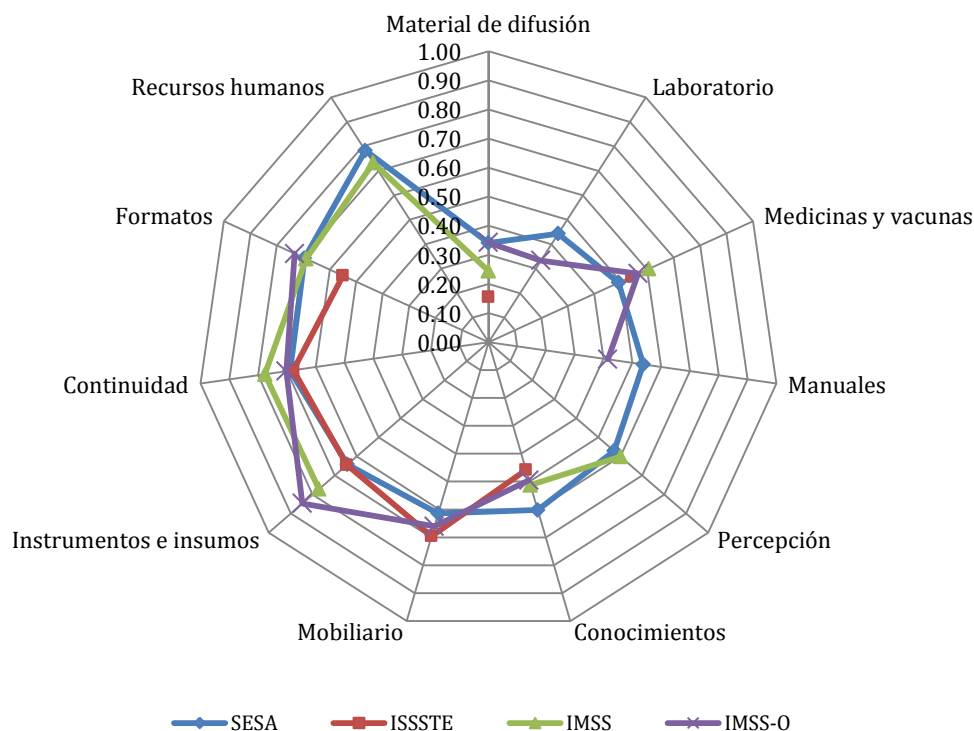
**Gráfica VIII.10 Desempeño de los paquetes por tipo de intervención, según tipo de población a la que se atiende**



La disponibilidad de infraestructura tuvo un índice de .57, desempeño mediano con mejor desempeño en la prestación del servicio dirigida a población asegurada y en el IMSS. El dominio de conocimientos estratégicos resultó con un índice de .58 (mediano desempeño), el mejor cumplimiento lo presentaron las unidades para población SP/abierta y los SESA. La percepción de la calidad de los servicios con .61 (mediano desempeño) no presentó diferencias en ninguno de los aspectos estudiados. La capacitación guarda el séptimo lugar en relación con el mejor desempeño (.62) y obtuvo un cumplimiento catalogado con desempeño mediano, siendo mejor para el personal de segundo nivel, y en unidades para población SP/abierta. La disponibilidad de mobiliario tiene desempeño mediano (.62) con un comportamiento homogéneo por instituciones y por niveles de atención. El equipo e instrumental tuvo desempeño mediano con .67, ocupando el quinto sitio y presentando diferencias significativas con mejor desempeño en el IMSS e IMSS-O, segundo nivel, y población SP/abierta. La presencia de formatos y cartillas con un índice de .69 y cumplimiento mediano, tuvo su más bajo desempeño en el ISSSTE. La continuidad en el servicio es más eficaz para población asegurada, en segundo nivel, y en el IMSS, y junto con la disponibilidad de recursos humanos ocuparon el segundo y primer lugares con índices de .70 y .77, respectivamente, y con un rango de desempeño adecuado. La mejor disponibilidad de recursos humanos la tuvieron las unidades para la población SP/abierta (Cuadro VIII.4 y Gráficas VIII.11, VIII.12 y VIII.13).



**Gráfica VIII.11 Desempeño de los paquetes por tipo de intervención, según institución**



En los Cuadros VIII.4 y VIII.5 se puede ver la homogeneidad o heterogeneidad en el desempeño por todos los tipos de intervención; el rango de desempeño va de muy bajo a adecuado, en ninguno de los casos se obtuvo un desempeño bueno y en el segundo nivel presentan una mejor calidad en la disponibilidad en cinco de las 13 intervenciones; solamente una del primer nivel resultó tener mejor cumplimiento. Podemos reconocer que algunas de las intervenciones son mejor ejecutadas para población SP/abierta (4/13) *versus* asegurada (4/13), lo que muestra que hay una tendencia a la homogeneidad en el desempeño de estas intervenciones. Hay una preeminencia en el mejor desempeño por IMSS en 8/13, los SESA en 6/13 e IMSS-O en 4/13, siendo el ISSSTE el que mostró un cumplimiento más bajo.



**Cuadro VIII.4 Tipos de intervenciones que presentaron diferencias significativas según índices nivel de atención, tipo de población e institución**

| Tipo de intervención                   | Índice | Nivel de atención primero <i>versus</i> segundo | Tipo de población SP/abierta <i>versus</i> asegurada | Tipo de institución                                                                                     |
|----------------------------------------|--------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Material de difusión                   | .32    | F=5.439**                                       | F=11.456***                                          | SESA-ISSSTE F=7.832***<br>SESA-IMSS F=5.385**<br>ISSSTE-IMSS-O F=7.014**                                |
| Disponibilidad de métodos diagnósticos | .44    | F=9.753***                                      |                                                      | IMSS-IMSS-O F=5.359**                                                                                   |
| Medicinas y vacunas                    | .51    | F=18.900***                                     | F=8.331***                                           | SESA-IMSS F=9.479***                                                                                    |
| Manuales                               | .52    |                                                 | F=4.000**                                            | SESA_ISSSTE F=4.816**<br>SESA-IMSS-O F=3.767**                                                          |
| Infraestructura                        | .57    |                                                 | F=8.801***                                           | SESA_IMSS-F=10.633***                                                                                   |
| Conocimientos                          | .58    |                                                 | F=10.973***                                          | SESA-ISSSTE F=6.803**<br>SESA_IMSS F=7.021**<br>SESA-IMSS-O F=5.520**                                   |
| Percepción                             | .61    |                                                 |                                                      |                                                                                                         |
| Capacitación                           | .62    | F=5.964**                                       | F=4.017**                                            | ISSSTE-IMSS-O F=4.800**                                                                                 |
| Mobiliario                             | .62    |                                                 |                                                      |                                                                                                         |
| Instrumental e insumos                 | .67    | F=5.314**                                       | F=4.9892**                                           | SESA-IMSS-O F=15.008***<br>SESA- IMSS F=10.231***<br>ISSSTE-IMSS F=4.279**<br>ISSSTE-IMSS-O F=11.368*** |
| Formatos y cartillas                   | .69    |                                                 |                                                      | ISSSTE-IMSS F=4.370**<br>ISSSTE-IMSS-O F=7.505**                                                        |
| Continuidad en el servicio             | .70    |                                                 | F=9.301***                                           | SESA-IMSS F=15.324***<br>ISSSTE-IMSS F=8.246***<br>IMSS-O-IMSS F=6.268**                                |
| Recursos humanos                       | .77    |                                                 | F=3.057**                                            | SESA-ISSSTE F=4.115**                                                                                   |

Fuente: Monitoreo de servicios de salud, 2010.

**Cuadro VIII. 5 Distribución de elementos que obtuvieron diferencias significativas en paquetes de intervención de programas de salud de la mujer, dimensiones en la producción del servicio y tipo de intervención, por nivel de atención, tipo de institución y tipo de población a la que se atiende**

| Mejor prestación del servicio    | Dimensiones | Paquetes de intervención | Tipo de intervención |
|----------------------------------|-------------|--------------------------|----------------------|
| <b>Nivel de atención</b>         |             |                          |                      |
| <b>Primer nivel</b>              | 3           | 1                        | 1                    |
| <b>Segundo nivel</b>             | 5           | 6                        | 5                    |
| <b>Sin diferencias</b>           | 10          | 17                       | 7                    |
| <b>Tipo de población</b>         |             |                          |                      |
| <b>Población SP/abierta</b>      | 3           | 3                        | 4                    |
| <b>Población asegurada</b>       | 5           | 3                        | 4                    |
| <b>Sin diferencias</b>           | 10          | 16                       | 5                    |
| <b>Institución<sup>232</sup></b> |             |                          |                      |
| <b>SESA</b>                      | 5           | 12                       | 6                    |
| <b>IMSS-O</b>                    | 9           | 11                       | 4                    |
| <b>IMSS</b>                      | 5           | 5                        | 8                    |
| <b>ISSSTE</b>                    |             |                          |                      |
| <b>Sin diferencias</b>           | 8           | 13                       | 2                    |

<sup>232</sup> Se incluyó la institución en el cuadro cuando había diferencias significativas con, por lo menos, tres instituciones: en cursivas cuando el índice es el menor y en negro cuando es el mayor.

## Capítulo IX

### Programa Igualdad de Género en Salud

Hilda Eugenia Argüello Avendaño<sup>233</sup>

#### Resumen ejecutivo

En el Programa de Acción Específico 2007-2012 Igualdad de Género en Salud (PAE-IGS, 2007-2012), la prioridad de “impulsar la aplicación transversal de la perspectiva de género en los programas de acción que lleve a cabo la Secretaría de Salud como cabeza de sector, junto con el Sistema Nacional de Salud” (SSA, 2008: 12) cobró relevancia a finales del año 2007, producto de su separación de la temática de violencia familiar, a la que se encontró ligado en el programa Mujer y Salud durante el sexenio gubernamental anterior. La puesta en marcha del Programa se dio a partir de 2008 en la Secretaría de Salud (SSA), con la formación de capacitadores en Igualdad de Género en Salud (IGS) por parte del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR) en ocho entidades federativas con municipios con el menor índice de desarrollo humano.

El PAE-IGS 2007-2012 sigue la línea de la igualdad de oportunidades del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 y se basa en las líneas estratégicas del Programa Sectorial de Salud 2007-2012, así como en la legislación actual en materia de igualdad y los convenios internacionales adquiridos por el Estado en pro de la equidad de género.

Es así que, al amparo del marco jurídico del derecho a la igualdad, así como del derecho a la protección de la salud, en el PAE-IGS 2007-2012 existe el reconocimiento de que las diferencias socio-culturales entre mujeres y hombres son determinantes para su salud. Por ello el programa se encarga de transversalizar la perspectiva de género en los programas prioritarios<sup>234</sup> a través de diversas acciones. Este estudio se enfocará en dar seguimiento de las actividades relacionadas con los procesos de formación de los profesionales de la salud en enfoque de género, ya que es una de las actividades centrales tanto del CNEGySR como de las entidades federativas.

Transformar la práctica médica desde una perspectiva de género y de derechos, requiere de recursos, no sólo para capacitación sino para la sensibilización del personal en su conjunto. Se pudo documentar que existen recursos económicos insuficientes para dicho Programa; también se reconoce en el estudio de caso la dificultad para ser incluido como programa regular en las instituciones de seguridad social como el IMSS

---

<sup>233</sup> Médica y maestra en antropología social, forma parte del secretariado técnico del Comité Promotor por una Maternidad Segura en México. Se agradece la colaboración del Dr. Gabriel A. Torres López por el tiempo dedicado a la revisión y corrección del presente documento.

<sup>234</sup> En el PAE se mencionan como programas prioritarios: Diabetes Mellitus y enfermedad cardiovascular; Obesidad; Seguridad vial y accidentes; Adicciones; Salud materna y perinatal; Planificación familiar; Cáncer de cérvix; Cáncer de mama; Discapacidad auditiva; VIH/SIDA; Dengue; Salud mental: Depresión, y Vacunación.

o el ISSSTE aunque, de acuerdo con el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF), durante 2009 y 2010 el ISSSTE recibió una partida destinada a las actividades relacionadas con la IGS<sup>235</sup>. A pesar de que el IMSS tiene un programa presupuestario para salud reproductiva (SR), no contempla actividades relacionadas con la IGS dentro de sus indicadores, ni en la norma que establece las disposiciones para la aplicación de los programas integrados de salud (PREVENIMSS).

En Chiapas<sup>236</sup>, estado en el que se hizo el estudio de caso, se reconoce la dificultad de operacionalizar el concepto de IGS en todos los niveles, tanto entre los responsables de programas en los niveles estatal y jurisdiccional como entre los prestadores de servicios en las unidades de atención. En Veracruz apenas se están estableciendo las relaciones con tres programas de salud para la incorporación de la perspectiva de género, pero no queda claro de qué manera. Se siguen enfocando los esfuerzos a las capacitaciones jurisdiccionales y a que quienes ya han sido formados como capacitadores repliquen el adiestramiento recibido.

En cuanto a los resultados del monitoreo sobre la capacitación del personal de salud de las unidades de primer nivel y de segundo nivel en el tema de IGS se observó lo siguiente: según los directivos de las unidades médicas de primer nivel, más de la mitad (55.3%) de las unidades médicas han recibido capacitación o actualización sobre el tema de IGS y 44.7% nunca la han recibido. De ser precisos, esos resultados rebasarían las metas que se planteó el CNEGySR de cubrir en este sexenio el 6% anual, es decir que para 2010 se esperaba contar con 18% de capacitación. De acuerdo con los responsables de las jefaturas de enseñanza de las unidades de segundo nivel, tres de cada cinco unidades no han recibido capacitación alguna en IGS. El IMSS es la institución que menos ha cumplido con ello, pues dicha situación es cierta para tres de cada cuatro unidades, aunque tratándose de personal que labora en la consulta externa general o ginecológica los resultados son más desfavorables para el ISSSTE (ocho de cada diez unidades). Los resultados muestran que en 75% de las unidades el personal considera importante recibir capacitación en este tema, esta es una ventana de oportunidad y por tanto se requiere de fortalecer el presupuesto a fin de lograr la consolidación del programa.

## Introducción

Antes de que el PAE-IGS 2007-2012 fuera creado, existía el Programa Mujer y Salud, que incorporaba líneas de trabajo en torno a la violencia y perspectiva de género. Al inicio de la administración federal actual se planteó la necesidad de separar los dos temas y crear dos programas: el Programa de Acción Específico 2007-2012 Prevención

---

<sup>236</sup> Los resultados de Chiapas que se plasman en este documento provienen del Informe de Análisis al Programa Atención de la Salud Reproductiva y la Igualdad de Género en Salud (Modalidades: Arranque Parejo en la Vida, Planificación Familiar e Igualdad de Género en Salud) en el Estado de Chiapas 2008-2009: <http://www.funcionPública.gob.mx/index.php/transparencia/contraloria-social/observatorios-ciudadanos>

y Atención de la Violencia Familiar y de Género, y el Programa de Acción Específico 2007-2012 Igualdad de Género en Salud. Este último se concibió como un programa transversal e interinstitucional dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS), de ahí que se elaborara una primera propuesta desde la SSA, particularmente desde el CNEGySR, que convocó a seis instituciones del SNS las cuales designaron a un representante para cuatro reuniones de trabajo, a partir de las cuales se obtuvo la versión inicial del programa que ya contenía los cinco objetivos que actualmente lo sustentan; sobresalían la necesidad de capacitar, sensibilizar al personal de salud operativo y promover la publicación de estudios con perspectiva de género. Acerca de la fuente de financiamiento para el naciente programa se planteó que, debido a los escasos o nulos recursos de que se disponía, con el paso del tiempo podría irse allegando financiamiento mediante su inclusión en otros programas o que habría que solicitarlo, sin embargo éste es un aspecto que no se explicita en el Programa.

En el PAE-IGS 2007-2012 existe el reconocimiento de que las diferencias socio-culturales entre mujeres y hombres son determinantes para su salud, y su objetivo general es:

Avanzar hacia la igualdad de oportunidades y el respeto del derecho a la protección de la salud considerando las diferencias biológicas entre mujeres y hombres así como las desigualdades sociales derivadas del sistema tradicional de género; con la finalidad de reducir el impacto nocivo sobre la salud de las mujeres y los hombres determinado por los roles, estereotipos y relaciones desiguales de género. (SSA, 2008: 32)

Del objetivo general se desprenden cinco objetivos específicos (SSA, 2008: 32):

1. Transversalizar la perspectiva de género en los programas<sup>237</sup> y las principales acciones de promoción de la salud, prevención y atención de las principales causas prioritarias de enfermedad, discapacidad y muerte.
2. Fortalecer los procesos de formación de los profesionales de la salud en enfoque de género, en el marco de los derechos humanos como elemento central para favorecer la calidad en salud.
3. Integrar la perspectiva de género en el marco de los derechos humanos como eje fundamental para la calidad, en el Sistema Nacional de Salud.
4. Disminuir la presencia de estereotipos establecidos de género en las campañas del Programa Único de Promoción Educativa en Salud.
5. Promover la producción de información en la temática de salud con perspectiva de género y la documentación de inequidades con base en evidencias científicas.

Actualmente el CNEGySR desarrolla diferentes actividades para el cumplimiento de sus objetivos y sus metas, entre las que destacan: reuniones de trabajo con líderes federales y estatales de programas prioritarios de salud; emisión de opiniones técnicas para incorporar la perspectiva de género a documentos técnicos y normativos; proyectos conjuntos con programas prioritarios de salud para que incorporen la perspectiva de género en acciones de promoción de la salud, prevención y atención; reuniones de trabajo con los representantes de los servicios estatales de las 32 entidades federativas,

---

<sup>237</sup> En el PAE se mencionan como programas prioritarios: Diabetes Mellitus y enfermedad cardiovascular; Obesidad; Seguridad vial y accidentes; Adicciones; Salud materna y perinatal; Planificación familiar; Cáncer de cérvix; Cáncer de mama; Discapacidad auditiva; VIH/SIDA; Dengue; Salud mental: Depresión, y Vacunación.

así como de las instituciones públicas federales del Sistema Nacional de Salud (SNS); elaboración, publicación y distribución de materiales de apoyo a las 32 entidades federativas, así como a las oficinas federales de las instituciones públicas de salud del segundo nivel; emisión de opiniones técnicas sobre la perspectiva de género y comunicación incluyente en materiales impresos de difusión; edición, publicación y distribución de la revista “Género y Salud en Cifras” y otros materiales de difusión de estos temas; la promoción en las 32 entidades federativas de una persona responsable de este programa que además de realizar actividades de capacitación también promueva la sensibilización a fin de asegurar acciones con enfoque de género con aquel personal estratégico de los programas prioritarios de salud; además del apoyo con materiales didácticos y acciones de capacitación, cursos de formación de capacitadores y capacitadoras y visitas de seguimiento a las entidades federativas. Para este monitoreo consideramos fundamental dar seguimiento a la capacitación, ya que es la estrategia que a corto plazo cambiará las prácticas de los prestadores de servicios de salud en su quehacer cotidiano.

Entre las metas que se propone el Programa se encuentran: emprender acciones con el enfoque de género en la promoción, la prevención y la atención en todos los programas prioritarios; lograr la capacitación de 30% del personal de salud, lo cual corresponde a 46,099 profesionales, para lo que necesitaría lograr la cobertura de 100% del curso de formación de capacitadores/as en género y derechos humanos en todas las entidades federativas; 100% del personal directivo (directores y subdirectores) de unidades de segundo nivel capacitados en género; 100% de los indicadores del “Sistema INDICAS para el diagnóstico de calidad”, previamente seleccionados, desagregados por sexo; que 100% de los productos comunicativos de campañas para la promoción educativa en salud de programas prioritarios tengan la perspectiva de género integrada para 2012; que 100% de las estadísticas de discapacidad y gasto en salud e información del expediente electrónico estén desagregadas por sexo, y mantener una publicación cuatrimestral del boletín de divulgación sobre género y salud para personal de salud y profesionales interesados en la temática.

El Programa de Igualdad de Género en Salud fue elaborado por el CNEGySR y puesto a consideración a los Servicios Estatales de Salud, en la Reunión Nacional de Prevención y Promoción para una Mejor Salud de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud realizada en octubre de 2007. En dicha reunión se establecieron las metas por consenso con las entidades federativas representadas. Cabe aclarar que a las sesiones de trabajo para este programa sólo acudieron representantes de 15 entidades, aunque fueron convocadas las 32 entidades federativas. A partir de entonces las entidades federativas tienen el compromiso de designar a un responsable del Programa, pero en muchos casos la tarea se asignó a quien ya era responsable estatal del programa de prevención y atención a la violencia; en Campeche por ejemplo, hay una sola persona responsable de todos los programas del CNEGySR mientras que en el caso de Chiapas, que ya contaba con una Unidad de Género y Salud, la implementación del Programa se facilitó. En Morelos y en Sinaloa se designó a una persona para el Programa; en Aguascalientes se hizo cargo la misma persona encargada del Programa de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes; en otros estados de la República fue a partir de los recursos disponibles del Programa de Violencia que se contrataron asistentes para la tarea, y en Durango fue hasta 2009 que dieron marcha a algunas acciones del Programa, argumentando falta de recursos.

Es importante señalar que el CNEGySR no tiene recursos destinados para apoyar a los estados respecto del Programa de IGS, salvo el representado por algunos insumos y la formación de capacitadores mediante cursos coordinados e impartidos desde el propio CNEGySR. Sin embargo, han padecido una disminución del presupuesto para ello, lo cual se ha reflejado en que sólo se habían podido realizar 14 cursos de capacitación hasta junio de 2010. Los cursos de formación para capacitadores iniciaron en abril de 2008 actividad que se financió con el presupuesto anual aprobado cercano a los seis millones de pesos, impartándose ocho cursos en dicho año. El presupuesto disminuyó a cuatro millones para 2009 por lo que sólo llevaron a cabo cuatro cursos, y en 2010 se redujo nuevamente, ahora a 800,000 pesos, por lo que la entonces directora y su adjunta consideraron la necesidad de utilizar recursos de otros programas para dar continuidad a la capacitación, logrando la meta de ocho cursos durante ese año.

La falta de financiamiento es un obstáculo que no sólo afecta al CNEGySR sino también a las entidades federativas, lo cual ha sido una preocupación desde el arranque del Programa. No obstante, como señala la líder federal del programa casi la mitad de las entidades federativas ya asignan recursos a los Servicios Estatales de Salud para este programa, y ya se cuenta por lo menos con una persona designada para este programa como responsable estatal. También apunta, que no era necesario que los estados esperaran los recursos, porque la capacitación pretende habilitar en el manejo de un manual diseñado para talleres de sensibilización de género, elaborado y validado por el CNEGySR, para que 25 ó 30 personas repliquen e impartan talleres de sensibilización. En abril de 2008 se entregaron tres ejemplares del manual a las 32 entidades federativas en la Reunión Nacional de responsables estatales del programa de IGS. La metodología del manual permite adaptar talleres desde cuatro horas hasta tres días de duración o incluso una semana. Se decidió empezar con ocho estados con menor índice de desarrollo humano para mantener la alineación con otros programas de salud como Arranque Parejo en la Vida, y se hizo hincapié en que al resto de la República le correspondería empezar sus capacitaciones en género con base en el manual entregado. Es así que el inicio oficial de las acciones del programa ocurrió en 2008.

En el país, para mayo de 2010, 32 estados contaban con un responsable para IGS, no obstante en 15 el responsable no se ocupaba exclusivamente de dicho Programa, lo cual no era visto necesariamente como una limitante ya que desde el CNEGySR se les sugería remontar la falta de recursos mediante alianzas con otros programas que contaran con más financiamiento, como el de prevención y atención a la violencia, el de cáncer de mama (CaMa) o cualquiera de los otros programas del CNEGySR que dispusiera de financiamiento para capacitación. El abasto del manual para facilitar la capacitación se ha dado a través de los cursos de formación de capacitadoras/es. En cada curso se reparten 30 carpetas, aunque se ha entregado un CD con el manual en versión electrónica a los estados que lo han solicitado para reproducirlo como fue el caso de Veracruz.

Los primeros ocho estados en los que se llevaron a cabo cursos de capacitación fueron: Guerrero, Oaxaca, Veracruz, Puebla, Estado de México, Zacatecas, Michoacán e Hidalgo.<sup>238</sup> En 2009, el segundo año, la elección de los estados tuvo que ver más con el ajuste del presupuesto, que se redujo enormemente, por lo que se priorizaron otras

---

<sup>238</sup> San Luis Potosí estaba incluido en este primer grupo, pero como no pudieron conciliar la agenda con la jefatura de salud reproductiva se incluyó al Estado de México en su lugar.



actividades como la colaboración conjunta con el Instituto Nacional de Salud Pública y la publicación del boletín, por lo tanto se realizaron capacitaciones en cuatro estados: Nayarit, Campeche, Chihuahua y Morelos. Para 2010 se enfocaron en aquéllos en los cuales existían condiciones favorables para llevar a cabo los talleres, como Tlaxcala, Sinaloa, Yucatán, Querétaro, Colima, Aguascalientes, Tabasco y San Luis Potosí. El estado de Chiapas<sup>239</sup> cuenta con recursos para la puesta en marcha de los talleres, así que se habían comprometido a implementarlos guiados por la carpeta de capacitación. En 2009 convocaron a cuatro personas para ser capacitadas y contribuir así al avance en las acciones de Género en Salud en Chiapas.

La decisión acerca de quiénes asisten a los cursos de capacitación recae en los institutos de salud de los estados, no en el CNEGySR. Usualmente son de 25 a 30 personas. Algunos envían personal de diferentes jurisdicciones o que trabajan en el tema de violencia, a los que sólo asiste personal de los SESA.

Respecto de la colaboración con el IMSS e ISSSTE, la responsable señala la importancia de la conformación de un grupo interinstitucional a través del cual se plantearon alternativas para que esas instituciones también iniciaran con el Programa. Estas reuniones interinstitucionales se han realizado de manera intermitente desde el 2008 y han contribuido a compartir la metodología que está aplicando la SSA en los SESA. Por su parte las instituciones de seguridad social, han referido no contar con recursos o contar con ellos para incorporar la perspectiva de género pero en el ámbito laboral o en otros aspectos que no coinciden con los del PAE IGS. No se han obtenido resultados contundentes a fin de que las instituciones de seguridad social lleven a cabo estrategias internas para arrancar el Programa.

La falta de mecanismos de seguimiento es un problema que no sólo afecta al grupo interinstitucional, sino también a las entidades federativas. No existe un sistema de monitoreo ni de información implementado, y aunque el CNEGySR tuvo la iniciativa de requerir a los estados un informe trimestral, la falta de recursos y el hecho de que no se encuentre dentro del sistema de información en salud ha hecho que la elaboración de dichos informes dependa más de la buena disposición de las entidades federativas que quieran entregarlos. Durante el año 2009 se creó un sistema de información de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud para sus 31 programas de acción entre los cuales está incluido el del IGS; las metas reportadas en dicho sistema corresponden a los compromisos establecidos en los convenios AFASPE entre los SESA y la SSA. Instituciones como IMSS, ISSSTE, SEDENA, SEMAR y PEMEX únicamente informan de sus avances cuando se reúne el grupo intersectorial.

La priorización respecto a en qué programas se trabajan cada año<sup>240</sup> para incorporar la perspectiva de género ha dependido más de las alianzas logradas por parte del equipo del CNEGySR con los encargados federales (por ejemplo de diabetes, de prevención de accidentes y VIH/SIDA) para lo cual, básicamente, han ofrecido

---

<sup>239</sup> La líder nacional de IGS del CNEGySR afirma que en Chiapas, durante 2008, se llevó a cabo un diplomado coordinado por Benno de Keijzer sobre Género en Salud.

<sup>240</sup> En el PAE se mencionan como programas prioritarios: Diabetes Mellitus y enfermedad cardiovascular; Obesidad; Seguridad vial y accidentes; Adicciones; Salud materna y perinatal; Planificación familiar; Cáncer de cérvix; Cáncer de mama; Discapacidad auditiva; VIH/SIDA; Dengue; Salud mental: Depresión, y Vacunación.

opiniones técnicas a documentos técnicos, normativos y productos comunicativos para las campañas de prevención, aunque la última palabra la tienen los encargados de los programas que reciben su asesoría. En algunos casos han recibido una solicitud directa de asesoría para las campañas ya que, de acuerdo con la Ley General para la Igualdad de Mujeres y Hombres (LGIMH), todas las campañas deben eliminar estereotipos establecidos en función del sexo y coadyuvar a la eliminación de estereotipos que discriminan y promueven la violencia de género.

En sus asesorías tratan de ir más allá del lenguaje incluyente -que consideran es lo que tiene más fácil comprensión y aceptación- y han llegado a participar en las revisiones de normas oficiales mexicanas (como fue el caso del Programa de CaMa). Además, algunas recomendaciones rebasan el poder de decisión de ciertos mandos, como por ejemplo la modificación de horarios de atención de los servicios de salud para que acudan más hombres, o la compra y distribución de condones femeninos.

Los procesos de sensibilización para incorporar la perspectiva de género son complejos; por ejemplo, hasta el 2009 fue difícil que la Dirección General de Comunicación Social (SSA) incorporara esta perspectiva, sin embargo la conjunción de esfuerzos entre el CNEGySR, Naciones Unidas a través del PNUD y la Secretaría de Gobernación han logrado la sensibilización y el compromiso para incorporar esta perspectiva en dicha Dirección. .

A pesar de que la capacitación y sensibilización son los aspectos que más se impulsan dentro del Programa, la escasez de recursos humanos (a nivel federal laboran únicamente tres personas como mandos medios en el área de género, quienes se encargan de los talleres) no permitiría una formación continua en perspectiva de género para los capacitadores necesarios para lograr un impacto sustancial.

## **Alineación normativa**

En el marco internacional, el Programa de Igualdad de Género y Salud, se alinea con la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés) en los Artículos 1, 3, 5 y 12; además con la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo: Capítulo IV. Igualdad y equidad entre los sexos y habilitación de la mujer; Capítulo VII. Derechos reproductivos y salud reproductiva, y Capítulo VIII. Salud, morbilidad y mortalidad, así como con la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer del 4 al 15 de septiembre de 1995: Plataforma de Acción La mujer y la Salud, párrafos 89 a 105.

En México, el derecho a la igualdad entre mujeres y hombres está protegido fundamentalmente por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, y por la Ley General para el Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

## ***Plan Nacional de Desarrollo***

El PAE-IGS 2007-2012 se alinea con el Eje 3 Igualdad de oportunidades, 3.2 Salud, en sus objetivos 4. Mejorar las condiciones de la población y 5. Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente; 3.5 Igualdad entre mujeres

y hombres, objetivo 16. Eliminar cualquier discriminación por motivos de género y garantizar la igualdad de oportunidades para que las mujeres y los hombres alcancen su pleno desarrollo y ejerzan sus derechos por igual.

### ***Plan sectorial***

El PAE se alinea con la Estrategia 2, Línea de Acción 2.1 Construcción de una nueva cultura para una mejor salud: campañas y mensajes educativos; Estrategia 3, Línea de Acción 3.4 Promover políticas interculturales de respeto a la dignidad y derechos humanos de las personas.

## **Estudios de caso: el programa IGS en los estados**

### ***Veracruz***

#### **Servicios Estatales de Salud (SESA)**

En el estado de Veracruz no se cuenta con una versión estatal del PAE-IGS y se guían por los lineamientos contenidos en el PAE-IGS 2007-2012. Esta entidad se contó entre las ocho en las que se inició la formación de capacitadores en abril y junio de 2008. A partir del curso inicial y de la recepción del manual para la capacitación en 2010 tenían proyectado reproducir las carpetas para continuar con el proceso de adiestramiento a través de sus propios capacitadores jurisdiccionales identificados, para que no recayera como responsabilidad exclusiva en el personal que labora en el Programa, que en este estado se ocupa además del programa de prevención y atención de la violencia familiar y de género.

La encargada estatal del Programa de IGS y del programa de violencia familiar menciona que han recibido capacitación por parte del Instituto Veracruzano de las Mujeres mediante diplomados enfocados al trabajo intercultural y de derechos humanos, aunque es un rubro en el que considera no han avanzado lo suficiente. Otra iniciativa que se ha visto impulsada por la responsable estatal<sup>241</sup> es la asesoría a los contenidos informativos.

Para 2010, las metas del Programa se centraron en concluir la fase de formación de capacitadores jurisdiccionales y aproximarse a tres programas prioritarios<sup>242</sup> “si no al 100%, al menos que se esté estableciendo la relación”. Considera que el principal reto que enfrentan en Veracruz es precisamente el incorporar la perspectiva de género; reconocen como estratégico que las autoridades estén sensibilizadas y convencidas, y lo mismo se espera de los coordinadores de programas para que se facilite la capacitación “en cascada”, aunque no cuentan con una estrategia identificable para hacer transversal la perspectiva de género.

Respecto al presupuesto para el Programa de IGS, la responsable comenta que, como coordinadores de programa: “[...] tenemos que hacer la gestión a nuestro estado para solicitar estos presupuestos; es un trabajo conjunto con el Instituto Veracruzano de las Mujeres para poder ir generando los presupuestos. [...] debemos ser gestores, hay

---

<sup>241</sup> Responsable estatal de programa IGS del SESA de Veracruz.

<sup>242</sup> Sin embargo, de los tres programas prioritarios, mencionaron dos: Diabetes, y Salud Materna y Perinatal.

que trabajar con proyectos, hay que buscar la manera”.

El presupuesto de 2010 fue de un millón de pesos. La rendición de cuentas, aclara, se da a través de la medición de indicadores con el área de planeación, que para entonces era el indicador de capacitación. En el futuro esperan lograr que las acciones de promoción a la salud dirigidas a población vulnerable tengan el enfoque de género, aunque el principal reto enfrentado es la resistencia del personal para entender y adoptar la perspectiva de género en la salud y el impacto que tienen los roles femeninos y masculinos en la morbilidad, en la búsqueda de atención y su vinculación con los servicios de salud. Asegura que no han documentado quejas de los usuarios por maltrato atribuido a cuestiones de género.

## ***Chiapas***

### **Servicios Estatales de Salud (SESA)<sup>243</sup>**

En Chiapas se cuenta con una versión estatal resumida del programa de IGS. El documento rector es el PAEIGS 2007-2012, aunque sólo trabajan con dos de los cinco objetivos específicos del programa federal: actualizar y capacitar a prestadores de servicios de salud sobre equidad de género en las 10 jurisdicciones sanitarias, y realizar campañas de promoción educativa para la salud en los 14 programas prioritarios de salud. El PAE-IGS no tiene población beneficiaria directa, sino que pretende que el género sea una perspectiva transversal para todas las intervenciones de prevención y promoción de la salud, diseñada e implementada por los servicios de salud, pero la población sobre la que principalmente quiere influir es el personal de salud. Cuentan con pocos recursos que deben dividirse entre las 10 jurisdicciones sanitarias del estado, empleándolos principalmente para talleres de capacitación al personal de salud, con lo cual ven limitada su capacidad de promoción, además de lo reciente de la creación -en 2008- de la figura encargada de implementar el Programa a nivel estatal. De acuerdo con los Anexos de los Recursos Federales aplicados por las entidades federativas y municipios, de la SHCP, para 2008 el monto programado fue de 599,062 pesos, de los cuales para el tercer trimestre se había transferido al estado un total de 476,669 y para el mismo periodo sólo se había ejercido un total de 132,554, que representan un ejercicio de 28% y, por tanto, un subejercicio de 72%. Para 2009, el total anual asignado fue de 599,062 pesos, con un subejercicio -al segundo trimestre- de 88% en el rubro de *Capacitación*. En cuanto a capacitación de personal de salud, se ha avanzado sólo con 23% de los 400 prestadores de servicios que se tienen como meta.

Dentro de la organización del Instituto de Salud de Chiapas (ISECH), algunos de los entrevistados a nivel jurisdiccional señalan que hay espacios a los que todavía es muy difícil que tengan acceso las mujeres, como las direcciones de unidades de segundo nivel, pues en todo el estado solamente hay una mujer con dicha posición, lo que representa apenas 5% del total y que es “más fácil” que obtengan jefaturas jurisdiccionales, aunque hay sólo dos mujeres con dicho rango, lo que representa apenas 20%.

---

<sup>243</sup> Arg ello H., Freyermuth G., Meléndez D. Observatorio para la Transparencia, la Rendición de Cuentas en la Aplicación de los Presupuestos y Programas de la Administración Pública Federal en Materia de Transversalidad de la Perspectiva de Género (Sistema de Igualdad) 2009: [http://www.funcionpublica.gob.mx/images/doctos/ACERCA/uorcs/observatorio-ciudadano/2009/chiapas\\_salud\\_reproductiva\\_sesa.pdf](http://www.funcionpublica.gob.mx/images/doctos/ACERCA/uorcs/observatorio-ciudadano/2009/chiapas_salud_reproductiva_sesa.pdf)

No hay una estrategia clara de cómo se quiere lograr la implementación del Programa ni cómo evaluar el impacto que tienen los talleres o las campañas, es decir, no se cuenta actualmente con indicadores de proceso e impacto para evaluar.

Algunos de los mandos altos (responsable de SR jurisdiccional, responsables del programa de planificación familiar a nivel jurisdiccional) no tienen claridad respecto del concepto IGS; lo confunden con lo tratado en los talleres o capacitaciones que se imparten a los(as) usuarios(as) o en los que recibe el personal de salud en temas de violencia doméstica; incluso a algunos de los responsables de coordinar las acciones de planificación familiar a nivel jurisdiccional el concepto de igualdad o equidad de género les resulta incomprensible. Este mismo desconocimiento se hace evidente entre los prestadores de servicios médicos de contacto con pacientes en centros de salud. Al indagar sobre cómo se incluye la perspectiva de género o la perspectiva étnica en la práctica diaria, la respuesta fue tautológica, es decir, “a través de un enfoque de género o un enfoque intercultural”; este último es confundido con las dificultades culturales que se enfrentan en contextos como el de Los Altos de Chiapas. Hay desconocimiento acerca de que la intención primordial del Programa de IGS es sensibilizar al personal de salud en el enfoque de género. En síntesis, equidad de género se confunde con el programa de violencia familiar. La transversalización es una de las acciones que prácticamente no se ha promovido en la SSA, ya que este componente no ha contado con el apoyo de las administraciones previas y resulta aún más ajena la iniciativa de transversalizar el enfoque de género en los programas de los principales padecimientos de morbi-mortalidad en México.

Por otra parte, existe resistencia entre algunos prestadores de servicios, principalmente directivos, para ser capacitados, lo cual se refleja en que actualmente el adiestramiento se lleve a cabo principalmente para auxiliares en salud, trabajadoras sociales, personal de enfermería y técnicos en atención primaria. Por otro lado, los frecuentes cambios en los mandos del ISECH y en la dirección de unidades de segundo nivel han dificultado la capacitación de este personal.

## **IMSS**

El IMSS se apresta a hacer desaparecer en algunas de sus delegaciones la coordinación de Salud Reproductiva. Hoy día cuenta con dos modelos de delegación: el Tipo A, en la cual la dirección de prestaciones médicas se divide en cuatro unidades (una de las cuales es la de salud pública) y dos coordinaciones; y el Tipo B, en la que como parte de la jefatura de prestaciones médicas se encuentra la coordinación de SR;<sup>244</sup> al parecer, Chiapas continuará con una organización delegacional tipo B, ya que en este estado no se está modificando la prioridad de las acciones ni de los programas de SR. Se pudo observar una limitada alineación entre las acciones que el IMSS impulsa en sus delegaciones (PREVENIMSS: en el que se encuentran integrados estos tres programas) y el Programa Integrado de SR que impulsa el CNEGySR.

Por medio de entrevistas con funcionarios se constató que no se otorga ninguna prioridad a la equidad de género, aunque se señale que se siguen los lineamientos del programa específico de PF. Los y las médicas no han recibido formación sobre temas de

---

<sup>244</sup> La diferencia es que en el Tipo B la coordinación de salud está integrada a la Jefatura de Prestaciones Médicas y no separada de ella, como en el Tipo A.

equidad, la mayoría ha cursado la especialidad de medicina familiar en el propio Instituto y dicha perspectiva no ha sido incluida en su formación; tampoco en las capacitaciones que se promueven en el IMSS se revisa dicha temática.

## **Capacitación en Igualdad de Género en Salud (IGS)**

### ***Primer nivel***<sup>245</sup>

En las unidades de primer nivel se indagó sobre la capacitación del personal de salud en los ámbitos de la dirección del hospital y de consulta externa general. Al preguntar a los directivos sobre la capacitación del personal que labora en las unidades médicas de primer nivel, se aprecia que en poco menos de la mitad (44.7%) de éstas nunca han tenido alguna capacitación o actualización sobre el tema.<sup>246</sup> Al respecto, es posible observar diferencias entre las unidades médicas que atienden a población SP/abierta y las que atienden a población asegurada. En las primeras no han recibido capacitación o actualización en IGS en 41.8%, y de las segundas es el ISSSTE el más rezagado en este aspecto (70.3%).

Al preguntar al personal de salud si habían recibido capacitación en IGS en los últimos 12 meses, en 52.7% de las unidades médicas de primer nivel la respuesta fue negativa.<sup>247</sup> Esto fue más común en las unidades que atienden a población asegurada (69.9%), en tanto que para las unidades para población SP/abierta esta situación prevaleció en la mitad (49.9%).

Tres cuartas partes (77.9%) del personal encargado de la consulta externa general de las unidades de primer nivel considera que necesita capacitación o actualización en IGS, sin diferencias significativas respecto del tipo de población atendida. No obstante, por tipo de institución es el personal del ISSSTE el que menos la considera necesaria. Llama la atención que la falta de capacitación es menos reconocida por los directivos que por el personal y que la mitad de las unidades médicas de primer nivel no ha recibido alguna capacitación al respecto.

### ***Segundo nivel***

En las unidades de segundo nivel se inquirió sobre la capacitación del personal de salud en el ámbito de la jefatura de enseñanza y consulta externa general o ginecológica.

El ámbito de jefatura de enseñanza aplicó y fue llenado en 71.4% de las unidades de segundo nivel. En 60.6% de las jefaturas de enseñanza se respondió que no habían recibido alguna capacitación o actualización en IGS.<sup>248</sup> Esta falta de capacitación o actualización resultó mayor en las unidades para población asegurada (68%) que para población SP/abierta (56.9%). Por institución, son las unidades del IMSS (75.8%) las

---

<sup>245</sup> Capacitación en IGS en unidades médicas de primer nivel: En el ámbito de la dirección (una intervención) y en el de consulta externa general (dos intervenciones). En ambos se respondió en 100%.

<sup>246</sup> En 6.3% de las unidades médicas respondieron que “no sabían” y en 49% que “sí han recibido alguna capacitación o actualización” en IGS.

<sup>247</sup> En 3% dijeron que no sabían y en 44.3% que sí.

<sup>248</sup> 7%: no sabe; 28.8%: sí hubo alguna capacitación o actualización.



que menos han sido adiestradas en el tema, seguidas por las del ISSSTE (48.7%) y los SESA (40.6%).

Respecto de la consulta externa general o ginecológica de las unidades de segundo nivel, en tres cuartas partes de ellas (73.3%) no se recibió adiestramiento durante los 12 meses previos al monitoreo. No hubo diferencias significativas por tipo de población atendida,<sup>249</sup> ni por institución, aunque la situación fue más prevaleciente en las del ISSSTE.

Tres de cada cinco unidades de segundo nivel no han recibido alguna capacitación en IGS y, según lo hallado en el ámbito de las jefaturas de enseñanza, el IMSS es el que menos habría capacitado a su personal (tres de cada cuatro unidades). Según el propio personal de salud encargado de la consulta externa general o ginecológica, la mayor carencia correspondería al ISSSTE (ocho de cada diez unidades).

---

<sup>249</sup> SESA/IMSS-O 71.6%; IMSS/ISSSTE 76.5%.



## Conclusiones y recomendaciones

Un paso importante ha sido la separación del Programa de Igualdad de Género del Programa de Violencia. No obstante, el que en 15 entidades federativas la responsable del programa de IGS este a cargo de este y otro(s) programas -la mayoría de las veces al de prevención y atención a la violencia familiar- dificulta la operación y desarrollo de las actividades del programa.

De lo novedoso de la perspectiva y la complejidad de los conceptos resulta que, para los casos de Chiapas y Veracruz, se requiere que el Programa estatal de IGS incluya componentes claros con actividades y productos esperados. Para tal fin, sería pertinente que el nivel federal fortaleciera la capacitación a los responsables estatales del Programa para la construcción de indicadores de proceso e impacto, así como explicitar los cambios en las prácticas, que se pretenden lograr para cada uno de los cinco objetivos propuestos en el PAE.

Otro reto importante es que los programas prioritarios que deben incorporar la perspectiva de género se ven obstaculizados -muchos de ellos- en su ejecución, cuando a nivel estatal no se aceptan ciertas recomendaciones federales, como es el caso de Morelos, en donde el responsable estatal del programa de adicciones rechazó la sugerencia de incorporar la capacitación de igualdad de género a todo el personal que atiende los centros de integración juvenil, argumentando que no era algo que el consejo estatal de Morelos le demandara. Esto remite además a la falta de recursos del Programa, principal argumento de las entidades federativas, ya que de la federación -a través del CNEGySR- sólo reciben insumos (boletines, folletos, etc.) y los cursos (que hasta la fecha están programados a uno por estado).

Aunque de una primer mirada se podría concluir que los resultados son limitados en cuanto a la capacitación del personal de salud, es necesario señalar que el programa ha cumplido con las metas que se propuso. El reto es asegurar una formación continua en IGS aplicada a los programas prioritarios. Se requiere por tanto evaluar la capacitación se quitacapacitación en casacadafin de identificar su operación, sobre todo en las unidades de segundo nivel, pues en tres cuartas partes de las unidades el personal de salud manifestó no haber recibido capacitación alguna. Al respecto, es necesario tomar en cuenta que se documentó que con frecuencia resulta difícil negociar los permisos para que el personal de salud pueda asistir a los cursos y que estos se planifiquen pensando en facilitar la mayor asistencia posible del personal operativo.

Un gran obstáculo que enfrenta este Programa es que a nivel de mandos directivos de las unidades médicas existen cambios constantes, sobre todo en las unidades de segundo nivel. La falta de continuidad en los mandos que ya han recibido capacitación y dejan el puesto impacta negativamente en la posibilidad de incorporar el tema en la capacitación del personal de salud, se recomienda crear incentivos especiales o perfiles de ingreso que aseguren la contratación de profesionales interesados y expertos en el tema.

Finalmente, el grupo interinstitucional es un espacio de oportunidad para impulsar la incorporación del programa de IGS en las instituciones de seguridad social;

conformar una agenda de trabajo a mediano plazo y continuar con el acompañamiento propiciará no sólo la creación de normas técnicas dentro de las instituciones, sino también la posibilidad de mejorar la operación del Programa, incluyendo indicadores de proceso e impacto, así como fortalecer los mecanismos de transparencia y de rendición de cuentas en todo el Sistema Nacional de Salud.

## **Conclusiones finales**

La búsqueda de la equidad de género no ha sido una prioridad del Sistema de Salud. Esto se hace evidente en varios aspectos: el presupuesto para el Programa a nivel federal y estatal tiene una participación muy reducida respecto al total del gasto en salud; en el diseño de los programas prioritarios de salud como el de APV y PF, la transversalidad de género no ha merecido un componente o un apartado preciso; su invisibilidad se hace evidente en el reducido conocimiento del Programa en varios niveles, y es prácticamente ignorado por parte de los prestadores de servicios de salud

Se requiere, inicialmente, mayor presupuesto para implementar acciones eficaces en la búsqueda de la transversalización del enfoque de género, primero en los programas prioritarios y posteriormente un acompañamiento muy preciso del nivel federal para la capacitación del personal responsable del Programa a nivel estatal, con el fin de incorporar un componente (con indicadores tanto de proceso e impacto actualmente ausentes) de igualdad de género en cada uno de los programas del nivel estatal.

## Bibliografía

Centro de Estudios de las Finanzas Públicas, 2009, *Recursos para las mujeres y la equidad de género 2010*:

<http://www.cefp.gob.mx/intr/edocumentos/pdf/cefp/2009/cefp0932009.pdf> (consulta: 18 de abril de 2011).

Cruz, Guadalupe, 2010, “MÉXICO - Ignoran legisladores mecanismos en el presupuesto para rendir cuentas”:

<http://www.fundar.org.mx/np2008/pdf/popuestapfef2009.pdf> (consulta: 18 de marzo de 2011).

Díaz, D., Romero, A., 2008, *PROPUESTAS AL PROYECTO DE PRESUPUESTO 2009 Iniciativa Ciudadana de la Coalición por la Salud de las Mujeres*:

<http://www.fundar.org.mx/np2008/pdf/popuestapfef2009.pdf> (consulta: 18 de abril de 2011).

SHCP, 2010, Anexos de finanzas públicas:

<http://www.shcp.gob.mx/POLITICAFINANCIERA/FINANZASPUBLICAS/ITSSEFP/DP/2010/Cuarto%20Trimestre%20de%202010/Anexos%20de%20Finanzas%20Pública.s.pdf> (consulta: 12 de marzo de 2011).

SHCP, 2010, Anexo XVIII AVANCE DE LOS PROGRAMAS PRESUPUESTARIOS CON EROGACIONES PARA LA IGUALDAD ENTRE MUJERES Y HOMBRES, Cuarto trimestre:

<http://www.shcp.gob.mx/POLITICAFINANCIERA/FINANZASPUBLICAS/ITSSEFP/DP/2010/Cuarto%20Trimestre%20de%202010/2.-%20Anexo%20XVIII%20Equidad%20de%20Género.pdf> (consulta: 12 de marzo de 2011).

SHCP, 2009, Anexo XVI, Cuarto trimestre:

<http://www.hacienda.gob.mx/POLITICAFINANCIERA/FINANZASPUBLICAS/ITSS/EFDP/2009/Cuarto%20Trimestre%20de%202009/1%20Anexo%20XVI%20Programas%20con%20Presupuesto%20para%20Mujeres%20y%20la%20Igualdad%20de%20Género.pdf> (consulta: 12 de marzo de 2011).

Secretaría de Salud, 2008, *Programa de Acción Específico 2007-2012 de Igualdad de Género en Salud, México, D.F.*:

[http://www.generoysaludreproductiva.salud.gob.mx/contenido/interiores/biblioteca/bv\\_i\\_g.html](http://www.generoysaludreproductiva.salud.gob.mx/contenido/interiores/biblioteca/bv_i_g.html) (consulta: 20 de marzo de 2010).

Resultados de observatorio por programa: Informe de análisis al programa Atención de la Salud Reproductiva y la Igualdad de Género en Salud (Modalidades: Arranque Parejo en la Vida, Planificación Familiar e Igualdad de Género en Salud) en el estado de Chiapas 2008-2009:

<http://www.funcionpublica.gob.mx/index.php/transparencia/contraloria-social/observatorios-ciudadanos> (consulta: 18 de abril de 2011).

Rodríguez, Yuriria, 2010, entrevista con la responsable del Programa IGS en el CNEGySR, 7 de mayo.

Utrera, Alicia, 2010, entrevista con la responsable del Programa IGS, SESAVR, 19 de octubre.

## Índice de cuadros

### Capítulo I

|            |                                                                                                 |    |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Cuadro I.1 | Población usuaria de los servicios de salud por institución, 2009                               | 19 |
| Cuadro I.2 | Arquitectura financiera de los seguros públicos de salud de México                              | 21 |
| Cuadro I.3 | Gasto en salud reproductiva y equidad de género por agente de financiamiento. México, 2003-2008 | 22 |
| Cuadro I.4 | Paquetes de intervenciones                                                                      | 22 |
| Cuadro I.5 | Paquetes de intervención por programa                                                           | 32 |
| Cuadro I.6 | Dimensiones de la producción de servicios                                                       | 33 |
| Cuadro I.7 | Distribución de las regiones geográficas por estados seleccionados                              | 36 |
| Cuadro I.8 | Número de establecimientos médicos por tipo de unidad e institución                             | 38 |
| Cuadro I.9 | Distribución de establecimientos médicos por tipo de institución y región                       | 39 |

### Capítulo II

|              |                                                                                                 |    |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Cuadro II.1  | Evolución de la razón de mortalidad materna, México, 2002-2009                                  | 58 |
| Cuadro II.2  | Presupuesto por Sector Salud y programa presupuestario en salud reproductiva, en pesos, 2010    | 64 |
| Cuadro II.3  | Número de defunciones por muerte materna según lugar de ocurrencia, a nivel nacional, 2004-2009 | 65 |
| Cuadro II.4  | Número de defunciones por muerte materna según derechohabiencia, a nivel nacional, 2002-2009    | 68 |
| Cuadro II.5  | Accesibilidad para la población                                                                 | 69 |
| Cuadro II.6  | Atención prenatal                                                                               | 70 |
| Cuadro II.7  | Detección y tratamiento oportuno de VIH                                                         | 71 |
| Cuadro II.8  | Detección y tratamiento oportuno de sífilis en mujeres embarazadas                              | 72 |
| Cuadro II.9  | Medidas encaminadas a detener la transmisión de influenza en mujeres embarazadas                | 72 |
| Cuadro II.10 | Atención del parto                                                                              | 73 |
| Cuadro II.11 | Atención del recién nacido                                                                      | 74 |
| Cuadro II.12 | Atención de la urgencia obstétrica                                                              | 75 |
| Cuadro II.13 | Paquetes de intervención, sitios de aplicación y tipo de informante según el nivel de atención  | 77 |
| Cuadro II.14 | Temas de carteles del programa materno infantil en primer nivel según                           | 84 |

|              |                                                                                                                                                                 |     |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
|              | institución, 2010                                                                                                                                               |     |
| Cuadro II.15 | Temas de carteles del programa materno infantil en hospitalización según institución, 2010                                                                      | 85  |
| Cuadro II.16 | Índices de los paquetes de APV por programa y por dimensiones de la producción del servicio                                                                     | 86  |
| Cuadro II.17 | Paquetes de intervención que presentaron diferencias significativas según nivel de atención, tipo de población, institución y región, APV                       | 110 |
| Capítulo III |                                                                                                                                                                 |     |
| Cuadro III.1 | Gasto en el Programa CaCu, según institución y año, 2003-2008. Millones de pesos de 2006Desempeño del programa CaMa, por nivel de atención                      | 126 |
| Cuadro III.2 | Prevención primaria del CaCu                                                                                                                                    | 127 |
| Cuadro III.3 | Diagnóstico para el tratamiento oportuno del CaCu en consulta externa                                                                                           | 128 |
| Cuadro III.4 | Sistema de referencia y contrarreferencia para los casos con diagnóstico positivo de lesión intraepitelial y CaCu                                               | 129 |
| Cuadro III.5 | Diagnóstico para el tratamiento oportuno en hospitalización                                                                                                     | 130 |
| Cuadro III.6 | Índices de los paquetes de Cáncer Cervicouterino por programa y por dimensiones de la producción del servicio                                                   | 134 |
| Cuadro III.7 | Subíndices del paquete de intervención diagnóstico de CaCu                                                                                                      | 145 |
| Cuadro III.8 | Porcentaje de la disponibilidad de insumos para realizar la toma de la prueba para VPH por captura de híbridos en segundo nivel, por tipo de población atendida | 148 |
| Cuadro III.9 | Paquetes de intervención que presentaron diferencias significativas según nivel de atención, tipo de población, institución y región, CaCu                      | 153 |
| Capítulo IV  |                                                                                                                                                                 |     |
| Cuadro IV.1  | Prevención de CaMa                                                                                                                                              | 169 |
| Cuadro IV.2  | Detección de CaMa                                                                                                                                               | 170 |
| Cuadro IV.3  | Diagnóstico de CaMa                                                                                                                                             | 171 |
| Cuadro IV.4  | Tratamiento CaMa                                                                                                                                                | 172 |
| Cuadro IV.5  | Índices de los paquetes de CaMa por programa y dimensiones de la producción del servicio                                                                        | 176 |
| Cuadro IV.6  | Derivaciones realizadas para diagnóstico de CaMa desde el primer nivel de atención, de acuerdo con el servicio o unidad médica de destino, por institución      | 188 |
| Cuadro IV.7  | Tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento, por institución                                                                           | 189 |

|              |                                                                                                                                                                                                  |     |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Cuadro IV.8  | Paquetes de intervención que presentaron diferencias significativas según nivel de atención, tipo de población, institución y región, CaMa                                                       | 201 |
| Capítulo V   |                                                                                                                                                                                                  |     |
| Cuadro V.1   | Promoción de PF                                                                                                                                                                                  | 224 |
| Cuadro V.2   | Índices de los paquetes de PF por programa y por dimensiones de la producción del servicio                                                                                                       | 225 |
| Cuadro V.3   | Paquetes de intervención que presentaron diferencias significativas según nivel de atención, tipo de población, institución y región, PF                                                         | 226 |
| Cuadro V.4   | Anticoncepción post-evento obstétrico                                                                                                                                                            | 227 |
| Cuadro V.5   | Índices de los paquetes de PF por programa y por dimensiones de la producción del servicio                                                                                                       | 231 |
| Cuadro V.6   | Paquetes de intervención que presentaron diferencias significativas según nivel de atención, tipo de población, institución y región, PF                                                         | 241 |
| Capítulo VI  |                                                                                                                                                                                                  |     |
| Cuadro VI.1  | Acciones y metas para la disminución de la fecundidad del PAESSRA 2007-2012                                                                                                                      | 255 |
| Cuadro VI.2  | Adolescentes IMSS-O: Salud reproductiva                                                                                                                                                          | 260 |
| Cuadro VI.3  | Accesibilidad de espacios, materiales y equipos                                                                                                                                                  | 264 |
| Cuadro VI.4  | Consejería y reconocimiento de derechos de las y los adolescentes                                                                                                                                | 265 |
| Cuadro VI.5  | Capacitación y disponibilidad de materiales para proveedores                                                                                                                                     | 266 |
| Cuadro VI.6  | Índices de los paquetes de SSRA, por programa y por dimensiones de la producción del servicio                                                                                                    | 268 |
| Capítulo VII |                                                                                                                                                                                                  |     |
| Cuadro VII.1 | Detección oportuna y atención de mujeres de 15 años o más en situación de violencia familiar o sexual (Violencia Familiar) por ámbito y número de intervenciones para unidades de primer nivel   | 301 |
| Cuadro VII.2 | Detección oportuna y atención de mujeres de 15 años o más en situación de violencia familiar o sexual (Violencia Familiar) por ámbito y número de intervenciones para unidades hospitalarias     | 301 |
| Cuadro VII.3 | Detección oportuna y atención de mujeres de 15 años o más en situación de violencia familiar o sexual                                                                                            | 302 |
| Cuadro VII.4 | Detección y prevención de embarazos no deseados (forzados) e ITS incluyendo VIH/SIDA por violencia sexual (violencia sexual) por ámbito y número de intervenciones para unidades de primer nivel | 305 |
| Cuadro VII.5 | Detección y prevención de embarazos no deseados (forzados) e ITS incluyendo VIH/SIDA por violencia sexual (violencia sexual) por ámbito y                                                        | 305 |



|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
|                      | número de intervenciones para unidades de segundo nivel                                                                                                                                                                                                                                         |     |
| Cuadro VII.6         | Detección y prevención de embarazos no deseados (forzados) e infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA por violencia sexual                                                                                                                                                         | 306 |
| Cuadro VII.7         | Descripción de intervenciones incluidas en el cálculo del índice global del Programa PAVFyG por nivel de atención, primer nivel                                                                                                                                                                 | 308 |
| Cuadro VII.8         | Descripción de intervenciones incluidas en el cálculo del índice global del Programa PAVFyG por nivel de atención, segundo nivel                                                                                                                                                                | 309 |
| Cuadro VII.9         | Índices de los paquetes de Violencia Familiar y Sexual por programa y por dimensiones de la producción del servicio                                                                                                                                                                             | 330 |
| Cuadro VII.10        | Paquetes de intervención que presentaron diferencias significativas según nivel de atención, tipo de población, institución y región, PAVFyG                                                                                                                                                    | 336 |
| <b>Capítulo VIII</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |
| Cuadro VIII.1        | Paquetes de intervención que presentaron diferencias significativas según índices nivel de atención, tipo de población, institución y región                                                                                                                                                    | 348 |
| Cuadro VIII.2        | Paquetes de intervención por programa, que presentaron diferencias significativas según nivel de atención, tipo de población, institución y región                                                                                                                                              | 350 |
| Cuadro VIII.3        | Dimensiones de la producción del servicio, que presentaron diferencias significativas según nivel de atención, tipo de población, institución y región                                                                                                                                          | 353 |
| Cuadro VIII.4        | Tipos de intervenciones que presentaron diferencias significativas según índices nivel de atención, tipo de población, institución y región                                                                                                                                                     | 372 |
| Cuadro VIII.5        | Distribución de elementos que obtuvieron diferencias significativas en paquetes de intervención de programas de salud de la mujer, dimensiones en la producción del servicio y tipo de intervención, por nivel de atención, tipo de institución, tipo de población a la que se atiende y región | 373 |

## Índice de gráficas

### Capítulo II

|              |                                                                                                       |     |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Gráfica II.1 | Mortalidad Materna en México 1990-2009. Políticas públicas                                            | 55  |
| Gráfica II.2 | Razón de mortalidad materna en México 1955-2009                                                       | 56  |
| Gráfica II.3 | Desempeño de los paquetes de intervención del programa APV, por nivel de atención                     | 92  |
| Gráfica II.4 | Desempeño de los paquetes de intervención del programa APV, por tipo de población a la que se atiende | 95  |
| Gráfica II.5 | Desempeño de los paquetes de intervención del programa APV, por tipo de institución                   | 96  |
| Gráfica II.6 | Desempeño por dimensiones de la producción del servicio del programa                                  | 106 |

|               |                                                                                                                                                  |     |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
|               | APV, según nivel de atención                                                                                                                     |     |
| Gráfica II.7  | Desempeño por dimensiones de la producción del servicio del programa APV, según tipo de población a la que se atiende                            | 107 |
| Gráfica II.8  | Desempeño por dimensiones de la producción del servicio del programa APV, según tipo de institución                                              | 109 |
| Capítulo III  |                                                                                                                                                  |     |
| Gráfica III.1 | Mortalidad por CaCu. Tasa observada por 100 mil mujeres de 25 años o más. México, 1990-2008                                                      | 120 |
| Gráfica III.2 | Número de muertes por CaCu, México, 2000-2009                                                                                                    | 121 |
| Gráfica III.3 | Comparativo de tasas ajustadas de mortalidad evitable por CaCu México, periodos 2000-2004 y 2005-2008                                            | 121 |
| Gráfica III.4 | Desempeño de los paquetes de intervención del Programa CaCu, por nivel de atención                                                               | 136 |
| Gráfica III.5 | Desempeño de los paquetes de intervención del Programa CaCu, por tipo de población a la que se atiende                                           | 140 |
| Gráfica III.6 | Desempeño de los paquetes de intervención del Programa CaCu, por tipo de institución                                                             | 143 |
| Gráfica III.7 | Desempeño por dimensiones de la producción del servicio CaCu, según nivel de atención                                                            | 150 |
| Gráfica III.8 | Desempeño según dimensiones de la producción del servicio CaCu, según tipo de población a la que se atiende                                      | 151 |
| Gráfica III.9 | Desempeño por dimensiones de la producción del servicio CaCu, según institución                                                                  | 152 |
| Capítulo IV   |                                                                                                                                                  |     |
| Gráfica IV.1  | Desempeño del programa CaMa, por nivel de atención                                                                                               | 178 |
| Gráfica IV.2  | Desempeño del programa CaMa, por tipo de población a la que se atiende                                                                           | 179 |
| Gráfica IV.3  | Desempeño del programa CaMa, por tipo de institución                                                                                             | 180 |
| Gráfica IV.4  | Mujeres a quienes realizan detecciones por mamografía según instituciones: IMSS/ISSSTE (Seguridad sociales) y SESA/IMSS-O (población SP/abierta) | 182 |
| Gráfica IV.5  | Factores de riesgo para el CaMa mencionados por los médicos/as de primer nivel de atención sanitaria                                             | 185 |

|               |                                                                                                                                                                         |     |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Gráfica IV.6  | Criterios clínicos de diagnóstico mencionados por los médicos/as de primer nivel de atención                                                                            | 186 |
| Gráfica IV.7  | Lugar de derivaciones en caso de sospecha de CaMa, por instituciones                                                                                                    | 188 |
| Gráfica IV.8  | Tiempo entre diagnóstico y tratamiento                                                                                                                                  | 190 |
| Gráfica IV.9  | Desempeño de los componentes: administrativo, prestación del servicio y continuidad y acceso al servicio, del programa CaMa, por nivel de atención                      | 198 |
| Gráfica IV.10 | Desempeño de los componentes: administrativo, prestación del servicio y continuidad y acceso al servicio, del programa CaMa, por tipo de población a la que se atiende  | 199 |
| Gráfica IV.11 | Desempeño de los componentes: administrativo, prestación del servicio y continuidad y acceso al servicio, del programa CaMa, por tipo de institución                    | 200 |
| Capítulo V    |                                                                                                                                                                         |     |
| Gráfica V.1   | Distribución porcentual de mujeres de 15 a 49 años, unidas, por entidad federativa y condición de uso de métodos anticonceptivos "usuaria actual", 2006 y 2009          | 211 |
| Gráfica V.2   | Distribución porcentual de mujeres de 15 a 49 años, unidas, por entidad federativa y condición de uso de métodos anticonceptivos "nunca usuaria", 2006 y 2009           | 212 |
| Gráfica V.3   | Desempeño de los paquetes de intervención del programa PF, por nivel de atención                                                                                        | 230 |
| Gráfica V.4   | Desempeño de los paquetes de intervención del programa de PF, por tipo de población a la que se atiende                                                                 | 234 |
| Gráfica V.5   | Desempeño de los paquetes de intervención del programa de PF, por tipo de institución                                                                                   | 237 |
| Gráfica V.6   | Desempeño por dimensiones de la producción de servicio, del programa de PF, según el tipo de población a la que se atiende                                              | 238 |
| Gráfica V.7   | Desempeño por dimensiones de la producción de servicio, del programa de PF, según tipo de población a la que se atiende                                                 | 239 |
| Gráfica V.8   | Desempeño por dimensiones de la producción de servicio, del programa de PF, según tipo de institución                                                                   | 240 |
| Capítulo VI   |                                                                                                                                                                         |     |
| Gráfica VI.1  | Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años de edad que recibieron métodos anticonceptivos en unidades médicas de primer nivel, según cobertura de los SESA, 2007 y 2010 | 256 |

|                 |                                                                                                                             |     |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Gráfica VI.2    | Desempeño de los paquetes de intervención del Programa SSRA, por nivel de atención                                          | 270 |
| Gráfica VI.3    | Desempeño del programa SSRA, por tipo de población a la que se atiende                                                      | 272 |
| Gráfica VI.4    | Desempeño de los paquetes de intervención del Programa SSRA, por tipo de institución                                        | 274 |
| Capítulo VII    |                                                                                                                             |     |
| Gráfica VII.1   | Desempeño de los paquetes de intervención del Programa Violencia, por nivel de atención                                     | 312 |
| Gráfica VII.2   | Desempeño del Programa Violencia, por tipo de población a la que se atiende                                                 | 314 |
| Gráfica VII.3   | Desempeño de los paquetes de intervención del Programa Violencia, por tipo de institución                                   | 323 |
| Gráfica VII.4   | Desempeño por dimensiones de la producción de servicio, del Programa Violencia, según nivel de atención                     | 332 |
| Gráfica VII.5   | Desempeño por dimensiones de la producción de servicio, del Programa Violencia, según tipo de población a la que se atiende | 333 |
| Gráfica VII.6   | Desempeño por dimensiones de la producción de servicio, del Programa Violencia, según tipo de institución                   | 335 |
| Capítulo VIII   |                                                                                                                             |     |
| Gráfica VIII.1  | Desempeño general de los programas de salud de las mujeres                                                                  | 352 |
| Gráfica VIII.2  | Desempeño general de paquetes de intervención de los programas de salud de las mujeres                                      | 354 |
| Gráfica VIII.3  | Desempeño de los programas, por tipo de institución                                                                         | 355 |
| Gráfica VIII.4  | Desempeño de los programas, por tipo de población a la que se atiende                                                       | 356 |
| Gráfica VIII.5  | Desempeño de los programas, por nivel de atención                                                                           | 357 |
| Gráfica VIII.6  | Desempeño de los paquetes de intervención de los programas, por nivel de atención                                           | 359 |
| Gráfica VIII.7  | Desempeño de los paquetes de intervención de los programas, por tipo de población a la que se atiende                       | 360 |
| Gráfica VIII.8  | Desempeño de los programas, por tipo de institución                                                                         | 363 |
| Gráfica VIII.9  | Desempeño de los paquetes por tipo de intervención, según nivel de atención                                                 | 369 |
| Gráfica VIII.10 | Desempeño de los paquetes por tipo de intervención, según tipo de población a la que se atiende                             | 370 |

## Índice de figuras

### Capítulo I

|            |                                              |    |
|------------|----------------------------------------------|----|
| Figura I.1 | Funciones y objetivos de un sistema de salud | 16 |
| Figura I.2 | Estructura del sistema mexicano de salud     | 17 |
| Figura I.3 | Integración del sistema de salud en México   | 18 |