

**CUADERNOS
DE TRABAJO**

38

Monitoreo de la atención a las mujeres en servicios del sector salud
2012.

Diciembre, 2013.



Mención honorífica
del Conaveal
Reconocimientos de buenas prácticas
en el uso de los resultados de monitoreo
y evaluación en el ciclo de las políticas públicas, 2012

Monitoreo de la atención

a las mujeres

en servicios del sector salud

2012



Instituto Nacional
de Salud Pública



**Monitoreo de la atención a las mujeres
en servicios del sector salud 2012**

Monitoreo de la atención a las mujeres en servicios del sector salud 2012

Primera edición, 2013

D.R. © Instituto Nacional de Salud Pública
Av. Universidad 655, Col. Santa María Ahuacatitlán
62100 Cuernavaca, Morelos, México

ISBN 978-607-511-129-2

D.R. © Instituto Nacional de las Mujeres
Alfonso Esparza Oteo 119, Col. Guadalupe Inn
Del. Álvaro Obregón. 01020, México, DF

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Coordinación editorial: Carlos Oropeza Abúndez. **Edición:** Francisco Reveles (coordinador), Yunuen Gómez Ocampo, Juan Jorge García Letechipia. **Producción:** Samuel Rivero Vázquez (coordinador), Rubén Arturo Cortés González, Juan Pablo Luna Ramírez (portada). **Foto de portada:** www.oaxaca.gob.mx

Agradecimientos: Agradecemos a los entrevistadores, al personal de las unidades médicas que contestó los cuestionarios, a nuestros enlaces en las instituciones participantes: Paola Martorelli y Ximena Martínez Ruiz, del IMSS; Sergio Ramón Lemus de Azcué y Pilar Baltazar, del ISSSTE, y a Prudencia Cerón y Aurora del Río, de la SSA.

Citación sugerida: Valdivia-Ibarra R, Lombana-Ruiz J, Lazcano-Ponce E, Rojas-Martínez R, eds. Monitoreo de la atención a las mujeres en servicios del sector salud 2012. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2013.

Monitoreo de la atención a las mujeres en servicios del sector salud

2012



Instituto Nacional
de Salud Pública



Monitoreo de la atención a las mujeres en servicios del sector salud 2012

Editores

INMUJERES

Rodrigo Valdivia, Jessica Lombana

INSP

Eduardo Lazcano, Rosalba Rojas

Autores por tema

Metodología

Rosalba Rojas

Diseño muestral

Martín Romero

Prevención y atención del cáncer cervicouterino

Aurelio Cruz

Prevención y atención del cáncer de mama

Gabriela Torres, Carolina Ortega, Angélica Ángeles

Atención a la salud materna

Leticia Suárez, Leonor Rivera, Elvia de la Vara

Operacionalización de los servicios de planificación familiar

Elvia de la Vara, Leticia Suárez, Leonor Rivera

Identificación y atención de la violencia familiar y de género

Leonor Rivera, Elvia de la Vara, Leticia Suárez

Atención a la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes

Betania Allen

Atención con perspectiva de género

Betania Allen

Financiamiento

Instituto Nacional de las Mujeres

Diseño del estudio

Rodrigo Valdivia

Jessica Lombana

Eduardo Lazcano

Rosalba Rojas

Jorge Salmerón

Martín Romero

Diseño muestral

Martín Romero

Diseño y revisión de cuestionarios y ponderación de índices

INSP

Leonor Rivera
Elvia de la Vara
Leticia Suárez
Aurelio Cruz
Gabriela Torres
Betania Allen
Carolina Ortega
Angélica Ángeles
Minerva Romero
Rafael Anaya

INMUJERES

Jessica Lombana

SSa

Aurora del Río
Karina Jiménez
Adalberto Santaella
Marco Antonio Olaya
Mirella Lustalot
María Eugenia Espinosa
Alejandra Durán
Mario Gómez
Liliana Martínez

IMSS

Javier Dávila
Frinné Azuara
Irma Fernández
Leticia Aguilar
Roberto Ruiz
Renaldo Guzmán
Xóchitl Romero
Alma Gloria Nájera
Juan Zúñiga
Jorge Salmerón
Ivonne Mejía
Lorena Ferrer
Rosalba Ojeda
Manuel Cisneros
Rubén Zuart
Sara Arce
Carmen Arroyo
Gabriel Hernández
Gabriel Pérez
Juana Nájera
Francisco Guerrero
Leonardo Antonio Naranjo
Eunice María Elena Sánchez
Hugo Vanzetti Ramos
Vanesa Reyes

IMSS Oportunidades

Joel Jiménez
Alejandra Quiroz
Edgar Herreras
Juan Carlos Ledesma
Eugenio Victoria Ley
Edgar Javier Velázquez
Carlos Alberto Aldana

ISSSTE

Gabriela Pérez
Carlos Meneses
Carlos Alberto Villaseñor
María Guadalupe Pérez
Blanca Mercedes de la Rosa

Genes, A. C.

Olivia Ortiz
Silvia Elena Llaguno

Estudios cualitativos

Betania Allen
Jorge Salmerón
Olivia Ortiz
Silvia Elena Llaguno

Levantamiento de información del estudio cuantitativo

Coordinación operativa

Teresa Shamah
Verónica Mundo
Juan Salomón Angulo
Miguel Angel Gaytán

Coordinación regional

Norma Isela Vizuet Vega
Socorro Jaimes Terán

Coordinación de brigadas

Eva Coronel
Violeta Flores
Tulia Muñoz
Elvia Mendoza
María de los Angeles Torres
María Concepción Medina
Sergio Valladares

Apoyos estatales

Sesa	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	
Aguascalientes	José Francisco Esparza Parada José Armando Robles Ávila (Dirección del Hospital de la Mujer)	Alfonso Martínez Hernández (Jefatura Delegacional de Servicios de Prestaciones Médicas)	Luis Moreno Bustamante (Delegación estatal)	
Baja California	José Guadalupe Bustamante Moreno	Pablo Contreras	Efraín Monreal Castelán	
Baja California Sur	Santiago Alan Cervantes Aldama	Luis Fiol (Delegación estatal)	Rafael Padilla Ibarra	
Campeche	Enrique Iván González López	Roxana González	José Jesús Montejano Blanco (Delegación estatal)	
Coahuila de Zaragoza	Raymundo S. Verduzco Rosán	Enrique Reyes Pascual	Andrés Barba Barba	
Colima	Mónica L. Gómez Huerta (Jefatura del Departamento de Equidad de Género y Salud Reproductiva)	Miguel Becerra Hernández (Delegación estatal)	Rafael Barbosa Hernández (Delegación estatal)	
Chiapas	James Gómez Montes	Miguel Ángel Navarro Quintero (Delegación estatal)	Jaime Castañón	
Chihuahua	Sergio Leonardo Piña	José Antonio García Aguirre	Rubén Noe Rodríguez González	
Distrito Federal	José Armando Ahued Ortega Francisco Javier Hernández Aldama (Jefatura de División de Gineco-Obstetricia) Javier Mancilla Ramírez (Instituto Nacional de Perinatología) Rosalina Martínez Arellano Irma Jiménez Escobar (Dirección de Integración y Desarrollo Institucional Hospital General Dr. Manuel Gea González) Raúl Jesús Gerardo Hernández Joffre (Dirección de la Clínica Hospital de Especialidades Toxicológicas Venustiano Carranza) Romeo Sergio Rodríguez Suárez (Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad)	Salvador Enrique Rochin Camarena, Francisco Javier Bermúdez Aldama, Aurora Coutiño Ruiz (Delegación estatal)	Sandra Ortega Rivas Graco Arturo Ramírez Garrido García Humberto Javier Romero Gudiño Erick Delgadillo Martínez	
Durango	Amparo Rojas Rivera (Jefatura de Jurisdicción Sanitaria) Karla Lidia Margarita Pizarro (Jefatura de Investigación y Desarrollo Tecnológico)	Gerardo Martínez Aguilar	Alfonso García Villanueva (Subdelegación médica) Tomás González Gomiz	
Guanajuato	Leticia Zamora Ramos (Dirección de Atención Médica)	Arturo Hernández (Coordinación Auxiliar Prevención Atención de la Salud)	Manuel Emilio Pérez Sandi Cuen (Delegación estatal)	
Guerrero	Martha Herlinda Téliz Sánchez (Jefatura de Departamento de Investigación en Salud)	Humberto Uribe López (Delegación estatal)	Juan Carlos Santos Reyes (Supervisión médica delegacional)	Francisco Negrete Villanueva (Delegado estatal)
Hidalgo	Lic. Pedro Luis Noble Monterrubio		David Alfredo Gerardo Ortega Appendini	
Jalisco	Alfonso Petersen Farah	Benito G. Carranco, Luis Quirarte	José Mora Esperza	
Estado de México	Gabriel Jaime O’Shea Cuevas Heberto Árbolea Casanova (Dirección del Hospital de Alta Especialidad Ixtapalapa) Juanita Escamilla Cortés (Subdirección del Hospital General del Municipio de Chalco)		Luis Eduardo Ramírez Holguín	
Michoacán de Ocampo	Rafael Díaz Rodríguez	Julio César González Jiménez (Delegación regional)	Diego Romeo Chávez Hernández	
Morelos	Carlos Eduardo Carillo Ordaz	Jorge Herrera del Rincón	Alberto Assad Ávila	
Nayarit	Oscar Javier Villaseñor Anguiano	Sergio Pérez Aguilera	Gilberto Oscar Casillas Barajas	
Nuevo León	Jesús Zacarías Villarreal Pérez	Ma. Guadalupe Garza	Jesús C. Cantú	
Oaxaca	Germán Tenorio Vasconcelos, Erika Ruiz Santiago (Coordinación Estatal del Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género)	Gabriel Tapia Cortez	Rosario Trujillo, Angélica Ledezma Rodríguez, Odel de la Rosa	
Puebla	jorge Fouad Aguilar Chedraui	Francisco Antonio Traile	Francisco Antonio Traile	
Querétaro	Mario César García Feregrino Arcelia Escoria González (Subdirección de Enseñanza, Capacitación e Investigación)	Raúl Figueroa García	Adolfo Martínez Cuevas	
Quintana Roo	Rafael Humberto Alpuche Delgado, Ariel López Contreras (Dirección de Servicios de Salud)	Jorge Río Pérez (Delegación estatal)	Alejandro Torres Velázquez (Subdelegación de Atención Médica)	
San Luis Potosí	Alejandro Alfonso Perea Sánchez	Alejandro Zavala Moreno (Delegación estatal)	María José Aguilar Borbolla	
Sinaloa	Ernesto Echeverría Aispuro	Humberto Rice, Marisa Rodríguez	Mario Alberto Feria	
Sonora	José Jesús Bernardo Campillo García Fabiola Araiza Amavizca (Subdirección de Gestión de Servicios Médicos)	Carmen Angélica Valenzuela (Coordinación de Prevención y Atención en Salud)	Francisco Javier Muro (Subdelegación médica)	
Tabasco	Carlos M. de la Cruz Alcidia	Karla Lilia Pilgram Santos (Delegación estatal)	Abel Rivera Rangel (Delegación estatal)	
Tamaulipas	Norberto Treviño García Manzo, Sergio Juárez Delgado (Dirección de Salud Reproductiva)		Sergio Zertuche Romero	
Tlaxcala	Jesús Salvador Fragoso Bernal	Rosalba Jaramillo	Juan Corral Mier	
Veracruz	Pablo Anaya Rivera	Efrén Samuel Orrico Torres, Francisco Zárate	Enrique Pérez Rodríguez (Delegación estatal)	
Yucatán	Álvaro Augusto Quijano Vivas	Felipe Alonso Vázquez	Paulo Flores Salazar, Martha Montemayor	
Zacatecas	Abel Zapata (Salud Reproductiva)	Marco Antonio Trejo Acuña (Supervisión Médica del EGAS)	Ramón Navarro Munguía	

Índice

Presentación	11
Prólogo	13
Introducción	15
Metodología	19
1. Prevención y atención del cáncer cervicouterino	27
2. Prevención y atención del cáncer de mama	47
3. Atención a la salud materna	61
4. Operacionalización de los servicios de planificación familiar	87
5. Identificación y atención de la violencia familiar y de género	105
6. Atención a la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes	133
7. Atención con perspectiva de género	153
ANEXO I Índices de desempeño	163
ANEXO II Resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012	165
Abreviaciones empleadas	181

Presentación

Es un gran gusto presentar los resultados del estudio *Monitoreo de la atención a las mujeres en servicios del sector salud 2012*, en los cuales se ofrece una amplia revisión de los programas de salud reproductiva de las mujeres y de los adolescentes en las tres instituciones de salud más grandes del país: Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y Servicios Estatales de la Secretaría de Salud.

Este estudio es el segundo en su naturaleza; tiene representatividad nacional, regional y por institución de atención e incluyó la información de los prestadores de servicios de salud en una muestra representativa de 798 unidades médicas que expusieron sus conocimientos, impresiones, acciones que desarrollan, necesidades de capacitación, así como facilitadores y barreras para la implementación de las normas oficiales mexicanas. Lo anterior permite reconocer éxitos y problemas, considerar las buenas prácticas, reflexionar sobre la necesidad de un proceso de aprendizaje continuo y recomendar acciones de mejora.

Sin duda, y bajo la perspectiva de género, la atención a la salud materna, la planificación familiar, los servicios de salud sexual y reproductiva de adolescentes, la prevención de la violencia familiar y de género y la prevención y atención del cáncer cervicouterino y el de mama son los programas prioritarios de salud de la mujer en nuestro país, reflejo del compromiso con el derecho fundamental que todas tienen de alcanzar el máximo grado posible de salud y de conseguir la equidad e igualdad de género en salud.

Sin embargo, por otra parte, el Estado mexicano seguirá en deuda mientras no alcance los logros esperados: la meta del milenio referente al compromiso de reducir la mortalidad materna, la persistente mortalidad por cáncer cervicouterino, la alta demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos en adolescentes o las prevalencias, sin disminución, de violencia contra las mujeres a lo largo de los últimos años.

Es tiempo entonces de reforzar, de impulsar, de hacer el mayor esfuerzo, de aprovechar el avance tecnológico para innovar en la promoción de la salud y la prevención del daño o de implementar nuevas intervenciones, de acuerdo con la evidencia científica, para ello se debe aprovechar la solidez de nuestro sistema de salud y de la experiencia que se tiene en otros programas exitosos, ejemplos de México para el mundo y de los cuales nos sentimos muy orgullosos.

El espíritu que debe prevalecer es el de reconocer las mejoras que se han identificado como necesarias, arreglar lo que no funciona, cumplir con los compromisos asumidos, conseguir o reasignar los recursos para que sean congruentes con objetivos y metas, y hacer un uso eficiente de los mismos, todo con el fin de acelerar los procesos y acciones para alcanzar el máximo beneficio en la salud de las mujeres. En la actualidad es imposible –e injustificado– que sea lento el avance en los programas que evidencian el rezago social. En ese sentido, el presente documento motiva con sus resultados y recomendaciones para adoptar las acciones que se ofrecen como soluciones a los retos que hay hoy en el camino.

Esta es una invitación a iniciar una nueva etapa de la salud reproductiva, en la que elaboraremos o actualizaremos la normatividad pendiente, reforcemos la difusión y la verificación de su aplicación en todos los ámbitos correspondientes, continuemos con el trabajo conjunto entre instituciones, en coordinación con otras dependencias y con la sociedad civil organizada. Todo ello, mejorando las herramientas de capacitación del personal de salud y de comunicación con la población. Llevemos a la salud reproductiva al éxito que merecen las niñas, adolescentes y mujeres, para un desarrollo más equitativo, con más salud.

Dra. Mercedes Juan López

Secretaria de Salud

Prólogo

Antes de actuar adecuadamente sobre un fenómeno, tenemos la obligación de conocerlo a profundidad. El Estado mexicano se ha adherido a diversos instrumentos internacionales, entre los cuales destacan tres: los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y la Plataforma de Acción de Beijing. En ellos, como Estado Parte, México reconoce la imperiosa necesidad de tener estudios y diagnósticos que coadyuven en la formulación de acciones y políticas públicas dirigidas a mejorar la situación de las mujeres en diversos ámbitos.

En el importante terreno de la salud existe un conjunto de derechos explícitos que obliga al Estado mexicano a emprender acciones efectivas para garantizar el acceso de las mujeres a los servicios de salud, brindándoles la atención de calidad que requieren en todas las etapas de vida.

El *Monitoreo de la atención a las mujeres en servicios del sector salud 2012* nace del interés que tiene el Instituto Nacional de las Mujeres, que me honro en dirigir, por conocer la situación que guardan los servicios de salud que reciben las mujeres. Nos importa, particularmente, la puesta en marcha de los programas de salud sexual y reproductiva, así como de prevención y atención de la violencia familiar y de género, en las instituciones públicas de salud más importantes del país: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y los servicios que atienden a la población no afiliada a la seguridad social, los Servicios Estatales de Salud y el IMSS Oportunidades.

Las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud constituyeron el eje metodológico para esta evaluación que realizamos en colaboración con el equipo de expertos y expertas del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Así pudimos conocer los avances alcanzados en materia de salud sexual y reproductiva; evidenciar los retos que enfrenta el sistema de salud para mejorar los servicios que ofrecen a las mujeres y a la población en general y los desafíos para cumplir las normas vigentes en esta materia.

El trabajo realizado por el INSP fue fundamental: tomó como centro de la evaluación a las usuarias de los servicios de salud y como valor fundamental la igualdad en la atención ante una misma necesidad, con fundamento en la normatividad aplicable en el ámbito nacional. El enfoque permitió una investigación que, de manera transversal, analiza la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva y la atención a la violencia en distintas instituciones de salud.

Para nuestro Instituto, esta publicación constituye un elemento estructural básico, indispensable en la toma de decisiones relacionadas con la salud. Confío en que resultará una buena herramienta para diseñar y rediseñar las políticas públicas que en el periodo 2013-2018 deberán construir un sistema de salud mucho más integrado, universal, que garantice el acceso a los servicios esenciales de salud para toda la población, con énfasis en las mujeres y su muy particular papel en el terreno de la reproducción.

Nuestro país necesita un servicio de salud de calidad, efectivo, seguro, eficiente, sensible y con perspectiva de género. Hoy más que nunca, el Gobierno Federal ha establecido la prioridad de la salud de las mujeres mexicanas mediante la provisión de servicios óptimos que promuevan, prevengan y detecten padecimientos para los cuales el mismo sistema de salud les ofrezca tratamiento y control. Requerimos dar cumplimiento a los Objetivos de Desarrollo del Milenio reduciendo la mortalidad materna y combatiendo el VIH y el sida.

Este estudio se integra a la ruta por seguir en el cumplimiento de nuestro deber institucional, al tiempo que coadyuva a la realización del compromiso establecido por el Gobierno del Lic. Enrique Peña Nieto con la salud de todas las mujeres mexicanas.

Lic. Lorena Cruz Sánchez
Presidenta del Instituto Nacional de las Mujeres

Introducción

Han transcurrido dieciocho años desde que los representantes de 184 Estados nacionales aprobaran el Programa de Acción en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) celebrada en septiembre de 1994 en El Cairo.^{1,2} En su búsqueda de métodos nuevos para equilibrar la población y los procesos de desarrollo, el consenso logrado supuso un cambio paradigmático desde el objetivo de controlar el crecimiento excesivo de la población mediante programas de planificación familiar verticalmente estructurados hasta el objetivo de promover la salud sexual y reproductiva para todos mediante la atención primaria de salud y unos servicios de planificación familiar integrados horizontalmente.³

La definición de salud reproductiva aprobada en la CIPD, junto con las descripciones sobre los servicios esenciales que deben abarcárla, siguen siendo un aspecto muy importante del programa mundial de investigación sobre la salud sexual y reproductiva. Al respecto, se hizo un pronunciamiento a favor de que todos los países amplíen la prestación de servicios de salud materna en el contexto de la atención primaria. Estos servicios deben comprender la educación para la maternidad sin riesgos, atención prenatal dirigida y eficaz; programas de nutrición materna; asistencia adecuada del parto que evite recurrir en exceso a la cesárea y resuelva las urgencias obstétricas; servicios de referencia para las complicaciones del embarazo, del parto y del aborto; asistencia posparto y planificación familiar.

El programa de El Cairo se ha reafirmado en numerosos foros internacionales, tales como la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Pekín en 1995;⁴ la verificación de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) de los progresos en el cumplimiento de los acuerdos de El Cairo y Pekín,^{5,6} y la adopción de una estrategia mundial para la salud reproductiva de la Asamblea Mundial de la Salud, en 2004.⁷ Estos foros fueron el precedente para que la ONU estableciera en 2001, dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, tres elementos de la salud sexual y reproductiva: 1) mejorar la salud materna; 2) reducir la mortalidad infantil, y 3) combatir el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el sida.⁸

El gobierno de México ha instrumentado un amplio conjunto de políticas y programas orientados a dar cumplimiento a cada uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, a la vez que ha desplegado diversos esfuerzos para sistematizar la información y dar seguimiento puntual al comportamiento de los indicadores propuestos por las Naciones Unidas. Esto último con el doble propósito de medir los logros alcanzados e identificar con oportunidad los rezagos que requieran atención prioritaria.⁹

Existe en México una elevada incidencia y mortalidad tanto por cáncer cervicouterino (Cacu) como por cáncer de mama (Cama). Este fenómeno tiene estrecha relación con las disparidades sociales y a su vez las propicia.¹⁰ A pesar de que hace décadas se ofrece a las mujeres mexicanas atención para prevención secundaria del Cacu (a través de la detección y tratamiento oportunos), la tasa de mortalidad por esta causa ha bajado relativamente poco. La modificación a la Norma Oficial Mexicana (NOM) NOM-014-SSA2-1994,¹¹ en 2007, tuvo como objetivo general 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; mejorar la calidad y oportunidad de las acciones de tamizaje, diagnóstico y tratamiento integral del Cacu, mediante la formación y la capacitación continua del personal de salud, y consolidar el sistema de información para el monitoreo, evaluación y sistema de vigilancia epidemiológica. Es necesario ahora identificar las problemáticas en la producción de los servicios relativos a este tipo de cáncer para poder proponer soluciones y reducir de manera significativa la mortalidad.

En 2006 el Cama se convirtió en la primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres mexicanas y en la segunda causa de mortalidad de las de 30 a 54 años. En 2011 se actualizó la *NOM-041-SSA2-2011, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama*,¹² sus 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. Para coadyuvar a disminuir las elevadas tasas de mortalidad por Cama es necesario analizar la manera en que funciona la aplicación de esta norma con la finalidad de instituir diversas medidas con una perspectiva de calidad técnica y calidez.

Desde el siglo XX y hasta la fecha, en nuestro país se han impulsado diversas iniciativas para promover la salud materna, todas ellas colocan 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. Las diversas acciones incluidas en la atención prenatal, la atención durante el parto por personal de salud calificado, la atención a las emergencias obstétricas, así como la atención perinatal y posnatal son elementos esenciales para garantizar

no sólo la calidad de vida, salud física y emocional de las mujeres (incluida la prevención de la mortalidad materna), sino también el ejercicio de los derechos a la salud y derechos reproductivos. La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993¹³ 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. Esta regulación sustenta la atención para la salud materna que se ofrece en diferentes instituciones y marca los criterios y procedimientos para la prestación del servicio al respecto. Dada la importancia de la prevención de la mortalidad materna, y de la atención a la salud materna en general, el análisis de la aplicación de esta norma es de gran relevancia.

Los resultados de las dos ediciones de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres, que se realizó entre usuarias de los Servicios de Salud en 2003 y 2006, demostraron que la prevalencia de violencia contra las mujeres incrementó de 21.6%¹⁴ a 33.3%,¹⁵ respectivamente. La *Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres, criterios para la prevención y atención*¹⁶ especifica actividades sobre atención médica, psicológica y de trabajo social, entre otras, que debe realizar el personal de salud. La prevención de la violencia familiar y de género, junto con la atención curativa relacionada, es esencial en la atención a la salud física y mental de las mujeres y contribuye de manera fundamental al respeto de los derechos y de la equidad de género. Estudiar la manera en que se presta la atención relacionada con la violencia familiar y de género en el sector salud contribuye a garantizar la calidad de estos servicios tan importantes.

En México existen diferentes programas de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes; dos en particular son importantes, en términos del número de personas que son beneficiadas. Se trata de servicios amigables ofrecidos por la Secretaría de Salud (SSa) (basados en el Programa de Acción Específico 2007-2012 Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes)¹⁷ y la atención a la salud sexual y reproductiva del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en su unidad IMSS Oportunidades en los Centros de Atención Rural al Adolescente (CARA).

El programa de acción de la SSa propone en sus lineamientos ofrecer servicios desde un enfoque de derechos sexuales y reproductivos, con énfasis especial en la promoción de la adquisición de conocimientos y capacidades entre población adolescente. Con este programa, se busca disminuir la tasa específica de fecundidad en adolescentes y también las infecciones de transmisión sexual (incluyendo el VIH) en la población adolescente. Por su parte, el IMSS Oportunidades plantea el Modelo de Atención Integral a la Salud del Adolescente Rural dentro de los CARA. En los lineamientos de este modelo se plantea ofrecer educación vivencial y reflexiva con el fin de fortalecer actitudes y prácticas saludables y enfatiza la participación activa de jóvenes, así como una atención integral que vaya más allá del enfoque asistencialista para lograr la preven-

ción, el autoconocimiento y el autocuidado de la salud. Dada la importancia de la población adolescente en términos numéricos, y en cuanto a su potencial para el futuro, es importante analizar los servicios de salud sexual y reproductiva que se les ofrecen en las diferentes instituciones del país.

La planificación familiar (PF), incluyendo las acciones de educación y consejería así como el acceso libre y oportuno a métodos anticonceptivos, constituye tanto un derecho como uno de los servicios esenciales de salud establecido en el marco jurídico normativo nacional referente a la salud. Desde la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos,¹⁸ la Ley General de Salud,¹⁹ reglamentos de la Ley General en Salud en materia de prestación de servicios²⁰ hasta la Norma Oficial Mexicana de servicios de PF 005-SSA-1993,²¹ la legislación mexicana asienta el carácter prioritario y obligatorio del acceso a la PF; adscribe como sujeto de obligación al Estado y establece como sujetos de derecho a todos los ciudadanos.

Dicha planificación es un componente integral de los servicios preventivos para promover la salud pública y acceso a los anticonceptivos modernos, constituye un elemento esencial de la atención preventiva. Los programas al respecto son fundamentales para permitir a mujeres y hombres planear sus familias, espaciar nacimientos y prevenir la muerte y daños a la salud relacionados con complicaciones durante el embarazo y el parto. La falta de acceso a PF, incluyendo información y consejería, es una causa importante de la mortalidad materna. La atención relacionada debe estar alineada con las necesidades de mujeres y hombres. Analizar este tipo de atención contribuirá a la salud, la calidad de vida y la equidad de género, al permitir mejoras en este servicio de salud fundamental.

El Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres), con fundamento en el Programa Anual de Evaluación 2009, publicado 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), el cual establece en su numeral 26 la realización de una evaluación estratégica de política pública en temas de salud por parte de este Instituto, planteó una evaluación a desarrollarse en el periodo 2009-2012 con la finalidad de obtener información que pudiera fundamentar estrategias de intervención en cada uno de los temas planteados. En 2010 se realizó el primer ejercicio de Monitoreo, y sus resultados, los cuales fueron tomados como punto de partida para este estudio, pueden consultarse en <http://www.inmujeres.gob.mx/images/stories/cuadernos/c29_o.pdf>. El Monitoreo de la atención a las mujeres en servicios del sector salud 2010 fue desarrollado por: Graciela Freyermuth, David Meléndez, Luz Uribe, Martín Romero, Sergio Meneses, Cinthya Montoya, Montserrat Bosch, Diana Reartes, Alejandro Meza e Hilda Argüello, y coordinado por Graciela Freyermuth, del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social CIESAS-Sureste.²²

En el presente estudio se pretende describir y analizar la operación de los programas relativos a los servicios dirigidos

a la salud sexual y reproductiva de las mujeres y atención a la violencia familiar y de género mediante la identificación de la disponibilidad de un conjunto de intervenciones establecidas en la normatividad vigente, en particular en lo que se refiere a las NOM, en tres instituciones públicas de salud: IMSS y su unidad IMSS Oportunidades, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y la SSa con sus contrapartes, los Servicios Estatales de Salud (Sesa).

Los programas de atención a la salud que aborda este monitoreo son:

- Prevención y atención del cáncer cervicouterino
- Prevención y atención del cáncer de mama
- Atención a la salud materna: atención prenatal, del parto y emergencias obstétricas
- Operacionalización de los servicios de planificación familiar
- Identificación y atención de la violencia familiar y de género en unidades médicas
- Atención a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, y
- Atención con perspectiva de género (equidad, derechos y necesidades)

Objetivo general

Describir y analizar la operación de los programas: prevención y atención del cáncer cervicouterino y de mama, atención a la salud materna, operacionalización de los servicios de planificación familiar, identificación y atención de la violencia familiar y de género, atención a la salud sexual y reproductiva de

los adolescentes y atención con perspectiva de género, que se otorgan en una muestra representativa de unidades médicas de consulta externa y hospitalización de los Sesa, el IMSS, el IMSS Oportunidades y el ISSSTE, empleando para su evaluación la información contenida en las NOM correspondientes.

Objetivos específicos

1. Describir y analizar la disponibilidad de intervenciones establecidas en la normatividad vigente de los programas de: prevención y atención del cáncer cervicouterino y de mama, atención a la salud materna, operacionalización de los servicios de planificación familiar, identificación y atención de la violencia familiar y de género, atención a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y atención con perspectiva de género, correspondientes a las diferentes etapas de atención.
2. Describir y analizar la calidad de los servicios en los siguientes componentes: organización, prestación, accesibilidad y continuidad.
3. Describir y analizar las barreras y los facilitadores que, según prestadores de atención y directivos, existen para lograr la implementación de las NOM correspondientes a tres programas: Atención Materna y Perinatal, Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes y Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género.
4. Describir y analizar la experiencia y las opiniones que tienen las usuarias sobre la atención ofrecida en los programas de Atención Materna y Perinatal, Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes y Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género.

Referencias

1. Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Nueva York: ONU; 1994.
2. Germain A, Kyte R, The Cairo consensus: the right agenda for the right time. Nueva York: Coalición Internacional por la Salud de las Mujeres; 1995.
3. Asamblea General de la ONU. 21a sesión especial, 1 de julio de 1999, Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, A/S-21/5/Add.1.
4. Naciones Unidas. Declaración y plataforma de acción de Pekín. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Pekín, 4 a 15 de septiembre de 1995. Nueva York: ONU, Departamento de Información Pública; 1996.
5. Naciones Unidas. Asamblea General de la ONU. 23a sesión especial. Nuevas medidas e iniciativas para la aplicación de la Declaración y Plataforma de Acción de Pekín (A/RES/S-23/3); 10 de junio de 2000.
6. Naciones Unidas. The world reaffirms Cairo: official outcomes of the ICPD at ten review. Nueva York: UNFPA; 2005.
7. Organización Mundial de la Salud. Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets, adoptada por la 57a Asamblea Mundial de la Salud, mayo de 2004, WHO/RHR/04.8 Ginebra: OMS; 2004.
8. Naciones Unidas. Road map towards the implementation of the United Nations Millennium Declaration. Nueva York: ONU, 2001. (A/56/326).
9. Consejo Nacional de Población. México, ante los desafíos de desarrollo del milenio. México: CONAPO; 2005.
10. Palacio-Mejía LS, Lazcano-Ponce E, Allen-Leigh B, Hernández-Ávila M. Diferencias regionales en la mortalidad por cáncer de mama y cérvix en México entre 1979 y 2006. Salud Pública Mex 2009;51 supl 2:S208-S219.
11. Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994. Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica de cáncer cervicouterino. México [Modificado el 31 de mayo de 2007; consultado 31 de mayo 2012]. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/014sesa24.html>
12. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011. Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. [Consultado: 4 de junio de 2012]. Disponible en http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5194157&fecha=09/06/2011

13. 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.
14. Olaiz G, Rico B, Del Río A. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2003.
15. Olaiz G, Uribe P, del Río, A. Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres, ENVIM 2006. México: Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud; 2009.
16. Secretaría de Salud. Diario Oficial; 2009. [Consultado: 9 de abril de 2011]. Disponible en <http://www.iner.salud.gob.mx/descargas/juridico-normasmexicanas/NOM-046-SSA2-2005.pdf>.
17. Secretaría de Salud. Salud sexual y reproductiva para adolescentes. Programa de Atención Específico 2007-2012. México: Sesa-Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud; 2008.
18. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. [Última reforma publicada: 27 de abril de 2010], p. 5. Disponible en <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf>
19. Ley General de Salud [Última reforma publicada: 28 de mayo de 2012; consulta el 31 mayo 2012]. Disponible en <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>
20. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. [Última reforma publicada: 4 de diciembre de 2009; consultado: 31 mayo 2012]. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSAM.pdf
21. Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar (Última modificación publicada: 21 de enero de 2004). Disponible en: <http://www.generoysaludreproductiva.salud.gob.mx/paginas/paes.html>
22. Instituto Nacional de las Mujeres. Monitoreo de la atención a las mujeres en servicios públicos del Sector Salud. Cuadernos de trabajo (29). México: Inmujeres / CIESAS Sureste, 2011. Disponible en: http://www.inmujeres.gob.mx/images/stories/cuadernos/c29_o.pdf

Metodología

Rosalba Rojas

El estudio *Monitoreo de la atención a las mujeres en servicios del sector salud 2012* es transversal, combinó técnicas de recolección de información y análisis tanto cuantitativo como cualitativo.

El componente cuantitativo comprendió la aplicación de instrumentos de recolección de información dirigidos a prestadores de servicios en una muestra representativa de 926 unidades médicas y su posterior análisis.

En cuanto al componente cualitativo, se realizaron dos estudios: uno enfocado en prestadores de servicios y otro concentrado en usuarias. Los dos se centraron en los programas de Atención Materna y Perinatal, Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes y Prevención y Atención a la Violencia Familiar y de Género, se realizaron en una muestra intencional de unidades médicas y se emplearon técnicas cualitativas para el análisis de la información recolectada con el objetivo de complementar la información obtenida por el cuantitativo.

A continuación se presentan las características metodológicas de cada uno de estos componentes.

Estudio cuantitativo

Para la recolección de información se diseñaron cuestionarios y listas de cotejo para cada tema, con fundamento en las NOM y partiendo de la identificación de las intervenciones indispensables para la prestación del servicio. Dichos instrumentos fueron elaborados por expertos del INSP y posteriormente revisados y comentados por los expertos temáticos de cada una de las instituciones participantes.

Se realizaron programas de captura para computadoras portátiles de cada cuestionario. Los programas validan que la entrada de los datos sea dentro de los rangos establecidos para cada pregunta.

Los investigadores del INSP que participaron en el diseño y revisión de los cuestionarios realizaron la estandarización de 120 entrevistadores y supervisores. Revisaron cada una de las preguntas de los cuestionarios y de las listas de cotejo. Contestaron las dudas que se les presentaron por conceptos y términos médicos. Se hicieron pruebas o ensayos entre los propios entrevistadores. Se corrigieron los errores de redacción de las preguntas y los errores en los pases.

Se realizó un manual del entrevistador como apoyo para el levantamiento. En éste se explicó la forma en que deberían hacerse las preguntas y la ayuda considerada necesaria.

Posterior a la estandarización, los entrevistadores levantaron 60 cuestionarios en 10 unidades médicas de Cuernava-

ca, Morelos, para probar los instrumentos de recolección y el programa de captura. Asimismo, algunos investigadores que participaron en la estandarización observaron las técnicas de entrevista. Se reportaron los errores y se corrigieron.

Los entrevistadores visitaron 926 unidades médicas seleccionadas de primer, segundo y tercer nivel de atención de los Sesa, el IMSS, el IMSS Oportunidades y el ISSSTE. La información fue capturada en computadoras portátiles que tenían cargada la información de identificación de las unidades médicas, así como el nivel de atención y servicios que proveen, información que fue proporcionada por las instituciones participantes.

Los entrevistadores aplicaron los cuestionarios a proveedores de los servicios de salud e integraron listas de cotejo. De acuerdo con el nivel de atención de la unidad médica, los proveedores entrevistados fueron el director de la unidad, médicos tratantes y jefes de los servicios involucrados en los programas de Atención Materna y Perinatal; Planificación Familiar y Anticoncepción; Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes; Cáncer Cervicouterino; Cáncer de Mama y Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género. Se obtuvo información de 926 unidades médicas con cuestionarios completos sobre los temas de estudio.

Estudio cualitativo

El objetivo de este componente de la investigación fue describir y analizar las barreras y los facilitadores que, según prestadores de atención, directivos y usuarias de los servicios médicos, existen para lograr la implementación de las NOM correspondientes a los tres tipos de atención estudiados en este componente: Atención Materna y Perinatal, Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes y Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género, en una muestra intencional de unidades médicas de los Sesa, el ISSSTE, el IMSS y su unidad IMSS Oportunidades.

Se aplicaron dos tipos instrumentos de recolección de datos cualitativos:

1. Entrevistas cualitativas (semiestructuradas individuales) sobre los tres tipos de atención estudiado, aplicadas a 41 prestadores de servicio que trabajan en ese tipo de atención –15 con enfermeros(as), 11 con trabajadores(as) sociales, 9 con médicos(as), 3 con psicólogos(as), 2 con promotoras y 1 con una partera–, en las 4 instituciones mencionadas y a 55 usuarias.

2. Listados libres (un método antropológico para estudiar el consenso que existe sobre un tema en la población de estudio) sobre los tres tipos de atención, aplicados a 39 prestadores de atención –30 enfermeras, 4 médicos(as) y 5 trabajadores(as) sociales– de dos instituciones, IMSS y SSa (las otras dos instituciones no tuvieron suficiente cantidad de personal en las unidades médicas visitadas para permitir resultados de confianza con este método).

Dado que se trata de un estudio cualitativo, la muestra no es representativa. No se pueden extraer los hallazgos del estudio cualitativo a otras unidades médicas. Se trata de una muestra intencionada que busca profundidad en los contenidos recopilados. Se seleccionaron a propósito dos entidades federativas (una con muy alto nivel de marginación y otra con muy bajo nivel) y dentro de cada una se seleccionaron unidades médicas de las instituciones donde se prestara alguno de los tres tipos de atención de interés.

A partir de la información recabada se realizó un análisis cualitativo de comparación constante de las entrevistas cualitativas con dos etapas de codificación utilizando categorías analíticas definidas a priori como códigos generales (primera etapa) y específicos (segunda etapa). Los listados libres se analizaron con una clasificación de las respuestas abiertas en categorías emergentes y conteo simple de cuántas respuestas había en la misma categoría.

Diseño muestral

Martín Romero

Para el monitoreo 2012 se contemplaron dos muestras: la primera correspondió a la usada en 2010,¹ y la segunda, una muestra diseñada específicamente para obtener estimaciones para cada institución y región. Las muestras seleccionadas son probabilísticas, esto es, que cada unidad en la población tuvo una probabilidad diferente de cero y conocida, hecho que permite hacer inferencias válidas sobre parámetros poblacionales; aunque algunos intervalos de confianza pueden tener una amplitud que sea de poca utilidad, pero sin dejar de ser válidos. Por ejemplo, si se afirma que una prevalencia p está en el intervalo $[0,1]$, se tiene una afirmación de poca utilidad porque todas las prevalencias están en $[0,1]$, pero es una afirmación que es cierta.

Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra por institución se determinó a partir de la precisión obtenida en la estimación de índices de desempeño en el monitoreo 2010. El cuadro M.1 presenta el promedio del cociente entre el error estándar y el parámetro, sobre un conjunto de índices relevantes; esto es,

$$R = \frac{2}{\sqrt{n}} \frac{1}{K} \sum_{k=1}^K \frac{\sqrt{\text{Var}(\hat{I}_k)}}{\hat{I}_k}$$

donde n es el número de unidades, K es el número de índices relevantes, \hat{I}_k es un índice y $\text{Var}(\hat{I}_k)$ es la varianza obtenida en el monitoreo 2010, cuando el número de unidades en muestra es $n=1$. Así, R puede interpretarse como la semiamplitud relativa de un intervalo de confianza al 95%.

Cuadro M.1

Semiamplitud relativa (R) para diversos tamaños de muestra en unidades

Institución	75	100	125	150	175	200	Monitoreo 2010
Sesa	0.15	0.13	0.12	0.11	0.10	0.09	0.16
ISSSTE	0.14	0.12	0.11	0.10	0.09	0.09	0.22
IMSS	0.10	0.09	0.08	0.07	0.07	0.06	0.13
IMSS Oportunidades	0.08	0.07	0.06	0.06	0.05	0.05	0.18

El cuadro M.1 muestra que las reducciones en la semiamplitud relativa son marginales para tamaños de muestra mayores a 150 unidades: a) para ISSSTE la semiamplitud relativa no cambia* cuando se pasa de 175 a 200 unidades; b) para el IMSS no cambia cuando se pasa de 150 a 175 unidades; c) para IMSS Oportunidades no cambia cuando se pasa de 175 a 200 unidades. Aunque para los Sesa no se alcanza a observar un rango de unidades en el cual la semiamplitud relativa no decrece, se considera suficiente que para tres instituciones se observen rangos donde la precisión no decrece.

Entonces, la primera conclusión que se sugiere de este cuadro es que el tamaño de muestra no debe ser mayor a 150 unidades. Por otra parte, muestra que la semiamplitud relativa obtenida con 75 unidades será menor a la obtenida por los Sesa en el monitoreo 2010, que fue la institución que tuvo más unidades en muestra en aquella ocasión. Entonces, la segunda conclusión que sugiere es que el tamaño de muestra no debe ser menor a 75 unidades. Luego, en función de los recursos disponibles, se decidió tomar un tamaño de muestra de 150 unidades por institución.

El uso de este cuadro como elemento decisivo de la determinación del tamaño de muestra es una aproximación ya que el diseño de muestra del monitoreo 2012 no es idéntico al de 2010. Esta aproximación fue necesaria para poder avanzar en el diseño de la muestra.

Procedimiento de selección

Como primera etapa del procedimiento de selección se describen los marcos de muestreo proporcionados por cada institución: IMSS, IMSS Oportunidades, ISSSTE y Sesa.

* “No cambia” si la semiamplitud relativa se expresa en dos dígitos, aunque numéricamente ésta es diferente para cada tamaño de muestra.

Marcos de muestreo

IMSS

El marco de muestreo del IMSS está constituido por 1 357 unidades, las cuales están clasificadas de acuerdo con el cuadro M.2. Adicionalmente, dicho cuadro presenta el número de unidades por región en la muestra de 2010.

Cuadro M.2

Distribución de unidades en el marco de muestreo del IMSS, según región y nivel de atención

Región	Nivel			Total En marzo 2012	Muestra 2010	
	1	2	3		En marzo 2012	Total
Noroeste	345	71	3	419	13	15
Noreste	250	49	3	302	11	12
Centro	162	36	0	198	6	7
DF-Edomex	128	30	4	162	11	14
Sur	232	42	2	276	13	13
Total	1 117	228	12	1 357	54	61

En el marco del IMSS se encontró como medida de tamaño el total de médicos para los niveles 2 y 3; adicionalmente, para las unidades de primer nivel, se encontró como medida de tamaño a la población femenina adscrita al médico familiar. Entonces, dado que la población objetivo de este estudio son las mujeres, se decidió usar el total de médicos como medida de tamaño para los niveles 2 y 3, y a la población femenina adscrita como medida de tamaño para el nivel 1.*

IMSS Oportunidades

El marco de muestreo del IMSS Oportunidades está constituido por 3 666 unidades, las cuales están clasificadas de acuerdo con el cuadro M.3.

- * La medida de tamaño sirve para asignar probabilidades de selección, las cuales, si se toman en cuenta, permiten obtener estimadores no sesgados aunque con diferente varianza. En consecuencia, es posible usar medidas de tamaño diferentes para las diferentes instituciones sin sesgar las estimaciones. Por ejemplo, si el atributo de interés en la población toma los valores {10,20,30} y se selecciona a una unidad con probabilidades {1/3,1/3,1/3} entonces el valor esperado del estimador del total es:

$$E\hat{Y} = \frac{1}{3}30 + \frac{1}{3}60 + \frac{1}{3}90 = 60$$

$$Var\hat{Y} = \frac{1}{3}(30-60)^2 + \frac{1}{3}(60-60)^2 + \frac{1}{3}(90-60)^2 = 600$$

donde 30, 60 y 90 son los estimadores del total de Y. En contraste, si las probabilidades de selección son {5/10,3/10,2/10}

$$E\hat{Y} = \frac{5}{10}20 + \frac{3}{10}66.67 + \frac{2}{10}150 = 60$$

$$Var\hat{Y} = \frac{5}{10}(20-60)^2 + \frac{3}{10}(66.67-60)^2 + \frac{2}{10}(150-60)^2 = 2433.33$$

donde {20, 66.67, 150} son los estimadores del total de Y. Así, el uso de diferentes conjuntos de probabilidades solo afecta a la varianza de las estimaciones, la cual queda reflejada en la amplitud de los intervalos. Entonces,

En el marco de muestreo de IMSS Oportunidades no se encontró una medida de tamaño; entonces, la medida de tamaño que se asignó a las unidades fue de uno.

ISSSTE

El marco de muestreo del ISSSTE está constituido por 200 unidades, las cuales están clasificadas de acuerdo con el cuadro M.4.

En el marco de muestreo del ISSSTE no se encontró una medida de tamaño; entonces la medida de tamaño que se asignó a las unidades fue de uno.

Sesa

El marco de muestreo de los Sesa está constituido por 14 772 unidades, que están clasificadas de acuerdo con el cuadro M.5. En el marco de muestreo denominado Sesa se encuentran los servicios estatales de salud.

El marco de muestreo de los Sesa está constituido por 14 772 unidades, que están clasificadas de acuerdo con el cuadro M.5.

Cuadro M.3

Distribución de unidades en el marco de muestreo de IMSS Oportunidades, según región y nivel de atención

Región	Nivel			Total En marzo 2012	Muestra 2010	
	1	2	3		En marzo 2012	Total
Noroeste	500	11	0	511	4	5
Noreste	525	15	0	540	1	3
Centro	869	19	0	388	1	4
DF-Edomex	27	2	0	29	0	1
Sur	1 667	31	0	1 698	1	6
Total	3 588	78	0	3 666	7	19

es posible hacer comparaciones entre instituciones (a pesar de que tengan diferentes diseños) si las comparaciones se hacen considerando la varianza de las estimaciones. El ejemplo también ilustra que las estimaciones y varianza de los estimadores dependen de las probabilidades de selección, y no de las medidas de tamaño absolutas de las unidades; por ejemplo, si en una población con tres unidades las medidas de tamaño son {500,499,501} y seleccionamos una muestra de tamaño n=1 con muestreo sistemático y probabilidad proporcional al tamaño, las probabilidades de selección de las unidades serán:

{1/3,1/3-1/500,1/3+1/500}, probabilidades que son iguales cuando las medidas de tamaño son {5000,4990,5010}. Así, la medida de tamaño de una unidad que es relevante para el proceso de selección es la medida de tamaño relativa; por ejemplo, si una unidad atiende a 10% de la población y trabaja en ella 10% del personal médico; entonces, la probabilidad de selección de dicha unidad va a ser la misma bajo los dos esquemas de selección: selección con probabilidad proporcional a la población que atiende o al personal médico que trabaja en ella.

* En cada municipio se seleccionaron a todas las unidades del ISSSTE, entonces la variable de nivel no fue considerada para el muestreo del ISSSTE. No se conoce el significado de los valores que tiene la variable nivel para el ISSSTE.

† En el muestreo de los Sesa se unió el nivel 1 'PC' con las unidades sin nivel **, unidades que en su mayoría son unidades móviles

Cuadro M.4

Distribución de unidades en el marco de muestreo del ISSSTE, según región y nivel de atención

Región	Nivel						Total en marzo 2012	Muestra 2010	
	CH	CMF	CMFE	CMN	HAE	HG		En marzo 2012	Total
Noroeste	17	15	0	0	2	7	41	6	8
Noreste	22	8	3	0	2	5	40	6	9
Centro	18	8	1	0	2	4	33	5	8
DF-Edomex	0	42	0	0	4	5	52	5	9
Sur	16	10	3	0	2	3	34	3	6
Total	73	83	7	1	12	24	200	25	40

Cuadro M.5

Distribución de unidades en el marco de muestreo de los Sesa, según región y nivel de atención

Región	Nivel					Total En marzo 2012	Esp. Violencia en marzo 2012	Muestra 2010	
	*1	2N	3N	CEE	PC			En marzo 2010	Total
Noroeste	596	66	16	185	2 017	2 880	40	15	16
Noreste	516	66	11	186	1 954	2 733	64	16	17
Centro	429	75	7	87	2 945	3 543	61	14	14
DF-Edomex	146	53	30	99	1 165	1 493	28	18	18
Sur	632	81	14	142	3 254	4 123	38	18	18
Total	2 319	341	78	699	11 335	14 772	231	81	83

El símbolo “*” aparece en la base de datos recibida como nivel de las unidades, de las cuales dos terceras partes son unidades móviles o caravanas de salud; pero se prefirió dejarlo para evitar imprecisiones

En el marco de muestreo de los Sesa se construyó como medida de tamaño a la suma de las consultas de: embarazo gestacional, embarazo adolescente, embarazo de alto riesgo, atención a la violencia, cáncer de la mujer, planificación familiar, embarazadas y en lactancia.

Selección de unidades

Para la selección de las unidades se partió inicialmente de la selección de municipios, como se hizo en 2010, con el fin de optimizar los recursos y la logística del levantamiento.

El tamaño de muestra de 200 municipios se determinó a partir de un ejercicio de costeo, el cual determinó que era económicamente factible visitar 800 unidades repartidas en 225 municipios. Entonces, se consideró conveniente, seleccionar 200 municipios para seleccionar en ellos 600 unidades no seleccionadas en el monitoreo 2010, que garantizarán la precisión de las estimaciones por institución como ya se señaló al inicio de este apartado, para luego esperar que las 203 unidades visitadas en 2010 se distribuyan, como máximo, en 25 municipios adicionales a los 200 municipios considerados. Este último supuesto se consideró razonable ya que en 2010 se seleccionaron 50 municipios.

En la primera etapa del procedimiento de selección se asignó un tamaño de muestra de 40 municipios a cada una de las regiones descritas en el cuadro M.6. La razón para asignar igual tamaño de muestra en municipios por región fue que

en cada una de las cinco regiones vive, de modo aproximado, 20% de la población.

Se asignaron 40 municipios a cada región, de éstos se hizo una selección mediante un muestreo sistemático con probabilidad proporcional a su tamaño (PPT), donde el tamaño fue la población del municipio según el censo 2010, se hizo de este modo para favorecer que aparecieran en la muestra los municipios con mayor población. Si se hubiera seleccionado a los municipios con igual probabilidad, entonces el estado de Oaxaca hubiera quedado sobrerepresentado, ya que 570 de los 2 456 municipios en el país pertenecen a esta entidad.

Por otra parte, la selección de municipios con PPT favoreció la selección de municipios con mayor población, como ocurre con la mayor parte de los estudios nacionales poblacionales, los cuales tienen en general una muestra de municipios donde se favorece la inclusión de los municipios más grandes

Cuadro M.6

Regiones geográficas

Región	Entidades federativas
Noroeste	Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Durango, Jalisco, Nayarit, Sinaloa, Sonora
Noreste	Aguascalientes, Coahuila, Guanajuato, Nuevo León, Querétaro, San Luis Potosí, Tamaulipas, Zacatecas
Centro	Guerrero, Morelos, Puebla, Tlaxcala, Hidalgo, Michoacán, Colima
DF-Edomex	Distrito Federal, Estado de México
Sur	Campeche, Chiapas, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán

porque en ellos habita más población; entonces, puede hablarse de que los municipios grandes están sobrerrepresentados (cuando se comparan con la representación que tendrían en un muestreo aleatorio simple), pero la sobrerrepresentación de municipios grandes no tiene consecuencias en las estimaciones para IMSS Oportunidades o para cualquier otra institución porque en la construcción de ponderadores se considera a la probabilidad de selección.

Por otra parte, para asegurar acercarse a las 150 unidades médicas del ISSSTE, debido a las características del marco de muestreo se consideró necesario seleccionar 10 municipios con certeza, en virtud de que en cada uno de ellos había dos unidades de esta institución; además, en cada municipio seleccionado se eligió con certeza a todas las unidades del ISSSTE.

Luego, en cada municipio, se estratificaron las unidades de acuerdo con los niveles de atención descritos en los cuadros M.2 a M.5, con una excepción, los Sesa. Para éstos se definió como un estrato adicional a las unidades especializadas en la atención de la violencia. Además, se unió el nivel 1 “PC” con las unidades sin nivel, unidades que en su mayoría son unidades móviles.

En seguida, en cada estrato dentro de cada municipio, se seleccionaron unidades con la regla mostrada en el cuadro M.7.

Cuadro M.7

Reglas de selección en los municipios dentro de cada estado

Institución	Regla
ISSSTE	Seleccionar a todas las unidades del municipio
Sesa	Seleccionar a una unidad por estrato-municipio
IMSS	Si hay 1 unidad en el estrato seleccionar 1
IMSS Oportunidades	Si hay entre 2 y 4 unidades en el estrato seleccionar 2 Si hay más de 4 unidades en el estrato seleccionar 3

El propósito de definir los niveles como estratos fue el de garantizar la máxima diversidad de unidades seleccionadas por cada municipio, en especial garantizar la inclusión de unidades de niveles altos. La estrategia favorece el sobremuestreo de las unidades de niveles superiores pues en general hay más unidades de primer nivel que de segundo o tercero. Se consideró deseable sobremuestrear las unidades de niveles altos para tratar de incrementar la precisión de las inferencias en dicho nivel.

Como resultado del procedimiento de selección descrito, el número de unidades seleccionadas por institución (N) resultó ser mayor a las 150 unidades para los Sesa, IMSS e IMSS Oportunidades; en contraste, el número de unidades seleccionadas para el ISSSTE fue de 119. Con el fin de ajustar el tamaño de muestra a las 600 unidades previstas, se hizo un muestreo sistemático de unidades para Sesa, IMSS e IMSS Oportunidades para determinar las unidades que no serían incluidas en la muestra final (cuadro M.8).

Para el área rural es plausible obtener estimaciones con una precisión de utilidad práctica, ya que si se compara el

tamaño de muestra rural con el del monitoreo 2010, puede argumentarse que son tamaños de muestra del mismo orden (cuadros M8 y M9).

Cuadro M.8

Número de municipios por visitar en la muestra rural

Institución	Número de municipios
IMSS	3
IMSS Oportunidades	64
ISSSTE	0
Sesa	41
Total	94

Cuadro M.9

Comparación del tamaño de muestra de la muestra rural 2012

Estudio	Unidades	Municipios
Monitoreo 2010	203	50
Monitoreo rural 2012	162	94

Inferencias por región

Se considera que será plausible hacer inferencias por región ya que el número de municipios y unidades seleccionadas por región son las siguientes (cuadro M.10). Tamaños de muestra que son del mismo orden que el tamaño de muestra del IMSS en 2010.

Cuadro M.10

Comparación del tamaño de muestra de la muestra rural 2012

Estudio	Unidades	Municipios
Monitoreo 2010 IMSS	61	39
Monitoreo 2012		
Noroeste	135	34
Noreste	127	34
Centro	99	34
DF-Edomex	112	32
Sur	134	38
Total	607	172

Inferencias sobre el cambio entre 2010 y 2012

Adicional al número de unidades seleccionadas de acuerdo con los criterios antes expuestos y con el objetivo de realizar la comparación de algunas preguntas incluidas en el monitoreo de 2010, en la muestra final se incluyeron las 203 unidades médicas visitadas en ese año. La distribución de las unidades que se visitarán en este levantamiento quedó finalmente de la siguiente manera (cuadro M.11):

Cuadro M.11

Distribución de la muestra de unidades médicas del monitoreo 2012

Institución o programa	Muestra 2012	Muestra 2010	Total Monitoreo 2012
IMSS Oportunidades	151	19	170
IMSS	160	61	221
ISSSTE	119	40	159
Sesa	177	83	260
Total	607	203	810

Ajustes al tamaño de muestra por no respuesta

Después de seleccionar la muestra de 810 unidades, se seleccionaron unidades adicionales hasta completar 926. Se añadieron nuevas unidades para: a) compensar la pérdida de unidades debidas a la no respuesta (55 unidades), y b) atender el requerimiento explícito de Inmujeres de añadir a la muestra unidades especializadas (61 unidades), como clínicas resolutivas de atención a las emergencias obstétricas de los Sesa, clínicas de los Sesa donde hay equipo de mastografía, clínicas con servicios especializados para la atención a la violencia y clínicas con servicios oncológicos del IMSSS y Sesa. Las 61 unidades especializadas fueron añadidas al diseño de muestra (se les construyó su ponderador) en función de si la selección se hizo con certeza o no.

Análisis estadístico de la información

Se presentan los resultados de los principales indicadores de cada programa incluido en este estudio. Se obtuvieron frecuencias relativas y sus intervalos de confianza utilizando el ponderador asignado a cada unidad médica, correspondiente al inverso de su probabilidad de selección. Para la obtención de los intervalos de confianza de 95% fue considerado el diseño complejo de la selección muestral. Se emplearon comandos SVY del paquete estadístico Stata 12.0.*‡

* Los intervalos de confianza se calcularon con el programa Stata después de especificar el diseño de muestra. La amplitud de los intervalos de confianza no es homogénea porque, en general, la amplitud de los intervalos de confianza depende del tamaño de muestra y de la variabilidad del atributo (índice) en la población.

‡ Toda estimación deberá interpretarse después de considerar su intervalo de confianza; por ejemplo, si se tienen dos parámetros, A estimado con 82.7% ($IC = [69.0, 91.2]$) y B con 70.1% ($IC = [58.7, 79.4]$), entonces, no podrá concluirse que los datos apoyan la hipótesis de que A y B sean diferentes pues los intervalos de confianza se traslapan.

Se construyeron índices de la producción de servicios a través de la ponderación realizada por el grupo de expertos de los programas de las cinco instituciones participantes: IMSS, IMSS Oportunidades, ISSSTE, Sesa e INSP. Para la obtención de los índices, se utilizó la mediana de los ponderadores asignados por los expertos a los indicadores propuestos. Sólo se emplearon los indicadores calificados con un valor mayor de cero por todas las instituciones y, en consecuencia, se obtuvieron menos índices de los propuestos en un inicio.

Los resultados obtenidos en las unidades médicas incluidas en la muestra por institución se muestran a continuación (cuadro M.12):

La distribución de las unidades médicas con cuestionarios completos por institución y nivel de atención se encuentra en el cuadro M.13:

A continuación se presenta la distribución de la muestra estudiada por región, de acuerdo con el cuadro M.14, y por tamaño de la localidad en donde están ubicadas las unidades médicas (cuadro M15):

Cuadro M.12

Unidades médicas incluidas en la muestra, según institución

Resultado final	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	Sesa	Total
UM en remodelación	1	4	1	3	9
Inseguridad	2	8	1	5	16
UM donde no se permitió levantamiento de información	1	0	1	3	5
UM cuya CLUES no fue encontrada	0	0	1	7	8
UM que no ofrecen los servicios estudiados	16	5	3	66	90
UM con información completa	215	166	152	265	798
Total	235	183	159	349	926

Cuadro M.13

Unidades médicas incluidas en la muestra, según nivel de atención

	Nivel			TOTAL
	Primer	Segundo	Tercer	
IMSS	139	70	6	215
IMSS Oportunidades	154	12	0	166
ISSSTE	51	86	15	152
Sesa	161	83	21	265
Total	505	251	42	798

Cuadro M.14

Unidades médicas incluidas en la muestra, según región geográfica

	Región geográfica					TOTAL
	Noroeste	Noreste	Centro	DF-Edomex	Sur	
IMSS	59	48	26	44	38	215
IMSS Oportunidades	37	32	39	2	56	166
ISSSTE	31	31	19	48	23	152
Sesa	58	51	48	52	56	265
Total	185	162	132	146	173	798

Cuadro M.15

Unidades médicas incluidas en la muestra, según tamaño de la localidad

	Tamaño de localidad			TOTAL
	Rural < 2 500 habitantes	Urbano 2 500 a 99 999 habitantes	Metropolitana >= 100 000 habitantes	
IMSS	9	57	149	215
IMSS Oportunidades	122	34	10	166
ISSSTE	13	13	126	152
Sesa	56	73	139	265
Total	197	177	424	798

Referencias

1. Instituto Nacional de las Mujeres. Monitoreo de la atención a las mujeres en servicios públicos del Sector Salud. Cuadernos de trabajo (29). México: Inmujeres / CIESAS Sureste, 2011. Disponible en: http://www.inmujeres.gob.mx/images/stories/cuadernos/c29_o.pdf

1. Prevención y atención del cáncer cervicouterino

Aurelio Cruz

El cáncer cervicouterino es actualmente un problema de salud pública importante, con un estimado de más de 500 mil casos nuevos anuales en todo el mundo.¹ Representa una de las enfermedades con mayor mortalidad en la población femenina, ocasionando al menos 250 mil muertes al año, de las cuales, el 80% ocurren en países de ingresos medios y bajos.² Las diferencias entre la morbilidad y la mortalidad por cáncer cervicouterino entre los países de altos ingresos y aquéllos con ingresos medios y bajos, radican en el *acceso a los servicios de salud y la baja calidad en los servicios de prevención y control para esta patología*.³

En México, durante el 2008 se registraron 10,186 casos nuevos de cáncer cervicouterino (segundo lugar de neoplasias malignas después del cáncer de mama), con una tasa de 19.2 x 100 mil mujeres.^{4,5} La tasa de mortalidad para el mismo año fue de 9.7 x 100 mil mujeres, con 5,061 defunciones (segundo lugar de mortalidad por neoplasias malignas en mujeres).^{4,5}

El fallecimiento de estas mujeres representa una gran pérdida social, económica y, además, innecesaria, ya que el cáncer cervicouterino es totalmente prevenible y curable (si las lesiones pre-cancerosas se detectan oportunamente)³ a un bajo costo y de bajo riesgo si se tienen métodos de tamizaje, diagnóstico, tratamiento y seguimiento adecuados.³

En México, se implantó el Programa Nacional de Detección Oportuna a partir de 1974 con el empleo de la citología cervical, también conocida como prueba de Papanicolaou (Pap), la cual ha representado un avance en la prevención de cáncer cervicouterino en mujeres con vida sexual activa. Sin embargo, esto no ha sido suficiente para lograr una disminución significativa en las tasas de mortalidad por esta causa, debido a la baja cobertura y bajos estándares de calidad.⁶

Se puede decir, entonces, que el cáncer cervicouterino es una enfermedad que refleja un problema de equidad de género y de acceso a los servicios de salud, no solo en diferencias de desarrollo económico y social, sino también de estructura física y de recursos humanos; es por lo tanto una enfermedad de la pobreza y por ello los programas de detección oportuna deben entre otras cosas: 1) dirigirse primordialmente a regiones rurales y urbanas marginadas; 2) impulsar acciones que garanticen amplias coberturas y calidad similar en todas las regiones; 3) utilizar estrategias de tamizaje acordes a la disponibilidad de servicios de atención médica; 4) satisfacer las expectativas de las usuarias y aumentar el conocimiento respecto al cáncer cervicouterino, ambas acciones con la finalidad de garantizar la calidad del programa.⁷

La planificación y organización adecuada de los programas de detección oportuna juega un papel importante en el impacto del mismo. Dentro de esto se incluye que cuenten con una detección sistematizada y altas coberturas, que se mantenga como parte de la práctica médica diaria, que los seguimientos de los casos que resulten positivos sean adecuados, que exista oportunidad y certeza en la confirmación diagnóstica y en el tratamiento, que haya vinculación adecuada entre los diferentes componentes del programa, recursos adecuados y suficientes y una calidad óptima en la prestación del servicio.^{4,8}

La persistencia en la alta mortalidad por cáncer cervicouterino se relaciona con dos aspectos generales importantes: uno, la falta de recursos e inversión y, dos, las fallas en la organización y operación de los servicios de salud para su detección temprana y atención adecuada.^{8,9}

A partir de que se ha atribuido al Virus del Papiloma Humano (VPH) del grupo de alto riesgo como la causa del cáncer, se han desarrollado tecnologías para la prevención primaria por medio de vacunas, así como la prevención secundaria con el uso de la detección del ADN del VPH por medio de tecnologías de biología molecular.¹⁰

La aplicación de estas tecnologías dentro del programa de Prevención y Detección Oportuna del Cáncer se ha establecido en la Norma Oficial desde mayo del 2007. El objetivo de esta norma es uniformar los principios, políticas, estrategias y criterios de operación para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino, con observancia obligatoria para todo el personal de salud de los sectores público, social y privado.¹¹

Sin embargo, su implementación ha sido heterogénea. Mientras que en las Instituciones de Seguridad Social se priorizó el uso de vacunas profilácticas y la detección temprana utilizando la citología convencional, La Secretaría de Salud optó por la implementación de laboratorios regionales para la detección del DNA del VPH.⁸ En el 2009-2010 el ISSSTE complementó su programa de prevención implementando laboratorios para la detección del DNA del VPH a través de la metodología de PCR.

En este contexto y para su operacionalización, tanto los centros de salud como las unidades médicas han llevado a cabo un proceso para tener personal capacitado y mejorar su estructura, así como cambios en los procesos de prevención, diagnóstico y tratamiento. Además, el fortalecimiento de la consejería a las mujeres positivas es uno de los aspectos importantes en la reestructuración del programa.⁸

Prevención

La Norma Oficial señala que la prevención del cáncer se realizará por medio de la promoción de la salud, la vacunación y la detección oportuna, orientadas a evitar o disminuir los factores de riesgo y a descubrir oportunamente lesiones precursoras. En este contexto, una de las estrategias más innovadoras en la prevención primaria es el uso de vacunas profilácticas contra los VPH asociados más frecuentemente al cáncer cervicouterino. Los tipos de VPH 16 y 18 son responsables de alrededor del 70% de los casos de cáncer cervical invasor,¹² así como de una alta proporción de cáncer anogenital¹³ y un menor porcentaje de neoplasias en cuello y cabeza.¹⁴

Recientemente se han introducido en los programas de inmunización de varios países de ingresos altos y en algunos de ingresos medios, dos vacunas para la profilaxis de las infecciones por VPH con los tipos 16 y 18:¹⁵

- Cervarix. Vacuna bivalente, con dos proteínas antigenicas no infecciosas, para VPH 16 y 18.
- Gardasil. Vacuna tetravalente, con cuatro proteínas antigenicas para VPH 16, 18, 6 y 11, las dos últimas para la prevención de verrugas genitales y/o papilomatosis respiratoria recurrente.

Existen diversos hallazgos clave respecto a la eficacia de las vacunas profilácticas contra VPH,¹⁶⁻¹⁸ entre ellos se encuentran:

1. Eficacia del 100% para la prevención de lesiones relacionadas con VPH 16-18, en mujeres que no han iniciado su vida sexual o que están libres de la infección y tienen buena persistencia de anticuerpos durante 7 años.¹⁹
2. Aceptable perfil de seguridad.²⁰

A este respecto, los resultados de los ensayos clínicos que se han desarrollado en más de 40 áreas geográficas a nivel mundial²¹ han referido que las vacunas contra VPH son altamente eficaces contra la infección persistente por VPH entre los 6 y 12 meses,²² y contra cualquier tipo de neoplasia intraepitelial cervical.²³

El Consejo Nacional de Vacunación aprobó en septiembre de 2009 la política de vacunación contra VPH en niñas de 9 años, con un esquema extendido de 0, 6 y 60 meses, bajo el siguiente fundamento:

- La inducción de anticuerpos por la vacuna es más alta que la producida por exposición natural al virus
- La respuesta inmune de las niñas de 9 a 11 años de edad es similar a la obtenida después de tres dosis en mujeres entre los 16 y los 26 años de edad

- La administración de la tercera dosis será en el momento en el que se requiere la máxima protección, es decir, alrededor del inicio de relaciones sexuales

A pesar de que desde 2008 las instituciones de seguridad social establecieron la aplicación de la vacuna contra VPH en sus unidades médicas, el personal entrevistado señala que no se aplica en el IMSS en un 10.2% y en el ISSSTE en un 17.8% (cuadro 1.1 y figura 1.1).

Cuadro 1.1

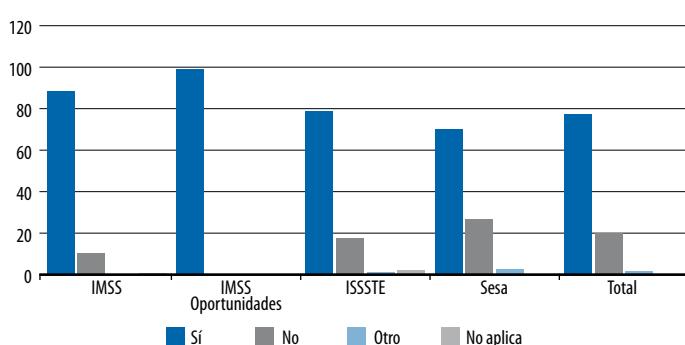
Oferta de la vacuna contra el virus del papiloma humano en unidades médicas del primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	88.6 [80.1,93.8]	99.3 [97.5,99.8]	78.8 [71.9,84.4]	70.1 [56.6,80.8]	77.5 [67.1,85.4]
No	10.2 [5.3,18.7]	0.4 [0.1,1.9]	17.8 [13.0,23.9]	26.8 [16.6,40.4]	20.1 [12.6,30.6]
Otro	0.1 [0.1,0.1]	0.3 [0.0,2.3]	1.3 [0.2,8.8]	2.5 [0.5,12.3]	1.9 [0.4,8.7]
No aplica	0.9 [0.3,3.1]	0.0 [0.0,0.0]	2.1 [0.8,5.3]	0.4 [0.1,2.0]	0.4 [0.1,1.3]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 277	3 485	198	12 168	17 127

* Informante: Responsable del servicio de medicina preventiva, unidad médica familiar o consulta externa

Figura 1.1

Oferta de la vacuna contra el virus del papiloma humano en unidades médicas del primer y segundo nivel de atención



Fuente: Cuadro 1.1

En el 53.2% de las unidades médicas los entrevistados respondieron que el 100% de las vacunas recibidas contra el VPH se aplicaron a niñas de 9 y 10 años (cuadro 1.2). La mayoría del personal entrevistado señaló que se cuenta con vacuna en más del 50% (cuadro 1.3 y figura 1.2). Es importante señalar que al momento de la entrevista, en los centros de salud pertenecientes a los Sesa, se iniciaba la semana nacional de vacunación donde la aplicación de la vacuna contra el VPH estaba incluida por primera vez, esto podría explicar que en el momento de la entrevista se contara con un 45.3% de vacunas.

Cuadro 1.2

Porcentaje de vacunas contra el virus del papiloma humano recibidas en los últimos 12 meses que fueron aplicadas a niñas de 9 y 10 años en el primero y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Menos de 90%	49.2 [37.5,61.0]	28.4 [19.2,39.8]	44.9 [33.0,57.5]	41.6 [26.4,58.5]	38.7 [27.9,50.8]
90-94%	5.5 [2.0,14.0]	13.1 [7.2,22.6]	9.3 [3.1,24.5]	4.2 [1.4,11.5]	6.6 [3.5,12.3]
95-99%	1.1 [0.4,3.2]	3.6 [1.3,9.3]	1.9 [0.5,7.7]	0.6 [0.4,0.7]	1.4 [0.7,2.7]
100%	44.2 [32.9,56.2]	55.0 [43.9,65.6]	43.8 [31.9,56.5]	53.7 [37.7,69.0]	53.2 [42.2,63.9]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	960	3 278	138	8 159	12 535

* Informante: Responsable del servicio de medicina preventiva, unidad médica familiar o consulta externa

Cuadro 1.3

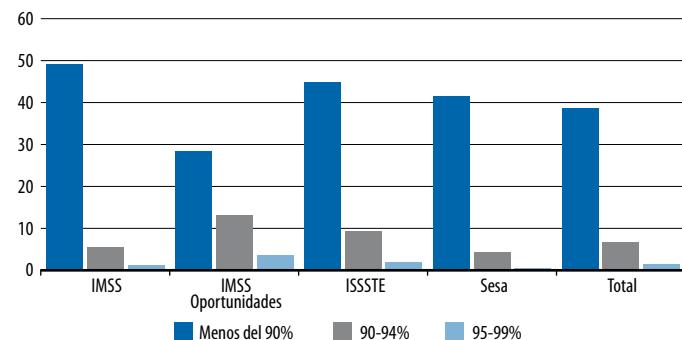
Disponibilidad de vacunas contra el virus del papiloma humano en el primero y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	82.7 [69.0,91.2]	70.1 [58.7,79.4]	74.6 [63.7,83.2]	45.3 [31.1,60.4]	55 [44.0,65.5]
No	17.0 [8.6,30.8]	29.9 [20.5,41.2]	20.3 [12.6,31.0]	46.3 [31.5,61.7]	39.4 [29.3,50.5]
No aplica	0.2 [0.1,0.6]	0.0 [0.4,9.8]	2.1 [1.7,32.3]	8.4 [1.1,22.9]	5.5 [4.4,26.0]
No sabe, no responde	0.1 [0.1,0.1]	0.0 [1.3,6.6]	3.0 [1.3,6.6]	0.0 [0.0,0.1]	0.0 [0.0,0.1]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 134	3 457	158	8 986	13 735

* Informante: Responsable del servicio de medicina preventiva, unidad médica familiar o consulta externa

Figura 1.2

Porcentaje de vacunas contra el virus del papiloma humano recibidas en los últimos 12 meses que fueron aplicadas a niñas de 9 y 10 años en el primero y segundo nivel de atención



Fuente: Cuadro 1.3

No obstante del Programa Nacional de Detección Oportuna, las tasas de mortalidad no han disminuido significativamente debido a la baja cobertura y a los bajos estándares de calidad. Uno de los indicadores más sensibles de esto está en medir la posibilidad de brindar un resultado citológico oportuno para atender a mujeres con un diagnóstico confirmatorio.

20. A pesar de los cambios en la organización y modernización de los servicios de salud, la oportunidad de entrega de resultados de citología en las instituciones visitadas es aún mayor a 30 días (45.7%). El IMSS de régimen ordinario tiene como única estrategia de prevención secundaria la utilización de la citología, sin embargo el 29.1% de los entrevistados señalan que la entrega es mayor a un mes; en el IMSS el 60.9% y en el ISSSTE y los Sesa un 21.2 y 43.4%, respectivamente (cuadro 1.4 y figura 1.3).

La Norma Oficial señala que la consejería se considera parte importante del proceso de comunicación y análisis entre el prestador de servicios y la usuaria. Mediante la consejería se debe proporcionar información, orientación, asesoría

Cuadro 1.4

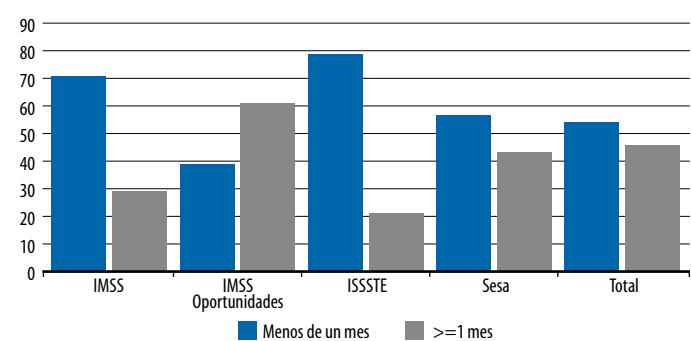
Tiempo de entrega de resultados de prueba de Papanicolaou a usuarias en el primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Menos de un mes	70.9 [59.0,80.5]	39.1 [28.6,50.6]	78.8 [69.2,86.0]	56.6 [43.0,69.3]	54.3 [44.2,64.0]
>= 1 mes	29.1 [19.5,41.0]	60.9 [49.4,71.4]	21.2 [14.0,30.8]	43.4 [30.7,57.0]	45.7 [36.0,55.8]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 258	3 449	192	11 477	16 376

* Informante: Responsable del servicio de medicina preventiva, unidad médica familiar o consulta externa

Figura 1.3

Tiempo de entrega de resultados de prueba de Papanicolaou a usuarias en el primer y segundo nivel de atención



Fuente: Cuadro 1.4

y aclaración de dudas a la mujer y sus familiares. El 99.2% refirieron dar alguna información y orientación (cuadro 1.5). Asimismo, esta estrategia debe de hacer énfasis en la efectividad y limitaciones que tienen la detección oportuna, el diagnóstico y el tratamiento.

Los proveedores refieren que no realizan actividades para verificar la comprensión de la información brindada sobre la prueba. Esta situación es referida por todas las instituciones (el 55.4% de los Sesa y hasta el 66% del ISSSTE). No existe un instrumento en los centros de salud o unidades médicas que sirva para obtener retroalimentación sobre la comprensión de la información que se la ha brindado a la usuaria (cuadro 1.6). En promedio, más del 50% ofrecen orientación o información para incrementar actitudes positivas hacia la detección del Cacu (cuadro 1.7 y figura 1.4).

En México, las instituciones de salud combinan estrategias de tamizaje para cáncer cervical de bajo costo, particularmente en el IMSS de régimen ordinario y en el IMSS Oportunidades (visualización con ácido acético en 96.5% (IC: 91.6, 98.6)), así como nuevas alternativas de tamizaje (prueba de VPH por captura de híbridos o PCR), como se observa en el cuadro 1.8.

Cuadro 1.5

Otorgamiento de alguna información y orientación sobre cáncer cervicouterino a las usuarias en el primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	98.8 [96.6,99.6]	96.9 [91.0,99.0]	95.7 [90.4,98.2]	100.0 [100.0,100.0]	99.2 [98.0,99.7]
No	1.1 [0.3,3.3]	2.0 [0.5,7.7]	3.7 [1.5,9.0]	0.0 [0.0,0.0]	0.5 [0.2,1.5]
No aplica	0.1 [0.0,1.0]	1.2 [0.2,7.7]	0.6 [0.1,3.9]	0.0 [0.0,0.6]	0.3 [0.0,1.6]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 277	3 471	194	12 166	17 107

* Informante: Responsable del servicio de medicina preventiva, unidad médica familiar o consulta externa

Cuadro 1.6

Verificación de la comprensión de las usuarias sobre indicaciones cuando se les brinda información y orientación del servicio en el primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Les pregunta si tienen alguna duda	64.2 [51.5,75.2]	52.2 [39.2,65.0]	66.0 [55.5,75.1]	55.4 [41.9,68.2]	55.6 [45.7,65.0]
Les pregunta si necesita saber algo más	5.9 [2.3,14.3]	5.8 [2.5,12.9]	2.6 [1.0,6.3]	8.8 [3.2,22.2]	7.9 [3.5,16.9]
Otra	28.3 [18.7,40.5]	42.0 [30.5,54.5]	30.9 [22.0,41.5]	33.7 [22.0,47.7]	34.9 [26.1,44.9]
No sabe, no responde	1.5 [0.2,10.4]	0.0 [0.4,0.6]	0.5 [0.3,13.7]	2.1 [0.3,13.7]	1.6 [0.3,9.4]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 266	3 417	193	12 114	16 990

* Informante: Responsable del servicio de medicina preventiva, unidad médica familiar o consulta externa

Cuadro 1.7

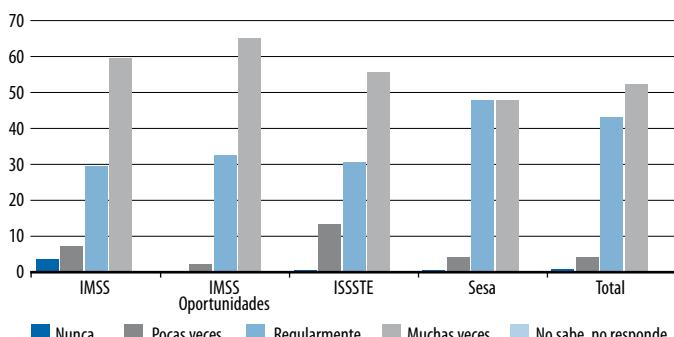
Frecuencia con la que se ofrece orientación o información para incrementar actitudes positivas hacia la detección de cáncer cervicouterino en el primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Nunca	3.6 [0.6,17.9]	0.0 [0.1,3.9]	0.6 [0.1,2.1]	0.5 [0.2,1.9]	0.7 [0.2,1.9]
Pocas veces	7.2 [2.6,18.3]	2.3 [0.6,9.0]	13.2 [7.5,22.3]	4.1 [1.2,13.5]	4.1 [1.6,9.9]
Regularmente	29.6 [21.0,40.0]	32.5 [21.8,45.5]	30.6 [23.1,39.2]	47.7 [34.2,61.5]	43.1 [33.0,53.7]
Muchas veces	59.6 [48.4,69.9]	65.1 [52.6,75.9]	55.6 [46.0,64.9]	47.7 [34.5,61.2]	52.2 [41.9,62.3]
No sabe, no responde	0.0 [0.0,0.0]	0.0 [0.0,0.0]	0.0 [0.0,0.0]	0.0 [0.0,0.0]	0.0 [0.0,0.0]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 276	3 471	194	12 165	17 105

* Informante: Responsable del servicio de medicina preventiva, unidad médica familiar o consulta externa

Figura 1.4

Frecuencia con la que se ofrece orientación o información para incrementar actitudes positivas hacia la detección de cáncer cervicouterino en el primer y segundo nivel de atención



Fuente: Cuadro 1.7

La infraestructura para determinar tipos de virus de papiloma humano de alto riesgo se ha implementado en unidades médicas de los Sesa (70.6%, IC: 57.1, 81.2) y la determinación de VPH por PCR se ha incorporado al ISSSTE (59.27%, IC: 49.8, 68.1) (cuadro 1.8).

La consejería que se lleva a cabo en los servicios es heterogénea a pesar de los lineamientos generales en el contenido de la Norma Oficial. La principal información consiste primordialmente en manejar los riesgos y los procedimientos de la prueba que se está realizando en el momento de la detección (un promedio de 83.4% en las instituciones seleccionadas). Sin embargo, los contenidos para favorecer la percepción del beneficio de la prueba, que mejorarían la adherencia al programa, no se llevan a cabo, como el de informar sobre el significado del resultado (desde un 11.1% hasta un 20.9%; IMSS y Sesa respectivamente) (cuadro 1.9 y figura 1.5). El índice de preventión no llega a más del 69.9% en el IMSS Oportunidades; las demás instituciones con promedio del 56%.

Diagnóstico

La Norma Oficial Mexicana refiere que los métodos de tamizaje para la detección del cáncer cervicouterino son la citología cervical y la visualización directa con ácido acético. Las pruebas biomoleculares pueden ser utilizadas como complemento de la citología.¹¹

El hallazgo de que el cáncer cervical sólo ocurre en mujeres que se infectan persistentemente por VPH de alto riesgo, condujo al desarrollo de novedosas estrategias de prevención con nuevas tecnologías adicionales a la prueba de citología cervical.²⁴ En el momento actual se dispone de métodos sensi-

bles de biología molecular que incrementan dramáticamente la posibilidad de identificar lesiones precursoras que anteceden al cáncer invasor.²⁵

Con la información disponible, existe suficiente evidencia epidemiológica para recomendar la prueba de VPH (*Prueba de DNA*) como estrategia de detección primaria de lesiones precursoras de cáncer cervical.²⁶ Existe enorme evidencia de que la prueba de biología molecular tiene mejor desempeño y mayor flexibilidad que el Pap, porque requiere menos recursos técnicos, es una prueba semiautomatizada con elevada confiabilidad²⁷ y su interpretación no es subjetiva.

Cuadro 1.8

Métodos de tamizaje empleados para la detección temprana de cáncer cervicouterino en el primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Visualización con ácido acético		96.5 [91.6,98.6]	24.3 [17.7,32.5]	9.4 [4.5,18.9]	27.8 [21.0,35.8]
Citología cervical o Papanicolaou	13.3 [8.7,20.0]	*	94.3 [91.3,96.3]	89.2 [72.6,96.2]	91.8 [79.8,97.0]
Prueba de virus del papiloma humano por captura de híbrido	97.3 [94.7,98.7]	98.9 [95.0,99.8]		70.6 [57.1,81.2]	51.7 [41.8,61.5]
Prueba de virus del papiloma humano por PCR	*	*	59.3 [49.8,68.1]		3.9 [1.7,8.7]
Total de unidades	*	*	194	11 923	16 864

* Informante: Responsable del servicio de medicina preventiva, unidad médica familiar o consulta externa

Cuadro 1.9

Principales temáticas que se abordan en la información y orientación en el primer y segundo nivel de atención*

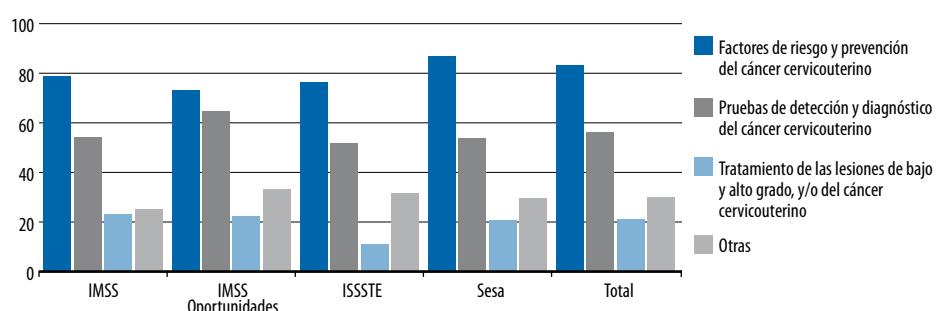
	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Factores de riesgo y prevención del cáncer cervicouterino	79.0 [69.1,86.4]	73.3 [62.7,81.7]	76.4 [67.3,83.5]	86.8 [77.1,92.8]	83.4 [76.6,88.5]
Pruebas de detección y diagnóstico del cáncer cervicouterino	54.1 [43.5,64.3]	64.6 [52.9,74.8]	52.0 [42.4,61.5]	54.0 [40.6,66.9]	56.1 [45.9,65.9]
Tratamiento de las lesiones de bajo y alto grado, y/o del cáncer cervicouterino	23.1 [11.9,40.1]	22.4 [14.3,33.4]	11.1 [7.0,17.2]	20.9 [12.1,33.6]	21.3 [14.5,30.0]
Otras	25.4 [16.9,36.3]	33.1 [22.7,45.6]	31.6 [23.6,40.8]	29.7 [18.2,44.3]	30.1 [20.8,41.3]
Total de unidades	1 277	3 485	199	12 168	17 128

* Informante: Responsable del servicio de medicina preventiva, unidad médica familiar o consulta externa

Figura 1.5

Principales temáticas que se abordan en la información y orientación en el primero y segundo nivel de atención

Fuente: Cuadro 1.9



Detección molecular

El uso de la tecnología de biología molecular se aplica en el ISSSTE y los Sesa desde el 2008. A pesar del esfuerzo de capacitación que han realizado las instituciones, hay poco conocimiento acerca de la conducta a seguir en caso de que el resultado del VPH sea positivo. El personal entrevistado refiere diferentes alternativas de decisiones de referencia (cuadro 1.10 y figura 1.6).

El uso del PCR para el diagnóstico del DNA del VPH se utiliza únicamente en el ISSSTE, por lo que las respuestas de las demás instituciones no serían consideradas, lo que refiere un desconocimiento del personal sobre la tecnología que se está utilizando. Sin embargo el patrón de no estandarización sobre un resultado positivo se continúa reflejando en el personal perteneciente al ISSSTE (48.8%) (cuadro 1.11 y figura 1.7).

Para que el programa logre obtener una cobertura efectiva, además de la demanda de las mujeres por acceder al

PDOC, debe de asegurarse la recolección, traslado, lectura y devolución de las muestras a los proveedores de servicios, y finalizar con la notificación de resultados a la usuaria del servicio. El sistema de devolución de resultados al servicio y la entrega a la usuaria representa una estricta coordinación entre los procesos implicados en el programa.

En este contexto, se observa que el 80.3% de los proveedores entrevistados refirieron que la entrega de los resultados de NIC1 se realizaba en menos de un mes. No hay diferencia significativa cuando se pregunta el tiempo de entrega de un resultado de NIC2. De acuerdo con la norma se debe avisar con mayor atención a las mujeres con resultado de lesiones precursoras de cáncer (cuadros 1.12 y 1.13).

Este resultado, sumado al tiempo que transcurre en la entrega de los resultados de citología, provoca un retraso de más de tres meses. En promedio el 29% son derivadas al servicio de ginecología (cuadro 1.14).

Cuadro 1.10

Prueba de seguimiento que se indica a una paciente con diagnóstico por captura de híbridos de infección por virus del papiloma humano en el primer y segundo nivel de atención*

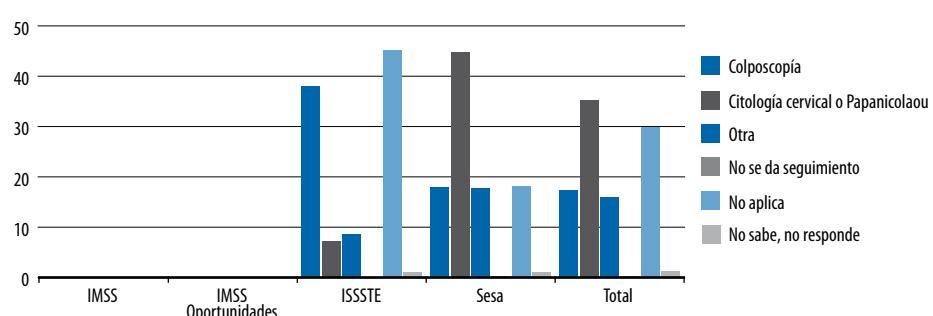
	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Colposcopia	*	*	38.1 [28.8,48.3]	17.9 [10.3,29.5]	17.4 [11.5,25.6]
Citología cervical o Papanicolaou	*	*	7.2 [3.9,12.9]	44.9 [31.6,59.0]	35.3 [25.4,46.6]
Otra	*	*	8.6 [3.8,18.3]	17.8 [9.6,30.5]	15.9 [9.7,24.9]
No se da seguimiento			0.0	0.2 [0.0,1.3]	0.2 [0.0,0.8]
No aplica	51.4 [37.7,64.9]	65.7 [53.0,76.4]	45.1 [35.6,55.1]	18.1 [9.5,31.8]	30.0 [21.4,40.3]
No sabe, no responde	*	*	1.0 [0.4,2.5]	1.1 [0.1,7.2]	1.2 [0.3,4.4]
Total (%)	*	*	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 194	3 098	182	11 693	16 168

* Informante: Responsable del servicio de medicina preventiva, unidad médica familiar o consulta externa

Figura 1.6

Prueba de seguimiento que se indica a una paciente con el diagnóstico por captura de híbridos de infección por virus del papiloma humano en el primero y segundo nivel de atención

Fuente: Cuadro 1.10



Cuadro 1.11

Prueba de seguimiento que se indica a una paciente con diagnóstico, por reacción en cadena de la polimerasa, de infección por virus del papiloma humano en el primer y segundo nivel de atención*

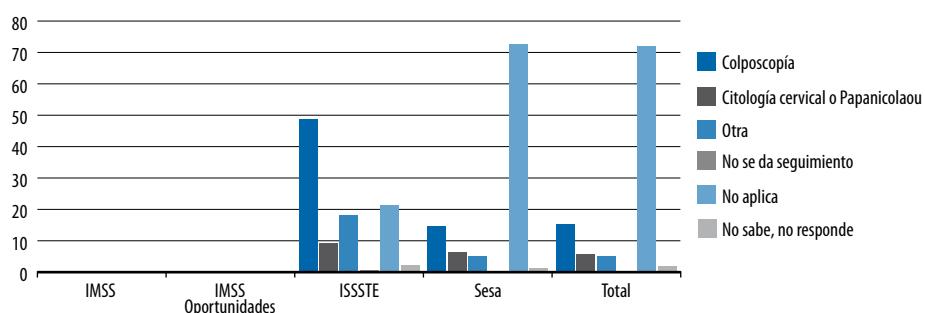
	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Colposcopia	*	*	48.8 [39.0,58.8]	14.7 [7.5,26.9]	15.1 [9.3,23.5]
Citología cervical o Papanicolaou	*	*	9.2 [5.5,15.0]	6.3 [2.7,14.2]	5.8 [2.9,11.1]
Otra	*	*	18.2 [10.7,29.3]	4.9 [1.8,12.7]	5.2 [2.6,10.3]
No se da seguimiento	*	*	0.5 [0.5,0.6]	0.2 [0.0,1.3]	0.2 [0.1,0.8]
No aplica	*	*	21.2 [15.3,28.5]	72.7 [59.8,82.6]	72.0 [62.6,79.8]
No sabe, no responde	*	*	2.1 [1.3,3.3]	1.2 [0.2,6.8]	1.7 [0.6,4.6]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 190	3 077	185	11 433	15 886

* Informante: Responsable del servicio de medicina preventiva, unidad médica familiar o consulta externa

Figura 1.7

Prueba de seguimiento que se indica a una paciente con diagnóstico por PCR de infección por virus del papiloma humano en el primero y segundo nivel de atención

Fuente: Cuadro 1.11

**Cuadro 1.12**

Tiempo de entrega de resultados de neoplasia intraepitelial cervical 1 a usuarias en el segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Menos de un mes	81.9 [68.9,90.2]	84.0 [42.7,97.4]	76.2 [50.6,90.9]	78.4 [50.5,92.8]	80.3 [67.1,89.1]
≥ 1 mes	18.1 [9.8,31.1]	16.0 [2.6,57.3]	23.8 [9.1,49.4]	21.6 [7.2,49.5]	19.7 [10.9,32.9]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	134	99	50	199	482

* Informante: Responsable del servicio de colposcopia o módulo de diagnóstico

Cuadro 1.13

Tiempo de entrega de resultados de neoplasia intraepitelial cervical 2 a usuarias en el segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Menos de un mes	88.1 [71.1,95.7]	84.0 [42.7,97.4]	70.8 [46.9,87.0]	93.7 [78.3,98.4]	87.8 [77.4,93.7]
≥ 1 mes	11.9 [4.3,28.9]	16.0 [2.6,57.3]	29.2 [13.0,53.1]	6.3 [1.6,21.7]	12.2 [6.3,22.6]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	134	99	50	196	478

* Informante: Responsable del servicio de colposcopia o módulo de diagnóstico

Cuadro 1.14

Servicio al que son referidas las pacientes con una citología cervical anormal en primer nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Medicina familiar/ Médico del centro de salud	25.6 [16.2,37.8]	12.0 [4.6,27.8]	10.5 [5.2,20.0]	5.1 [2.2,11.5]	8.1 [4.9,13.1]
Medicina colposcópica/Módulo de salud ginecológica	14.9 [8.8,24.3]	24.8 [15.0,38.1]	10.9 [6.0,18.9]	10.3 [4.8,20.8]	13.6 [8.5,20.9]
Al servicio de ginecología	25.8 [16.5,38.0]	46.0 [34.8,57.5]	35.7 [27.3,45.0]	24.6 [14.7,38.2]	29.2 [21.2,38.6]
Al servicio de colposcopia	13.2 [5.9,27.2]	4.4 [1.9,9.7]	22.2 [15.7,30.5]	13.5 [7.1,24.0]	11.7 [7.0,18.9]
Al servicio de oncología	4.3 [1.3,12.7]	5.7 [2.1,14.7]	4.9 [2.3,10.1]	2.1 [0.5,9.4]	3.0 [1.3,7.1]
No se refiere	0.3 [0.1,0.7]	0.1 [0.0,0.5]	0.6 [0.1,3.9]	0.1 [0.0,0.4]	0.1 [0.0,0.2]
Total de unidades	1 277	3 485	199	12 168	17 128

* Informante: Responsable del servicio de medicina preventiva, unidad médica familiar o consulta externa

Control de calidad

La Norma Oficial señala que para garantizar la calidad de la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica, se deben de considerar las etapas de los procesos. Para evaluar la calidad de un laboratorio de citología se deben de considerar todas las etapas del mismo.

Los servicios de salud son sistemas de producción complejos en los cuales la mayor parte del trabajo puede ser estructurado en procesos. Las estrategias de mejora de la calidad pretenden el incremento de la capacidad y confiabilidad de los procesos para satisfacer las necesidades de sus clientes. La mejora de los procesos no sólo genera mejores resultados, sino que además reduce los costos al eliminar las pérdidas, el trabajo innecesario y la duplicación de las acciones.

Para la gestión de la calidad, cada persona de la organización forma parte de uno o más procesos. Cada empleado recibe el producto de otros, le adiciona valor y lo provee a otra persona para el siguiente paso, de esta forma, cada trabajador es proveedor y al mismo tiempo cliente de otros. De tal manera que las fallas en la calidad surgen cuando las personas realizan cosas erradas de manera correcta, las variaciones en el proceso de atención llevan a diferencias en los resultados en términos de salud, esto significa, que la principal fuente de fallas en la calidad está dada por fallas en la ejecución de los procesos.

Para realizar un control de calidad adecuado, se establecen dos mecanismos:

- a) Control interno, el cual debe de ser aleatorio, sistemático y homogéneo; en este control se debe incluir la toma de muestras, la correlación histológica y el monitoreo del personal técnico. El patólogo o citólogo revisará todos los días el 100% de las muestras positivas, atípicas y dudosas de manera conjunta con el citotecnólogo que las leyó y hará una revisión aleatoria del 10% de laminillas negativas.

- b) Control externo, que incluirá la revisión de la serie de laminillas representativas de la patología cervicovaginal y de los problemas técnicos.

En el Cuadro 1.15 se presentan los resultados del personal de laboratorio de citología. De acuerdo con lo referido por los proveedores entrevistados se encuentra que existe un bajo control de calidad interno en todas las instituciones. El 36.5% señala que realiza la revisión del 100% de las muestras positivas y la revisión aleatoria del 27.7% de las muestras negativas. Los Sesa cuentan con el porcentaje más bajo tanto en la revisión por el citólogo o patólogo del 100% de las muestras positivas (14.6%) y revisión aleatoria del 10% de laminillas negativas (11.1%).

Es de llamar la atención que no existe un ejercicio de correlación cito-histológica de acuerdo con lo referido por el personal entrevistado (5.6%). Así como un bajo control de productividad y de entrega de resultados (6.1% y 11.9% respectivamente).

Referencia y contrarreferencia primer nivel

La referencia y contrarreferencia es un procedimiento administrativo que emana del modelo de atención a la salud para la población. Las instituciones involucradas asumen los derechos y obligaciones correspondientes y conforman la red de servicios de salud y su objetivo es propiciar la calidad y calidez para la población usuaria.

La Norma Oficial Mexicana indica en su marco de actuación los procesos generales representados en diagramas de flujo que exponen de manera esquemática los pasos a seguir para su realización. Cada institución realiza adaptaciones del mismo de acuerdo a su estructura y estrategia de detección.

De acuerdo a los resultados obtenidos de la encuestas, no existe un consenso en los proveedores de la misma institución

sobre dónde referir a mujeres con anormalidades de citología cervical detectadas. La heterogeneidad dentro de las instituciones de salud en México se pone en evidencia en los resultados mostrados en el cuadro 1.16.

Capacitación

Servicio de Medicina Preventiva, Unidad Médico Familiar, Consulta Externa, Módulo de Atención Preventiva Integrada (Prevenimss), Unidades de primero y segundo nivel.

Los programas de enseñanza y capacitación de los profesionales de la salud deben adaptarse al tipo de destinatario, a la situación local y al desarrollo del programa con miras a garantizar su contribución a la mejora de éste.

La Norma Oficial refiere que para garantizar un servicio de calidad del personal de salud que realiza actividades de prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilan-

cia epidemiológica de cáncer cervicouterino, se llevarán a cabo actividades de capacitación y actualización de dicho personal apegándose a lo establecido en el “Programa Único de Capacitación y Actualización para médicos generales, especialistas, citopatólogos y citotecnólogos” con la periodicidad que cada institución determine. El objetivo general de la capacitación y actualización es garantizar un servicio de calidad del personal de salud que realiza actividades de prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica de cáncer cervicouterino de las instituciones públicas.

El personal de salud que haya recibido capacitación debe estar ampliamente informado sobre la prevención, detección y tratamiento de lesiones precursoras y cáncer cervicouterino, y debe informar en las diferentes oportunidades de consulta o visita que la usuaria haga al personal de salud o al servicio.

El 83.3% del personal entrevistado refirió no tener limitación para proporcionar información sobre cáncer cer-

Cuadro 1.15

Medidas internas de control que se llevan al cabo en el laboratorio en el segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Revisión por el citólogo o patólogo del 100% de las muestras positivas, atípicas	64.3 [45.9,79.2]	88.9 [57.5,97.9]	39.0 [24.9,55.2]	14.6 [5.6,33.0]	36.5 [23.1,52.3]
Revisión aleatoria del 10% de laminillas negativas	40.9 [26.5,57.0]	77.7 [31.4,96.4]	52.2 [36.6,67.3]	11.1 [5.0,23.1]	27.7 [18.0,40.0]
Correlación cito histológica en los resultados citológicos con LEIAG/NIC 2 o mayor	14.4 [7.0,27.3]	0.0	4.4 [3.3,6.0]	0.0	5.6 [2.8,10.9]
Registro de productividad individual por citotecnólogo esperando de 40 a 56 laminillas	12.2 [5.5,24.8]	0.0	16.4 [4.2,46.9]	0.0	6.1 [3.0,12.0]
Entrega de resultados en un plazo no mayor a 10 días después de haber sido recibido	17.7 [8.4,33.4]	0.0	27.2 [12.8,48.7]	5.2 [1.0,24.1]	11.9 [6.3,21.5]
Otras	11.7 [5.1,24.7]	11.1 [2.1,42.5]	18.8 [12.7,26.8]	19.0 [8.6,36.8]	16.2 [10.2,24.8]
Total de unidades	142	9	45	207	402

* Informante: Responsable del servicio de colposcopia o módulo de diagnóstico

Cuadro 1.16

Servicio al que son referidas las pacientes con una citología cervical o prueba de Papanicolaou anormal en el primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Medicina familiar/ Médico del centro de salud	25.6 [16.2,37.8]	12.0 [4.6,27.8]	10.5 [5.2,20.0]	5.1 [2.2,11.5]	8.1 [4.9,13.1]
Medicina colposcópica/Módulo de salud ginecológica	14.9 [8.8,24.3]	24.8 [15.0,38.1]	10.9 [6.0,18.9]	10.3 [4.8,20.8]	13.6 [8.5,20.9]
Al servicio de ginecología	25.8 [16.5,38.0]	46.0 [34.8,57.5]	35.7 [27.3,45.0]	24.6 [14.7,38.2]	29.2 [21.2,38.6]
Al servicio de colposcopia	13.2 [5.9,27.2]	4.4 [1.9,9.7]	22.2 [15.7,30.5]	13.5 [7.1,24.0]	11.7 [7.0,18.9]
Al servicio de oncología	4.3 [1.3,12.7]	5.7 [2.1,14.7]	4.9 [2.3,10.1]	2.1 [0.5,9.4]	3.0 [1.3,7.1]
No se refiere	0.3 [0.1,0.7]	0.1 [0.0,0.5]	0.6 [0.1,3.9]	0.1 [0.0,0.4]	0.1 [0.0,0.2]
Total de unidades	1 277	3 485	199	12 168	17 128

* Informante: Responsable del servicio de medicina preventiva, unidad médica familiar o consulta externa

vicouterino. Sin embargo, existe entre un 11% del IMSS-Oportunidades a un 22.5% del IMSS con una percepción de limitación en la consejería, y un 19.4% y 17.8% del ISSSTE y los Sesa, respectivamente. Lo cual se correlaciona con los resultados presentados previamente (cuadro 1.17).

En el cuadro 1.18 se presentan resultados de los diferentes procesos que conforman el programa. El 20% del personal entrevistado refiere no estar capacitado para la toma de citología cervical. Aunque la inspección visual no se encuentra dentro de los procesos en la mayoría de las instituciones seleccionadas, excepto en el IMSS Oportunidades, sólo el 66.4% del personal se siente capacitado en la inspección visual. Siendo una de las estrategias más importantes de esta institución por carencia de infraestructura.

A pesar de que se ha referido el uso de la tecnología para la detección del DNA del VPH, no existe una actualización sobre el papel del VPH en la historia natural del cáncer. Aunque hay diferencias de 38% en IMSS Oportunidades, hasta un 64% en el ISSSTE, éstas son bajas. Por otro lado, aproximadamente el 30% del personal entrevistado no se siente capacitado

en brindar información sobre aspectos de prevención del cáncer. Cuando se entrevista al personal sobre estar capacitado en temas de equidad e igualdad de género refieren estar capacitados en un 70% en promedio, aunque no se encuentran temas sobre estos conceptos en los programas de capacitación. Posiblemente se trate de un conocimiento erróneo de este tema.

En el caso del personal del Servicio de Colposcopia/Modulo de Diagnóstico del segundo nivel de atención, existe un 20% del personal del ISSSTE y los Sesa que refiere no estar actualizado en temas de VPH, lo cual llama la atención debido a que su estrategia se basa en la implementación de la detección molecular del VPH. Por otra parte, destaca que el IMSS-Oportunidades tenga una percepción de mayor conocimiento sobre el tema (98%) (cuadro 1.19).

Hay mayor percepción de capacidad en temas del programa de detección que en el diagnóstico y tratamiento colposcópico, de un 49% hasta un 81% (IMSS Oportunidades e ISSSTE respectivamente), así como un 50% a 76% de capacitación en la correlación cito-colpo-histológica (50% de IMSS Oportunidades hasta un 75.9% del ISSSTE). Estos últimos importantes para evaluar la calidad del proceso tanto de comprensión de las lesiones encontradas en el estudio, como en la posibilidad de brindar información a la usuaria.

En el cuadro 1.20, el 51.1% del total de los entrevistados refieren no haber recibido capacitación sobre la historia natural de la infección del VPH y la fisiopatología en el cáncer, así como en las técnicas de la colposcopia. Es importante señalar que el 48.7% del personal refiere que no ha habido horas dedicadas a la capacitación sobre el programa de prevención, a pesar de que las instituciones tienen programado capacitación anual sobre el mismo (figura 1.8).

Cuadro 1.17

Personal de salud que tiene alguna limitación para proporcionar información sobre cáncer cervicouterino porque no ha recibido suficiente capacitación en el primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	22.5 [13.7,34.7]	10.5 [5.8,18.4]	19.4 [12.8,28.4]	17.8 [10.1,29.5]	16.7 [10.9,24.8]
No	77.5 [65.3,86.3]	89.5 [81.6,94.2]	80.6 [71.6,87.2]	82.2 [70.5,89.9]	83.3 [75.2,89.1]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 276	3 470	195	12 166	17 106

* Informante: Responsable del servicio de medicina preventiva, unidad médica familiar o consulta externa

Cuadro 1.18

Detección de necesidades de capacitación en unidades médicas del primer y segundo nivel de atención*

Se siente suficientemente capacitado(a)	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Toma de citología cervical o Papanicolaou	80.8 [68.5,89.1]	81.4 [72.0,88.2]	84.2 [75.5,90.2]	80.0 [66.2,89.1]	80.4 [70.6,87.5]
Inspección visual con ácido acético	16.8 [10.9,24.9]	66.4 [54.5,76.5]	37.2 [28.3,47.0]	12.6 [6.2,23.8]	24.1 [17.6,32.1]
Actualización sobre virus del papiloma humano y técnicas de detección	39.7 [29.6,50.9]	37.8 [28.8,47.7]	64.4 [54.1,73.5]	46.9 [33.7,60.6]	44.7 [35.2,54.7]
Orientación sobre temas de prevención y detección oportuna de cáncer cervicouterino	75.0 [61.8,84.8]	78.0 [67.2,85.9]	83.5 [74.7,89.6]	76.7 [63.3,86.2]	76.9 [67.5,84.2]
Temas de equidad e igualdad de género	74.2 [62.1,83.4]	71.1 [61.2,79.4]	65.1 [54.9,74.2]	72.8 [61.1,82.1]	72.5 [63.9,79.7]
Otra	16.3 [7.9,30.5]	17.7 [8.0,34.6]	24.9 [15.9,36.7]	7.1 [3.2,15.3]	10.8 [6.3,17.9]
Total de unidades	1 276	3 471	195	12 165	17 106

* Informante: Responsable del servicio de medicina preventiva, unidad médica familiar o consulta externa

Cuadro 1.19

Detección de necesidades de capacitación del personal de colposcopia en unidades médicas del segundo nivel de atención*

Se siente suficientemente capacitado(a)	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Actualización sobre VPH y técnicas de detección	64.2 [45.5,79.5]	98.0 [94.2,99.3]	80.6 [54.0,93.6]	82.3 [57.3,94.2]	79.6 [66.3,88.5]
Programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino	83.8 [73.6,90.5]	98.0 [94.2,99.3]	93.3 [89.5,95.8]	91.4 [84.8,95.2]	90.5 [86.1,93.6]
Diagnóstico y tratamiento colposcópico	64.4 [45.7,79.5]	49.0 [9.8,89.5]	81.0 [67.6,89.7]	74.9 [49.0,90.3]	67.7 [49.8,81.7]
Correlación citocolpohistológica	61.0 [42.8,76.6]	50.0 [9.8,90.1]	75.9 [61.8,86.0]	71.6 [45.7,88.3]	65.0 [47.4,79.4]
Total Unidades	164	99	51	242	556

* Informante: Responsable del servicio de colposcopia o módulo de diagnóstico

Cuadro 1.20

Horas de capacitación en actualización sobre virus del papiloma humano y técnicas de detección en personal de colposcopia en unidades médicas del segundo nivel de atención en 2011*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Cero	58.2 [42.5,72.4]	86.4 [42.9,98.2]	62.4 [45.6,76.7]	26.9 [9.9,55.2]	51.1 [33.9,68.0]
de 1 a 20 horas	17.2 [8.8,31.0]	2.1 [0.7,6.0]	22.6 [11.8,39.1]	46.5 [16.5,79.3]	27.0 [11.4,51.6]
> 20 horas	24.5 [15.6,36.4]	11.5 [1.2,58.4]	15.0 [7.9,26.4]	26.6 [10.5,52.7]	21.9 [13.1,34.4]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	146	97	50	208	501

* Informante: Responsable del servicio de colposcopia o módulo de diagnóstico

Laboratorio o servicio de citología

En contraste con el servicio de colposcopia, el personal de laboratorio de lectura citológica refiere sentirse capacitado en un mayor porcentaje sobre el VPH (70.5%). Las instituciones con menor porcentaje fueron el IMSS y los Sesa (70% y 65.2%). En la percepción de capacitación en lectura citológica el 62.9% los entrevistados no se sienten actualizados. El personal del IMSS Ordinario y los Sesa con menor proporción (57.8% y 61.9% respectivamente) (cuadro 1.21).

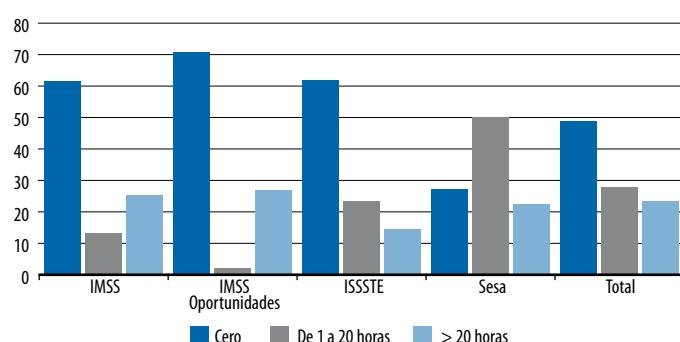
Esta información se correlaciona con las horas señaladas por el personal entrevistado dedicadas a la capacitación sobre VPH y técnicas citológicas, donde el 63.4% refiere que no hay horas dedicadas a ello, siendo los Sesa (43.7%) y el ISSSTE (67%) aquéllos con el menor porcentaje (figura 1.9). Lo mismo se refiere con las horas dedicadas a la capacitación en las técnicas de citología (58%), siendo los Sesa los que presentan el menor porcentaje de horas (48.9%) (figura 1.10).

Servicio de patología

La prueba para detectar el ADN del VPH de alto riesgo es contemplada como una herramienta adicional de tamizaje, basados

Figura 1.8

Horas de capacitación en programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino en personal de colposcopia del segundo nivel de atención en el 2011



en el hecho de que las lesiones pre-invasivas cervicales y el cáncer son causados por una infección persistente por VPH. Los estudios que han modelado diferentes estrategias de tamizaje, usando diferentes escenarios de prevalencia de VPH y tasas de progresión de la enfermedad, así como razones de sensibilidad/especificidad del tamizaje de pruebas particulares, indican que utilizando la estrategia VPH puede ser altamente costo-efectiva.

El conocimiento sobre la historia natural de la infección y su asociación con lesiones de alto riesgo y cáncer son importantes para la interpretación de muestras citológicas e histológicas y para la toma de decisión clínica. La capacitación sobre las tecnologías tradicionales y moleculares para el diagnóstico del cáncer es crucial, independientemente de si es utilizada o no por las instituciones del sector.

En este contexto, el personal del servicio de patología entrevistado señala en un mayor porcentaje capacidad sobre la actualización sobre VPH y actualización en la lectura de la muestra (86.3% y 86.2% respectivamente), comparado con el personal de los otros niveles vistos anteriormente. El IMSS-Oportunidades no cuenta con este servicio de diagnóstico, que independientemente de la encuesta limita el proceso de diagnóstico y seguimiento de las mujeres con diagnóstico de lesiones (figura 1.11).

Cuadro 1.21

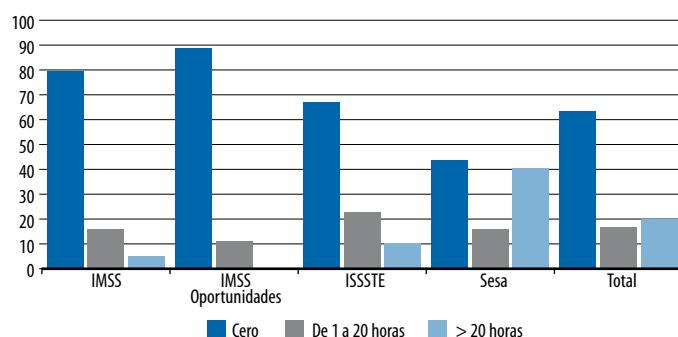
Detección de necesidades de capacitación del personal de citología en unidades médicas del segundo nivel de atención*

Se siente suficiente-mente capacitado(a)	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Actualización sobre VPH	70.0 [53.5,82.5]	88.9 [57.2,97.9]	83.9 [62.2,94.3]	65.2 [38.1,85.1]	70.5 [56.5,81.5]
Actualización en la lectura de citología	57.8 [38.2,75.2]	77.7 [31.2,96.4]	79.0 [59.9,90.4]	61.9 [36.0,82.5]	62.9 [48.8,75.2]
Total de unidades	130	9	41	121	301

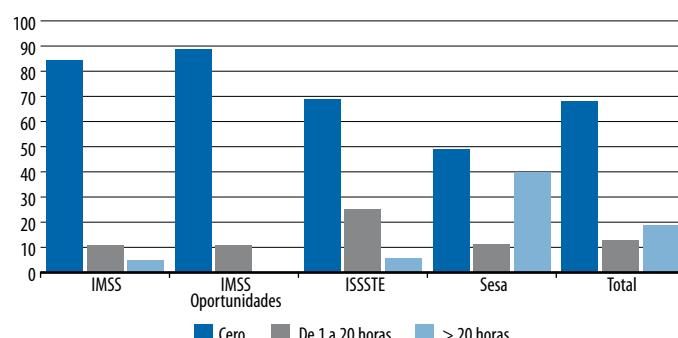
* Informante: Responsable del servicio o del laboratorio de citología

Figura 1.9

Horas de capacitación en actualización sobre VPH y técnicas de detección en personal de citología en unidades médicas del segundo nivel de atención en 2011

**Figura 1.10**

Horas de capacitación en actualización en la lectura de citología en personal de citología en unidades médicas del segundo nivel de atención en 2011



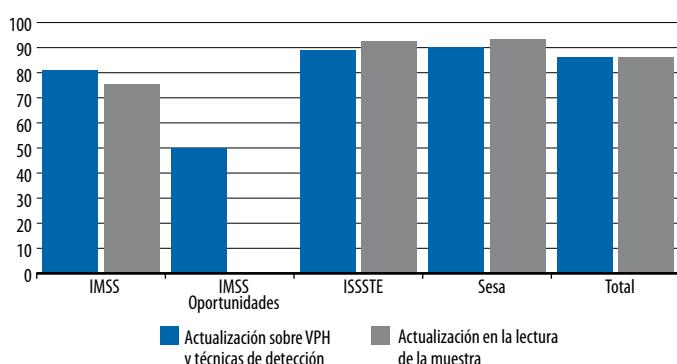
Los resultados del Cuadro 1.22 refieren que el personal especializado tiene mayor percepción de capacidad sobre la actualización sobre VPH. Los patólogos entrevistados señalan tener menos horas de capacitación institucional (60.1%), con cifras de 1.39% del IMSS contra 27.6% de los Sesa. Es interesante observar que a pesar de ello este personal se siente con mayor capacidad. Lo más probable es que la fuente de información sea a través de cursos externos al programa de capacitación anual de las instituciones.

La Norma Oficial señala que para evaluar la calidad de un servicio o centro oncológico se deben considerar todas las etapas del proceso para la atención y seguimiento de las pacientes. Promover la formación suficiente y de calidad del personal multidisciplinario para el diagnóstico y tratamiento del cáncer, principalmente oncólogos, radioterapeutas, patólogos, enfermeras especialistas en oncología, entre otros.

En comparación al personal de segundo y tercer nivel, y posiblemente debido al *expertise* de la especialidad, el personal de oncología se siente capacitado en un 93.9% en el conocimiento sobre el cáncer (cuadro 1.23). Sin embargo, al observar los resultados de la figura 1.12 vemos que los entrevistados refieren dedicar el 38.9% del tiempo de capacitación a este tema. En contraste, más del 90% del IMSS Ordinario refiere no obtener capacitación sobre este asunto (figura 1.12). Posiblemente la respuesta sea pensada en los cursos que desarrolla internamente las instituciones. Hubiera valido la pena saber en qué lugar llevan a cabo su capacitación. Llama la atención que esto no sucede en el personal de los Sesa, ya que refieren haber recibido capacitación el 75.6% de los entrevistados.

Figura 1.11

El personal de Patología de las unidades médicas del segundo y tercer nivel de atención se siente suficientemente capacitado en temas de actualización

**Cuadro 1.22**

Horas de capacitación en actualización sobre virus del papiloma humano y técnicas de detección en personal de patología del segundo y tercer nivel de atención en 2011

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Cero	62.3 [48.2,74.6]	0.0	74.7 [56.9,86.8]	54.5 [19.9,85.3]	60.1 [41.7,76.0]
de 1 a 20 horas	36.3 [24.5,50.0]	100.0	13.2 [5.5,28.6]	17.9 [5.8,43.5]	24.4 [14.3,38.3]
> 20 horas	1.4 [0.2,10.4]	0.0	12.1 [4.8,27.3]	27.6 [10.6,55.2]	15.5 [9.7,23.9]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	125	1	46	160	333

* Informante: Responsable del servicio de patología

Sin embargo, en conocimientos sobre tanatología (cuadro 1.24), el personal entrevistado de las tres instituciones no se siente capacitado (46.8%); refiere, además, no haber recibido capacitación sobre el tema (48% del IMSS, 66% del ISSSTE y 60% de los Sesa). Aunque el 57% del personal del IMSS refiere haber llevado cursos sobre el tópico.

Por otro lado y haciendo referencia sobre la capacitación en equidad de género, llama la atención que el personal del IMSS refiere sentirse capacitado en un 89%, siendo mayor que en el ISSSTE (46%) y los Sesa (66.9%). Al relacionar con las horas de capacitación recibida (figura 1.13), alrededor del 45% del personal de las tres instituciones dice no haber recibido capacitación.

Tratamiento y apoyo psicológico

La Norma Oficial Mexicana no refiere un tiempo para el tratamiento, es necesario conocer los intervalos posterior a la recepción de pacientes. Normalmente los servicios de oncología realizan estudios confirmatorios en la institución. Una gran parte de ellos consisten en realizar nuevamente la toma de muestras para citología, colposcopía y si es necesario toma de biopsia nuevamente. Por lo que el inicio del tratamiento no se lleva a cabo hasta que se obtienen los resultados de estos estudios. Normal-

Cuadro 1.23

Detección de necesidades de capacitación del personal de oncología en unidades médicas del tercer nivel de atención*

Se siente suficientemente capacitado(a)	IMSS %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Actualización sobre cáncer cervicouterino	100.0	71.5 [33.5,92.5]	96.9 [94.0,98.4]	93.9 [91.0,95.9]
Tanatología orientada a pacientes con cáncer cervicouterino terminal	55.6 [6.6,95.7]	36.2 [4.0,88.5]	43.3 [14.2,77.9]	46.8 [29.3,65.2]
Temas de equidad e igualdad de género	89.0 [65.8,97.1]	46.0 [6.6,91.1]	66.9 [42.9,84.5]	71.9 [59.7,81.5]
Total de unidades	27	12	32	71

* Informante: Responsable del servicio, jefe(a) del servicio, director(a) o subdirector(a) del servicio de oncología

Cuadro 1.24

Horas de capacitación en tanatología orientada a pacientes con cáncer cervicouterino terminal al personal de oncología en 2011*

	IMSS %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Cero	48.0 [6.1,93.0]	66.5 [6.8,98.2]	60.7 [34.2,82.2]	56.6 [30.5,79.4]
de 1 a 20 horas	0.0	33.5 [1.8,93.2]	23.8 [11.6,42.6]	15.8 [4.7,41.7]
> 20 horas	52.0 [7.0,93.9]	0.0	15.5 [7.7,28.7]	27.6 [17.9,40.0]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	27	10	32	69

* Informante: Responsable del servicio, jefe(a) del servicio, director(a) o subdirector(a) del servicio de oncología

Figura 1.12

Horas de capacitación en actualización sobre cáncer cervicouterino al personal de Oncología en 2011

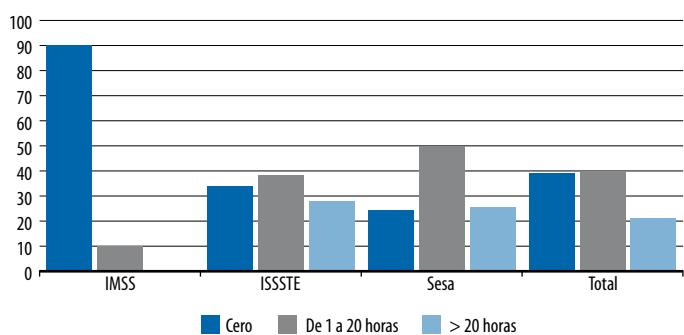
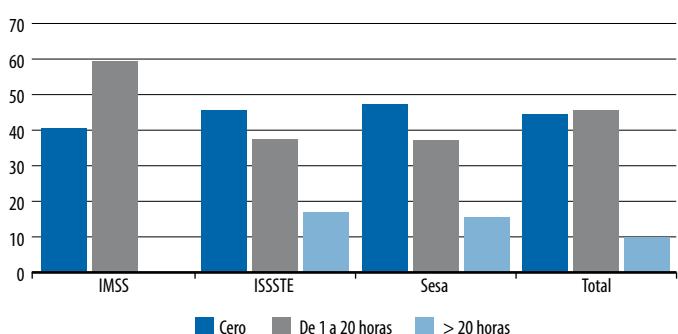


Figura 1.13

Horas de capacitación en temas de equidad e igualdad de género al personal de oncología en 2011



mente el tiempo es mayor a 10 días (62%), como se observa en el cuadro 1.25.

Si tomamos en cuenta los tiempos que toma todo el proceso para la resolución del problema en una mujer positiva, teniendo en cuenta la entrega de resultados de la citología, la referencia a colposcopía, el lapso de tiempo del resultado enviado por el servicio de patología, la búsqueda de la paciente y canalizarla al servicio de oncología, implicaría una serie de barreras que impiden la efectividad del programa.

Según la definición de la OMS, una enfermedad en fase terminal es aquella que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución, y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses), es progresiva, provoca síntomas intensos, multifactoriales, cambiantes y conlleva un gran sufrimiento (físico, psicológico) en la familia y el paciente. La OMS asume la denominación general de cuidados paliativos como “el cuidado activo y total de las enfermedades que no tienen respuesta al tratamiento curativo, con el objeto de conseguir la mejor calidad de vida posible controlando los síntomas físico-psíquicos y las necesidades espirituales y sociales de los pacientes”.

El papel de la tanatología es orientar al enfermo hacia la aceptación de su realidad, aceptación que se traduce en esperanza real. En ella está contenido el verdadero sentido de la vida. Esto incluye una mejor calidad de vida, la muerte digna y

en paz. El que el personal esté capacitado sobre aspectos tanatológicos podrá apoyar a las mujeres con cáncer cervicouterino y a sus familiares. Aunque no se encuentra dentro de la Norma Oficial, es un aspecto que los oncólogos deben de aplicar. En el cuadro 1.26 los entrevistados refieren que alrededor del 12.6% de las mujeres en etapa terminal no cuentan con apoyo psicológico, siendo esto mayor en el ISSSTE, con un 16.9%.

En el cuadro 1.27, los entrevistados refirieron en un 32.8% que no se brinda atención tanatológica. El personal del IMSS y de los Sesa refiere que no se realiza, en un 48% y 25.76% respectivamente. Cabe señalar que dentro del organigrama del ISSSTE existe un servicio establecido de atención de esta disciplina.

Cuadro 1.25

Tiempo de inicio de tratamiento a una paciente con diagnóstico de cáncer cervicouterino en tercer nivel de atención*

	IMSS %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
<= de 10 días	33.3 [1,195.8]	46.8 [8,289.7]	38.3 [9,478.7]	37.8 [13,071.3]
> 10 días	66.7 [4,298.9]	53.2 [10,391.8]	61.7 [21,390.6]	62.2 [28,787.0]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	27	12	31	70

* Informante: Responsable del servicio, jefe(a) del servicio, director(a) o subdirector(a) del servicio de oncología

Cuadro 1.26

Apoyo psicológico a pacientes terminales en tercer nivel de atención*

	IMSS %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	89.0 [65,897.1]	83.1 [55,495.1]	87.6 [76,893.8]	87.4 [81,591.6]
No se brinda apoyo	11.0 [2,934.2]	16.9 [4,944.6]	12.4 [6,223.2]	12.6 [8,418.5]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	27	12	32	71

* Informante: Responsable del servicio, jefe(a) del servicio, director(a) o subdirector(a) del servicio de oncología

Cuadro 1.27

Atención tanatológica a pacientes con cáncer terminal y a sus acompañantes en tercer nivel de atención*

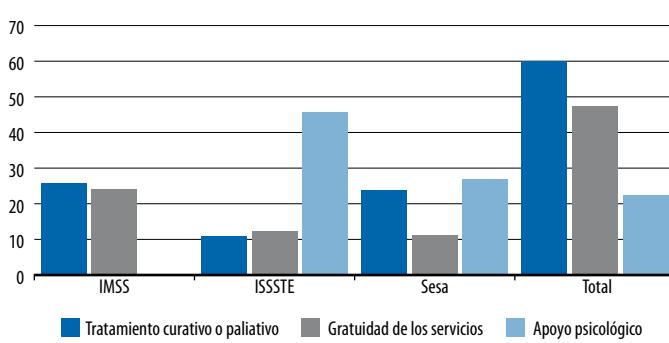
	IMSS %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí, a ambos	52.0 [7,093.9]	83.1 [55,495.1]	61.9 [35,882.6]	61.6 [26,387.9]
Sí, únicamente a la paciente	0.0	0.0	6.2 [3,211.8]	2.8 [1,941.1]
Sí, únicamente a los acompañantes	0.0	0.0	6.2 [3,211.8]	2.8 [1,941.1]
No se brinda atención	48.0 [6,193.0]	16.9 [4,944.6]	25.7 [12,445.7]	32.8 [8,272.7]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	27	12	32	71

* Informante: Responsable del servicio, jefe(a) del servicio, director(a) o subdirector(a) del servicio de oncología

A pesar de que hay consenso en la necesidad de realizar acciones de apoyo psicológico a las mujeres con diagnóstico de cáncer, éste se percibe como no prioritario (del 0% en el IMSS hasta el 45.5% en el ISSSTE), dando mayor a peso a actividades de tratamiento y gratuidad de los servicios (60% y 47% respectivamente) (figura 1.14).

Figura 1.14

Acciones consideradas con muy alta prioridad ante la notificación confirmatoria de cáncer cervicouterino en tercer nivel



Calidad del servicio

Unidades de primer nivel

La Norma Oficial Mexicana señala que es importante promover la elaboración y difusión de guías clínicas para unificar los procedimientos del diagnóstico, tratamiento integral, referencia y contrarreferencia en las instituciones del Sistema Nacional de Salud. En este contexto, la estandarización es una actividad sistemática para establecer y utilizar estándares para la formalización y documentación del conocimiento, el cual constituye la base del buen funcionamiento de la institución.

La estandarización de los procesos supone la necesidad de un cambio cultural, organizacional y profesional que permita, primero, estandarizar el conocimiento de los profesionales y, segundo, la comprensión de los beneficios adoptados al emplear estos estándares, estableciendo así una mejora en la calidad del servicio prestado.

La estandarización de procesos puede llevarse a cabo a través de su documentación en diferentes formatos mismos que se pueden adecuar al contexto local y al alcance que tengan en su implementación. Sin embargo, las competencias del personal no se basan en tener estos instrumentos, sino en comprenderlos y utilizarlos. De esa forma la evaluación para identificar las necesidades de capacitación o actualización se basan en estos resultados.

El 61.4% del personal entrevistado señaló que dispone del manual de procedimientos impreso. El IMSS ordinario refirió el menor porcentaje (46.3). El ISSSTE y los Sesa, que cuentan dentro de su estrategia la detección del DNA del VPH como tamizaje primario, refieren disponer del manual impreso para

toma de VPH en un 56.5% y 28.7% (cuadro 1.28). El 72.3% del total del personal refirió tener la Norma Oficial modificada, siendo el IMSS el de menor porcentaje (54.3%).

Cuadro 1.28

Guías técnicas, manuales, normas y algoritmos disponibles de forma satisfactoria en primer nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	20.9 [12.3,33.3]	21.6 [13.2,33.2]	16.6 [11.1,24.0]	26.4 [15.9,40.6]	24.9 [17.1,34.9]
No	79.1 [66.7,87.7]	78.4 [66.8,86.8]	83.4 [76.0,88.9]	73.6 [59.4,84.1]	75.1 [65.1,82.9]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 273	3 470	195	12 166	17 103

Fuente: Listas de cotejo

Disponibilidad y calidad de instrumental, equipo e insumos

La calidad del programa se puede evaluar a través de diferentes indicadores. Diferentes estudios de supervisión han señalando la existencia de diferentes factores de estructura, entre los que se encuentran: equipo obsoleto o sin mantenimiento, falta de mobiliario, áreas de trabajo inadecuadas que no cumplen con los requerimientos de seguridad en el trabajo e insumos de baja calidad.

La calidad técnica de interpretación de la citología cervical, traducida como un diagnóstico preciso, es uno de los pre-requisitos para que los programas de detección oportuna de cáncer sean efectivos. Algunos de los factores que interfieren con la concentración de los citotecnólogos y afectan la calidad y el tiempo de interpretación de una laminilla son: la presencia de pocas células anormales que fácilmente pueden pasar desapercibidas a un citotecnólogo con cansancio ocular y/o sobrecarga de trabajo, la calidad de la muestra (fondo inflamatorio o hemático contra fondo limpio), el malestar y la fatiga secundaria a ergonomía sub-óptima.

En la figura 1.15 se puede observar que existe una deficiencia en la oportunidad del material para realizar la técnica de citología. En un 50.7% de colorantes, 59.6% de laminillas, entre otros. Este es el problema más referido por el personal de los Sesa, ya que la mitad de los insumos no se obtienen en forma oportuna, siendo más eficiente el IMSS Oportunidades con un 100%.

En la figura 1.16 se observa que en el 100% de las UM del IMSS Oportunidades refirieron que menos de 90% de las laminillas recibidas mensualmente son de buena calidad para la interpretación, comparado con los Sesa, que es 33.7%. Lo que refleja la falta de capacitación y control de calidad de la toma en personal encargado del programa en el primer nivel de atención.

Figura 1.15

Abastecimiento oportuno de suministros en laboratorio de citología en el segundo nivel de atención

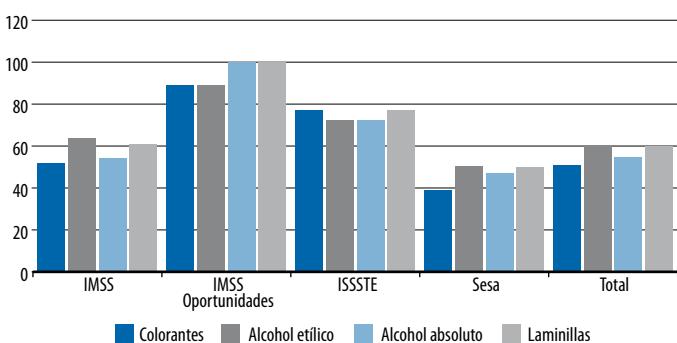
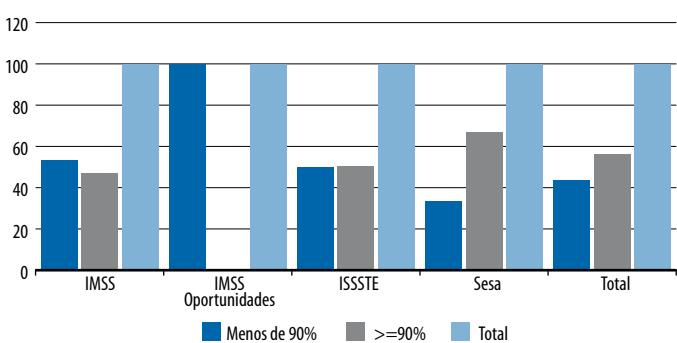


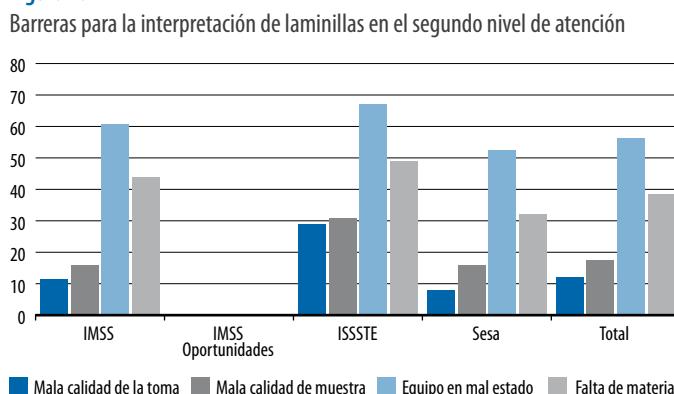
Figura 1.16

Porcentaje de laminillas recibidas mensualmente de buena calidad para interpretar en el segundo nivel de atención



A pesar de la mala calidad de las laminillas, el personal de los laboratorios de citología refiere no tener dificultad en la interpretación de las mismas (11.3% del IMSS, 29% del ISSSTE y 7.9% de los Sesa). Así como la mala calidad de la muestra IMSS 15.9%, ISSSTE 30.9% y Sesa 15.9%.

Sin embargo, la mayor barrera para interpretar una laminilla (figura 1.17) se le atribuye al mal estado de los equipos (56.3%), siendo el 60.5% IMSS, 67.0% ISSSTE y 52.3% Sesa. Aunado a la falta de material en un 38.6%, con 43.8%, 49.0% y 32.2% del IMSS, ISSSTE y Sesa, respectivamente. Al interactuar estos factores, la capacidad de la citología como prueba de tamizaje tiene mayor limitación en la capacidad del diagnóstico de mujeres con lesiones cervicales. Se ha documentado que la toma inadecuada de la muestra explica alrededor del 70% de los falsos negativos¹⁴ y la interpretación errónea de la misma (30%). Por lo tanto, atender estas deficiencias requiere de acciones integrales, innovadoras y accesibles económicamente, con el fin de alcanzar un mejor desempeño de los profesionales técnicos de laboratorio.

Figura 1.17

■ Mala calidad de la toma ■ Mala calidad de muestra ■ Equipo en mal estado ■ Falta de material

Cuadro 1.29

Tienen alguna limitación para efectuar actividades del programa porque no tienen suficiente personal

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	37.7 [26.2,50.7]	0.0	41.7 [26.4,58.6]	35.3 [12.9,66.7]	36.9 [23.2,53.2]
No	57.8 [43.9,70.6]	*	58.3 [41.4,73.6]	63.5 [31.7,86.7]	60.6 [43.1,75.7]
No sabe, no responde	4.4 [0.6,26.9]	*	0.0	1.2 [0.6,2.5]	2.5 [0.6,10.3]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	129	2	51	167	349

* Informante: Responsable del servicio de medicina preventiva, unidad médica familiar o consulta externa

Recursos humanos primero y segundo nivel de atención

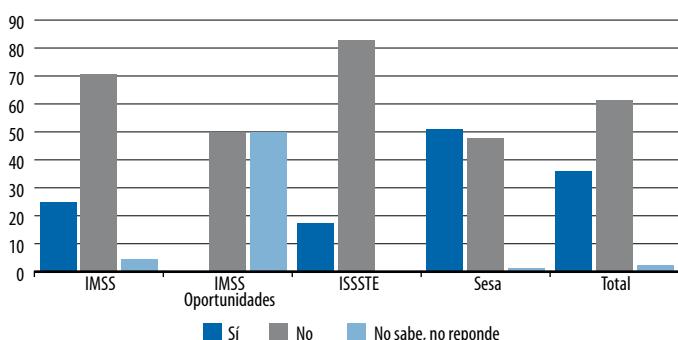
Se ha señalado que la calidad puede ser mejorada al desarrollar cambios en los sistemas de salud sin el incremento de recursos innecesarios. Para que esto sea posible, se requieren de acciones sistemáticas, continuas e intencionadas que incluyan la revisión del sistema de atención, en el que se encuentran las causas que originan la buena o la mala calidad en el servicio. Esta aseveración se encuentra reflejada en los cuadros 1.29, 1.30 y 1.31. De acuerdo con las respuestas de los proveedores entrevistados, la mayoría refirió no tener una carga de trabajo que le impidiera realizar los procesos señalados en el programa, el 60.6% del personal del primer nivel y el 61.4% del segundo nivel refirió por no tener suficiente personal para proporcionar información sobre Cacu (cuadro 1.30 y figura 1.18).

Conclusiones

El objetivo de la Norma Oficial Mexicana (NOM-014-SSA2-1994) para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino es uniformar los principios, políticas, estrategias y criterios de operación con observancia obligatoria para todo el personal de salud de los sectores público, social y privado. Un PDOc debe ser entendido como un complejo sistema que interrelaciona diversos procesos constituidos por las diferentes modalidades de atención en salud (primaria, secundaria y terciaria), donde cada una de ellas tiene un objetivo definido con una meta común, que para el caso, es impactar la incidencia y la mortalidad por esta entidad nosológica en la población.

Figura 1.18

Personal de salud del primero y segundo nivel de atención que refiere tener alguna limitación para proporcionar información sobre cáncer cervicouterino debido a la carga de trabajo



Fuente: Cuadro 1.29

Cuadro 1.30

Personal de salud del servicio de patología en el segundo y tercer nivel de atención que refiere tener alguna limitación para efectuar sus actividades debido a la carga de trabajo*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	24.8 [14.9,38.5]	*	17.2 [7.4,35.0]	51.0 [18.2,82.9]	36.1 [16.3,62.2]
No	70.7 [55.2,82.5]	*	82.8 [65.0,92.6]	47.8 [16.8,80.6]	61.4 [37.5,80.8]
No sabe, no responde	4.4 [0.6,26.9]	*	0.0	1.2 [0.6,2.5]	2.5 [0.6,10.3]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	129	2	51	167	349

* Informante: Responsable del servicio de patología

Cuadro 1.31

Personal de salud del servicio de patología en segundo y tercer nivel de atención que refiere tener alguna limitación para efectuar sus actividades debido a la falta personal*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Manual de procedimientos impreso o electrónico para la toma de citología cervical	46.3 [31.8,61.4]	73.7 [56.4,85.9]	62.8 [51.6,72.8]	60.1 [43.8,74.4]	61.4 [48.2,73.0]
Manual de procedimientos impreso o electrónico para la toma de VPH	*	*	56.5 [46.0,66.5]	28.7 [18.1,42.4]	31.1 [22.2,41.7]
nom-014: modificación a la nom-014-SSA 1994, para la prevención, detección, diagnóstico	54.3 [41.0,67.1]	74.1 [58.4,85.4]	74.2 [64.0,82.3]	73.5 [57.0,85.3]	72.3 [59.7,82.2]
Total de unidades	899	2 174	151	10 185	13 409

* Informante: Responsable del servicio de patología

Prevención primaria

Una de las estrategias más innovadoras en la prevención primaria es el uso de vacunas profilácticas contra los VPHs asociados más frecuentemente al cáncer cervicouterino.

- En México, a partir de agosto de 2012, se anunció el inicio de cobertura universal de vacunación contra VPH focalizada en niñas del 5to año de primaria. Por esta razón, la disponibilidad de vacunas contra VPH es menor al 50%. Para que la estrategia de prevención del cáncer cervicouterino sea exitosa, es necesario llevar a cabo actividades para realizar una vacunación universal sistemática y organizada en niñas que cursan el 5to año de primaria, priorizando la cobertura y partiendo de una base poblacional de adolescentes en riesgo, independientemente de las semanas nacionales de salud. Para ello es necesario mejorar la capacitación a los proveedores de la salud sobre consejería para resaltar los beneficios de la vacunación, con la fundamentación clínica del esquema alternativo de 0 - 6 - 60 meses que se implementa en México.

Prevención secundaria

- A pesar de los enormes esfuerzos para aumentar la cobertura de tamizaje en cáncer cervical realizado durante los últimos años, existe el enorme desafío de fortalecer la calidad. Un ejemplo es la oportunidad de entrega de resultados de citología en las instituciones visitadas, en las que en muchos casos todavía existen altos porcentajes de entrega mayor a 30 días. El IMSS de régimen ordinario tiene como única estrategia de prevención secundaria la utilización de la citología, sin embargo cerca del 30% de los entrevistados señalan que la entrega es mayor a un mes; el IMSS Oportunidades con un 60.9%, el ISSSTE con un 21.2% y la SSA con un 43.4%.
- La tecnología de biología molecular se aplica parcialmente en el ISSSTE y la SSA desde el 2008. A pesar del es-

fuerzo de capacitación que han realizado las instituciones, hay poco conocimiento acerca de la conducta a seguir en caso de que el resultado del VPH sea positivo. El personal entrevistado refiere diferentes alternativas de decisiones de referencia por la ausencia de manuales de procedimientos y algoritmos de complementación diagnóstica en mujeres VPH positivas. La disponibilidad de reactivos de diagnóstico del DNA del VPH se realiza sin tomar en cuenta la población en riesgo de mujeres adscritas a las unidades médicas y centros de salud.

- Se observa una diferencia en los tiempos de entrega de resultados entre mujeres con diagnóstico de lesiones de bajo y alto grado en el IMSS ordinal y en el ISSSTE. Si se toma en cuenta que las mujeres con un diagnóstico colposcópico de NIC2 son pacientes con mayor necesidad de ser tratadas. La entrega del Dx es mayor de un mes, siendo el ISSSTE donde esto sucede con mayor frecuencia (29%).
- El tiempo que transcurre en la entrega de los resultados de citología provoca un retraso adicional en la aplicación de diagnóstico y tratamiento oportuno.

Calidad

- En el IMSS Oportunidades el 100% de las laminillas recibidas son de menor calidad, comparado con la SSA, en la que son el 33.3%. Lo que refleja la falta de capacitación e implementación de mecanismos de control de calidad de la toma de espécimen por parte del personal encargado del programa en el primer nivel de atención.
- Los problemas con la infraestructura se asocian con limitaciones para interpretar adecuadamente las laminillas de citología. Existe una percepción de mal estado de los equipos para lectura del 60.5% en el IMSS, el 67% en el ISSSTE y el 52.3% en la SSA. Aunado a una percepción de falta de material en un 43.8%, 49.0% y 32.2% del IMSS, ISSSTE y SSA respectivamente.

- En la mayoría de los casos no existen suficientes mecanismos de control de calidad interno y externo en centros de lectura de citología. En los laboratorios de citopatología, no se implementan sistemáticamente ejercicios de correlación cito-histológica, de acuerdo a lo referido por el personal entrevistado. Reportan, también, ausencia de monitoreo de productividad basado en estándares nacionales e internacionales.

Problemas identificados

- Aumento de cobertura de citología cervical en detrimento de calidad en el proceso.
- Ausencia de mecanismos de control de calidad internos y externos en laboratorios de citología y laboratorios de VPH.
- Limitada calidad del programa de prevención y control del cáncer cervical por falta de profesionalización en el 1er nivel y antecedentes externos de muchas pérdidas en el seguimiento de mujeres con anomalidades detectadas.

Capacitación

- Cerca de 20% del personal entrevistado refiere no estar capacitado para la toma de citología cervical, proceso importante en el primer momento de la atención.
- A pesar de que se ha referido el uso de la tecnología para la detección del DNA del VPH, no existe una actualización sobre el papel del VPH en la historia natural del cáncer y su utilidad y beneficio como estrategia de tamizaje comparado con la citología, independientemente de si es utilizada la técnica en las instituciones de salud.
- La falta de accesibilidad al manual de procedimientos para la toma de citología es menor en el IMSS con un 46.3% y mayor en el IMSS Oportunidades con 73.7%.
- Lo mismo ocurre con el manual de toma de VPH, con 56.5% en el ISSSTE y 28.7% en la SSA.
- La Norma Oficial fue referida en 72.3% de las unidades médicas del 1er nivel de atención, siendo más bajo en el IMSS con 54.4%.
- Aproximadamente el 30% del personal entrevistado no se siente capacitado en brindar información sobre aspectos de prevención del cáncer cervical.
- Todavía existen necesidades de capacitación para los profesionales de la salud en la incorporación de perspectiva de igualdad de género, aspecto básico para identificar los derechos a la igualdad.
- Falta un programa de capacitación enfocado en el significado de evaluación de procesos.

Apoyo a mujeres con cáncer

- Se carece estrategias e infraestructura en la mayoría de las instituciones seleccionadas para apoyo tanatológico y psicológico a las mujeres con cáncer y a su familia.

Recomendaciones

Normatividad

Actualizar la normatividad para la prevención, detección y atención del cáncer cervicouterino (NOM014) en la que se incluyan las siguientes políticas y criterios:

- Prevención primaria con la vacuna contra el VPH dirigida a niñas que no han iniciado vida sexual, de acuerdo con las políticas nacionales de vacunación.
- Eliminar la visualización directa y utilizar las diferentes tecnologías para la detección temprana de lesiones de alto riesgo.
- Incluir como prueba de tamizaje la detección del VPH con pruebas moleculares, así como los algoritmos a seguir según el resultado y tipo de prueba.
- Diseño e implementación de un programa universal y organizado para la detección del cáncer cervicouterino. El antecedente exitoso es precisamente la organización para la vacunación universal contra el VPH. Sólo a través de un programa universal de detección entre instituciones se podrán atender los retos de homogeneizar criterios, capacitación, procedimientos, sistemas de información y evaluación del programa.
- Sistematizar las acciones de capacitación continua para todo el personal que participa en el programa.
- Establecer un sistema de certificación de laboratorios de VPH, laboratorios de citología cervical, laboratorios de anatomopatología para diagnóstico de cáncer y clínicas de colposcopia.
- Incorporar la atención paliativa en la normatividad del programa.

Operación del programa y trabajo interinstitucional para:

- Desarrollar campañas en medios masivos e intramuros para promover la prevención primaria, la detección y eliminar mitos sobre la infección del VPH.
- Fortalecer las estrategias de seguimiento de mujeres positivas a la detección a fin de garantizar el diagnóstico y según corresponda su tratamiento.
- Impulsar la atención integral en el tratamiento del cáncer cervicouterino, incluyendo la atención paliativa.
- Promover la participación de ONGs, en congruencia con la normatividad.

- Crear laboratorios de citología y anatomopatología centralizados de excelencia para la capacitación del personal, evaluación externa de la calidad y la certificación de laboratorios públicos y privados.

Desarrollar líneas de investigación

- Operativa y clínica para evaluar la práctica de obtención de biopsias múltiples para mejorar la sensibilidad diagnóstica en colposcopia.

- En alternativas de triage en mujeres positivas a la prueba de VPH.
- Identificar biomarcadores con mejor valor pronóstico de desarrollo de enfermedad y optimizar la referencia a complementación diagnóstica.
- Identificar factores de riesgo y áreas de oportunidad para la detección, diagnóstico tardío y falla de los tratamientos.
- En México se deben de realizar estudios de intercambiabilidad de vacunas contra VPH que evalúen la inmunogenicidad, seguridad y eficacia.

Referencias

1. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Cancer incidence and mortality worldwide: IARC CancerBase No. 10 [monografía en internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010 [consultado en 2013 julio 28]. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr>
2. Organization WH. Strengthening cervical cancer prevention and control. Report of the GAVI-UNFPA-WHO meeting 1 Dicember 2009. Geneva: 2010.
3. Lewis MJ. Análisis de la situación del Cáncer Cervicouterino en América Latina y el Caribe. Washington, D.C. : Organización Panamericana de la Salud, 2004.
4. Salud Sd. Programa de Acción Específico de Cáncer Cervicouterino 2007-2012. Mexico, 2008.
5. Lazcano-Ponce E, Palacio-Mejía LS, Allen-Leigh B, Yunes-Díaz E, Alonso P, Schiavon R, et al. Decreasing cervical cancer mortality in Mexico: effect of Papanicolaou coverage, birthrate, and the importance of diagnostic validity of cytology. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2008 oct;17(10):2808-2817.
6. Castaneda-Iniguez MS, Toledo-Cisneros R, Aguilera-Delgadillo M. Risk factors for cervico-uterine cancer in women in Zacatecas. *Salud Pública Mex*. 1998 Jul-Aug; 40(4):330-338.
7. Lazcano-Ponce E, Alonso P, Ruiz-Moreno JA, Hernandez-Avila M. Recommendations for cervical cancer screening programs in developing countries. The need for equity and technological development. *Salud Pública Mex*. 2003;45 Suppl 3:449-462.
8. INSP. Evaluación del programa de Prevención y Control del Cáncer Cervical en México, 2008-2011. Problemas y Recomendaciones [monografía en internet]. México: 2011 [consultado 2013 Mayo 22]. Disponible en: http://www.insp.mx/images/stories/Centros/cisp/Docs/120412_cneg.pdf
9. Munoz N, Herrero R. Prevention of cervical cancer in women's hands: Mexico leads the way. *Lancet*. 2011 Nov 26; 378(9806):1829-1831.
10. Force T. Screening for Cervical Cancer: Clinical Summary of U.S. Preventive Services Task Force Recommendation [monografía de internet]. AHRQ Publication No. 11-05156-EF-3, 2012. [consultado 2013 May 22]. Disponible en: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspsftf1/cervcancer/cervcancersum.htm>
11. Salud. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino [monografía de internet]. México: Secretaría de Salud. [consultado 2013 22 de Mayo]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m014ssa24.html>
12. Munoz N, Bosch FX, de Sanjose S, Herrero R, Castellsague X, Shah KV, et al. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *N Engl J Med*. 2003 Feb 6;348(6):518-527.
13. Paavonen J. Human papillomavirus infection and the development of cervical cancer and related genital neoplasias. *Int J Infect Dis*. 2007 Nov;11 Suppl 2:3-9.
14. Campisi G, Panzarella V, Giuliani M, Lajolo C, Di Fede O, Falaschini S, et al. Human papillomavirus: its identity and controversial role in oral oncogenesis, premalignant and malignant lesions (review). *Int J Oncol*. 2007 Apr;30(4):813-823.
15. McIntyre PB, Brotherton JM, Burgess MA, Kemp AS. More data from Australia on sensitivity to HPV vaccine. *Bmj*. 2009;338:b26.
16. Perez G, Lazcano-Ponce E, Hernandez-Avila M, Garcia PJ, Munoz N, Villa LL, et al. Safety, immunogenicity, and efficacy of quadrivalent human papillomavirus (types 6, 11, 16, 18) L1 virus-like-particle vaccine in Latin American women. *Int J Cancer*. 2008 Mar 15;122(6):1311-1318.
17. Joura EA, Leodolter S, Hernandez-Avila M, Wheeler CM, Perez G, Koutsy LA, et al. Efficacy of a quadrivalent prophylactic human papillomavirus (types 6, 11, 16, and 18) L1 virus-like-particle vaccine against high-grade vulval and vaginal lesions: a combined analysis of three randomised clinical trials. *Lancet*. 2007 May 19;369(9574):1693-1702.
18. Paavonen J, Jenkins D, Bosch FX, Naud P, Salmeron J, Wheeler CM, et al. Efficacy of a prophylactic adjuvanted bivalent L1 virus-like-particle vaccine against infection with human papillomavirus types 16 and 18 in young women: an interim analysis of a phase III double-blind, randomised controlled trial. *Lancet*. 2007 Jun 30;369(9580):2161-2170.
19. Giuliano AR, Lazcano-Ponce E, Villa L, Nolan T, Marchant C, Radley D, et al. Impact of baseline covariates on the immunogenicity of a quadrivalent (types 6, 11, 16, and 18) human papillomavirus virus-like-particle vaccine. *J Infect Dis*. 2007 Oct 15;196(8):1153-1162.
20. Reisinger KS, Block SL, Lazcano-Ponce E, Samakoses R, Esser MT, Erick J, et al. Safety and persistent immunogenicity of a quadrivalent human papillomavirus types 6, 11, 16, 18 L1 virus-like particle vaccine in preadolescents and adolescents: a randomized controlled trial. *Pediatr Infect Dis J*. 2007 Mar;26(3):201-209.
21. Schiller JT, Castellsague X, Villa LL, Hildesheim A. An update of prophylactic human papillomavirus L1 virus-like particle vaccine clinical trial results. *Vaccine*. 2008 Aug 19;26 Suppl 10:53-61.
22. Kovacs K, Varnai AD, Bollmann M, Bankfalvi A, Szendy M, Speich N, et al. Prevalence and genotype distribution of multiple human papillomavirus infection in the uterine cervix: a 7.5-year longitudinal study in a routine cytology-based screening population in West Germany. *J Med Virol*. 2008 Oct;80(10):1814-1823.

23. Sigurdsson K, Sigvaldason H, Gudmundsdottir T, Sigurdsson R, Briem H. The efficacy of HPV 16/18 vaccines on sexually active 18-23 year old women and the impact of HPV vaccination on organized cervical cancer screening. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2009;88(1):27-35.
24. Branca M, Ciotti M, Giorgi C, Santini D, Di Bonito L, Costa S, et al. Predicting high-risk human papillomavirus infection, progression of cervical intraepithelial neoplasia, and prognosis of cervical cancer with a panel of 13 biomarkers tested in multivariate modeling. *Int J Gynecol Pathol.* 2008; 27(2): 265-273.
25. Baseman JG, Kulasingam SL, Harris TG, Hughes JP, Kiviat NB, Mao C, et al. Evaluation of primary cervical cancer screening with an oncogenic human papilloma virus DNA test and cervical cytologic findings among women who attended family planning clinics in the United States. *Am J Obstet Gynecol.* 2008; 1(26): 1-8.
26. Cuzick J, Szarewski A, Mesher D, Cadman L, Austin J, Perryman K, et al. Long-term follow-up of cervical abnormalities among women screened by HPV testing and cytology-results from the Hammersmith study. *Int J Cancer.* 2008; 122(10):2294-2300.
27. Kulasingam SL, Hughes JP, Kiviat NB, Mao C, Weiss NS, Kuypers JM, et al. Evaluation of human papilloma virus testing in primary screening for cervical abnormalities: comparison of sensitivity, specificity, and frequency of referral. *Jama.* 2002; 88(14):1749-1757.

2. Prevención y atención del cáncer de mama

Gabriela Torres, Carolina Ortega, Angélica Ángeles

En el mundo, el cáncer de mama (Cama) es el tipo de cáncer que con más frecuencia se presenta entre las mujeres.^{1,2} En 2008, se estima que se diagnosticaron 1.38 millones de casos nuevos (23% de todos los que ocurrieron en las mujeres), con lo cual ocupó el segundo lugar global (10.9% de todos los cánceres en ambos sexos).³ Si bien, los países desarrollados presentan las mayores tasas de incidencia, se estima que éstas aumentarán en el futuro en las naciones en transición epidemiológica, como los latinoamericanos.^{3,4} En nuestro país, se estima que las tasas de incidencia y de mortalidad estandarizadas por edad son de 27.2 y 10.1 por 100 000 mujeres, respectivamente. A partir del año 2006 este tumor se convirtió en la primera causa de muerte por cáncer en mujeres (superando al de tipo cervical) y en la segunda causa de mortalidad en mujeres de 30 a 54 años.^{5,6} Datos reportados en 2010 por la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud mostraron que la mortalidad por Cama continúa por arriba del cáncer cervical (Cacu) con 5 094 muertes frente a 3 959.⁷

Vale la pena señalar, que la historia natural del Cama es más compleja y agresiva que la del Cacu, lo cual se refleja también en el impacto potencial para reducir la mortalidad con programas organizados de detección. En términos generales, la detección del Cacu es más efectiva para prevenir la mortalidad ya que se puede evitar hasta 97% de las muertes, mientras que con un programa organizado de detección de Cama con mastografía se puede reducir únicamente 30% de los fallecimientos⁸ y para que esto sea posible es necesario un control de calidad que garantice que los procesos se realizan de manera secuencial, oportuna e idónea.

La atención oportuna y adecuada de las pacientes con Cama es reconocida como una prioridad en México.⁹ La *Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011. Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama*⁹ hace énfasis en la necesidad de reforzar la promoción de la salud; así como la implementación de un programa nacional organizado y universal que cumpla con los requerimientos mínimos de control de calidad en todos los procesos, incluida la formación y capacitación del personal. Además, se contó, durante el periodo 2007-2012, con un Programa de Acción Específico en el tema, que dictó estrategias a las que debieron apegarse todas las instituciones del sector salud para cumplir los objetivos mencionados.¹⁰

Los resultados de estudios epidemiológicos demuestran que México enfrenta retos importantes en el diagnóstico y tratamiento del Cama. En 2006 se estimó que únicamente 22% de las mujeres mexicanas de 40 a 69 años se había sometido

a algún examen clínico (incluyendo mamografía).¹¹⁻¹³ De los casos, 90% fue detectado por las mismas pacientes. Solamente 10% fue diagnosticado en forma temprana (etapa I), a diferencia de lo que ocurre en países desarrollados, donde se detecta 30% en la misma etapa.¹²⁻¹⁵ Dado que la mayoría de los tumores son detectados en una etapa avanzada,¹³⁻¹⁵ la mamografía se utiliza más para fines diagnósticos que de tamizaje. Por otro lado, en términos de recursos en salud, se estimó que en 2006 existían 650 equipos de mastografía, 2 700 radiólogos certificados y solamente 43 radiólogos con certificación en imagenología de la mama. En contraste, en México la población que requiere este servicio, principalmente mujeres de 40 a 69 años, es muy basta, según lo reportado por el INEGI 2010, llega a 14.7 millones.^{13,14,16} El reto principal es que no existe un programa nacional organizado de detección, ésta se realiza de manera oportunista, tanto por examen clínico como por mastografía, sin que existan servicios específicos para el diagnóstico de Cama equivalentes a las clínicas de colposcopía en cáncer cervical. Lo anterior, es un factor determinante para no tener impacto con la detección, a esto se suma una importante escasez de recursos para la toma e interpretación de mastografía, así como para el diagnóstico del cáncer de mama. Todos estos factores contribuyen a predecir un pronóstico muy desfavorable para la población mexicana.

Hoy en día, la detección temprana y el tratamiento oportuno y adecuado son la piedra angular de la estrategia para reducir la morbilidad, en etapas avanzadas y la mortalidad relacionadas con el cáncer de mama.¹³ Es de vital importancia unir esfuerzos, entre las diferentes instituciones del sector salud, para organizar un programa efectivo para la prevención, detección y control de este padecimiento. Con el fin de poder diseñar estrategias capaces de mejorar significativamente el estado de salud de la población, es necesario cuantificar la calidad con la que se brindan los servicios relacionados a la detección y tratamiento de esta enfermedad.^{17,18} Los proveedores de salud podrán emplear la información obtenida a partir de la evaluación de calidad, para diseñar e implementar estrategias que garanticen el desarrollo de un programa integral, oportuno y con un buen control de calidad en cada uno de los procesos de la detección y atención del cáncer de mama.¹⁷⁻¹⁹

Prevención

Las instituciones de salud en México promueven, mediante distintas estrategias, la comunicación de información clave para la detección del cáncer de mama. Para cumplir con este

propósito, es importante que los profesionales de la salud cuenten con las destrezas y competencias para responder a la complejidad de las distintas enfermedades que afectan a la población. En esta sección se presenta la percepción que, los responsables del servicio, jefa(e) de enfermeras, trabajador(a) social de los Servicios de Medicina Preventiva, Unidad Médico Familiar, Consulta Externa, y del Módulo de Atención Preventiva Integrada (PREVENIMSS) de las unidades de primero y segundo nivel, tienen sobre diversos aspectos relacionados con la prevención del cáncer de mama, tales como pláticas, normas y guías de promoción y estrategias de detección oportuna.

En relación con la oferta de pláticas sobre prevención de cáncer de mama en la unidad, la prevalencia estuvo por arriba del 93% (cuadro 2.1) y los principales temas que refieren abordar en las pláticas corresponden a los relacionados con la promoción de la autoexploración (78.2%) y factores de riesgo para cáncer de mama (63.8%) en segundo término se abordan temas sobre examen clínico, la mastografía y los estilos de vida saludables (cuadro 2.2). Cabe mencionar que para el caso del IMSS Régimen Ordinario, la promoción de la salud, no sólo se mide a través de pláticas a las derechohabientes, sino que existen otras actividades de promoción para incrementar el conocimiento en las mujeres acerca de los riesgos más frecuentes para su salud y la manera de prevenirlos y controlarlos. En este sentido, se hace la entrega informada de la Cartilla Nacional de Salud y de la Guía para el Cuidado de la Salud, documentos que abordan la importancia de la detección oportuna del cáncer de mama.

Al estratificar la respuesta por área urbana y rural se observó que para el ISSSTE en el área rural el 23.1% refirió no ofrecer pláticas en comparación con el 5.6% del área urbana. En IMSS Oportunidades y en los Sesa las diferencias entre el área rural y urbana fueron mínimas.

Respecto a la presencia de alguna norma, guía, manual o protocolo para hacer promoción sobre la detección oportuna del cáncer de mama, el 63.9% de los proveedores de atención

Cuadro 2.1

Ofrecen pláticas sobre prevención de cáncer de mama en unidades médicas del primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	93.8 [87.6,97.0]	100.0	93.2 [89.5,95.7]	99.4 [98.8,99.7]	99.1 [98.5,99.4]
No	6.2 [3.0,12.4]	0.0	6.8 [4.3,10.5]	0.6 [0.3,1.2]	0.9 [0.6,1.5]
No sabe, no responde	0.0	0.0	0.0 [0.0,0.0]	0.0 [0.0,0.0]	0.0
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 175	3 420	191	11 975	16 761

* Informante: Responsable del servicio, jefa(e) de enfermeras o trabajador(a) social de los servicios de medicina preventiva, unidad médica familiar, consulta externa, módulo de atención preventiva integrada (Prevenimss)

Cuadro 2.2

Temas que se abordan en las pláticas ofrecidas sobre medidas preventivas de cáncer de mama en unidades médicas del primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Factores de riesgo de Cama	55.1 [43.4,66.2]	68.5 [55.5,79.2]	59.6 [50.2,68.3]	63.4 [47.8,76.6]	63.8 [52.2,74.0]
Fomento de estilos de vida saludables	12.9 [7.3,21.7]	15.8 [9.2,25.7]	14.2 [9.0,21.8]	20.1 [10.6,34.6]	18.6 [11.3,29.2]
Promoción de la autoexploración	73.9 [62.6,82.7]	82.3 [73.6,88.5]	71.7 [63.2,79.0]	77.6 [63.4,87.3]	78.2 [68.3,85.6]
Promoción de la exploración clínica	29.4 [20.0,41.0]	37.5 [25.5,51.2]	32.0 [23.1,42.3]	32.1 [21.5,45.0]	33.0 [24.8,42.5]
Promoción de la mastografía	15.6 [9.6,24.2]	16.2 [8.8,27.9]	20.8 [14.2,29.5]	20.5 [12.0,32.8]	19.3 [12.8,27.9]
Otros	15.8 [9.9,24.5]	27.7 [18.4,39.6]	24.3 [17.4,32.9]	28.0 [16.4,43.6]	27.0 [18.0,38.6]
Total de unidades	1 191	3 420	191	11 990	16 792

* Informante: Responsable del servicio, jefa(e) de enfermeras o trabajador(a) social de los servicios de medicina preventiva, unidad médica familiar, consulta externa, módulo de atención preventiva integrada (Prevenimss)

reportaron contar con algún documento (cuadro 2.3). De los que respondieron positivamente, 37.4% refirieron contar con la NOM-041-SSA2-2011 (cuadro 2.4). El 26% de los proveedores del IMSS régimen ordinario reportaron utilizar la Guía Técnica de Detección y Atención Integral del cáncer de mama, seguida de la NOM-041-SSA2-2011 y de las Guías para el Cuidado de la Salud con 19.6% y 14.4%, respectivamente; llama la atención que los Sesa reportó utilizar hasta el 17.5% las guías para el cuidado de la salud y en 6.9% las guías técnicas del IMSS (cuadro 2.4).

Los resultados demuestran que más de 60% de los proveedores de servicios de salud, toman como base para la promoción de la detección del cáncer de mama los documentos institucionales vigentes, mismos que tienen sustento en la NOM-041-SSA2-2011. Cabe mencionar que IMSS Oportunidades realiza promoción dirigida primordialmente a la de-

Cuadro 2.3

Unidades médicas de primer y segundo nivel de atención que cuentan con alguna norma, guía, manual o protocolo para hacer promoción sobre detección oportuna*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	67.2 [54.4,77.9]	75.3 [62.8,84.7]	57.6 [48.3,66.4]	60.3 [45.6,73.3]	63.9 [52.7,73.7]
No	32.8 [22.1,45.6]	24.7 [15.3,37.2]	41.0 [32.4,50.2]	38.8 [25.8,53.6]	35.5 [25.7,46.7]
No sabe, no responde	0.0	0.0	1.4 [0.3,5.6]	0.9 [0.2,5.1]	0.7 [0.1,3.6]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 167	3 418	190	11 832	16 607

* Informante: Responsable del servicio, jefa(e) de enfermeras o trabajador(a) social de los servicios de medicina preventiva, unidad médica familiar, consulta externa, módulo de atención preventiva integrada (Prevenimss)

tección en cáncer cervical dejando de lado la capacitación en autoexploración y la práctica del examen clínico de la mama.

Cuando se les preguntó sobre la información que se ofrece al enseñar la técnica de autoexploración mamaria a las mujeres que acuden al servicio, el 78.3% contestó que capacitan a las mujeres sobre la técnica, sin embargo únicamente el 50.6% refirió brindar información sobre la frecuencia con

que debe realizarse y 47.6% sobre la importancia del autoexamen (cuadro 2.5).

Al preguntar a partir de qué edad realizan el examen clínico de la mama, únicamente el 34.9% refirió realizarla a partir de los 25 años, como se señala en la Guía Técnica de Atención Integral del Cáncer de Mama del IMSS y en el numeral 7.2.4 de la NOM-041 (cuadro 2.6); un porcentaje menor de

Cuadro 2.4

Norma, guía, manual o protocolo con que cuentan las unidades médicas de primer y segundo nivel de atención para hacer promoción*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
NOM-041-SSA2-2011	19.6 [13.0,28.5]	31.3 [20.4,44.7]	36.0 [27.0,46.0]	40.9 [29.3,53.5]	37.4 [28.8,46.7]
GPC para la prevención y diagnóstico oportuno del Cama en el primer nivel de atención	8.2 [4.3,15.2]	4.2 [1.6,10.6]	8.3 [3.6,18.0]	6.0 [1.9,17.2]	5.8 [2.5,12.9]
Detección y atención integral del Cama: Guía Técnica IMSS 2004	26.6 [18.0,37.5]	18.7 [9.7,33.0]	0.0	6.9 [1.6,25.3]	10.7 [5.2,20.6]
Guía para el cuidado de la salud	14.4 [7.3,26.4]	6.2 [2.9,12.5]	7.8 [3.3,17.4]	17.5 [8.9,31.7]	14.9 [8.4,25.0]
Guía de actividades de enfermería	3.8 [1.8,8.0]	1.5 [0.5,4.6]	6.7 [2.3,17.9]	0.9 [0.2,3.8]	1.3 [0.6,3.0]
Guía para la atención preventiva integrada	12.6 [5.9,24.6]	5.5 [2.1,13.9]	2.7 [1.0,7.6]	2.9 [1.0,8.2]	4.1 [2.1,7.8]
Modelo de atención integral a la salud ginecológica con énfasis en cáncer de mama	3.0 [1.2,7.3]	10.8 [5.5,20.2]	1.8 [0.6,5.5]	2.6 [0.6,9.8]	4.3 [2.1,8.3]
Otros	15.1 [9.7,22.8]	24.4 [16.4,34.8]	12.4 [7.8,19.2]	13.8 [7.9,22.9]	16.0 [10.9,22.9]
Total de unidades	1 191	3 420	191	11 990	16 792

* Informante: Responsable del servicio, jefa(e) de enfermeras o trabajador(a) social de los servicios de medicina preventiva, unidad médica familiar, consulta externa, módulo de atención preventiva integrada (Prevenimss)

Cuadro 2.5

Información que ofrecen a las mujeres que acuden a las unidades médicas de primer y segundo nivel de atención cuando les enseñan la técnica de autoexploración mamaria*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Capacitación a las pacientes sobre la técnica	79.9 [70.0,87.1]	76.0 [60.7,86.6]	78.4 [69.7,85.1]	78.8 [65.7,87.8]	78.3 [68.7,85.6]
Información a la paciente sobre la frecuencia con la que debe realizar la técnica	39.4 [28.5,51.5]	61.7 [48.7,73.3]	41.0 [31.7,50.8]	48.7 [35.5,62.1]	50.6 [40.2,60.9]
Información a la paciente sobre la importancia de realizar la técnica	39.4 [28.3,51.7]	53.4 [40.2,66.1]	37.7 [29.3,47.0]	46.9 [34.1,60.0]	47.6 [37.7,57.6]
Información a la paciente sobre los factores de riesgo	30.3 [20.8,41.9]	45.0 [33.2,57.3]	27.7 [19.9,37.0]	34.5 [22.7,48.6]	36.3 [27.1,46.5]
Indicar a la paciente que si durante la autoexploración encontró un cambio o tumoración acuda a revisión médica	41.8 [30.3,54.4]	43.9 [32.5,55.9]	43.6 [34.3,53.4]	30.9 [19.8,44.6]	34.4 [25.6,44.5]
Información general sobre los signos y síntomas del Cama	29.8 [20.1,41.9]	22.1 [13.3,34.2]	23.4 [15.8,33.4]	23.8 [14.7,36.2]	23.9 [16.7,33.0]
Otras	15.1 [8.6,25.1]	6.4 [3.2,12.5]	11.1 [6.5,18.4]	8.3 [3.6,18.1]	8.4 [4.6,14.8]
No brinda información sobre autoexploración	0.3 [0.1,0.9]	0.2 [0.0,1.4]	0.6 [0.1,4.1]	0.7 [0.1,3.5]	0.6 [0.1,2.4]
Total de unidades	1 191	3 420	191	11 990	16 792

* Informante: Responsable del servicio, jefa(e) de enfermeras o trabajador(a) social de los servicios de medicina preventiva, unidad médica familiar, consulta externa, módulo de atención preventiva integrada (Prevenimss)

proveedores contestaron que de 20 a 24 años o inclusive desde antes de los 20 años (cuadro 2.6 y figura 2.1). En relación con la frecuencia con la que refirieron realizar el examen clínico de

Cuadro 2.6

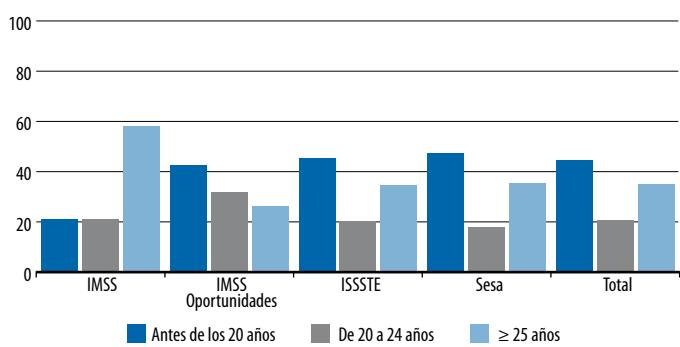
Edad a partir de la cual indican examen clínico de la mama en las unidades médicas de primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Antes de los 20	21.2 [12.1,34.3]	42.4 [33.2,52.1]	45.2 [35.9,54.9]	47.1 [33.7,60.9]	44.3 [34.6,54.5]
De 20 a 24	20.9 [13.7,30.4]	31.6 [22.3,42.6]	20.4 [13.1,30.4]	17.7 [9.9,29.7]	20.8 [14.4,29.2]
>=25	58.0 [45.4,69.6]	26.0 [17.8,36.4]	34.4 [25.2,44.8]	35.2 [23.5,49.0]	34.9 [26.0,44.9]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 152	3 420	185	11 931	16 688

* Informante: Responsable del servicio, jefa(e) de enfermeras o trabajador(a) social de los servicios de medicina preventiva, unidad médica familiar, consulta externa, módulo de atención preventiva integrada (Prevenimss)

Figura 2.1

Edad a partir de la cual indican examen clínico de la mama en las unidades médicas de primer y segundo nivel de atención



Fuente: Cuadro 2.6

la mama, 50.7% indicó realizarla anualmente como también lo dicta la NOM-041.

En el cuadro 2.7, se observa que prácticamente en todas las instituciones se procura apoyar acciones de respeto a la privacidad durante la exploración mamaria, que esté presente un familiar, disponer de una bata para la comodidad de la paciente, así como todos los procedimientos relacionados con el llenado de formatos de exploración mamaria y cumplimiento en los registros

Otro aspecto importante corresponde a los criterios para la periodicidad de la mastografía de tamizaje, aunque la norma recomienda en su numeral 7.3.3.3. realizarla a mujeres aparentemente sanas de 40 a 69 años de edad cada 2 años, en promedio únicamente el 65% contestó el rango de edad mencionado en la norma (cuadro 2.8 y figura 2.2) y el 14.4% reportó que se las recomiendan cada 2 años (cuadro 2.9 y figura 2.3); al estratificar por área urbana y rural, los porcentajes correspondieron a 75.1% en área urbana y a 58.2% en área rural para la edad de inicio, y a 22.8% para el área urbana y a 8.3% en el área rural para la frecuencia bienal. Si bien es cierto que la NOM-041 establece en su numeral 7.3.3.3. que la mastografía de tamizaje se recomienda en mujeres aparentemente sanas de 40 a 69 años, es importante mencionar también que en el numeral 7.4.2. se menciona que las instituciones públicas definirán las metas de cobertura y su ampliación gradual, así como el grupo blanco de mayor riesgo.

En el caso de IMSS Régimen Ordinario se realiza a todas las mujeres de 40 a 49 con factores de riesgo y a todas las de 50 a 69 años, lo que podría explicar la diferencia en las respuestas. Si bien, la limitación de recursos puede justificar la diferencia en la edad prioritaria para la detección, el realizar la detección anualmente habla del desconocimiento de la normatividad y efectividad de la prueba, y en el contexto de recursos escasos, significa además de un dispendio de recursos el limitar la cobertura y por ende la oportunidad de identificar el cáncer en

Cuadro 2.7

Actividades que se procuran durante la práctica de una exploración mamaria en las unidades médicas de primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Que la exploración se realice en un lugar con privacidad	99.0 [94.0,99.8]	100.0	99.4 [96.0,99.9]	98.7 [92.7,99.8]	99.0 [95.0,99.8]
Que se realice la exploración en presencia de un familiar/ enfermera	91.3 [84.2,95.3]	92.4 [76.3,97.9]	90.7 [83.4,94.9]	92.9 [85.4,96.7]	92.7 [87.1,96.0]
Que se disponga de una bata para comodidad de la paciente	94.5 [82.0,98.5]	93.5 [85.5,97.2]	96.0 [92.0,98.0]	82.5 [70.4,90.4]	85.7 [76.8,91.6]
El registro de esta acción en la cartilla de la usuaria	96.9 [93.3,98.6]	97.1 [91.1,99.1]	92.4 [88.2,95.2]	95.0 [86.8,98.2]	95.6 [90.1,98.1]
El registro de esta acción en un bitácora de actividades	84.8 [71.2,92.6]	86.1 [72.8,93.5]	87.1 [80.9,91.5]	81.1 [68.0,89.6]	82.4 [72.9,89.1]
Se procura el llenado del formato de exploración mamaria	84.9 [74.5,91.5]	75.0 [61.0,85.1]	70.4 [60.9,78.4]	95.4 [88.2,98.3]	90.2 [84.7,93.9]
Total de unidades	1 179	3 417	191	11 989	16 675

* Informante: Responsable del servicio, jefa(e) de enfermeras o trabajador(a) social de los servicios de medicina preventiva, unidad médica familiar, consulta externa, módulo de atención preventiva integrada (Prevenimss)

Cuadro 2.8

Criterios que se toman en cuenta para enviar a una mujer a realizarse la mastografía de tamizaje en las unidades médicas de primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Ser mujer de 40 a 69 años	67.3 [54.6,77.9]	53.6 [40.2,66.5]	71.6 [62.8,79.0]	68.0 [53.9,79.4]	65.0 [54.7,74.1]
Únicamente a las mujeres que tienen antecedente de cáncer de mama personal o familiar	29.3 [20.1,40.6]	20.7 [13.4,30.7]	28.8 [20.6,38.7]	33.2 [21.9,46.9]	30.4 [21.8,40.5]
Únicamente a las mujeres que han usado hormonas para la menopausia	1.2 [0.4,3.5]	0.9 [0.2,4.3]	0.8 [0.1,5.6]	0.1 [0.0,0.4]	0.3 [0.1,0.9]
Únicamente mujeres con factores de riesgo de cáncer de mama	15.4 [9.7,23.7]	28.7 [19.4,40.3]	25.6 [17.7,35.6]	29.3 [17.8,44.2]	28.1 [19.3,39.1]
Otra	38.5 [27.1,51.3]	35.9 [25.6,47.7]	40.0 [31.1,49.7]	32.8 [21.0,47.4]	33.9 [24.7,44.6]
Total de unidades	1 191	3 420	191	11 990	16 792

* Informante: Responsable del servicio, jefa(e) de enfermeras o trabajador(a) social de los servicios de medicina preventiva, unidad médico familiar, consulta externa, módulo de atención preventiva integrada (Preveimss)

Cuadro 2.9

Periodicidad con la que indican la mastografía en las unidades médicas de primer y segundo nivel de atención*

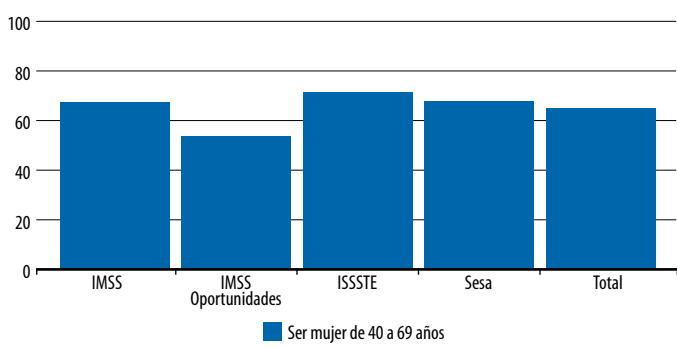
	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Cada año	42.9 [30.4,56.4]	79.6 [61.0,90.7]	67.9 [56.6,77.5]	84.2 [70.5,92.3]	79.1 [69.9,86.0]
Cada dos años	53.0 [40.0,65.7]	13.5 [4.3,35.4]	25.4 [17.2,35.9]	9.1 [3.4,22.1]	14.4 [8.9,22.6]
>2 años	4.1 [0.9,16.0]	6.9 [3.2,14.5]	6.7 [2.0,19.8]	6.7 [2.1,19.0]	6.5 [2.9,13.9]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 046	2 406	150	7 467	11 069

* Informante: Responsable del servicio, jefa(e) de enfermeras o trabajador(a) social de los servicios de medicina preventiva, unidad médico familiar, consulta externa, módulo de atención preventiva integrada (Preveimss)

etapas más tempranas. La mayoría de las instituciones reportó proveer a las usuarias información adicional a la prevención del cáncer de mama, como la historia natural del cáncer, tratamientos existentes y pruebas diagnósticas para esta enfermedad (cuadros 2.10 y 2.11); tomando en cuenta al total de las instituciones, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los estratos rural y urbano. Sin embargo, en el ISSSTE los proveedores del área urbana reportaron ofrecer más información adicional (79%) que los del área rural (79%; IC 68.0-87.6%) que los del área rural (53.8%).

Figura 2.2

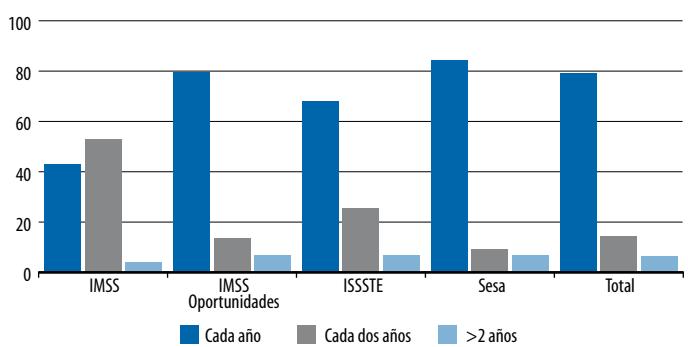
Criterios que se toman en cuenta para enviar a una mujer a realizarse la mastografía de tamizaje en las unidades médicas de primer y segundo nivel de atención



Fuente: Cuadro 2.8

Figura 2.3

Periodicidad con la que indican la mastografía en las unidades médicas de primer y segundo nivel de atención*



Fuente: Cuadro 2.9

Cuadro 2.10

Orientación sobre otros temas de importancia en cáncer de mama, adicional a la información sobre medidas preventivas en las unidades médicas de primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	63.7 [51.2,74.6]	79.3 [68.3,87.2]	77.7 [67.3,85.5]	68.1 [53.4,80.0]	70.2 [58.9,79.5]
No	36.3 [25.4,48.8]	20.7 [12.8,31.7]	19.2 [12.6,28.0]	31.8 [20.0,46.6]	29.8 [20.5,41.1]
No sabe, no responde	0.0	0.0	3.2 [0.4,19.2]	0.0 [0.0,0.0]	0.0 [0.0,0.2]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 175	3 300	182	11 633	16 290

* Informante: Responsable del servicio, jefa(e) de enfermeras o trabajador(a) social de los servicios de medicina preventiva, unidad médica familiar, consulta externa, módulo de atención preventiva integrada (Preveimss)

Cuadro 2.11

Temas de importancia sobre cáncer de mama que se ofrecen en las unidades médicas de primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Historia natural del Cáncer	25.8 [17.0,37.1]	31.2 [19.6,45.8]	27.8 [20.6,36.4]	22.0 [11.8,37.3]	24.2 [15.8,35.3]
Pruebas diagnósticas (biopsia)	24.0 [14.4,37.3]	18.3 [9.3,32.6]	15.7 [10.4,23.1]	10.4 [5.0,20.3]	13.0 [8.1,20.2]
Tratamientos existentes en cáncer de mama	17.5 [11.5,25.7]	30.5 [20.4,43.0]	25.2 [17.6,34.7]	19.7 [12.3,30.0]	21.8 [15.6,29.6]
Otra	31.7 [22.1,43.2]	36.2 [26.2,47.6]	40.9 [31.6,50.9]	34.2 [22.5,48.2]	34.5 [25.1,45.3]
Total de unidades	1 191	3 420	191	11 990	16 792

* Informante: Responsable del servicio, jefa(e) de enfermeras o trabajador(a) social de los servicios de medicina preventiva, unidad médica familiar, consulta externa, módulo de atención preventiva integrada (Preveimss)

Diagnóstico (no aplica para IMSS Oportunidades)

En México, las y los profesionales de la salud tienen un papel clave en detección y diagnóstico oportuno. Se espera que esta práctica sea consistente con las recomendaciones derivadas de la normatividad mexicana. Uno de los principales problemas para el diagnóstico oportuno es la falta de servicios especializados en el diagnóstico de patología mamaria que puedan diferenciar las tumoraciones benignas, que son una causa de diagnóstico común, de las malignas que van en aumento. La falta de estos servicios, extiende el proceso de diagnóstico y la referencia tardía de las pacientes a los servicios de oncología. En esta sección se reportan las percepciones del o la responsable del servicio de radiología de las unidades de segundo y tercer nivel de atención, en donde se ubica el mastógrafo, sobre el envío de mujeres a confirmación histopatológica de acuerdo

al sistema BIRADS y sobre las recomendaciones que se dan a la mujer para disminuir las molestias tales como el dolor al realizarle la mastografía. Cabe mencionar que este rubro no aplica para IMSS Oportunidades, dado que ellos no brindan el servicio de mastografía.

El sistema BIRADS se desarrolló por el Colegio Americano de Radiología para homogenizar y mejorar la calidad del reporte de mastografía. Permite clasificar las imágenes de acuerdo con la probabilidad de malignidad, y derivado de esta sospecha hacer recomendaciones de seguimiento. La clasificación y seguimiento son como a continuación se describe:

- BIRADS 0 (incompleta): realizar imágenes adicionales
- BIRADS 1 (normal) y 2 (benigna): seguimiento a intervalo
- BIRADS 3 (Probablemente benigna): seguimiento a los seis meses
- BIRADS 4 (anomalía sospechosa)
- BIRADS 5 (Sugestiva de malignidad): biopsia²⁰

En cuanto a los casos que se deben enviar a biopsia para confirmación histopatológica de acuerdo a la clasificación de BIRADS, el 81.1% reportaron que deben enviarse a aquellas con un resultado de BIRADS 4 y 5 (cuadro 2.12). También se investigó, sobre las acciones que se realizan para evitar que la mujer tenga dolor e incomodidad al realizarle la mastografía; en las Unidades del IMSS, el mayor porcentaje se concentra en acciones relacionadas con informar a la paciente en qué consiste la técnica y procura un ambiente de confianza. Las demás instituciones reportaron porcentajes bajos en estos aspectos (cuadro 2.13) y solo 8% refirieron indicarles que durante los primeros siete días a partir de la menstruación las mamas están menos turbulentas y que por lo tanto el procedimiento es menos doloroso en esta época del ciclo menstrual (cuadro 2.13).

Cuadro 2.12

Casos que se envían a biopsia para confirmación histopatológica de acuerdo con la clasificación de BIRADS, en unidades médicas de segundo y tercer nivel de atención*

	IMSS %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
BIRADS 4 y 5	81.5 [67.6,90.3]	88.8 [73.3,95.8]	79.1 [57.7,91.3]	81.1 [69.2,89.1]
Otras respuestas	11.5 [5.1,24.0]	3.0 [1.1,7.9]	19.9 [8.0,41.4]	15.0 [7.8,26.9]
No sabe, no responde	6.9 [2.2,19.6]	8.2 [2.3,25.8]	1.0 [0.6,1.7]	3.9 [1.7,8.4]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	176	67	290	533

* Informante: Responsable del servicio o jefe(a) de radiología en donde se ubique el mastógrafo

Cuadro 2.13

Acciones que realiza para evitar que la mujer tenga dolor e incomodidad al realizarle la mastografía en unidades médicas de segundo y tercer nivel de atención*

	IMSS %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Servicio de radiología. Se informa a la paciente sobre la técnica antes de realizarla	64.4 [48.1,77.9]	63.3 [48.4,75.9]	46.6 [23.2,71.6]	54.2 [39.3,68.4]
Se procura un ambiente de confianza	29.5 [18.7,43.1]	27.4 [15.6,43.5]	44.0 [20.8,70.1]	37.3 [22.3,55.4]
Se realiza el estudio en los primeros 7 días posteriores al inicio de la menstruación	6.2 [3.0,12.4]	4.0 [1.6,9.6]	10.0 [4.1,22.5]	8.0 [4.2,14.9]
Otra respuesta	46.0 [31.0,61.8]	34.4 [21.4,50.3]	43.7 [22.9,67.0]	43.2 [29.7,57.8]
Total de unidades	176	67	290	533

* Informante: Responsable del servicio o jefe(a) de radiología en donde se ubique el mastógrafo

Referencia

El cáncer de mama es una enfermedad compleja por lo que las mujeres acuden a solicitar atención con múltiples actores. Para ellas, una atención integral y un sistema de referencia que les permita llegar oportunamente y al lugar adecuado, impactaría positivamente en la sobrevida. La normatividad mexicana cuenta con indicadores de oportunidad en la atención y para su cumplimiento, el personal responsable del sistema de referencia, debe apoyarse en ellos. En esta sección se presentan los resultados relacionados con la referencia y

sus mecanismos. En este caso, el informante fue el responsable del servicio, jefa(e) de enfermeras, trabajador(a) social de las unidades de primer y segundo nivel de atención de los servicios de medicina preventiva, unidad médico familiar, consulta externa y módulo de atención preventiva integrada (Prevenimss)

En relación con las acciones que se realizan en primer nivel de atención en caso de sospecha de cáncer de mama la respuesta más frecuente fue referir a las mujeres al servicio de ginecología en el 2do. nivel de atención (36.7%) (cuadro 2.14), que coincide con la respuesta a la pregunta de a donde refieren con más frecuencia a las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama (cuadro 2.15). Para IMSS régimen ordinario en cumplimiento al sistema de referencia y contra referencia, se requiere que el personal de medicina preventiva derive al médico familiar en primera instancia para valoración médica y posteriormente se realiza la referencia a un segundo nivel o tercer nivel según sea el caso (55%) (cuadro 2.14). Las respuestas del personal, indican que no se ha reorganizado la detección y diagnóstico del cáncer de mama de acuerdo con la norma vigente y que solo en pocos casos existen servicios especializados para el diagnóstico de patología mamaria.

El 74.4% reportaron usar formatos de referencia y contrarreferencia para las mujeres con sospecha de cáncer de mama (cuadro 2.16) y al indagar sobre la contrarreferencia al segundo y primer nivel de atención, en promedio el 74.6% indicó llevarla a cabo (cuadro 2.17).

Cuadro 2.14

Primera acción que realiza el personal de medicina preventiva en caso de sospecha de cáncer de mama en unidades médicas de primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Referencia a un servicio especializado de mama	9.4 [5.8,14.9]	7.3 [3.1,16.4]	26.7 [19.4,35.4]	18.7 [10.2,31.8]	15.8 [9.4,25.2]
Referencia a la unidad de detección de cáncer de mama	1.8 [0.4,7.2]	5.1 [1.8,13.4]	1.9 [0.7,5.2]	8.8 [3.7,19.4]	7.5 [3.6,14.9]
Referencia a la clínica de patología mamaria	0.2 [0.1,0.9]	0.0 [0.0,0.0]	1.2 [0.3,4.6]	0.2 [0.0,0.9]	0.2 [0.1,0.6]
Referencia al servicio de ginecología en el 2do. nivel	23.4 [13.8,36.8]	65.0 [52.4,75.8]	25.5 [18.4,34.2]	30.2 [19.3,43.9]	36.7 [27.8,46.7]
Referencia al servicio de oncología en el 3er. nivel	0.3 [0.1,1.2]	2.4 [0.4,14.5]	13.1 [7.1,23.0]	0.3 [0.1,1.2]	0.9 [0.3,2.7]
Derivar a médico familiar para corroborar detección	55.0 [43.7,65.8]	8.4 [3.4,19.2]	15.6 [9.8,23.7]	15.6 [9.6,24.2]	16.9 [12.1,23.2]
Otro	9.5 [6.0,14.9]	11.7 [6.1,21.4]	16.1 [9.7,25.5]	26.2 [15.0,41.6]	21.9 [13.4,33.7]
No sabe, no responde	0.5 [0.1,2.3]	0.0	0.0	0.1 [0.0,0.4]	0.1 [0.0,0.3]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 189	3 420	191	11 979	16 778

* Informante: Responsable del servicio, jefa(e) de enfermeras o trabajador(a) social de los servicios de medicina preventiva, unidad médico familiar, consulta externa, módulo de atención preventiva integrada (Prevenimss)

Cuadro 2.15

Servicios o unidades a los que refieren los casos con sospecha de cáncer de mama en las unidades médicas de primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
A un servicio especializado de mama	13.9 [7.7,23.8]	18.0 [10.0,30.2]	19.8 [13.4,28.4]	16.3 [8.8,28.3]	16.5 [10.4,25.2]
A la unidad de detección de cáncer de mama	9.8 [4.1,21.6]	1.8 [0.4,7.7]	6.9 [3.4,13.6]	4.2 [1.5,11.1]	4.1 [1.9,8.6]
A la clínica de patología mamaria	2.6 [1.0,6.6]	0.0	3.4 [1.4,8.0]	1.7 [0.5,5.3]	1.4 [0.5,3.8]
Al servicio de ginecología/cirugía en otro nivel de atención	48.5 [36.6,60.7]	63.2 [48.8,75.5]	35.9 [27.2,45.7]	35.2 [24.6,47.5]	41.9 [33.0,51.2]
Al servicio de oncología	6.4 [2.6,14.8]	3.2 [1.3,7.9]	20.5 [13.7,29.7]	5.7 [2.6,12.2]	5.4 [3.0,9.6]
Otra	17.8 [10.1,29.6]	10.8 [5.9,18.9]	20.1 [13.2,29.3]	16.9 [9.6,28.2]	15.8 [10.2,23.7]
Total de unidades	1 191	3 420	191	11 990	16 792

* Informante: Responsable del servicio, jefa(e) de enfermeras o trabajador(a) social de los servicios de medicina preventiva, unidad médica familiar, consulta externa, módulo de atención preventiva integrada (Preveimss)

Cuadro 2.16

Mecanismos de referencia y contrarreferencia en las unidades médicas de primer y segundo nivel para los casos con sospecha de cáncer de mama*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Uso de formatos de referencia y contrarreferencia	78.1 [67.3,86.1]	73.0 [61.5,82.0]	75.5 [67.3,82.2]	74.4 [59.0,85.5]	74.4 [63.4,83.0]
Envíos de notas clínicas	23.2 [14.4,35.0]	20.4 [11.5,33.6]	10.9 [6.8,17.0]	12.0 [5.9,22.7]	14.5 [9.1,22.3]
Comunicación formal vía telefónica con el establecimiento de referencia	4.8 [1.8,12.4]	3.8 [1.6,9.2]	2.4 [1.0,5.8]	3.3 [0.9,11.2]	3.5 [1.3,8.8]
Comunicación informal	2.0 [0.6,6.6]	0.8 [0.1,5.9]	2.5 [1.0,6.2]	6.9 [2.1,20.0]	5.2 [1.8,14.6]
Otra	6.3 [3.2,12.2]	8.2 [4.3,14.9]	13.4 [8.3,20.9]	6.9 [2.8,15.8]	7.2 [3.8,13.0]
Total de unidades	1 191	3 420	191	11 990	16 792

* Informante: Responsable del servicio, jefa(e) de enfermeras o trabajador(a) social de los servicios de medicina preventiva, unidad médica familiar, consulta externa, módulo de atención preventiva integrada (Preveimss)

Cuadro 2.17

Contrarreferencia al segundo y primer nivel de atención para vigilancia de las pacientes que lo ameriten en las unidades médicas de tercer nivel de atención*

	IMSS %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	100.0	100.0	52.1	74.5
No	0.0	0.0	47.8	25.4
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	12	8	22	42

* Informante: Responsable del servicio de consulta externa

Capacitación

En México, los profesionales de la salud requieren de capacitación continua sobre los conocimientos relacionados con la detección del cáncer de mama para mejorar la calidad de la atención. Es importante crear programas innovadores de formación y acreditación del personal de salud en todos los niveles del sistema nacional de salud. La información que se presenta a continuación se obtuvo a través del director, el epidemiólogo o el responsable de los servicios de medicina preventiva, unidad médica familiar, consulta externa y del módulo de atención preventiva integrada (Prevenimss) de unidades de primero y segundo nivel.

Primer nivel de atención

En primer nivel de atención, en relación con las horas dedicadas a recibir capacitación sobre, temas de prevención, detección oportuna mediante mastografía, autoexploración, exploración clínica y temas de equidad e igualdad de género, entre el 49.5% y 65.3% reportaron no recibirla (cuadros 2.18, 2.19, 2.20, 2.21 y 2.22 y figura 2.4).

Cuadro 2.18

Horas de capacitación sobre temas de prevención en las unidades médicas de primer y segundo nivel de atención en 2011*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Cero	31.9 [21.3,44.8]	35.7 [24.2,49.1]	38.4 [29.3,48.5]	55.2 [41.3,68.3]	49.5 [38.9,60.2]
de 1 a 20 horas	51.6 [39.3,63.7]	55.9 [43.1,67.9]	37.8 [28.5,48.1]	36.6 [24.8,50.4]	41.5 [31.9,51.9]
> 20 horas	16.5 [9.5,27.1]	8.4 [2.5,24.8]	23.8 [16.0,33.9]	8.2 [3.0,20.1]	8.9 [4.5,17.0]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 055	3 234	181	11 557	16 027

* Informante: Director(a), epidemiólogo(a) o responsable de los servicios de medicina preventiva, unidad médica familiar, consulta externa, módulo de atención preventiva integrada (Preveimss)

Cuadro 2.19

Horas de capacitación sobre detección oportuna de cáncer de mama en las unidades médicas de primer y segundo nivel de atención en 2011*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Cero	49.3 [37.3,61.5]	59.4 [45.0,72.3]	50.2 [40.5,60.0]	68.8 [55.0,79.9]	65.3 [54.6,74.7]
de 1 a 20 horas	39.2 [28.5,50.9]	36.6 [24.4,50.8]	29.1 [20.9,38.9]	26.4 [16.4,39.5]	29.4 [21.0,39.5]
> 20 horas	11.5 [5.8,21.5]	4.0 [1.5,10.5]	20.6 [13.2,30.7]	4.8 [1.2,18.0]	5.3 [2.1,12.9]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 070	3 276	181	11 303	15 831

* Informante: Director(a), epidemiólogo(a) o responsable de los servicios de medicina preventiva, unidad médica familiar, consulta externa, módulo de atención preventiva integrada (Preveimss)

Cuadro 2.20

Horas de capacitación sobre técnicas de autoexploración en las unidades médicas de primer y segundo nivel de atención en 2011*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Cero	31.7 [21.4,44.0]	39.1 [27.2,52.4]	42.7 [33.1,52.9]	58.6 [44.6,71.3]	52.5 [42.2,62.6]
de 1 a 20 horas	53.6 [41.7,65.1]	56.9 [44.3,68.8]	38.1 [28.9,48.1]	35.3 [23.6,49.1]	41.1 [31.6,51.4]
> 20 horas	14.7 [8.3,24.8]	4.0 [1.5,10.2]	19.3 [12.1,29.3]	6.1 [1.9,17.8]	6.4 [2.9,13.6]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 071	3 248	180	11 089	15 588

* Informante: Director(a), epidemiólogo(a) o responsable de los servicios de medicina preventiva, unidad médico familiar, consulta externa, módulo de atención preventiva integrada (Prevenimss)

Cuadro 2.21

Horas de capacitación sobre técnicas de exploración clínica en las unidades médicas de primer y segundo nivel de atención en 2011*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Cero	37.3 [26.3,49.9]	40.7 [28.9,53.7]	44.4 [34.7,54.6]	61.8 [47.9,74.0]	55.6 [45.1,65.6]
de 1 a 20 horas	51.5 [39.6,63.3]	55.6 [43.3,67.3]	36.8 [27.7,47.0]	32.2 [21.0,45.8]	38.4 [29.1,48.6]
> 20 horas	11.2 [6.7,18.1]	3.7 [1.3,10.1]	18.8 [11.7,28.9]	6.1 [1.9,17.5]	6.1 [2.7,13.3]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 076	3 248	181	11 281	15 787

* Informante: Director(a), epidemiólogo(a) o responsable de los servicios de medicina preventiva, unidad médico familiar, consulta externa, módulo de atención preventiva integrada (Prevenimss)

Servicio o clínica de radiología o mastografía (no aplica para IMSS Oportunidades)

La siguiente información fue obtenida en unidades de segundo y tercer nivel de atención y fue proporcionada por los responsables del servicio de radiología en donde se ubica el mastógrafo. En segundo nivel de atención, 61.4% de los proveedores de atención refirieron no recibir capacitación sobre la toma de mastografía, 76.5% sobre la interpretación mamográfica, 77.7% sobre la técnica de ultrasonografía mamaria, 74% sobre el control de calidad de la mastografía y 57.1% sobre seguridad radiológica (cuadros 2.23, 2.24, 2.25, 2.26 y 2.27). Cabe mencionar que en el IMSS régimen ordinario, 63.6% (152 equipos en función) de los mastógrafos están ubicados en las unidades de primer nivel de atención.

Cuadro 2.22

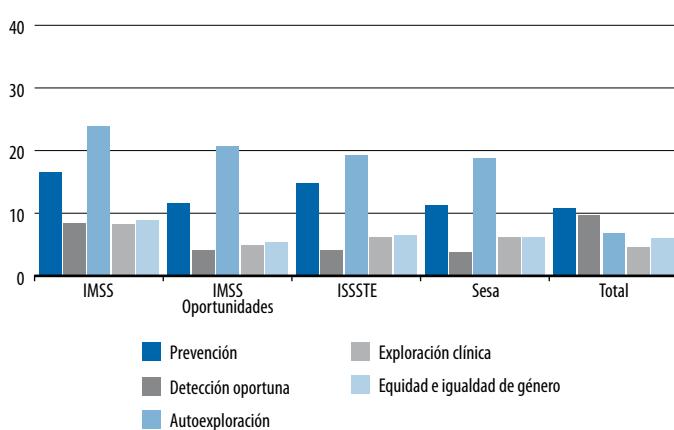
Horas de capacitación sobre temas de equidad e igualdad de género en las unidades médicas de primer y segundo nivel de atención en 2011*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Cero	48.1 [36.3,60.1]	38.1 [27.9,49.4]	60.9 [50.7,70.2]	55.6 [41.9,68.5]	51.7 [41.0,62.3]
de 1 a 20 horas	41.2 [30.0,53.5]	52.3 [41.8,62.5]	32.3 [23.3,42.9]	39.8 [27.6,53.4]	42.3 [32.4,52.8]
> 20 horas	10.7 [5.1,20.9]	9.6 [3.0,26.8]	6.8 [4.0,11.2]	4.6 [1.1,17.5]	6.0 [2.5,13.9]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 094	3 194	183	11 737	16 208

* Informante: Director(a), epidemiólogo(a) o responsable de los servicios de medicina preventiva, unidad médico familiar, consulta externa, módulo de atención preventiva integrada (Prevenimss)

Figura 2.4

Unidades médicas de primer y segundo nivel de atención en las que el personal recibió 20 horas o más de capacitación sobre diversos temas de Cama en 2011



Fuente: Cuadros 2.18, 2.19 2.20, 2.21 y 2.22

Cuadro 2.23

Horas de capacitación sobre técnica de toma de mastografías que recibió el personal en las unidades médicas de segundo y tercer nivel de atención en 2011*

	IMSS %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Cero	73.3 [55.1,86.0]	73.5 [58.5,84.5]	50.7 [23.7,77.4]	61.4 [41.7,80.0]
de 1 a 20 horas	8.5 [3.1,21.3]	10.0 [5.6,17.3]	13.4 [3.8,37.4]	11.3 [5.1,23.3]
> 20 horas	18.1 [7.6,37.3]	16.5 [7.6,32.2]	35.9 [11.4,70.9]	27.3 [11.9,51.1]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	162	63	252	478

* Informante: Responsable del servicio o jefe de radiología en donde se ubique el mastógrafo en las unidades de segundo y tercer nivel de atención

Cuadro 2.24

Horas de capacitación sobre lectura e interpretación de mastografía que recibió el personal en las unidades médicas de segundo y tercer nivel de atención en 2011*

	IMSS %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Cero	77.9 [60.3,89.1]	74.0 [60.3,84.2]	76.1 [57.0,88.4]	76.5 [65.0,85.0]
de 1 a 20 horas	5.4 [2.1,13.3]	14.2 [8.2,23.5]	11.4 [4.7,25.2]	9.6 [5.5,16.2]
> 20 horas	16.7 [6.7,35.8]	11.8 [4.9,25.7]	12.5 [6.1,24.1]	13.9 [8.1,22.9]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	167	59	240	467

* Informante: Responsable del servicio o jefe(a) de radiología en donde se ubique el mastógrafo

Cuadro 2.25

Horas de capacitación sobre técnica de ultrasonografía mamaria que recibió el personal en las unidades médicas de segundo y tercer nivel de atención en 2011*

	IMSS %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Cero	74.2 [56.5,86.5]	73.4 [57.9,84.7]	81.1 [64.3,91.1]	77.7 [66.4,86.0]
de 1 a 20 horas	14.5 [4.9,35.9]	14.7 [8.2,25.0]	11.5 [4.9,24.9]	13.0 [7.0,22.8]
> 20 horas	11.3 [5.4,22.0]	11.9 [4.4,28.3]	7.3 [2.9,17.5]	9.3 [5.6,15.1]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	172	61	247	480

* Informante: Responsable del servicio o jefe(a) de radiología en donde se ubique el mastógrafo

Cuadro 2.26

Horas de capacitación sobre técnicas de control de calidad de mastografía que recibió el personal en las unidades médicas de segundo y tercer nivel de atención en 2011*

	IMSS %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Cero	78.8 [61.6,89.6]	73.8 [59.4,84.4]	70.6 [46.8,86.8]	74.0 [60.9,83.9]
de 1 a 20 horas	11.2 [3.1,33.4]	16.8 [9.2,28.5]	21.5 [8.5,44.5]	17.1 [9.2,29.6]
> 20 horas	10.0 [5.2,18.5]	9.5 [3.5,23.2]	7.9 [3.8,15.7]	8.9 [5.3,14.5]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	175	63	244	482

* Informante: Responsable del servicio o jefe(a) de radiología en donde se ubique el mastógrafo

Cuadro 2.27

Horas de capacitación sobre seguridad radiológica que recibió el personal en las unidades médicas de segundo y tercer nivel de atención en 2011*

	IMSS %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Cero	67.4 [51.6,80.1]	51.6 [34.6,68.2]	51.8 [25.0,77.6]	57.1 [39.5,73.1]
de 1 a 20 horas		19.8 [9.1,37.9]	27.9 [15.5,44.9]	14.2 [8.5,22.9]
> 20 horas		12.7 [7.2,21.6]	20.5 [7.9,43.5]	28.7 [15.7,71.6]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	175	60	272	507

* Informante: Responsable del servicio o jefe(a) de radiología en donde se ubique el mastógrafo

Calidad del servicio**Disponibilidad y calidad de instrumental, equipo e insumos**

La calidad de la atención que se brinda a las pacientes con cáncer de mama es un elemento central para que las mujeres acudan y se adhieran al tratamiento. Los directivos y los responsables de las instituciones de salud en México deben poner atención a elementos relacionados con la atención brindada, con los recursos humanos y la infraestructura disponibles. La interacción que se dé entre estos componentes impactará en la salud de la mujer. Cuando no se cuenta con infraestructura y recursos necesarios en la unidad, se han establecido estrategias como unidades de mastografía móvil y la subrogación de servicios para asegurar la oportunidad de la atención médica. A continuación se presentan los resultados de la información proporcionada por el responsable del servicio, jefa(e) de enfermeras o trabajador(a) social de los servicios de medicina preventiva, unidad médico familiar, consulta externa y el módulo de atención preventiva integrada (Prevenimss) de unidades de primero y segundo nivel de atención.

El 89.3 de los proveedores de atención reportaron no contar con apoyo de unidades móviles de mastografía; solo 7.5% cuentan con ellas y funcionan satisfactoriamente (cuadro 2.28). Al estratificar por el área rural y urbana los porcentajes fueron 2.2 % para el área rural y 16.7% para el área urbana.

Fármacos (no aplica para IMSS Oportunidades)

La siguiente información fue proporcionada por el jefe de oncología en unidades de segundo y tercer nivel de atención. Para el IMSS solo se preguntó en el tercer nivel, ya que en segundo nivel no proporcionan fármacos para el tratamiento de cáncer de mama, al igual que en el IMSS Oportunidades.

En relación con el otorgamiento de fármacos para pacientes con cáncer de mama, 43.2% de las unidades médicas encuestadas respondieron que alguna vez habían dejado de proveer el medicamento a las pacientes por desabasto y 33.8% de estos proveedores señalaron no tener problema (cuadro 2.29). Ante esta situación, 16.9% de las unidades médicas dan solución refiriendo a las pacientes a otra unidad para el surtimiento de la receta, 16.6% de los proveedores refirieron aplazar la entrega de los medicamentos y el porcentaje restante contestaron que utilizan otros mecanismos (cuadro 2.30).

Cuadro 2.28

Unidades médicas de primer y segundo nivel de atención que cuentan con apoyo de unidades móviles de mastografía*

	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí, y funciona satisfactoriamente	1.2 [0.3,5.1]	7.1 [34,14.3]	9.3 [4.9,16.8]	7.5 [4.1,13.2]
Sí, y no todas funcionan satisfactoriamente	0.0	2.0 [0.3,12.8]	0.1 [0.0,0.2]	0.1 [0.0,0.2]
Sí, y ninguna funciona satisfactoriamente	0.0	0.0	0.0	0.0 [0.0,0.0]
No	91.3 [75.0,97.3]	85.6 [77.4,91.2]	88.7 [80.8,93.7]	89.3 [82.8,93.5]
No aplica	7.5 [2.0,24.5]	5.3 [2.7,10.4]	1.4 [0.2,7.7]	2.8 [1.0,7.7]
No sabe, no responde	0.0	0.0	0.5 [0.1,3.7]	0.4 [0.1,2.9]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	3 419	189	11 989	15 597

* Informante: Responsable del servicio, jefa(e) de enfermeras o trabajador(a) social de los servicios de medicina preventiva, unidad médica familiar, consulta externa, módulo de atención preventiva integrada (Prevenimss)

Cuadro 2.29

Unidades médicas de segundo y tercer nivel de atención en las que alguna vez se ha dejado de otorgar algún fármaco para el manejo de pacientes con cáncer de mama, por desabasto de medicamentos*

	IMSS %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	48.9 [29.3,68.9]	61.7 [45.3,75.8]	36.2 [15.2,64.3]	43.2 [25.6,62.7]
No	43.4 [26.1,62.4]	34.2 [20.8,50.7]	29.0 [11.9,55.4]	33.8 [20.2,50.7]
No sabe, no responde	7.7 [14.33,11]	4.2 [3.0,5.8]	34.7 [8.6,75.2]	23.0 [6.1,57.8]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	104	48	214	365

* Informante: Jefe(a) de oncología

Disponibilidad de estudios para diagnóstico y exámenes de laboratorio

Otras variables estudiadas en esta encuesta fueron los tiempos de atención, desde la obtención de la cita para la mastografía hasta que se le entregan los resultados de la misma. En esta ocasión, la información fue proporcionada por el responsable del servicio, jefa(e) de enfermeras o trabajador(a) social en los Servicio de Medicina Preventiva, Unidad Médico Familiar, Consulta Externa y Módulo de Atención Preventiva Integrada (PREVENIMSS) en unidades de primero y segundo nivel. Respecto al tiempo en que una mujer obtiene la cita para mastografía, se observa que 87.3% de los proveedores de salud contestaron que en menos de un mes (cuadro 2.31). Sin embargo al preguntar, el tiempo que pasa desde que a una mujer le realizan la mastografía hasta que recibe el resultado de la misma, 33% refirió que en menos de 15 días y el 67% contestó que en 15 o más días (cuadro 2.32).

Cuadro 2.30

Acciones que se realizan en las unidades médicas de segundo y tercer nivel de atención cuando se deja de otorgar algún fármaco para el manejo de pacientes con cáncer de mama, por desabasto*

	IMSS %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Nada	0.0	0.0	8.3 [1.1,43.1]	4.0 [0.5,24.6]
Aplaza la entrega del medicamento	12.0 [3.2,35.7]	12.3 [6.5,22.2]	21.5 [8.4,45.0]	16.6 [8.5,29.9]
Refiere a otra unidad para el surtimiento de la receta	23.4 [5.5,61.6]	26.2 [7.2,62.0]	8.8 [1.5,37.6]	16.9 [8.6,30.7]
Recomienda a la paciente la compra del fármaco	5.1 [0.6,31.2]	5.1 [1.1,19.8]	2.6 [1.4,4.9]	3.9 [1.4,10.5]
Otra	59.6 [27.0,85.4]	56.4 [32.4,77.8]	58.8 [29.8,82.8]	58.6 [44.1,71.8]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	54	31	77	162

* Informante: Jefe(a) de oncología

Cuadro 2.31

Tiempo en el que una mujer obtiene cita para mastografía en las unidades médicas de primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Menos de un mes	80.9 [68.6,89.2]	74.2 [64.3,82.1]	88.3 [77.1,94.4]	87.3 [77.8,93.1]
>= 1 mes	19.1 [10.8,31.4]	25.8 [17.9,35.7]	11.7 [5.6,22.9]	12.7 [6.9,22.2]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 155	181	10 035	11 371

* Informante: Responsable del servicio, jefa(e) de enfermeras o trabajador(a) social en los servicios de medicina preventiva, unidad médica familiar, consulta externa, módulo de atención preventiva integrada (Prevenimss)

Cuadro 2.32

Tiempo promedio que transcurre desde que a una mujer le realizan la mastografía hasta que recibe el resultado en las unidades médicas de primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Menos de 15 días	48.6 [36.7,60.6]	66.8 [56.1,76.0]	30.5 [19.3,44.7]	33.0 [22.6,45.4]
>= 15 días	51.4 [39.4,63.3]	33.2 [24.0,43.9]	69.5 [55.3,80.7]	67.0 [54.6,77.4]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 107	173	9 321	10 600

* Informante: Responsable del servicio, jefa(e) de enfermeras o trabajador(a) social en los servicios de medicina preventiva, unidad médica familiar, consulta externa, módulo de atención preventiva integrada (Prevenimss)

Servicio de radiología (no aplica para IMSS Oportunidades)

Los siguientes resultados se obtuvieron al analizar la información proporcionada por los responsables de servicio o jefe de radiología de unidades de segundo y tercer nivel de atención en donde se ubica el mastógrafo. En relación con el tiempo que pasa desde que a una mujer le realizan la mastografía hasta que recibe el resultado, 60.3% refirió que en menos de 15 días y 39.7% en 15 días o más (cuadro 2.33 y figura 2.5). Es decir la percepción de oportunidad es mayor en el servicio de radiología que en el personal de otros servicios.

Cuadro 2.33

Tiempo desde que a una mujer le realizan la mastografía hasta que recibe el resultado en las unidades médicas de segundo y tercer nivel de atención*

	IMSS %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Menos de 15 días	81.2 [68.3,89.6]	74.0 [58.6,85.1]	42.8 [18.9,70.6]	60.3 [39.6,77.9]
>= 15 días	18.8 [10.4,31.7]	26.0 [14.9,41.4]	57.2 [29.4,81.1]	39.7 [22.1,60.4]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	150	59	225	434

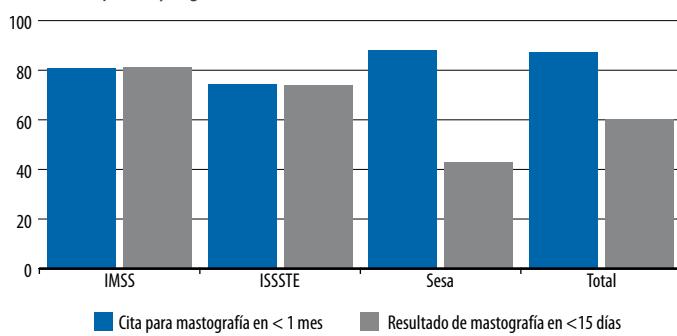
* Informante: Responsable del servicio o jefe(a) de radiología en donde se ubique el mastógrafo

Servicio de Patología (no aplica para IMSS Oportunidades)

El responsable del servicio de patología de las unidades de segundo y tercer nivel, proporcionó la información que se presenta a continuación, no se incluye al IMSS oportunidades ya que no cuentan con el servicio de patología. En relación con la entrega de resultados de patología, 82.3% de los proveedores contestaron que entregan el resultado de patología en menos de 15 días (cuadro 2.34).

Figura 2.5

Tiempo de espera desde la mastografía hasta la entrega de resultados en unidades médicas de primer y segundo nivel de atención



Fuente: Cuadro 2.31 y 2.34

Cuadro 2.34

Tiempo desde la biopsia hasta la entrega de resultados de patología en las unidades médicas de segundo y tercer nivel de atención*

	IMSS %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Menos de 15 días	60.2 [40.2,77.3]	83.2 [71.7,90.7]	96.0 [89.0,98.7]	82.3 [67.6,91.2]
>= 15 días	39.8 [22.7,59.8]	16.8 [9.3,28.3]	4.0 [1.3,11.0]	17.7 [8.8,32.4]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	106	42	168	316

* Informante: Responsable del servicio de patología

Percepción de la eficiencia y calidad del servicio por proveedores (no aplica para IMSS Oportunidades)

Servicio de Radiología

De acuerdo a la información proporcionada por el responsable del servicio o jefe de radiología en donde se ubicó el mastógrafo en las unidades de segundo y tercer nivel de atención, se puede observar en el cuadro 2.35 que en 74.4% de las unidades médicas de las instituciones reportaron que menos de 4% de sus mastografías no son adecuadas para su interpretación por mala calidad, lo anterior denota que, la mayor parte de estos estudios, se perciben con buena calidad para ser interpretados.

Servicio de Patología

En 55.9% de los servicios de patología en las unidades médicas de segundo y tercer nivel, los proveedores de atención reportaron que 90% o más de las muestras que reciben mensualmente para diagnóstico por sospecha de cáncer de mama son de buena calidad para interpretar (cuadro 2.36).

Cuadro 2.35

Porcentaje de mastografías no adecuadas para la interpretación por mala calidad en las unidades médicas de segundo y tercer nivel de atención*

	IMSS %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
<= de 3%	83.5 [67.5,92.5]	70.8 [50.2,85.3]	69.9 [41.8,88.3]	74.4 [57.8,86.1]
del 4 al 14%	12.6 [4.8,29.4]	16.6 [9.1,28.2]	27.4 [10.1,56.1]	21.2 [10.4,38.6]
>= 15%	3.9 [1.2,12.2]	12.7 [25.4,44.5]	2.6 [1.0,6.6]	4.3 [1.9,9.5]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	143	56	242	442

* Informante: Responsable del servicio o jefe(a) de radiología en donde se ubicó el mastógrafo

Cuadro 2.36

Porcentaje de muestras de buena calidad que reciben mensualmente en patología para descartar cáncer de mama en unidades médicas de segundo y tercer nivel de atención*

	IMSS %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
< del 90%	66.0 [50.0,79.1]	44.2 [29.8,59.7]	31.1 [9.9,65.1]	44.1 [25.7,64.3]
>= 90%	34.0 [20.9,50.0]	55.8 [40.3,70.2]	68.9 [34.9,90.1]	55.9 [35.7,74.3]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	115	39	193	347

* Informante: Responsable del servicio de patología

Conclusiones

Es indispensable dar a conocer la NOM-041-SSA2-2011 al personal de salud, verificar el conocimiento adquirido y su cumplimiento y lograr pasar de un programa oportunista a uno organizado con el objeto de dar a conocer a la población los factores de riesgo, detectar oportunamente a las mujeres con cáncer de mama y referirlas oportunamente para el diagnóstico y tratamiento oportunos logrando así la disminución de la mortalidad por este padecimiento.

- Aunque la mayoría de las instituciones ofrecen pláticas sobre prevención de cáncer de mama, los temas que más se abordan corresponden a la autoexploración y factores de riesgo. Sin embargo, el porcentaje de pláticas sobre mastografía, exploración clínica y fomento de estilos de vida saludable es bajo.
- En cuanto a la información que brinda el personal de salud sobre la autoexploración, la mayoría manifestó enseñar la técnica, sin embargo únicamente 50.6% reportó brindar información sobre la frecuencia con la que se debe realizar.

- En relación con la exploración clínica de la mama, la mitad reportó realizarla anualmente y únicamente alrededor de la tercera reportó que este procedimiento se realiza a partir de los 25 años tal y como lo dicta la NOM-041. Cabe mencionar que en todas las instituciones reportaron respetar la privacidad durante la exploración.
- El 65% del personal de salud encuestado contestó que el rango de edad para realizarse la mastografía es de 40 a 69 años y solo 14.4% reportó recomendar la periodicidad bienal como lo dicta la NOM-041 y más de 90% no informa a la mujer que en los primeros siete días a partir de la menstruación, realizarse la mastografía causa menos dolor.
- Alrededor de 18% del personal de salud desconoce que las pacientes con una interpretación de la mastografía con BIRADS 4 y 5 deben ser enviadas a confirmación diagnóstica mediante biopsia.
- En cuanto a la contrarreferencia al primer y segundo nivel de atención de las pacientes para vigilancia, cerca de 75% refirió realizarla.
- En primer nivel de atención de 49% a 65% del personal de salud reportó no recibir capacitación sobre mastografía, autoexploración, exploración clínica y temas de equidad e igualdad de género. Mientras que en segundo y tercer nivel el personal que labora en el área de radiología entre 52% y 78% refirieron no haber recibido, en los últimos 12 meses, capacitación sobre toma de mastografía, interpretación de la mamografía, técnica de ultrasonografía mamaria, control de calidad de la mastografía y seguridad radiológica.
- En relación con el otorgamiento de fármacos para pacientes con cáncer de mama, 43.2% del personal de las unidades médicas respondieron que alguna vez habían dejado de proveer el medicamento a las pacientes por desabasto.
- El personal de salud de todos los niveles de atención refirieron que entre 40.0 y 60% de las mujeres reciben sus resultados 15 días o más.
- En relación con la entrega de resultados de patología, 82.3% de los proveedores contestaron que entregan el resultado de patología en menos de 15 días.
- El 74% del personal de las unidades percibe que las mastografías son de buena calidad. Mientras que en cuanto a la calidad de las muestras de patología 90% de los patólogos refirió que las muestras son de buena calidad para su interpretación.

Recomendaciones

1. Fortalecer las unidades médicas de diagnóstico y pasar de esquemas de tamizaje oportunista a tamizaje organizado. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, para pasar de un programa oportunista a uno organizado, se debe garantizar un número suficiente de personal para llevar a

- cabo el tamizaje y contar con la infraestructura, insumos y personal para llevar a cabo el diagnóstico, el tratamiento adecuado y, de manera muy importante, el seguimiento.
2. Establecer mecanismos que garanticen incrementar la detección de cáncer de mama en etapas tempranas pues es este el principal sentido de la misma. Incrementar el número de radiólogos o bien de personal capacitado en la interpretación de la mamografía es indispensable para lograr mayores coberturas.
 3. Implementar estrategias innovadoras de capacitación al personal de salud en diversos temas de cáncer de mama de acuerdo con la normatividad vigente y evaluar resultados e impacto.
 4. Realizar la actualización y garantizar el apego de guías de práctica clínica, consensuadas por las instituciones del Sistema Nacional de Salud, con base en la normatividad vigente.
 5. Consolidar estrategias como la telemamografía y fortalecer la capacidad de tamizaje con estrategias innovadoras en la interpretación de la mastografía.
 6. Asegurar el abasto oportuno de fármacos para el tratamiento de cáncer de mama.
 7. Lograr el apego a la oportunidad en el diagnóstico (de la toma de la mastografía a la entrega de resultados en menos de 21 días; de la entrega de un resultado BIRADS 4 o 5 a la evaluación clínica menos de 10 días; de la toma de la biopsia a la entrega del resultado menos de 10 días y tratamiento (del diagnóstico al inicio del tratamiento menos de 15 días). Lo anterior, de acuerdo a las guías internacionales y normatividad vigente.
 8. Asegurar el control de calidad del programa en la detección, diagnóstico y tratamiento.
 9. Establecer los indicadores de progreso e impacto para el programa nacional.
 10. Incorporar la práctica del examen clínico y la enseñanza del autoexamen en el IMSS Oportunidades.

Referencias

1. Globocan. Breast Cancer Incidence and Mortality Worldwide 2008. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2008. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/factsheets/cancers/breast.asp>
2. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. CA Cancer J Clin 2005;55:74-108.
3. Curado MP. Breast cancer in the world: incidence and mortality. Salud Pública Mex 2011;53:372-384.
4. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Globocan 2008 v1.2, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase núm. 10. Lyon: International Agency for Research on Cancer [citado 14 de noviembre de 2011]. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/2010>
5. Knaul F, Nigenda G, Lozano R, Arreola-Ornelas H, Langer A, J. F. Breast cancer in Mexico: a pressing priority. Reprod Health Matters 2008;16:1-11.
6. Lozano-Ascencio R, Gomez-Dantes H, Lewis S, Torres-Sanchez L, Lopez-Carrillo L. [Breast cancer trends in Latin America and the Caribbean]. Salud Pública Mex 2009;51 suppl 2:s147-156.
7. Secretaría de Salud. SINAVE/DGE/SALUD/Panorama Epidemiológico y Estadístico de la Mortalidad en México 2010.: Secretaría de Salud; [consultado el 9 de Mayo 2013]; Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2012/A_Morta_%202010_FINAL_Junio%202012.pdf
8. Vainio H, Bianchini F. Handbooks of cancer prevention. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2002.
9. Norma Oficial Mexicana. NOM-041-SSA2-2011. Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama [consultado 9 de junio de 2011]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5194157&fecha=09/06/2011
10. Secretaría de Salud. Programa de acción específico 2007-2012 Cáncer de mama. México, DF: Subsecretaría de prevención y promoción a la salud; 2008. Disponible en: http://www.spps.gob.mx/images/stories/SPPS/Docs/proy_prog/6_pdatcm.pdf
11. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: INSP; 2007. Disponible en: www.insp.mx/ensanut/ensanut2006.pdf
12. Knaul FM, Nigenda G, Lozano R, Arreola-Ornelas H, Langer A, Frenk J. [Breast cancer in Mexico: an urgent priority]. Salud Pública Mex. 2009;51 Suppl 2:s335-344.
13. Smith R. Evaluación de la calidad de la atención de mujeres con cáncer de mama. In: Lazcano-Ponce E, editor. Cáncer de mama: diagnóstico, tratamiento, prevención y control. Cuernavaca. En prensa.
14. Brandan M, Villaseñor Y. Detección del cáncer de mama: estado de la mamografía en México. Cancerología. 2006;1:147-162.
15. López-Carrillo L, Torres-Sánchez L, López-Cervantes M, Rueda-Neria C. Identificación de lesiones mamarias malignas en México. Salud Pública Mex. 2001;43:199-202.
16. Consejo Nacional de Población. Proyecciones de la Población de México 2000-2050. Ciudad de México: Consejo Nacional de Población; 2006 [consultado el 2011]; Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=36&Itemid=234.
17. Murillo-Zamora E, Allen-Leigh B, Ángeles-Llerenas A, Ortega-Olvera C, Lazcano-Ponce E, Torres-Mejía G. Evaluación de la calidad de la atención de mujeres con cáncer de mama. In: Lazcano-Ponce E, editor. Cáncer de mama: diagnóstico, tratamiento, prevención y control. Cuernavaca, Morelos En Prensa.
18. World Health Organization. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems [monografía en internet]. France: WHO Press, 2006 [consultado 6 abril 2011] Disponible en: http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf
19. Bergenmar M, Nylen U, Lidbrink E, Bergh J, Brandberg Y. Improvements in patient satisfaction at an outpatient clinic for patients with breast cancer. Acta Oncol. 2006;45:550-8.
20. Balleyguier C, Ayadi S, Van Nguyen K, Vanel D, Dromain C, Sigan R. BIRADS classification in mammography. Eur J Radiol. 2007 Feb;61:192-4.

3. Atención a la salud materna

Leticia Suárez, Leonor Rivera, Elvia de la Vara

La Iniciativa para una Maternidad sin Riesgo, lanzada en 1987 por la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), el Banco Mundial y otras organizaciones directamente interesadas en la salud materna colocaron la mortalidad materna en el primer plano de la salud pública internacional. Ello dio lugar a mejoras significativas de los conocimientos y puso en relieve la falta de equidad que se oculta tras la mala salud de las madres.¹ Doce años después, la *Declaración conjunta a favor de la reducción de la mortalidad materna*, lanzada por las mismas instancias internacionales, se proponía una serie de medidas necesarias, en el corto y mediano plazo, entre las cuales se mencionaba la prestación de servicios calificados durante el embarazo y el parto, y acceso a servicios especializados en caso de complicaciones.^{2,3} Se precisaba que se podrían salvar muchas vidas si durante el parto las mujeres estuvieran atendidas por personal competente y tuvieran acceso a una atención obstétrica de emergencia en caso de complicaciones.^{4,5} Se consensó que el proveedor capacitado debería tener las destrezas necesarias, además de contar con el apoyo de un entorno habilitante en varios niveles del sistema de salud. Esto incluía un marco de políticas y normas, suministros adecuados y equipamiento e infraestructura, además de un eficiente y efectivo sistema de comunicación y de referencia/transporte.⁶

En el panorama internacional, la atención materno-infantil continúa siendo un problema de salud pública; la tendencia mundial de la morbilidad y mortalidad, a lo largo del tiempo, no ha descendido de la forma deseada, sobre todo en países en desarrollo.⁷ En septiembre de 2000, los dirigentes del mundo se reunieron en la sede de las Naciones Unidas para aprobar la Declaración del Milenio, en la que se establece una serie de objetivos conocidos como Objetivos de Desarrollo del Milenio para el año 2015. México, junto con 188 países, se comprometió, en lo general, a mejorar sustancialmente la calidad de vida de la población; de los ocho objetivos planteados, el 4º corresponde a “Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años” y el 5º a “Mejorar la salud materna”, y las metas establecidas fueron que para 2015 se redujera en tres cuartas partes la razón de mortalidad materna y disminuyera dos terceras partes la tasa de mortalidad infantil con respecto 1990.^{8,9}

En 2007 se celebraron varios actos que coinciden con el 20º aniversario de la Iniciativa para una Maternidad sin Riesgo, se hicieron llamamientos para renovar compromisos, dar seguimiento a programas y consensuar intervenciones prioritarias para continuar con la reducción de la mortalidad materna; se consensó entre expertos la necesidad de disponer

de atención obstétrica de urgencia de calidad, y con acceso universal, se subrayó que estos servicios esenciales deberían estar integrados a los sistemas de salud y se reiteró que todas las mujeres deberían dar a luz en presencia de un asistente de partería calificado y profesional.¹⁰

En México, la mortalidad materna ha disminuido en las últimas décadas, entre 1990 y 2012, se ha reducido de 89 a 47 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos,¹¹ sin embargo todavía se está lejos de alcanzar la meta a la que se comprometió el gobierno mexicano de disminuir en tres cuartas partes la razón de mortalidad materna entre 1990 y 2015,⁸ lo cual significaría que para ese año el valor se redujera a 22 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos. Se argumenta que para alcanzar la meta deseada es necesario focalizar las acciones y tomar en consideración que la mayor parte de las defunciones maternas ocurren en hospitales (80%) por causas relacionadas con la enfermedad hipertensiva del embarazo (25%) o con hemorragias durante el embarazo y el parto (24%), y que dos terceras partes de ellas ocurren en diez entidades federativas. Se enfatizó la necesidad de efectuar dentro de las intervenciones en salud acciones dirigidas a atender las urgencias obstétricas, ya que la mortalidad materna en México puede reducirse en 70% mediante intervenciones dirigidas a las unidades médicas.

Bajo esta óptica, dentro del Programa Nacional de Salud 2007-2012, se plantearon cinco objetivos principales y uno de ellos fue la reducción de las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas. Entre las estrategias para lograr este objetivo destaca el fortalecimiento de las políticas de salud materna y perinatal mediante la consolidación de acciones que han demostrado una alta efectividad en la reducción de la mortalidad materna, tales como el manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto para disminuir las muertes por hemorragia obstétrica, o el uso del sulfato de magnesio como preventivo de crisis convulsivas en los casos de preeclampsia severa o eclampsia, de tal forma que en este periodo sexenal se redujera en 24% la razón de mortalidad materna (RMM). También se proyectó establecer acuerdos sectoriales y buscar alianzas con otras instituciones y programas para mejorar el equipamiento, infraestructura y conectividad de las unidades públicas que ofrecen servicios de atención materno-infantil, igualmente con el fin de reducir la tasa de mortalidad neonatal en 15% en esos años. Asimismo, se planeó fortalecer la capacitación del personal de salud que desarrolla actividades de atención materno-infantil y optimizar su desempeño en las zonas más marginadas del país, mediante el incremento de la cobertura de atención del parto por personal calificado a 92%.¹²

En relación con la atención del parto por personal calificado, en nuestro país ha habido un incremento acelerado en la proporción de partos atendidos por médicos, al pasar de 54.7% en el periodo 1974-1976¹³ a 84.3% en 1997, y a 89.5% en 2006;⁷ esta tendencia continuó aumentando, en 2009 llegó a 92.8%,¹⁴ y en 2012 a 93.6% en mujeres de 12 a 19 años y 94.5% en mujeres de 20 a 49 años.¹⁵ A pesar del aumento de la cobertura de atención por personal médico y de que gran parte de los partos ocurren en el ámbito hospitalario, es justo ahí en donde se ha concentrado el mayor número de muertes maternas, sobre todo en hospitales públicos¹⁶ y en áreas rurales en donde los pasantes en servicio social desempeñan un papel fundamental en la provisión de atención médica a la población residente en comunidades rurales o marginadas.¹⁷

Sin dejar de reconocer que la mortalidad materna es un tema complejo, y que por tanto no existe una solución única, la concentración de muertes en sitios atendidos por médicos tiene que ver con el mayor volumen de mujeres atendidas en los hospitales, con el incremento del número de mujeres en los extremos de edad a la reproducción y con las modificaciones en los estilos de vida, todo lo cual complica la gestación hasta estados críticos: las menores de 20 años con mayor riesgo de complicaciones, y las mayores de 34 años por presentar enfermedades preexistentes como obesidad, diabetes, hipertensión arterial sistémica o secundaria a otras patologías, lupus eritematoso diseminado, cardiopatías, insuficiencia renal aguda o crónica, entre otras. También se cuestiona la calidad del entrenamiento que estos proveedores tienen para la atención de las mujeres embarazadas.^{18,19} Es por este motivo que es de suma relevancia conocer las acciones que el personal de salud efectúa en este rubro, en los diferentes niveles de atención, así como la detección de sus necesidades de capacitación y los insumos con los que cuentan para realizar su trabajo.

A continuación se presentan los resultados obtenidos por el Programa de la Salud Materna en las principales instituciones de salud del sector público.

Atención oportuna del embarazo

El embarazo, el parto y puerperio son eventos naturales en la vida de las mujeres; sin embargo, al mismo tiempo, son procesos complejos que, si se desvían de la normalidad, representan un riesgo para la salud y vida del binomio madre-hijo. Por esta razón es de vital importancia la atención prenatal como una estrategia para la detección oportuna de complicaciones y como una intervención eficaz para promover su salud.^{13,17} En este sentido, tomando en cuenta que en México la normatividad que regula la atención al embarazo, parto y puerperio es la Norma Oficial Mexicana 007²⁰ de observancia obligatoria para todo el personal de salud, se preguntó a los proveedores de salud materna del primer nivel de atención sobre el trimestre de gestación en el cual una mujer embarazada debe efectuar la primera revisión prenatal. El 99.7% de los proveedores señalaron tal y como lo establece la norma que la primera revisión debe efectuarse en el transcurso del primer trimestre (97.6% en el IMSS, 99.3% en el IMSS Oportunidades, 99.1% en el ISSSTE y 100.0% en los Sesa) (cuadro 3.1)

Cuadro 3.1

Trimestre de gestación en que una mujer embarazada debe efectuarse su primera consulta prenatal en unidades médicas del primer nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Primer trimestre	97.6 [89.3,99.5]	99.3 [96.8,99.9]	99.1 [99.0,99.3]	100.0 [99.8,100.0]	99.7 [99.1,99.9]
Segundo y tercer trimestre	2.4 [0.5,10.7]	0.7 [0.1,3.2]	0.9 [0.7,1.0]	0.0 [0.0,0.2]	0.3 [0.1,0.9]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 065	3 485	118	11 403	16 070

* Informante: Médico(a) de consulta externa o responsable de la unidad médica

Además de la atención oportuna del embarazo, es importante la periodicidad con la que las mujeres acuden a control prenatal, al respecto se indagó sobre el número total de consultas que debe tener una mujer embarazada. El 97.8% de los proveedores señalaron 5 o más consultas prenatales (100.0% en el IMSS, 98.1% en el IMSS Oportunidades, 91.8% en el ISSSTE y 97.6% en los Sesa), respuesta acorde con la normatividad (cuadro 3.2).

Cuadro 3.2

Número total de consultas prenatales que debe tener una mujer embarazada en unidades médicas del primer nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Menos de 5	0.0 [0.0,0.0]	1.9 [0.5,7.2]	8.2 [4.1,15.6]	2.4 [0.6,9.6]	2.2 [0.7,6.8]
5 o más	100.0	98.1 [92.8,99.5]	91.8 [84.4,95.9]	97.6 [90.4,99.4]	97.8 [93.2,99.3]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 060	3 485	116	11 404	16 064

* Informante: Médico(a) de la consulta externa o responsable de la unidad médica

Estos datos muestran que los proveedores conocen dos indicaciones básicas de la atención de mujeres embarazadas que están plasmadas en la NOM 007,²⁰ las cuales contribuyen a la reducción de complicaciones durante el embarazo.²¹ No obstante, el hecho de que las mujeres hayan recibido atención prenatal adecuada no las exime de poder presentar alguna complicación obstétrica, ya que las mismas se presentan de forma súbita sin que se puedan prevenir ni predecir.²²

Atención de emergencias obstétricas

Con el propósito de mejorar el acceso a los servicios de salud en caso de emergencia obstétrica y lograr que todas las mujeres en etapa grávida-puerperal sean atendidas por profesionales de la salud en hospitales resolutivos, independientemente de si son o no beneficiarias de la seguridad social en alguna institución de salud, el 28 de mayo de 2009 la SSa, el IMSS y el ISSSTE suscribieron el *Convenio general de colaboración interinstitucional para la atención de la emergencia obstétrica* con los lineamientos generales para su operación.²³

En paralelo se establecieron reuniones para implementar los lineamientos generales que se señalan en el convenio general en sus 20 cláusulas. El 13 de octubre de 2011, se concluyeron y firmaron los anexos 1 y 2; el primero contiene la lista de las unidades médicas hospitalarias resolutivas que otorgarían la atención y el segundo detalla los diagnósticos de emergencia obstétrica, la tarifa y el mecanismo para llevar el control de los servicios otorgados y el pago de los mismos. El listado de hospitales se actualizó en enero de 2013 y, con apoyo de las tres Instituciones firmantes, se creó el Sistema para el Registro de las Emergencias Obstétricas (SREO), de uso obligatorio para la contraprestación de los servicios derivados del convenio general,²⁴ que integra la información derivada de su operación, en un sistema único. Para su implementación se realizaron reuniones para la capacitación interinstitucional por parte de la SSa y al interior de las instituciones se adiestró al personal directivo y operativo.

Para evaluar el avance, se indagó con algunos de los proveedores del servicio del IMSS, ISSSTE y en los Sesa sobre el conocimiento del convenio. En el primer nivel de atención 57.0% contestó afirmativamente (62.6% en el IMSS, 82.1% en el ISSSTE y 56.3% en los Sesa) (cuadro 3.3 y figura 3.1). En el caso de las unidades del segundo nivel de atención, 90.2% de los proveedores dijo conocer de su existencia (97.6% en el IMSS, 92.2% en el ISSSTE y 86.2% en los Sesa) (cuadro 3.4 y figura 3.1).

Cuadro 3.3

Conocimiento sobre el *Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la atención de la emergencia obstétrica* en unidades médicas del primer nivel de atención*

	IMSS %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	62.6 [48.0,75.2]	82.1 [74.4,87.8]	56.3 [41.1,70.3]	57.0 [43.2,69.9]
No	37.0 [24.4,51.7]	17.9 [12.2,25.6]	43.5 [29.4,58.6]	42.7 [29.9,56.6]
No sabe, no responde	0.3 [0.1,1.5]	0.0 [0.0,0.0]	0.3 [0.0,1.3]	0.3 [0.1,1.1]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 022	113	11 046	12 181

* Informante: Jefe(a) de servicio de medicina familiar o director(a) médico(a) o responsable de la unidad médica

Cuadro 3.4

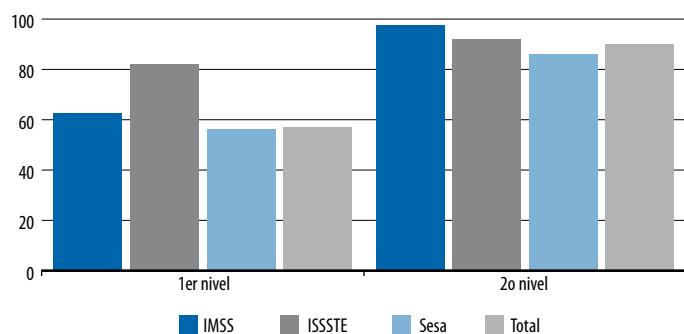
Conocimiento sobre el *Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la atención de la emergencia obstétrica* en unidades médicas del segundo nivel de atención*

	IMSS %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	97.6 [96.8,98.2]	92.2 [80.8,97.1]	86.2 [64.1,95.7]	90.2 [76.8,96.2]
No	2.4 [1.8,3.2]	7.8 [2.9,19.2]	13.8 [4.3,35.9]	9.8 [3.8,23.2]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	199	71	412	682

* Informante: Director(a) o subdirector(a) médico(a)

Figura 3.1

Conocimiento sobre el *Convenio general de colaboración interinstitucional para la atención de la emergencia obstétrica* en unidades médicas del primer y segundo nivel de atención



Fuente: Cuadros 3.3 y 3.4

Los resultados obtenidos en el primer nivel de atención son muy bajos, si bien las emergencias obstétricas se atienden en los hospitales, es en el primer nivel donde se otorga la atención prenatal y se da información a las mujeres de cómo actuar ante una emergencia obstétrica.

Tomando en consideración que en el ámbito mundial se espera que 15% de las mujeres embarazadas tengan complicaciones durante el embarazo o el parto y necesiten atención obstétrica de emergencia,^{4,25} es importante considerar que todo el personal de salud materna del primer nivel de atención debe estar capacitado para estabilizar a mujeres con emergencias obstétricas y derivarlas al segundo o tercer nivel de atención.¹⁷

Una estrategia que se ha favorecido en la atención en el primer nivel es la elaboración de un plan de emergencia obstétrica, en la que además de educar sobre signos de alarma se identifica el hospital resolutivo más cercano y cómo llegar a él. Es indispensable la difusión del convenio en todos los niveles de atención para una consejería y educación adecuada de la embarazada.

Por otra parte, a los proveedores de Sesa, IMSS e ISSSTE que dijeron estar enterados del convenio se les preguntó si tenían una copia impresa o electrónica del documento; al res-

pecto 26.4% del personal del primer nivel de atención de estas tres instituciones de salud respondió afirmativamente (53.0% en el IMSS, 57.9% en el ISSSTE y 23.3% en los Sesa); esta cifra aumenta en las unidades de segundo nivel de atención a 70.4% (59.7% en el IMSS, 78.8% en el ISSSTE y 74.5% en los Sesa) (cuadros 3.5 y 3.6).

Los resultados muestran que si bien no todo el personal tiene el documento (con las especificaciones generales en acuerdo), 90% de los proveedores de los hospitales (lugar en donde se atienden las emergencias) lo conocen. Estos hallazgos muestran el esfuerzo de las instituciones participantes (el IMSS, el ISSSTE y los Sesa) por difundir al personal directivo de los niveles centrales, estatales y delegacionales o jurisdiccionales, así como al personal de las unidades médicas que interviene en la atención de estas pacientes en forma directa o indirecta, lo cual mejorará la aplicación del convenio.

Por otro lado, cuando se presenta una emergencia obstétrica es de vital importancia la entrega oportuna de estudios de diagnóstico y exámenes de laboratorio. En este sentido se preguntó a los proveedores del segundo nivel de atención sobre el

tiempo de entrega de los resultados del grupo sanguíneo, RH y compatibilidad cuando se presenta esta situación; al respecto 53.6% señaló que es de 15 o más minutos (50.4% en el IMSS, 40.8% en el IMSS Oportunidades, 76.6% en el ISSSTE y 54.4% en los Sesa) (cuadro 3.7 y figura 3.2).

De igual forma, se indagó sobre el tiempo de espera entre el diagnóstico y el inicio de los procedimientos en caso de una emergencia obstétrica; 75.6% del personal de la dirección o subdirección médica de las unidades del segundo nivel de atención dijo que este tiempo era de menos de 15 minutos (78.9% en el IMSS, 90.1% en el IMSS Oportunidades, 64.1% en el ISSSTE y 72.6% en los Sesa) (cuadro 3.8 y figura 3.3).

Además se preguntó al personal directivo del segundo nivel de atención sobre la disponibilidad de sangre segura y suficiente las 24 horas del día, pues es de vital importancia para afrontar la hemorragia obstétrica.¹⁷ El 80.5% de los directores o subdirectores médicos de este nivel de atención señaló contar con este insumo básico las 24 horas del día (82.7% en el IMSS, 97.8% en el IMSS Oportunidades, 64.6% en el ISSSTE y 78.4% en los Sesa) (cuadro 3.9 y figura 3.4).

Cuadro 3.5

Disponibilidad del *Convenio general de colaboración interinstitucional para la atención de la emergencia obstétrica* en unidades médicas del primer nivel de atención*

	IMSS %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	53.0 [37.6,67.8]	57.9 [44.4,70.3]	23.3 [10.0,45.4]	26.4 [13.6,45.1]
No	46.9 [32.1,62.2]	42.1 [29.7,55.6]	74.9 [52.9,88.7]	71.9 [53.2,85.2]
No sabe, no responde	0.2 [0.1,0.2]	0.0 [0.0,0.0]	1.9 [0.3,12.1]	1.7 [0.2,10.6]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	634	92	6,216	6 942

* Informante: Jefe(a) de servicio de medicina familiar, director(a) médico(a) o responsable de la unidad médica

Cuadro 3.6

Disponibilidad del *Convenio general de colaboración interinstitucional para la atención de la emergencia obstétrica* en unidades médicas del segundo nivel de atención*

	IMSS %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	59.7 [43.0,74.5]	78.8 [61.4,89.7]	74.5 [53.5,88.2]	70.4 [57.7,80.6]
No	40.3 [25.5,57.0]	21.2 [10.3,38.6]	24.3 [11.0,45.6]	29.0 [18.8,41.8]
No sabe, no responde	0.0 [0.0,0.0]	0.0 [0.0,0.0]	1.1 [0.1,8.2]	0.6 [0.1,4.5]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	191	66	353	610

* Informante: Director(a) o subdirector(a) médico(a)

Cuadro 3.7

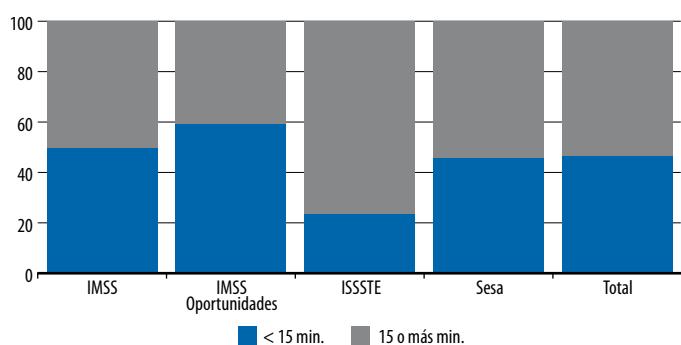
Tiempo de entrega de resultados del grupo sanguíneo, RH y compatibilidad en caso de una emergencia obstétrica en unidades médicas del segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Menos de 15 minutos	49.6 [33.1,66.1]	59.2 [25.6,85.9]	23.4 [11.4,41.9]	45.6 [27.5,65.1]	46.4 [34.4,58.9]
15 o más minutos	50.4 [33.9,66.9]	40.8 [14.1,74.4]	76.6 [58.1,88.6]	54.4 [34.9,72.5]	53.6 [41.1,65.6]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	188	91	64	320	662

* Informante: Director(a) o subdirector(a) médico(a)

Figura 3.2

Tiempo de entrega de resultados del grupo sanguíneo, RH y compatibilidad en caso de una emergencia obstétrica en unidades médicas del segundo nivel de atención



Fuente: Cuadro 3.7

Cuadro 3.8

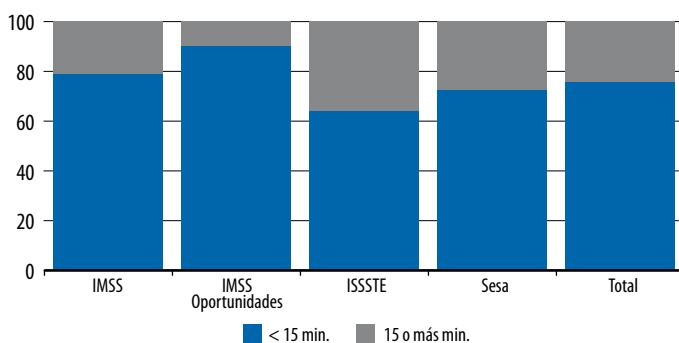
Tiempo de espera entre el diagnóstico y el inicio de los procedimientos en una emergencia obstétrica en unidades del segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Menos de 15 minutos	78.8 [62.2,89.4]	90.1 [59.8,98.2]	64.1 [46.8,78.4]	72.6 [51.0,87.1]	75.6 [62.9,85.0]
15 min. o más	21.2 [10.6,37.8]	9.9 [1.8,40.2]	35.9 [21.6,53.2]	27.4 [12.9,49.0]	24.4 [15.0,37.1]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	178	91	86	377	712

* Informante: Director(a) o subdirector(a) médico(a)

Figura 3.3

Tiempo de espera entre el diagnóstico y el inicio de los procedimientos en una emergencia obstétrica en unidades del segundo nivel de atención



Fuente: Cuadro 3.8

Cuadro 3.9

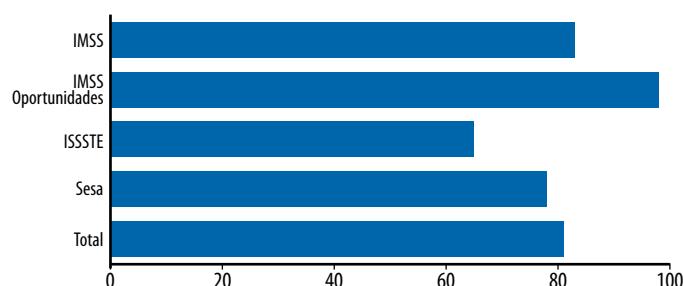
Unidades del segundo nivel de atención que cuentan con sangre segura y suficiente las 24 horas del día*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	82.7 [64.6,92.6]	97.8 [95.5,98.9]	64.6 [45.1,80.3]	78.4 [57.9,90.5]	80.5 [69.2,88.4]
No	17.3 [7.4,35.4]	2.2 [1.1,4.5]	35.4 [19.7,54.9]	21.6 [9.5,42.1]	19.5 [11.6,30.8]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	198	91	71	412	772

* Informante: Director(a) o subdirector(a) médico(a)

Figura 3.4

Unidades del segundo nivel de atención que sí cuentan con sangre segura y suficiente las 24 horas del día



Fuente: Cuadro 3.9

Referencia

Además de preguntar en específico sobre el convenio de colaboración, también se cuestionó a los proveedores del primer nivel de atención del IMSS, ISSSTE y Sesa sobre la referencia de pacientes con emergencia obstétrica a otra unidad de salud con atención gratuita. Se observó que 98.1% señala que las remiten a otras unidades para su atención (98.7% en el IMSS, 93.1% en el ISSSTE y 98.1% en los Sesa) (cuadro 3.10). Este resultado es el esperado, ya que el primer nivel de atención debe referir a todas las pacientes en caso de emergencia obstétrica a instituciones públicas del segundo nivel considerando que requieren ser atendidas en unidades hospitalarias con infraestructura suficiente para la atención, como unidades de cuidados intensivos de adultos, quirófano, áreas de choque, entre otras. Respecto al lugar de referencia (cuadro 3.11), los resultados denotan que básicamente los proveedores refieren pacientes con emergencia obstétrica a unidades médicas de la misma institución de salud (83.2% en el IMSS, 58.1% en el ISSSTE y 79.0% en los Sesa).

En el caso de las unidades del segundo nivel, la proporción de referencia es 91.4% (87.4% en el IMSS, 91.0% en el ISSSTE y 93.4% en los Sesa), un poco menor a la encontrada

Cuadro 3.10

Referencia de la mujer con emergencia obstétrica a otra unidad médica para atención gratuita en el primer nivel de atención*

	IMSS %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	98.7 [94.3,99.7]	93.1 [86.5,96.6]	98.1 [92.4,99.5]	98.1 [93.2,99.5]
No	1.1 [0.2,6.1]	3.2 [1.2,8.6]	1.9 [0.5,7.7]	1.9 [0.5,6.8]
No sabe, no responde	0.2 [0.0,1.6]	3.6 [1.4,9.3]	0.0 [0.0,0.0]	0.1 [0.0,0.1]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 005	108	10 908	12 021

* Informante: Jefe(a) de servicio de medicina familiar, director(a) médico(a) o responsable de la unidad médica

Cuadro 3.11

Lugar de referencia de la mujer con emergencia obstétrica para atención gratuita en unidades médicas del primer nivel de atención*

	IMSS %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
IMSS	83.2 [71.6,90.7]	13.0 [5.7,26.7]	15.0 [7.1,28.9]	20.8 [12.7,32.2]
ISSSTE	0.9 [0.2,4.0]	58.1 [46.2,69.1]	3.8 [0.7,19.2]	4.1 [0.9,16.3]
SESA	17.7 [8.8,32.5]	28.5 [18.7,40.9]	79.0 [67.0,87.4]	73.3 [62.7,81.7]
Otra	14.5 [8.0,24.9]	12.3 [7.0,20.6]	16.7 [9.4,28.0]	16.5 [9.6,26.7]
Total de unidades	1 060	119	11 306	12 485

* Informante: Jefe(a) de servicio de medicina familiar, director(a) médico(a) o responsable de la unidad médica

da en el primer nivel (cuadro 3.12). Este porcentaje es acorde con las unidades incluidas en la muestra, pues algunas de ellas son unidades hospitalarias resolutivas del segundo nivel que pueden atender a este tipo de pacientes, y por lo tanto, no requieren referirlas a otro hospital. En relación con el lugar de referencia (cuadro 3.13), se observa una tendencia similar que en el primer nivel de atención, ya que gran parte de los proveedores señala que refiere pacientes con emergencia obstétrica a unidades médicas de la misma institución de salud (58.9% en el IMSS, 47.1% en el ISSSTE y 57.7% en los Sesa).

Cuadro 3.12

Referencia de la mujer con emergencia obstétrica a otra unidad médica para atención gratuita en el segundo nivel de atención*

	IMSS %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	87.4 [79.7,92.5]	91.0 [83.8,95.2]	93.4 [84.0,97.4]	91.4 [85.8,94.9]
No	12.6 [7.5,20.3]	7.6 [3.7,14.9]	6.4 [2.4,15.9]	8.3 [4.8,13.9]
No sabe, no responde	0.0 [0.0,0.0]	1.4 [1.0,2.0]	0.2 [0.2,0.4]	0.3 [0.2,0.4]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	196	70	403	669

* Informante: Director(a) o subdirector(a) médico(a)

Cuadro 3.13

Lugar de referencia de la mujer con emergencia obstétrica para atención gratuita en unidades médicas del segundo nivel de atención*

	IMSS %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
IMSS	58.9 [43.4,72.9]	23.0 [10.4,43.6]	18.5 [10.0,31.6]	30.1 [20.4,41.9]
ISSSTE	4.3 [2.1,8.7]	47.1 [30.6,64.2]	5.8 [2.7,12.0]	9.4 [6.0,14.7]
Sesa	31.9 [18.1,49.8]	33.7 [20.7,49.8]	57.7 [36.8,76.1]	48.2 [34.0,62.7]
Otra	20.3 [10.0,36.7]	13.7 [8.5,21.3]	16.7 [6.4,37.0]	17.4 [9.0,30.9]
Total de unidades	199	71	452	722

* Informante: Director(a) o subdirector(a) médico(a)

También se cuestionó al personal de segundo nivel de atención del IMSS, del ISSSTE y de los Sesa en relación con la recepción de mujeres con emergencia obstétrica enviadas por otras unidades de salud; 75.4% afirmó hacerlo (77.2% en el IMSS, 51.7% en el ISSSTE y 78.7% en los Sesa) (cuadro 3.14). En el caso del IMSS y del ISSSTE, los proveedores señalan recibir pacientes principalmente de los Sesa (54.8% y 20.1%, respectivamente), mientras que los proveedores de los Sesa dijeron que en similar proporción reciben pacientes del IMSS (36.4%), así como de la propia institución (33.1%) (cuadro 3.15).

Cuadro 3.14

Recepción de la mujer con emergencia obstétrica de otra unidad de salud para atención gratuita en unidades médicas del segundo nivel de atención*

	IMSS %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	77.2 [61.9,87.6]	51.7 [34.9,68.2]	78.7 [57.5,91.0]	75.4 [63.2,84.6]
No	22.8 [12.4,38.1]	48.3 [31.8,65.1]	21.1 [8.8,42.4]	24.4 [15.3,36.6]
No sabe, no responde	0.0 [0.0,0.0]	0.0 [0.0,0.0]	0.2 [0.2,0.4]	0.1 [0.1,0.2]
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	198	71	412	681

* Informante: Director(a) o subdirector(a) médico(a)

Cuadro 3.15

Lugar de procedencia de la mujer con emergencia obstétrica para atención gratuita en unidades médicas del segundo nivel de atención*

	IMSS %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
IMSS	14.3 [7.1,26.8]	16.7 [9.2,28.4]	36.4 [20.1,56.5]	28.4 [18.2,41.3]
ISSSTE	8.0 [3.4,17.8]	17.8 [8.1,34.9]	27.7 [14.8,45.8]	21.3 [13.2,32.4]
SESA	54.8 [38.9,69.8]	20.0 [11.5,32.6]	33.1 [14.9,58.3]	37.8 [24.3,53.5]
Otra	21.2 [11.2,36.4]	16.3 [6.0,37.4]	14.1 [5.9,30.2]	16.3 [9.6,26.2]
Total de unidades	199	71	452	722

* Informante: Director(a) o subdirector(a) médico(a)

Tratamiento

Un tema de gran relevancia en la salud materna es el relacionado con las enfermedades o infecciones de transmisión sexual (ETS o ITS), específicamente la detección de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), por sus repercusiones en la morbilidad y mortalidad materna e infantil. De acuerdo con el Programa Nacional de Salud 2007-2012, dentro de la segunda estrategia, se estableció una línea de acción para impulsar una política integral de prevención y atención de infecciones por VIH y otras ITS.¹² En esta investigación se indagó, en el primer nivel de atención, el otorgamiento de tratamiento a la pareja cuando la embarazada presenta enfermedad de transmisión sexual; los datos muestran que 84.3% del personal médico de todas las instituciones de salud señaló otorgar siempre tratamiento a la pareja (76.4% en el IMSS, 94.4% en el IMSS Oportunidades, 93.4% en el ISSSTE y 81.8% en los Sesa). Esta proporción se eleva cuando se suma el “siempre” y “casi siempre” de 84.3% a 95.2% (cuadro 3.16 y figura 3.5).

Cuadro 3.16

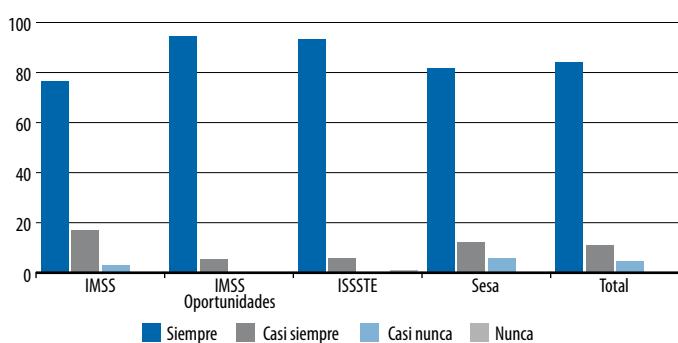
Otorgamiento de tratamiento médico a la pareja de mujeres embarazadas con una enfermedad de transmisión sexual en unidades médicas del primer nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Siempre	76.4 [60.4,87.2]	94.4 [86.5,97.8]	93.4 [85.7,97.1]	81.8 [67.7,90.6]	84.3 [74.2,90.9]
Casi siempre	16.8 [7.6,33.2]	5.5 [2.1,13.4]	5.7 [2.2,13.5]	12.1 [5.1,26.0]	10.9 [5.5,20.6]
Casi nunca	3.0 [0.4,18.5]	0.2 [0.0,0.7]	0.0 [0.0,0.0]	5.8 [1.9,16.7]	4.4 [1.5,12.0]
Nunca	0.0 [0.0,0.0]	0.0 [0.0,0.0]	0.9 [0.1,6.6]	0.1 [0.1,0.2]	0.1 [0.1,0.1]
No sabe, no responde	3.9 [0.8,16.9]	0.0 [0.0,0.0]	0.0 [0.0,0.0]	0.1 [0.0,0.9]	0.3 [0.1,1.2]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 065	3 497	118	11 404	16 084

* Informante: Médico(a) de la consulta externa o responsable de la unidad médica

Figura 3.5

Otorgamiento de tratamiento médico a la pareja de mujeres embarazadas con una enfermedad de transmisión sexual en unidades médicas del primer nivel de atención



Fuente: Cuadro 3.16

Cuadro 3.17

Detección de necesidades de capacitación en unidades médicas del primer nivel de atención*

Se siente suficientemente capacitado(a):	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Para atender infecciones de transmisión sexual	65.5 [50.9,77.7]	55.0 [41.4,67.9]	61.6 [49.5,72.4]	56.1 [41.0,70.1]	56.5 [45.3,67.1]
En temas relacionados con VIH/SIDA	49.4 [36.0,62.9]	48.6 [36.6,60.7]	53.6 [42.1,64.7]	46.5 [33.1,60.4]	47.2 [37.4,57.2]
En actualización en anticoncepción postevento obstétrico	69.3 [54.6,80.9]	64.2 [51.2,75.3]	68.1 [55.8,78.3]	69.2 [54.1,81.1]	68.1 [56.7,77.7]
En dar consejería y ofrecer métodos anticonceptivos	87.2 [73.0,94.5]	88.0 [72.3,95.4]	77.5 [65.3,86.3]	83.9 [68.0,92.7]	84.9 [73.8,91.9]
En temas de equidad e igualdad de género	70.1 [56.2,81.1]	62.9 [47.8,75.9]	62.2 [50.4,72.7]	64.1 [48.9,76.8]	64.2 [53.2,73.9]
En reanimación neonatal	23.0 [13.9,35.7]	38.6 [27.2,51.4]	30.5 [20.5,42.6]	38.7 [25.9,53.4]	37.6 [28.0,48.3]
Total de unidades	1 065	3 497	116	11 404	16 083

* Informante: Médico(a) de la consulta externa o responsable de la unidad médica

Capacitación

Un componente importante para la buena práctica obstétrica es el adiestramiento del personal de salud en los diferentes niveles de atención; por tal motivo se cuestionó a los proveedores sobre qué tan capacitados se sentían en determinados temas básicos de la salud materna. En el primer nivel, 47.2% señaló sentirse suficientemente capacitado en temas relacionados con el VIH/sida (49.4% en el IMSS, 48.6% en el IMSS Oportunidades, 53.6% en el ISSSTE y 46.5% en los Sesa), 56.5% para la atención de ITS (65.5% en el IMSS, 55.0% en el IMSS Oportunidades, 61.6% en el ISSSTE y 56.1% en los Sesa), 64.2% en temas de equidad e igualdad de género (70.1% en el IMSS, 62.9% en el IMSS Oportunidades, 62.2% en el ISSSTE y 64.1% en los Sesa), 68.1% en actualización en anticoncepción postevento obstétrico (69.3% en el IMSS, 64.2% en el IMSS Oportunidades, 68.1% en el ISSSTE y 69.2% en los Sesa) y 84.9% en consejería de métodos anticonceptivos (87.2% en el IMSS, 88.0% en el IMSS Oportunidades, 77.5% en el ISSSTE y 83.9% en los Sesa). Esta información contrasta con 37.6% del personal que dijo sentirse suficientemente capacitado en reanimación neonatal (23.0% en el IMSS, 38.6% en el IMSS Oportunidades, 30.5% en el ISSSTE y 38.7% en los Sesa), lo cual posiblemente se deba a que no en todas las instituciones del primer nivel de atención de salud atienden partos y en los sitios donde sí atienden partos hay personal especializado para llevarla a cabo (cuadro 3.17, figura 3.6).

Cuando se analiza la información referida por el personal de la dirección o subdirección médica de las unidades del segundo nivel de atención se obtiene que 42.5% del total señaló sentirse suficientemente capacitado en temas relacionados con el VIH/sida (57.3% en el IMSS, 61.9% en el IMSS Oportunidades, 46.1% en el ISSSTE y 30.6% en los Sesa), 66.1% en distocias (73.9% en el IMSS, 82.0% en el IMSS Oportunida-

des, 58.9% en el ISSSTE y 59.9% en los Sesa), 68.3% para atender infecciones de transmisión sexual (85.5% en el IMSS, 56.3% en el IMSS Oportunidades, 77.9% en el ISSSTE y 61.1% en los Sesa), 69.4% en la atención de sepsis puerperal (85.4% en el IMSS, 98.9% en el IMSS Oportunidades, 69.9% en el ISSSTE y 55.3% en los Sesa), 69.8% para la atención de hemorragia obstétrica (82.5% en el IMSS, 96.7% en el IMSS Oportunidades, 67.9% en el ISSSTE y 58.2% en los Sesa) y 70.6% para el manejo de complicaciones obstétricas (84.4% en el IMSS, 91.7% en el IMSS Oportunidades, 71.1% en el ISSSTE y 59.4% en los Sesa). Estos datos contrastan con los obtenidos en reanimación neonatal donde 31.2% del total señaló sentirse suficientemente capacitado en este nivel de atención (40.7% en el IMSS, 41.8% en el IMSS Oportunidades, 35.7% en el ISSSTE y 23.5% en los Sesa); este resultado posiblemente se deba a que en gran parte de las instituciones la

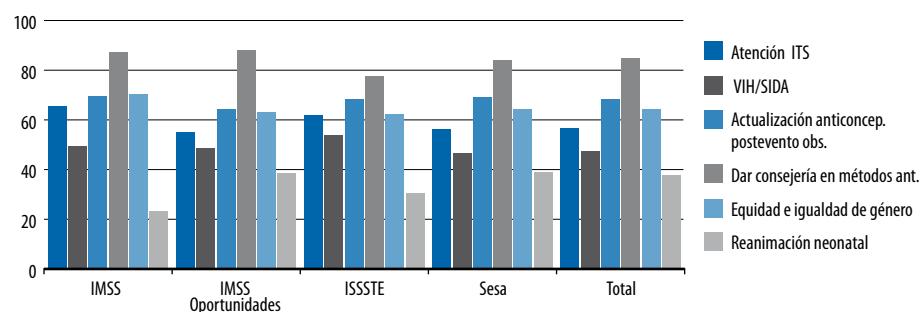
reanimación neonatal se realiza por pediatras y neonatólogos con apoyo de enfermeras y equipo e insumos específicos (cuadro 3.18). No obstante, es importante que la reanimación neonatal se efectúe con oportunidad, por lo que sería pertinente que un grupo más amplio de personal médico esté capacitado en el tema.

En lo que se refiere a la consulta externa u hospital rural de las unidades de segundo y tercer nivel, 53.0% del total de los proveedores percibe sentirse suficientemente capacitado en temas relacionados con el VIH/sida (56.8% en el IMSS, 55.8% en el IMSS Oportunidades, 28.8% en el ISSSTE y 55.5% en los Sesa), 53.0% en temas de equidad e igualdad de género (71.3% en el IMSS, 55.8% en el IMSS Oportunidades, 71.5% en el ISSSTE y 39.3% en los Sesa), 78.7% en la atención de infecciones de transmisión sexual (82.4% en el IMSS, 70.5% en el IMSS Oportunidades, 80.6% en el ISSSTE y

Figura 3.6

Temas de salud materna en donde los proveedores del primer nivel de atención perciben sentirse suficientemente capacitados

Fuente: Cuadro 3.17



Cuadro 3.18

Detección de necesidades de capacitación en unidades médicas del segundo nivel de atención*

Se siente suficientemente capacitado(a):	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Para atender hemorragia obstétrica	82.5 [70.1,90.4]	96.7 [93.2,98.4]	67.9 [46.9,83.5]	58.2 [34.1,78.9]	69.8 [53.0,82.5]
Para atender preeclampsia / eclampsia	84.5 [72.0,92.1]	92.8 [72.6,98.4]	71.1 [48.3,86.6]	67.2 [39.3,86.7]	75.0 [57.0,87.1]
Manejo de complicaciones obstétricas	84.4 [74.2,91.0]	91.7 [72.5,97.9]	71.1 [49.4,86.1]	59.4 [34.6,80.1]	70.6 [53.6,83.3]
Para atender sepsis puerperal	85.4 [73.1,92.6]	98.9 [97.7,99.5]	69.9 [48.2,85.2]	55.3 [32.1,76.5]	69.4 [52.6,82.3]
Para atender infecciones de transmisión sexual	85.5 [73.7,92.6]	56.3 [20.9,86.2]	77.9 [57.9,90.0]	61.1 [39.3,79.2]	68.3 [55.1,79.1]
En temas relacionados con VIH/SIDA	57.3 [40.9,72.2]	61.9 [22.1,90.3]	46.1 [29.7,63.4]	30.6 [16.3,50.0]	42.5 [30.4,55.6]
En actualización en anticoncepción postevento obstétrico	88.6 [77.6,94.6]	84.7 [46.9,97.2]	73.5 [54.9,86.4]	71.8 [50.4,86.5]	77.8 [65.2,86.7]
En dar consejería y ofrecer métodos anticonceptivos	89.7 [79.3,95.2]	86.9 [45.7,98.1]	90.4 [83.1,94.7]	71.8 [50.1,86.6]	79.9 [67.1,88.5]
Reanimación neonatal	40.7 [26.5,56.7]	41.8 [13.9,76.2]	35.7 [21.0,53.8]	23.5 [12.4,39.9]	31.2 [21.7,42.5]
Distocias	73.9 [59.3,84.7]	82.0 [54.3,94.6]	58.9 [39.9,75.6]	59.9 [35.3,80.3]	66.1 [50.8,78.6]
Total de unidades	195	91	71	412	769

* Informante: Director(a) o subdirector(a) médico(a)

78.2% en los Sesa), 79.3% en distocias (82.4% en el IMSS, 70.5% en el IMSS Oportunidades, 70.0% en el ISSSTE y 81.6% en los Sesa), 84.1% para el manejo de complicaciones obstétricas (85.5% en el IMSS, 97.8% en el IMSS Oportunidades, 83.3% en el ISSSTE y 80.3% en los Sesa) y 84.9% para atender hemorragia obstétrica (73.8% en el IMSS, 98.9% en el IMSS Oportunidades, 84.4% en el ISSSTE y 87.5% en los Sesa). En el caso de la reanimación neonatal, nuevamente se encuentran porcentajes bajos debido posiblemente a la razón anteriormente expuesta (cuadro 3.19, figura 3.7).

Ahora bien, si el análisis se centra en el área de tococirugía de las unidades médicas del segundo y tercer nivel de atención se obtiene que 52.2% del personal se siente suficientemente capacitado en temas relacionados con VIH/sida (43.8% en el IMSS, 50.3% en el IMSS Oportunidades, 31.4%

en el ISSSTE y 60.8% en los Sesa), 55.1% en temas de equidad e igualdad de género (56.0% en el IMSS, 60.8% en el IMSS Oportunidades, 65.1% en el ISSSTE y 51.3% en los Sesa), 75.1% en la atención de ITS (71.4% en el IMSS, 58.0% en el IMSS Oportunidades, 69.0% en el ISSSTE y 82.0% en los Sesa), 82.1% en distocias (77.7% en el IMSS, 92.8% en el IMSS Oportunidades, 76.4% en el ISSSTE y 83.0% en los Sesa), 85.0% en sepsis puerperal (80.9% en el IMSS, 86.4% en el IMSS Oportunidades, 85.5% en el ISSSTE y 86.5% en los Sesa), y 86.5% en actualización en anticoncepción postevento obstétrico (84.5% en el IMSS, 98.9% en el IMSS Oportunidades, 90.7% en el ISSSTE y 83.8% en los Sesa) entre otros. En relación con la reanimación neonatal, sólo 33.1% del personal de salud señaló sentirse suficientemente capacitado (42.8% en el IMSS, 40.2% en el IMSS Oportunidades, 31.7% en el

Cuadro 3.19

Detección de necesidades de capacitación en unidades médicas del segundo y tercer nivel de atención*

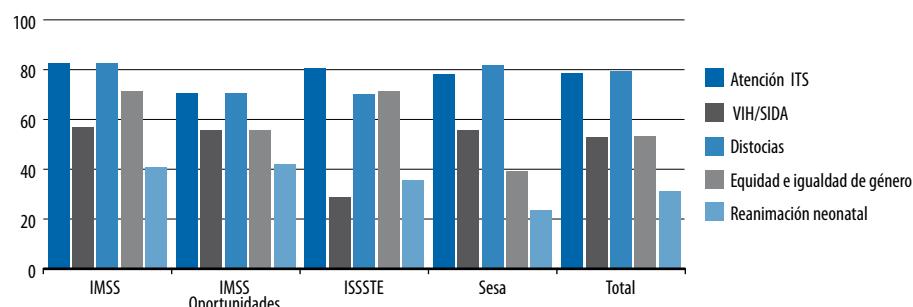
Se siente suficientemente capacitado(a):	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Para atender hemorragia obstétrica	73.8 [54.5,86.9]	98.9 [97.7,99.5]	84.4 [64.7,94.1]	87.5 [69.5,95.6]	84.9 [74.7,91.5]
Para atender preeclampsia / eclampsia	84.2 [69.5,92.6]	100.0	85.6 [64.9,95.1]	96.3 [91.5,98.5]	92.4 [87.0,95.7]
Manejo de complicaciones obstétricas	85.5 [71.1,93.3]	97.8 [95.5,98.9]	83.3 [64.1,93.3]	80.3 [59.8,91.8]	84.1 [73.5,90.9]
Para atender sepsis puerperal	81.0 [66.7,90.1]	92.8 [72.6,98.4]	78.4 [60.1,89.7]	87.5 [70.7,95.3]	85.4 [76.8,91.2]
Para atender infecciones de transmisión sexual	82.4 [67.5,91.4]	70.5 [24.0,94.8]	80.6 [64.5,90.4]	78.2 [56.6,90.8]	78.7 [66.8,87.1]
En temas relacionados con VIH/SIDA	56.8 [40.5,71.8]	55.8 [20.0,86.4]	28.8 [17.7,43.2]	55.5 [35.5,73.8]	53.0 [40.8,64.8]
En actualización en anticoncepción postevento obstétrico	87.9 [73.4,95.0]	59.6 [22.0,88.5]	90.5 [85.0,94.1]	85.4 [63.1,95.2]	83.6 [72.0,90.9]
En dar consejería y ofertar métodos anticonceptivos	92.0 [76.0,97.6]	72.7 [23.6,95.8]	88.5 [83.3,92.3]	88.1 [63.7,96.9]	87.4 [74.9,94.1]
Reanimación neonatal	34.2 [19.6,52.6]	39.2 [12.6,74.4]	31.9 [19.5,47.7]	24.0 [13.1,39.8]	29.3 [20.4,40.2]
Distocias	82.4 [67.0,91.5]	70.5 [24.0,94.8]	70.0 [52.3,83.2]	81.6 [64.7,91.5]	79.3 [68.8,86.9]
En temas de equidad e igualdad de género	71.3 [55.9,82.9]	55.8 [20.0,86.4]	71.5 [57.6,82.2]	39.3 [21.9,59.8]	53.1 [39.0,66.7]
Total de unidades	202	91	83	394	770

* Informante: Médico(a) o ginecólogo(a) de la consulta externa o responsable del servicio

Figura 3.7

Principales temas de salud materna en donde menor número de proveedores del segundo y tercer nivel de atención perciben sentirse suficientemente capacitados

Fuente: Cuadros 3.18 y 3.19



ISSSTE y 27.2% en los Sesa), y esto puede deberse a que, como se comentó en párrafos anteriores, la reanimación se realiza por pediatras y neonatólogos (cuadro 3.20, figura 3.8).

Es posible que los resultados encontrados en los cuadros 3.18, 3.19 y 3.20 estén directamente relacionados con el personal que se encuestó. Y en el caso de VIH/sida, en gran parte de las instituciones hay personal específico para el manejo de estas pacientes. El mayor número de hospitales visitados son multitemáticos. Por este motivo en el futuro, es importante analizar con mayor precisión la categoría y la especialidad del personal encuestado a fin de que los resultados proporcionen una mayor precisión en cuanto a la capacitación del personal en cada una de las instituciones, y se dirijan los esfuerzos a las áreas y temas específicos para mantener actualizado al perso-

nal que proporciona la atención en todas las instituciones de salud en su conjunto, como en cada una de ellas.

Por otra parte, cuando se indaga sobre las horas de capacitación que el personal de salud llevó en el año 2011, en los diferentes temas de salud materna e infantil, se observa que un porcentaje menor de proveedores del primer nivel de atención señaló haber cursado 20 o más horas de capacitación en distintos temas. Destacan los porcentajes de capacitación en todos los niveles de atención en temas relacionados con VIH/sida, infecciones de transmisión sexual y temas de equidad e igualdad de género (cuadros 3.21 a 3.24), en particular en el primer nivel de atención la actualización en anticoncepción postevento obstétrico (9.5% para el total, 8.9% en el IMSS, 18.5% en el IMSS Oportunidades, 14.0% en el ISSSTE y 6.7% en los

Cuadro 3.20

Detección de necesidades de capacitación en unidades médicas del segundo y tercer nivel de atención en el área de tococirugía*

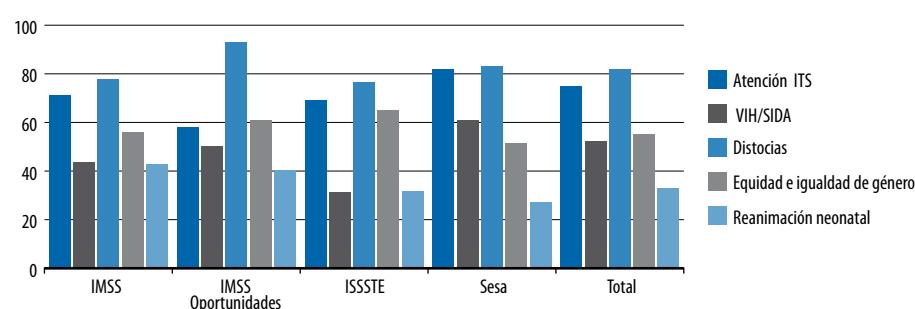
Se siente suficientemente capacitado(a):	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Para atender hemorragia obstétrica	85.5 [70.2,93.6]	92.8 [72.6,98.4]	85.6 [64.6,95.1]	89.5 [71.3,96.7]	88.5 [79.5,93.8]
Para atender preeclampsia / eclampsia	83.8 [67.7,92.8]	93.9 [71.8,98.9]	90.2 [66.9,97.7]	92.2 [71.5,98.2]	90.1 [80.9,95.2]
Manejo de complicaciones obstétricas	83.6 [68.4,92.3]	92.8 [72.6,98.4]	87.8 [67.1,96.2]	92.1 [71.6,98.2]	89.6 [80.5,94.7]
Para atender sepsis puerperal	80.9 [66.1,90.2]	86.4 [56.8,96.8]	85.5 [66.1,94.7]	86.5 [70.3,94.5]	85.0 [76.0,91.0]
Para atender infecciones de transmisión sexual	71.4 [54.4,83.9]	58.0 [20.9,87.9]	69.0 [49.3,83.6]	82.0 [62.9,92.4]	75.1 [63.7,83.8]
En temas relacionados con VIH/SIDA	43.8 [28.3,60.6]	50.3 [17.8,82.6]	31.4 [19.9,45.8]	60.8 [41.6,77.1]	52.2 [40.1,64.0]
En actualización en anticoncepción postevento obstétrico	84.5 [68.4,93.2]	98.9 [97.7,99.5]	90.7 [80.0,95.9]	83.7 [63.8,93.8]	86.5 [76.1,92.8]
En dar consejería y ofrecer métodos anticonceptivos	86.8 [70.7,94.7]	100.0 [78.2,95.0]	89.2 [78.2,95.0]	87.1 [65.0,96.1]	88.8 [77.8,94.7]
Reanimación neonatal	42.8 [26.8,60.6]	40.2 [13.4,74.5]	31.7 [19.3,47.4]	27.2 [15.0,44.2]	33.1 [23.4,44.5]
Distocias	77.7 [61.2,88.5]	92.8 [72.6,98.4]	76.4 [56.4,89.0]	83.0 [65.7,92.5]	82.1 [72.6,88.8]
En temas de equidad e igualdad de género	56.0 [38.4,72.3]	60.8 [21.9,89.5]	65.1 [49.3,78.2]	51.3 [29.9,72.3]	55.1 [40.6,68.7]
Total de unidades	192	91	82	400	765

* Informante: Jefe(a) de división de gineco-obstetricia, jefe(a) de gineco-obstetricia o jefe(a) de servicio de tococirugía o médico(a) responsable del servicio

Figura 3.8

Principales temas de salud materna en donde menor número de proveedores del segundo y tercer nivel de atención del área de tococirugía perciben sentirse suficientemente capacitados

Fuente: Cuadro 3.20



Sesa) y consejería y oferta de métodos anticonceptivos (9.6% para el total, 12.2% en el IMSS, 18.8% en el IMSS Oportunidades, 16.4% en el ISSSTE y 6.5% en los Sesa) (cuadro 3.21).

De acuerdo con el Programa Nacional de Salud 2007-2012 dentro de la segunda estrategia para el fortalecimiento e integración de acciones de promoción de la salud, prevención

Cuadro 3.21

Porcentaje de personal que recibió veinte horas o más de capacitación en diferentes temas de salud reproductiva en las unidades médicas del primer nivel de atención en 2011*

20 o más horas de capacitación en:	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Infecciones de transmisión sexual	15.5 [8.0,27.8]	15.9 [8.4,27.9]	17.8 [11.3,27.0]	7.0 [2.5,18.3]	9.5 [5.2,16.8]
Temas relacionados con VIH/SIDA	13.1 [6.1,25.6]	8.6 [4.0,17.5]	11.6 [6.7,19.4]	7.2 [2.6,18.5]	7.9 [4.0,15.2]
Actualización en anticoncepción postevento obstétrico	8.9 [4.9,15.7]	18.5 [10.6,30.3]	14.0 [8.2,22.7]	6.7 [2.2,18.7]	9.5 [5.1,17.0]
Consejería y oferta de métodos anticonceptivos	12.2 [7.2,19.9]	18.8 [10.9,30.6]	16.4 [10.6,24.6]	6.5 [2.1,18.3]	9.6 [5.3,17.0]
Temas de equidad e igualdad de género	16.6 [8.0,31.4]	10.9 [4.7,23.1]	10.5 [5.6,19.0]	5.6 [1.5,18.3]	7.5 [3.5,15.1]
Total de unidades	963	3,355	114	10,908	15,340

* Informante: Jefe(a) de servicio de medicina familiar o director(a) médico(a) o responsable de la unidad médica

y control de enfermedades, se plantea como línea de acción fortalecer las políticas de salud materna y perinatal y como meta la capacitación del personal de salud que desarrolla actividades de atención materno-infantil así como optimizar su desempeño en las zonas más marginadas del país.¹² Por lo que es de vital importancia que el personal de salud, de todos los niveles de atención, reciba el adiestramiento adecuado y de calidad para poder atender a la población materna e infantil de forma adecuada. Es necesario que cada institución de salud evalúe el número de horas de capacitación que requiere su personal de acuerdo con sus conocimientos o desempeño, el tema, el perfil profesional de los participantes y los avances científicos al respecto.

Calidad del servicio

Disponibilidad de guías técnicas, manuales, normas y algoritmos

Un elemento importante por considerar y que repercute en la calidad del servicio es la disponibilidad de materiales de apoyo para la atención médica; de hecho el Programa Nacional de Salud 2007-2012 establece dentro de la tercera estrategia, una línea de acción para impulsar la utilización de las

Cuadro 3.22

Porcentaje de personal que recibió veinte horas o más de capacitación en diferentes temas de salud reproductiva en las unidades médicas del segundo nivel de atención en 2011*

20 o más horas de capacitación en:	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Hemorragia obstétrica	28.3 [17.1,43.1]	76.9 [46.6,92.7]	31.2 [17.9,48.7]	38.5 [22.3,57.7]	39.9 [28.8,52.2]
Preeclampsia/eclampsia	24.9 [14.8,38.7]	50.7 [18.1,82.6]	27.6 [15.0,45.2]	34.2 [19.7,52.3]	33.1 [23.8,43.9]
Manejo de complicaciones obstétricas	26.0 [15.6,40.1]	50.7 [18.1,82.6]	23.4 [12.6,39.4]	38.3 [23.0,56.4]	35.0 [25.4,46.0]
Sepsis puerperal	21.5 [12.4,34.6]	50.7 [18.1,82.6]	26.3 [13.9,44.1]	26.9 [13.9,45.6]	28.4 [19.6,39.2]
Infecciones de transmisión sexual	6.8 [2.8,15.8]	40.9 [12.7,76.8]	19.2 [8.1,39.1]	11.8 [5.7,22.8]	14.9 [9.1,23.4]
Temas relacionados con VIH/SIDA	8.9 [3.7,20.1]	29.7 [7.6,68.5]	18.5 [8.1,36.7]	15.2 [7.7,27.7]	15.7 [9.6,24.4]
Actualización en anticoncepción postevento obstétrico	21.8 [13.1,34.1]	48.4 [17.0,81.2]	27.1 [14.5,44.8]	18.0 [8.7,33.8]	24.0 [15.9,34.5]
Consejería y oferta de métodos anticonceptivos	20.1 [12.0,31.7]	53.4 [19.5,84.4]	22.6 [11.4,39.9]	17.2 [8.0,33.1]	23.2 [15.3,33.6]
Reanimación neonatal	23.3 [13.3,37.5]	55.6 [20.5,85.9]	23.8 [12.1,41.5]	24.4 [14.6,37.8]	28.1 [20.2,37.6]
Distocias	13.6 [6.7,25.6]	69.3 [36.6,89.8]	21.3 [10.4,38.5]	11.1 [5.8,20.3]	20.4 [12.3,31.8]
Temas de equidad e igualdad de género	7.8 [3.7,15.8]	28.6 [7.0,68.1]	20.0 [9.9,36.3]	11.2 [4.2,26.6]	13.4 [7.4,22.9]
Total de unidades	193	91	70	348	702

* Informante: Director(a) o subdirector(a) médico(a)

Cuadro 3.23

Porcentaje de personal que recibió veinte horas o más de capacitación en diferentes temas de salud reproductiva en las unidades médicas del segundo y tercer nivel de atención en 2011*

20 o más horas de capacitación en:	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Hemorragia obstétrica	26.3 [16.1,39.9]	59.7 [21.6,88.8]	36.7 [22.0,54.4]	42.5 [21.9,66.1]	39.7 [26.7,54.4]
Preeclampsia / eclampsia	24.5 [14.7,37.9]	58.6 [21.2,88.1]	27.8 [14.2,47.3]	36.6 [17.0,61.9]	35.1 [22.8,49.9]
Manejo de complicaciones obstétricas	25.1 [15.1,38.8]	58.6 [21.2,88.1]	29.1 [15.6,47.6]	40.0 [20.0,64.1]	37.2 [24.6,51.8]
Sepsis puerperal	22.1 [13.1,34.7]	53.6 [19.1,85.0]	18.0 [8.1,35.1]	31.5 [12.6,59.3]	30.2 [18.0,46.0]
Infecciones de transmisión sexual	7.6 [3.2,16.8]	47.5 [16.1,81.0]	20.7 [9.6,39.0]	24.9 [8.2,55.3]	22.6 [11.5,39.6]
Temas relacionados con VIH/SIDA	6.1 [2.5,14.0]	37.4 [11.4,73.5]	17.8 [7.8,35.9]	8.2 [3.7,17.4]	12.0 [7.1,19.7]
Actualización en anticoncepción postevento obstétrico	14.3 [8.4,23.3]	53.6 [19.1,85.0]	30.5 [16.4,49.6]	30.8 [12.5,58.1]	29.1 [17.3,44.7]
Consejería y oferta de métodos anticonceptivos	15.1 [8.9,24.6]	48.6 [16.7,81.8]	16.9 [6.7,36.8]	30.5 [12.3,57.9]	27.2 [15.5,43.3]
Reanimación neonatal	11.3 [5.6,21.6]	49.7 [17.2,82.5]	23.0 [11.9,39.7]	16.2 [8.1,29.9]	19.6 [12.5,29.2]
Distocias	9.0 [4.1,18.6]	48.6 [16.7,81.8]	27.9 [14.5,46.7]	29.8 [11.4,58.4]	26.4 [14.6,43.0]
Temas de equidad e igualdad de género	7.3 [3.4,14.8]	36.3 [10.8,72.9]	12.9 [5.3,28.3]	11.0 [4.6,24.1]	13.2 [7.6,22.0]
Total de unidades	201	91	81	407	780

* Informante: Médico(a) o ginecólogo(a) de la consulta externa o responsable del servicio

Cuadro 3.24

Porcentaje del personal del área de tococirugía que recibió veinte horas o más de capacitación en diferentes temas de salud reproductiva en las unidades médicas del segundo y tercer nivel de atención en 2011*

20 o más horas de capacitación en:	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Hemorragia obstétrica	29.5 [18.3,43.9]	89.0 [60.3,97.7]	37.2 [22.6,54.6]	40.3 [20.2,64.2]	42.9 [30.1,56.7]
Preeclampsia / eclampsia	25.4 [15.5,38.6]	61.7 [22.9,89.7]	30.9 [17.0,49.3]	35.5 [15.8,61.8]	35.5 [23.1,50.0]
Manejo de complicaciones obstétricas	25.3 [15.2,39.0]	56.7 [21.0,86.6]	30.1 [16.5,48.5]	39.2 [18.9,64.1]	36.7 [24.2,51.4]
Sepsis puerperal	21.3 [12.5,33.8]	56.7 [21.0,86.6]	21.2 [10.5,38.1]	31.8 [12.6,60.1]	30.9 [18.7,46.4]
Infecciones de transmisión sexual	9.0 [3.5,21.2]	29.7 [7.6,68.4]	17.9 [8.7,33.2]	30.0 [11.1,59.5]	23.2 [11.5,41.3]
Temas relacionados con VIH/SIDA	6.1 [2.5,14.0]	44.2 [14.7,78.6]	15.0 [6.6,30.7]	7.1 [3.1,15.4]	12.0 [7.0,20.1]
Actualización en anticoncepción postevento obstétrico	15.7 [9.3,25.3]	43.1 [14.0,77.9]	30.4 [16.6,49.0]	33.7 [13.9,61.5]	29.8 [17.4,46.0]
Consejería y oferta de métodos anticonceptivos	18.9 [11.4,29.8]	48.1 [16.7,81.1]	19.7 [9.0,37.7]	29.7 [11.4,58.0]	28.0 [16.3,43.8]
Reanimación neonatal	15.5 [8.2,27.4]	77.6 [45.0,93.6]	22.0 [11.9,37.0]	14.8 [6.1,31.6]	23.1 [14.6,34.6]
Distocias	8.5 [3.8,18.2]	50.7 [18.2,82.6]	24.1 [12.5,41.2]	23.5 [7.0,55.7]	22.9 [11.9,39.6]
Temas de equidad e igualdad de género	7.1 [3.2,15.2]	29.7 [7.6,68.4]	21.1 [9.3,41.0]	9.6 [3.8,22.3]	12.6 [7.1,21.4]
Total de unidades	201	91	82	398	771

* Informante: Jefe(a) de división de gineco-obstetricia, jefe(a) de gineco-obstetricia, jefe(a) de servicio de tococirugía o médico(a) responsable del servicio

guías de práctica clínica y protocolos de atención médica.¹² En este sentido se les cuestionó a los proveedores del primer nivel de atención si tenían de forma satisfactoria algunos de los documentos que son considerados como básicos para la atención materna. En 47.7% de los casos el personal de salud de todas las instituciones señaló contar de manera satisfactoria con manuales, guías o lineamientos para la atención del parto (51.6% en el IMSS, 70.9% en el IMSS Oportunidades, 38.2% en el ISSSTE y 40.4% en los Sesa), 54.0% contaba satisfactoriamente con guía, manual o protocolo para la atención de preeclampsia o eclampsia (67.0% en el IMSS, 79.7% en el IMSS Oportunidades, 45.0% en el ISSSTE y 45.1% en los Sesa) y 46.9% con guía, manual o protocolo para la atención de la hemorragia obstétrica (52.2% en el IMSS, 81.2% en el IMSS Oportunidades, 39.4% en el ISSSTE y 36.2% en los Sesa). Estos datos contrastan con 27.2% del personal que señaló contar de forma satisfactoria con un algoritmo para la infección puerperal (38.1% en el IMSS, 36.4% en el IMSS Oportunidades, 24.7% en el ISSSTE y 23.5% en los Sesa), con 38.6% que tenía satisfactoriamente algoritmo para preeclampsia o eclampsia (50.5% en el IMSS, 49.8% en el IMSS Oportunidades, 33.5% en el ISSSTE y 34.2% en los Sesa), con 30.3% que señalaba poseer satisfactoriamente algoritmo para hemorragia obstétrica (40.6% en el IMSS, 49.6% en el IMSS Oportunidades, 21.2% en el ISSSTE y 23.7% en los Sesa), entre otros (cuadro 3.25).

Disponibilidad y calidad de instrumental, equipo e insumos

Además de la disponibilidad de materiales de apoyo para la atención, también es importante contar con instrumental, equipo e insumos que faciliten el diagnóstico y atención de las mujeres, mismos que también están plasmados en el Programa Nacional de Salud 2007-2012 dentro de la tercera estrategia; una de las líneas de acción es impulsar la utilización de insumos del Sector Salud que incluya infraestructura, equipamiento y recursos humanos.¹² A este respecto se cuestionó a los proveedores si disponían de equipo de reanimación neonatal, 92.9% señaló que sí había alguno y funcionaba (88.2% en el IMSS, 100.0% en el IMSS Oportunidades, 93.9% en el ISSSTE y 93.4% en los Sesa) (cuadro 3.26).

Disponibilidad de infraestructura

La disponibilidad de infraestructura es un elemento sustancial en las unidades médicas, permite la detección o confirmación de diagnósticos; a este respecto se cuestionó a los proveedores del primer nivel de atención sobre las pruebas que realizan en mujeres embarazadas, en especial sobre la prueba rápida del VIH. Los resultados obtenidos muestran que 70.8% del personal médico señaló ofrecer la prueba rápida para detección de VIH a todas las mujeres embarazadas (58.9% en el IMSS, 55.3% en el IMSS Oportunidades, 39.1% en el ISSSTE y 76.9% en los Sesa) (cuadro 3.27 y figura 3.9). Cabe hacer notar que al momento de la presente investigación, el IMSS se encontraba en difusión e implantación de la prueba rápida para

Cuadro 3.25

Disponibilidad de forma satisfactoria de guías técnicas, manuales, normas y algoritmos en unidades médicas del primer nivel de atención

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Manuales, guías o lineamientos para la atención del parto	51.6 [38.0,65.0]	70.9 [57.6,81.4]	38.2 [27.2,50.6]	40.4 [27.7,54.6]	47.7 [37.2,58.3]
Guía, manual o protocolo para la atención de preeclampsia o eclampsia	67.0 [52.4,78.9]	79.7 [66.3,88.7]	45.0 [33.6,57.0]	45.1 [32.0,59.0]	54.0 [43.3,64.4]
Guía, manual o protocolo para atender la hemorragia obstétrica	52.2 [38.4,65.6]	81.2 [72.3,87.6]	39.4 [28.2,51.8]	36.2 [24.1,50.3]	46.9 [36.5,57.7]
Guía, manual o protocolo para atender la infección puerperal o sepsis	53.2 [39.4,66.6]	69.8 [55.8,80.9]	30.1 [20.0,42.6]	32.9 [21.1,47.4]	42.2 [31.9,53.2]
Guía, manual o protocolo para atender el aborto y la hemorragia obstétrica	54.0 [40.2,67.2]	68.8 [57.7,78.1]	37.8 [26.7,50.4]	35.4 [23.4,49.6]	43.9 [33.7,54.6]
Algoritmo para preeclampsia - eclampsia: presentación única o en protocolo de manejo	50.5 [36.9,64.1]	49.8 [36.6,63.1]	33.5 [22.8,46.2]	34.2 [22.1,48.7]	38.6 [28.8,49.5]
Algoritmo para hemorragia obstétrica: presentación única o en protocolo de manejo	40.6 [28.0,54.6]	49.6 [36.8,62.4]	21.2 [13.1,32.4]	23.7 [13.4,38.5]	30.3 [21.4,40.9]
Algoritmo para infección puerperal o sepsis: presentación única o en protocolo de manejo	38.1 [25.8,52.3]	36.3 [24.7,49.9]	24.7 [15.9,36.3]	23.5 [13.1,38.5]	27.2 [18.5,37.9]
Algoritmo para aborto o hemorragia obstétrica o protocolo de manejo	39.9 [27.4,53.9]	46.2 [35.0,57.9]	30.7 [20.1,43.7]	30.6 [18.0,47.1]	34.5 [24.4,46.3]
Total de unidades	1,041	3,438	118	11,439	16,036

Fuente: Listas de cotejo

Cuadro 3.26

Disponibilidad de equipo de reanimación neonatal en unidades médicas del segundo y tercer nivel de atención en el área de tococirugía*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí, y funciona	88.2 [70.7,95.9]	100.0	93.9 [85.1,97.7]	93.4 [83.4,97.5]	92.9 [86.8,96.3]
Sí, pero la mayoría de las veces no funciona	3.6 [0.5,22.2]	0.0 [0.0,0.0]	4.3 [1.5,11.4]	4.8 [1.5,14.6]	3.9 [1.6,9.3]
No	0.5 [0.4,0.7]	0.0 [0.0,0.0]	0.0 [0.0,0.0]	0.5 [0.3,0.7]	0.4 [0.3,0.5]
No sabe, no responde	7.7 [1.9,26.4]	0.0 [0.0,0.0]	1.8 [0.2,12.4]	1.4 [0.2,9.6]	2.9 [1.0,8.3]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	202	91	82	402	777

* Informante: Jefe(a) de división de gineco-obstetricia, jefe(a) de gineco-obstetricia, jefe(a) de servicio de tococirugía o médico(a) responsable del servicio

Cuadro 3.27

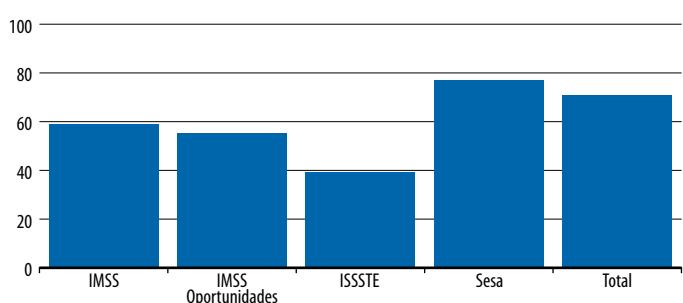
Ofrecimiento de prueba rápida para detección de VIH a todas las mujeres embarazadas en unidades médicas del primer nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	58.9 [44.3,72.0]	55.2 [41.7,68.0]	39.1 [28.0,51.4]	76.9 [63.3,86.5]	70.8 [60.8,79.1]
No	40.9 [27.7,55.5]	34.2 [23.0,47.5]	50.4 [39.2,61.5]	16.4 [8.2,29.9]	22.1 [14.7,31.7]
Sólo a mujeres embarazadas que tengan factores de riesgo	0.1 [0.1,0.1]	1.3 [0.2,7.2]	4.4 [1.8,10.8]	0.0 [0.0,0.2]	0.4 [0.1,1.5]
Otra	0.1 [0.1,0.1]	4.7 [1.8,11.8]	0.0 [0.0,0.0]	2.1 [0.5,9.1]	2.5 [1.0,6.4]
No aplica	0.0 [0.0,0.0]	3.7 [1.5,8.6]	2.7 [1.3,5.5]	4.6 [1.2,16.0]	4.1 [1.3,12.1]
No sabe, no responde	0.1 [0.1,0.1]	0.8 [0.2,4.3]	3.4 [1.1,10.6]	0.0 [0.0,0.0]	0.2 [0.1,0.9]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1,065	3,442	115	11,403	16,025

* Informante: Médico(a) de la consulta externa o responsable de la unidad médica

Figura 3.9

Proveedores del primer nivel de atención que señalan sí ofrecer la prueba rápida para detección de VIH a todas las mujeres embarazadas



Fuente: Cuadro 3.27

detección de VIH en todas las embarazadas, por lo que los resultados en principio son favorables. En el caso del ISSSTE, esta institución ofrece directamente ELISA.

El Programa Nacional de Salud 2007-2012 establece dentro de la segunda estrategia, una línea de acción para impulsar una política integral de prevención y atención de infecciones por VIH y otras ITS, y como meta interrumpir la transmisión perinatal del VIH y sífilis asegurando el acceso a la información pertinente, pruebas de detección y tratamiento ofreciendo la prueba de detección a 100% de las mujeres embarazadas que se atienden en el sector público, así como proporcionar el tratamiento oportuno y adecuado a todas las que resulten positivas, para evitar la transmisión de esta infección al recién nacido.¹² Por lo que todas las unidades médicas deben encaminar sus esfuerzos para ofrecer pruebas rápidas para detección de VIH a todas las pacientes embarazadas y cumplir con esta meta .

También en cuanto a la disponibilidad de infraestructura, se indagó si las unidades médicas del primer y segundo nivel de atención cuentan con algún medio de comunicación directa que les permita la comunicación con otras unidades (cuadro 3.28 y figura 3.10), al respecto 51.8% de los proveedores de las unidades médicas del primer nivel dijo contar con alguno (97.9% en el IMSS, 78.0% en el IMSS Oportunidades, 94.1% en el ISSSTE y 39.9% en los Sesa).

En el caso de las del segundo nivel, 99.0% de los proveedores de atención dijo que disponía de radio, teléfono fijo o celular que funciona para comunicarse con otros establecimientos de salud (99.2% en el IMSS, 98.9% en el IMSS Oportunidades, 100.0% en el ISSSTE y 98.7% en los Sesa) (cuadro 3.29 y figura 3.10).

En relación con las unidades médicas del primer nivel de atención también se averiguó si éstas cuentan con servicio de ambulancia con gasolina y chofer las 24 horas del día, se encontró que sólo 7.5% de los proveedores de todas las institucio-

Cuadro 3.28

La unidad cuenta con radio, teléfono fijo o teléfono celular para comunicación directa con otros establecimientos en unidades médicas del primer nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí, y funciona	97.9 [90.0,99.6]	78.0 [66.9,86.1]	94.1 [88.8,97.0]	39.8 [27.0,54.2]	51.8 [40.6,62.7]
Sí, pero la mayoría de las veces no funciona	0.0 [0.0,0.0]	12.2 [6.1,22.9]	1.0 [0.1,6.7]	5.1 [1.8,13.6]	6.2 [3.1,11.8]
No	2.1 [0.4,10.0]	9.8 [5.1,18.0]	3.5 [2.0,6.2]	55.0 [40.5,68.7]	42.0 [30.9,54.1]
No sabe, no responde	0.0 [0.0,0.0]	0.0 [0.0,0.0]	1.4 [0.2,9.3]	0.0 [0.0,0.0]	0.0 [0.0,0.1]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1,026	3,154	116	11,305	15,602

* Informante: Jefe(a) de servicio de medicina familiar o director(a) médico(a) o responsable de la unidad médica

Cuadro 3.29

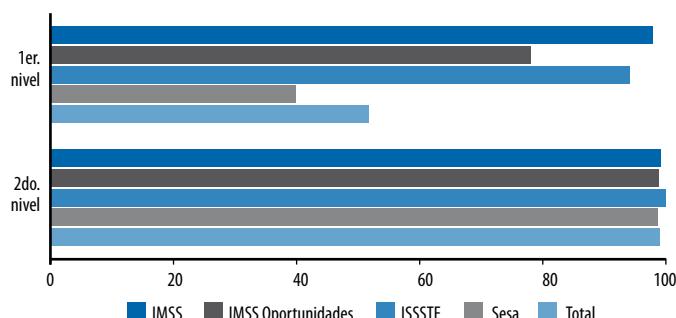
La unidad cuenta con radio, teléfono fijo o teléfono celular para comunicación directa con otros establecimientos en unidades médicas del segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí, y funciona	99.2 [94.3,99.9]	98.9 [97.7,99.5]	100.0	98.7 [95.0,99.7]	99.0 [97.3,99.6]
Sí, pero la mayoría de las veces no funciona	0.8 [0.1,5.7]	0.0 [0.0,0.0]	0.0 [0.0,0.0]	1.1 [0.2,5.3]	0.8 [0.2,2.8]
No	0.0 [0.0,0.0]	1.1 [0.5,2.3]	0.0 [0.0,0.0]	0.2 [0.2,0.4]	0.3 [0.2,0.3]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	198	91	71	412	772

* Informante: Director(a) o subdirector(a) médico(a)

Figura 3.10

La unidad cuenta con radio, teléfono fijo o teléfono celular que sí funciona para comunicación directa con otros establecimientos en unidades médicas del primer y segundo nivel de atención



Fuente: Cuadro 3.28 y 3.29

Cuadro 3.30

La unidad médica cuenta con servicio de ambulancia con gasolina y chofer las 24 horas del día en el primer nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	19.8 [11.5,31.8]	7.1 [3.2,14.8]	41.0 [30.1,52.9]	6.1 [2.2,16.1]	7.5 [4.0,13.6]
No	69.6 [55.7,80.6]	87.3 [76.1,93.7]	41.4 [31.7,51.7]	87.9 [75.3,94.6]	86.2 [77.9,91.7]
Sólo en el horario de servicio	9.0 [3.1,23.2]	0.0 [0.0,0.0]	13.2 [7.5,22.3]	0.0 [0.0,0.0]	0.7 [0.3,1.7]
No aplica	1.7 [0.4,7.4]	5.7 [1.5,19.3]	3.5 [2.0,6.1]	5.8 [1.6,18.4]	5.5 [2.0,14.1]
No sabe, no responde	0.0 [0.0,0.0]	0.0 [0.0,0.0]	0.9 [0.1,6.5]	0.2 [0.0,1.2]	0.1 [0.0,0.8]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1,060	3,424	118	11,306	15,908

* Informante: Jefe(a) de servicio de medicina familiar o director(a) médico(a) o responsable de la unidad médica

nes de salud señalaron tener este servicio con esas facilidades (19.8% en el IMSS, 7.1% en el IMSS Oportunidades, 41.0% en el ISSSTE y 6.1% en los Sesa) (cuadro 3.30).

En el caso de IMSS se argumenta que esta aparente baja de disponibilidad de recursos se relaciona con el uso adecuado de este servicio, tomando en cuenta que la estructura de su institución es piramidal y que actualmente se tienen centros de ambulancias o subrogados que llegan de inmediato a donde se les solicita; para ello utilizan la tecnología de comunicación señalada en los cuadros 3.28 y 3.29. En algunos casos, esta institución mencionó contar con el apoyo de otras instancias para trasladar pacientes en ambulancias, e incluso en helicópteros o avión.

Las sugerencias efectuadas, tanto en el ámbito internacional como en el nacional, sobre el apoyo de un entorno habilitante en varios niveles del sistema de salud, y en específico sobre un eficiente y efectivo sistema de comunicación y de referencia/transporte,^{6,12} no se ven directamente reflejadas en los resultados del cuadro 3.30.

Un elemento adicional que debe considerarse es la disposición de infraestructura para el tratamiento de ciertas afecciones, tal es el caso de los recién nacidos con prematuridad. El nacimiento prematuro continúa siendo una de las complicaciones más frecuentes del embarazo y constituye un reto terapéutico para el personal médico; dada su condición, el recién nacido prematuro requiere de manejo hospitalario especializado con la finalidad de vigilar y favorecer su crecimiento y desarrollo.²⁶ A este respecto se cuestionó al personal de salud de tococirugía del segundo y tercer nivel de atención si daban tratamiento a bebés prematuros, se encontró que 65.7% lo efectuaba en la misma unidad médica (54.6% en el IMSS, 89.0% en el IMSS Oportunidades, 62.1% en el ISSSTE y 66.7% en los Sesa) (cuadro 3.31).

Cuadro 3.31

Lugar de otorgamiento de tratamiento y manejo en recién nacidos con prematuridad en unidades médicas del segundo y tercer nivel de atención en el área de tococirugía*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
En esta unidad médica	54.6 [37.2,70.9]	89.0 [64.2,97.3]	62.1 [45.4,76.4]	66.7 [44.9,83.1]	65.7 [52.7,76.7]
Se refiere a otra unidad para su manejo	36.2 [20.2,55.8]	6.1 [1.1,28.2]	29.5 [16.5,47.1]	31.7 [15.7,53.6]	29.6 [18.9,43.1]
No aplica	4.0 [0.7,19.6]	0.0 [0.0,0.0]	3.0 [0.4,19.4]	0.0 [0.0,0.0]	1.3 [0.3,5.4]
Otra	1.0 [0.7,1.3]	5.0 [0.6,30.6]	4.1 [2.2,7.7]	0.0 [0.0,0.0]	1.3 [0.5,3.3]
No sabe, no responde	4.3 [0.6,25.5]	0.0 [0.0,0.0]	1.2 [0.9,1.6]	0.2 [0.2,0.4]	1.4 [0.3,6.4]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	200	91	82	402	774

* Informante: Jefe(a) de división de gineco-obstetricia, jefe(a) de gineco-obstetricia, jefe(a) de servicio de tococirugía o médico(a) responsable del servicio

En el caso del IMSS se señala que estos resultados posiblemente tengan que ver con la distancia entre hospitales y el grado de prematuridad, de tal manera que los recién nacidos de menos de 31 semanas de gestación tienen mayor posibilidad de sobrevivencia en hospitales con mayor grado de resolutividad y que se encuentren a menos de una hora de distancia.

Por otro lado, en fechas recientes las malformaciones congénitas, definidas como defectos de alguno de los órganos o regiones del cuerpo resultantes de un proceso de alteración defectuosa en la configuración y desarrollo del potencial de los mismos, son un problema emergente en los países en vías de desarrollo,²⁷ por lo que la OMS adoptó en 2010 una resolución en la que pidió a los Estados Miembros que fomentaran la prevención primaria y la salud de los niños con este padecimiento. Respecto a la atención y tratamiento, la OMS puntualizó que en países con servicios de salud bien establecidos, los defectos estructurales se podían corregir mediante cirugía pediátrica, y en el caso de aquellos que presentaban problemas funcionales, se les podían administrar tratamientos precozmente.²⁸ En este sentido, se les preguntó a los proveedores del área de tococirugía del segundo y tercer nivel, sobre el lugar de atención en el caso de los recién nacidos con malformaciones congénitas; al respecto, 74.0% señaló referir a otra unidad para tratamiento y manejo (63.3% en el IMSS, 76.8% en el IMSS Oportunidades, 59.5% en el ISSSTE y 81.8% en los Sesa) (cuadro 3.32). Sobre el hipotiroidismo congénito, la normatividad especifica que el recién nacido con este padecimiento debe ser referido al segundo nivel de atención cuando presenta alguna de las siguientes características: 1) el caso es severo; 2) la causa no fue establecida en la evaluación inicial, y 3) el tratamiento inicial no logró la normalización de la función tiroidea de los valores de referencia de acuerdo con la edad.²⁹ A este respecto se indagó con los proveedores del área de tococirugía del segundo y tercer nivel sobre el lugar donde se otorgaba atención y tratamiento, se obtuvo que 47.5% señaló que realizaba la derivación a otra unidad para tratamiento y manejo de estos casos (34.6% en el IMSS, 7.2% en el IMSS Oportunidades, 32.5% en el ISSSTE y 66.1% en los Sesa) (cuadro 3.33).

Los resultados encontrados pueden tener relación con el tipo de malformación congénita y el tiempo en que deben ser tratadas. Para el hipotiroidismo congénito, las autoridades del IMSS señalan que formaron centros de atención específica con el propósito de contar con personal altamente capacitado para los recién nacidos con este problema.

Disponibilidad de formatos y cartillas

Por normatividad, algunas de las acciones que efectúan los prestadores médicos requieren de la conformidad de los pacientes; para ello existen formatos de consentimiento informado que sirven como respaldo para la realización de determinados planes o tratamientos médicos. Una de las acciones que requiere

Cuadro 3.32

Lugar de otorgamiento de tratamiento y manejo en recién nacidos con malformaciones congénitas en unidades médicas del segundo y tercer nivel de atención en el área de tococirugía*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
En esta unidad médica	32.7 [21.6,46.1]	22.1 [5.8,56.6]	36.3 [24.1,50.5]	16.8 [8.7,29.9]	23.7 [16.5,32.7]
Se refiere a otra unidad para su manejo	63.3 [49.0,75.6]	76.8 [42.9,93.6]	59.5 [45.4,72.1]	81.8 [68.3,90.4]	74.0 [64.7,81.6]
No aplica	3.9 [0.7,19.4]	0.0 [0.0,0.0]	3.0 [0.4,19.4]	1.4 [0.2,9.7]	2.1 [0.6,6.4]
No sabe, no responde	0.0 [0.0,0.0]	1.1 [0.5,2.3]	1.2 [0.9,1.6]	0.0 [0.0,0.0]	0.3 [0.2,0.3]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	202	91	82	396	771

* Informante: Jefe(a) de división de gineco-obstetricia, jefe(a) de gineco-obstetricia, jefe(a) de servicio de tococirugía o médico(a) responsable del servicio

Cuadro 3.33

Lugar de otorgamiento de tratamiento y manejo en recién nacidos con hipotiroidismo congénito en unidades médicas del segundo y tercer nivel de atención en el área de tococirugía*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
En esta unidad médica	52.3 [36.1,68.0]	91.7 [72.6,97.9]	60.4 [44.4,74.5]	23.0 [12.8,37.8]	42.6 [31.4,54.6]
Se refiere a otra unidad para su manejo	34.6 [21.0,51.4]	7.2 [1.6,27.4]	32.5 [19.9,48.2]	66.1 [47.0,81.1]	47.5 [34.4,61.0]
No aplica	5.2 [1.4,17.6]	0.0 [0.0,0.0]	3.0 [0.4,19.4]	5.4 [1.2,21.4]	4.5 [1.6,12.0]
No sabe, no responde	7.9 [2.9,20.0]	1.1 [0.5,2.3]	4.1 [3.1,5.3]	5.5 [0.7,31.3]	5.4 [1.8,15.2]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	202	91	82	402	777

* Informante: Jefe(a) de división de gineco-obstetricia, jefe(a) de gineco-obstetricia, jefe(a) de servicio de tococirugía o médico(a) responsable del servicio

del consentimiento informado de las pacientes es la aplicación de la prueba rápida para detección de VIH en mujeres embarazadas;³⁰ por tal motivo se les preguntó a los proveedores del primer nivel de atención si disponían de estos formatos, se encontró que 84.0% respondió afirmativamente (80.6% en el IMSS, 67.0% en el IMSS Oportunidades, 53.5% en el ISSSTE y 88.6% en los Sesa) (cuadro 3.34 y figura 3.11).

Disponibilidad de estudios para diagnóstico y exámenes de laboratorio

Por otro lado, el tamiz neonatal es un procedimiento que ha demostrado ser efectivo para detectar enfermedades que ocasionan retraso psicomotor, tales como el hipotiroidismo congénito. Se ha señalado que las demoras en enviar resultados de

Cuadro 3.34

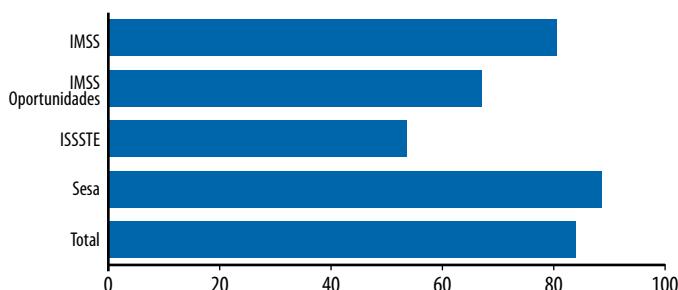
Disponibilidad de formatos de consentimiento informado para la aplicación de la prueba rápida para detección de VIH en unidades médicas del primer nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	80.6 [62.7,91.2]	67.0 [48.7,81.3]	53.5 [36.5,69.8]	88.6 [69.2,96.4]	84.0 [71.6,91.6]
No	18.4 [8.1,36.7]	27.5 [14.8,45.3]	26.0 [14.1,42.8]	11.4 [3.6,30.8]	14.8 [7.4,27.5]
No aplica	0.9 [0.1,6.6]	5.1 [1.8,13.6]	15.7 [7.2,30.9]	0.0 [0.0,0.0]	1.1 [0.4,2.7]
No sabe, no responde	0.0 [0.0,0.0]	0.4 [0.1,1.8]	4.8 [2.4,9.3]	0.0 [0.0,0.0]	0.1 [0.0,0.3]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	714	2 203	65	9 017	12 000

* Informante: Médico(a) de la consulta externa, responsable de la unidad médica

Figura 3.11

Proveedores que señalan disponibilidad de formatos de consentimiento informado para la aplicación de la prueba rápida para detección de VIH en unidades médicas del primer nivel de atención



Fuente: Cuadro 3.34

tamiz neonatal a las salas de maternidad y en actuar después de que se emite el resultado son factores de tiempo limitantes más significativos que la velocidad de los procedimientos analíticos para identificar a recién nacidos con riesgo de hipotiroidismo congénito.²⁹ En este caso, una vez tomada la muestra, se indagó el tiempo aproximado de envío al laboratorio para su análisis, 75.5% de los prestadores del área de tococirugía del segundo y tercer nivel de atención puntualizó que era aproximadamente de dos o más horas (62.8% en el IMSS, 31.4% en el IMSS Oportunidades, 84.8% en el ISSSTE y 95.8% en los Sesa) (cuadro 3.35). De igual forma, se averiguó el tiempo aproximado para recibir los resultados del laboratorio de las muestras para tamizaje del hipotiroidismo, se encontró que 96.3% de los proveedores señaló una espera de dos o más horas para conocer los resultados (98.0% en el IMSS, 98.5% en el IMSS Oportunidades, 98.0% en el ISSSTE y 94.5% en los Sesa) (cuadro 3.36).

Cuadro 3.35

Tiempo de envío a laboratorio de las muestras para tamizaje de hipotiroidismo en unidades médicas del segundo y tercer nivel de atención en el área de tococirugía*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Menos de 2 horas	37.2 [20.6,57.4]	68.6 [24.2,93.7]	15.2 [9.7,23.1]	4.2 [1.9,9.1]	24.5 [13.2,40.9]
2 o más horas	62.8 [42.6,79.4]	31.4 [63.75,8]	84.8 [76.9,90.3]	95.8 [90.9,98.1]	75.5 [59.1,86.8]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	115	59	50	178	402

* Informante: Jefe(a) de división de gineco-obstetricia, jefe(a) de gineco-obstetricia, jefe(a) de servicio de tococirugía o médico(a) responsable del servicio

Cuadro 3.36

Tiempo de entrega de resultados de laboratorio de muestra para tamizaje de hipotiroidismo en unidades médicas del segundo y tercer nivel de atención en el área de tococirugía*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Menos de 2 horas	2.0 [0.6,6.4]	1.5 [0.6,3.7]	2.0 [1.4,2.9]	5.5 [1.4,19.8]	3.7 [1.4,9.8]
2 o más horas	98.0 [93.6,99.4]	98.5 [96.3,99.4]	98.0 [97.1,98.6]	94.5 [80.2,98.6]	96.3 [90.2,98.6]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	122	67	49	248	487

* Informante: Jefe(a) de división de gineco-obstetricia, jefe(a) de gineco-obstetricia, jefe(a) de servicio de tococirugía o médico(a) responsable del servicio

Continuidad en el servicio y accesibilidad

Una de las acciones que asegura la continuidad y accesibilidad en el servicio es que los proveedores tengan conocimiento sobre si las pacientes referidas son recibidas y atendidas en los lugares adonde se les sugirió que acudieran. A este respecto se encontró que 84.8% de los prestadores del primer nivel de atención dijeron estar enterados de la recepción y atención de sus pacientes (91.9% en el IMSS, 97.6% en el IMSS Oportunidades, 90.7% en el ISSSTE y 80.3% en los Sesa) (cuadro 3.37 y figura 3.12). En el segundo nivel de atención, estas cifras son de 96.3% para todas las instituciones de salud en su conjunto (93.4% en el IMSS, 100.0% en el IMSS Oportunidades, 99.2% en el ISSSTE y 96.5% en los Sesa) (cuadro 3.38 y figura 3.12). Los hallazgos obtenidos en el primer nivel de atención indican la necesidad de dar un mayor seguimiento de las pacientes referidas.

Cuadro 3.37

Conocimiento de proveedores en unidades médicas del primer nivel de atención sobre el recibimiento y atención de las pacientes referidas*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	91.9 [81.4,96.7]	97.6 [91.5,99.3]	90.7 [83.6,94.8]	80.3 [63.9,90.3]	84.8 [72.5,92.2]
No	8.1 [3.3,18.6]	2.4 [0.6,8.6]	3.9 [1.3,10.9]	12.3 [4.6,29.3]	9.9 [4.0,22.1]
No aplica	0.0 [0.0,0.0]	0.1 [0.0,0.3]	4.5 [2.2,9.0]	7.2 [2.3,20.8]	5.2 [1.6,15.3]
No sabe, no responde	0.0 [0.0,0.0]	0.0 [0.0,0.0]	1.0 [0.1,6.6]	0.2 [0.0,1.2]	0.1 [0.0,0.8]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 060	3 374	117	11 306	15 857

* Informante: Jefe(a) de servicio de medicina familiar, director(a) médico(a), responsable de la unidad médica

Cuadro 3.38

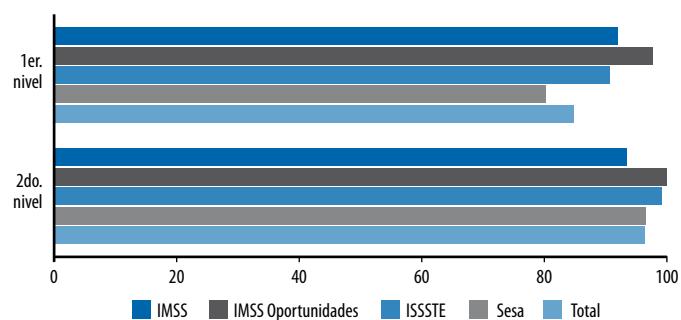
Conocimiento de proveedores en unidades médicas del segundo nivel de atención sobre el recibimiento y atención de las pacientes referidas*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	93.4 [79.6,98.1]	100.0	99.2 [98.9,99.4]	96.5 [94.8,97.7]	96.3 [93.4,98.0]
No	5.4 [1.2,21.2]	0.0 [0.0,0.0]	0.0 [0.0,0.0]	3.0 [2.0,4.4]	3.0 [1.5,6.1]
No sabe, no responde	1.2 [0.8,1.6]	0.0 [0.0,0.0]	0.8 [0.6,1.1]	0.5 [0.3,0.7]	0.7 [0.5,0.8]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	173	60	68	398	699

* Informante: Director(a) o subdirector(a) médico(a)

Figura 3.12

Proveedores de las unidades médicas del primer y segundo nivel de atención que afirman saber sobre el recibimiento y atención de las pacientes referidas



Fuente: Cuadros 3.37 y 3.38

Comités de mortalidad materna

Una de las actividades de suma relevancia en la continuidad en los servicios es la creación de comités de estudios para el análisis de la muerte materna. Es en 1984 cuando la Ley General de Salud en su Artículo 62 establece que: “En los servicios de

salud se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema para adoptar las medidas conducentes”.³¹ Esta recomendación fue establecida en las disposiciones generales de la NOM 007, en 1995,²⁰ en la cual se puntualiza que todas las unidades médicas del segundo nivel con atención obstétrica deben integrar y operar un comité de estudios de mortalidad materna y un grupo de estudios de mortalidad perinatal, y los dictámenes del comité y grupo de estudios deben incluir acciones de prevención hacia los factores y las causas que ocasionan las muertes maternas y perinatales. En el año 2000 la SSa publicó el documento *Comités de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna Y Perinatal: manual de organización y procedimientos*, en el que participaron, entre otras, las instituciones que se estudian en este proyecto,³² y fue actualizada en julio de 2012.

A este respecto, se cuestionó al personal del segundo nivel si contaban con un comité para el análisis de la mortalidad materna y 93.4% respondió afirmativamente (92.0% en el IMSS, 100.0% en el IMSS Oportunidades, 90.6% en el ISSSTE y 93.2% en los Sesa) (cuadro 3.39 y figura 3.13).

Percepción de la eficiencia y calidad del servicio por proveedores

Una de las prácticas obstétricas en la que en fechas recientes se ha focalizado la atención es la de la cesárea ya que se ha rebasado por mucho el porcentaje máximo recomendado tanto por la OMS (10-15%),³³ como por la SSa en la NOM 007 (15% en hospitales del segundo nivel y 20% en tercer nivel).²⁰ Debe existir una definición clara y precisa de las indicaciones para efectuar este procedimiento quirúrgico y es indispensable su cumplimiento con el propósito de no poner en riesgo la vida de la paciente.³⁴

Asimismo, se argumenta que gran parte de los daños obstétricos y los riesgos de salud para la madre y el niño pueden

Cuadro 3.39

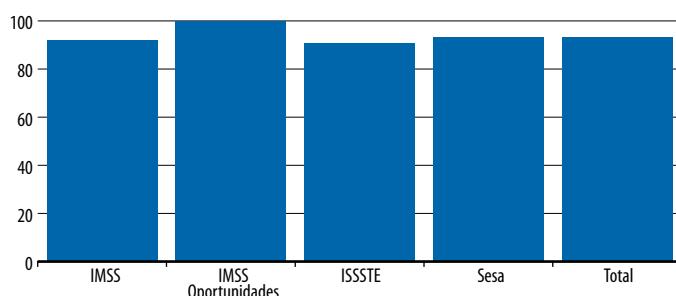
La unidad médica del segundo nivel de atención cuenta con un comité para el análisis de la mortalidad materna*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	92.0 [79.9,97.1]	100.0 [0.0,0.0]	90.6 [79.1,96.1]	93.2 [69.5,98.8]	93.4 [83.2,97.6]
No	7.5 [2.5,20.0]	0.0 [0.0,0.0]	7.8 [2.9,19.1]	6.0 [0.9,32.0]	5.8 [1.9,16.6]
No aplica	0.5 [0.4,0.7]	0.0 [0.0,0.0]	1.6 [0.2,10.7]	0.0 [0.0,0.0]	0.3 [0.1,0.8]
No sabe, no responde	0.0 [0.0,0.0]	0.0 [0.0,0.0]	0.0 [0.0,0.0]	0.8 [0.1,6.2]	0.4 [0.1,3.3]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	199	91	71	412	773

* Informante: Director(a) o subdirector(a) médico(a)

Figura 3.13

Unidades médicas del segundo nivel de atención que cuentan con un comité para el análisis de la mortalidad materna



Fuente: Cuadro 3.39

prevenirse con éxito mediante la aplicación de procedimientos normados, entre los que destacan la eliminación de algunas prácticas efectuadas de forma rutinaria. Diversos estudios han cuestionado la validez de los diagnósticos clínicos prequirúrgicos, algunos de los cuales no tienen un sustento clínico sólido. En particular se discute que el antecedente de cesárea no es un argumento determinante para volver a efectuar esta práctica quirúrgica. Es por este motivo que llama la atención que una causa relevante de cesárea señalada por los proveedores del área de tococirugía de las unidades médicas del segundo y tercer nivel de atención sea la cesárea previa (48.4% para el total, 45.7% en el IMSS, 19.9% en el IMSS Oportunidades, 55.1% en el ISSSTE y 54.9% en los Sesa) (cuadro 3.40).

De igual forma, destaca el hecho de que otra de las causas mayormente mencionadas por los proveedores sea el sufrimiento fetal (48.5% para el total, 53.4% en el IMSS, 54.5% en el IMSS Oportunidades, 37.2% en el ISSSTE y 47.0% en los Sesa) (cuadro 3.40). Algunas investigaciones han argumentado que el uso excesivo de tecnología médica, y en especial del tococardiógrafo en mujeres con embarazo de bajo riesgo, puede repercutir en un diagnóstico erróneo de sufrimiento fetal e incrementar el número de cesáreas.^{39,40} Y se enfatiza que la correlación entre la práctica de cesárea y uso de tococardiógrafo puede ser el resultado de una interpretación subjetiva en cómo se leen los resultados, algunos de los cuales son falsos positivos y consecuentemente se efectúan innecesariamente cesáreas.^{35,41,42} Es por esta razón que debe hacerse una revisión minuciosa de los diagnósticos clínicos que sustentan dicha práctica médica.

Adicionalmente se indagó si existía un mecanismo hospitalario de rutina para obtener una segunda opinión antes de efectuar una cesárea. De los proveedores de las unidades médicas del segundo y tercer nivel de atención en el área de tococirugía, 46.7% señaló que existe un mecanismo de rutina para obtener una segunda opinión antes de efectuar este procedimiento quirúrgico (45.6% en el IMSS, 63.4% en el IMSS Oportunidades, 36.5% en el ISSSTE y 45.6% en los Sesa) (cuadro 3.41).

Cuadro 3.40

Principales causas por las que realizan cesáreas en las unidades médicas del segundo y tercer nivel de atención en el área de tococirugía*

Causas	IMSS %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Desproporcióncefalo-pélvica	26.2 [14.0,43.8]	24.7 [13.0,41.9]	19.4 [8.6,38.1]	20.7 [12.9,31.6]
Mujer con menos de 20 años	5.8 [1.5,19.5]	7.5 [3.2,16.5]	11.0 [3.6,29.2]	8.1 [3.6,17.3]
Mujer con 35 años o más	4.7 [1.5,14.0]	1.2 [0.9,1.6]	11.0 [3.6,29.2]	7.2 [2.9,16.4]
Cesárea previa	45.7 [29.8,62.4]	55.1 [39.0,70.1]	54.8 [32.0,75.8]	48.4 [36.1,60.9]
Parto gemelar	13.5 [6.7,25.3]	12.9 [6.0,25.5]	37.4 [17.3,62.9]	27.1 [15.0,44.0]
Oligohidramnios	8.8 [4.0,18.6]	11.0 [5.3,21.2]	25.5 [8.3,56.6]	16.9 [6.8,36.4]
Ruptura prematura de membranas	6.4 [2.3,16.6]	12.8 [6.4,24.0]	24.7 [11.3,45.6]	19.0 [10.8,31.2]
Infección de transmisión sexual	9.0 [3.6,20.7]	6.9 [3.3,13.9]	1.9 [1.3,2.8]	4.2 [2.4,7.1]
Enfermedad hipertensiva del embarazo	24.7 [13.5,40.7]	24.9 [13.2,41.9]	29.6 [11.3,58.1]	29.5 [17.4,45.3]
Presentación podálica y/o pélvica	24.5 [14.2,38.8]	37.8 [23.4,54.8]	37.1 [19.8,58.5]	33.4 [22.8,46.1]
Sufrimiento fetal	53.4 [36.8,69.3]	37.2 [24.5,51.9]	47.0 [26.6,68.4]	48.5 [35.9,61.3]
Distocia	5.3 [2.0,13.4]	9.4 [4.2,20.0]	6.5 [2.3,17.2]	5.9 [3.0,11.0]
Total de unidades	202	82	402	777

* Informante: Jefe(a) de división de gineco-obstetricia, jefe(a) de gineco-obstetricia, jefe(a) de servicio de tococirugía o médico(a) responsable del servicio

Cuadro 3.41

Existe un mecanismo hospitalario de rutina para obtener una segunda opinión antes de efectuar una cesárea en las unidades médicas del segundo y tercer nivel de atención en el área de tococirugía*

	IMSS %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	45.6 [30.0,62.1]	36.5 [23.0,52.5]	45.6 [26.6,66.0]	46.7 [34.0,59.9]
No	49.4 [32.9,66.1]	63.5 [47.5,77.0]	53.1 [32.7,72.5]	51.3 [38.1,64.3]
No sabe, no responde	5.0 [1.1,19.2]	0.0 [0.0,0.0]	1.4 [0.2,9.6]	2.0 [0.6,6.3]
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	195	82	401	769

* Informante: Jefe(a) de división de gineco-obstetricia, jefe(a) de gineco-obstetricia, jefe(a) de servicio de tococirugía o médico(a) responsable del servicio

A pesar de que no hay consenso sobre la disminución acentuada de la cesárea cuando hay una segunda opinión, al respecto existen investigaciones tanto a favor^{43,44,45,46,47,48} como en contra.³⁶ Por lo que es necesario que se haga una planeación estratégica de acciones encaminadas a la reducción de la cesárea innecesaria.

Resultados del componente cualitativo

Se incluyen hallazgos del componente cualitativo sobre la atención a la salud materna, y específicamente la atención al parto, los cuales buscan complementar los datos cuantitativos al indagar con otras herramientas metodológicas (hallazgos no representativos sino que intentan aportar a la comprensión de significados y experiencias). Se exploran percepciones y opiniones de los prestadores de atención así como de las usuarias sobre la atención en el ámbito de la salud materna, con énfasis en la atención al parto. Se exploró el consenso que hay entre prestadores de atención sobre las metas que se tienen dentro de esta atención. Por otra parte, se recolectaron opiniones del personal de salud sobre la realización de cesáreas, ya que se determinó que éste es un tema de importancia dentro del amplio tema de la salud materna. También se exploraron experiencias y percepciones de las usuarias de la atención al parto.

Metas de la salud materna

Según lo medido a través de los listados libres, las siguientes son metas de la atención a la salud materna sobre las cuales existe consenso cultural entre del grupo de los prestadores de atención que trabajan en el IMSS y los Sesa (principalmente enfermeras):

- disminuir o prevenir la mortalidad materna
- promover la lactancia materna
- proporcionar control prenatal
- lograr recién nacidos sanos y evitar la muerte neonatal

Realización de cesáreas

El personal de salud de los hospitales tienen presente que se ha fijado la meta de reducir cesáreas. La percepción predominante indica que se realizan las necesarias, pero se identifica perfectamente que se debe practicar cuando contribuirá a lograr una meta de mayor importancia, que es evitar la muerte materna o fetal o neonatal.

En algunas unidades médicas los prestadores de atención reconocen la importancia de disminuir el número de cesáreas y se esfuerzan por aumentar la proporción de partos normales; en otros casos, aunque se identifica que la NOM 007 (así como organismos internacionales) plantean que se deba reducir la proporción de partos que terminan en cesárea, el personal de salud tiene diferencias de opinión con esta posición.

El personal de salud identifica lo siguiente como barrera para limitar el número de cesáreas:

- poco tiempo de operación de un hospital
- concentración en una unidad médica de los embarazos con complicaciones

- solicitud de la cesárea por parte de las usuarias para evitar “sufrir las contracciones, los dolores”
- falta de médicos que acompañen de manera cercana al trabajo de parto
- falta de instrumental médico como una barrera importante para lograr la meta de limitar la incidencia de la cesárea, que en algunos casos identifican los prestadores de atención.

Por otra parte, la percepción de los prestadores de atención que trabajan en atención para la salud materna es que no se está logrando limitar el nivel de cesáreas a la meta indicada. En algunos casos (en la unidad médica donde labora el personal de salud), se identifica una tasa de cesáreas mucho mayor a la cifra recomendada en la NOM 007. En un caso, al emplear el parto humanizado en una unidad médica de Sesa, el personal de salud percibe que se logra un menor nivel de cesáreas.

El personal de salud reporta que en general no se toma la decisión de realizar una cesárea en el momento del parto, sino que “se valora” y se decide antes del parto. Es el médico (gineco-obstetra) quien toma la decisión sobre si se realiza; no es una decisión que se toma en equipo.

Atención con perspectiva de género dentro de la atención al parto

El personal de salud identifica que las inequidades de género (relaciones inequitativas, pero también en general papeles e identidades de género que a veces se etiquetan con el término “machismo”) dificultan el involucramiento de la pareja masculina durante la atención al parto. Al respecto de la atención con perspectiva de género (es decir, la inclusión de la pareja masculina dentro de la atención para la salud materna), ciertos prestadores de atención opinan que no existen procedimientos institucionales o políticas establecidas claramente que busquen promoverla. Sin embargo, reportan que en la práctica se llevan a cabo varias estrategias para lograr la participación del hombre en la atención prenatal.

Por otra parte, aún cuando no se identifica una política institucional o procedimiento escrito con respecto a la inclusión de los hombres en la salud materna, existen actitudes generalmente positivas y de aceptación a esta posibilidad. Asimismo, el personal de salud plantea que si hubiera políticas o estrategias institucionales más formales para fomentar la inclusión de la pareja en la atención esto pudiera tener resultados muy positivos, por ejemplo en la aceptación de la anticoncepción postparto.

Dentro de la atención específicamente al parto y postparto, no identifican prácticas de incluir a la pareja masculina y enumeran barreras prácticas que en su percepción impiden su inclusión. Por ejemplo, el pequeño tamaño de la sala de expulsión haría poco factible la presencia de un familiar o específico

camente de la pareja masculina durante el trabajo de parto. Asimismo, en la etapa posparto no perciben que sea posible la interacción entre el hombre y su bebé (así como su pareja), entre otras cosas porque hay otras mujeres recién paridas en el mismo espacio y las podría incomodar.

Cuando se implementa el parto humanizado dentro de los Sesa sí se permite el acompañamiento de la parturienta de la pareja masculina. En contraste, otros miembros del personal de salud de las instituciones estudiadas reportan que no se incluye a la pareja masculina durante la atención al parto. Sin embargo, sí se busca incluir a la pareja masculina durante la atención prenatal y en otros momentos de la atención a la salud materna o a la salud reproductiva más en general.

Existen a la vez en los mismos prestadores de atención quienes pueden rechazar la posibilidad de la presencia de la pareja masculina durante el parto, actitudes de crítica al maltrato que se da de parte de algunos médicos aislados hacia las usuarias, a través de comentarios que son misóginos o constituyen precisamente una actitud que implica una ausencia de una concepción de equidad de género.

Con respecto a los resultados obtenidos con las usuarias, la mayoría de ellas no tiene un plan dirigido o sugerido por los servicios para un parto seguro; no sabe lo que es el embarazo saludable ni lo que es el puerperio. La información que manejan parece dirigirse especialmente al cuidado del hijo/a; en el caso de la mujer, el control de presión y glucosa parece privilegiarse. Todo indica que la información no es sistemática y sólo se brinda bajo demanda de las usuarias. El esquema mínimo de otorgar un mínimo de cinco consultas prenatales, no se cumple para todas las mujeres embarazadas.

Tiempos de espera

Prácticamente todas las usuarias dijeron que esperan mucho tiempo para ser atendidas. En general hay una tendencia a minimizar la incomodidad de la espera si la recompensa es la buena atención, que en la mayoría de los casos se logra, pero también cierto conformismo basado en la idea generalizada de que en los servicios públicos “es así”, que “ir al IMSS o al ISSSTE es perder toda la mañana”; pero definitivamente hay experiencias negativas que evidencian la organización deficiente del servicio, la saturación de usuarias o el desempeño deficiente del personal.

Grado de satisfacción

Hay usuarias muy satisfechas, dispuestas a recomendar el servicio por su calidad y por su gratuidad (sobre todo) y usuarias quienes han sido maltratadas por el personal de salud o que han vivido una experiencia poco grata debido a deficiencias en la organización, la infraestructura o por una clara negligencia médica.

Las usuarias de IMSS Oportunidades manifestaron confianza en el servicio; hay una demanda sentida de que las instalaciones se amplíen y que haya más médicas(os) para que las atiendan mejor. En el ISSSTE (Hospital de Tehuantepec) hay múltiples problemas: maltrato, tiempos de espera largos, actitud negligente del personal administrativo e instalaciones francamente deterioradas. Las usuarias han optado por los servicios privados. Hay muchas barreras para lograr una atención adecuada.

Infraestructura

En general es buena; hay diferencia entre inmuebles por antigüedad: el Centro de Salud Urbano es muy viejo y necesita mantenimiento y el Hospital General en Salina Cruz es nuevo y sus instalaciones son modernas. El hospital del IMSS no es nuevo, pero es funcional y está bien cuidado. La unidad de IMSS Oportunidades necesita una ampliación y mantenimiento; requiere equipo de cómputo o por lo menos una máquina mecánica de escribir más reciente y un sistema de clima-refrigeración. La infraestructura del hospital del ISSSTE está considerablemente deteriorada.

Sensaciones y sentimientos de las usuarias

La compañía es significativa para las mujeres. Fue evidente que contar con una persona, familiar directo o indirecto, las hace sentir seguras. Cuando las atienden, las usuarias se sienten bien; cuando no son atendidas, por circunstancias atribuibles al servicio (no hay médico, no alcanzan ficha) o atribuibles a ellas (llegaron tarde por problemas de transporte, porque no sabían a dónde ir), se sienten tristes y enojadas. Si se sienten maltratadas, se enojan, pero la reacción que tienen y la solución por la que optan depende de sus recursos, y no sólo de los recursos financieros sino de los personales: si pueden pagar un servicio privado, lo hacen; si pueden cambiar de turno lo solicitan; pero si no tienen dinero y desconocen la posibilidad de exigir e incluso de quejarse ante un mal servicio, se aguantan. Al respecto, sobre los derechos de usuarias y personal (médico), en el IMSS y en el ISSSTE son visibles los carteles que listan esos derechos, sin embargo, en la práctica, las mujeres no ejercen los suyos. La experiencia que las usuarias tienen la primera vez que son atendidas es muy importante, porque la valoración de ese primer contacto influye en que la usuaria quiera regresar y no sólo lo haga porque lo necesite.

Costos

Además de los costos monetarios habituales (transporte y alimentos) y los intangibles (el tiempo de trámites o los permisos que deben solicitar las trabajadoras y las faltas, que representan descuentos), hay otro: el uso simultáneo de un servicio “extra”,

que puede ser público o privado (incluyendo las Farmacias de Similares o los servicios de una partera). Así, el menor costo o la gratuidad es un aspecto que favorece la elección del lugar para atenderse.

Conclusiones

Emergencias obstétricas

- El *Convenio general de colaboración interinstitucional para la atención de la emergencia obstétrica* firmado por la SSA, el IMSS y el ISSSTE es conocido por 58.5% de los proveedores del primer nivel de atención (62.6% en el IMSS, 82.1% en el ISSSTE y 56.3% en los Sesa) y por 90.8% del segundo nivel de atención (97.6% en el IMSS, 92.2% en el ISSSTE y 86.2% en los Sesa). El IMSS Oportunidades no está incluido en este convenio.
- En el segundo nivel de atención, 75.6% del personal señaló que el tiempo de espera entre el diagnóstico y el inicio de los procedimientos para la atención de una emergencia obstétrica es de menos de 15 minutos (78.9% en el IMSS, 90.1% en el IMSS Oportunidades, 64.1% en el ISSSTE y 72.6% en los Sesa).
- En el segundo nivel de atención, 80.5% del personal del dijo contar con sangre segura y suficiente las 24 horas del día (82.7% en el IMSS, 97.8% en el IMSS Oportunidades, 64.6% en el ISSSTE y 78.4% en los Sesa).

Tratamiento de ETS

- Del personal médico entrevistado, 84.3% manifestó otorgar siempre tratamiento a la pareja en caso de que una mujer embarazada tenga una enfermedad o infección de transmisión sexual (76.4% en el IMSS, 94.4% en el IMSS Oportunidades, 93.4% en el ISSSTE y 81.8% en los Sesa).

Capacitación

- Según lo expresado por los prestadores de los tres niveles de atención, se detecta una mayor necesidad de capacitación en temas relacionados con equidad e igualdad de género, y en el primer nivel de atención, en infecciones de transmisión sexual y VIH/sida.

Calidad del servicio

Disponibilidad de guías técnicas, manuales, normas y algoritmos

- Alrededor de la mitad de los proveedores del primer nivel de atención dijeron disponer de forma satisfactoria de guías técnicas, manuales, normas y algoritmos.

Disponibilidad de infraestructura

- Del personal médico entrevistado, 70.8% señaló ofrecer la prueba rápida para detección del VIH a todas las mujeres embarazadas (58.9% en el IMSS, 55.3% en el IMSS Oportunidades, 39.1% en el ISSSTE y 76.9% en los Sesa).
- De los proveedores de las unidades médicas del primer nivel, 51.8% indicó que disponía de radio, teléfono fijo o celular para comunicarse con otros establecimientos de salud (97.9% en el IMSS, 78.0% en el IMSS Oportunidades, 94.1% en el ISSSTE y 39.9% en los Sesa), y 99.0% de los proveedores de las unidades del segundo nivel de atención (99.2% en el IMSS, 98.9% en el IMSS Oportunidades, 100.0% en el ISSSTE y 98.7% en los Sesa).
- Sólo 7.5% de los proveedores del primer nivel de atención dijeron que las unidades médicas contaban con servicio de ambulancia con gasolina y chofer las 24 horas del día (19.8% en el IMSS, 7.1% en el IMSS Oportunidades, 41.0% en el ISSSTE y 6.1% en los Sesa). Esta aparente baja de disponibilidad de recursos se argumenta que está relacionada con la organización del servicio mediante centros de ambulancias o subrogados.

Disponibilidad de formatos y cartillas

- De los proveedores del primer nivel de atención, 84.0% señaló contar con formatos de consentimiento informado para aplicación de la prueba rápida para detección del VIH en mujeres embarazadas (80.6% en el IMSS, 67.0% en el IMSS Oportunidades, 53.5% en el ISSSTE y 88.6% en los Sesa).

Continuidad en el servicio y accesibilidad

- Dijo estar enterado de la recepción y atención de sus pacientes 84.8% de los prestadores del primer nivel de atención (91.9% en el IMSS, 97.6% en el IMSS Oportunidades, 90.7% en el ISSSTE y 80.3% en los Sesa) y 96.3% del segundo nivel de atención (93.4% en el IMSS, 100.0% en el IMSS Oportunidades, 99.2% en el ISSSTE y 96.5% en los Sesa).

Comités para el análisis de la mortalidad materna

- Del personal de salud del segundo nivel de atención, 93.4% puntualizó contar con un comité para el análisis de la mortalidad materna (92.0% en el IMSS, 100.0% en el IMSS Oportunidades, 90.6% en el ISSSTE y 93.2% en los Sesa).

Percepción de la eficiencia y calidad del servicio por proveedores

- Dos de las causas que principalmente se mencionan para efectuar cesáreas en el área de tococirugía de las unidades médicas del segundo y tercer nivel de atención son la cesárea previa (48.4% para el total, 45.7% en el IMSS, 19.9% en el IMSS Oportunidades, 55.1% en el ISSSTE y 54.9% en los Sesa) y el sufrimiento fetal (48.5% para el total, 53.4% en el IMSS, 54.5% en el IMSS Oportunidades, 37.2% en el ISSSTE y 47.0% en los Sesa).
- De los proveedores de las unidades médicas del segundo y tercer nivel de atención en el área de Tococirugía, 46.7% señaló que sí existía un mecanismo hospitalario de rutina para obtener una segunda opinión antes de efectuar una cesárea (45.6% en el IMSS, 63.4% en el IMSS Oportunidades, 36.5% en el ISSSTE y 45.6% en los Sesa).

Recomendaciones

Normatividad

Incorporar en la versión final de la NOM-007-SSA2-2010, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido:

- La definición de embarazo de la Organización Mundial de la Salud.
- Precisar los criterios para el uso adecuado de tecnología, como el tococardiógrafo y otros invasivos con indicaciones específicas.
- Valoración de otras pruebas de detección de infecciones sexualmente transmisibles que causen morbilidad a la mujer embarazada o el producto.
- Precisar los criterios para la inducción y conducción del trabajo del parto.
- Precisar los criterios y procedimientos para la interrupción del embarazo por motivos terapéuticos.
- Incluir numerales que aseguren el aborto seguro en los casos en los que proceda.
- Especificar las políticas que se deben seguir cuando una mujer tenga resultados positivos a pruebas de sífilis, VIH u otra ITS, por ejemplo tratamiento a la pareja y referencia a otros servicios o nivel de atención.

Operación del programa y trabajo interinstitucional

Esto permitirá:

- Garantizar que en las unidades se cubran las plantillas del personal de salud, equipo e insumos requeridos en los

hospitales con atención obstétrica, las 24 horas del día, los 365 días del año.

- Garantizar que todas las unidades médicas del primer nivel de atención cuenten con servicio de ambulancia las 24 horas de día
- Asegurar que todas las unidades médicas del segundo nivel de atención dispongan de sangre segura y suficiente las 24 horas del día
- Fortalecer las actividades de capacitación del personal de los tres niveles de atención en:
 - Detección y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual.
 - Competencias y habilidades de los prestadores de servicios de salud del primer nivel de atención en la calidad de la atención prenatal y en el segundo nivel en la atención de las emergencias obstétricas.
 - Aspectos éticos, de derechos humanos, igualdad de género, perspectiva de género e interculturalidad para que las actitudes del personal vinculado a la atención obstétrica y neonatal sean cada día más apropiadas, en especial en el personal de salud en formación, operativo y directivo.
- Contar con mecanismos permanentes para evaluar la eficacia de las capacitaciones en los temas necesarios para la atención de la salud materna y de las emergencias obstétricas.
- Consolidar la infraestructura y asegurar los insumos mínimos disponibles para la atención del embarazo, parto y puerperio, de acuerdo con la normatividad de cada institución.
- Actualización, elaboración o impresión de guías técnicas, manuales, normas y algoritmos de salud materna para su difusión impresa o digital, de manera que sean accesibles para el personal en todo momento.
- Asegurar los insumos para ofrecer pruebas rápidas de VIH a todas las pacientes embarazadas en las unidades médicas del primer nivel de atención.
- Contar con suficientes formatos de consentimiento informado y aplicarlos antes de la realización de cualquier prueba o procedimiento clínico.
- Dotar de tecnología y utilizarla para mejorar la comunicación y la gestión de recursos, especialmente para la referencia y contrarreferencia de las pacientes.
- Elaborar por estado y por región el mapa de referencia interinstitucional para la atención de la emergencia obstétrica que deberá conocer todo el personal de salud
- Intercambio de experiencias exitosas entre instituciones para reducir la mortalidad materna, como ejemplo: la estrategia “Equipos de respuesta inmediata” del IMSS.
- Continuar el análisis de las defunciones maternas en los Comités para el Estudio de la Mortalidad Materna, como lo señala la Ley General de Salud en su artículo 62, con

el propósito de establecer recomendaciones que señalen acciones específicas acordes con los problemas de cada institución.

- Desarrollar acciones para revertir la práctica de la operación cesárea, entre ellas:
 - Promover que sea personal calificado de apoyo, como las licenciadas en enfermería y obstetricia y parteras profesionales técnicas, quien vigile el trabajo de parto en las áreas de tococirugía.
 - Incorporar a los programas de capacitación de la residencia en ginecoobstetricia, la normatividad actual sobre la indicación técnico-médica para la práctica de la operación cesárea y sus complicaciones.
 - Capacitar al personal de salud sobre las indicaciones de la práctica de la operación cesárea y sensibilizar a los médicos en favor del parto natural.
 - Establecer por institución de salud metas progresivas de disminución en la proporción de cesáreas.
 - Desarrollar campañas de educación a la población general, a través de los medios masivos de comunicación, para promocionar las ventajas y beneficios del parto natural.
 - Elaborar material educativo de apoyo a la comunicación educativa que realiza el personal de salud para

que se difunda a las embarazadas y sus parejas las ventajas del parto natural.

- Incidir en una política dirigida a los servicios de salud privados o seguros de gastos médicos para efectuar una mayor retribución económica en partos vaginales que en cesáreas, con el fin de desalentar esta práctica quirúrgica.
- Impulsar la propuesta de una política de articulación de todas las instituciones de salud, tanto públicas como privadas, para que todas operen en un mismo sentido.

Desarrollar líneas de investigación

- Sobre las características de la capacitación en el primer nivel de atención y habilidades del personal y la población para la identificación de factores de riesgo de las emergencias obstétricas tales como hemorragias obstétricas, preeclampsia y eclampsia y distocias.
- Sobre los conocimientos del personal sobre reanimación neonatal.
- Efectuar investigación operativa que permita reorganizar o incluir innovaciones en las intervenciones ya establecidas o generar nuevas intervenciones.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud, United Nations Population Fund, United Nations Children's Fund, Banco Mundial. Reducción de la mortalidad materna. Declaración conjunta OMS/UNFPA/UNICEF/Banco Mundial. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1999.
2. Graham W, Bell J, Bullough C. Can skilled attendance at delivery reduce maternal mortality in developing countries? En: De Brouwere V, Van Lerberghe W, eds. Safe motherhood strategies: a review of the evidence studies in Health Services Organization & Policy. Bruselas: ITG Press; 2001:97-130.
3. International Research Partnership for Skilled Attendance for Everyone. Strategy development tool: a guide for developing strategies to improve skilled attendance at delivery. Aberdeen, Scotland: The Douglas Baird Centre for Research on Women's Health, University of Aberdeen; 2003.
4. Organización Mundial de la Salud. Reducir los riesgos del embarazo. Informe de la Secretaría. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000.
5. Buttiëns H, Marchal B, De Brouwere V. Skilled attendance at childbirth: let us go beyond the rhetorics. Trop Med Int Health 2004;6:653-654.
6. MacDonald M. La atención calificada durante el parto. Recomendaciones para políticas. Nueva York: Family Care International; 2003.
7. Suárez-López L. Salud materno infantil. En: Chávez A, Menkes C, eds. Procesos y tendencias poblacionales en el México contemporáneo. Una mirada desde la ENADID 2006. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud y Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias/UNAM; 2010:236-281.
8. United Nations. United Nations Millennium Declaration. Resolution adopted by the General Assembly. Nueva York: United Nations; 2000.
9. Consejo Nacional de Población. México ante los desafíos de desarrollo del milenio. México: Consejo Nacional de Población; 2005.
10. Freedman LP, Graham W, Brazier E, Smith JM, Ensor T, Fauveau V *et al.* Practical lessons from global safe motherhood initiatives: time for a new focus on implementation. Lancet. 2007;370:1383-1391.
11. Secretaría de Salud. Plataforma de notificación inmediata y nacimientos estimados por CONAPO (Estimaciones 2005-2030). Cifra preliminar para 2012 (hasta el 26 de diciembre de este año). México: Dirección General de Estadística, Secretaría de Salud; 2013.
12. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México: Secretaría de Salud; 2007.
13. Zúñiga E, Zubieta B, Araya C. Cuadernos de salud reproductiva. México: Consejo Nacional de Población; 2000.
14. Consejo Nacional de Población. Principales indicadores de salud reproductiva (ENADID 2009). México: Consejo Nacional de Población; 2010.
15. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L *et al.* Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2012.
16. Díaz DF. Mortalidad Materna. Una tarea inconclusa. México: Fundar, Centro de Análisis e Investigación; 2006.
17. Cárdenas R. Los servicios de salud y la mortalidad materna. En: Freyermuth G, Sesia P, eds. La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura. México: Centro de Investigaciones y Estudios

- Superiores en Antropología Social: Comité promotor por una maternidad sin riesgos; 2009: 69-73.
18. Tena-Tamayo C, Ahued-Ahued JR. Recommendations to improve quality of obstetrics care. *Ginecol Obstet Mex* 2003;71:409-420.
 19. Rosales-Aujang E, Felguerez-Flores JA. Maternal mortality: A challenge of the new millennium. *Ginecol Obstet Mex* 2002;70:502-509.
 20. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM 007-SSA2-1993 sobre la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. México: Diario Oficial de la Federación; 1995.
 21. Hayes-Bautista DE, Gamboa C, Kahramanian MI, Hayes-Bautista M, Hsu P. Acceso oportuno a la atención médica prenatal: una necesidad esencial para la mujer latina. California, EUA: Centro para el estudio de la salud y cultura latina, División de Medicina Interna General y Estudios de Servicios en Salud, UCLA; 2002.
 22. Maine D, Rosenfield A, Wallace M, Kimball AM, Kwast B, Papiernik E *et al.* Prevention of maternal deaths in developing countries: Program options and practical considerations. Nairobi, Kenya: International Safe Motherhood Conference; 1987.
 23. Secretaría de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Convenio general de colaboración interinstitucional para la atención universal de las emergencias obstétricas. México: Secretaría de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; 2009.
 24. Secretaría de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Manual del usuario del Sistema para el Registro de Emergencias Obstétricas (SRO) con las políticas de uso. México: Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, Secretaría de Salud; 2011.
 25. Reproductive Health Response in Conflict Consortium. Guía práctica para incorporar sobre el terreno la atención obstétrica de emergencia en los programas humanitarios. Nueva York: The Reproductive Health Response in Conflict Consortium; 2005.
 26. Instituto Mexicano del Seguro Social. Manejo del recién nacido prematuro sano en la sala de prematuros. México: División de Excelencia Clínica, Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, Instituto Mexicano del Seguro Social; 2010.
 27. González-González Y. Informe final del evento anomalías congénitas año 2011. Colombia: Operación y mantenimiento del sistema de vigilancia y control en salud pública, Instituto Nacional de Salud; 2011.
 28. Organización Mundial de la Salud. Anomalías congénitas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012.
 29. Secretaría de Salud. Prevención, diagnóstico y tratamiento de hipotiroidismo congénito neonatal en el primer nivel de atención. Resumen de evidencias y recomendaciones. México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud; 2008.
 30. SSA. Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993 para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). México: Diario Oficial de la Federación; 1994.
 31. Secretaría de Salud. Ley General de Salud. México: Diario Oficial de la Federación; 1984.
 32. Secretaría de Salud. Comités de prevención, estudio y seguimiento de la morbilidad y mortalidad maternal y perinatal: manual de organización y procedimientos. México: Dirección General de Salud Reproductiva, Secretaría de Salud; 2000.
 33. World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985;2:437-438.
 34. Instituto Mexicano del Seguro Social. Evaluación de los riesgos considerados en el Programa de Administración de Riesgos Institucionales. México: Coordinación de Administración de Riesgos Institucionales, Dirección de Finanzas, Instituto Mexicano del Seguro Social; 2009.
 35. Secretaría de Salud. Cesárea segura. Lineamiento técnico. México: Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, Dirección General de Salud Reproductiva, Secretaría de Salud; 2002.
 36. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A *et al.* Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet* 2006;367:1819-1829.
 37. Stanton C, Ronsmans C. Recommendations for routine reporting on indications for cesarean delivery in developing countries. *Birth* 2009;35:204-211.
 38. Flamm B. Vaginal birth after cesarean section: Controversies old and new. *C Obstet Gynecol* 1985;28:735-744.
 39. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A *et al.* Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ* 2007;335:1025-1036.
 40. Farland L. The use and overuse of cesarean sections in Mexico. *TuftsScope* 2009;9:30-33.
 41. Banta DH, Stephen BT. Historical controversy in health technology assessment: the case of electronic fetal monitoring. *Obstet Gynecol Surv* 2001;56:707-719.
 42. Didly GA. The physiologic and medical rationale for intrapartum fetal monitoring. *Biomed Instrum Technol* 1999;33:143-151.
 43. Puentes-Rosas E, Gómez-Dantes O, Garrido-Latorre F. Las cesáreas en México: tendencias, niveles y factores asociados. *Salud Pública Mex* 2004;46:16-22.
 44. Althabe F, Belizán JM, Villar J, Alexander S, Bergel E, Ramos S *et al.* Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean sections in Latin America: a cluster randomised controlled trial. *Lancet* 2004;363:1934-1940.
 45. Ministerio de Salud Pública. Medidas para racionalizar la tasa de cesáreas. Guías en salud sexual y reproductiva. Montevideo, Uruguay: Dirección General de la Salud, Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género, Ministerio de Salud Pública; 2008:41-42.
 46. Gobierno de Chile, Universidad de Chile. Acciones que contribuyen a la humanización durante el proceso reproductivo. En: Muñoz-Cáceres H *et al.*, eds. Humanización del proceso reproductivo mujer-niño-familia: Gobierno de Chile, Universidad de Chile; 2001:271-272.
 47. Ministerio de sanidad y consumo. Cesáreas. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Centro de Publicaciones, Ministerio de sanidad y consumo; 2008:86-91.
 48. Muñoz-Enciso J, Rosales-Aujang E, Domínguez-Ponce G, Serrano-Díaz C. Operación cesárea: ¿indicación justificante o preocupación justificada? *Ginecol Obstet Mex* 2011;79:67-74.

4. Operacionalización de los servicios de planificación familiar

Elvia de la Vara, Leticia Suárez, Leonor Rivera

Los servicios de planificación familiar de buena calidad garantizan una extensa variedad de beneficios a las mujeres, sus familias y la sociedad. A partir de esta premisa se advierte la importancia que tienen el conocimiento y el acceso amplio, oportuno, libre e informado a métodos anticonceptivos modernos para la población. La planificación familiar (PF) es una práctica fundamental para prevenir embarazos no deseados y abortos inseguros, para reducir la mortalidad materna,¹ la pobreza, la mortalidad infantil^{2,3} y para empoderar a las mujeres en la elección de cuándo y con quién tener hijos.⁴

A partir del año 1973, con los programas de planificación familiar en el Sector Salud, primero a nivel institucional y posteriormente de manera amplia e integral, la población mexicana se favoreció en dos sentidos, uno demográfico mediante el uso de métodos anticonceptivos que dio lugar a una sustancial disminución de la fecundidad en el país, y otro, en una mejoría en la salud de las mujeres y los niños debido a la práctica anticonceptiva con la que se evitaron embarazos de alto riesgo.^{5,6}

En sus inicios el programa nacional de planificación familiar (1977), centraba sus objetivos en la reducción del crecimiento poblacional. No obstante, su propia evolución fue poniendo de manifiesto la profunda interrelación entre la regulación de la fecundidad y las condiciones de salud de la población. La planificación familiar adquirió entonces una nueva dimensión, la de la salud reproductiva, de tal manera que desde la segunda mitad del siglo XX se empezaron a mostrar avances importantes en relación a la salud, como el descenso de la mortalidad por enfermedades infecciosas, el incremento en la esperanza de vida y de forma muy significativa y evidente, el descenso en la fecundidad, este último relacionado con el nivel de desarrollo.⁷ Casi cuatro décadas después, además de la incorporación del componente de salud al enfoque demográfico de la planificación familiar, se le ha sumado la perspectiva de género.

El avance alcanzado en México ha sido concordante con las políticas surgidas a partir de las reuniones mundiales como la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, en el Cairo en 1994,⁸ en donde se redefinió la planificación familiar como un elemento de los servicios de salud reproductiva integral, en el que se contempla la salud dentro de un contexto social más amplio y reconoce la importancia de la equidad y del respeto y ejercicio de los derechos reproductivos.

México ha recorrido un largo y arduo camino de políticas de salud sexual y reproductiva y de programas de PF enmarcados en la libertad y el respeto al individuo. Los avances, logros, resultados e impactos de los programas de PF se han conocido

a través de información derivada de las encuestas sociodemográficas de alcance nacional efectuadas a partir de 1976, lo que ha permitido hacer evaluaciones de metas así como estimar niveles, determinantes, causas y efectos de distintos indicadores de planificación familiar.⁶

De esta manera, la difusión de los métodos anticonceptivos ha propiciado una amplia aceptación de los mismos. Cifras provenientes de la ENADID 2009 muestran que el porcentaje de mujeres en edad fértil unidas que utilizaba algún método anticonceptivo se elevó de 30.2% en 1976 a 72.5% en el 2009.⁹ En este mismo año un incremento en el uso de métodos anticonceptivos por grupos de edad se observó en las mujeres en edad fértil unidas, excepto en el grupo de 15 a 19 años, cuyo porcentaje se ha detenido en alrededor de 44.7%.⁹ Según esta misma fuente de datos, los métodos más utilizados continúan siendo la oclusión tubaria bilateral (50.1%) y el dispositivo intrauterino (16.1%) y un 10% en el uso de preservativos y espermáctidas, lo que indica un cambio positivo en el comportamiento sexual y reproductivo de la población.

De acuerdo con datos de la ENSANUT 2012 se observa que aún persiste una baja utilización de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, del total de adultos con vida sexual activa, 51.0% de los hombres y 66.3% de las mujeres no utilizaron ningún método anticonceptivo. Entre los métodos más utilizados por los hombres se ubica el condón masculino con 45.1% y los hormonales con un porcentaje de 2.0%. Por parte de las mujeres, 27.4% dijo que su pareja usó condón y 4.2% informó haber usado hormonales.¹⁰

Estas cifras, dan cuenta del rezago en este tema de salud en el que aún está México y queda manifiesta la necesidad de fortalecer de manera integral los programas y políticas de planificación familiar y anticoncepción.^{6,11}

Es prioritario evolucionar a modelos enfocados a lo preventivo, impulsar políticas con enfoque multidisciplinario e interinstitucionales hacia el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, el reto a enfrentar es la diversidad de hábitos y costumbres de la población en materia de conocimiento y cuidado de la salud. Para lo cual se requiere de una participación de instituciones integradas horizontalmente, que potencien la capacidad operativa y la eficiencia del gasto en el Sistema de Salud Pública.¹²

Los resultados que se presentan a continuación se derivan del cuestionario y las listas de cotejo aplicadas a informantes clave en unidades médicas del primer y segundo nivel de atención, en tres instituciones del sector salud (IMSS, y su programa IMSS Oportunidades, ISSSTE y Sesa). La descripción de

estos resultados se enmarca en cuatro acciones básicas de planificación familiar: promoción, disponibilidad, consejería y capacitación; así como calidad del servicio específicamente en lo que se refiere a disponibilidad de infraestructura y de normas, manuales, formatos y cartillas.

Promoción

Esta acción es uno de los aspectos clave de la educación sexual y requiere de una gran diversidad de estrategias a fin de considerar los contextos sociales particulares.

En relación a la promoción y difusión de los servicios de planificación familiar de acuerdo con la NOM 005-SSA2-1993,¹³ éstas 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 y centros comunitarios de atención. Dicha promoción debe ser con pleno respeto a los derechos sexuales y reproductivos de la población, que se sustenta en la igualdad de oportunidades para lograr el desarrollo humano y el bienestar de la población en general.⁶

Además, la promoción 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 métodos anticonceptivos y planificación familiar. Uno de los objetivos del Programa de Acción Específico en Planificación Familiar y Anticoncepción (PAEPFA) es promover y difundir a toda la población los beneficios de la planificación familiar 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. Para lograrlo se plantean estrategias tales como contribuir en la modificación de los determinantes que interfieren en el conocimiento y utilización de métodos anticonceptivos modernos mediante acciones de promoción de la salud, promoviendo la sexualidad responsable y protegida, los roles y relaciones de género equitativas. Esto requiere diseñar e implementar acciones de información, educación y comunicación (IEC) en la población a través de campañas de comunicación y en coordinación interinstitucional (Sistema Nacional de Salud, SEP, CONAPO), sobre la importancia y los beneficios de planificar la familia y el uso de la anticoncepción. Además se requiere contar con presupuesto específico y establecer mecanismos de evaluación del impacto de las campañas. Diseñar, producir y difundir materiales impresos y audiovisuales con información que sea acorde a las necesidades de los diferentes grupos de la población. Fortalecer la infraestructura de las unidades médicas con recursos humanos capacitados, materiales y medios audiovisuales. Garantizar que todas las unidades mé-

dicas y servicios de planificación familiar y anticoncepción que atienden a población indígena cuenten con un traductor y/o enlace comunitario bilingüe. Y crear y fortalecer redes sociales de apoyo para la promoción.⁶

Entre los indicadores relacionados con la promoción en planificación familiar y anticoncepción se indagó sobre la disponibilidad de personal para llevar al cabo esta acción en salas de espera y extramuros en unidades médicas del primer y segundo nivel de atención.

De acuerdo con la información proporcionada por los proveedores de salud se observa (cuadro 4.1) que un 49.9% de las unidades médicas del primer nivel de atención cuentan con personal responsable de la promoción de planificación familiar en salas de espera o extramuros. No obstante, al analizar la información desglosada por institución, se obtuvo que en el 62.6% de las unidades médicas del ISSSTE cuentan con alguna persona responsable de la promoción de este servicio, en el 51.1% del IMSS, en el 44.5% del IMSS Oportunidades y en el 50.7% de las unidades médicas de los Sesa (cuadro 4.1 y figura 4.1).

Cuadro 4.1

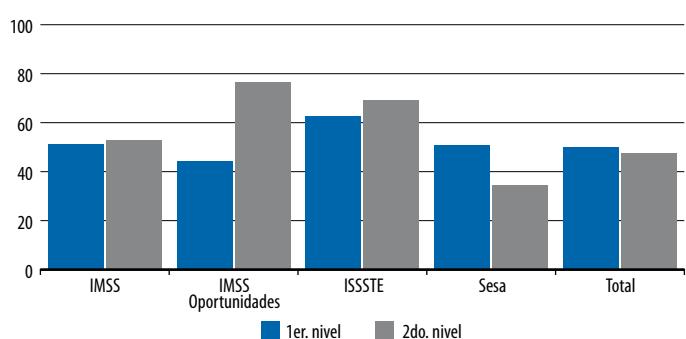
Porcentaje de unidades médicas del primer nivel de atención que cuentan con personal responsable de la promoción de planificación familiar en salas de espera o extramuros*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	51.1 [37.8,64.3]	44.5 [32.8,57.0]	62.6 [46.0,76.6]	50.7 [36.9,64.4]	49.9 [39.4,59.5]
No	48.7 [35.5,62.0]	53.1 [41.4,64.5]	34.4 [21.3,50.5]	49.2 [35.5,63.1]	50.0 [39.9,60.0]
No aplica	0.2 [0.2,0.3]	2.3 [0.3,14.6]	3.0 [0.4,18.9]	0.0 [0.0,0.0]	0.6 [0.1,3.4]
No sabe, no responde	0.0	0.0	0.0	0.0 [0.0,0.4]	0.0 [0.0,0.3]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	968	3 526	86	11 379	15 959

* Informante: Responsable del servicio, módulos de planificación familiar, medicina preventiva o consulta externa

Figura 4.1

Porcentaje de unidades médicas del primer y segundo nivel de atención que cuentan con personal responsable de la promoción de planificación familiar en salas de espera o extramuros



Fuente: Cuadros 4.1 y 4.2

En este mismo rubro pero en el segundo nivel de atención se muestra que del total de unidades médicas el 47.7% cuenta con personal responsable para la promoción de planificación familiar tanto en salas de espera como extramuros (cuadro 4.2). Al observar los resultados por institución en este mismo nivel de atención el 69.1% de las unidades médicas del ISSSTE cuentan con alguna persona responsable de la promoción, así como en el 52.9 % del IMSS, en el 76.5% del IMSS Oportunidades y en el 34.4% de los Sesa (cuadro 4.2 y figura 4.1).

Asimismo, con el fin de complementar la información anterior se indagó con el personal en los módulos y en las unidades médicas de medicina preventiva o de consulta externa acerca del perfil profesional de la(s) persona(s) responsable(s) de llevar a cabo la promoción de planificación familiar y métodos anticonceptivos.

La información otorgada por parte de los proveedores de salud en unidades médicas del primer nivel de atención reportó que en el 43.0% de las unidades el personal responsable de la promoción en planificación familiar es enfermera(o), seguido por promotor(a) de salud con un 20.9%. Al analizar estos datos por institución se observó que este servicio es ofrecido principalmente por enfermera(o) tanto en el IMSS Oportunidades con 52.9%, como en el ISSSTE con 50.0% y en los Sesa con 41.5% (cuadro 4.3 y figura 4.2). Excepto en el IMSS en donde la promoción de planificación familiar es ofrecida principalmente por trabajador(a) social en un 31.9%, no obstante en esta institución la promoción se realiza con la participación de equipos multidisciplinarios de salud en los que intervienen enfermeras(os), promotoras(es) de salud comunitarias y partes rurales.

El perfil profesional del personal responsable de la promoción de planificación familiar en unidades del segundo nivel de atención varía respecto al primer nivel. Aunque es claro que en

Cuadro 4.2

Porcentaje de unidades médicas del segundo nivel de atención que cuentan con personal responsable de la promoción de planificación familiar en salas de espera o extramuros*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	52.9 [36.3,68.9]	76.5 [30.5,96.0]	69.1 [59.3,77.5]	34.4 [17.5,56.5]	47.7 [34.8,60.9]
No	39.5 [23.9,57.6]	23.5 [4.0,69.5]	30.3 [22.0,40.1]	60.3 [38.0,79.1]	47.5 [34.8,60.4]
No aplica	3.5 [0.5,21.7]	0.0	0.6 [0.5,0.7]	0.0	1.1 [0.2,6.6]
No sabe, no responde	4.1 [0.6,24.8]	0.0	0.0	5.3 [0.7,30.4]	3.8 [0.9,14.5]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	207	64	96	376	742

* Informante: Responsable del servicio, módulos de planificación familiar, medicina preventiva o consulta externa

Cuadro 4.3

Perfil profesional del personal responsable de la promoción de planificación familiar en unidades médicas del primer nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Médico(a)	12.1 [4.1,30.8]	4.9 [0.9,22.9]	27.7 [9.9,57.0]	2.8 [0.4,17.9]	3.9 [1.2,11.8]
Enfermera(o)	28.3 [14.0,48.9]	52.9 [38.3,67.1]	50.0 [28.1,71.9]	41.5 [22.8,63.1]	43.0 [28.4,58.8]
Técnico(a) en Enfermería	5.9 [14.2,22.0]	0.8 [0.2,2.7]	1.9 [1.2,2.9]	0.0	0.5 [0.2,1.5]
Trabajador(a) Social	31.9 [18.8,48.5]	0.0	6.9 [2.5,17.9]	3.3 [1.6,6.8]	4.5 [2.7,7.3]
Auxiliar de salud	8.6 [1.2,41.7]	10.7 [3.0,31.6]	0.0	5.6 [1.2,21.9]	6.7 [2.5,16.9]
Auxiliar en enfermería	0.0	6.2 [2.1,16.9]	0.0	5.9 [1.7,18.5]	5.6 [2.0,14.3]
Promotor(a) de salud	1.9 [0.6,5.6]	8.5 [2.6,24.8]	0.0	26.1 [12.5,46.6]	20.9 [10.8,36.7]
Otro	11.3 [3.8,29.3]	15.9 [7.5,30.9]	13.5 [4.4,34.9]	14.8 [4.8,37.6]	14.8 [6.4,30.7]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	495	1528	54	5 768	7 844

* Informante: Responsable del servicio, módulos de planificación familiar, medicina preventiva o consulta externa

esta actividad participan equipos multidisciplinarios, destaca el perfil de enfermera(o) en el personal responsable de realizar esta actividad con un 39.1%, seguido de trabajadora(or) social con un 21.8% y médico con un 16.5% (cuadro 4.4). Los datos que se presentan por institución muestran un esquema similar en el que enfermera(o) y trabajador(a) social resultan ser los perfiles más comunes de la(o)s responsables de la promoción, en planificación familiar. Con excepción de las unidades médicas de los Sesa en donde la promoción la hacen en un 52.4% enfermera(o)s seguido por médico con 17.9%, al igual que en las unidades del ISSSTE donde esta acción es realizada mayoritariamente por personal médico (38.2%) y en segundo lugar por enfermera(o) (34.0%) (cuadro 4.4 y figura 4.3).

En cuanto a los mecanismos de difusión de métodos anticonceptivos empleados además de la consejería en unidades médicas del primer (cuadro 4.5) y segundo nivel de atención (cuadro 4.6), de acuerdo con lo reportado por los prestadores de salud, los resultados muestran una situación similar en ambos niveles, en los que destaca de manera sustantiva el uso de folletos, trípticos y carteles como material educativo para difusión con un 72.2% en el primer nivel de atención y 77.3% en el segundo (cuadros 4.5 y 4.6). Aunque por institución el escenario es similar en ambos niveles de atención, no obstante se observan algunas variaciones en la utilización de folletos, trípticos y carteles como el mecanismo más utilizado para la difusión de métodos anticonceptivos, representando para el IMSS en el 78.9% de las unidades del primer nivel y en el 67.6% del segundo nivel, en el IMSS Oportunidades

Cuadro 4.4

Perfil profesional del personal responsable de la promoción de planificación familiar en unidades médicas del segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Médico(a)	9.1 [2.9,25.3]	0.0	38.2 [27.8,49.8]	17.9 [6.9,39.0]	16.5 [10.7,24.6]
Enfermera(o)	26.8 [12.5,48.4]	38.9 [12.1,74.6]	34.0 [23.3,46.5]	52.4 [25.1,78.4]	39.1 [26.4,53.5]
Técnico(a) en enfermería	0.0	2.0 [1.0,4.2]	3.1 [1.0,9.1]	0.0	0.9 [0.4,1.9]
Trabajador(a) Social	24.9 [12.8,42.8]	33.6 [8.1,74.3]	18.8 [11.6,29.0]	16.1 [3.6,49.8]	21.8 [13.3,33.6]
Auxiliar de salud	0.0	0.0	1.3 [1.1,1.5]	0.0	0.2 [0.2,0.3]
Auxiliar en enfermería	8.9 [1.8,34.1]	0.0	0.0	0.8 [0.4,1.4]	3.0 [0.7,12.2]
Promotor(a) de salud	2.9 [0.4,18.7]	9.2 [4.4,18.2]	0.0	0.0	2.2 [0.9,5.0]
Otro	27.5 [9.3,58.2]	16.3 [2.5,59.9]	4.7 [1.2,17.1]	12.8 [1.8,54.4]	16.3 [7.0,33.5]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	110	49	66	129	354

* Informante: Responsable del servicio, módulos de planificación familiar, medicina preventiva o consulta externa

en el 64.5% y en el 79.4%, en el ISSSTE en el 72.0% y en el 85.1%, y en los Sesa en el 74.0% y en el 80.6%, respectivamente. Llama la atención la nula difusión de métodos anticonceptivos a través de medios masivos de comunicación como son el radio y/o televisión locales por parte de las instituciones en ambos niveles de atención, acción que se recomienda en la NOM y en el PAE-PFA en donde se señala la necesidad de fortalecer los mecanismos de información, educación y comunicación (IEC) en la población a través de campañas de comunicación de alto impacto para transmitir la importancia y los beneficios de planificar la familia y el uso de la anticoncepción.^{6,13}

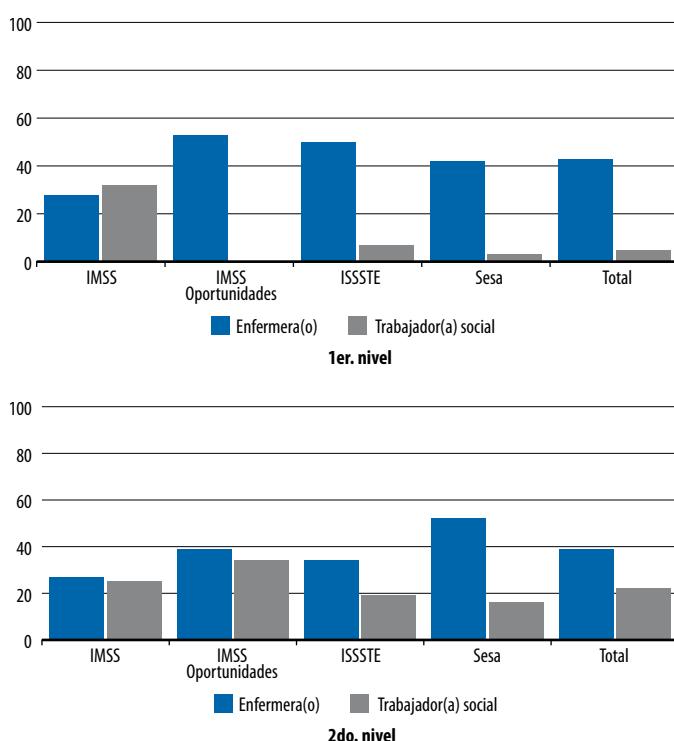
Disponibilidad

La disponibilidad oportuna de métodos anticonceptivos es la posibilidad cierta de las(os) usuarias(os) para obtener los métodos anticonceptivos en las instituciones del Sistema Nacional de Salud o para adquirirlos en las farmacias del país.¹ El propósito es reunir las condiciones que permiten a cualquier persona solicitar métodos anticonceptivos, seleccionarlos, prescribirlos y que se los otorguen o apliquen. Para avanzar en salud reproductiva se requiere emprender una estrategia integral, que identifique y privilegie a los grupos de mayor rezago y que se asegure la disponibilidad de insumos para la prestación de los servicios de salud de planificación familiar y anticoncepción.

Los principales motivos que han generado el rezago de insumos anticonceptivos en México es la desaparición de

Figuras 4.2 y 4.3

Porcentaje de unidades médicas del primer y segundo nivel de atención en donde la(el) enfermera(o) o trabajador(a) social son los responsables de la promoción en planificación familiar



Fuente: Cuadros 4.3 y 4.4

apoyos y donaciones internacionales, lo que ocasionó desabasto y restricción en la gama de métodos. Esto obligó a las instituciones de salud a destinar recursos para solventar la compra de estos insumos, sin embargo la evolución del gasto en productos médicos en planificación familiar en el país disminuyó en promedio un 16.2% entre 2003 a 2005, lo que repercute en una menor cobertura a los grupos de población con menor poder adquisitivo.¹⁴

Para mejorar el suministro de métodos anticonceptivos es necesario definir las responsabilidades de todos los involucrados en la cadena de abasto y garantizar lo que la población requiere. Para lograrlo es necesaria una planeación efectiva de las necesidades de anticonceptivos, así como un estricto seguimiento de las existencias y consumos en todas las unidades médicas donde se otorguen servicios de planificación familiar y anticoncepción.⁶ Además de disminuir la demanda insatisfecha mediante la oferta sistemática de metodología anticonceptiva, con énfasis en población adolescente, indígena y población rural. Entre las estrategias para el logro de este objetivo está favorecer el acceso y oferta de servicios de planificación familiar y anticoncepción de calidad y crear mecanismos que aseguren un abasto de insumos suficientes y oportunos en todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud que brindan este servicio. Para lo anterior es necesario tener un presupues-

Cuadro 4.5

Otros mecanismos de difusión empleados además de la consejería para una mayor difusión de métodos anticonceptivos en unidades médicas del primer nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Difusión de material educativo (folletos, trípticos y carteles)	78.9 [64.6,88.5]	64.5 [52.4,74.9]	72.0 [54.7,84.6]	74.20 [61.3,83.7]	72.2 [63.0,79.8]
Uso de material audiovisual	0.1 [0.1,0.1]	3.1 [0.9,10.2]	12.5 [3.8,33.8]	4.9 [1.5,14.3]	4.2 [1.7,10.4]
Difusión en radio y/o televisión local	2.2 [0.7,7.0]	0.0	3.5 [0.8,14.2]	0.0	0.2 [0.1,0.4]
Otros	8.0 [3.6,16.9]	31.8 [21.8,43.9]	8.5 [3.3,20.2]	19.5 [11.2,31.8]	21.6 [14.7,30.4]
Ninguno	10.7 [3.8,27.0]	0.6 [0.1,3.1]	3.5 [2.6,4.8]	0.5 [0.1,2.5]	1.1 [0.5,2.6]
No sabe, no responde	0.0	0.0	0.0	1.1 [0.2,7.6]	0.8 [0.1,5.4]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	924	3 526	85	11 185	15 720

* Informante: Responsable del servicio, módulos de planificación familiar, medicina preventiva o consulta externa

Cuadro 4.6

Otros mecanismos de difusión empleados además de la consejería para una mayor difusión de métodos anticonceptivos en unidades médicas del segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Difusión de material educativo (folletos, trípticos y carteles)	67.6 [49.4,81.7]	79.4 [36.5,96.3]	85.1 [76.5,91.0]	80.6 [59.2,92.2]	77.3 [65.8,85.8]
Uso de material audiovisual	1.9 [0.4,8.1]	17.5 [2.4,64.9]	3.9 [1.4,10.4]	0.3 [0.2,0.4]	2.7 [0.8,8.9]
Difusión en radio y/o televisión local	1.3 [0.2,9.1]	0.0	2.2 [0.8,6.1]	0.0	0.7 [0.2,2.3]
Otros	20.0 [10.3,35.3]	3.1 [1.5,6.4]	5.0 [2.0,12.2]	10.5 [2.9,31.1]	11.9 [6.5,20.8]
Ninguno	9.2 [1.7,36.5]	0.0	3.2 [0.8,12.0]	8.7 [2.2,28.6]	7.3 [2.7,18.3]
No sabe, no responde	0.0	0.0	0.6 [0.5,0.7]	0.0	0.1 [0.1,0.1]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.00
Total de unidades	211	64	96	356	727

* Informante: Responsable del servicio, módulos de planificación familiar, medicina preventiva o consulta externa

to suficiente, e instrumentar acciones para hacer compras a bajo costo ya sea en coordinación con las entidades federativas mediante la creación de fideicomisos, a través de organismos internacionales, o compra centralizada.

Una gran prioridad es garantizar la disponibilidad amplia y el acceso gratuito de los métodos anticonceptivos, y ofertarlos en un contexto que aliente la elección libre e informada mediante la asesoría adecuada y con el ofrecimiento de información completa. Para lograr esto se deben buscar las estrategias necesarias para la promoción de la salud sexual que funcione en concordancia con cada contexto social específico. El ofre-

cimiento de variados métodos anticonceptivos y la disponibilidad de por lo menos seis Métodos Anticonceptivos Modernos (MAC) es muy importante para que las mujeres y sus parejas tengan opciones que les permitan tener el número de hijos que ellas(os) quieran y evitar embarazos no deseados.^{15,16}

En este sentido, la información que se presenta a continuación muestra algunos aspectos que tienen que ver con la disponibilidad de métodos anticonceptivos en unidades del primer y segundo nivel de atención, desde la perspectiva de los prestadores de salud.

En relación a la gratuidad en la distribución de métodos anticonceptivos disponibles en unidades médicas del primer y segundo nivel de atención es de un 99.7%, cifra similar a la reportada por institución en donde se observa una distribución gratuita de métodos anticonceptivos del 100% (cuadro 4.7).

De acuerdo con la información ofrecida por los prestadores del servicio de planificación familiar en unidades médicas del primer y segundo nivel de atención, en relación la entrega de pastillas de anticoncepción de emergencia (PAE) a los adolescentes menores de edad que las solicitan, se observa que en un 68.8% de las unidades médicas se realiza la entrega. Al observar los datos por institución muestran que en un 73.9, 68.3 y 68.2 por ciento de las unidades médicas del IMSS Oportunidades, ISSSTE y Sesa respectivamente y en un 60.0% en el IMSS se entregan PAE a adolescentes menores de edad que las solicitan (cuadro 4.8 y figura 4.4).

Estos resultados expresan la necesidad de fortalecer la entrega de PAE a los adolescentes que las solicitan, dado que esta población está considerada entre los grupos prioritarios, desde la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD), El Cairo 1994⁸ y en el Programa de Acción Específico de Planificación Familiar y Anticoncepción 2007-2012,⁶

Cuadro 4.7

Porcentaje de unidades médicas del primer y segundo nivel de atención que otorgan métodos anticonceptivos disponibles de manera gratuita*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	98.0 [94.4,99.3]	100.0	100.0	99.8 [98.9,100.0]	99.7 [99.2,99.9]
No	0.7 [0.1,4.7]	0.0	0.0	0.0 [0.0,0.1]	0.1 [0.0,0.3]
Otra	1.4 [0.4,4.4]	0.0	0.0	0.0	0.1 [0.0,0.3]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 181	3 506	186	11 940	16 813

* Informante: Responsable del servicio, módulos de planificación familiar, medicina preventiva o consulta externa

Cuadro 4.8

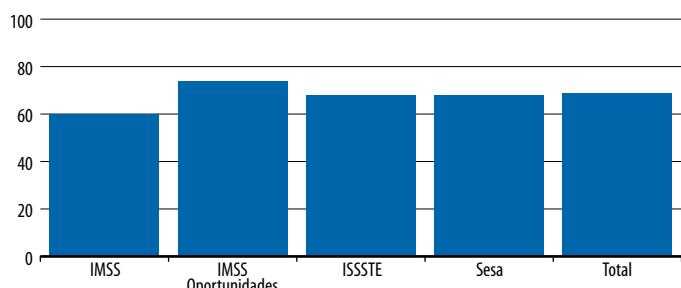
Porcentaje de unidades médicas del primer y segundo nivel de atención en las que se entregan pastillas de anticoncepción de emergencia a adolescentes menores de edad que las solicitan*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	60.0 [47.6,71.2]	73.9 [64.7,81.3]	68.3 [59.3,76.2]	68.2 [54.7,79.2]	68.8 [59.3,77.0]
No	38.8 [27.6,51.3]	25.3 [17.9,34.5]	31.7 [23.8,40.7]	30.8 [20.0,44.4]	30.2 [22.2,39.7]
No sabe	1.2 [0.4,4.0]	0.9 [0.2,4.3]	0.0	0.9 [0.3,3.3]	0.9 [0.4,2.4]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 184	3 538	189	11 832	16 744

* Informante: Responsable del servicio, módulos de planificación familiar, medicina preventiva o consulta externa

Figura 4.4

Porcentaje de unidades médicas del primer y segundo nivel de atención en las que se entregan pastillas de anticoncepción de emergencia a adolescentes menores de edad que las solicitan



Fuente: Cuadro 4.8

en donde se plantea favorecer acciones para atender la salud sexual y reproductiva en un marco de respeto a los derechos sexuales y reproductivos de los grupos de población con mayor rezago como son los adolescentes. Además de la disponibilidad es prioritario favorecer acciones conjuntas para mejorar y garantizar la accesibilidad.

En relación a la pregunta de si alguna vez –durante el año 2011– dejaron de otorgar algún método anticonceptivo por desabasto, en el 65.1% de las unidades médicas del primer nivel de atención los prestadores de salud respondieron afirmativamente. Una situación similar se refleja a nivel institucional, en donde los resultados muestran que en el 36.4% de las unidades médicas del IMSS se dejó de otorgar algún método por desabasto, en el 47.3% del IMSS Oportunidades, en el 54.4% del ISSSTE y en el 72.9% de los Sesa (cuadro 4.9 y figura 4.5).

En cuanto a la falta de otorgamiento de algún método anticonceptivo por desabasto en unidades médicas del segundo nivel, de acuerdo a lo reportado por los prestadores de salud en el 37.9% de las unidades médicas se dejó de otorgar por este motivo, dicho resultado contrasta con el obtenido en unidades del primer nivel (65.1%). A nivel institucional se observa que

Cuadro 4.9

Porcentaje de unidades médicas del primer nivel de atención donde se reportó falta de otorgamiento de algún método anticonceptivo por desabasto*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	36.4 [24.1,50.8]	47.3 [34.9,60.0]	54.4 [37.7,70.1]	72.9 [59.3,83.3]	65.1 [55.2,73.8]
No	61.6 [47.2,74.2]	52.7 [40.0,65.1]	45.6 [29.9,62.3]	27.1 [16.7,40.7]	34.8 [26.1,44.7]
No sabe, no responde	2.0 [0.6,7.0]	0.0	0.0	0.0	0.1 [0.0,0.4]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	968	3 526	88	11 572	16 153

* Informante: Responsable del servicio, módulos de planificación familiar, medicina preventiva o consulta externa

tanto en el 13.4% de las unidades médicas del IMSS se dejó de otorgar algún método, como en el 17.1% de las unidades del IMSS Oportunidades, en el 58.8%, del ISSSTE y en el 49.8% de los Sesa (cuadro 4.10 y figura 4.5).

El no tener en existencias algún método anticonceptivo al momento que éste se solicita puede deberse a varias causas, como por ejemplo, a una deficiente distribución dentro de las instituciones, o a la carencia de algún método por temporalidad o moda lo que hace incrementar la demanda y agotar las existencias. En relación con esto valdría la pena indagar el desabasto por tipo de método y conocer las diferencias. De acuerdo con las instituciones participantes existe un convenio interinstitucional para resarcir problemas de desabasto de algún método a través del apoyo mutuo, sin embargo, los resultados en el primer nivel de atención muestran que el problema aún no está solucionado. De acuerdo con la NOM 005¹³ las unidades de atención médica deben conocer el ciclo logístico de insumos a fin de garantizar el abasto permanente del material anticonceptivo.

Además, en uno de los compromisos en relación a esto en la revisión de la Conferencia Internacional de Población

y Desarrollo (CIPD) cinco años después, la ONU insistió en que los estados deben esforzarse para garantizar que en el año 2015 todos los centros de atención primaria y de planificación familiar puedan ofrecer, directamente o mediante remisión, la más amplia gama posible de métodos seguros y eficaces de planificación familiar y anticoncepción.¹⁷

Además de preguntar sobre el desabasto también se indagó con los prestadores de salud del primer y segundo nivel de atención sobre las solicitudes para realización o referencia de Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) que se reciben o identifican en las unidades médicas. De acuerdo con la información brindada por los proveedores el 6.2% de estas solicitudes se realizó en la misma unidad médica, por lo que el 93.1% se refirió a otro nivel de atención. Es importante señalar que en el primer nivel de atención se refiere a las pacientes que solicitan esta intervención ya que requieren ser atendidas en unidades hospitalarias con la infraestructura adecuada con la que no cuentan aquellas unidades médicas. Por lo que la situación observada por institución muestra que en unidades médicas de los Sesa, IMSS, ISSSTE e IMSS Oportunidades la mayoría de las solicitudes recibidas se refirieron a otro nivel de atención (cuadro 4.11). Cabe destacar que tanto en el IMSS Oportunidades como en el IMSS Régimen Ordinario cuando se identifica a una mujer que requiere o solicita un método de anticoncepción definitivo, invariablemente por infraestructura y normatividad, será referida al segundo nivel de atención o a un hospital con servicio de Gineco-Obstetricia.

Una situación similar a la anterior se observa en relación a las solicitudes recibidas para realización de vasectomía en unidades médicas del primer y segundo nivel de atención, de las cuales un 84.4% fueron referidas a otro nivel de atención. En cuanto a la información reportada por los proveedores de las unidades médicas de cada institución se observó que tanto en los Sesa como en el IMSS Oportunidades, el ISSSTE y en el IMSS se refirieron la mayoría de las solicitudes para vasectomía (cuadro 4.12).

Cuadro 4.10

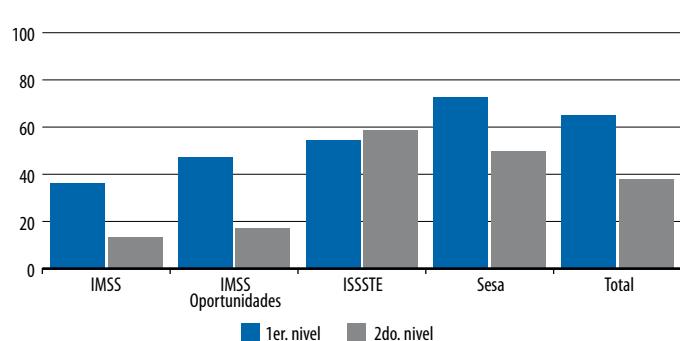
Porcentaje de unidades médicas del segundo nivel de atención donde se reportó falta de otorgamiento de algún método anticonceptivo por desabasto*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	13.4 [6,7,25,0]	17.1 [2,3,64,2]	58.8 [49,1,67,9]	49.8 [28,0,71,8]	37.9 [26,4,51,1]
No	86.6 [75,0,93,3]	82.9 [35,8,97,7]	41.2 [32,1,50,9]	44.9 [23,6,68,3]	59.4 [46,4,71,2]
No sabe, no responde	0.0	0.0	0.0	5.3 [0,7,30,4]	2.7 [0,4,17,1]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	207	64	93	376	739

* Informante: Responsable del servicio, módulos de planificación familiar, medicina preventiva o consulta externa

Figura 4.5

Porcentaje de unidades médicas del primer y segundo nivel de atención donde se reportó falta de otorgamiento de algún método anticonceptivo por desabasto



Fuente: Cuadros 4.9 y 4.10

Cuadro 4.11

Porcentaje de realización o de referencia para oclusión tubaria bilateral en unidades médicas del primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Se le realiza la OTB o ligadura en la misma unidad	19.5 [13,3,27,8]	6.8 [3,1,14,3]	47.0 [37,7,56,5]	4.0 [2,2,7,3]	6.2 [43,8,8]
Se refiere a otro nivel de atención	80.5 [72,2,86,7]	90.2 [82,4,94,8]	53.0 [43,5,62,3]	95.9 [92,6,97,8]	93.1 [90,4,95,2]
Otra	0.0	3.0 [1,0,8,1]	0.0	0.1 [0,1,0,1]	0.7 [0,3,1,8]
Total (%)	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Total de unidades	1 181	3 575	189	11 952	16 897

* Informante: Responsable del servicio, módulos de planificación familiar, medicina preventiva o consulta externa

Cuadro 4.12

Porcentaje de realización o de referencia para vasectomía en unidades médicas del primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Se le realiza la vasectomía en la misma unidad	37.8 [27.3,49.5]	13.9 [7.5,24.5]	55.8 [47.1,64.2]	9.6 [5.2,17.0]	13.0 [9.2,18.1]
Se refiere a otro nivel de atención	61.0 [49.2,71.6]	81.3 [71.2,88.4]	40.7 [32.8,49.2]	88.3 [79.9,93.5]	84.4 [78.6,88.8]
Otra	1.2 [0.4,3.1]	3.9 [1.5,9.3]	3.5 [1.3,8.8]	2.1 [0.4,10.6]	2.4 [0.8,6.9]
No sabe, no responde	0.1 [0.1,0.1]	0.9 [0.1,6.4]	0.0	0.0	0.2 [0.0,1.4]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 176	3 590	188	11 937	16 890

* Informante: Responsable del servicio, módulos de planificación familiar, medicina preventiva o consulta externa

En relación a esto, en unidades médicas del primer y segundo nivel de atención en el IMSS Régimen Ordinario las vasectomías se realizan siempre y cuando se cuente con personal capacitado, de no ser así, se refiere a alguna Unidad de Medicina Familiar que cuente con el servicio en donde se otorga de manera inmediata.

Consejería

La consejería en planificación familiar debe incluir un proceso de análisis y comunicación personal, entre los prestadores de servicios y los usuarios potenciales y activos, mediante el cual se brinden 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 más adecuado a sus necesidades individuales y así asegurar un uso correcto y satisfactorio por el tiempo que se desea la protección anticonceptiva. En parejas infériles o estériles debe acompañarse de referencia oportuna a unidades médicas en caso necesario. La consejería debe proporcionar información, orientación y apoyo educativo a individuos y parejas, para esclarecer las dudas que pudieran tener sobre los métodos anticonceptivos.⁶

La consejería debe ser impartida por integrantes del personal de salud que hayan recibido capacitación especial (personal médico, de enfermería, trabajo social, u otro personal paramédico, promotores de salud y agentes de salud comunitaria), quienes deberán estar bien informados para brindar orientación y consejería sobre todos los métodos anticonceptivos existentes, aspectos básicos de sexualidad y reproducción humana. Debe ponerse especial interés en proporcionar consejería individual y de pareja durante el periodo prenatal, posparto, post cesárea, postabortedo y cuando la situación de salud de la mujer pueda ser afectada por la presencia de un embarazo. No debe efectuarse bajo situaciones de presión emocional.^{6,13}

En este sentido la consejería es una acción fundamental en la anticoncepción postevento obstétrico (APEO) como estrategia que ha contribuido a disminuir el riesgo asociado a embarazos no deseados. Durante el 2006 la APEO presentó una prevalencia del 57.5% para las principales instituciones del Sistema Nacional de Salud, es decir solamente seis de cada diez mujeres optaron por un método anticonceptivo posterior a su evento obstétrico, cifra que aún está por debajo de la meta histórica establecida del 70%.¹⁸

Seis años después este aspecto sigue siendo un reto, dado que la meta de que por lo menos 70% de las mujeres adopten un método anticonceptivo postevento obstétrico sigue sin alcanzarse. De acuerdo con la ENSANUT 2012, una de cada dos adolescentes adopta un anticonceptivo en esta etapa reproductiva, porcentaje que disminuye conforme aumenta la edad, y alcanza menos de 4 en cada 10 mujeres de 35 años o más.¹⁹

Dentro de esta acción se presentan dos indicadores que dan cuenta de los temas más relevantes que se abordan en la consejería a usuarias(os) en unidades médicas del primer y segundo nivel de atención y en consejería anticonceptiva postevento obstétrico.

De acuerdo con la percepción de los proveedores de salud respecto a los temas que se abordan en la consejería en planificación familiar que se ofrece en los módulos de medicina preventiva o consulta externa en unidades del primer y segundo nivel de atención, los ítems sobre “información específica de métodos anticonceptivos” e “información general sobre cada uno de los métodos” resultaron ser los más abordados en la consejería en un 50.1% y 30.3% de las unidades médicas respectivamente. De tal manera que en lo que respecta a temas como “apoyo en la decisión de adoptar un método sin inducir” e “identificar necesidades de las(os) usuarias(os)” sólo se abordaron por el 1.9% y 6.5% del personal de las unidades médicas (figura 4.6). Los resultados mostrados por institución dan cuenta de que los temas tratados en la consejería en planificación familiar son acerca de información general de los métodos anticonceptivos y en menos del 50% de las unidades médicas (cuadro 4.13 y figura 4.6).

Con estos resultados se advierte la necesidad de fortalecer todos los temas en la consejería en planificación familiar, en particular en aspectos como “apoyo sobre la decisión de adoptar un método sin inducir” e “identificación de las necesidades de las(os) usuarias(os)”. Ambos temas son primordiales en la consejería ya que en esta acción se debe proporcionar información, orientación y apoyo educativo a individuos y parejas para esclarecer las dudas que pudieran tener sobre los métodos anticonceptivos, por lo que fortalecer la información y el conocimiento claro y oportuno de estos, es vital sobre todo en poblaciones vulnerables.²⁰

Dada la importancia de la anticoncepción postevento obstétrico como estrategia que contribuye a disminuir el riesgo asociado a embarazos no deseados o riesgosos, en el 86.7% de las unidades médicas del primer y segundo nivel de atención

Cuadro 4.13

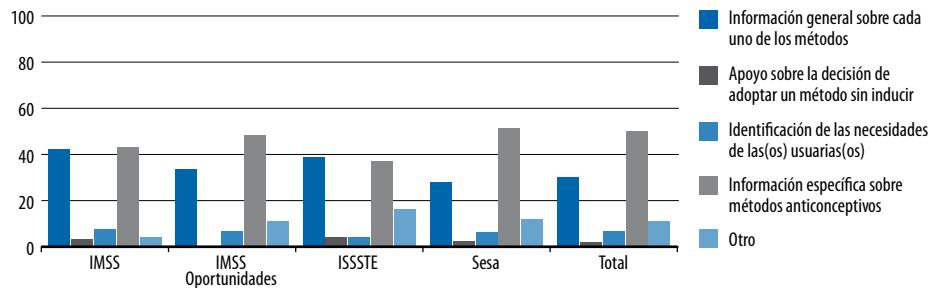
Aspectos de la consejería en planificación familiar que se abordan con usuarias(os) en unidades médicas del primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Información general sobre cada uno de los métodos	42.1 [30.5,54.6]	33.6 [23.0,46.3]	38.8 [30.6,47.8]	28.0 [18.5,40.0]	30.3 [22.6,39.3]
Apoyo sobre la decisión de adoptar un método sin inducir	3.2 [1.4,7.5]	0.2 [0.1,0.8]	4.1 [1.6,10.1]	2.2 [0.4,10.9]	1.9 [0.5,7.3]
Identificación de las necesidades de las(os) usuarias(os)	7.5 [3.9,14.0]	6.7 [2.6,16.4]	3.9 [2.1,7.3]	6.4 [2.1,18.1]	6.5 [2.9,13.8]
Información específica sobre métodos anticonceptivos	43.1 [31.4,55.5]	48.5 [35.9,61.4]	37.1 [28.7,46.4]	51.4 [37.3,65.3]	50.1 [39.5,60.6]
Otro	4.1 [2.0,8.5]	10.9 [5.6,20.3]	16.1 [8.8,27.5]	11.8 [5.0,25.4]	11.2 [5.8,20.4]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 143	3 523	188	11 553	16 406

* Informante: Responsable del servicio, módulos de planificación familiar, medicina preventiva o consulta externa

Figura 4.6

Aspectos de la consejería en planificación familiar que se abordan con usuarias(os) en unidades médicas del primer y segundo nivel de atención



Fuente: Cuadro 4.13

los prestadores de salud proporcionan consejería anticonceptiva a las mujeres después de un evento obstétrico. En este mismo rubro pero por institución se puede observar que en 99.9% de las unidades médicas del IMSS Oportunidades se proporcionó consejería anticonceptiva postevento obstétrico, al igual que en el 84.9% de los Sesa, en el 91.5% del ISSSTE y en el 85.2% del IMSS (cuadro 4.14 y figura 4.7). Cabe mencionar que el IMSS, en los casos de mujeres puérperas que no aceptaron un método anticonceptivo en el postevento obstétrico, tanto la trabajadora social como la enfermera, nuevamente aplican consejería para lograr realizar “reconquistas” lo que finalmente incrementa el número de aceptantes antes del egreso hospitalario.

De acuerdo con los resultados de la ENSANUT 2012,¹⁰ persiste la necesidad de promover la anticoncepción postparto para fortalecerla, por lo que el ofrecimiento y la calidad de la información y consejería proporcionada a las usuarias, tanto en las consultas prenatales como en la estancia hospitalaria, debe garantizar que las mujeres y sus parejas tomen esa decisión con plena conciencia y conforme a sus expectativas reproductivas.⁶

Capacitación

La capacitación del personal profesional de salud que ofrece el servicio de planificación familiar y anticoncepción es crucial

Cuadro 4.14

Porcentaje de unidades médicas del primer y segundo nivel de atención en las que se proporciona consejería anticonceptiva después de un evento obstétrico*

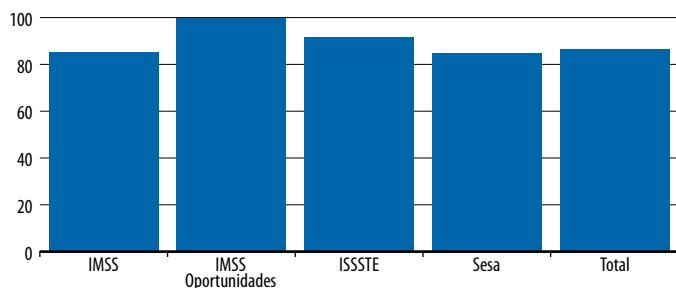
	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	85.2 [71.3,93.0]	99.9 [99.3,100.0]	91.5 [86.8,94.6]	84.9 [71.0,92.8]	86.7 [75.1,93.4]
No	13.4 [5.9,27.7]	0.1 [0.0,0.7]	7.9 [4.9,12.3]	14.9 [7.0,28.8]	13.1 [6.5,24.7]
Otra	1.4 [0.3,6.0]	0.0	0.6 [0.1,4.5]	0.0	0.1 [0.0,0.2]
Total (%)	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Total de unidades	548	1 489	172	11 200	13 409

* Informante: Responsable del servicio, módulos de planificación familiar, medicina preventiva o consulta externa

para ofertar información adecuada y para el desarrollo de habilidades que le permitan responder a las necesidades de las(os) usuarias(os) bajo una perspectiva de género. La información adecuada en planificación familiar que el proveedor de salud ofrece es fundamental porque posibilita a las(os) usuarias(os) a ejercer sus derechos, reconocer métodos anticonceptivos y elegir con conocimiento y autonomía. Dicha capacitación debe abarcar orientaciones sobre métodos, y sobre salud sexual y

Figura 4.7

Porcentaje de unidades médicas del primer y segundo nivel de atención en las que se proporciona consejería anticonceptiva después de un evento obstétrico



Fuente: Cuadro 4.14

reproductiva¹⁵ y proveer información sobre la efectividad, ventajas y desventajas de los diferentes métodos anticonceptivos, enfatizando la importancia que estos tienen para evitar embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, así como para planear el espaciamiento de los hijos. Además debe estar capacitados para considerar los aspectos culturales económicos y políticos de las(os) usuarias(os) (creencias, costumbres, tradiciones), que pueden interferir con el acceso y el uso seguro de los métodos de planificación familiar.

El desempeño de los proveedores es fundamental para la calidad de los servicios que ofrecen los programas de planificación familiar y anticoncepción. Su conocimiento y destrezas técnicas garantizan la protección y seguridad de las(os) usuarias(os), mientras que sus habilidades en comunicación interpersonal ayudan a los usuarios a hacer elecciones informadas al elegir un método.

Uno de los objetivos específicos planteados en el PAE-PFA es fortalecer la coordinación interinstitucional a fin de homologar la capacitación, el sistema de información, el monitoreo y 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 planificación familiar y anticoncepción. En el tema de capacitación se plantea aplicar un sistema que desarrolle en los proveedores de servicios nuevas destrezas que fortalezcan las existentes en materia de salud sexual y reproductiva, con énfasis en planificación familiar, buscando asegurar que los conocimientos de los proveedores sean actualizados con un enfoque de medicina basada en evidencia y en las mejores prácticas. Además para fortalecer este rubro se propone desarrollar eventos de capacitación a distancia que permitan aumentar la cobertura del personal de salud con las competencias técnicas necesarias, con perspectiva de género y el respeto de los derechos reproductivos de las mujeres y hombres.⁶

A continuación se presentan algunos indicadores sobre el nivel o grado de capacitación de los responsables del servi-

cio de planificación familiar en temas relevantes relacionados con este servicio.

Una de las preguntas que se le hicieron al personal responsable del servicio de planificación familiar en unidades médicas del primer y segundo nivel de atención fue acerca de qué tan capacitados se sienten en relación a varios temas cuyas opciones de respuesta fueron: no capacitado, poco capacitado, medianamente capacitado y suficientemente capacitado. La información presentada en el cuadro 4.15 y la figura 4.8 y muestra las respuestas del personal que dijo sentirse suficientemente capacitado.

La información recabada en cuanto a necesidades de capacitación refiere que poco más del 50% de las unidades médicas del primer y segundo nivel de atención el personal reportó sentirse suficientemente capacitados en los temas “contraindicaciones y efectos colaterales de métodos de planificación familiar”, “brindar consejería en salud sexual y reproductiva” “insertar DIU”, “ofrecimiento de información sobre OTB o ligadura de trompas”, “dar información sobre vasectomía”, “prescribir anticoncepción de emergencia” y en “temas de equidad e igualdad de género”, referidos en el cuadro 4.15 y la figura 4.8. En general se percibe una gran necesidad de fortalecer la capacitación de personal en conocimientos que les permitan responder de manera certera a las necesidades de las(os) usuarias(os) para que los posibilite a ejercer sus derechos, reconocer métodos anticonceptivos y elegir con conocimiento y autonomía. Es primordial que los prestadores de salud tengan conocimiento claro sobre el qué, el cómo y el cuándo en cuanto a contraindicaciones y efectos colaterales de métodos de planificación familiar y en prescribir anticoncepción de emergencia con un enfoque de equidad e igualdad de género.

En relación a las horas de capacitación recibidas por los prestadores de salud reportada por los directores o subdirectores médicos en unidades del primer y segundo nivel, se puede observar (cuadro 4.16 y figura 4.9) un bajo porcentaje del personal que recibió 20 horas o más de capacitación en los temas que se mencionan en el cuadro 4.16. Es evidente la baja participación del personal de salud en capacitaciones con este rango de tiempo en temas de anticoncepción postevento obstétrico, consejería en salud sexual y reproductiva, planificación familiar para adolescentes, inserción de DIU, consejería en OTB, consejería en vasectomía, anticoncepción de emergencia, interrupción del embarazo y temas de equidad e igualdad de género.

Estas cifras denotan la necesidad generalizada de implementar capacitaciones con el fin de ofrecer una consejería con respecto a la libre opción y decisión anticonceptiva, con una amplia información sobre las técnicas, ventajas y limitaciones de los diferentes métodos anticonceptivos (cuadro 4.16 y figura 4.9).

Cuadro 4.15

Detección de necesidades de capacitación en unidades médicas del primer y segundo nivel de atención*

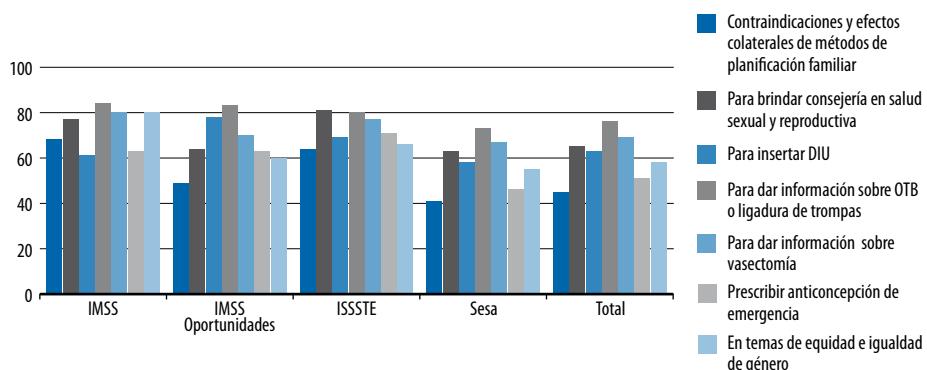
Se siente suficientemente capacitado(a) en:	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Contraindicaciones y efectos colaterales de métodos de planificación familiar	67.6 [56.0,77.3]	49.2 [36.3,62.2]	64.2 [53.9,73.3]	41.0 [27.8,55.7]	44.9 [34.7,55.5]
Para brindar consejería en salud sexual y reproductiva	76.9 [64.9,85.7]	64.3 [51.9,75.1]	80.9 [71.9,87.5]	63.1 [49.0,75.4]	64.6 [54.0,73.9]
Para insertar DIU	61.3 [49.2,72.2]	78.3 [64.5,87.8]	68.7 [59.1,76.9]	58.3 [44.7,70.8]	62.9 [53.1,71.8]
Para dar información sobre OTB o ligadura de trompas	84.3 [72.7,91.6]	82.5 [69.3,90.7]	79.9 [72.7,85.5]	72.5 [59.2,82.8]	75.6 [65.6,83.3]
Para dar información sobre vasectomía	79.5 [67.7,87.8]	69.6 [55.9,80.6]	76.5 [69.2,82.5]	67.3 [53.2,78.8]	68.7 [58.3,77.6]
Prescribir anticoncepción de emergencia	62.9 [49.8,74.3]	62.9 [48.5,75.4]	71.3 [62.3,78.9]	46.1 [32.5,60.2]	51.1 [41.0,61.2]
En temas de equidad e igualdad de género	79.6 [69.4,87.0]	59.6 [46.1,71.8]	66.1 [55.8,75.1]	55.4 [42.0,68.0]	58.1 [48.1,67.5]
Total de unidades	1 184	3 590	189	11 933	16 895

* Informante: Responsable del servicio, módulos de planificación familiar, medicina preventiva o consulta externa

Figura 4.8

Temas de planificación familiar en los que el personal del primer y segundo nivel de atención percibe sentirse suficientemente capacitado(a)

Fuente: Cuadro 4.15

**Cuadro 4.16**

Porcentaje de personal que recibió veinte horas o más de capacitación en diferentes temas de planificación familiar en unidades del primer y segundo nivel de atención en 2011*

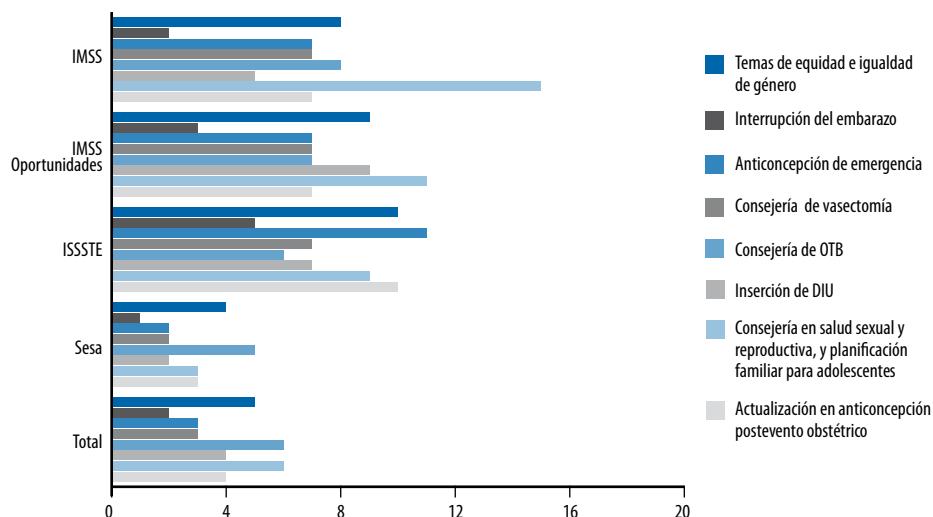
20 o más horas de capacitación en:	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Actualización en anticoncepción postevento obstétrico	7.3 [4.2,12.4]	7.1 [3.2,15.0]	10.2 [6.3,16.2]	3.2 [0.9,10.2]	4.4 [2.2,8.4]
Consejería en salud sexual y reproductiva, y planificación familiar para adolescentes	15.0 [8.5,25.2]	11.0 [6.1,19.2]	9.4 [5.5,15.4]	3.4 [1.4,7.7]	5.9 [3.8,8.9]
Inserción de DIU	4.7 [2.5,8.5]	8.6 [4.3,16.5]	7.2 [3.7,13.5]	1.9 [0.7,5.2]	3.6 [2.1,6.1]
Consejería de OTB	7.8 [4.5,13.1]	7.2 [3.3,15.1]	6.0 [2.8,12.3]	4.9 [1.2,17.8]	5.6 [2.3,13.0]
Consejería de vasectomía	7.2 [4.1,12.5]	7.2 [3.3,15.1]	6.9 [3.7,12.4]	1.5 [0.4,4.7]	3.2 [1.8,5.5]
Anticoncepción de emergencia	7.3 [4.2,12.4]	6.6 [2.9,14.2]	11.3 [6.5,18.7]	1.6 [0.5,4.7]	3.2 [1.8,5.4]
Interrupción del embarazo	1.7 [0.8,3.5]	2.5 [0.7,8.4]	4.8 [2.2,9.9]	1.4 [0.4,4.8]	1.7 [0.7,3.8]
Temas de equidad e igualdad de género	8.1 [4.7,13.5]	9.0 [3.0,24.4]	9.9 [5.3,17.7]	3.5 [1.0,11.1]	5.1 [2.4,10.2]
Total de unidades	1 174	3 418	183	11 439	16 213

* Informante: Director(a) o responsable médico

Figura 4.9

Porcentaje de personal en unidades médicas del primer y segundo nivel de atención que recibió veinte horas o más de capacitación

Fuente: Cuadro 4.16



Calidad del servicio

La calidad de la atención es fundamental para que usuarias(os) de los servicios de planificación familiar se acerquen con la confianza plena de recibir una atención basada en el respeto. Por lo que contar con recursos humanos capacitados y sensibilizados así como con la disponibilidad de infraestructura adecuada que permita y promueva la privacidad y la calidez en la atención. Aunado a la disponibilidad de normas, manuales, formatos y cartillas para sustentar y dar seguimiento a las intervenciones médicas. Estos son algunos de los elementos sustanciales con los que las unidades médicas deben de contar, para lo que se requiere la participación activa tanto de los directivos de las instituciones de salud como de los responsables de los programas.

Disponibilidad de infraestructura

En el servicio de planificación familiar uno de los elementos fundamentales que se debe de tomar en cuenta y que impacta en la calidad del servicio, es la disponibilidad de espacio físico exclusivo o privado para brindar consejería en planificación familiar. Para indagar este aspecto a los encargados o responsables de ofertar servicios de planificación familiar se les preguntó si las unidades médicas cuentan con espacio físico exclusivo para brindar consejería en planificación familiar.

De acuerdo a las respuestas obtenidas, un 43.9% de las unidades médicas cuentan con espacio físico exclusivo para brindar este servicio (cuadro 4.17). Por institución, se pudo observar que alrededor del 50 por ciento de las unidades médicas cuentan con espacio exclusivo, con excepción de los Sesa en donde sólo el 38.5% de las unidades de salud cuentan con este tipo de espacios. Este resultado permite suponer que en el segundo nivel de atención se cuenta con

mayor disponibilidad de espacio exclusivo para brindar consejería respecto del primer nivel, ya que las unidades encuestadas fueron en su mayoría del primer nivel de atención y el resultado de las unidades médicas de los Sesa que cuentan con este espacio es bajo.

Si bien es cierto, no todas las unidades médicas en las instituciones de salud cuentan con espacio exclusivo, no obstante algunas refirieron contar con espacio privado para brindar consejería en planificación familiar.

En relación con lo anterior, además se les preguntó a los prestadores si tienen alguna limitación para proporcionar información en planificación familiar por la falta de espacio privado o por la falta de oportunidades de hablar a solas con usuarias(os).

En cuanto a la falta de espacio privado en 25.2% de las unidades médicas existe este problema para brindar información sobre planificación familiar (cuadro 4.18 y figura 4.10). En la información reportada por la institución los

Cuadro 4.17

Porcentaje de unidades médicas del primer y segundo nivel de atención que cuentan con espacio físico exclusivo para brindar consejería en planificación familiar*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	60.8 [48.1,72.1]	55.4 [42.7,67.3]	65.1 [55.1,73.9]	38.5 [25.8,52.9]	43.9 [34.0,54.3]
No	38.5 [27.2,51.2]	44.6 [32.6,57.3]	32.7 [24.0,42.9]	61.3 [46.9,74.0]	55.9 [45.5,65.8]
No aplica	0.7 [0.1,3.9]	0.0 [0.0,0.0]	2.2 [0.6,7.4]	0.0 [0.0,0.0]	0.1 [0.0,0.2]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 181	3 590	190	11 952	16 912

* Informante: Responsable del servicio, módulos de planificación familiar, medicina preventiva o consulta externa

Cuadro 4.18

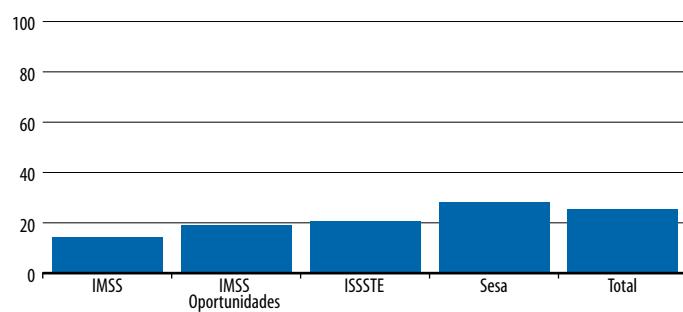
Limitación para proporcionar información sobre planificación familiar por dificultad de espacio privado en unidades del primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	14.4 [7.8,25.0]	18.8 [10.1,32.4]	20.5 [12.9,31.0]	28.2 [18.0,41.3]	25.2 [17.6,34.7]
No	85.6 [75.0,92.2]	81.2 [67.6,89.9]	79.5 [69.0,87.1]	71.6 [58.5,81.8]	74.7 [65.2,82.3]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 184	3 590	188	11 952	16 914

* Informante: Responsable del servicio, módulos de planificación familiar, medicina preventiva o consulta externa

Figura 4.10

Porcentaje de unidades médicas del primer y segundo nivel de atención donde se refirió que existe limitación para proporcionar información sobre planificación familiar por dificultad de espacio privado



Fuente: Cuadro 4.18

resultados muestran que un porcentaje importante de las unidades médicas cuentan con espacio privado para ofrecer este servicio, sin embargo es necesario garantizar que el 100 por ciento de las unidades médicas dispongan de este tipo de espacio, principalmente en las unidades del primer nivel de atención.

Continuando con este tema, la falta de oportunidad de hablar a solas con usuarias(os) es una limitación para ofrecer consejería en planificación familiar, situación que puede restringir el acercamiento de las(os) usuarias(os) para solicitar información y consejería. La limitante de hablar a solas con usuarias(os) puede estar ligada a la falta de espacio privado. La privacidad para ofrecer información en planificación familiar y anticoncepción y la oportunidad de hablar a solas con usuarias(os), sin la presencia de familiares, niños, niñas y acompañantes, pudo ser un factor positivo para fomentar un mayor acercamiento de la población a estos servicios.

De acuerdo a los resultados que se muestran en la figura 4.11 se observa una mayor limitación para proporcionar información sobre planificación familiar en unidades del primer nivel de atención por la falta de oportunidad de hablar a solas con usuarias(os) (cuadros 4.19 y 4.20). Los re-

sultados obtenidos por institución muestran que en unidades médicas del primer nivel de los Sesa (31.1%) y del ISSSTE (23.3%) y en el segundo nivel en las del IMSS Oportunidades (21.9%) existe una mayor limitación para hablar a solas con usuarias(os) (cuadros 4.19 y 4.20 y figura 4.11).

Cuadro 4.19

Limitación para proporcionar información sobre planificación familiar porque hay pocas oportunidades de hablar a solas con usuarios(as) en unidades del primer nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	10.8 [4.0,25.9]	13.0 [6.6,24.1]	23.3 [10.3,44.8]	31.1 [19.5,45.8]	25.9 [17.2,37.2]
No	89.2 [74.1,96.0]	87.0 [75.9,93.4]	76.7 [55.2,89.7]	68.9 [54.2,80.5]	74.1 [62.8,82.8]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	942	3 523	88	11 555	16 107

* Informante: Responsable del servicio, módulos de planificación familiar, medicina preventiva o consulta externa

Cuadro 4.20

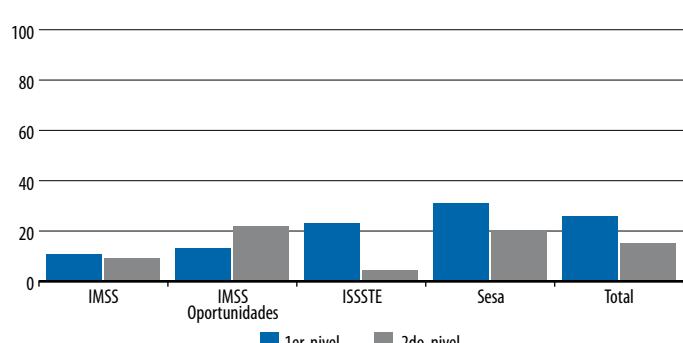
Limitación para proporcionar información sobre planificación familiar porque hay pocas oportunidades de hablar a solas con usuarios(as) en unidades del segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	9.1 [3.3,22.5]	21.9 [3.3,70.1]	4.6 [1.5,13.3]	19.9 [7.7,42.5]	15.1 [7.7,27.4]
No	90.9 [77.5,96.7]	78.1 [29.9,96.7]	95.4 [86.7,98.5]	74.8 [51.5,89.3]	82.3 [69.3,90.5]
No sabe, no responde	0.0	0.0	0.0	5.3 [0.7,30.4]	2.6 [0.4,17.0]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	211	64	94	376	744

* Informante: Responsable del servicio, módulos de planificación familiar, medicina preventiva o consulta externa

Figura 4.11

Porcentaje de unidades médicas del primer y segundo nivel de atención donde se refirió que existe limitación para proporcionar información sobre planificación familiar porque hay pocas oportunidades de hablar a solas con usuarios(as)



Fuente: Cuadros 4.19 y 4.20

La disponibilidad de infraestructura para proporcionar información sobre planificación familiar en unidades médicas del primer y segundo nivel de atención es un elemento sustancial que permitirá una mayor adherencia de usuarias(os) a este servicio.

Disponibilidad de normas y manuales

En lo que respecta a la disponibilidad satisfactoria de normas y manuales de consulta básica para el otorgamiento de consejería en planificación familiar en unidades del primer y segundo nivel de atención, se obtuvieron los siguientes resultados. Cabe mencionar que la disponibilidad satisfactoria en este caso se refiere a que el material esté utilizable y accesible de manera adecuada en formato impreso o electrónico.

La información recabada muestra que el 66.1% de las unidades médicas del primer nivel de atención disponen de manera satisfactoria de la NOM (NOM-005) y en el 79.4% del segundo nivel (cuadros 4.21 y 4.22 y figuras 4.12 y 4.13). En cuanto a la disponibilidad de manuales sobre indicaciones y contraindicaciones de métodos anticonceptivos en las unidades médicas es del 56.0% en el primer nivel y 75.9% en el segundo. En este sentido en algunas de las instituciones los manuales de indicaciones y contraindicaciones de métodos anticonceptivos no existen como tal, dado que en el ISSSTE cuentan con un manual para OTB y vasectomía, por su parte en el IMSS estos aspectos están considerados como parte de sus lineamientos internos, y en las unidades del IMSS Oportunidades cuentan con la NOM 005 impresa donde se especifica esta información.

La disponibilidad completa y en buen estado de estos materiales son un componente importante en la calidad del servicio, no obstante esto no es suficiente si no se fomenta su consulta y el apego para garantizar un servicio de calidad. La disponibilidad y utilización de materiales de apoyo para la atención médica está establecido en el Programa Nacional de Salud 2007-2012.¹²

Disponibilidad de formatos y cartillas

Algunas de las acciones que efectúan los prestadores de salud requieren del asentimiento de usuarias(os) por lo que los formatos de consentimiento informado son el respaldo para la realización de algunas intervenciones médicas. En este servicio una de las acciones que requiere del consentimiento informado de usuarias(os) es la realización de OTB y vasectomía, por lo que la disponibilidad satisfactoria de formatos y cartillas en estas unidades médicas es primordial para pacientes que optan por métodos anticonceptivos definitivos o temporales.

Los resultados obtenidos muestran que en el 64.1% de las unidades médicas del primer y segundo nivel de atención tienen disponibilidad satisfactoria de formatos de consentimiento informado, al igual que en el 87.6%, del IMSS, en el 80.7% del IMSS Oportunidades, en el 77% del ISSSTE y en el 56.5% de los Sesa (cuadro 4.23 y figura 4.14). Sin embargo, de acuerdo a la información reportada por los prestadores de salud de ambos niveles en el 26.7% de las unidades médicas no hay disponibilidad de estos formatos. La importancia de contar con los formatos y cartillas estriba en trabajar con apego a

Cuadro 4.21

Disponibilidad satisfactoria de normas y manuales en unidades médicas del primer nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
NOM-005 en el consultorio o donde se brinda consejería	56.8 [42.4,70.1]	77.4 [64.7,86.5]	71.3 [57.5,82.1]	63.5 [49.0,75.8]	66.1 [55.3,75.5]
Manuales sobre indicaciones y contraindicaciones de métodos anticonceptivo en consultorio o lugar donde se brinda la consejería	59.6 [44.6,72.9]	61.3 [47.3,73.6]	53.7 [36.7,69.9]	54.2 [39.8,67.9]	56.0 [45.1,66.4]
Total de unidades	927	3 494	84	11 612	16 117

Fuente: Listas de cotejo

Cuadro 4.22

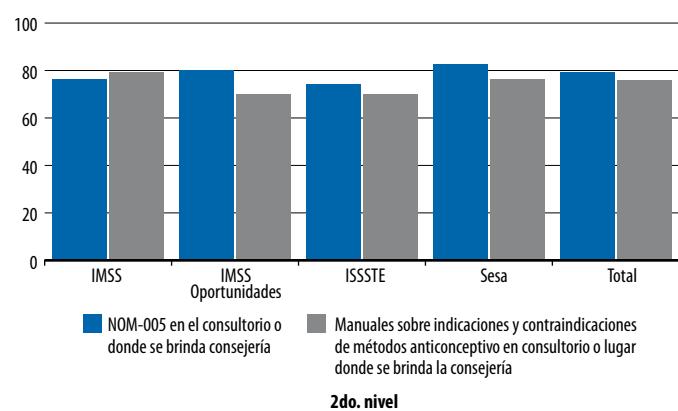
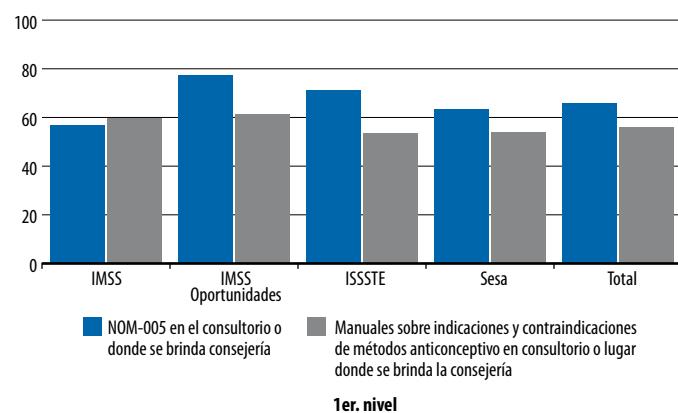
Disponibilidad satisfactoria de normas y manuales en unidades médicas del segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
NOM-005 en el consultorio o donde se brinda consejería	76.2 [57.9,88.1]	80.0 [34.1,96.9]	74.2 [63.8,82.4]	82.6 [59.2,94.0]	79.4 [68.0,87.5]
Manuales sobre indicaciones y contraindicaciones de métodos anticonceptivo en consultorio o lugar donde se brinda la consejería	79.1 [58.7,91.0]	70.2 [30.5,92.7]	70.2 [59.3,79.2]	76.4 [55.1,89.5]	75.9 [63.2,85.2]
Total de unidades	210	59	88	355	712

Fuente: Listas de cotejo

Figuras 4.12 y 4.13

Disponibilidad satisfactoria de normas y manuales en unidades médicas del primer y segundo nivel de atención



Fuente: Cuadros 4.21 y 4.22

la normatividad y a los lineamientos contenidos en estas, con el fin de realizar cada procedimiento de manera certera.

Conclusiones

Promoción

- En el 50% de las unidades médicas del primer y segundo nivel de atención se cuenta con personal responsable para la promoción en planificación familiar y anticoncepción, por lo que prevalece la necesidad generalizada de personal para realizar una de las acciones básicas y prioritarias de este servicio.
- Generalmente el perfil del personal responsable de realizar la promoción en planificación familiar en las unidades médicas del primer y segundo nivel de atención es enfermera(o), seguidos de promotor(a) de salud y de trabajador(a) social (en algunas instituciones es un equipo multidisciplinario de salud). En este sentido la relevancia estriba en que el (la) responsable esté capacitado(a) para desarrollar de manera satisfactoria esta acción.

Cuadro 4.23

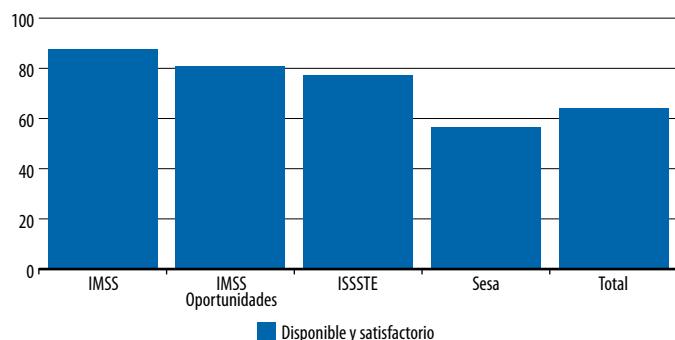
Disponibilidad de formatos de consentimiento informado para pacientes que optan por métodos anticonceptivos definitivos o temporales en unidades médicas del primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Disponible y satisfactorio	87.6 [77.3,93.7]	80.7 [68.6,88.9]	77.0 [68.1,84.0]	56.5 [41.6,70.3]	64.1 [53.1,73.8]
Disponible y no satisfactorio	2.1 [0.6,7.3]	2.1 [0.7,6.5]	2.0 [0.6,6.8]	6.7 [2.6,15.8]	5.3 [2.4,11.5]
No disponible	7.3 [3.1,16.4]	13.3 [6.2,26.3]	18.8 [12.3,27.6]	32.8 [21.0,47.3]	26.7 [18.2,37.3]
No aplica	2.9 [0.5,15.2]	3.9 [1.0,14.0]	2.2 [1.3,3.9]	4.0 [0.8,18.5]	3.9 [1.1,12.5]
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 184	3 542	184	11 693	16 603

Fuente: Listas de cotejo

Figura 4.14

Disponibilidad de formatos de consentimiento informado para pacientes que optan por métodos anticonceptivos definitivos o temporales en unidades médicas del primer y segundo nivel de atención



Fuente: Cuadro 4.23

Disponibilidad

- La gratuidad de los métodos anticonceptivos en las instituciones es del 100%, sin embargo el desabasto es un problema generalizado que requiere ser atendido.
- Los casos recibidos para realización de OTB y Vasectomía en unidades del primer y segundo nivel de atención generalmente son referidos. En este sentido queda de manifiesto la necesidad de fortalecer este servicio principalmente en las unidades médicas del primer nivel de atención.

Consejería

- Entre los temas abordados con usuarias(os) como parte de la consejería en planificación familiar destaca la necesidad de involucramiento por parte de los prestadores de salud para “identificar necesidades de las(os) usuarias (os)” y brindar “apoyo para la decisión de adopción de un método”. Dado que ambos aspectos son primordiales para garantizar una consejería efectiva es imperioso buscar los mecanismos necesarios para su fortalecimiento.
- Destacado ofrecimiento de consejería en anticoncepción postevento obstétrico, sin embargo se debe de garantizar que las mujeres y sus parejas adopten un método de manera informada, con plena conciencia y conforme a sus expectativas reproductivas.
- Se observa la necesidad generalizada de incrementar las horas de capacitación e involucrar a más personal en temas para ofrecer información y consejería amplia e informada sobre las ventajas y limitaciones de los diferentes métodos anticonceptivos.

Calidad del servicio

Disponibilidad de infraestructura

- Más del 70% de las unidades médicas cuentan con espacio físico privado para proporcionar información y consejería en planificación familiar, sin embargo es necesario garantizar la existencia de este espacio en todas las unidades médicas partiendo de que es una prerrogativa que fortalece la oportunidad de hablar a solas con usuarias(os).

Disponibilidad de normas, manuales, formatos y cartillas

- Se observa la necesidad de que en las unidades médicas del primer y segundo nivel de atención donde se oferta el servicio de planificación familiar y anticoncepción se generalice la disponibilidad satisfactoria de la NOM-005, así como de manuales, formatos y cartillas con el fin de que la prestación del servicio sea con apego a la normatividad institucional.

Recomendaciones

Normatividad

- Actualizar la NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar
- De manera paralela, realizar las modificaciones legales para que se considere a los métodos anticonceptivos como insumos esenciales y se pueda realizar la compra centraliza-

lizada o consolidada de manera que se asegure el abasto suficiente y oportuno de los diferentes método en todas las instituciones y entidades federativas.

- Incorporar a los cuadros básicos y los marcos normativos correspondientes los métodos anticonceptivos modernos que han demostrado una alta efectividad y aceptación, ejemplo parche anticonceptivo.
- Determinar criterios de atención, incluyendo específicamente la creación de procesos normativos de atención estandarizados (incluyendo un sistema de control e indicadores).

Operación del programa y trabajo interinstitucional

Esto permite:

- Posicionar nuevamente a la planificación familiar como un programa de salud prioritario, que contribuye al desarrollo social del país y a la disminución de la mortalidad materna y perinatal
- Fortalecer la coordinación interinstitucional, intersectorial y con los grupos de la sociedad organizada para desarrollar campañas informativas y de promoción de servicios de planificación familiar.
- Definir e implementar estrategias innovadoras acordes a las nuevas tecnologías y estilo de vida de la población para el diseño, producción y difusión de materiales impresos y audiovisuales con información acorde a las necesidades de los grupos poblacionales (grupos de edad, estado civil, indígena, rural, urbana marginada) sobre planificación familiar y uso de métodos anticonceptivos.
 - Conocer cuáles son los conocimientos y creencias de la población a la que se quiere llegar (culturales, religiosas).
 - Garantizar que todas las unidades médicas y servicios de planificación familiar y anticoncepción que atienden a población indígena cuenten con un traductor y/o enlace comunitario bilingüe.
 - Elaborar materiales de difusión adecuados y buscar los espacios públicos apropiados para que esta información llegue a la población.
 - Crear, buscar y fortalecer estrategias de promoción de servicios de planificación familiar y anticoncepción en redes sociales.
- Garantizar el cumplimiento oportuno de las responsabilidades asignadas (gobierno, instituciones federales, gobiernos locales) en la cadena de abasto, con la finalidad de cubrir en tiempo y forma las necesidades de la población en materia de anticoncepción.
 - Crear mecanismos que aseguren un abasto de insumos suficientes, oportunos y de calidad en todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud que brindan este servicio.

- Hacer una planeación efectiva de las necesidades de anticonceptivos, así como un estricto seguimiento de las existencias y consumos en todas las unidades médicas donde se otorguen servicios de Planificación Familiar y anticoncepción.
- Disminuir la demanda insatisfecha mediante la oferta sistemática, con énfasis en población indígena, rural y urbana marginada.
- Fortalecer las actividades de comunicación educativa en Salud Reproductiva y Planificación Familiar (SRPF), con énfasis en la consejería, del personal responsable de las unidades médicas y personal de apoyo a nivel extramuros.
- Promover el uso de la “consejería dirigida”, lo que permitirá identificar las necesidades de usuaria(o)s y centrarse en ella(o)s, con la finalidad de seleccionar el método anticonceptivo idóneo de acuerdo con las expectativas reproductivas y condición de salud.
- Promover las bondades del uso adecuado de la anticoncepción, partiendo de que los servicios de planificación familiar de buena calidad garantizan una extensa variedad de métodos anticonceptivos, permitiendo importantes beneficios y ventajas para la salud de las mujeres, sus familias y de la sociedad.
- Fomentar y asegurar que el personal de salud proporcione información, comunicación y educación, que incluya consejería en salud reproductiva y planificación familiar, durante el control prenatal y atención obstétrica a fin de incrementar la protección anticonceptiva de calidad en el postevento obstétrico.
- Elevar las metas de anticoncepción postevento obstétrico y considerarlo como una acción prioritaria para la disminución de la mortalidad materna particularmente en mujeres con riesgo obstétrico alto.
- Incluir o reforzar el enfoque de riesgo reproductivo en la consejería anticonceptiva con la intención de que la pareja vislumbre en la adopción de MACs una forma de cuidar su salud reproductiva y no sólo evitar la concepción.
- Fortalecer la consejería para la anticoncepción en los servicios de especialidades del segundo y tercer nivel para las mujeres con enfermedades crónico degenerativas, incluido el cáncer. Incorporar esta acción en un indicador que pueda evaluar las acciones.
- Diseñar e implementar estrategias de capacitación efectiva con metodologías innovadoras que permita mejorar el conocimiento, las destrezas y habilidades del personal responsable de la SRPF, a fin de incrementar la calidad en la prestación de servicios.
- Difundir y compartir modelos exitosos de capacitación al personal y de provisión de servicios de planificación familiar en población con barreras culturales para su aceptación.
- Asegurar que los proveedores y prestadores de servicios cuenten con conocimientos e información actualizada acorde a las necesidades de la población con un enfoque de medicina basada en evidencia y en las mejores prácticas.
- Desarrollar eventos de capacitación a distancia que permitan aumentar la cobertura del personal de salud con las competencias técnicas necesarias, con perspectiva de género y con pleno respeto de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y hombres
- Reforzar la garantía de que al brindar información, orientación, consejería y servicios, éstos sean en un ambiente privado libre de interferencias y que la información sea proporcionada de manera personalizada y confidencial.
- Verificar que la información, los acuerdos y decisiones de las instituciones se difundan a nivel nacional y lleguen a las entidades federativas y trascienda más allá de las delegaciones.
- Buscar y fomentar la participación comunitaria. El involucramiento de la comunidad es esencial para garantizar que los programas de Salud Reproductiva y Planificación Familiar sean adecuados, aceptables y sustentables. Una participación comunitaria exitosa involucra tanto a las mujeres como a los hombres en la toma de decisiones y su implementación.
- Desarrollar sistemas de información que permitan evaluar de manera sistemática y oportuna los programas y acciones implementadas así como los avances y áreas de oportunidad de las coberturas de planificación familiar en las entidades federativas.

Desarrollar líneas de investigación

- Realizar evaluación periódica de los programas y acciones implementadas, para en caso necesario, reestructurar los objetivos y estrategias, con la finalidad de mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud reproductiva y planificación familiar.
- Estimular las líneas de investigación en servicios de salud que permitan la mejora en su provisión.
- Identificar el grado de satisfacción de las usuarias con la provisión de planificación familiar, así como conocimientos, creencias, obstáculos y barreras percibidas por la población. Particularmente en mujeres indígenas, de áreas rurales, urbanas marginadas y con alto riesgo reproductivo.
- Evaluar la aceptabilidad de materiales y mensajes con muestras representativas de esas poblaciones.
- Generar estudios de costo beneficio para establecer presupuesto para compras eficientes y adecuadas de insumos anticonceptivos.

Referencias

1. Hardeka K, Gayb J, y Blanca AK. Maternal morbidity: Neglected dimension of safe motherhood in the developing world. *Global Public Health* 2012; 7(6): 603-617.
2. UN Millennium Project 2005. Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals. Overview. New York. United Nations, 2005.
3. Cleland J, Bernstein S, Ezeh A, Faundes A, Glasier A, Innis J. Family planning: the unfinished agenda. *Lancet* 2006; 368 (9549):1810-1827.
4. Family Care International. The Lancet. Resumen ejecutivo de la Serie sobre Salud Sexual y Reproductiva. Ana Glasier y A Metin Gürmezoglu (Co-editores). [Disponible en:] <http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/SRH%20Exec%20Summary%20Spanish.pdf>
5. Mendoza-Victorino D, Sánchez-Castillo M, Hernández-López MF, Mendoza-García ME. 35 años de planificación familiar en México, En: La situación demográfica de México 2009. México: CONAPO, 2010.
6. Programa de acción específico 2007-2012 de planificación familiar y anticoncepción. México: Secretaría de Salud, 2008.
7. Velasco-Murillo V, Padilla I, De la Cruz L, Acosta-Cázares B. ENCO-PREVENMISS 2003. Salud reproductiva. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006; 44 (Supl 1):S87-S95
8. Organización de las Naciones Unidas. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, 1994; El Cairo. Disponible en: <http://www.un.org/es/development/devagenda/population.shtml> [Consultado Octubre 2012]
9. Consejo Nacional de Población. Anticoncepción en mujeres en edad fértil. Principales indicadores de salud reproductiva/Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), México: CONAPO, 2009. [Disponible en:] <http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/216/1/images/4Anticoncepcionen.pdf>
10. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012.
11. México. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Estados Unidos Mexicanos. Gobierno de la República, 2007.
12. México. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Estados Unidos Mexicanos. Gobierno de la República, 2013.
13. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-005- SSA2-1993 de los Servicios de Planificación Familiar. México: Secretaría de Salud. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/rm005SESA293.html>
14. Secretaría de Salud. Cuentas en salud reproductiva y equidad de género. Estimaciones 2005 y evaluación del gasto 2003-2005. México: Secretaría de Salud/ Instituto Nacional de Salud Pública, 2007. págs. 78.
15. Plan Estratégico Mesoamericano de Salud Materna. México: 2010: 108. [Consultado noviembre 2012]. Disponible en: <http://www.proyecto-mesoamerica.org/joomla/images/Documentos/Proyectos/Salud/salud%20materna%20mayo14.pdf>
16. Bongaarts J, Johansson E. Future trends in contraceptive prevalence and methods mix in the developing world. *Studies in Family Planning* 2002; 33(1) 24-36. [Disponible en] : <http://www.contraceptive trials.info/pdfs/councilarticles/sfp/SFP331Bongaarts.pdf>
17. Organización de las Naciones Unidas. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo ICPD+5, 1999. New York. Disponible en: <http://www.un.org/es/development/devagenda/population.shtml>
18. Mendoza-Victorino D. Planificación familiar: logros en la última década y retos futuros. En: La situación demográfica de México 2006. México: CONAPO, 2006; p. 49-63.
19. Allen-Leigh B, Villalobos-Hernández A, Hernández-Serrato MI, Suárez L, De la Vara E, De Castro F, Schiavon-Ermani R. Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México. *Salud Pública Mex* 2013;55 supl 2:S235-S240.
20. Organización Mundial de la Salud. Guía de planificación familiar para agentes de salud comunitarios y sus clientes. OMS, 2012.

5. Identificación y atención de la violencia familiar y de género

Leonor Rivera, Elvia de la Vara, Leticia Suárez

En 1996, la 49^a Asamblea Mundial de la Salud, reconoció la violencia contra las mujeres como un problema de salud pública por su magnitud y por los daños que genera a la salud,¹ misma que constituye un fenómeno de injusticia social,² un problema de inequidad de género,³ así como una violación a los derechos humanos.⁴ La violencia refuerza la discriminación, la inseguridad y la vulnerabilidad de las mujeres, cuyo origen se desprende de las relaciones desiguales de poder entre ambos géneros, en el valor inferior y la subordinación que se les otorga a las mujeres con relación a los hombres.⁵⁻⁶

La violencia que es perpetrada por el compañero sentimental es frecuente, la más documentada y generalizada; puede manifestarse de múltiples formas, interrelacionadas y recurrentes y comprende violencia física, sexual, psicológica y económica, así como explotación y abuso económico; se ejerce en diversos escenarios y sus manifestaciones varían según los distintos contextos culturales, sociales, económicos y políticos donde se ejerce.⁷⁻¹⁰

Los esfuerzos por parte de organismos nacionales, internacionales, gubernamentales y de la sociedad científica y civil se han cristalizado en el desarrollo de acciones encaminadas al reconocimiento y erradicación de la violencia contra las mujeres. Situación que ha dado pauta al ejercicio de investigaciones cuyo objetivo es estimar la magnitud, las causas y las consecuencias de este fenómeno social con la finalidad de instrumentar acciones conjuntas encaminadas a su disminución.¹¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó en el año 2000, que la prevalencia mundial de violencia física contra las mujeres que ejercen los compañeros íntimos fue del 10% y 52%, mientras que la proporción de violencia sexual fue entre el 10% y 30%.¹² Posteriormente, en 2005 se realizó el Estudio Multipaís sobre Salud de la Mujer y Violencia Doméstica contra la Mujer con el objetivo de cuantificar las prevalencias de violencia hacia las mujeres en 10 países, que van del 15% al 71%. Asimismo, entre el 13% y 61% de las mujeres encuestadas reportaron abuso físico por parte de su compañero y entre el 59% y 65% manifestaron violencia sexual.¹³

En México, en el año 2003 se realizaron las primeras encuestas nacionales con el propósito de recabar evidencia empírica confiable sobre la magnitud de la violencia intrafamiliar: La Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres, (ENVIM 2003)¹⁴ de la Secretaría de Salud, realizada con usuarias de los servicios de salud y la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH 2003)¹⁵ del Instituto Nacional de las Mujeres y el Instituto Nacional de

Estadística, Geografía e Informática. Estas mismas encuestas fueron realizadas nuevamente en el año 2006 (ENVIM 2006¹⁶ y ENDIREH 2006¹⁷).

Los resultados de la ENVIM 2003 mostraron una prevalencia de violencia contra las mujeres del 21.6%,¹⁴ cifra que se incrementó en la ENVIM 2006 a 33.3%.¹⁶ Este incremento podría deberse al impacto de la sensibilización sobre la violencia en la sociedad en su conjunto, ya que de acuerdo con la legislación vigente, este problema es considerado un delito y no exclusivamente como asunto privado que deba ser resguardado en el anonimato. También puede atribuirse al éxito de los programas de prevención y atención de la violencia familiar y de género de la Secretaría de Salud.¹¹

Por su parte, la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares del año 2003,¹⁵ señaló una prevalencia de violencia de pareja de 44%, mientras que la ENDIREH, 2006¹⁷ se realizó en todos los estados del país y obtuvo dos mediciones: La prevalencia de violencia ejercida por el esposo o pareja en los últimos doce meses que fue del 35.4%. De acuerdo con su tipología fue: violencia física (10.2%), sexual (6%), emocional (32%) y económica (22.9%). Por otro lado, la prevalencia de violencia a lo largo de la última relación fue del 43.2%, en esta encuesta se encontró que tres de las cuatro formas de violencia tienen una mayor proporción en el ámbito urbano que en el rural.

Es importante señalar que nuestro país ha sido participante y signatario de los compromisos internacionales elaborados para erradicar la violencia contra las mujeres, por lo que se han realizado múltiples iniciativas públicas con la finalidad de coadyuvar en el abatimiento de este problema de salud pública, entre las que destaca, la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007),¹⁸ que establece un marco de acciones para los tres niveles de la administración pública, federal, estatal y local, a fin de garantizar que las mujeres de todo el país puedan disfrutar una vida sin violencia. En su Artículo 46, establece que las instituciones del sector salud deben brindar a las víctimas atención médica y psicológica integral e interdisciplinaria.

Asimismo, se creó la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, que se ha modificado como NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, que sustenta las bases para la detección y atención integral de este problema en el Sector Salud, en la que se reitera que toda institución, dependencia y organización del Sistema Nacional

de Salud debe otorgar atención médica e integral a las víctimas de este tipo de violencia.¹⁹

Considerando la información anterior, en este apartado, se muestran los resultados de las diferentes acciones que se han desarrollado en el Programa “Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género (*PAVFG*)”¹¹ que se instrumenta en las unidades médicas de consulta externa y hospitalización de los Sesa, el IMSS, el IMSS Oportunidades y el ISSSTE. De forma particular, se pretende observar si las actividades que se han instrumentado son congruentes con la Norma Oficial Mexicana, NOM-046-SSA2-2005. “violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención”, misma que es de observancia obligatoria para las instituciones 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.

A partir de la normatividad y legislación vigentes, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGYSR) de la Secretaría Salud puso en operación, el Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual,²⁰ cuyo propósito es brindar los elementos y herramientas fundamentales para proporcionar una atención de calidad a las mujeres que viven en situación de violencia, con el fin de prevenir un mayor daño, facilitar su empoderamiento y promover una cultura de la no violencia, por lo que en el presente trabajo, también se utilizó como marco de referencia. Es importante señalar, que dicho modelo parte de dos supuestos fundamentales, a saber: la intervención coordinada y el reconocimiento del sector salud como un escenario viable para la detección de la violencia.

Este trabajo, reúne un análisis integrado de las acciones que desempeñan las instituciones de salud ya citadas ante los casos de violencia contra las mujeres que se presentan durante la consulta diaria, con el fin de identificar las acciones cuantitativas y cualitativas que se ejercen de acuerdo con la legislación, normatividad y operación de los programas vigentes en la materia y por ende, pretende emitir recomendaciones generales, que coadyuven en el mejoramiento de la calidad en la atención, así como en la erradicación de la violencia que se ejerce contra las mujeres.

Prevención y Promoción

La NOM-046-SSA2-2005 establece en el numeral 6.1 en materia de prevención y promoción que los y las prestadores de servicios del sector público deberán participar en el diseño y ejecución de programas educativos para la prevención y detección temprana de la violencia familiar o sexual, dirigidos a la población en general; participar en el diseño, ejecución y evaluación de campañas educativas para motivar e informar a la población sobre las formas en que se puede prevenir y combatir la violencia familiar y sexual, en coordinación con las dependencias competentes; promover la participación activa de la población y realizar acciones en las comunidades tendientes a prevenir la

violencia familiar y sexual; y apoyar la coordinación con otras dependencias e instituciones para reforzar los procesos educativos para la prevención de la violencia.¹⁹

Los resultados del presente estudio mostraron que la mayoría de las instituciones realizan acciones de prevención y promoción de violencia familiar y sexual (95.4%). No obstante, existen algunas instituciones del sector salud que realizan estas acciones con mayor frecuencia (regularmente y muchas veces) de acuerdo con la percepción e intersubjetividad de las personas entrevistadas, por ejemplo en los Sesa (62.6%) y en el IMSS Oportunidades (73.8%). Mientras que en el 53.7% de las unidades médicas del IMSS y en el 49.2% de las unidades del ISSSTE realizan acciones de promoción con mayor frecuencia (regularmente y muchas veces) (cuadro 5.1).

Al separar el análisis por nivel de atención, se encontró que estas acciones se llevan a cabo con mayor frecuencia (regularmente y muchas veces) en el primer nivel de atención (70.9%) en comparación con el segundo nivel de atención (56.6%), principalmente en los Sesa, (72.5% en el primer nivel de atención y 50.3% en el segundo nivel de atención) y en el ISSSTE (74.8% en el primer nivel de atención y 56.7% en el segundo nivel de atención).

Sin embargo, en el IMSS se encontró que estas acciones se llevan a cabo con mayor frecuencia (regularmente y muchas veces) en el segundo nivel (65.3%) en comparación con el primer nivel de atención (58.3%). Lo mismo se encontró con el IMSS Oportunidades (77.8% en el segundo nivel y 69.3% en el primer nivel) (cuadros 5.2 y 5.3).

Las principales acciones de promoción y difusión que se realizan para la prevención de la violencia son las pláticas intramuros y los cursos-talleres a población en general (37.2% y 22.3% respectivamente). El IMSS, IMSS Oportunidades, ISSSTE y los Sesa realizan con mayor frecuencia pláticas intramuros (cuadro 5.4). Llama la atención que de acuerdo con

Cuadro 5.1

Frecuencia con la que realizan acciones de promoción y difusión para la prevención de violencia familiar y sexual en unidades de primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Nunca	19.9 [10.4,34.6]	2.3 [0.8,6.7]	12.2 [7.6,19.1]	3.5 [0.6,17.4]	4.5 [1.7,11.7]
Pocas veces	26.3 [17.3,38.0]	23.9 [14.3,37.2]	38.0 [28.7,48.3]	33.9 [22.0,48.3]	31.5 [22.3,42.5]
Regularmente	34.4 [24.4,46.0]	43.6 [30.8,57.3]	37.9 [28.8,47.9]	39.0 [26.7,52.8]	39.5 [30.1,49.8]
Muchas veces	19.3 [12.3,28.9]	30.2 [19.3,43.8]	11.3 [6.9,18.0]	23.6 [14.1,36.7]	24.4 [16.6,34.3]
No sabe, no responde	0.1 [0.1,0.1]	0.0 [0.0,0.0]	0.6 [0.1,3.9]	0.0 [0.0,0.3]	0.1 [0.0,0.2]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 190	3 245	181	12 430	17 046

* Informante: Médico o responsable o equipo de salud de la consulta externa

Cuadro 5.2

Frecuencia con la que realizan acciones de promoción y difusión para la prevención de violencia familiar y sexual en unidades de primer nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Nunca	21.9 [11.3,38.1]	1.9 [0.5,6.5]	18.0 [9.4,31.6]	3.2 [0.4,19.5]	4.2 [1.4,12.1]
Pocas veces	24.6 [14.8,37.9]	24.9 [14.8,38.6]	42.0 [26.1,59.7]	33.6 [21.4,48.5]	31.3 [21.8,42.7]
Regularmente	33.7 [22.7,46.9]	44.4 [31.1,58.5]	32.8 [18.6,51.1]	38.9 [26.1,53.3]	39.6 [29.8,50.4]
Muchas veces	19.8 [12.2,30.5]	28.9 [18.0,42.8]	7.2 [2.2,21.1]	24.4 [14.4,38.2]	24.9 [16.7,35.4]
No sabe, no responde	0.0 [0.0,0.0]	0.0 [0.0,0.0]	0.0 [0.0,0.0]	0.0 [0.0,0.0]	0.0 [0.0,0.0]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 053	3 284	86	12 069	16 492

* Informante: Médico(a) o responsable o equipo de salud de la consulta externa

Cuadro 5.3

Frecuencia con la que realizan acciones de promoción y difusión para la prevención de violencia familiar y sexual en unidades de segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Nunca	3.1 [0.9,10.3]	22.3 [3.3,70.6]	9.4 [4.9,17.3]	11.5 [3.7,30.4]	10.1 [4.6,21.0]
Pocas veces	31.1 [17.8,48.5]	[0.0,0.0]	33.9 [25.1,44.0]	36.8 [18.0,60.8]	32.4 [20.1,47.7]
Regularmente	43.4 [26.6,61.8]	28.2 [6.5,69.0]	41.4 [32.1,51.4]	31.6 [17.0,51.0]	35.2 [24.8,47.2]
Muchas veces	21.9 [12.3,36.0]	49.6 [17.3,82.2]	15.3 [9.4,23.8]	18.7 [9.4,33.8]	21.4 [14.0,31.4]
No sabe, no responde	0.5 [0.4,0.7]	0.0 [0.0,0.0]	0.0 [0.0,0.0]	1.3 [0.2,9.1]	0.9 [0.2,47]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	194	63	93	475	825

* Informante: Médico(a) o responsable o equipo de salud de la consulta externa

la percepción e intersubjetividad de las personas entrevistadas en las unidades médicas seleccionadas, las instituciones realizan pocas acciones comunitarias para prevenir la violencia a pesar de que la NOM-046 establece en su numeral 6.1.3.2 promover la participación activa de la población y realizar acciones en las comunidades.¹⁹

Al analizar esta variable por nivel de atención, se observa que en el segundo nivel de atención son frecuentes las pláticas intramuros (46.9%) en comparación con el primer nivel de atención (36.3%). En el primer nivel de atención también se llevan a cabo de manera frecuente los cursos y talleres en población general (22.8%) (cuadro 5.5).

En el primer nivel de atención del IMSS, IMSS Oportunidades y los Sesa se llevan a cabo con mayor frecuencia las pláticas intramuros (46.6%, 38.3%, 35.0% respectivamente).

Cuadro 5.4

Acciones de promoción y difusión que realizan para la prevención de violencia familiar y sexual en unidades de primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Colocación de periódico mural	14.0 [6.9,26.2]	5.0 [1.9,12.6]	31.3 [21.3,43.3]	9.3 [3.4,23.2]	9.0 [4.2,18.2]
Acciones comunitarias	1.0 [0.2,4.1]	3.9 [1.4,10.8]	1.6 [0.6,3.8]	3.5 [0.5,20.0]	3.4 [0.8,13.2]
Participación en eventos comunitarios	2.4 [0.8,7.6]	0.8 [0.1,5.6]	0.6 [0.5,0.7]	1.3 [0.2,8.2]	1.2 [0.3,5.2]
Cursos-talleres a población en general	7.8 [2.5,21.6]	26.6 [16.9,39.3]	6.2 [3.4,11.0]	22.6 [13.6,35.2]	22.3 [15.3,31.4]
Pláticas intramuros	47.5 [35.8,59.5]	39.6 [29.2,51.1]	39.0 [29.5,49.4]	35.7 [24.6,48.6]	37.2 [28.3,47.0]
Pláticas extramuros	7.0 [3.2,14.8]	11.7 [6.4,20.5]	6.1 [1.8,18.7]	9.3 [4.8,17.2]	9.6 [5.9,15.2]
Otro	15.9 [10.9,22.8]	12.3 [6.6,21.8]	14.0 [9.0,21.2]	18.3 [10.6,29.9]	17.0 [11.0,25.4]
No sabe, no responde	4.4 [1.0,16.7]	0.0 [0.0,0.0]	1.2 [0.5,3.5]	0.0 [0.0,0.0]	0.3 [0.1,1.1]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 016	3 212	163	11 986	16 378

* Informante: Personal operativo (médico(a) general o especialista) de la consulta externa

Mientras que en el ISSSTE las principales acciones de promoción y difusión que realizan es la colocación del periódico mural (43.9%). En el IMSS Oportunidades y en los Sesa también son frecuentes los cursos y talleres de violencia dirigidos a la población en general (27.0% y 22.8% respectivamente) (cuadro 5.5).

En el segundo nivel de atención, el 54.7% de las unidades médicas del IMSS el personal médico respondió que se llevan a cabo pláticas intramuros para la prevención de violencia. Estas son las principales acciones que también se llevan a cabo en el IMSS Oportunidades (46.3%), en el ISSSTE (48.0%) y en los Sesa (43.0%). Es importante mencionar que en las unidades médicas de segundo nivel de atención del ISSSTE y de los Sesa llevan a cabo también la colocación de periódico mural como parte de las acciones de promoción de difusión para prevenir la violencia (21.1% en el ISSSTE, 14.7% en Sesa) (cuadro 5.6).

Detección oportuna

De acuerdo con el Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual, la detección incluye procedimientos que permiten identificar a las personas que viven o han vivido en situaciones de violencia. Con el fin de brindarles atención y asesoría y/o canalizarlas a las áreas e instituciones adecuadas. La detección temprana es una herramienta básica para proporcionar a las mujeres en situación de violencia los apoyos necesarios para evitar el agravamiento de su situación y es la puerta de entrada al proceso de atención.²⁰

Cuadro 5.5

Acciones de promoción y difusión que realizan para la prevención de violencia familiar y sexual en unidades de primer nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Colocación de periódico mural	2.0 [0.7,5.5]	0.0 [0.0,0.0]	21.1 [13.7,30.9]	14.7 [5.8,32.7]	11.1 [5.6,20.9]
Acciones comunitarias	0.0 [0.0,0.0]	0.0 [0.0,0.0]	1.9 [0.9,3.9]	0.0 [0.0,0.0]	0.2 [0.1,0.4]
Participación en eventos comunitarios	0.0 [0.0,0.0]	0.0 [0.0,0.0]	0.0 [0.0,0.0]	0.0 [0.0,0.0]	0.0 [0.0,0.0]
Cursos-talleres a población en general	4.3 [1.4,12.0]	15.7 [2.5,57.5]	9.7 [4.7,19.0]	12.3 [3.4,36.01]	10.1 [4.3,22.2]
Pláticas intramuros	54.7 [38.3,70.2]	46.3 [14.0,82.1]	48.0 [37.5,58.7]	43.0 [22.6,66.1]	46.9 [33.5,60.7]
Pláticas extramuros	7.6 [2.2,23.1]	2.0 [1.0,4.2]	4.5 [2.4,8.2]	4.0 [1.2,12.8]	4.9 [2.2,10.31]
Otro	26.5 [15.1,42.3]	36.0 [11.1,71.7]	13.6 [7.9,22.5]	25.3 [11.7,46.5]	25.0 [15.7,37.5]
No sabe, no responde	4.9 [0.8,24.3]	0.0 [0.0,0.0]	1.2 [1.0,1.4]	0.6 [0.4,0.8]	1.7 [0.5,6.1]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	195	50	83	414	742

* Informante: Personal operativo (médico(a) general o especialista) de la consulta externa

Cuadro 5.6

Acciones de promoción y difusión que realizan para la prevención de violencia familiar y sexual en unidades de segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Colocación de periódico mural	15.4 [7.4,29.5]	5.0 [5.7,22.14.0]	43.9 [25.8,63.71]	9.1 [3.1,23.7]	8.9 [4.0,18.7]
Acciones comunitarias	1.2 [0.3,4.7]	5.1 [1.6,15.1]	1.3 [0.2,8.9]	3.5 [0.5,20.6]	3.7 [0.9,13.5]
Participación en eventos comunitarios	2.8 [0.9,8.8]	0.8 [0.1,5.5]	1.3 [0.9,1.9]	1.3 [0.2,8.3]	1.3 [0.3,5.4]
Cursos-talleres a población en general	8.1 [2.3,24.7]	27.0 [17.1,39.9]	1.3 [0.9,1.9]	22.8 [13.5,35.8]	22.8 [15.5,32.21]
Pláticas intramuros	46.6 [33.5,60.3]	38.3 [27.9,50.0]	29.3 [16.0,47.4]	35.0 [23.6,48.5]	36.3 [27.2,46.6]
Pláticas extramuros	7.0 [2.8,16.41]	11.5 [6.2,20.2]	9.5 [1.8,37.3]	9.4 [4.8,17.6]	9.7 [5.9,15.5]
Otro	14.9 [9.3,23.2]	11.6 [6.1,21.0]	12 [5.3,24.8]	18.8 [10.6,31.1]	17.1 [10.7,26.1]
No sabe, no responde	4.0 [0.7,20.4]	0.0 [0.0,0.0]	1.4 [0.2,9.7]	0.0 [0.0,0.0]	0.2 [0.0,1.3]
Total (%)	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Total de unidades	879	3 264	76	11 687	15 905

* Informante: Personal operativo (médico(a) general o especialista) de la consulta externa

atención y asesoría y/o canalizarlas a las áreas e instituciones adecuadas. La detección temprana es una herramienta básica para proporcionar a las mujeres en situación de violencia los apoyos necesarios para evitar el agravamiento de su situación y

Es importante mencionar que la NOM-046-SSA2-2005, establece en el numeral 6.2.1 y en el 6.2.1.7 la importancia de valorar el grado de riesgo.¹⁹

Otro aspecto importante en cuanto a las acciones que se realizan para detección de la violencia, es la referencia a un segundo nivel o servicio especializado. Los servicios especializados comprenden servicios médico-quirúrgicos, psicológicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de atención a mujeres que viven en situación de violencia.²⁰

A partir de los resultados del presente estudio en materia de detección de la violencia, específicamente cuando una mujer llega a la institución por un padecimiento o lesión por motivos de violencia familiar u otro tipo de violencia, se observó que en el 50.8% de las unidades médicas, el personal de salud mencionó que realiza referencia a un segundo nivel de servicio especializado; en el 15.7% de las unidades médicas, el personal mencionó que envía a trabajo social para valoración de riesgo y en el 15.6% de las unidades médicas de primer y segundo nivel de atención, el personal mencionó que otorga atención de lesiones leves si presenta violencia física (cuadro 5.7 y figura 5.1).

Al analizar por institución, el 38.9% de las unidades médicas del IMSS, el personal de salud respondió que refiere a un segundo nivel o a servicio especializado los casos de violencia familiar; en el 35.9% de las unidades se envía a las mujeres a trabajo social para valoración del riesgo y en el 27.4% de las unidades se otorga atención de las lesiones leves.

En el IMSS Oportunidades, el 43.5% de las unidades médicas, el personal de salud respondió que refiere a un segundo nivel o servicios especializados los casos de violencia familiar y el 22.7% de las unidades otorgan atención de lesiones, en pocas unidades médicas (6.7%) el personal de salud contestó que se canalizan los casos de violencia a trabajo social para valorar el riesgo. Llama la atención que en las unidades médicas del ISSSTE el personal de salud respondió con mayor frecuencia el envío de las mujeres por violencia a trabajo social para valoración de riesgo (38.4%) y la atención de las lesiones leves (29.4%). Con menor frecuencia en las unidades del ISSSTE el personal de salud respondió la referencia de los casos de violencia a un segundo nivel o servicio especializado (24.2%). Como es de esperarse, en la mayoría (54.3%) de las unidades médicas de los Sesa, el personal refiere los casos de violencia a los servicios especializados. Un porcentaje significativo de las unidades médicas de los Sesa (38.3%), el personal de salud respondió que realiza otras acciones no especificadas.

La NOM-046-SSA2-2005, establece en el numeral 6.2.1 que en la consulta de pacientes ambulatorias, hospitales y otros servicios de salud se deberá identificar a las o los usuarios afectados por violencia familiar o sexual y valorar el grado de riesgo. 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

Cuadro 5.7

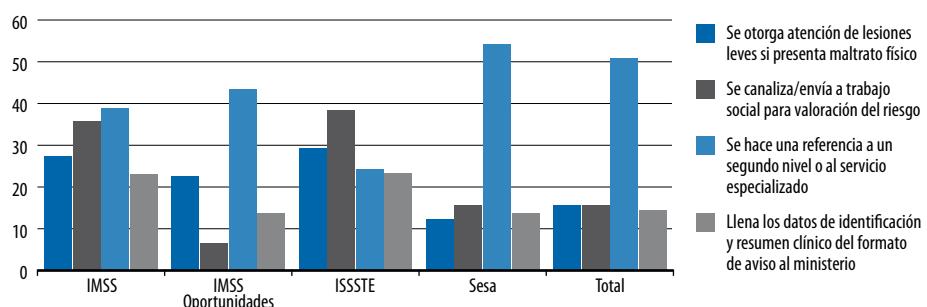
Acciones que realizan cuando está seguro de que el padecimiento o las lesiones que sufre una mujer son causados por violencia familiar, sexual o de otro tipo, en unidades de primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Se otorga atención de lesiones leves si presenta maltrato físico	27.4 [18.2,39.0]	22.7 [15.1,32.8]	29.4 [21.3,39.2]	12.3 [6.2,23.1]	15.6 [10.1,23.5]
Se canaliza/envía a trabajo social para valoración del riesgo	35.9 [25.7,47.7]	6.7 [3.5,12.8]	38.4 [29.5,48.1]	15.7 [9.4,25.1]	15.7 [10.7,22.3]
Se hace una referencia a un segundo nivel o al servicio especializado	38.9 [27.4,51.8]	43.5 [31.4,56.4]	24.2 [17.2,32.8]	54.3 [40.0,67.9]	50.8 [39.9,61.6]
Llena los datos de identificación y resumen clínico del formato de aviso a Ministerio Público	23.0 [15.7,32.4]	13.8 [7.4,24.2]	23.3 [16.8,31.4]	13.8 [7.6,23.8]	14.6 [9.7,21.4]
Otro	34.3 [23.6,46.8]	40.7 [30.6,51.8]	41.1 [31.5,51.5]	38.0 [25.5,52.4]	38.3 [28.6,49.1]
No se realiza ninguna acción específica	0.1 [0.1,0.1]	2.6 [0.7,9.2]	2.9 [1.3,6.5]	1.0 [0.2,6.6]	1.3 [0.4,4.2]
Total de unidades	1 242	3 326	181	12 435	17 185

* Informante: Personal operativo (médico(a) general o especialista) de la consulta externa

Figura 5.1

Principales acciones que realizan cuando está seguro de que el padecimiento y/o lesiones que sufre una mujer son causados por violencia familiar, sexual o de otro tipo, en unidades de primer y segundo nivel de atención



Fuente: Cuadro 5.7

casos probables, llevarán a cabo los procedimientos necesarios para su confirmación, todo ello de conformidad con lo que establece la presente Norma en el numeral 6.2.1.1.¹⁹

En el Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual de los Sesa, se menciona que es posible detectar casos de violencia a través de la identificación de signos y síntomas de alarma o a través del interrogatorio dirigido mediante la aplicación de la herramienta de detección. La herramienta de detección se compone de tres secciones con reactivos para búsqueda de (violencia psicológica, física y sexual).²⁰

Los resultados del presente estudio mostraron que en el 66.1% de las unidades médicas de primero y segundo nivel de atención, el personal médico de la consulta externa dijo aplicar la herramienta de detección. En el 78.4% de las unidades médicas de los Sesa el personal de salud respondió que aplica el formato de detección. Sin embargo, en el 46.3% de las unidades médicas del IMSS y en el 35.5% de las unidades del ISSSTE el personal médico respondió que utiliza el formato de detección. Por otro lado, en el 29.1% de las unidades médicas del IMSS Oportunidades el personal respondió que utiliza el formato de detección de violencia (cuadro 5.8).

Cuadro 5.8

Utilización de herramienta o formato de detección en personas con síntomas o padecimientos asociados a la violencia en unidades de primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	86.6 [74.1,93.5]	84.5 [76.2,90.3]	84.4 [77.1,89.6]	78.8 [64.4,88.5]	80.6 [70.3,87.9]
No	11.4 [5.0,23.9]	14.4 [8.8,22.6]	14.0 [8.9,21.2]	18.1 [9.1,32.9]	16.9 [9.9,27.3]
No sabe, no responde	2.1 [0.4,11.1]	1.1 [0.2,5.4]	1.7 [0.8,3.2]	3.0 [0.8,11.3]	2.6 [0.8,8.2]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 240	3 326	181	12 434	17 181

* Informante: Personal operativo (médico(a) general o especialista) de la consulta externa

Por otra parte, la NOM 046¹⁹ indica en el numeral 6.2.1.4 que para la detección de probables casos y diagnóstico de violencia, se deberá registrar la entrevista y el examen físico de la o el usuario afectado por violencia familiar o sexual en el expediente clínico de forma detallada, clara y precisa. 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.

En este sentido, los resultados del presente estudio mostraron que en la mayoría (80%) de las unidades médicas, el personal de salud de la consulta externa contestó que anotan en el expediente clínico la sospecha o el diagnóstico de algún tipo de violencia. En la mayoría de las unidades médicas del IMSS, IMSS Oportunidades, ISSSTE y Sesa, el personal respondió que sí se registran los casos y diagnóstico de violencia en el expediente clínico (cuadro 5.9 y figura 5.2).

La NOM-046-SSA2-2005, señala en el numeral 7, el procedimiento para la realización de los registros de información. En el numeral 7.1., indica que para las unidades médicas de atención ambulatoria del Sistema Nacional de Salud, los probables casos nuevos de violencia familiar o sexual son de notificación obligatoria en el formato de vigilancia epidemiológica SUIVE-1-2000. A través de este registro se conocerá la frecuencia de probables casos por grupos de edad, institución notificante y entidad federativa. En el numeral 7.2, establece que para cada probable caso de violencia familiar, sexual y contra las mujeres atendido por las instituciones del Sistema Nacional de Salud deberá llenarse además el formato estadístico denominado Registro de Atención en Casos de Violencia Familiar o

Sexual, el cual contiene variables sobre las y los usuarios involucrados en situación de violencia familiar o sexual, el evento más reciente para cada caso detectado y la atención proporcionada conforme al Apéndice Informativo 2. Las instituciones podrán diseñar su propio formato, el cual deberá contener las variables señaladas en dicho Apéndice.¹⁹

Los resultados del presente estudio mostraron que en un poco más de la mitad (53.6%) de las unidades médicas de primer y segundo nivel de atención, el personal médico de la consulta externa respondió que llenan el formato de vigilancia epidemiológica para el reporte de casos de violencia. En más de la mitad (57.9%) de las unidades médicas de los Sesa, el personal respondió que llenan el formato de vigilancia epidemiológica. En el 36.8% de las unidades médicas del IMSS y en el 44.9% de las unidades IMSS Oportunidades el personal respondió que llenan el formato de vigilancia epidemiológica. En el 33.1% las unidades médicas del ISSSTE, el personal respondió que llenan el formato de vigilancia epidemiológica (cuadro 5.10 y figura 5.3).

Cuando las mujeres se encuentran en situación de peligro la NOM-046-SSA2-2005 establece la referencia de servicios especializados incluyendo los refugios (numeral 6.3.2), además de dar aviso de manera inmediata al ministerio público (nu-

Cuadro 5.9

Registro en el expediente clínico de algún tipo de violencia en unidades de primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	SESA %	Total %
Sí	46.3 [34.6,58.4]	29.1 [19.8,40.6]	35.5 [26.3,45.8]	78.4 [65.9,87.2]	66.1 [56.9,74.3]
No	52.0 [40.0,63.8]	70.7 [59.2,80.0]	62.9 [52.6,72.1]	17.2 [9.3,29.7]	30.6 [22.8,39.7]
No sabe, no responde	1.7 [0.6,4.3]	0.2 [0.0,1.2]	1.7 [0.8,3.2]	4.4 [1.3,13.2]	3.3 [1.1,9.7]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 240	3 326	181	12 435	17 182

* Informante: Personal operativo (médico(a) general o especialista) de la consulta externa

Cuadro 5.10

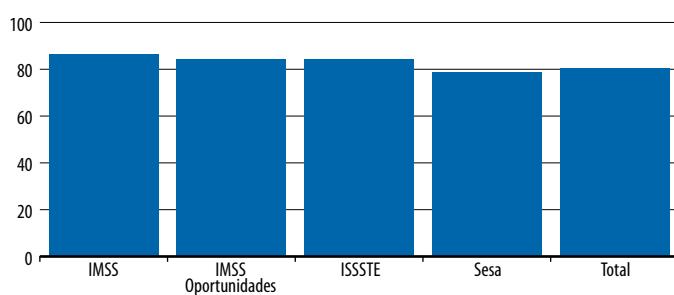
Utilización de formato de vigilancia epidemiológica para el reporte de casos de violencia en unidades de primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	36.8 [26.1,48.9]	44.9 [32.4,58.0]	33.1 [24.1,43.4]	57.9 [43.8,70.8]	53.6 [43.4,63.5]
No	58.7 [46.5,70.0]	49.3 [37.2,61.6]	58.9 [48.7,68.3]	37.9 [26.2,51.2]	41.8 [32.8,51.4]
No sabe, no responde	4.4 [1.8,10.3]	5.8 [2.6,12.4]	8.1 [4.9,13.1]	4.2 [1.4,12.3]	4.6 [2.1,9.6]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 240	3 308	180	12 435	17 163

* Informante: Personal operativo (médico(a) general o especialista) de la consulta externa

Figura 5.2

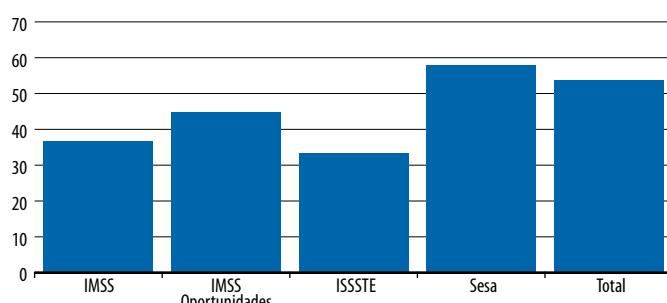
Registro en el expediente clínico de algún tipo de violencia en unidades de primer y segundo nivel de atención



Fuente: Cuadro 5.9

Figura 5.3

Utilización de formato de vigilancia epidemiológica para el reporte de casos de violencia en unidades de primer y segundo nivel de atención



Fuente: Cuadro 5.10

meral 6.5.3).¹⁹ En este sentido, se indagó acerca de las acciones que se realizan en las instituciones cuando una mujer se encuentra en peligro a consecuencia de la violencia.

En relación a las principales acciones que se realizan cuando la vida de una mujer corre peligro a consecuencia de la violencia, en el 24.6% de las unidades médicas de primer y segundo nivel de atención, el personal respondió que hace referencia a apoyo psicológico especializado, en el 21.3% de las unidades se llena el formato de aviso al ministerio público y el 17.9% se refiere a las mujeres a un refugio o centro de apoyo para víctimas de violencia. Sin embargo llama la atención que en el 6.7% de las unidades médicas, el personal refirió no realizar ninguna acción específica. Asimismo, en la mitad de las unidades médicas el personal de salud respondió que realizan otro tipo de acciones que no corresponden a las normadas (cuadro 5.11).

En el 38.6% de las unidades médicas del IMSS ante esta situación el personal respondió que envía a las mujeres a trabajo social para valoración de riesgo, en el 27.7% de las unidades médicas el personal mencionó que llena el formato de aviso al ministerio público, en el 22.4% de los casos se refieren a las mujeres a apoyo psicológico especializado y solo en el 16.5% de las unidades refieren a las mujeres a un refugio o centro de apoyo a víctimas de violencia.

En el 24.9% de las unidades médicas del IMSS Oportunidades el personal mencionó que ante esta situación llenan el formato de aviso del ministerio público, en el 22.3% refieren a las mujeres a apoyo psicológico especializado y solo el 9.5% de las unidades refieren a las mujeres a un refugio o centro de apoyo a víctimas de violencia (cuadro 5.11).

En el ISSSTE, la principal acción que realiza el personal de salud cuando considera que la vida de una mujer corre

peligro a consecuencia de la violencia es la referencia de las mujeres a trabajo social para valorar el riesgo (33.4%) seguida de la referencia a apoyo psicológico especializado (29%) y de la referencia a un refugio o centro de apoyo a víctimas de violencia (cuadro 5.11).

Los Sesa, ante este evento de violencia, en el 25.4% de los casos el personal de salud respondió que refieren a las mujeres a apoyo psicológico especializado, en el 20.2% de las unidades médicas refieren a las mujeres a un refugio y en el 19.7% de las unidades médicas, el personal respondió que llena el formato del aviso del ministerio público (cuadro 5.11).

Consejería

En materia de consejería la NOM-046-SSA2-2005, establece en el numeral 6.6.1 que corresponde a las y los prestadores de servicios de salud informar a la persona afectada sobre el derecho de 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.¹⁹

En relación a los resultados obtenidos sobre los temas que se abordan en la consejería a usuarias de violencia familiar en el 23.0% de las unidades médicas el personal de psicología respondió como tema principal en la consejería el respeto y autonomía de decisiones, en el 20.3% de las unidades médicas el personal respondió como tema principal de la consejería “el derecho a vivir una vida libre de violencia” y otro tema importante que se mencionó fue la información

Cuadro 5.11

Acciones que realizan cuando considera que la vida de una mujer o la de sus hijos e hijas corre peligro a consecuencia de la violencia familiar, en unidades de primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Se envía a trabajo social para valoración del riesgo	38.6 [28.0,50.4]	2.2 [0.9,5.2]	33.4 [25.3,42.5]	9.8 [5.0,18.4]	10.7 [6.8,16.3]
Se hace una referencia a apoyo psicológico especializado	22.4 [14.7,32.5]	22.3 [14.7,32.4]	29.0 [20.6,39.0]	25.4 [15.0,39.7]	24.6 [16.7,34.9]
Se llena el formato de aviso a Ministerio Público	27.7 [18.5,39.3]	24.9 [15.9,36.8]	19.4 [13.5,27.1]	19.7 [12.0,30.6]	21.3 [15.1,29.2]
Se refiere a un refugio o centro de apoyo a víctimas de violencia	16.5 [10.6,24.6]	9.5 [4.9,17.6]	20.3 [14.1,28.2]	20.2 [12.2,31.5]	17.9 [11.9,26.0]
Otro	38.6 [27.6,50.8]	53.2 [40.9,65.1]	42.6 [33.0,52.8]	52.4 [38.9,65.6]	51.5 [41.2,61.6]
No se realiza ninguna acción específica	3.8 [0.9,13.9]	5.9 [2.5,13.5]	2.2 [0.9,5.1]	7.3 [2.1,22.2]	6.7 [2.5,16.8]
Total de unidades	1 242	3 326	181	12 435	17 185

* Informante: Personal operativo (médico(a) general o especialista) de la consulta externa

de los centros o servicios especializados (13.6%). Al analizar los resultados en cada institución, en el 21% de las unidades médicas del IMSS el personal de psicología respondió que realizan consejería sobre el derecho de vivir una vida libre de violencia y el 18.9% respondió que realizan consejería sobre el respeto y autonomía de decisiones de las mujeres. Casi la mitad de las unidades médicas del IMSS Oportunidades el personal mencionó que realiza consejería sobre el derecho de vivir una vida libre de violencia. Aunque el personal del IMSS Oportunidades no mencionó como parte de la consejería los temas sobre procedimientos legales y la información de los centros especializados de apoyo, en el 33.4% de las unidades el personal de psicología mencionó que otorgan información sobre procedimientos para acceder a otros lugares de atención, protección y defensa. En el 44% de las unidades médicas del ISSSTE otorgan información sobre el respeto y autonomía de decisiones y en el 39.9% de las unidades de salud se otorgan consejería sobre el derecho de vivir una vida libre de violencia, de acuerdo a la percepción del personal de psicología (cuadro 5.12).

En el 24.8% de las unidades médicas de los Sesa se otorga consejería sobre el respeto y autonomía de decisiones de las mujeres, además en el 17.2% dan información sobre el derecho de vivir una vida libre de violencia, en el 16.9% se otorga información sobre los centros o servicios especializados, de acuerdo a la percepción del personal de psicología (cuadro 5.12).

Llama la atención que casi el 50% de las unidades médicas el personal de psicología mencionó que se abordan otros temas como parte de la consejería, entre los que destacan el tema de autoestima, ciclo de la violencia, temas de género, los tipos de violencia, empoderamiento entre otros.

Referencia

La referencia-contrarreferencia, es el procedimiento médico-administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención y otros espacios tales como refugios o albergues para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad, así como otros servicios que pudieran requerir las personas afectadas.¹⁹ La NOM-046-SSA2-2005 establece en el numeral 6.3.2 la referencia de las usuarias en situación de violencia a los servicios especializados incluyendo los refugios.¹⁹ Uno de los elementos básicos del proceso de referencia y contrarreferencia que establece el Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual de los Sesa es contar con un directorio de unidades que presten servicios en atención a la violencia, previamente validados. “*Es una gran responsabilidad referir a las mujeres a otras instituciones, es fundamental que la atención que reciban sea de alta calidad. Para ello a nivel operativo, los equipos especializados y las áreas de trabajo social deben disponer del directorio así como acordar la estrategia para garantizar la atención integral de las mujeres en situación de violencia en estos lugares.*”²⁰ En este sentido, en el presente estudio se indagó sobre la disponibilidad de un directorio o listado de las instituciones donde se puedan referir a las víctimas de violencia. Llama la atención que un poco menos de la mitad de las unidades médicas (46.9%), el personal de salud de la consulta externa respondió que cuentan con el directorio (cuadro 5.13).

En el 59.8% de las unidades médicas del IMSS y en el 59.6% de las unidades del ISSSTE el personal respondió que se dispone de un directorio o listado de las instituciones para referir a víctimas de violencia. Por otro lado, en el 25.9% de las unidades médicas del IMSS Oportunidades, el personal de

Cuadro 5.12

Temas que aborda cuando se otorga consejería a usuarias de violencia familiar y/o sexual en unidades de primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
El derecho a vivir una vida libre de violencia	21.0 [11.0,36.5]	40.7 [12.4,76.8]	39.9 [26.9,54.4]	17.2 [8.0,33.0]	20.3 [11.6,33.0]
Procedimientos legales	2.4 [0.8,7.0]	0.0 [0.0,0.0]	9.5 [5.2,16.7]	9.9 [4.6,20.0]	8.1 [4.1,15.2]
Centros o servicios especializados de apoyo	3.1 [1.2,8.2]	0.0 [0.0,0.0]	12.8 [7.2,21.8]	16.9 [4.6,46.0]	13.6 [4.1,36.9]
Procedimientos para acceder a otros lugares de atención, protección y defensa	6.1 [1.7,19.9]	33.4 [7.4,75.8]	8.5 [4.2,16.4]	11.0 [4.8,23.1]	12.0 [6.0,22.7]
Respeto y autonomía de decisiones	18.9 [8.9,35.7]	10.9 [2.5,37.2]	44.0 [30.9,58.0]	24.8 [10.6,47.8]	23.5 [11.9,41.1]
Otros	45.5 [25.9,66.6]	35.0 [12.4,67.2]	43.1 [31.2,55.9]	52.0 [28.9,74.3]	49.5 [31.4,67.8]
Total de unidades	320	191	78	1,830	2,420

* Informante: Psicólogo(a) del servicio de atención psicológica

Cuadro 5.13

Disponibilidad de un directorio o listado de instituciones donde pueden referir a víctimas de violencia en unidades de primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	59.8 [47.0,71.5]	25.9 [17.6,36.3]	59.6 [49.1,69.2]	50.9 [37.5,64.1]	46.9 [37.2,56.9]
No	39.5 [27.9,52.4]	73.4 [62.6,82.0]	36.2 [26.8,46.8]	48.8 [35.6,62.2]	52.6 [42.6,62.5]
No sabe, no responde	0.7 [0.2,2.0]	0.7 [0.1,4.3]	4.2 [1.7,10.1]	0.3 [0.1,2.0]	0.5 [0.2,1.3]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 238	3 191	179	12 241	16 849

* Informante: Personal operativo (médico(a) general o especialista) de la consulta externa

salud respondió que se cuenta con ese directorio. En la mitad de las unidades médicas de los Sesa, el personal respondió que disponen del directorio o listado de las instituciones donde pueden referir a las víctimas de violencia (cuadro 5.13).

Al separar por nivel de atención, se observa que en el 45.1% de las unidades médicas de primer nivel de atención, el personal de salud de la consulta externa mencionó que disponen de un directorio de las instituciones donde pueden referir a víctimas de violencia (cuadro 5.14).

En 58.5% de las unidades de primer nivel de atención del IMSS y en el 49.6% de las unidades de primer nivel de atención de los Sesa el personal mencionó la disponibilidad del directorio. En el 24.1% de las unidades de primer nivel de atención del IMSS Oportunidades y en el 45% de las unidades de primer nivel de atención del ISSSTE disponen del directorio de acuerdo a la respuesta del personal de salud (cuadro 5.14 y figura 5.4).

También se exploró esta variable en el servicio de psicología y en el 75% de las unidades médicas, el personal de psicología respondió que en las instituciones del primer y segundo nivel de atención tienen disponible un directorio de las instituciones donde pueden referir a las víctimas de violencia (cuadro 5.15).

Cuadro 5.14

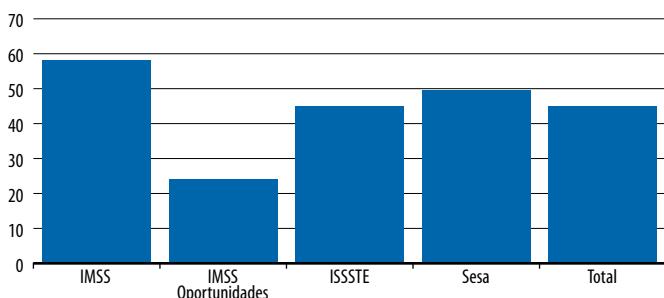
Disponibilidad de un directorio o listado de instituciones donde pueden referir a víctimas de violencia en unidades de primer nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	58.3 [44.0,71.3]	24.1 [16.0,34.6]	45.0 [28.5,62.8]	49.6 [35.9,63.5]	45.1 [35.1,55.5]
No	41.0 [28.1,55.4]	75.2 [64.3,83.6]	50.7 [33.4,67.8]	50.0 [36.2,63.9]	54.4 [43.9,64.5]
No sabe, no responde	0.7 [0.3,1.4]	0.7 [0.1,4.3]	4.3 [1.0,16.2]	0.4 [0.0,2.2]	0.5 [0.1,1.4]
Total (%)	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Total de unidades	1 102	3 228	85	11 874	16 289

* Informante: Personal operativo (médico(a) general o especialista) de la consulta externa

Figura 5.4

Disponibilidad de directorio o listado de instituciones donde pueden referir a víctimas de violencia en unidades de primer nivel de atención



Fuente: Cuadro 5.14

Cuadro 5.15

Disponibilidad de un directorio o listado de instituciones donde pueden referir a víctimas de violencia en unidades de primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	63.4 [47.6,76.8]	43.5 [13.4,79.4]	61.4 [46.5,74.4]	82.4 [45.4,96.4]	75.9 [53.2,89.8]
No	34.6 [21.6,50.4]	48.3 [14.3,83.9]	38.6 [25.6,53.5]	17.6 [3.6,54.6]	23.1 [9.4,46.4]
No sabe, no responde	2.0 [0.3,13.0]	8.2 [1.0,45.3]	0.0 [0.0,0.0]	0.0 [0.0,0.0]	1.0 [0.2,4.7]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	201	153	75	1324	1753

* Informante: Psicólogo(a) del servicio de atención psicológica

En el 75% de las unidades de segundo nivel de atención, el personal de psicología respondió que el directorio de las instituciones que atienden a mujeres en situación de violencia, está disponible. En el 81.4% de las unidades del segundo nivel de atención del IMSS y en el 76.5% del IMSS Oportunidades el personal mencionó que disponen del directorio. En el 72% de las unidades de segundo nivel de atención y en el 76% de unidades del ISSSTE disponen del directorio de acuerdo a la percepción del personal de psicología (cuadro 5.16 y figura 5.5).

Resulta relevante mencionar que de las unidades médicas que conocen sobre la existencia de los refugios, en el 36.2% de las unidades de primer y segundo nivel de atención, el personal de la consulta externa mencionó que la manera de contactar a un refugio es por vía telefónica y en el 21.4% de las unidades médicas el contacto se hace a través del servicio especializado. Un poco más de la mitad de las unidades médicas del IMSS, el personal respondió que contacta a un refugio por vía telefónica (51.9%) y en la mitad de las unidades médicas del ISSSTE, el personal de salud respondió que contacta al refugio también por vía telefónica. En el 33.8% de las unidades médicas del IMSS Oportunidades y en el 34.8% de los Sesa el personal mencionó que contactan al refugio a través del teléfono o lí-

Cuadro 5.16

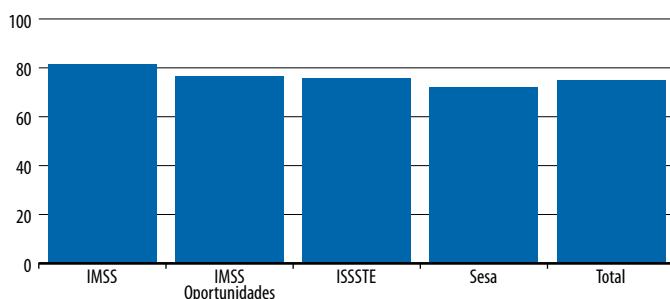
Disponibilidad de un directorio o listado de instituciones donde pueden referir a víctimas de violencia en unidades de segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	81.4 [66.4,90.6]	76.5 [30.6,96.0]	76.0 [65.9,83.9]	72.0 [46.1,88.5]	75.0 [58.8,86.3]
No	18.1 [9.0,33.2]	23.5 [4.0,69.4]	20.8 [13.4,30.8]	27.5 [11.1,53.7]	24.2 [13.0,40.7]
No sabe, no responde	0.5 [0.4,0.7]	0.0 [0.0,0.0]	3.2 [0.8,12.0]	0.5 [0.3,0.7]	0.8 [0.4,1.5]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	194	64	92	480	831

* Informante: Psicólogo(a) del servicio de atención psicológica

Figura 5.5

Disponibilidad de un directorio o listado de instituciones donde pueden referir a víctimas de violencia en unidades de segundo nivel de atención



Fuente: Cuadro 5.16

nea de emergencia. Cabe señalar que en los Sesa también se contacta al refugio a través del servicio especializado (24.9%) (cuadro 5.17).

Capacitación

El Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual, establece que las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud deberán contar con servicios resolutivos y de calidad para brindar atención a mujeres que viven violencia. Para ello es indispensable contar con proveedores de servicios, sensibilizados y capacitados para realizar actividades de tamizaje y detección, que permitan la confirmación, tipificación y conocimiento del grado de severidad de la violencia.²⁰

El mismo modelo señala que los proveedores de servicios necesitan estar sensibilizados y capacitados de acuerdo con el nivel de la unidad de salud. La formación de recursos humanos debe priorizar un enfoque de género y jurídico aplicable según cada entidad federativa, además de conocimiento y manejo de los criterios médicos y científicos para ofrecer y prescribir la anticoncepción de emergencia y la quimioprofilaxis contra

Cuadro 5.17

Procedimiento que realizan para contactar a un refugio en unidades de primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
A través de trabajo social	22.4 [11.4,39.1]	1.3 [0.3,4.1]	25.3 [16.0,37.6]	10.9 [3.0,32.2]	10.6 [3.9,25.6]
A través de un servicio especializado	6.1 [1.9,17.7]	12.3 [2.5,43.2]	10.8 [5.3,20.7]	24.9 [10.0,49.8]	21.4 [9.4,41.7]
Vía telefónica, línea de emergencia	51.9 [37.2,66.4]	33.8 [18.6,53.4]	49.5 [37.0,62.0]	34.8 [20.3,52.7]	36.2 [24.3,50.1]
Directamente	3.4 [0.8,13.9]	13.1 [4.4,33.2]	4.0 [1.9,8.0]	13.9 [3.5,42.3]	12.9 [3.7,36.1]
Otra respuesta	14.7 [5.6,33.3]	34.0 [18.9,53.4]	7.9 [5.0,12.3]	11.1 [4.7,24.1]	14.7 [8.2,24.8]
No sabe, no responde	1.5 [0.4,6.4]	5.5 [0.9,27.8]	2.5 [0.9,6.6]	4.4 [1.0,17.0]	4.2 [1.3,13.1]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	594	1 058	80	5 566	7 297

* Informante: Personal operativo (médico(a) general o especialista) de la consulta externa

infecciones de transmisión sexual y VIH/sida, en correspondencia al grupo de edad y los requerimientos éticos.²⁰

En el mismo modelo, se establece en el rubro de estrategias, sobre capacitación y sensibilización, que con base en la experiencia nacional e internacional se establece como factible la detección de la violencia familiar y sexual en prácticamente cualquier área de los servicios de salud, por lo tanto, la atención debe brindarse de manera transversal. Para que los servicios de atención sean proporcionados transversalmente en todas las áreas del sector salud o en aquéllas que se definan como prioritarias, es indispensable contar con equipos de salud sensibles y capaces en los que participen quienes laboren en las áreas de: medicina, enfermería, psicología, trabajo social y la promoción de la salud, de acuerdo con los recursos disponibles y al nivel de atención en el que se ofrecen los servicios.

La implantación de procesos educativos para la formación y actualización de recursos humanos profesionales es un requerimiento que debe cubrirse para dar una respuesta formal y sistemática a las necesidades técnicas, humanas y administrativas de la atención a la violencia familiar y sexual.²⁰

Por su parte, la NOM-046-SSA2-2005, establece en el numeral 5.8, del rubro de generalidades, que 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 resolutiva de la unidad, para lo cual podrán, en caso de estimarlo conveniente, tomar en cuenta las aportaciones que puedan brindar o prestar organismos de la sociedad civil especializados en el tema, siempre y cuando no contravengan la presente Norma y las demás disposiciones jurídicas aplicables.¹⁹

Los resultados del presente estudio mostraron que las unidades médicas del primer y segundo nivel de atención carecen de capacitación ya que menos del 8% de las unidades médicas el personal de salud ha recibido capacitación de 20 horas o más en temas relacionados a violencia durante el último año. Asimismo, en las cuatro instituciones (IMSS, IMSS Oportunidades, ISSSTE y Sesa) el director o responsable de la unidad mencionó que el personal de la unidad médica ha recibido capacitación principalmente en temas de equidad e igualdad de género y en la NOM-046. No obstante en el 8.3% de las unidades del ISSSTE, el director o responsable de la unidad mencionó que han recibido capacitación sobre el marco jurídico para la atención a la violencia familiar y/o sexual (cuadro 5.18).

La NOM-046-SSA2-2005, establece en el numeral 6.7., los lineamientos que deberán aplicarse para la sensibilización, capacitación y actualización de los proveedores de salud, asimismo, establece como prioritario en el numeral 6.7.1., que 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.¹⁹

Asimismo, establece en los numerales 6.7.2.1 al 6.7.2.11., los contenidos indispensables para abordar el proceso de sensibilización, capacitación y actualización, entre los que destacan: marco conceptual: género, violencia, violencia familiar y sexual, violencia contra las mujeres, derechos humanos (incluidos los sexuales y reproductivos), efectos de violencia en

la salud, entre otros; marco jurídico; el análisis de factores asociados a la violencia familiar, sexual y contra las mujeres; 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; atención oportuna con calidad; evaluación de niveles de riesgo y elaboración de plan de seguridad; criterios y procedimientos para referencia y contrarreferencia, incluyendo el reconocimiento de las instancias que en su contexto prestan servicios, según niveles de atención; intervención en crisis, alternativas de atención psicológica especializada en función de nivel de violencia vivido por el o la usuaria, y grupos de ayuda mutua; anticoncepción de emergencia y aborto médico conforme a la legislación correspondiente; procedimientos para el registro de casos y aviso al Ministerio Público, así como sobre el manejo de información a las y los usuarios involucrados en situación de violencia familiar o sexual sobre centros especializados para el tratamiento, consejería y asistencia social.¹⁹

En menos del 6% de las unidades de primer y segundo nivel el personal de la consulta externa mencionó que durante el 2011 recibió capacitación en temas relacionados a violencia. De los diversos temas que se mencionan en el cuadro 5.19, en el 9.3% de las unidades del IMSS el personal de consulta externa recibió capacitación principalmente en derechos humanos, en el 6.4% recibieron capacitación en marco normativo y en el 6.3% en anticoncepción de emergencia.

En el 8.4% de las unidades del IMSS Oportunidades el personal de la consulta externa respondió que recibió capacitación primordialmente en anticoncepción de emergencia, en el 5.3% en aborto médico y en el 5% en temas de equidad de género. En el 8.9% de las unidades del ISSSTE el personal de la consulta externa mencionó que recibió capacitación principalmente en el marco normativo, en el 8.8% en temas de equidad de género y en el 8.2% de las unidades médicas en derechos humanos. Por otro lado, en el 5.4% de las unidades de los Sesa el personal de la consulta externa recibió capacitación en atención esencial de casos de violencia y en el 4.9% de las unidades el personal de la consulta externa recibió capacitación en temas de equidad e igualdad de género (cuadro 5.19).

Asimismo, al indagar sobre que tan capacitado se siente el personal médico para la atención de la violencia. En el 65.9% de las unidades médicas el personal médico se siente suficientemente capacitado en temas más relacionados a la salud reproductiva como es el caso de orientación a la anticoncepción de emergencia. Estos datos se ven reflejados en las unidades médicas del IMSS, IMSS Oportunidades, ISSSTE y Sesa. En el 49.5% de las unidades médicas, el personal de salud mencionó que se siente suficientemente capacitado para orientar a la usuaria afectada (cuadro 5.20). En menos del 50% de las unidades médicas, el personal médico se siente suficientemente capacitado para registrar los casos de violencia, esta información es similar en el IMSS, IMSS Oportunidades, ISSSTE y

Cuadro 5.18

Porcentaje de personal que atiende casos de violencia en unidades médicas de primer y segundo nivel de atención en el 2011 que recibió veinte o más horas de capacitación*

20 horas o más de capacitación en:	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Marco normativo (NOM 046)	7.1 [3.5,14.1]	4.1 [1.4,11.4]	7.2 [4.1,12.4]	6.3 [2.0,18.1]	6.0 [2.5,13.7]
Marco jurídico para la atención a la violencia familiar y/o sexual	5.4 [2.5,11.4]	4.1 [1.4,11.4]	8.3 [5.2,13.1]	0.8 [0.3,1.9]	1.8 [1.0,3.3]
Consejería en derechos humanos	6.1 [3.1,11.7]	3.0 [0.9,10.3]	6.1 [3.4,10.9]	0.9 [0.3,2.9]	1.7 [0.9,3.3]
Atención esencial de casos de violencia familiar y/o sexual	4.8 [2.0,11.1]	4.2 [1.4,11.4]	6.9 [4.2,11.3]	2.0 [0.6,6.6]	2.7 [1.3,5.6]
Aborto médico	3.3 [1.1,9.6]	3.9 [1.3,11.6]	2.3 [0.7,7.1]	0.2 [0.1,0.5]	1.2 [0.5,2.6]
Responsabilidades jurídicas por incumplimiento del personal de salud	4.0 [1.5,10.1]	3.9 [1.3,11.4]	6.0 [3.0,11.8]	0.8 [0.2,3.3]	1.6 [0.8,3.5]
Anticoncepción de emergencia	5.4 [2.9,9.6]	6.6 [2.6,15.5]	6.2 [3.3,11.2]	2.9 [1.1,7.4]	3.8 [2.1,7.0]
Temas de equidad e igualdad de género	7.4 [2.5,19.8]	5.6 [2.3,12.9]	9.8 [5.7,16.1]	5.4 [1.9,14.4]	5.6 [2.6,11.6]
Total de unidades	1 145	3 273	167	11 861	16 446

* Informante: Director(a) o subdirector(a) médico(a)

Cuadro 5.19

Porcentaje de personal de salud de las unidades médicas del primer y segundo nivel de atención que recibió veinte o más horas de capacitación en 2011*

Recibió 20 horas o más de capacitación en:	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Marco normativo (NOM 046)	6.4 [3.3,12.0]	4.1 [1.4,11.6]	8.9 [5.2,15.1]	0.9 [0.3,3.0]	2.0 [1.1,3.7]
Marco jurídico para la atención a la violencia	3.2 [1.6,6.4]	4.1 [1.4,11.7]	6.9 [4.3,11.0]	0.3 [0.1,0.8]	1.3 [0.6,2.7]
Consejería en derechos humanos	9.3 [5.3,15.8]	3.0 [0.8,10.5]	8.2 [4.4,14.9]	0.7 [0.2,3.0]	1.8 [1.0,3.4]
Atención esencial de casos de violencia	3.2 [1.6,6.4]	4.4 [1.6,11.7]	7.9 [4.5,13.3]	5.4 [1.4,18.7]	5.1 [1.8,13.7]
Aborto médico	2.2 [0.5,9.6]	5.3 [2.1,12.7]	3.6 [1.8,7.1]	0.3 [0.1,1.1]	1.4 [0.7,2.9]
Responsabilidades jurídicas por incumplimiento	3.5 [1.2,9.5]	4.1 [1.4,11.6]	7.4 [3.7,14.0]	0.1 [0.0,0.4]	1.2 [0.6,2.6]
Anticoncepción de emergencia	6.3 [3.2,12.1]	8.4 [3.6,18.1]	7.7 [4.0,14.6]	1.2 [0.3,4.6]	3.0 [1.6,5.5]
Temas de equidad e igualdad de género	3.1 [1.6,6.0]	5.0 [1.9,12.3]	8.8 [5.5,13.7]	4.9 [1.5,14.4]	4.8 [2.0,11.0]
Total de unidades	1 168	3 204	171	11 766	16 310

* Informante: Personal operativo (médico(a) general o especialista) de la consulta externa

los Sesa. También al personal médico de la consulta externa requiere mayor capacitación en la detección de casos de violencia ya que en menos del 50% de las unidades médicas el personal mencionó sentirse suficientemente capacitado para la detección (cuadro 5.20).

En las unidades médicas también se investigó sobre la capacitación que ha recibido el personal de psicología en temas relacionados a la atención de la violencia. Al respecto se encontró que en menos del 7% de las unidades médicas el personal de psicología ha recibido capacitación. En el 5.6% de las unidades médicas, el personal de psicología ha recibido capacitación principalmente en temas de equidad e igualdad de género y en el 5.4% en la atención esencial de casos de violencia.

En el 10.1% de las unidades del IMSS, el personal de psicología recibió capacitación de 20 horas o más principalmente sobre anticoncepción de emergencia y en el 9.6% sobre equidad e igualdad de género. En las unidades del IMSS Oportunidades el personal de psicología casi no ha recibido capacitación de 20 horas o más sobre temas relacionados a violencia. Se observa que solo recibieron capacitación en el marco normativo y jurídico para la atención de la violencia (cuadro 5.21). En el 11.7% de las unidades médicas del ISSSTE, el personal de psicología recibió capacitación sobre la atención esencial de casos de violencia y en el 10.4% en temas de equidad e igualdad de género. En el 6.1% de las unidades de los Sesa, el personal de psicología recibió capacitación de 20 horas y más en el 2011 sobre la atención esencial de casos de violencia y en el 5.1% en temas de equidad e igualdad de género (cuadro 5.21).

Cuando se le preguntó al personal de psicología si se sentían suficientemente capacitados para atender casos de violen-

cia, llama la atención que en la mayoría de las unidades médicas el personal de psicología refirió no sentirse suficientemente capacitado. En el 70.7% de las unidades médicas del IMSS el personal de psicología mencionó que se siente suficientemente capacitado para detectar casos de violencia psicológica y en el 68.1% de las unidades médicas el personal de psicología se siente capacitado para detectar a las usuarias con una historia de abuso sexual en la niñez. En el 89.8% de las unidades médicas del IMSS Oportunidades el personal de psicología refirió que se siente suficientemente capacitado para orientar a las usuarias sobre la anticoncepción de emergencia y en el 64.8% de las unidades médicas, el personal de psicología se siente suficientemente capacitado para atender a las mujeres víctimas de violencia de pareja o noviazgo. En el 85.3% de las unidades del ISSSTE el personal de psicología mencionó que se siente capacitado para detectar casos de violencia psicológica mientras que en el 73.4% de las unidades el personal se siente capacitado para detectar a las usuarias con una historia de abuso sexual en la niñez. En el 54.4% de las unidades de los Sesa, el personal de psicología mencionó que se siente suficientemente capacitado para detectar casos de violencia psicológica y en el 52.9% de las unidades, el personal de psicología se siente suficientemente capacitado para realizar acciones de referencia a mujeres víctimas de violencia (cuadro 5.22).

Atención

Respecto al rubro de atención, en el Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual se plantean las premisas generales de atención a las mujeres

Cuadro 5.20

Detección de necesidades de capacitación en unidades médicas de primer y segundo nivel de atención*

Se siente suficientemente capacitado para:	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Hablar sobre violencia contra las mujeres	40.8 [30.4,52.2]	27.5 [18.4,38.9]	27.4 [20.0,36.3]	33.4 [23.0,45.8]	32.8 [24.8,41.8]
Detectar casos de violencia intrafamiliar física	52.7 [40.9,64.3]	36.9 [26.3,48.8]	41.9 [32.5,52.0]	37.2 [26.6,49.3]	38.3 [30.0,47.5]
Detectar casos de violencia psicológica	41.3 [30.2,53.4]	23.1 [14.1,35.5]	41.0 [31.9,50.8]	35.4 [24.8,47.8]	33.5 [25.6,42.6]
Detectar casos de violencia sexual	32.9 [23.0,44.6]	32.7 [22.1,45.4]	24.6 [17.1,34.1]	35.6 [24.0,49.3]	34.8 [25.8,44.9]
Detectar a las usuarias con una historia de abuso sexual en la niñez	36.3 [26.0,48.0]	15.5 [9.3,24.7]	29.1 [21.3,38.4]	20.7 [12.7,32.0]	20.9 [14.7,28.9]
Atender a las mujeres víctimas de violencia de pareja o noviazgo	42.5 [32.1,53.7]	28.7 [19.5,40.1]	39.8 [30.3,50.2]	36.6 [25.2,49.7]	35.6 [27.1,45.0]
Valorar el nivel de peligro de las mujeres viviendo en situaciones de violencia	39.5 [29.2,50.8]	18.5 [11.1,29.2]	40.4 [31.0,50.4]	34.1 [22.7,47.7]	31.5 [23.1,41.4]
Realizar con la usuaria un plan de seguridad	35.1 [24.9,46.9]	28.2 [18.6,40.4]	24.3 [17.8,32.2]	28.1 [18.0,41.1]	28.6 [20.6,38.2]
Registrar los casos de violencia	47.7 [36.2,59.4]	42.7 [30.2,56.2]	43.9 [34.5,53.8]	43.2 [31.0,56.3]	43.4 [34.3,53.1]
Detallar un caso de violencia en la historia clínica	57.3 [45.8,68.1]	39.1 [28.6,50.7]	41.5 [32.4,51.2]	38.0 [26.8,50.6]	39.6 [30.8,49.2]
Orientar a la usuaria afectada	62.9 [51.4,73.1]	49.7 [36.7,62.8]	54.8 [44.8,64.4]	48.0 [35.2,61.0]	49.5 [39.4,59.6]
Realizar acciones de referencia para una mujer víctima de violencia	58.7 [46.5,69.9]	46.1 [33.9,58.7]	53.2 [43.3,62.8]	53.7 [40.2,66.8]	52.6 [42.3,62.7]
Orientar a las usuarias sobre la anticoncepción de emergencia	80.9 [69.6,88.6]	70.8 [60.4,79.5]	55.1 [45.1,64.7]	63.3 [48.3,76.1]	65.9 [54.8,75.6]
Abordar la salud reproductiva de mujeres con experiencias de violencia sexual	52.3 [40.5,63.8]	42.9 [32.3,54.3]	44.9 [35.1,55.1]	32.7 [23.0,44.3]	36.2 [28.2,45.2]
Total de unidades	1 239	3 297	181	12 053	16 770

* Informante: Personal operativo (médico(a) general o especialista) de la consulta externa

Cuadro 5.21

Porcentaje de personal de las unidades médicas del primer y segundo nivel de atención que recibió veinte horas o más de capacitación en 2011*

Recibió 20 horas o más de capacitación en:	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Marco normativo (NOM 046)	0.4 [0.3,0.7]	5.0 [0.5,33.0]	15.1 [8.1,26.4]	3.1 [1.1,8.7]	3.4 [1.6,7.3]
Marco jurídico para la atención a la violencia	2.6 [0.5,13.3]	5.0 [0.6,33.0]	6.5 [3.3,12.4]	2.5 [0.8,7.5]	2.9 [1.3,6.5]
Consejería en derechos humanos	3.3 [0.8,13.0]	0.0 [0.0,0.0]	8.6 [3.4,20.1]	1.7 [0.7,4.3]	2.1 [1.1,4.1]
Atención esencial de casos de violencia	3.3 [0.8,13.0]	0.0 [0.0,0.0]	11.7 [5.7,22.3]	6.1 [1.5,21.2]	5.4 [1.7,15.5]
Aborto médico	4.2 [0.7,21.5]	0.0 [0.0,0.0]	3.9 [1.5,9.9]	0.7 [0.2,2.7]	1.2 [0.4,3.4]
Responsabilidades jurídicas por incumplimiento	4.5 [1.2,15.4]	0.0 [0.0,0.0]	5.4 [2.6,10.7]	2.7 [0.6,11.0]	2.8 [0.9,8.3]
Anticoncepción de emergencia	10.1 [3.5,25.6]	0.0 [0.0,0.0]	8.4 [4.1,16.3]	1.0 [0.3,3.1]	2.4 [1.1,5.3]
Temas de equidad e igualdad de género	9.6 [2.8,27.7]	0.7 [0.3,1.6]	10.4 [4.6,21.7]	5.1 [2.0,12.3]	5.6 [2.8,11.0]
Total de unidades	235	141	70	1 208	1 654

* Informante: psicólogo(a) del servicio de atención psicológica

Cuadro 5.22

Detención de necesidades de capacitación en unidades médicas de primer y segundo nivel de atención*

Se siente suficientemente capacitado para:	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Hablar sobre violencia contra las mujeres	41.4 [25.7,59.1]	21.7 [4.2,63.5]	37.9 [26.5,50.9]	42.6 [22.5,65.5]	40.1 [25.0,57.4]
Detectar casos de violencia intrafamiliar física	52.6 [36.8,67.9]	35.8 [10.4,72.8]	64.9 [51.5,76.2]	48.9 [26.8,71.5]	48.8 [32.0,65.9]
Detectar casos de violencia psicológica	70.7 [53.3,83.6]	44.3 [13.8,79.7]	85.3 [74.5,92.1]	54.4 [30.5,76.3]	56.8 [38.0,73.8]
Detectar casos de violencia sexual	53.9 [38.0,69.0]	32.3 [8.8,70.1]	40.0 [28.0,53.3]	41.2 [21.5,64.2]	41.8 [26.4,58.9]
Detectar a las usuarias con una historia de abuso sexual en la niñez	68.1 [50.5,81.7]	33.5 [9.4,71.0]	73.4 [62.1,82.3]	48.0 [26.2,70.6]	50.2 [32.9,67.4]
Atender a las mujeres víctimas de violencia de pareja o noviazgo	67.8 [50.1,81.5]	64.8 [29.2,89.2]	69.0 [56.3,79.3]	45.1 [25.0,67.0]	51.0 [33.7,68.1]
Valorar el nivel de peligro de las mujeres viviendo en situaciones de violencia	52.0 [34.1,69.5]	25.9 [6.1,65.1]	47.6 [33.9,61.7]	39.6 [20.5,62.6]	40.1 [25.2,57.1]
Realizar con la usuaria un plan de seguridad	45.9 [30.5,62.1]	11.6 [3.1,34.6]	41.3 [29.1,54.6]	36.8 [18.5,60.0]	35.6 [21.3,53.0]
Registrar los casos de violencia	55.1 [36.9,72.0]	37.9 [11.2,74.6]	46.5 [33.3,60.2]	43.3 [23.1,66.1]	44.3 [28.4,61.5]
Detallar un caso de violencia en la historia clínica	59.2 [42.1,74.4]	39.8 [12.1,76.1]	45.8 [32.7,59.5]	38.9 [20.0,61.9]	41.8 [26.7,58.6]
Orientar a la usuaria afectada	68.3 [49.6,82.5]	33.5 [9.4,71.0]	54.9 [40.4,68.6]	51.6 [28.7,73.9]	52.0 [33.9,69.5]
Realizar acciones de referencia para una mujer víctima de violencia	51.1 [34.8,67.2]	35.9 [10.4,72.8]	53.4 [39.8,66.5]	52.9 [29.3,75.2]	51.0 [33.0,68.7]
Orientar a las usuarias sobre la anticoncepción de emergencia	64.0 [46.0,78.8]	89.8 [51.5,98.6]	32.8 [22.2,45.4]	46.0 [24.8,68.8]	51.9 [33.8,69.6]
Abordar la salud reproductiva de mujeres con experiencias de violencia sexual	50.8 [33.0,68.4]	44.3 [13.9,79.7]	33.8 [22.9,46.8]	28.2 [13.5,49.8]	32.8 [20.3,48.4]
Total de unidades	186	155	75	1 128	1 543

* Informante: Psicólogo(a) del servicio de atención psicológica

en situación de violencia, se establece que las usuarias de servicios esenciales y especializados tienen derecho a obtener prestaciones de salud con criterios de oportunidad, calidad técnica e interpersonal, confidencialidad, honestidad, respeto a su dignidad y a sus derechos humanos por parte de los profesionales, técnicos y auxiliares que participen en el proceso de atención.²⁰

Asimismo, señala que en cualquier caso de violencia, la mujer debe ser informada y dar su consentimiento a las acciones realizadas en cada etapa de la atención y a las características de los procedimientos. Se deberá respetar su opinión o rechazo para cualquiera de las intervenciones contempladas en el protocolo de atención. Además indica que los centros de salud y hospitales que presten servicios de atención a mujeres en situación de violencia, deberán establecer el algoritmo o flujo grama de atención, definiendo claramente atribuciones y responsabilidades de los prestadores que participen en la recepción, registro y entrevista de la usuaria, el examen y valoración clínica y la atención psicológica, considerando siempre las condiciones en que la mujer llega al servicio.²⁰

Por su parte, la NOM 046, en el rubro de generalidades, en el numeral 5.1., señala que todas las instituciones, dependencias y organizaciones del Sistema Nacional de Salud que presten servicios de salud deberán otorgar atención médica a las personas involucradas en situación de violencia familiar o sexual, las cuales pueden ser identificadas desde el punto de vista médico, como la o el usuario afectado; al agresor, y a quienes resulten afectados en este tipo de situaciones. En el numeral 5.2., se establece que la atención médica incluye la promoción, protección y procurar restaurar al grado máximo posible la salud física y mental a través del tratamiento, rehabilitación o referencia a instancias especializadas, información de medidas médicas alternativas si el caso lo requiere y, cuando sea solicitado y las condiciones lo permitan, la promoción y restauración de la salud de los probables agresores. Finalmente, en el numeral 5.3., se plantea que la atención médica se proporcionará con perspectiva de género que permita comprender de manera integral el problema de la violencia.¹⁹

Respecto a los resultados obtenidos en el rubro de atención, se preguntó al director o responsable de la unidad de

atención sobre las acciones que realizarían si se presentara un caso de violencia familiar o sexual y no hay personal especializado para la atención. Al respecto, en el 21.1% de las unidades médicas el personal de salud respondió que de cualquier manera brindan atención médica, consejería y hacen la referencia a otra unidad u organismo facultativo para la atención de violencia. Asimismo, en el 18.1% de las unidades médicas el personal de salud mencionó que ante esta situación no atienden los casos de violencia al no contar con personal especializado pero refieren los casos a otra unidad. En el 26.2% de las unidades del IMSS el personal respondió que cuando no tienen personal capacitado para la atención de la violencia, de cualquier manera brindan atención médica, consejería y hacen referencia del caso a otra institución. En el 43.0% de las unidades del IMSS Oportunidades el personal mencionó que cuando no cuenta con personal capacitado realizan otras acciones entre las que destaca la referencia a otras instituciones. En el 26.4% de las unidades del ISSSTE el personal respondió que brindan atención médica, consejería y hacen referencia a otra unidad cuando no cuentan personal capacitado para la atención de violencia. El 22.0% de las unidades de los Sesa el personal mencionó que al no contar con personal con personal capacitado de cualquier manera brindan atención médica, consejería y refieren los casos de violencia a otras unidades. Asimismo, en el 21.4% de estas unidades el personal mencionó que cuando no cuentan con personal capacitado para la atención de la violencia, no atienden los casos pero refieren a otra unidad de atención (cuadro 5.23).

En lo respecta a la violación sexual, la NOM-046¹⁹ señala en el numeral 6.4., que los casos de violación sexual son urgencias médicas y requieren atención inmediata. Los objetivos de la atención a personas violadas son los siguientes:

- Estabilizar, reparar daños y evitar complicaciones a través de evaluación y tratamiento de lesiones físicas.
- Promover la estabilidad emocional de la persona garantizando la intervención en crisis y posterior atención psicológica.
- En caso de violación, las instituciones prestadoras de servicios de atención médica, deberán 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.
- 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, tomando en cuenta la percepción de riesgo de la usuaria o el usuario.
- Registrar las evidencias médicas de la violación, cuando sea posible y previo consentimiento de la persona afectada.
- 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.
- En caso de embarazo por violación, y previa autorización de la autoridad competente, en los términos de la legis-

Cuadro 5.23

Acciones que realizan ante un caso de violencia familiar o sexual cuando no hay personal especializado o capacitado para la atención de violencia en unidades de primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Se brinda atención médica exclusivamente	8.0 [3.2,18.7]	6.6 [2.7,15.2]	12.8 [8.2,19.4]	7.8 [3.0,18.6]	7.6 [3.7,15.0]
Se brinda consejería	11.4 [5.5,22.3]	9.3 [4.5,18.4]	9.4 [4.8,17.7]	5.4 [1.8,15.3]	6.6 [3.3,12.8]
Se brinda atención médica, consejería y se refiere a otra unidad u organismo facultado para la atención de víctimas de violencia familiar	26.2 [16.6,38.7]	16.0 [9.0,26.8]	26.4 [17.7,37.5]	22 [13.2,34.2]	21.1 [14.2,30.3]
No se atienden los casos al no haber personal especializado y se refiere a otra unidad u organismo	8.6 [3.0,21.9]	9.5 [4.3,19.8]	9.2 [5.2,15.7]	21.4 [11.1,37.2]	18.1 [10.3,29.7]
No llegan casos de violencia	0.3 [0.1,1.0]	9.6 [4.7,18.6]	4.0 [2.2,7.2]	7.5 [2.7,19.0]	7.4 [3.4,15.1]
Se cuenta con personal especializado o capacitado	15.3 [9.6,23.3]	5.3 [1.8,14.2]	14.6 [9.5,21.9]	9.9 [5.3,17.6]	9.4 [5.8,14.9]
Otro	27.5 [18.6,38.6]	43.5 [32.8,54.9]	23.6 [15.7,33.8]	26.0 [16.5,38.7]	29.6 [21.8,38.8]
No sabe, no responde	2.7 [0.4,16.1]	0.2 [0.0,1.2]	0.0 [0.0,0.0]	0.0 [0.0,0.3]	0.2 [0.1,1.1]
Total (%)	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Total de unidades	1 234	3 396	175	12 591	17 396

* Informante: Director(a) o subdirector(a) médico(a)

lación aplicable, las instituciones públicas prestadoras de servicios de atención médica, deberán prestar servicios de aborto médico a solicitud de la víctima interesada, en caso de ser menor de edad, a solicitud de su padre y/o su madre, o a falta de estos, de su tutor o conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.

La NOM-046-SSA2-2005, también señala en el numeral 6.5., del capítulo de criterios específicos, los pasos a seguir para dar aviso al Ministerio Público, para ello, señala en el numeral 6.5.1., que los proveedores deberán brindar 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.¹⁹

En el presente estudio se indagó sobre las acciones que debería de seguir el personal de salud cuando se presenta una mujer por violación sexual reciente. En este sentido el personal médico de la consulta externa respondió que haría cuatro principales acciones: llenado y trámites de aviso al Ministerio Público, referencia e indagar acerca de la violación sexual y otorgar atención médica de las lesiones físicas.

En el IMSS, IMSS Oportunidades, ISSSTE y Sesa el personal de salud respondió que cuando se presenta una mujer por violación sexual reciente la principal acción que harían es avisar al Ministerio Público, seguida de la referencia y de la atención médica de las lesiones físicas. Aunque el personal de IMSS respondió que además del aviso al Ministerio Público proporcionaría información y consejería (28.4%) (cuadro 5.24).

En el presente estudio y con fundamento a la NOM-046 se indagó si las instituciones brindan el servicio de aborto médico por violación y solo el 1.9% de las unidades médicas el personal de salud respondió que brindan este servicio. En el 7.0% de las unidades del ISSSTE el personal respondió que disponen de este servicio cuando una mujer embarazada por violación lo solicita. Sin embargo, menos del 2.5% de las unidades del IMSS, IMSS Oportunidades y de los Sesa el personal respondió que no se brinda este servicio (cuadro 5.25 y figura 5.6).

Atención psicológica de la violencia

En relación a la atención psicológica, la NOM 046-SSA2-2005 señala en el numeral 6.3.4., que 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.¹⁹ Para los casos de violencia sexual, la misma Norma 046, señala en el numeral 6.4.2.2., que se deberá promover la estabilidad emocional de la persona garantizando la intervención en crisis y posterior atención psicológica.¹⁹

Por su parte, el Modelo operativo de la atención y prevención de la violencia familiar y sexual de los Sesa, establece que ante una emergencia psicológica se debe brindar el apoyo defi-

nido ante situaciones de crisis y si la crisis trasciende los límites de esta intervención, se tendrá que referir a servicios psicológicos especializados, procurando evaluar el riesgo en el que se encuentra la usuaria y las posibles medidas de seguridad.²⁰

Los primeros auxilios psicológicos que se dirigen al apoyo de la mujer en situación de crisis, son un soporte elemental y suficiente que ayuda a recuperar un nivel de funcionamiento que permita mitigar el estado de angustia y recuperar el control. Puede proporcionarlo personal sensibilizado, capacitado y entrenado adecuadamente en el tema, no es exclusivo de personal médico o psicológico.²⁰

Los Sesa, además cuenta con un protocolo de atención psicológica a mujeres en situación de violencia, el cual está sustentado en el modelo cognitivo-conductual.²¹ En el protocolo de atención psicológica se señalan los siguientes procedimientos a seguir para la atención:

- Entrevista para la realización de la historia clínica de psicología, que servirá para el diagnóstico diferencial y por tanto para la selección del protocolo de atención a aplicar, así como para la adecuada referencia del caso cuando aplique.
- Registro de casos conforme a lo establecido en la normatividad.
- Elaboración de historia clínica para la atención psicológica.
- Aplicación de instrumentos de valoración de estado psico-emocional.
- Aplicación de algoritmo de magnitud de la violencia para la selección del protocolo de atención psicológica.
- Diagnóstico inicial.
- Selección del protocolo de atención psicológica a utilizar.
- Información a usuarias del encuadre terapéutico a utilizar.
- Establecimientos de acuerdos y compromisos terapéuticos con la usuaria.
- Aplicación del protocolo de atención psicológica seleccionado.
- Evaluación de la efectividad del tratamiento a través de instrumentos específicos.
- Referencia cuando aplique.
- Seguimiento de caso al menos en una ocasión a los 3 meses y se deberá contar con consentimiento informado por escrito por parte de la usuaria.

En este sentido, en el presente estudio se investigó sobre los procedimientos que realiza el personal de psicología del segundo nivel de atención en la atención psicológica de la violencia. Las principales acciones que realiza el personal de psicología es la entrevista inicial (en el 41.3% de las unidades médicas), valoración del estado psicológico (en el 40.7% de las unidades médicas) y primeros auxilios psicológicos (en el 39.9% de las unidades médicas). Aunque también es importante mencionar

Cuadro 5.24

Acciones que se deben realizar cuando se presenta una mujer por violación sexual reciente en unidades de primer y segundo nivel de atención*

Acciones	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Indagar acerca de la violación sexual	29.4 [19.7,41.4]	33.2 [23.2,45.0]	25.7 [17.9,35.4]	24.9 [14.3,39.6]	26.8 [18.4,37.4]
Identificar si la violación sexual tiene más o menos de 120 hrs. de ocurrida	11.2 [5.0,23.3]	2.3 [0.7,7.6]	4.5 [2.2,9.2]	3.0 [1.1,7.6]	3.5 [1.8,6.6]
Estabilizar emocionalmente a la paciente	23.1 [16.1,32.2]	25.0 [15.7,37.5]	26.7 [19.5,35.5]	18.8 [9.6,33.4]	20.4 [12.8,30.8]
Recabar el consentimiento informado firmado	4.1 [1.9,8.5]	0.4 [0.1,1.6]	1.8 [0.6,5.5]	0.9 [0.4,2.2]	1.0 [0.6,1.9]
Elaborar historia clínica	24 [15.1,35.8]	15.3 [9.2,24.4]	13.8 [8.9,20.8]	18.8 [9.7,33.2]	18.4 [11.3,28.7]
Valoración de infecciones y traumatismos	19.7 [12.1,30.3]	15.8 [9.2,25.6]	15.1 [7.8,27.0]	8.6 [4.5,16.0]	10.9 [6.9,16.6]
Otorgar atención médica a lesiones físicas	32.5 [22.6,44.3]	28.8 [17.1,44.2]	20.2 [13.3,29.4]	22.1 [13.2,34.7]	24.1 [16.9,33.2]
Brindar información y consejería	28.4 [18.5,41.0]	15.7 [7.3,30.5]	24.6 [16.6,34.9]	20.0 [10.9,33.8]	19.8 [12.6,29.7]
Informar sobre la anticoncepción de emergencia	1.9 [0.5,6.9]	4.6 [1.6,12.6]	1.8 [0.7,4.6]	5.0 [2.0,11.7]	4.7 [2.2,9.5]
Prescribir anticoncepción de emergencia	10.4 [4.3,22.8]	2.1 [0.4,9.5]	6.3 [2.1,17.7]	6.7 [3.3,13.0]	6.1 [3.4,10.5]
Prescribir tratamiento para infecciones de transmisión sexual, VIH y vacuna de hepatitis B	4.1 [1.5,10.8]	1.8 [0.5,5.5]	0.6 [0.1,4.3]	6.6 [2.9,14.4]	5.4 [2.6,10.9]
Registrar la información	8.2 [3.4,18.1]	8.8 [4.2,17.5]	10.0 [5.6,17.1]	7.6 [2.0,25.0]	7.9 [3.1,18.8]
Llenar y tramitar el aviso al Ministerio Público	57 [45.4,67.9]	30.7 [20.3,43.5]	43.5 [34.2,53.4]	38.4 [27.0,51.2]	38.3 [29.5,47.9]
Referir	19.8 [11.4,32.2]	29.5 [19.9,41.2]	24.1 [16.7,33.5]	36.6 [24.4,50.8]	33.9 [24.5,44.6]
Se da seguimiento a la referencia	14.2 [7.0,26.8]	0.0 [0.0,0.0]	1.7 [0.5,5.4]	4.5 [1.3,14.8]	4.3 [1.7,10.9]
Total de unidades	1 242	3 326	181	12 435	17 185

* Informante: Personal operativo (médico(a) general o especialista) de la consulta externa

Cuadro 5.25

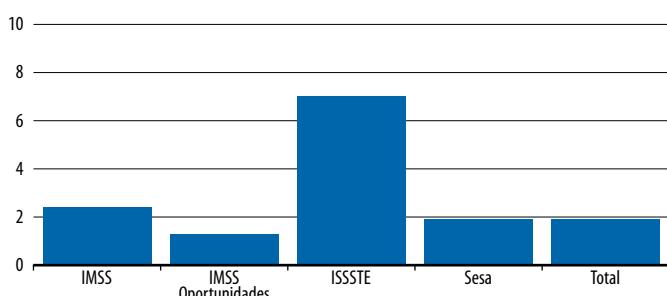
Disponibilidad del servicio de aborto médico por violación sexual en unidades de primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	2.4 [0.7,7.4]	1.3 [0.2,8.9]	7.0 [2.5,18.0]	1.9 [0.9,4.1]	1.9 [1.0,3.5]
No	94.1 [88.7,97.1]	98.7 [91.2,99.8]	82.7 [71.4,90.2]	97.4 [95.2,98.7]	97.3 [95.6,98.4]
No sabe, no responde	3.5 [1.5,7.9]	0.0 [0.0,0.0]	10.3 [5.1,19.9]	0.7 [0.3,1.7]	0.8 [0.5,1.5]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 240	3 297	175	12 435	17 148

* Informante: Personal operativo (médico(a) general o especialista) de la consulta externa

Figura 5.6

Disponibilidad del servicio de aborto médico por violación sexual en unidades de primer y segundo nivel de atención



Fuente: Cuadro 5.25

que en el 27% de las unidades médicas el personal de psicología mencionó que realizaría evaluación de grado de violencia. Al analizar esta información en cada institución, en el 37.8% de las unidades del IMSS el personal de psicología respondió que ante la presencia de un caso de violencia familiar y sexual realizaría entrevista inicial, en el 32.5% de las unidades médicas el personal de psicología mencionó que realizaría valoración de estado psico-emocional y en el 18.3% de las unidades el personal realizaría primeros auxilios psicológicos.

En el 59.5% de las unidades del IMSS Oportunidades el personal de psicología respondió que ante la presencia de un caso de violencia familiar o sexual realizaría primeros auxilios psicológicos, en el 46.4% de las unidades, el personal de psicología mencionó que realiza entrevista inicial y en el 23.5% de las unidades médicas, el personal de psicología realizaría evaluación de grado de riesgo e historia clínica. En el 47.7% de las unidades del ISSSTE, el personal de psicología respondió que realizaría entrevista inicial, en el 43.9% de las unidades el personal realizaría valoración del estado psico-emocional y en el 40.2% de las unidades, el personal mencionó aplicar primeros auxilios psicológicos. El personal de psicología de los Sesa

mencionó como principal procedimiento que realizaría ante la presencia de un caso de violencia familiar y sexual es valoración del estado psico-emocional (44.7%), seguida de primeros auxilios psicológicos (42.5%) y de la entrevista inicial (40.8%). Cabe señalar que en el 23.9% de las unidades de los Sesa, el personal de psicología mencionó que seleccionaría el protocolo como uno de los procedimientos a seguir ante la presencia de casos de violencia familiar y sexual. Esto refleja que el personal de psicología de los Sesa de segundo nivel de atención cuenta con un protocolo para la atención psicológica de la violencia (cuadro 5.26).

En el protocolo de atención psicológica de los Sesa,²¹ se menciona que para el caso de violencia moderada se ofrecerán 3 sesiones individuales y deberá referirse a la usuaria, como primera elección a los grupos de re-educación para mujeres en situación de violencia, de no existir esta opción, se promoverá la apertura de un grupo de 12 sesiones, dentro del servicio especializado tendientes a la sensibilización del impacto de la violencia en sus vidas y el formulamiento de acciones que permitan a las usuarias identificar y detener el ciclo de la violencia y reforzar sus redes apoyo familiares, sociales e institucionales. También se

Cuadro 5.26

Procedimientos a seguir ante la presencia de un caso de violencia familiar o sexual en unidades de segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Entrevista inicial	37.8 [22.2,56.3]	46.4 [13.8,82.4]	47.7 [38.2,57.3]	40.8 [21.9,62.8]	41.3 [26.7,57.6]
Primeros auxilios psicológicos	18.3 [6.2,42.9]	59.5 [24.3,87.0]	40.2 [29.7,51.7]	42.5 [21.4,66.8]	39.9 [23.8,58.5]
Historia clínica	12.3 [6.1,23.2]	23.5 [5.9,64.2]	12.2 [6.7,21.1]	22.5 [10.8,41.2]	20.2 [11.6,32.8]
Registro del caso	11.9 [5.0,26.0]	9.2 [1.2,46.8]	9.5 [4.5,18.7]	21.1 [9.4,41.0]	17.8 [9.5,30.9]
Valoración del estado psico-emocional	32.5 [17.8,51.7]	6.3 [5.1,55.0]	43.9 [33.2,55.2]	44.7 [24.6,66.7]	40.7 [26.6,56.6]
Evaluación de grado de violencia	0.0 [0.0,0.0]	23.5 [5.0,64.2]	13.8 [9.7,19.2]	35.3 [18.2,57.1]	27.0 [15.7,42.3]
Selección de protocolo	1.6 [0.2,11.2]	0.0 [0.0,0.0]	0.0 [0.0,0.0]	23.9 [6.6,58.3]	16.5 [4.4,45.6]
Encuadre	2.7 [0.8,8.9]	0.0 [0.0,0.0]	2.4 [0.3,16.2]	1.5 [0.4,5.2]	1.6 [0.7,4.0]
Aplicación de protocolo	8.5 [2.5,25.0]	2.0 [1.0,4.3]	2.2 [1.8,2.6]	13.2 [5.7,27.5]	10.6 [5.5,19.71]
Acuerdos y compromisos	0.0 [0.0,0.0]	0.0 [0.0,0.0]	0.0 [0.0,0.0]	7.1 [1.3,31.0]	4.8 [0.9,22.5]
Cierre	0.0 [0.0,0.0]	0.0 [0.0,0.0]	0.0 [0.0,0.0]	0.3 [0.2,0.4]	0.2 [0.1,0.2]
Evaluación de la efectividad	9.1 [2.1,44.7]	0.0 [0.0,0.0]	2.4 [0.3,16.0]	1.0 [0.7,1.5]	2.3 [0.7,7.7]
Seguimiento	3.1 [0.8,11.5]	24.4 [3.9,71.7]	17.2 [10.4,27.1]	12.5 [4.1,32.2]	12.4 [5.6,25.1]
Total de unidades	94	49	46	398	587

* Informante: Psicólogo(a) del servicio de atención psicológica

menciona en el protocolo de atención psicológica que en el caso de la violencia severa se brindan 12 sesiones individuales, con el objetivo de ayudar a la usuaria del servicio a desarrollar las habilidades en las esferas cognitiva, emocional y conductual, física y social que le permita tomar decisiones, recuperar su autonomía y construir alternativas para salir de la situación de violencia. En la violencia extrema se deberá brindar de 1 a 3 sesiones de emergencias cuyo objetivo es de ayudar a la usuaria a salvaguardar su integridad física y salir de la situación de la violencia y se deberá referir a la usuaria a un refugio, si la usuaria no acepta acudir al refugio se ofrecerá la atención psicológica y se aplicará el protocolo de violencia severa.

Bajo este contexto, se preguntó al personal de psicología del segundo nivel de atención sobre el número de sesiones de apoyo psico-emocional que en promedio ofrecen a las víctimas de violencia. En el 94.2% de las unidades médicas, el personal de psicología respondió que en promedio realizan de una a veinte sesiones de apoyo psico-emocional en pacientes con violencia leve o moderada. En el 100% de las unidades del IMSS Oportunidades y el 94.5% de las unidades de los Sesa el personal de psicología mencionó que en promedio realizan de 1 a 20 sesiones de apoyo emocional en pacientes con este tipo de violencia. En el 93.0% de las unidades del IMSS y en el 86.8% de las unidades del ISSSTE el personal de psicología respondió que realizan en promedio de 1 a 20 sesiones de apoyo emocional en pacientes con violencia leve o moderada.

En el 86.0% de las unidades médicas el personal de psicología mencionó que en promedio realizan de 1 a 20 sesiones de apoyo psico-emocional en pacientes con violencia severa. En el 95.5% de las unidades del IMSS Oportunidades y el 90.3% de las unidades del IMSS el personal de psicología mencionó que realizan 1 a 20 sesiones en pacientes con este tipo de violencia.

Mientras en el 84.8% de las unidades de los Sesa y en el 78.1% del ISSSTE el personal de psicología mencionó que llevan a cabo entre 1 a 20 sesiones en pacientes con violencia severa.

En cuanto a la violencia extrema, en el 77.2% de las unidades médicas, el personal de psicología mencionó que realiza entre 1 a 20 sesiones en casos de violencia extrema. Menos de la mitad de las unidades del ISSSTE y un poco más de la mitad de las unidades del IMSS Oportunidades el personal de psicología respondió que en promedio otorgan entre 1 a 20 sesiones de apoyo psico-emocional en casos de violencia extrema. Mientras que en el 71.1% de las unidades de IMSS y en el 82.9% de las unidades de los Sesa el personal de psicología mencionó que en promedio ofrecen entre 1 a 20 sesiones en pacientes con violencia extrema (cuadro 5.27).

Cuadro 5.27

Promedio de sesiones de apoyo psico-emocional que se ofrecen a las mujeres víctimas de violencia en las unidades segundo nivel de atención*

De 1 a 20 sesiones	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Violencia leve o moderada	93.0 [72.7,98.5]	100.0	86.8 [73.1,94.1]	94.5 [72.6,99.1]	94.2 [81.9,98.3]
Total de unidades	79	44	39	389	551
Violencia severa	90.3 [71.2,97.2]	95.5 [90.1,98.0]	78.1 [64.5,87.5]	84.8 [66.8,93.9]	86.0 [73.4,93.2]
Total de unidades	82	44	39	375	540
Violencia extrema	71.1 [50.7,85.5]	67.8 [28.8,91.6]	47.9 [35.8,60.2]	82.9 [63.7,93.0]	77.2 [63.3,86.9]
Total de unidades	81	44	38	356	518

* Informante: Psicólogo(a) del servicio de atención psicológica

Calidad del servicio

Disponibilidad de guías técnicas, manuales, normas y algoritmos

En el presente estudio se indagó si las instituciones tienen disponible una norma escrita que prohíbe el acoso sexual. En el 32.6% de las unidades médicas, el personal médico respondió que cuentan con algún documento escrito que prohíbe el acoso sexual por el personal.

En el 62.8% de las unidades del IMSS el personal respondió afirmativamente a la disponibilidad de la normatividad que prohíbe el acoso sexual, mientras que el 26.7% de las unidades de los Sesa, el personal entrevistado respondió que tenía disponible una norma escrita que prohíbe el acoso sexual. El 59.3% de las unidades del ISSSTE y el 42.3% de las unidades del IMSS Oportunidades el personal de salud respondió que disponen de esta norma (cuadro 5.28).

Cuadro 5.28

Disponibilidad de norma escrita que prohíbe el acoso sexual por el personal en las unidades de primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	62.8 [50.8,73.3]	42.3 [30.6,55.0]	59.3 [49.2,68.6]	26.7 [18.0,37.6]	32.6 [25.2,41.1]
No	24.1 [15.4,35.7]	45.7 [32.8,59.3]	23.3 [16.7,31.6]	52.9 [39.0,66.3]	49.2 [38.8,59.6]
No sabe, no responde	13.1 [7.1,22.9]	12.0 [6.6,20.6]	17.4 [10.2,28.0]	20.4 [10.3,36.5]	18.2 [10.4,29.9]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 242	3 289	179	12 434	17 145

* Informante: Director(a) o subdirector(a) médico(a)

El acoso sexual es una forma de violencia en la que, si bien no existe la subordinación, hay un ejercicio abusivo de poder que conlleva a un estado de indefensión y de riesgo para la víctima, independientemente de que se realice en uno o varios eventos. De acuerdo con la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida libre de Violencia, las instituciones deberán establecer mecanismos para erradicar este problema.¹⁸

En el servicio de atención psicológica de las unidades de primer y segundo nivel se preguntó sobre la existencia de guías, manuales o protocolos para la atención psicológica en materia de violencia. Al respecto llama la atención que en el 36.4% de las unidades médicas el personal de psicología respondió que no cuenta con estos documentos. En el 69.5% de las unidades de los Sesa, el personal de psicología mencionó que dispone de un manual o protocolo para la atención psicológica de la violencia. No obstante, la mayoría de las unidades del IMSS, IMSS Oportunidades e ISSSTE el personal de psicología mencionó que no disponen de un manual o protocolo para la atención psicológica de la violencia (cuadro 5.29).

Para indagar la disponibilidad de formatos que deberían de tener las instituciones como parte de las estrategias de la atención de la violencia. Se encontró que el 46.7% de las unidades de primer y segundo nivel disponen satisfactoriamente del formato de registro de atención de casos.

El 56.6% de las unidades de los Sesa, tiene disponible de manera satisfactoria los formatos de registro de atención de casos de violencia. Mientras que el 34.3% de las unidades del ISSSTE y el 31.7% de las unidades del IMSS tuvieron disponible de manera satisfactoria el formato de registro de atención de casos de violencia familiar y sexual. En el 15.8% de las unidades del IMSS Oportunidades tienen disponible satisfactoriamente dicho formato (cuadro 5.30 y figura 5.7).

Otros de los formatos que deberían de estar disponibles en las instituciones de salud son los de aviso al Ministerio Público. En este sentido el personal de campo verificó si este formato estaba disponible de manera satisfactoria. El 37.5% de las unidades médicas dispone de manera satisfactoria de este formato. El

43.5% de las unidades de los Sesa y el 39.5% de las unidades del ISSSTE tuvieron disponible y satisfactoriamente este formato. Datos similares se encontraron en el IMSS ya que el 38.8% de las unidades dispone de manera satisfactoria del formato de aviso al Ministerio Público. La mayoría de las unidades del IMSS Oportunidades no tienen disponible y de manera satisfactoria dicho formato (82.7%) (cuadro 5.31 y figura 5.7).

La NOM-046-SSA2-2005,¹⁹ es uno de los documentos importantes que debería de estar disponible en las instituciones

Cuadro 5.30

Disponibilidad de forma satisfactoria de formatos de registro de atención de casos de violencia familiar o sexual en unidades de primer y segundo nivel de atención

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Disponible y satisfactorio	31.7 [22.4,42.8]	15.8 [9.2,25.8]	34.9 [25.1,44.8]	56.6 [42.3,69.8]	46.7 [36.2,57.5]
No disponible	68.3 [57.2,77.6]	84.2 [74.2,90.8]	65.1 [54.6,74.3]	43.4 [30.1,57.7]	53.3 [42.5,63.8]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 202	3 242	175	12 167	16 787

Cuadro 5.31

Disponibilidad de forma satisfactoria del formato de aviso al Ministerio Público en unidades de primer y segundo nivel de atención

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Disponible y satisfactorio	38.8 [28.8,49.9]	15.6 [9.1,25.5]	39.5 [30.0,49.9]	43.5 [29.5,58.6]	37.5 [26.9,49.5]
No disponible	59.8 [48.7,70.1]	82.7 [72.6,89.6]	54.9 [44.8,64.5]	51.3 [36.8,65.7]	58.2 [46.7,68.9]
No aplica	1.3 [0.4,4.3]	1.7 [0.4,7.8]	5.0 [2.4,10.0]	5.1 [1.8,13.4]	4.1 [1.7,9.8]
No sabe, no responde	0.0 [0.0,0.0]	0.0 [0.0,0.0]	0.6 [0.1,4.4]	0.1 [0.0,0.4]	0.1 [0.0,0.3]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 238	3 280	176	11 828	16 524

Fuente: Listas de cotejo

Cuadro 5.29

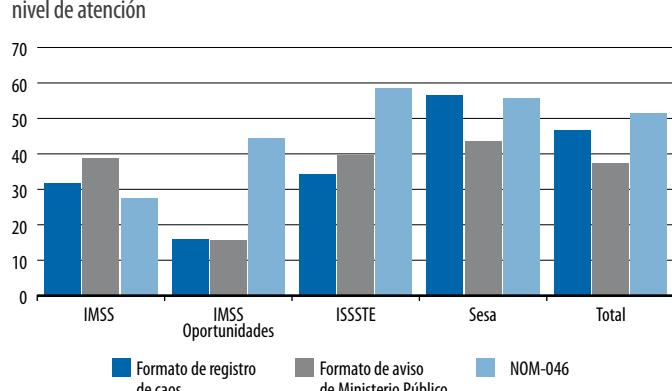
Disponibilidad de una guía, manual o protocolo para la atención psicológica a mujeres en situación de violencia en las unidades de primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	31.1 [18.7,47.1]	20.8 [6.1,51.6]	27.7 [17.3,41.2]	69.5 [41.4,88.0]	58.7 [39.9,75.2]
No	60.0 [44.2,74.0]	71.6 [38.5,91.1]	69.6 [56.1,80.4]	26.5 [9.2,56.1]	36.4 [20.8,55.7]
No sabe, no responde	8.9 [3.0,23.3]	7.6 [0.9,42.5]	2.7 [0.7,10.8]	4.0 [0.7,19.6]	4.9 [1.6,14.3]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	202	166	76	1317	1761

* Informante: Psicólogo(a) del servicio de atención psicológica

Figura 5.7

Disponibilidad de formatos y NOM-046 en los servicios de salud de primer y segundo nivel de atención



Fuente: Cuadros 5.30, 5.31 y 5.32

responsables de la atención de la violencia ya que es una guía para que el personal de salud conozca las acciones y mecanismos a seguir en situación de violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Sin embargo, esta norma solo está disponible en el 51.6% de las unidades de primer y segundo nivel; en el 55.8% de las unidades de los Sesa y en 58.6% de las unidades del ISSSTE. En el 44.5% de las unidades del IMSS Oportunidades y en el 27.6% de las unidades del IMSS estuvo disponible la NOM-046-SSA2-2005 (cuadro 5.32 y figura 5.7).

La privacidad, es un aspecto relevante que se debe considerar para atender a las personas en situación de violencia (NOM-046-SSA2-2005.6.2.1.2).¹⁹ En este sentido, se le preguntó al director (a) o subdirector (as) si en el área donde atienden las víctimas de violencia cuenta con insumos para la exploración física y espacio privado para la atención de las mujeres en situación de violencia. En la mayoría de las unidades médicas, el personal respondió que cuentan con espacio privado para la atención de violencia (80.9%). En el 74.8% de las unidades médicas el personal respondió que cuenta con insumos para la exploración física y en el 62.8% de las unidades médicas el personal mencionó que tienen batas para las usuarias. En el 88.8% de las unidades médicas del IMSS y en el 78.3% de las unidades de los Sesa, el persona de salud respondió que cuenta con espacio privado para la atención de las mujeres con violencia. En el 86.1% de las unidades del ISSSTE y en el 86.0% de las unidades de IMSS Oportunidades el personal mencionó que tiene espacio privado para la atención de mujeres víctimas de violencia (cuadro 5.33).

Es importante mencionar que los y las prestadoras de salud que atienden a víctimas de violencia son más vulnerables al desgaste emocional. En este sentido la NOM-046-SSA2-2005¹⁹ no hace mención sobre la disponibilidad de espacios de contención sin embargo, en el Modelo Integrado de los Sesa se menciona que los servicios de salud de primer y segundo nivel especializados en actividades de detección activa, diagnóstico oportuno, evaluación de riesgo, orientación, consejería, referencia, seguimiento de casos, registro y vigilancia epidemiológica de las usuarias en situación de violencia, dentro de sus actividades deben integrar servicios de contención y manejo de crisis.²⁰

Cuadro 5.33

Disponibilidad de insumos y privacidad en el área donde son atendidas las víctimas de violencia familiar y/o sexual en unidades de primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Batas para usuarias (os)	80.0 [65.5,89.4]	81.2 [66.7,90.3]	87.1 [80.4,91.8]	55.0 [41.0,68.3]	62.8 [51.9,72.6]
Insumos (material) para la exploración física	90.9 [78.0,96.6]	81.8 [63.5,92.1]	87.7 [80.9,92.3]	70.6 [55.4,82.3]	74.8 [63.5,83.5]
Privacidad (de espacio físico)	88.8 [76.8,95.0]	86.0 [66.6,95.0]	86.1 [77.9,91.6]	78.3 [63.2,88.4]	80.9 [69.6,88.6]
Total de unidades	1 098	2 780	160	9 452	13 490

* Informante: Director(a) o subdirector(a) médico(a)

miento de casos, registro y vigilancia epidemiológica de las usuarias en situación de violencia, dentro de sus actividades deben integrar servicios de contención y manejo de crisis.²⁰

En el presente estudio se investigó sobre la existencia de las terapias de contención para el personal de salud. Sin embargo, se encontró que en el 70.7% de las unidades médicas, el personal de psicología mencionó que no cuentan con terapias de contención para el personal que atiende a las personas víctimas de violencia familiar y sexual (cuadro 5.34).

Se esperaría que por lo menos en los Sesa contestaran con mayor frecuencia la disponibilidad de terapias de contención. Sin embargo, solo en el 29.1% de las unidades de los Sesa, el personal de psicología respondió que cuentan con este tipo de terapia para el personal que atiende a personas víctimas de violencia. En el 32.1% de las unidades del IMSS y en el 26.9% de las unidades del ISSSTE el personal de psicología mencionó que cuentan con el servicio de terapia de contención. En el 12.6% de las unidades del IMSS Oportunidades se mencionó que dispone de este tipo de servicio para el personal que atiende de la violencia (cuadro 5.34 y figura 5.8).

Cuadro 5.32

Disponibilidad de forma satisfactoria de la NOM-046-SSA2-2005 violencia familiar, sexual y contra las mujeres en unidades de primer y segundo nivel de atención

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Disponible y satisfactorio	27.6 [19.6,37.4]	44.5 [32.8,56.8]	58.6 [48.8,67.7]	55.8 [42.5,68.3]	51.6 [41.6,61.3]
No disponible	68.5 [58.3,77.2]	52.2 [39.8,64.4]	33.7 [25.6,43.0]	44.2 [31.7,57.4]	47.3 [37.7,57.3]
No aplica	3.9 [1.8,8.0]	3.1 [1.0,9.3]	7.1 [3.9,12.5]	0.0 [0.0,0.0]	1.0 [0.5,2.1]
No sabe, no responde	0.0 [0.0,0.0]	0.2 [0.0,1.2]	0.6 [0.1,4.5]	0.0 [0.0,0.3]	0.1 [0.0,0.3]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 238	3 278	175	12 165	16 857

Fuente: Listas de cotejo

Cuadro 5.34

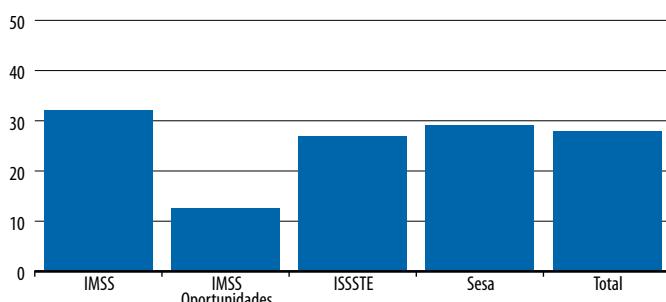
Disponibilidad de terapias de contención para el personal que atiende a personas víctimas de violencia familiar o sexual en unidades de primer y segundo nivel*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	32.1 [18.3,50.0]	12.6 [3.2,38.2]	26.9 [17.3,39.2]	29.1 [13.5,51.8]	27.9 [15.4,45.1]
No	65.9 [48.1,80.2]	79.2 [46.6,94.3]	73.1 [60.8,82.7]	70.3 [47.6,86.1]	70.7 [53.5,83.5]
No sabe, no responde	2.0 [0.3,13.0]	8.2 [1.0,45.3]	0.0 [0.0,0.0]	0.6 [0.2,2.5]	1.4 [0.4,4.6]
Total (%)	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Total de unidades	201	153	76	1324	1754

* Informante: Psicólogo(a) del servicio de atención psicológica

Figura 5.8

Disponibilidad de terapias de contención para el personal que atiende a personas víctimas de violencia familiar y/o sexual en unidades de primer y segundo nivel de atención



Fuente: Cuadro 5.34

Limitaciones para la atención de la violencia

Se investigó sobre las limitaciones que pudieran tener el personal de salud para la atención de la violencia familiar y sexual. Al respecto en el 61.8% de las unidades médicas el personal de salud percibe que no tiene limitaciones para prestar servicios de atención de la violencia. En el 63.2% de las unidades del IMSS y en el 66.2% de las unidades del IMSS Oportunidades, el personal mencionó que no tiene limitaciones para la atención de la violencia. En el 52.2% de las unidades del ISSSTE y en el 60.6% de las unidades de los Sesa el personal respondió que no tienen limitaciones para la atención de la violencia familiar y sexual (cuadro 5.35).

Insomos

Se analizó si los insumos son limitaciones para la atención de la violencia contra las mujeres.

Del total de las unidades médicas que tenían limitaciones para la prestación de servicios de atención de la violencia, en el 14.3% de estas, el personal percibe que tiene limitaciones de insumos para prestar atención de la violencia. En el 15.9%

de las unidades de los Sesa y en el 14.9% de las unidades del ISSSTE, el personal de salud mencionó que tiene limitaciones de insumos para la atención de la violencia. En el 12.5% de las unidades del IMSS Oportunidades y en el 3% de las unidades del IMSS, el personal mencionó que tiene limitaciones de insumo para prestar atención de la violencia familiar y sexual (cuadro 5.36).

Cuadro 5.36

Limitaciones de insumos para prestar servicios de atención de la violencia familiar y sexual en unidades de primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
No	97.0 [92.4,98.9]	87.5 [78.3,93.1]	85.1 [75.0,91.6]	84.1 [71.6,91.7]	85.7 [76.7,91.6]
Sí	3.0 [1.1,7.6]	12.5 [6.9,21.7]	14.9 [8.4,25.0]	15.9 [8.3,28.4]	14.3 [8.4,23.3]
Total (%)	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Total de unidades	1 242	3 326	181	12 435	17 185

* Informante: Personal operativo (médico(a) general o especialista) de la consulta externa

Infraestructura

En las unidades médicas que mencionaron que tenían limitaciones para la atención de la violencia de acuerdo a la percepción del personal entrevistado, el 12.9% del personal de primer y segundo nivel percibe que la infraestructura es una limitación para prestar servicios de atención de la violencia familiar y sexual. En el 17.9% de las unidades del ISSSTE y en el 14.3% de las unidades de los Sesa, el personal encuestado respondió que tiene limitaciones de infraestructura para la atención de violencia. En menor porcentaje, en las unidades del IMSS e IMSS Oportunidades tienen limitaciones de infraestructura para la atención de la violencia familiar y sexual (11.1% y 7.9% respectivamente), de acuerdo a la percepción del personal de salud (cuadro 5.37).

Cuadro 5.37

Limitaciones de infraestructura para prestar servicios de atención de la violencia familiar y sexual en unidades de primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
No	88.9 [78.6,94.6]	92.1 [83.3,96.4]	82.1 [72.2,89.0]	85.7 [74.0,92.6]	87.1 [78.6,92.6]
Sí	11.1 [5.4,21.4]	7.9 [3.6,16.7]	17.9 [11.0,27.8]	14.3 [7.4,26.0]	12.9 [7.4,21.4]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 240	3 297	180	12 428	17 145

* Informante: Personal operativo (médico(a) general o especialista) de la consulta externa

Cuadro 5.35

Limitaciones para prestar servicios de atención de la violencia familiar y sexual en unidades de primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	36.8 [26.1,48.9]	33.7 [24.5,44.4]	47.2 [37.3,57.3]	39.4 [27.7,52.5]	38.2 [29.2,48.1]
No	63.2 [51.1,73.9]	66.3 [55.6,75.5]	52.2 [42.1,62.2]	60.6 [47.5,72.3]	61.8 [51.8,70.8]
No sabe	0.0 [0.0,0.0]	0.0 [0.0,0.0]	0.6 [0.1,3.9]	0.0 [0.0,0.0]	0.0 [0.0,0.0]
Total (%)	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Total de unidades	1 240	3 297	180	12 428	17 145

* Informante: Personal operativo (médico(a) general o especialista) de la consulta externa

Recursos humanos

En las unidades médicas donde refirieron que tenían limitaciones para la atención de la violencia, el 12.8% de estas tienen limitaciones de recursos humanos para la atención de la violencia familiar y sexual de acuerdo a la opinión del personal encuestado. En el 11.6% de las unidades del IMSS y del IMSS Oportunidades respondieron que tienen limitaciones de recursos humanos para la atención de la violencia. Por otro lado, un poco más de las unidades de la ISSSTE y de los Sesa el personal mencionó que tienen limitaciones de recursos humanos para atender los casos de violencia familiar y sexual (14.6% y 13.2%) (cuadro 5.38).

Cuadro 5.38

Limitaciones de personal para prestar servicios de atención de la violencia familiar y sexual en unidades de primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
No	88.4 [78.4,94.1]	88.4 [79.0,93.9]	85.4 [75.7,91.7]	86.8 [75.4,93.4]	87.2 [79.1,92.5]
Sí	11.6 [5.9,21.6]	11.6 [6.1,21.0]	14.6 [8.3,24.3]	13.2 [6.6,24.6]	12.8 [7.5,20.9]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 240	3 297	180	12 428	17 145

* Informante: Personal operativo (médico(a) general o especialista) de la consulta externa

Resultados del componente cualitativo

Se incluyen hallazgos del componente cualitativo, el cual buscó complementar los datos cuantitativos al explorar con otra perspectiva metodológica (no representativa sino buscando entender significados y experiencias) las percepciones y opiniones de los prestadores de atención así como las usuarias sobre la atención para la violencia familiar y sexual, específicamente con relación a la ejercida contra las mujeres. En este componente, se buscó revisar por un lado cuáles son, según el personal de salud, las metas de la atención para la violencia familiar y sexual así como profundizar en sus opiniones sobre la consejería y la atención que se da cuando se detecta este tipo de violencia. Asimismo, se exploró la perspectiva de género dentro de la atención. Por el otro lado, se exploraron experiencias y percepciones de las usuarias de esta atención.

Metas de la atención para la violencia contra las mujeres

Según los listados libres que se aplicaron para estimar el consenso que existe entre prestadores de atención, específicamente el personal de salud del IMSS y la Secretaría de Salud (principalmente enfermeras) plantea que existen las siguientes metas generales para la atención con relación a la violencia familiar y sexual:

- Eliminar o disminuir la violencia contra las mujeres, y
- Orientar e informar a las mujeres sobre la violencia familiar y sexual.

Consejería para violencia

De acuerdo a la opinión de las y los prestadores de atención, el objetivo principal de la atención para la prevención y el tratamiento de la violencia es dar consejería con perspectiva de género. La consejería se lleva a cabo principalmente por el área de trabajo social y psicología, mientras que enfermería participa ocasionalmente. Dentro de las técnicas que se utilizan en la consejería, el personal de salud menciona aquellas que ayudan a las pacientes a recuperar la autoestima y fomentar el empoderamiento.

Atención

Las actividades a realizar cuando se presenta un caso de violencia son identificadas por los prestadores de atención incluyen el dar aviso al ministerio público y ofrecer apoyo psicológico. Para el caso de mujeres que requieren otros tipos de apoyos, como es el caso de la asesoría legal, se les canaliza a otras instituciones que pueden orientarlas al respecto.

El apoyo emocional es identificado por los prestadores de servicios de salud como la principal actividad que requieren las mujeres que se encuentran en situación de violencia.

Las mujeres reciben atención por parte del área de psicología en el primer nivel, primero de manera individual por un lapso de dos a tres meses y posteriormente en grupos. Se reconoce que el área de psicología se encuentra saturada por la atención de diferentes tipos de padecimientos, lo que constituye una barrera para dar atención a casos de violencia de género.

El personal de salud entrevistado percibe que no queda claramente establecido cuáles son las funciones a realizar para la atención para la violencia, por lo que a veces las usuarias no reciben algunos servicios que requieren, como por ejemplo la atención psicológica. No obstante, los prestadores describen las actividades que realizan para brindar apoyo emocional a las pacientes, mencionando canalización a atención psicológica o avisar al Ministerio Público. En algunos casos, especialmente dentro de la Secretaría de Salud, el programa de prevención y atención para la violencia es implementado como un módulo independiente donde el personal que participa en la atención tiene muy claras las actividades a desarrollar.

Con relación a la canalización de los pacientes, es distinta en cada nivel de atención. Para el caso de primer nivel de atención la detección de un caso de violencia se suele dar por parte de personal administrativo (receptionistas y en general quienes reciben y canalizan a los usuarios) mientras que en el segundo nivel es personal de trabajo social quien se acerca en primera instancia a las pacientes cuando están en hospitalización (en el caso de necesitarlo). Después de esta detección en caso de que

la paciente acepte, es canalizada al área de psicología en donde recibe terapia psicológica que el personal de salud define como la actividad principal del trabajo que debe realizar.

Según el personal de salud de otras de las unidades médicas estudiadas, no se presentan muchos casos de violencia de género, por lo regular los que se llegan a presentar son en el área de urgencias de segundo nivel. En el primer nivel de atención el brindar apoyo emocional para fomentar la autoestima es considerada la actividad principal dentro de la atención que se da para el caso de la atención de la violencia de género. El personal de trabajo social considera que se deben canalizar a mujeres que han experimentado violencia al área de psicología para que puedan recibir una mejor atención y posteriormente poder referirlas a otras instancias que les puedan brindar apoyos, ya que consideran que no están preparadas para atender esos casos.

En cuanto a prevención de la violencia el personal de salud menciona las invitaciones que realizan a que las usuarias (entre quienes no se ha identificado un problema de violencia necesariamente) acudan con sus parejas a la clínica para platicar con ellos ya que consideran que la atención con relación al tema de violencia debe ser para mujeres y hombres. Las pláticas a los(as) adolescentes para prevenir la violencia son otra actividad que se realizan principalmente pláticas sobre violencia en el noviazgo.

Perspectiva de género dentro de la atención para la violencia

Si bien las y los prestadores afirman que la atención para la violencia está diseñada para apoyar a las mujeres, plantean la necesidad de interactuar con sus parejas masculinas. Al respecto, un problema identificado es que desconocen (y no se les ha capacitado) cómo trabajar con ellos. Un ejemplo de ello es cómo interactuar con los varones cuando acuden al hospital para tramitar las altas de la mujer en situación de violencia. Según el personal de salud, la atención o canalización de los varones no es algo que esté considerado dentro de las actividades de la atención para la violencia de pareja. Por otra parte, la presencia de los varones durante la atención médica a las mujeres, puede ser un componente que interfiera con la decisión de las mujeres para levantar la denuncia ante el Ministerio Público.

En algunos casos, las y los prestadores de salud se han visto amenazados por los varones, cuando ellos se dan cuenta que su pareja femenina (violentada) los va a demandar. Las agresiones de este tipo han llevado a las y los prestadores de atención a desarrollar estrategias para trabajar con los varones que ejercen violencia en contra de sus parejas femeninas. En primera instancia se les pide respeto, aclarando que es el mismo que ellos van a recibir, y se les permite externar sus puntos de vista. También se realiza un ejercicio que busca que ellos se ubiquen en el lugar de sus parejas. Según un prestador de atención entrevistado, mencionó que un

ejemplo interesante para trabajar con los varones es llevarlos a considerar cómo sería su vida en caso de que su pareja falleciera, lo cual los ayuda a reflexionar sobre la violencia que ejercen.

El personal de salud identifica la existencia, en algunos casos, de actitudes de reflexión por parte de los varones que asisten a las pláticas de prevención de la violencia que se imparten. Esto es percibido como uno de los aciertos o logros que se han tenido en la prevención de la violencia. Por otra parte, identifican actitudes inequitativas de género (el “machismo”) que prevalece en el país, con mayor intensidad en las comunidades rurales, las cuales constituyen un reto para el trabajo en la prevención de la violencia contra las mujeres.

Percepción de las usuarias

Los resultados del estudio en usuarias muestran que los servicios de salud no han logrado captar a las personas víctimas de violencia. El Centro de Apoyo y Atención a la Mujer, A.C. (CAAMI), en Juchitán, Oaxaca, se coordina con la Secretaría de Salud para ofrecer opciones a las mujeres que requieren atención. Se reportaron sólo dos casos de mujeres violentadas por varones (padre, hijo). El servicio que han recibido no es siempre de calidad y en el caso de la mujer joven, no fue apoyada ni capacitada para enfrentar su situación, sino es simplemente descalificada. No se está cumpliendo con la atención oportuna; no hay “espacios seguros que les brinden protección, atención médica psicológica y orientación legal”.

Conclusiones

Prevención y promoción

En materia de prevención y promoción las instituciones del sector salud responden a lo establecido en la NOM-046-SSA2-2005,¹⁹ ya que la mayoría del personal de salud respondió que en las unidades médicas se llevan a cabo acciones de prevención de violencia familiar y sexual. Las acciones de promoción y prevención se llevan a cabo más frecuentemente en las unidades de primer nivel de atención del IMSS Oportunidades. Las principales acciones que se realizan en las unidades médicas para la prevención de la violencia de acuerdo con lo reportado por el personal, son las pláticas intramuros principalmente en las unidades de primer nivel de atención del IMSS, IMSS Oportunidades y Sesa. Mientras que en el ISSSTE las principales acciones de promoción y difusión que realizan es la colocación del periódico mural. En el IMSS Oportunidades y en las unidades de primer nivel de atención de los Sesa también son frecuentes los cursos y talleres de violencia dirigidos a la población. De manera importante realizan la colocación de periódico mural como parte de las acciones de promoción de difusión para prevenir la violencia en las unidades de segundo

nivel de atención principalmente en el ISSSTE y en los Sesa. Por otro lado son pocas las acciones comunitarias que se realizan para prevenir la violencia.

Detección Oportuna

En materia de detección de la violencia, específicamente cuando una mujer llega a la institución por un padecimiento o lesión por motivos de violencia familiar u otro tipo de violencia, el personal de las instituciones del sector salud mencionó de manera importante que refieren los casos de violencia a un segundo nivel de servicio especializado y envían a trabajo social para valoración del riesgo. Estos hallazgos reflejan que la cobertura de detección es baja en todas las instituciones.

El Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual de los Sesa,²⁰ menciona que es posible detectar casos de violencia a través de la identificación de signos y síntomas de alarma o a través del interrogatorio dirigido mediante la aplicación de la herramienta de detección. En este sentido en el presente estudio, en un poco más de la mitad de las unidades médicas el personal de la consulta externa mencionó que aplica la herramienta de detección. En el 70% de las unidades de los Sesa aplican la herramienta de detección de violencia. Menos del 50% de las unidades del IMSS y del ISSSTE utilizan el formato de detección. En el IMSS Oportunidades solo en el 29.1% de las unidades utilizan el formato de detección de violencia.

Para la detección de probables casos y diagnóstico de violencia se deberá registrar la entrevista y el examen físico de la o el usuario afectado por violencia familiar o sexual en el expediente clínico de forma detallada, clara y precisa.¹⁹ En este sentido, los resultados del presente estudio son alentadores ya que mostraron que en la mayoría de las unidades médicas (80%), el personal de salud de la consulta externa anota en el expediente clínico la sospecha o el diagnóstico de algún tipo de violencia. Sin embargo, para futuras investigaciones sería conveniente verificar esta información a través de los expedientes clínicos.

La NOM-046-SSA2-2005,¹⁹ establece que los probables casos nuevos de violencia familiar o sexual son de notificación obligatoria en el formato de vigilancia epidemiológica SUI-VE-1-2000 y en el formato estadístico denominado Registro de Atención en Casos de Violencia Familiar o Sexual. Sin embargo, los resultados del presente estudio mostraron que en un poco más de la mitad de las unidades médicas, el personal de la consulta externa mencionó que llena el formato de vigilancia epidemiológica. Se esperaría que en la mayoría de las unidades médicas de los Sesa, se llene este formato sin embargo, solo la mitad de estas unidades lo hacen. En el caso del IMSS, IMSS Oportunidades e ISSSTE menos del 37% de las unidades llenan el formato de vigilancia epidemiológica.

Cuando las mujeres se encuentran en situación de peligro, se establecerá la referencia a los servicios especializados inclu-

yendo los refugios, además de dar aviso al Ministerio Público.¹⁹ En este sentido las unidades médicas realizan algunas acciones acordes con lo establecido con la Norma (hacen referencia a apoyo psicológico especializado, se llena el formato de aviso al Ministerio Público y refieren a las mujeres a un refugio o centro de apoyo para víctimas de violencia). Sin embargo, en el 6.7% de las unidades médicas no realizan ninguna acción específica. Por otro lado, la mitad del personal de salud respondió que realizan otro tipo de acciones que pondrían en peligro la vida de las mujeres (por ejemplo, enviarla con familiar, le platican a la mujer sobre la situación, la refieren a un albergue, tratan de concientizar a la mujer, etc.).

Consejería

En materia de consejería corresponde a las y los prestadores de servicios de salud informar a la persona afectada sobre el derecho de 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.¹⁹

Casi en todas las unidades médicas, el personal refirió que aborda en la consejería los temas principales en apego a la NOM-046-SSA2-2005¹⁹ entre los que destacan el respeto y autonomía de las mujeres, el derecho de vivir una vida libre de violencia y la información sobre los centros de atención. Sin embargo, en la mitad de las unidades médicas, el personal de psicología mencionó otros temas entre los que destacan el tema de autoestima, ciclo de la violencia, temas de género, los tipos de violencia, empoderamiento, entre otros.

Referencia

Uno de los elementos básicos del proceso de referencia y contrarreferencia que establece el modelo operativo es la disponibilidad de un directorio de unidades que presten servicios en atención a la violencia, previamente validados.

Los resultados del presente estudio mostraron que en casi la mitad de las unidades médicas, el personal de salud encuestado mencionó que disponen de un directorio de unidades que prestan servicios en atención a la violencia. Un poco más de la mitad de las unidades del IMSS y del ISSSTE tienen disponible el directorio. Se esperaría que la mayoría de las unidades médicas de los Sesa tuviera disponible el directorio, sin embargo, en la mitad de las unidades el personal de la consulta externa respondió que no tiene disponible el directorio. En la cuarta parte de las unidades del IMSS Oportunidades el personal de la consulta externa respondió que tienen disponible el directorio. Las cifras son más altas cuando se le preguntó al personal

de psicología sobre la disponibilidad del directorio (75%). Sin embargo, es importante que el directorio esté disponible en todas las instituciones del sector salud.

Capacitación

El Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual²⁰ establece que la implantación de procesos educativos para la formación y actualización de recursos humanos profesionales es un requerimiento que debe cubrirse para dar una respuesta formal y sistemática a las necesidades técnicas, humanas y administrativas de la atención a la violencia familiar y sexual. En este sentido, en el presente estudio se encontró que menos del 6% de las unidades médicas el personal médico de la consulta externa y psicología recibió capacitación de 20 horas o más sobre temas de violencia durante el 2011.

Además, los resultados del presente estudio, mostraron que existe una necesidad de capacitación en el personal de las unidades médicas ya que en la mayoría de las unidades médicas el personal de psicología refirió no sentirse suficientemente capacitado para la atención de violencia.

Atención

La NOM-046,¹⁹ señala que los casos de violación sexual son urgencias médicas y requieren atención inmediata. La atención comprende reparación de daños y evitar complicaciones, es necesario la estabilidad emocional de la persona y la atención psicológica. Las instituciones prestadoras de servicios de atención médica, deberán ofrecer la anticoncepción de emergencia e informar de los riesgos de infecciones de transmisión sexual. Asimismo, se requiere 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. En caso de embarazo por violación se deberá prestar servicios de aborto médico a solicitud de la víctima interesada. La NOM-046 también señala que el personal de salud deberá dar aviso al Ministerio Público mediante el formato.¹⁹

En este sentido, las principales acciones que realizaría el personal de salud en caso de violación sexual reciente son:

- Llenado y trámites de aviso al Ministerio Público.
- Referencia.
- Indagar acerca de la violación sexual.
- Otorgar atención médica de las lesiones físicas.

Los resultados del presente estudio mostraron ausencia del servicio de aborto médico en caso de embarazo por violación ya que solo el 1.9% de las unidades médicas el personal de salud respondió que brinda el servicio de aborto médico. En

el 7% de las unidades del ISSSTE, el personal respondió que disponen de este servicio. Sin embargo, menos del 2.5% de las unidades del IMSS, IMSS Oportunidades y Sesa brindan el servicio de aborto médico ante esta situación.

Atención psicológica de la violencia

En relación a la atención psicológica, la NOM 046-SSA2-2005¹⁹ señala que 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.

Por su parte los Sesa, cuenta con un protocolo de atención psicológica a mujeres en situación de violencia el cual plantea diversas pautas para la atención psicológica. A pesar de que el IMSS, IMSS Oportunidades e ISSSTE no cuentan con un protocolo para la atención psicológica de mujeres víctimas de violencia, el personal de psicología lleva a cabo en la atención procedimientos similares a los Sesa. Cabe señalar, que cerca de la mitad de las unidades médicas, el personal de psicología mencionó que realiza como principales acciones ante un caso de violencia, la entrevista inicial y la valoración del estado psico-emocional. Sin embargo, es deseable que todas las instituciones cuenten con un protocolo para la atención psicológica de la violencia.

Calidad del servicio

La NOM-046-SSA2-2005,¹⁹ es uno de los documentos importantes que debería de estar disponible en las instituciones responsables de la atención de la violencia ya que es una guía para que el personal de salud conozca las acciones y mecanismo a seguir en situación de violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Sin embargo, esta Norma solo está disponible en el 51.6% de las unidades de primer y segundo nivel y en el 55.8% de las unidades de los Sesa, en el 58.6% de las unidades del ISSSTE. En el 44.5% de las unidades del IMSS Oportunidades y en el 27.6% de las unidades del IMSS.

En relación a la disponibilidad del formato de aviso al Ministerio Público, el 37.5% de las unidades dispone de manera satisfactoria del formato de aviso al Ministerio Público. El 43.5% de las unidades de los Sesa, el 39.5% de las unidades del ISSSTE y en el 38.8% de las unidades del IMSS dispone de manera satisfactoria del formato de aviso al Ministerio Público. La mayoría de las unidades del IMSS Oportunidades no tienen disponible y satisfactorio el formato.

Es importante mencionar que los y las prestadoras de salud que atienden a víctimas de violencia son más vulnerables al desgaste emocional. Por lo tanto la contención para el personal de salud es fundamental. Lamentablemente en el presente estudio la mayoría de las unidades médicas no cuentan con tera-

pias de contención para el personal que atiende a las personas víctimas de violencia familiar y sexual. Solo en el 29.1% de las unidades de los Sesa, el personal de psicología respondió que se cuenta con este tipo de terapia para el personal que atiende a personas víctimas de violencia. Los datos son similares para las otras instituciones de salud.

En cuanto a las limitaciones que tendría el personal de salud para la atención de la violencia, en el 38.2% de las unidades médicas el personal de salud percibe que tiene limitaciones para prestar servicios de atención de la violencia. De acuerdo al tipo de limitaciones que tienen las unidades médicas para prestar atención de la violencia, menos del 15% de las unidades médicas, el personal percibe que tiene limitaciones de insumos para la exploración física, infraestructura y de recursos humanos.

Recomendaciones

Normatividad

- Determinar como una de las prioridades sectoriales el reforzar la difusión y verificar la aplicación de la NOM-046-SSA2-2005. Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres. Criterios para la Prevención y Atención.
- En la difusión de la NOM-46 procurar el uso de herramientas innovadoras como por ejemplo bibliotecas y cursos en medios digitales.
- Elaborar guías de apoyo, reglamentos y manuales de procedimientos de apoyo para la aplicación de la NOM-46.
- En la aplicación de la NOM-46 las instituciones del sector salud deberán asegurar que se disponga de personal que desarrolle acciones de prevención y atención de la violencia familiar y sexual.

Operación del programa y trabajo interinstitucional

Esto permite:

- Elaborar un modelo integral para la prevención, detección y referencia de violencia familiar y sexual en el Sector Salud integrando en las acciones a los Sesa, IMSS, IMSS Oportunidades e ISSSTE el cual podría tomar como referencia el modelo con el que cuenta actualmente los Sesa e incluir indicadores para medir el impacto de las acciones a corto y mediano plazo. Además se deberá considerar el enfoque de interculturalidad y la perspectiva de género.
- Promover y apoyar la formación de grupos de apoyo para el cambio de actitudes y conductas en hombres o mujeres violentas.
- Desarrollar un programa educativo para la prevención de la violencia, con herramientas teóricas y prácticas dirigido al personal de salud y a maestros(as) a fin de que desarrollen las habilidades para educar y sensibilizar en materia

de violencia con perspectiva de género a la comunidad incluyendo población indígena y escolar. La elaboración del programa debe tener la participación de otras instituciones del sector público (SEP, instancias estatales de mujeres, comisión de derechos humanos, organizaciones de la sociedad civil y otras dependencias competentes).

- Fortalecer la detección y atención de la violencia a través de un programa de capacitación continua al personal médico y de apoyo que incluya:
 - Sensibilización del personal.
 - La detección oportuna de casos de violencia.
 - Reconocer los vínculos que existen entre la violencia y la salud.
 - Interrogatorio a la mujer sobre la violencia basada en género.
 - Cómo reaccionar a las experiencias de la mujer.
 - Evaluar si una mujer corre riesgo o peligro.
 - Cómo respetar la autonomía de las mujeres.
 - Cómo documentar casos de violencia.
 - Llenado de los formatos de violencia y el llenado en el expediente clínico. En este último caso se requiere que el expediente clínico cuente con un apartado para anotar el diagnóstico probable o confirmatorio de violencia.
 - Cómo referir a una mujer al ministerio público.
 - Acreditación o calificación del personal capacitado.
- Para la referencia, diseñar un directorio amigable de los centros de atención de servicios especializados de la atención de la violencia el cual será compartido al IMSS, IMSS Oportunidades e ISSSTE por el Centro Nacional de Equidad de Género. Diseñar un algoritmo de atención de violencia extrema en coordinación con los refugios y las organizaciones de la sociedad civil, ministerio público e instancias de las mujeres.
- Proponer un sistema único de información interinstitucional de información de casos de violencia familiar y sexual, con un solo formato.
- Promover los servicios especializados de atención a la violencia en el IMSS, IMSS Oportunidades y el ISSSTE con personal adecuado y un modelo de atención psicológica el cual debe ser diseñado con un enfoque cognitivo-conductual. Los servicios especializados contendrán un programa o servicio de contención dirigido principalmente al personal de psicología.
- Campañas de sensibilización y prevención de la violencia para medios de comunicación masiva (radio, televisión, medios digitales), así como la elaboración de carteles, folletos y otros materiales que apoyen la comunicación educativa. En particular, desarrollar acuerdos con televisoras y otros medios de comunicación para la inclusión de objetivos sociales en telenovelas y series de alto rating, dirigidas a promover la prevención de la violencia y al conocimiento de las alternativas de atención cuando se es víctima.

Desarrollar líneas de investigación

- Sobre actitudes y conductas en población adolescente que favorecen la violencia familiar, sexual y contra las mujeres (sexismo, prejuicios, mitos, estigmatización) de manera amplia y que sirvan también como una medición basal para en el futuro evaluar la evolución de la perspectiva de género en población adolescente. Este tipo de estudios permitirá el diseño de estrategias educativas específicas dirigidas a las áreas de oportunidad identificadas.

- Efectos de la exposición a medios de comunicación para la adquisición o reforzamiento de conductas violentas.
- Evaluación del impacto de las intervenciones para la prevención y atención de la violencia en población usuaria de los servicios.
- Determinación del impacto en salud física y emocional de las víctimas de violencia.
- Evaluación de modelos para la prevención y atención de la violencia en estudiantes de las carreras afines a la salud.

Referencias

- Organización Mundial de la Salud. Violence: A public health priority. Global Consultation on Violence and Health (documento inédito WHO/EHA/SPI.POA.2). Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1996.
- Olaiz G, Rico B, Del Río A. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003. Primera Edición. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2003.
- Organización de las Naciones Unidas. Asamblea General sobre el Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer. Sexagésimo primer período de sesiones. A/61/122/Add.1. 2006: Julio 6; Viena.
- Conferencia Mundial de Derechos Humanos. Declaración y Programa de Acción de Viena. [monografía en internet]. Austria, 1993. [consultado 2012 octubre 10]. Disponible en:[http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.CONF.157.23.Sp?OpenDocument](http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.CONF.157.23.Sp?OpenDocument).
- Zakus D, Rogge T. Violencia y salud en América Latina y el Caribe. En: Sepúlveda J, editor. Fortalecimiento de la cooperación internacional y desarrollo de capital humano. Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública, 2002:132-6.
- Yodanis CL. Gender inequality, violence against women, and fear. A cross-National Test of the Feminist Theory of Violence against women. Journal of Interpersonal Violence. 2004;19(6):655-75.
- Organización Mundial de la Salud y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres: qué hacer y cómo obtener evidencias. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2011.
- National Institute of Justice. Extent, nature, and consequences of rape victimization: findings from the National Violence Against Women Survey. Tjaden P, Thoennes N: National Institute of Justice. Washington, DC: 2006.
- Macro International Inc. Perfil de la Violencia Doméstica. Un Estudio en varios países. Calverton, Maryland: Macro International Inc. 2006.
- Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public health. 1999.
- Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género. México: Secretaría de Salud, 2008.
- Krug E, Dahlberg L, Mercy JA, comp. Informe mundial sobre la violencia y la salud. En: Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C., 2003.
- Organización Mundial de la Salud. Estudio Multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2005.
- Olaiz G, Rico B, Del Río A. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003. Primera Edición. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2003.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Encuesta Nacional sobre Dinámica de las Relaciones en los Hogares, ENDIREH 2003. México. INEGI, 2004.
- Olaiz G, Uribe P, del Río, A. Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres, ENVIM 2006. Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. México, 2009.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Encuesta Nacional sobre Dinámica de las Relaciones en los Hogares, ENDIREH 2006. México. INEGI, 2007.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Secretaría de Servicios Parlamentarios Estados Unidos Mexicanos, 2009. [consultado 2011 junio 4]. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>
- Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. México, D.F. Diario Oficial de la Federación, 16 de abril de 2009.
- Secretaría de Salud. Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual. Manual Operativo. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. 2009.
- Secretaría de Salud. Atención psicológica a mujeres en situación de violencia. Lineamientos y protocolos. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. SSA. 2010.

6. Atención a la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes

Betania Allen

La población adolescente en México se ha incrementado sustancialmente a partir de la segunda mitad del siglo XX, representando en la actualidad una quinta parte del total de la población. Las y los adolescentes, quienes tienen entre los 10 y 19 años, a menudo se perciben y son percibidos como un grupo de edad saludable. Sin embargo, muchos jóvenes mueren de forma prematura a causa de accidentes, suicidio, violencia, complicaciones relacionadas con embarazos o enfermedades prevenibles. El consumo de tabaco, las infecciones de transmisión sexual incluido el VIH, así como comer de manera deficiente o abusar del alcohol en esta etapa de vida pueden provocar enfermedades o muertes prematuras posteriormente.

De acuerdo con la ENSANUT 2012, en México 31.2% de las adolescentes de 15 a 19 años ha iniciado su vida sexual.¹ Esto, si se da en combinación con prácticas no protegidas, las predispone a infecciones de transmisión sexual, embarazos no planeados, aborto y un riesgo elevado de complicaciones para la salud de la madre y del recién nacido asociados al embarazo en edades tempranas.

El embarazo durante la adolescencia, especialmente la adolescencia temprana o media, puede implicar mayores riesgos para la salud materno-infantil. En el mundo, más de 13 millones de adolescentes dan a luz cada año en los países en vías de desarrollo.² En México la tasa de fecundidad de las mujeres de 12 a 19 años fue de 30.0 nacimientos por cada 1 000 mujeres según la ENSANUT 2006 y de 37.0 según la ENSANUT 2012.^{1,3} Un análisis de una base de datos sobre el embarazo en América Latina mostró que entre las madres adolescentes el riesgo de pre-eclampsia, eclampsia, anemia, hemorragia posparto, bajo peso al nacer, parto antes de término y muerte neonatal aumentaba a menor edad materna. Las adolescentes que se embarazaron cuando eran menores de 15 años tuvieron la tasa de mortalidad más alta y era cuatro veces más probable la mortalidad materna entre las adolescentes menores de 16 años comparadas con las mujeres de 20 a 24 años. Asimismo, las adolescentes comenzaban la atención prenatal de manera más tardía y tenían un menor número de citas prenatales que las embarazadas adultas (de 20-24 años).⁴

Existe controversia en la literatura científica sobre los factores que contribuyen a las altas tasas de resultados adversos del embarazo adolescente. La atención prenatal insuficiente (comienzo tardío durante el embarazo, un número menor de citas) es un factor que se estima como el determinante principal del riesgo más alto del embarazo adolescente.⁵ Los datos expuestos indican que las adolescentes tienen un mayor riesgo de diversas complicaciones durante el embarazo y parto, in-

cluyendo un mayor riesgo de muerte neonatal y materna, y diversos expertos afirman que si las adolescentes reciben atención prenatal adecuada y suficiente esto reducirá su riesgo de diversas complicaciones.⁶

Alrededor del mundo se ha planteado que la atención para la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, incluyendo la atención prenatal y durante el parto, debe ser agradable, accesible y lo que se ha denominado amigable. Los servicios amigables son módulos, programas, centros de salud u hospitales que ofrecen servicios preventivos y curativos de salud sexual y reproductiva específicamente diseñados para ser accesibles, aceptables y del agrado de adolescentes de ambos géneros, incluyendo también a adolescentes embarazadas durante el período gestacional, en el momento del parto y el período posparto inmediato. De igual manera, la atención prenatal debe ser accesible y atractiva para facilitar que las mujeres adolescentes embarazadas acudan a más citas y de manera más temprana (dentro del primer trimestre de embarazo).

Las características de los servicios amigables deben incluir accesibilidad en cuanto al horario y la ubicación, un ambiente y un trato que no sea amenazante sino que incorpore el respeto a los derechos, las decisiones y la autonomía de las y los adolescentes e incorporar la participación de jóvenes y otros miembros de la comunidad. Deben ofrecer una gama de servicios preventivos, que comprende la disponibilidad de anticonceptivos, incluyendo condones y anticoncepción de emergencia, así como consejería y actividades de aprendizaje de conocimientos y habilidades, servicios curativos como detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo atención o referencias, la detección de VIH, el embarazo y el aborto inducido.⁷

Existen algunas lecciones aprendidas de los programas en salud sexual y reproductiva para jóvenes y adolescentes que operan en las instalaciones de salud. Las experiencias se dividen en distintos ámbitos incluyendo la participación de los jóvenes, de la comunidad y de los padres y madres de familia; desarrollo, distribución y uso de protocolos, guías y normas; materiales de apoyo para actividades de educación y comunicación; selección, capacitación y distribución del personal; reclutamiento de usuarios/as y la creación de ambientes amigables para las y los jóvenes.⁸

Los profesionales que trabajan con las y los jóvenes por lo general conocen los aspectos clave del comportamiento de sus clientes o usuarios/as pero en ocasiones no saben cuáles son los elementos de un programa nuevo que pueden atraer o conservar a un público específico. Por ello una vez que se

ha identificado a ese público es importante evaluar las necesidades del mismo. Una recomendación relacionada con esta situación es que los jóvenes participen lo más posible en los proyectos vinculados a la atención que se brinda, incluyendo las etapas de diseño, implementación y evaluación.

La participación de la comunidad más amplia es igualmente relevante para incorporar las redes sociales de las y los jóvenes. Los padres y madres de familia son una parte importante de la comunidad por lo que su aprobación y apoyo a los programas son muy valiosos. Además, si los padres y madres de familia se informan y participan en estos programas, esto les puede ayudar a comunicarse de manera directa con sus hijos e hijas. La opinión generalizada es que debe obtenerse el apoyo de los progenitores pero es necesario determinar la mejor manera de lograr su participación, conservando por ejemplo los derechos y la autonomía de las y los usuarias/os jóvenes.

Las políticas operativas que determinan la manera en la que los proveedores deben servir a este grupo (las y los adolescentes) están en constante evolución y en parte por esto, al plantearse por escrito no siempre se explican con claridad. Si se establecen políticas operativas o criterios de atención más claros y detallados puede lograrse una oferta de servicios más consistente y potencialmente de mayor calidad. Asimismo, los criterios de atención deben promover de manera activa el acceso de los jóvenes a estos programas. La capacitación, orientación y supervisión del personal de salud, realizadas de manera apropiada, son necesarias para garantizar el cumplimiento de las normas y componentes que deben ser puestos en práctica por el personal.

Además de los criterios de atención, protocolos o lineamientos, el personal de salud que trabaja con adolescentes requiere de materiales de apoyo para que realicen actividades (especialmente grupales) de educación con las y los usuarios. Se requieren materiales (preferentemente en un formato electrónico que puede ser distribuido entre los prestadores de atención de manera gratuita y reproducido a voluntad) que incluyan los contenidos a impartir (la información sobre sexualidad, anticonceptivos y específicamente condones, planificación de vida y uso del tiempo libre, nutrición, así como temáticas específicas para el embarazo incluyendo lactancia, anticoncepción postevento obstétrico y otros) así como técnicas o dinámicas participativas para lograr un aprendizaje significativo.

La selección y capacitación o actualización del personal de salud son elementos claves para este tipo de atención. La capacitación debe propiciar que los proveedores acepten la actividad sexual de los adolescentes. Es importante desarrollar una guía de capacitación sólida y completa que permita capacitar al personal por varias vías tales como aprendizaje a distancia (a través del Internet) y capacitación integrada a las actividades laborales. La capacitación debe poner énfasis en el conocimiento, la sensibilización y las capacidades de comunicación.⁹

Es común que las y los jóvenes no sepan en dónde están los servicios de salud sexual y reproductiva o qué tipo de programas y atención ofrecen. También pueden pensar que los servicios están destinados exclusivamente a mujeres adultas embarazadas o a parejas casadas y que ellos están excluidos. Uno de los aspectos más importantes del reclutamiento de usuarios/as es contribuir a que las y los jóvenes reciban los servicios de planificación familiar antes de su iniciación sexual. El consenso es que se requieren más esfuerzos para llegar de manera efectiva y dar mejor información sobre los servicios a los y las jóvenes, especialmente a las mujeres jóvenes que no están embarazadas y a hombres y mujeres adolescentes que no están casados así como los que no estudian. Es importante que los jóvenes tengan la certeza de que son bienvenidos en las instalaciones de los servicios de salud.¹⁰

Las y los jóvenes mencionan numerosos aspectos del ambiente de las clínicas que deben ajustarse para que se sientan más aceptados y relajados. El concepto de “ambiente amigable para las y los jóvenes” sugiere un contexto en el que este grupo se sienta bienvenido, a gusto y cómodo, que le resulte incluso placentero. Las y los adolescentes consideran que un ambiente amigable debe ofrecer muchos servicios, estar abierto en las tardes y noches y contar con consejeros sensibles, con conocimientos técnicos de calidad y confiables. También insisten en que los servicios deben ser confidenciales, costeables y de fácil acceso. En general coinciden en que el aspecto más importante de un ambiente amigable es el trato que reciben las y los usuarias/os jóvenes de los proveedores. Estos deben ser honestos y respetuosos y garantizar la autonomía y confidencialidad de sus clientes.

Algunos de los elementos más importantes que los servicios amigables deben incluir son:

1. personal competente;
2. privacidad y confidencialidad;
3. ubicación conveniente;
4. horarios convenientes;
5. útil y cómodo para hombres y mujeres adolescentes jóvenes así como adolescentes embarazadas;
6. consejería de calidad en cada visita;
7. abasto apropiado de anticonceptivos acompañado de información al respecto;
8. consejería, prevención, diagnóstico y tratamiento de ITS/VIH o canalización a estos servicios;
9. un enfoque integral.¹¹

Más allá de modelos y criterios de atención que la literatura nacional e internacional propone como óptimos, hay relativamente pocas investigaciones sobre cómo funcionan en la práctica los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes, y aún menos en países de ingresos medios o bajos. En pocos casos se evalúa el desempeño de este tipo de servicios y no se hace suficiente investigación sobre qué servicios de salud

sexual y reproductiva se ofrecen a las y los adolescentes y de qué infraestructura y recursos (humanos, insumos, inmuebles, etc.) se disponen. Información sobre estas temáticas permitirá entender necesidades, barreras y facilitadores que existen para la prestación de este tipo de atención, como un primer paso para resolver problemas y fortalecer aciertos. Este tipo de datos será de utilidad para los prestadores de atención, administradores y directivos así como tomadores de decisión. Dado lo anterior, aquí se presentan hallazgos sobre cómo se da la atención para la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes en tres instituciones y un programa de salud en México, según el reporte de los prestadores de atención involucradas en dicha atención.

Promoción y prevención

Según lo reportado por los prestadores de atención en las unidades médicas se promueve la comunicación y colaboración entre los líderes comunitarios juveniles, grupos juveniles o escuelas locales y el servicio de atención de salud sexual y reproductiva para adolescentes tanto en el IMSS Oportunidades (92.2%) como en los Sesa (76.5%). Estas dos instituciones tienen programas específicamente diseñados para adolescentes. Dichos programas cuentan con lineamientos impresos (Programa de Acción Específico en el caso de la Secretaría de Salud y Guías de Enfoque Integral y Guía para el personal de salud que trabaja con adolescentes para IMSS Oportunidades) que indican la importancia de la interacción con la comunidad local, incluyendo líderes juveniles y escuelas (cuadro 6.1).

Por otra parte los prestadores de atención del IMSS también reportan que se promueve la comunicación entre líderes y grupos juveniles así como escuelas (64.6%), aunque la atención para la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes esté

englobada dentro de su programa de planificación familiar en general. Asimismo, también existe el programa JuvenIMSS y la colaboración se podría dar en el seno de esta iniciativa. Finalmente, el personal de salud del ISSSTE reporta la promoción de comunicación y colaboración con actores juveniles o escuelas locales en alrededor de la mitad de los casos (48.3%) (cuadro 6.1).

Atención

Diversos estudios a nivel nacional e internacional plantean la importancia de ofrecer atención para la salud sexual y reproductiva diseñada específicamente para adolescentes. Asimismo, proponen que es más aceptable para usuarios/as adolescentes un servicio organizado de tal manera que es exclusivamente para jóvenes. Por otra parte y de una manera que parece un tanto contradictoria, otras investigaciones plantean la pertinencia de que la salud sexual y reproductiva se incorpore dentro de una atención integral, ya sea para adolescentes o adultos. Las instituciones de salud mexicanas tienen programas de diversa índole diseñados específicamente para adolescentes. Dichos programas plantean una atención integral, y se organizan de manera diferente en cada institución (sin dejar de tener ciertas similitudes en criterios de atención y metas generales). La institución con el mayor número de unidades en las que el personal de salud identifica la existencia de un programa, servicio o módulo que da atención para la salud sexual y reproductiva específica y únicamente a adolescentes es IMSS Oportunidades (78.2%), seguido por el IMSS (30.2%), los Sesa (26.8%) y el ISSSTE (14.9%) (cuadro 6.2). Es importante notar que, en el presente estudio, se exploró cuál es la percepción del personal de salud entrevistado. En este caso, aún cuando puedan existir módulos o programas dirigidos a adolescentes, como los Centros de Atención Rural al Adolescente (CARA del IMSS Oportunidades), la respuesta de los prestadores de atención en algunos casos fue, según su criterio particular, que el programa que existe en la unidad médica donde laboran no es específico y únicamente para adolescentes. Por otra parte, en todas las instituciones se busca dar una atención integral a las y los adolescentes, lo cual pudiera haber afectado las respuestas del personal de salud a estas preguntas dentro de la encuesta.

Los documentos editados de manera formal (disponibles ya sea en papel o en forma electrónica), desde lineamientos o protocolos de atención hasta guías o manuales, son un apoyo importante para los prestadores de atención médica. Sirven para facilitar la incorporación a la práctica médica de la evidencia científica actualizada así como para promover la implementación uniforme de políticas y estrategias, y también para disseminar las metas e indicadores que se pueden usar para monitorear y evaluar la atención.

En bastante más de la mitad de las unidades médicas, el personal de salud que labora dentro de la atención en salud

Cuadro 6.1

Promoción de comunicación y colaboración entre líderes comunitarios juveniles, grupos juveniles o escuelas locales en unidades médicas del primer nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	64.6 [49.0,77.5]	92.2 [77.1,97.7]	48.3 [36.7,60.0]	76.5 [60.2,87.5]	79 [67.0,87.5]
No	34.4 [21.5,50.2]	7.8 [2.3,22.9]	49.2 [37.5,60.9]	23.5 [12.5,39.8]	20.9 [12.4,32.9]
No aplica	0.8 [0.2,3.3]	0.0 [2.1,3.1]	2.5 [2.1,3.1]	0.0 [0.0,0.2]	0.1 [0.0,0.2]
No sabe, no responde	0.2 [0.2,0.3]	0.0 [0.0,0.1]	0.0 [0.0,0.1]	0.0 [0.0,0.1]	0.0 [0.0,0.1]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	927	3 461	118	11 336	15 842

* Informante: Médico(a) encargado(a), médico(a) familiar, médico(a) encargado(a) en salud reproductiva o encargado(a) de CARA

sexual y reproductiva para adolescentes reporta que utilizan alguna guía, manual o protocolo para la atención a adolescentes (IMSS Oportunidades 85.2%, IMSS 86.9%, Sesa 61.6%) mientras en el ISSSTE en 38.4% de las unidades se reporta que utilizan un documento de este tipo (cuadro 6.3). Es posible que los prestadores de atención que contestaron que no utilizan “alguna guía, manual o protocolo para la atención” de hecho utilizan algún material o documento donde se plasman los criterios de atención pero el cual no se llama “guía”, “manual” ni “protocolo” y por tanto respondieron que no utilizan un documento con este nombre.

Por otra parte, es interesante notar que el personal de salud reporta utilizar documentos que son producidos para el uso técnico y operativo en otras instituciones (cuadro 6.4). Posiblemente esto se deba a que el personal de salud conoce y utiliza, aunque sea ocasionalmente, documentos de instituciones diferentes, sin que esto quiera decir que no cumplan con los criterios estipulados por su institución sino como un esfuerzo adicional que los profesionales de la salud realizan en búsqueda de prestar una mejor atención.

En cuanto a cuáles guías, manuales, programas o normas se utilizan al prestar la atención para la salud sexual y repro-

ductiva, en general pocos prestadores de atención reportan usar los documentos específicos sobre los cuales se preguntó en el cuestionario. En el caso del IMSS y los Sesa algunos prestadores reportan usar la guía de acciones con una línea de vida plasmada en una cartilla de salud para el adolescente así como una guía de atención médica y manual para consejería. No es de sorprenderse que varios prestadores reportan usar la Norma Oficial Mexicana de Planificación Familiar. Es posible que en diversos casos, el personal de salud entrevistado no identificó el título del documento, aunque de hecho lo usen, o utilicen otros documentos (cuadro 6.4).

Con relación a los servicios de salud sexual y reproductiva que según los prestadores de atención se ofrecen en las unidades médicas de las instituciones estudiadas, la consejería sobre la salud sexual y reproductiva se reporta en un alto número de unidades (81.8%). En número ligeramente menor de unidades los prestadores de atención refieren que en la unidad médica donde laboran se ofrecen anticonceptivos (de 60 a 75%) y en menos casos, condones (de 24 a 50%). En un número menor de unidades médicas, el personal de salud reporta que se ofrecen anticonceptivos de emergencia. También, en un número mediano de unidades médicas, el personal de salud reporta que se realiza detección de infecciones de transmisión sexual (31 a 39%) y en un número ligeramente menor de unidades el personal reporta que se ofrece tratamiento para éstas (16 a 29%), posiblemente porque este tipo de servicios se ofrecen en otro nivel de atención. Finalmente, en un bajo número de unidades médicas los prestadores de atención reportan que se realizan actividades educativas (10.5 a 16%) (cuadro 6.5 y figura 6.1).

Al respecto, además de enfatizar que los porcentajes se refieren a las percepciones del personal de salud, es importante tomar en cuenta que pueden haber reportado en algunos casos que “no se ofertan condones” dado que hay diferentes estrategias para facilitar el acceso de los y las jóvenes a los condones. Por ejemplo, en los CARA del IMSS Oportunidades se dispone de dispensadores de condones (recipientes llenos de condones) para que los adolescentes puedan tomar los que necesiten, sin ningún tipo de requisito o registro. Por otra parte, algunos prestadores de atención pueden haber reportado que no se distribuyen, por ejemplo, condones o anticonceptivos de emergencia por una falta de abasto de estos insumos y relativamente poca realización de actividades de educación sexual y reproductiva porque las actividades de información, educación y comunicación que realizan están insertadas en un enfoque más integral.

En un alto porcentaje (más del 95%) de las unidades médicas los prestadores de atención de las tres instituciones estudiadas reportan que toman en cuenta las opiniones o sugerencias de las y los adolescentes con relación a la atención que se les ofrece. El personal de salud del IMSS Oportunidades y de los Sesa reporta en un 100% de las unidades tomar en cuenta las opiniones de las y los adolescentes, seguido por el personal del

Cuadro 6.2

Existencia de un programa, servicio o módulo que da atención para la salud sexual y reproductiva específica y únicamente a adolescentes en unidades médicas del primer nivel de atención *

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	30.2 [19.6,43.4]	78.2 [62.7,88.5]	14.9 [8.7,24.4]	26.8 [16.2,40.9]	37.9 [28.6,48.2]
No	69.8 [56.6,80.4]	21.8 [11.5,37.3]	84.0 [74.3,90.5]	73.2 [59.1,83.8]	62.0 [51.8,71.4]
No sabe, no responde	0.0	0.0	1.1 [0.2,7.6]	0.0	0.0 [0.0,0.1]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	927	3 389	119	11 339	15 773

* Informante: Director(a) de la unidad médica de CARA

Cuadro 6.3

Utilización de guías, manuales o protocolos para la atención de adolescentes en unidades médicas del primer nivel de atención

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
No	12.6 [12.6,12.6]	14.8 [14.8,14.8]	59.8 [59.8,59.8]	38.3 [38.3,38.3]	31.8 [31.8,31.8]
Sí	86.9 [86.9,86.9]	85.2 [85.2,85.2]	38.4 [38.4,38.4]	61.6 [61.6,61.6]	68.1 [68.1,68.1]
No sabe, no responde	0.5 [0.5,0.5]	0.0	1.8 [1.8,1.8]	0.1 [0.1,0.1]	0.1 [0.1,0.1]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	928	3 487	119	11 338	15 873

Fuente: Listas de cotejo

Cuadro 6.4

Guías, manuales o protocolos específicos para la atención de adolescentes que se utilizan en unidades médicas del primer nivel de atención

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Acciones de línea de vida marcadas en una cartilla de salud para el adolescente	23.5 [13.1,38.4]	12.5 [5.5,26.0]	3.9 [1.5,9.6]	19.8 [10.0,35.5]	18.3 [10.6,29.6]
Guía de consejería en planificación familiar	21.7 [12.5,34.9]	15 [8.5,25.1]	8.5 [4.4,15.8]	9.2 [3.6,21.3]	11.2 [6.3,19.1]
Guía para la prevención y atención de infecciones por VIH y otras ITS	8.9 [3.7,19.7]	5.4 [2.6,10.7]	3.4 [1.2,9.1]	6.9 [2.2,20.1]	6.7 [2.8,15.1]
Guía didáctica o carta descriptiva de las acciones educativas	7.4 [3.5,14.7]	7.7 [3.7,15.2]	1.5 [0.4,6.2]	3.4 [0.5,20.3]	4.6 [1.6,12.5]
Marco jurídico sobre derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes	0.9 [0.2,3.6]	5.3 [1.7,15.1]	0.0	4.6 [1.0,18.8]	4.5 [1.4,13.4]
NOM-005-SSA2-1993 de los Servicios de Planificación Familiar	21.6 [13.4,32.9]	18.6 [11.4,29.1]	15.2 [7.7,28.0]	16.2 [8.3,29.3]	17.1 [10.6,26.3]
Criterios operativos para los servicios amigables	0.3 [0.0,2.5]	3.0 [1.2,7.7]	0.0	1.5 [0.4,5.1]	1.7 [0.7,4.0]
Programa de salud sexual y reproductiva para adolescentes 2007-2012	3.9 [2.0,7.5]	8.6 [4.6,15.7]	3.2 [1.0,9.7]	3.4 [0.5,20.5]	4.6 [1.6,12.5]
Norma que establece las disposiciones para otorgar servicios de planificación familiar	13.8 [8.1,22.6]	7.4 [3.1,16.5]	0.8 [0.7,1.0]	0.0	2.4 [1.3,4.6]
Procedimiento de planificación familiar en las unidades médicas del IMSS	7.8 [4.4,13.7]	9.8 [3.5,24.9]	1.9 [0.5,7.4]	0.0	2.7 [1.1,6.3]
Guía del enfoque integral para el trabajo con adolescentes	6.1 [2.5,14.1]	17.5 [8.9,31.5]	2.7 [1.0,7.0]	8.4 [2.2,27.4]	10.2 [4.5,21.5]
Guía de atención médica y manual de consejería en salud reproductiva del adolescente	19.7 [10.5,33.8]	22.3 [14.0,33.5]	7.9 [4.4,13.7]	3.6 [1.5,8.5]	8.7 [5.6,13.3]
Guía para el manejo de grupos de adolescentes embarazadas	1.0 [0.3,4.2]	12.8 [5.7,26.1]	1.8 [0.6,5.0]	7.2 [1.9,23.5]	8.0 [3.3,18.3]
Otros	22.8 [12.6,37.7]	36.1 [26.8,46.5]	17.3 [8.8,31.1]	22.6 [12.3,37.7]	25.5 [17.0,36.4]
Total de unidades	928	3 487	119	11 338	15 873

Fuente: Listas de cotejo

IMSS (97.4%) y del ISSSTE (95.1%) (cuadro 6.6). Sería interesante y útil explorar más a profundidad cuáles son los mecanismos a través de los cuales se toman en cuenta las opiniones de usuarios/as potenciales de estos servicios.

Muy pocos de los prestadores de atención de las diferentes instituciones incluidas en la investigación indican que se ofrecen pruebas rápidas de VIH regularmente dentro de la atención que se ofrece a adolescentes en la unidad médica donde laboran. Dichas pruebas se ofrecen pocas veces en el 48% y 68% de las unidades, según los prestadores de atención (cuadro 6.7). Sin embargo, es posible que se ofrecen pruebas de VIH que no son pruebas rápidas, y que haya una demanda muy baja de pruebas de VIH entre adolescentes mexicanos, entre otras cosas dado que la epidemia del VIH/sida en México es estable y está concentrada principalmente en grupos de población con prácticas de riesgo.¹²

En alrededor del setenta por ciento o más de las unidades de salud, los prestadores de atención refieren que se ofrece la vacuna contra el VPH a las adolescentes (de un grupo de edad específico) en la unidad médica de la institución donde labo-

ran. La oferta de esta vacuna varía, según el reporte del personal de salud, desde el 67.8% en el ISSSTE hasta el 93.2% en el IMSS Oportunidades, con 85.4% en el IMSS y 79.3% en los Sesa (cuadro 6.8).

Con relación al tratamiento de infecciones de transmisión sexual detectadas en algún usuario/a adolescente, en la mayoría de los casos los prestadores de atención reportan que se otorga el tratamiento en la misma unidad médica donde se realiza la detección (IMSS 68.1%, IMSS Oportunidades 65.9%, ISSSTE 63.3% y Sesa 62.6%) (cuadro 6.9 y figura 6.2). En la mayoría de los casos restantes, según el reporte de los proveedores de atención, se refiere a otra unidad para recibir el tratamiento.

Provisión de condones y anticonceptivos

En la mitad o más de las unidades médicas, los prestadores de atención, en todas las instituciones de salud estudiadas, reportan que se entregan pastillas de anticoncepción de emergencia a adolescentes cuando las solicitan en la unidad médi-

ca donde laboran. Desde un 49% en los Sesa, el 59.4% en el IMSS, el 70.7% en el IMSS Oportunidades hasta un 71.8% que reporta hacerlo en el ISSSTE (cuadro 6.10 y figura 6.3). En relativamente pocas unidades se refirió que sólo se entrega la anticoncepción de emergencia si el o la adolescente viene

acompañado/a de un adulto. Es posible que los prestadores de atención que reportan no entregar este método cuando se solicita no lo hagan por falta de suministro de insumos, aunque habría que confirmar esta posibilidad.

Cuadro 6.5

Servicios de salud sexual y reproductiva que se ofrecen a las y los adolescentes en unidades médicas del primer nivel de atención*

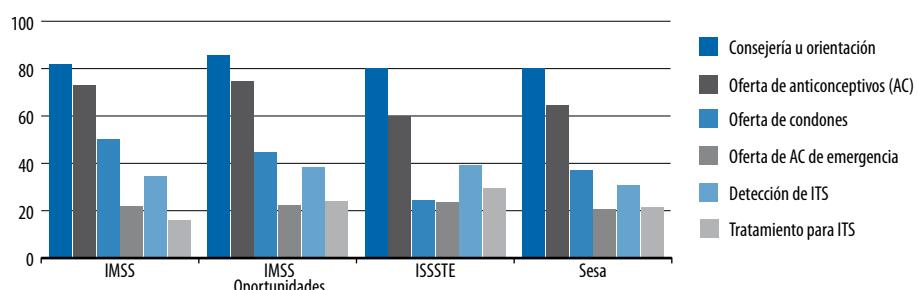
	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Consejería u orientación sobre salud sexual y reproductiva	81.8 [68.7,90.2]	85.4 [73.7,92.5]	80.0 [70.0,87.3]	79.9 [64.0,89.9]	81.2 [69.4,89.2]
Oferta de anticonceptivos	72.9 [58.0,83.9]	74.6 [62.6,83.8]	59.8 [47.5,71.0]	64.5 [48.3,77.9]	67.2 [55.1,77.4]
Oferta de condones	49.9 [35.9,64.0]	44.4 [30.7,59.0]	24.4 [16.2,35.0]	37.2 [24.3,52.3]	39.5 [29.0,51.0]
Oferta de anticonceptivos de emergencia	21.9 [11.8,36.9]	22.2 [12.5,36.3]	23.4 [15.7,33.4]	20.4 [11.6,33.4]	20.9 [13.9,30.3]
Detección de ITS/infecciones o enfermedades de transmisión sexual	34.6 [22.7,48.8]	38.3 [26.9,51.1]	39.2 [28.0,51.6]	30.7 [18.8,45.9]	32.6 [23.3,43.6]
Tratamiento para ITS/infecciones o enfermedades de transmisión sexual	16.0 [8.4,28.5]	23.8 [15.0,35.7]	29.4 [19.3,42.0]	21.2 [11.7,35.3]	21.5 [14.0,31.6]
Atención prenatal (sin especificar grupo de edad)	8.8 [3.4,20.9]	14.1 [5.8,30.4]	2.2 [0.3,14.0]	15.9 [7.3,31.2]	15.0 [8.2,25.9]
Atención prenatal específicamente diseñada para adolescentes	2.6 [1.1,6.2]	9.1 [4.3,18.4]	4.7 [2.0,10.8]	3.1 [1.0,9.2]	4.4 [2.1,8.7]
Consejería postevento obstétrico	11.2 [4.4,25.7]	4.9 [1.8,13.0]	8.8 [3.8,19.5]	11.6 [3.9,29.6]	10.1 [4.1,22.6]
Grupos de apoyo o atención grupal para adolescentes embarazadas	5.8 [2.7,12.1]	7.0 [2.8,16.8]	1.4 [0.6,3.0]	8.0 [2.5,23.1]	7.6 [3.1,17.6]
Actividades de educación sexual y reproductiva	15.3 [7.1,29.7]	16.3 [9.2,27.2]	12.5 [5.5,26.2]	10.5 [4.6,22.1]	12.1 [7.1,19.7]
Estrategias de comunicación educativa a través del internet	1.4 [0.4,4.8]	1.2 [0.2,6.3]	0.0 [0.1,2.9]	0.4 [0.1,2.9]	0.7 [0.2,2.1]
Educación por pares	1.1 [0.3,4.7]	4.3 [1.2,14.9]	1.4 [0.6,3.3]	1.4 [0.2,9.2]	2.0 [0.7,6.1]
Módulos ambulantes	1.2 [0.2,7.9]	2.3 [0.7,7.4]	4.9 [1.3,16.5]	0.2 [0.0,1.6]	0.8 [0.3,2.0]
Creación de redes sociales de participación juvenil	3.4 [0.9,11.9]	1.8 [0.5,6.4]	0.9 [0.1,6.5]	0.2 [0.0,0.8]	0.7 [0.3,1.8]
Otros	20.4 [10.9,35.0]	29.7 [19.5,42.6]	31.0 [21.0,43.3]	32.9 [20.9,47.7]	31.5 [22.0,42.8]
Total de unidades	928	3 487	119	11 338	15 873

* Informante: Médico(a) encargado(a), médico(a) familiar, médico(a) encargado(a) en salud reproductiva o encargado(a) de CARA

Figura 6.1

Servicios de salud sexual y reproductiva que se ofrece a las y los adolescentes en unidades médicas del primer nivel de atención

Fuente: Cuadro 6.5



Cuadro 6.6

Se toman en cuenta las opiniones o sugerencias de las y los adolescentes para la atención que se les ofrece en unidades médicas del primer nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	97.4 [89.1,99.4]	100.0	95.1 [85.5,98.4]	100.0	99.8 [99.4,99.9]
No	2.5 [0.5,11.1]	0.0	4.1 [1.0,15.0]	0.0	0.2 [0.1,0.7]
No aplica	0.1 [0.1,0.1]	0.0	0.8 [0.7,1.0]	0.0	0.0 [0.0,0.0]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	911	3 389	118	11 335	15 754

* Informante: Médico(a) encargado(a), médico(a) familiar, médico(a) encargado(a) en salud reproductiva o encargado(a) de CARA

Cuadro 6.7

Se ofrecen pruebas rápidas de VIH a las y los adolescentes en unidades médicas del primer nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Nunca	27.5 [17.8,39.9]	36.2 [25.1,49.0]	33.0 [21.9,46.4]	48.7 [34.1,63.5]	44.7 [34.1,55.8]
Pocas veces	68.4 [55.3,79.1]	57.4 [43.6,70.3]	61.9 [49.1,73.3]	47.9 [33.4,62.8]	51.2 [40.3,61.9]
Regularmente	0.0	6.2 [2.3,15.7]	5.1 [1.5,15.8]	3.4 [0.5,20.7]	3.8 [1.0,13.0]
No sabe, no responde	4.1 [1.2,13.6]	0.2 [0.0,1.3]	0.0	0.0	0.3 [0.1,0.9]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	886	3 280	114	11 215	15 495

* Informante: Médico(a) encargado(a), médico(a) familiar, médico(a) encargado(a) en salud reproductiva o encargado(a) de CARA

Cuadro 6.8

Se ofrece vacunación contra el VPH a algún grupo de edad específico de adolescentes en unidades médicas del primer nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	85.4 [70.3,93.6]	93.2 [85.1,97.1]	67.8 [54.7,78.6]	79.3 [67.3,87.7]	82.5 [73.6,88.9]
No	14.4 [6.3,29.6]	5.0 [1.8,13.3]	27.6 [17.9,40.1]	17.5 [9.8,29.3]	14.8 [8.9,23.5]
No aplica	0.0	1.8 [0.5,6.7]	4.5 [1.0,18.1]	2.0 [0.3,13.1]	1.9 [0.4,8.5]
No sabe, no responde	0.2 [0.0,1.5]	0.0	0.0	1.1 [0.1,7.6]	0.8 [0.1,5.5]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	878	3 277	94	11 215	15 464

* Informante: Médico(a) encargado(a), médico(a) familiar, médico(a) encargado(a) en salud reproductiva o encargado(a) de CARA

Cuadro 6.9

Acción que se realiza en caso de detectar una ITS en algún adolescente en unidades médicas del primer nivel de atención*

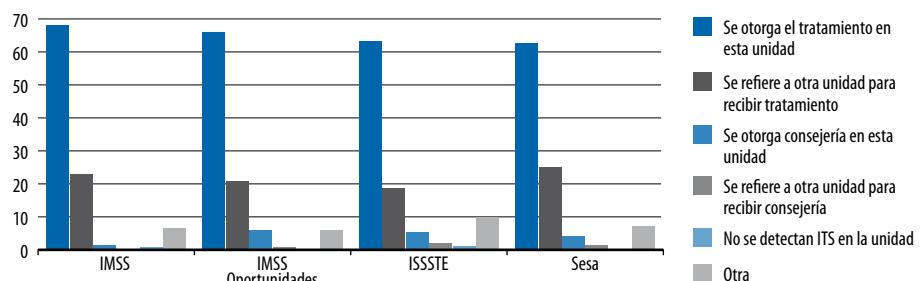
	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Se otorga el tratamiento en esta unidad	68.1 [53.2,80.0]	65.9 [55.1,75.2]	63.3 [50.2,74.7]	62.5 [47.5,75.5]	63.6 [52.4,73.5]
Se refiere a otra unidad para recibir tratamiento	22.9 [11.7,39.8]	20.8 [13.1,31.4]	18.5 [11.3,28.8]	25.1 [14.6,39.6]	24.0 [16.1,34.2]
Se otorga consejería en esta unidad	1.5 [0.4,5.0]	5.8 [2.0,16.1]	5.2 [1.1,21.5]	4.0 [1.0,14.9]	4.2 [1.5,11.1]
Se refiere a otra unidad para recibir consejería	0.1 [0.0,1.1]	0.8 [0.1,5.6]	2.1 [1.7,2.7]	1.3 [0.2,8.3]	1.1 [0.2,5.6]
No se detectan ITS en la unidad	0.8 [0.1,5.4]	0.1 [0.0,0.8]	1.1 [0.8,1.4]	0.0	0.1 [0.0,0.3]
Otra	6.4 [3.0,13.1]	6.0 [2.5,13.7]	9.8 [4.4,20.6]	7.1 [1.7,25.3]	6.9 [2.3,18.4]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	878	3 277	94	11 215	15 464

* Informante: Médico(a) encargado(a), médico(a) familiar, médico(a) encargado(a) en salud reproductiva o encargado(a) de CARA

Figura 6.2

Acción que se realiza en caso de detectar una ITS en algún/a adolescente en unidades médicas del primer nivel de atención

Fuente: Cuadro 6.9



Cuadro 6.10

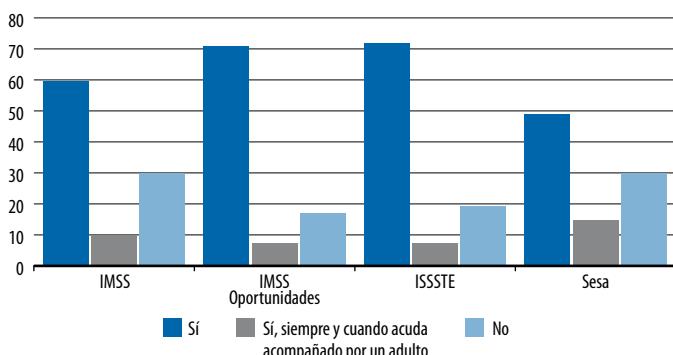
Entrega de anticoncepción de emergencia a adolescentes menores de edad que lo solicitan en unidades médicas del primer nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	59.4 [45.5,71.9]	70.7 [60.5,79.2]	71.8 [59.5,81.6]	49.0 [34.5,63.7]	54.6 [43.1,65.6]
Sí, siempre y cuando acuda acompañado por un adulto	9.9 [5.2,18.1]	7.4 [3.1,16.5]	7.1 [3.8,12.9]	14.8 [6.6,29.8]	12.8 [6.5,23.8]
No	29.8 [18.5,44.4]	16.8 [10.6,25.6]	19.3 [10.7,32.5]	30.0 [18.7,44.4]	27.0 [18.3,37.9]
No aplica	0.0	4.8 [2.0,11.0]	1.7 [1.4,2.1]	3.4 [0.9,12.8]	3.5 [1.3,9.2]
No sabe, no responde	0.9 [0.2,4.9]	0.3 [0.1,1.3]	0.0	2.8 [0.7,10.6]	2.1 [0.6,7.5]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	900	3 476	116	11 152	15 645

* Informante: Médico(a) encargado(a), médico(a) familiar, médico(a) encargado(a) en salud reproductiva o encargado(a) de CARA

Figura 6.3

Entrega de anticoncepción de emergencia a adolescentes menores de edad que lo solicitan en unidades médicas del primer nivel de atención



Fuente: Cuadro 6.10

Consejería

La consejería es un proceso de comunicación, información y apoyo emocional entre el prestador de servicios y la usuaria/o, que busca la promoción de la salud. Intenta facilitar la toma de decisiones de manera voluntaria e informada, con relación a la protección de la salud para lograr el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos. Asimismo, la consejería busca impartir información a través de un proceso de comunicación igualitaria para apoyar a las y los usuarios en el proceso de asumirse como sujetos de derecho, para lograr el empoderamiento.

Al dar la consejería el prestador de atención debe de buscar ser perceptivo de las opiniones y necesidades específicas de cada usuaria/o, proporcionando consejería dirigida o atención centrada en la persona para identificar las necesidades que tiene y centrarse en ellas. En la consejería que se ofrece a las y los adolescentes sobre, por ejemplo, anticoncepción se les debe de

hablar de todos los métodos con respeto y, en un contexto de equidad de género, asegurarse que los hombres estén informados sobre anticoncepción de emergencia.

La consejería sobre la salud sexual y reproductiva es un elemento clave de la atención en este ámbito, especialmente para adolescentes quienes dada la etapa de vida que cursan, requieren de mayor información así como apoyo emocional. Al respecto, la NOM 005 de los servicios de planificación familiar enfatiza la importancia de la consejería, en especial para adolescentes. A nivel nacional e internacional se plantea que la consejería constituye un eje fundamental de la salud sexual y reproductiva que se ofrece a adolescentes.

Dado lo anterior, es de suma importancia que se ofrezca consejería de calidad a las y los adolescentes durante su paso por los servicios de atención para la salud sexual y reproductiva. Un elemento básico de la calidad de la consejería es que las y los usuarios sientan que reciben toda la información que requieren y que no queden con dudas. Esto es un asunto especialmente sensible en el caso de usuarias/os adolescentes dado que pueden estar poco empoderados o tener poca experiencia que les ayude a saber qué preguntar o cuándo pedir que se les aclare algo.

Los prestadores de atención reportan frecuentemente que al dar consejería preguntan si las y los usuarios adolescentes tienen alguna duda al respecto (85.6% en IMSS Oportunidades, 70.2% en el ISSSTE, 70% en Sesa y 61.2% en el IMSS). Asimismo, no es de despreciarse que en el 38.8% de las unidades médicas del IMSS los prestadores de atención también reportan que les preguntan a las y los usuarios adolescentes si necesitan saber algo más, con menores porcentajes de unidades en las que los prestadores de atención refirieron optar por confirmar la comprensión de las y los jóvenes de esta manera en las otras instituciones (Sesa 30%, ISSSTE 29.8% e IMSS Oportunidades 14.4%) (cuadro 6.11).

En alrededor del 70% o más de las unidades médicas los prestadores de la atención (70.6% en el ISSSTE, 67.7% en el IMSS y 67.5% en los Sesa y el 85.7% en IMSS Oportunidades) reportan que promueven el uso de los anticonceptivos a

Cuadro 6.11

Formas de verificar la comprensión entre las y los adolescentes de las indicaciones realizadas al brindar consejería en unidades médicas del primer nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Les pregunta si tienen alguna duda	61.2 [45.2,75.1]	85.6 [70.2,93.7]	70.2 [59.4,79.1]	70.0 [54.9,81.8]	72.8 [61.3,81.9]
Les pregunta si necesitan saber algo más	38.8 [24.9,54.8]	14.4 [6.3,29.8]	29.8 [20.9,40.6]	30.0 [18.2,45.1]	27.2 [18.1,38.7]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	891	3 233	114	11 188	15 427

* Informante: Médico(a) encargado(a), médico(a) familiar, médico(a) encargado(a) en salud reproductiva o encargado(a) de CARA

los adolescentes menores de edad quienes acuden a la atención sin la presencia de un adulto (cuadro 6.12 y figura 6.4).

En general el personal de salud reporta contar con materiales de apoyo para las labores de orientación y consejería, los cuales pueden constituir una herramienta importante para el trabajo de prestadores de salud que ofrecen atención en salud sexual y reproductiva para las y los adolescentes. Esto es, el personal de salud reporta que cuentan con materiales de apoyo para la orientación y consejería para adolescentes en el 77.5% de las unidades médicas del IMSS, 69% del ISSSTE, 84% de los Sesa, y el 88.6% del IMSS Oportunidades (cuadro 6.13).

En dos de las instituciones estudiadas, en relativamente pocas unidades los prestadores de atención indican que las actividades de promoción y consejería de la anticoncepción o planificación familiar dirigidas a las y los adolescentes se imparten en lengua indígena (ISSSTE 10.7% e IMSS 18.2%). Es muy probable que pocas de las unidades médicas de estas instituciones, las cuales se ubican principal o únicamente en

Cuadro 6.13

Disponibilidad de archivos impresos o electrónicos de materiales de apoyo para la orientación y consejería de las y los adolescentes en unidades médicas del primer nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	77.5 [62.9,87.5]	88.6 [72.8,95.8]	69.0 [58.2,78.1]	83.7 [71.7,91.2]	84.3 [75.5,90.3]
No	22.0 [12.0,36.8]	11.4 [4.2,27.2]	31.0 [21.9,41.8]	16.3 [8.8,28.3]	15.7 [9.6,24.4]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	927	3 487	118	11 336	15 868

* Informante: Médico(a) encargado(a), médico(a) familiar, médico(a) encargado(a) en salud reproductiva o encargado(a) de CARA

áreas urbanas, tengan usuarios que hablen lenguas indígenas. Mientras tanto, en los Sesa en cerca de la cuarta parte de las unidades los proveedores de atención reportaron que estas actividades se imparten en alguna lengua indígena mientras según reportes de los prestadores de atención del IMSS Oportunidades se hace en el 40.4% de las unidades médicas (cuadro 6.14). Estas proporciones son relativamente altas si se toma en cuenta que en la mayoría de las unidades médicas de estas dos instituciones no tienen usuarios/as indígenas y aún menos de estos usuarios no hablan español, especialmente entre los y las adolescentes quienes suelen ser bilingües (en 2005, sólo 0.77 de los niños mexicanos de 3-14 años eran monolingües, INEGI). Se ha reportado que en la actualidad en comunidades catalogadas como indígenas el 100% de los adolescentes hablan español, por lo que no es necesario que las sesiones se den en su lengua. Sin embargo, una buena proporción del personal de salud entrevistado del IMSS Oportunidades y en menor medida en los Sesa reportan que se ofrecen pláticas sobre planificación familiar a adolescentes indígenas en lengua indígena, indicando un enfoque intercultural en la atención prestada.

No es de sorprenderse (pero sí es importante reconocerlo) que en cerca del 100% de las unidades médicas los prestadores de atención reportan que se informa a los hombres adolescentes sobre el condón masculino. Mientras tanto, en 21% a 37% de las unidades médicas el personal de salud de las diferentes instituciones dicen informar a los adolescentes varones sobre la anticoncepción de emergencia. En un mayor número de unidades médicas los prestadores de atención dicen informar a los usuarios adolescentes (hombres) sobre las pastillas hormonales (28% a 51%). En la cuarta o tercera parte de las unidades el personal de salud de algunas instituciones reportan informar a los adolescentes varones sobre las inyecciones hormonales (ISSSTE 24.8%, IMSS 33.9%) y más cerca de la mitad en el caso de los Sesa (42.4%) e IMSS Oportunidades (45.8%). En cuanto al DIU, en un 43.1% de las unidades el personal médico del IMSS Oportunidades informa a los hombres sobre este

Cuadro 6.12

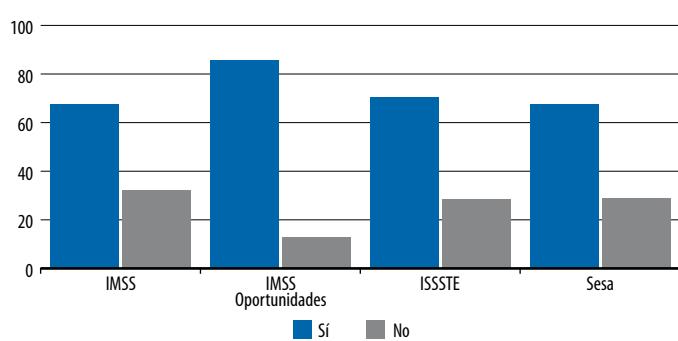
Otorgamiento de consejería, promoción y orientación sobre el uso de métodos anticonceptivos a las y los adolescentes menores de edad que acuden sin acompañamiento de un adulto en unidades médicas del primer nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	67.7 [53.7,79.1]	85.7 [77.6,91.1]	70.6 [58.2,80.6]	67.5 [51.8,80.1]	71.5 [59.6,81.0]
No	32.2 [20.8,46.2]	12.8 [7.7,20.5]	28.5 [18.6,41.1]	29.1 [17.2,44.8]	25.7 [16.7,37.4]
No aplica	0.1 [0.1,0.1]	0.0	0.8 [0.7,1.0]	3.4 [0.5,20.5]	2.4 [0.3,15.3]
No sabe, no responde	0.0	1.6 [0.2,10.2]	0.0	0.0	0.3 [0.0,2.4]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	923	3 448	118	11 318	15 807

* Informante: Médico(a) encargado(a), médico(a) familiar, médico(a) encargado(a) en salud reproductiva o encargado(a) de CARA

Figura 6.4

Otorgamiento de consejería, promoción y orientación sobre el uso de métodos anticonceptivos a las y los adolescentes menores de edad que acuden sin acompañamiento de un adulto en unidades médicas del primer nivel de atención



Fuente: Cuadro 6.12

Cuadro 6.14

Ofrecimiento de pláticas de promoción y consejería en planificación familiar en lengua indígena a usuarios(as) adolescentes que lo requieran en unidades médicas del primer nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	18.2 [6.3,42.6]	40.4 [23.2,60.4]	10.7 [3.8,26.5]	23.2 [8.9,48.4]	27.8 [15.6,44.5]
No	44.9 [28.3,62.7]	30.8 [18.2,47.1]	53.6 [37.4,69.1]	54.8 [33.4,74.5]	47.1 [31.5,63.4]
Otro	1.7 [0.4,6.1]	3.1 [0.4,19.2]	0.0	3.7 [0.8,15.9]	3.3 [1.1,10.0]
No aplica	35.0 [18.8,55.6]	25.7 [13.4,43.5]	35.7 [22.8,51.0]	18.4 [7.8,37.5]	21.8 [12.4,35.4]
No sabe, no responde	0.2 [0.2,0.3]	0.0	0.0	0.0 [0.0,0.0]	0.0
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	446	1 927	58	4 201	6 632

* Informante: Médico(a) encargado(a), médico(a) familiar, médico(a) encargado(a) en salud reproductiva o encargado(a) de CARA

método anticonceptivo mientras que en alrededor del 20% de las unidades el personal reporta que lo hacen en las restantes instituciones (24% en el IMSS, 23% en el ISSSTE y 19% en Sesa) (cuadro 6.15 y figura 6.5).

Una diferencia importante entre la información proporcionada a las usuarias adolescentes (mujeres) en comparación con los usuarios adolescentes (varones) es que en 62% a 77% de las unidades médicas de primer nivel los proveedores de atención mencionaron informar a las mujeres adolescentes sobre el condón. Esto, a pesar de que el condón es un método necesario para lograr la doble protección (cuando se combina con un anticonceptivo de otro tipo), algo especialmente importante en esta etapa de vida. Por otra parte, en 31 al 45% de las unidades el personal de salud reporta informar a las mujeres adolescentes sobre la anticoncepción de emergencia (una proporción más alta que para adolescentes hombres). Como es de esperarse, en un mayor número de unidades médicas (con relación a lo reportado para los adolescentes masculinos) los prestadores de atención dijeron que informan a las usuarias

Cuadro 6.15

Métodos anticonceptivos sobre los que se les informa a los hombres adolescentes en unidades médicas del primer nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Condón o preservativo masculino	96.6 [91.1,98.8]	96.4 [91.1,98.6]	96.3 [91.3,98.5]	95.9 [79.3,99.3]	96.1 [86.2,99.0]
Condón o preservativo femenino	3.8 [1.1,11.9]	6.0 [2.0,16.4]	16.1 [8.4,28.7]	8.3 [2.8,21.9]	7.6 [3.2,16.8]
Pastillas de anticoncepción de emergencia o del día siguiente	31.3 [20.3,45.0]	37.2 [26.1,49.8]	29.3 [19.5,41.5]	21.2 [11.5,36.0]	25.4 [17.3,35.6]
Pastillas o píldoras hormonales	31.2 [20.7,44.1]	51.1 [39.9,62.2]	28.1 [19.8,38.1]	48.0 [33.9,62.4]	47.5 [36.9,58.4]
Inyecciones hormonales	33.9 [22.6,47.4]	45.8 [34.1,58.0]	24.8 [17.3,34.3]	42.4 [29.0,57.0]	42.5 [32.4,53.3]
Dispositivo o DIU	23.7 [14.2,36.8]	43.1 [32.6,54.3]	22.8 [13.8,35.3]	19.1 [10.7,31.6]	24.6 [17.5,33.5]
Implantes	13.5 [7.6,22.8]	30.9 [21.5,42.1]	25.8 [16.5,37.9]	12.1 [6.0,23.1]	16.4 [10.8,24.1]
Parches	16.3 [8.8,28.0]	22.7 [13.3,36.1]	26.4 [17.0,38.5]	11.9 [5.7,23.5]	14.7 [9.1,22.8]
Óvulos, jaleas, espuma o diafragma	3.3 [1.4,7.6]	5.7 [2.0,15.7]	1.9 [0.5,7.4]	2.4 [0.6,9.4]	3.2 [1.3,7.5]
Operación femenina, OTB o ligadura de trompas	2.8 [0.8,9.1]	12.9 [6.9,22.7]	6.0 [2.6,13.4]	3.2 [0.9,11.4]	5.4 [2.7,10.3]
Operación masculina o vasectomía	8.1 [4.5,14.2]	22.7 [14.7,33.4]	11.8 [6.1,21.6]	10.5 [5.0,20.7]	13.0 [8.1,20.4]
Ritmo, calendario, abstinencia periódica, termómetro, billings	3.6 [1.6,8.0]	4.5 [1.8,11.1]	10.0 [4.9,19.5]	7.9 [3.0,19.3]	6.9 [3.1,14.7]
Retiro o coito interrumpido	7.9 [3.0,19.2]	2.6 [0.9,7.5]	7.9 [4.1,14.7]	9.9 [3.7,24.1]	8.2 [3.4,18.3]
Otros	5.0 [1.9,12.7]	1.5 [0.3,6.8]	5.7 [2.3,13.5]	6.8 [2.1,20.1]	5.5 [1.9,14.8]
Total de unidades	928	3 487	119	11 338	15 873

* Informante: Médico(a) encargado(a), médico(a) familiar, médico(a) encargado(a) en salud reproductiva o encargado(a) de CARA

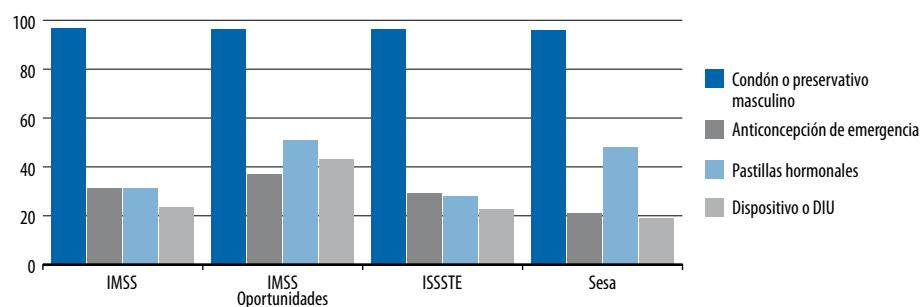
adolescentes femeninas sobre las pastillas (59 a 89%), las inyecciones (43 a 84%), los parches (42 a 53%) y los implantes hormonales anticonceptivos (45 a 59%). Asimismo, en una proporción mayor de unidades médicas el personal de salud reporta dar información sobre el DIU a adolescentes femeninas (42 a 75%) en comparación con los adolescentes varones (cuadro 6.16 y figura 6.6).

En una proporción relativamente baja de unidades médicas de primer nivel el personal de salud de las diferentes insti-

tuciones reporta informar a las y los usuarias/os adolescentes sobre la doble protección contra embarazos no planeados e ITS que ofrece el uso del condón en conjunto con un método de anticoncepción de otro tipo. Desde el 17% de las unidades médicas en las cuales lo reportan en los Sesa hasta el 26% en el IMSS Oportunidades (pasando por el 23% en el IMSS y el 18% en el ISSSTE), pareciera que se podría reforzar entre el personal de salud de las diferentes instituciones la necesidad de comunicar el mensaje de la doble protección (cuadro 6.17).

Figura 6.5

Métodos anticonceptivos sobre los que se les informa a los hombres adolescentes en unidades médicas del primer nivel de atención



Fuente: Cuadro 6.15

Cuadro 6.16

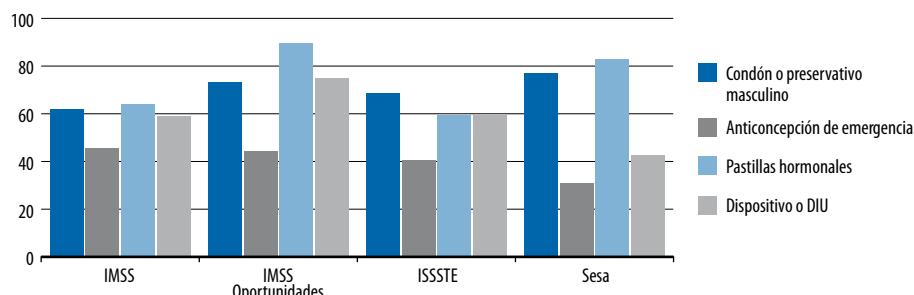
Métodos anticonceptivos sobre los que se les informa a las mujeres adolescentes en unidades médicas del primer nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Condón o preservativo masculino	61.7 [46.5,75.0]	73.3 [62.1,82.1]	68.6 [56.8,78.5]	76.8 [63.0,86.5]	75.1 [65.2,82.9]
Condón o preservativo femenino	17.8 [9.4,31.1]	10.8 [4.8,22.7]	26.6 [16.8,39.4]	20.2 [11.9,32.2]	18.0 [11.8,26.6]
Pastillas de anticoncepción de emergencia o del día siguiente	45.4 [31.5,60.0]	44.3 [32.4,56.9]	40.5 [29.5,52.5]	30.9 [20.7,43.3]	34.7 [26.4,44.0]
Pastillas o píldoras hormonales	63.8 [48.7,76.6]	89.4 [81.0,94.4]	59.3 [47.3,70.3]	82.8 [70.2,90.8]	83.0 [74.2,89.2]
Inyecciones hormonales	69.0 [53.9,80.9]	83.9 [74.5,90.2]	43.5 [33.0,54.5]	73.0 [59.2,83.5]	75.0 [65.0,82.8]
Dispositivo o DIU	59.0 [43.9,72.6]	74.9 [64.9,82.7]	59.3 [47.7,70.0]	42.4 [29.6,56.4]	50.7 [40.2,61.1]
Implantes	45.1 [31.9,59.0]	59.3 [47.9,69.9]	47.7 [36.4,59.3]	45.2 [31.3,59.9]	48.3 [37.7,59.1]
Parches	41.9 [29.1,56.0]	42.9 [30.8,55.8]	52.9 [41.3,64.2]	48.2 [33.8,63.0]	46.7 [35.5,58.3]
Óvulos, jaleas, espuma o diafragma	2.2 [0.9,5.4]	7.7 [2.9,19.1]	7.3 [3.7,13.9]	2.6 [0.7,9.5]	3.7 [1.7,8.1]
Operación femenina, OTB o ligadura de trompas	6.2 [3.1,12.0]	26.9 [16.3,41.1]	12.7 [6.8,22.5]	7.8 [3.6,15.9]	11.9 [7.6,18.1]
Operación masculina o vasectomía	2.6 [1.0,6.4]	20.0 [12.1,31.3]	4.1 [1.4,11.2]	5.5 [2.1,13.9]	8.5 [5.0,14.2]
Ritmo, calendario, abstinencia periódica, termómetro, billings	10.6 [4.2,24.4]	9.7 [4.1,21.2]	10.8 [6.1,18.4]	18.3 [8.5,35.0]	15.9 [8.3,28.4]
Retiro o coito interrumpido	3.4 [0.5,20.7]	5.5 [1.5,17.8]	6.2 [2.8,13.1]	7.0 [2.3,19.1]	6.4 [2.6,15.0]
Otros	4.6 [1.7,12.0]	1.2 [0.2,8.3]	2.8 [0.9,8.3]	0.0 [0.0,0.0]	0.6 [0.2,1.5]
Total de unidades	928	3 487	119	11 338	15 873

* Informante: Médico(a) encargado(a), médico(a) familiar, médico(a) encargado(a) en salud reproductiva o encargado(a) de CARA

Figura 6.6

Métodos anticonceptivos sobre los que se les informa a las mujeres adolescentes en unidades médicas del primer nivel de atención



Fuente: Cuadro 6.16

Cuadro 6.17

Recomendaciones dadas a las y los adolescentes para que se protejan de embarazo e infecciones de transmisión sexual en unidades médicas del primer nivel de atención (recomendación de doble protección)*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesu %	Total %
Menciona únicamente el condón	73.6 [58.0,84.9]	68.0 [54.9,78.8]	75.5 [63.9,84.3]	79.3 [65.7,88.4]	76.4 [66.7,84.0]
Menciona condón y otro método anticonceptivo	22.7 [12.0,38.7]	26.1 [15.9,39.7]	18.2 [10.9,28.9]	17.1 [8.9,30.4]	19.5 [12.7,28.8]
Otra	3.7 [1.4,9.5]	5.9 [2.6,13.1]	6.3 [2.4,15.3]	3.6 [0.8,14.1]	4.1 [1.5,10.6]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	927	3 461	118	11 336	15 842

* Informante: Médico(a) encargado(a), médico(a) familiar, médico(a) encargado(a) en salud reproductiva o encargado(a) de CARA

Cuadro 6.18

Mecanismos diferentes a la consejería empleados para una mayor difusión de información sobre los métodos de planificación familiar en unidades médicas del primer nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesu %	Total %
Difusión de material educativo impreso	70.7 [56.6,81.7]	67.2 [58.0,75.3]	67.6 [56.8,76.7]	75.9 [62.7,85.6]	73.7 [64.5,81.1]
Uso de material audiovisual	13.1 [6.8,23.7]	21.2 [12.3,33.9]	19.1 [10.6,32.1]	11 [4.9,22.9]	13.4 [8.0,21.6]
Difusión en televisión y/o radio local	2.8 [1.1,7.0]	3.2 [1.3,7.7]	3.7 [1.2,11.3]	2.6 [0.7,8.6]	2.7 [1.2,6.3]
Educación por pares	2.1 [0.6,7.1]	8.5 [3.8,18.1]	1.8 [0.6,5.0]	0.1 [0.0,0.3]	2 [1.0,4.2]
Módulos ambulantes	1.8 [0.3,12.1]	11.0 [5.9,19.5]	7.8 [3.2,17.8]	1.9 [0.6,6.4]	4 [2.2,7.1]
Sesiones educativas grupales en la unidad médica	8.6 [4.4,16.3]	19.8 [12.0,30.9]	7 [3.7,12.8]	14.1 [6.0,29.6]	15 [8.4,25.3]
Encuentros educativos o sesiones educativas grupales fuera de la unidad médica	8.1 [4.5,14.3]	23.6 [15.7,33.9]	13.5 [7.2,24.1]	7.2 [3.7,13.7]	10.9 [7.3,16.1]
Periódico mural	9.7 [4.4,20.0]	23.2 [15.1,34.0]	35.1 [24.1,47.9]	17.6 [8.4,33.2]	18.5 [11.1,29.2]
Buzón	0.4 [0.1,1.9]	6.2 [1.8,18.8]	0.0 [0.0,0.0]	0.0 [0.0,0.3]	1.4 [0.4,4.5]
Otros	24.3 [14.4,37.8]	31.6 [22.7,42.1]	20.5 [13.4,30.0]	15.3 [8.5,26.1]	19.5 [13.4,27.3]
Total de unidades	928	3 487	119	11 338	15 873

* Informante: Médico(a) encargado(a), médico(a) familiar, médico(a) encargado(a) en salud reproductiva o encargado(a) de CARA

En las unidades médicas estudiadas, los prestadores de atención reportan usar, además de la consejería, principalmente material educativo impreso (67 a 76%) para difundir información sobre anticonceptivos entre sus usuarios/as adolescentes. También utilizan materiales audiovisuales en algunos casos; del 11 al 21% de las unidades médicas del primer nivel de atención, dependiendo de la institución. En menos casos dijeron organizar sesiones educativas grupales fuera (7-24%) y dentro (7-20%) de la unidad médica. Algunos pocos prestadores de atención reportan también usar el periódico mural y en algunas instituciones un buzón así como educación por pares (cuadro 6.18).

Referencia

En más del 50% de las unidades médicas el personal de salud de las diferentes instituciones estudiadas reportan que reciben notificación de sus pacientes adolescentes cuando los refieren a atención, con 50.9% en el caso de los Sesa, 69.8% del ISSSTE, 75.7% del IMSS y 80.9% del IMSS Oportunidades (cuadro 6.19).

En la mayoría de las unidades los prestadores de atención de las diferentes instituciones reportan que refieren a usuarias/os adolescentes a un segundo nivel de atención para cuestiones como embarazo (arriba del 70%), aborto (más del 65%) y atención psicológica (más del 42%). En general, para la atención para la violencia, sea familiar, de noviazgo o sexual, en entre el 51 y el 83% de las unidades el personal de salud reportó que en la unidad médica de la institución donde trabajan se refiere a otro nivel de atención. Por otra parte, en menor medida reportan que se refiere a un segundo nivel de atención para vacunación contra VPH o pruebas rápidas de VIH. Finalmente, pocos prestadores de atención reportan que se refieren adolescentes a otro nivel de atención para métodos anticonceptivos (cuadro 6.20).

Capacitación

Algunos prestadores de atención reportan haber recibido 20 o más horas de capacitación, aunque relativamente pocos. En menos de 12% de las unidades médicas el personal de salud reporta haber recibido 20 horas o más de capacitación en alguno de los temas incluidos en el cuestionario (cuadro 6.21). Sorprende que tan pocos prestadores de atención reportan haber recibido 20 o más horas de capacitación en temas tan básicos como planificación familiar o consejería, sin dejar de lado la necesidad de que reciban cursos en las demás temáticas sobre las cuales se indagaron.

No obstante lo anterior, las cifras reportadas en el cuadro 6.15 indican que la gran mayoría de las unidades el personal de salud reporta sentir suficientemente capacitado para realizar actividades esenciales dentro de la atención en salud sexual

Cuadro 6.19

Se recibe notificación sobre las y los adolescentes referidas(os) en unidades médicas del primer nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	75.7 [59.6,86.8]	80.9 [68.8,89.1]	69.8 [58.8,78.8]	50.9 [37.0,64.6]	58.9 [47.2,69.6]
No	24.3 [13.2,40.4]	19.1 [10.9,31.2]	30.2 [21.2,41.2]	48.9 [35.1,62.8]	40.9 [30.2,52.6]
No sabe, no responde	0.0	0.0	0.0	0.3 [0.0,1.8]	0.2 [0.0,1.3]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	854	3 410	107	11 300	15 671

* Informante: Director(a) de la unidad médica

Cuadro 6.20

Servicios por los cuales se refiere a las y los adolescentes a un segundo nivel de atención en unidades médicas del primer nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Embarazo	83.9 [70.3,91.9]	89.0 [80.4,94.1]	72.9 [61.1,82.2]	87.0 [71.3,94.7]	87.1 [76.4,93.4]
Violencia familiar	76.3 [63.5,85.7]	72.7 [59.8,82.6]	60.4 [49.1,70.6]	78.4 [66.3,87.1]	76.9 [68.3,83.7]
Violencia durante el noviazgo	69.7 [56.7,80.2]	67.8 [55.6,78.0]	51.2 [40.1,62.2]	64.5 [50.9,76.1]	65.4 [55.1,74.5]
Abuso sexual	82.8 [72.8,89.6]	72.2 [60.1,81.7]	57.9 [46.3,68.7]	76.7 [64.5,85.7]	76.0 [66.8,83.2]
Vacunación contra el VPH	5.7 [2.9,11.0]	4.2 [2.0,8.8]	22.1 [15.4,30.7]	18.8 [9.4,34.2]	14.9 [7.9,26.2]
Prueba rápida de VIH	34.4 [22.7,48.4]	56.1 [42.1,69.2]	49.7 [38.5,61.0]	44.8 [31.5,59.0]	46.7 [36.4,57.3]
Métodos anticonceptivos	2.3 [1.1,4.9]	7.1 [2.9,16.3]	11.6 [5.9,21.5]	5.6 [1.9,15.2]	5.8 [2.7,12.1]
Aborto	81.6 [70.7,89.0]	87.4 [77.7,93.3]	65.5 [53.6,75.7]	90.6 [82.1,95.3]	89.2 [82.4,93.6]
Atención psicológica	79.6 [69.7,86.8]	87.7 [79.9,92.7]	42.1 [31.2,53.9]	80.6 [69.0,88.6]	81.8 [73.5,87.9]
Total de unidades	932	3 486	120	11 339	15 878

* Informante: Director(a) de la unidad médica

Cuadro 6.21

Temas sobre los cuales el personal de salud de las unidades médicas del primer nivel de atención recibió 20 horas o más de capacitación en 2011*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes	7.7 [3.7,15.2]	10.0 [5.2,18.3]	8.7 [4.4,16.2]	7.4 [2.7,18.8]	8.0 [4.0,15.2]
Consejería en salud sexual y reproductiva	9.7 [5.2,17.5]	6.4 [2.7,14.2]	11.0 [6.1,19.0]	5.6 [1.6,17.9]	6.0 [2.6,13.6]
Planificación familiar para adolescentes	9.1 [4.7,16.8]	7.3 [3.4,15.0]	8.3 [3.9,17.1]	5.9 [1.8,17.7]	6.4 [2.9,13.7]
Inserción de DIU	5.5 [2.4,12.5]	6.2 [2.8,13.4]	5.7 [2.3,13.3]	2.3 [0.9,5.7]	3.4 [1.9,5.9]
Anticoncepción de emergencia	7.3 [3.4,15.0]	11.3 [4.6,25.4]	6.7 [3.0,14.0]	2.3 [0.9,5.7]	4.6 [2.5,8.3]
Temas de equidad o igualdad de género	8.4 [4.2,16.0]	5.2 [2.1,12.5]	10.1 [5.1,18.9]	2.1 [0.8,5.5]	3.2 [1.8,5.6]
Actualización en anticoncepción postevento obstétrico	4.4 [1.7,11.3]	5.8 [2.4,13.1]	6.5 [3.2,13.0]	2.3 [0.9,5.7]	3.2 [1.8,5.8]
Total de unidades	900	3 385	116	10 898	15 299

* Informante: Médico(a) encargado(a), médico(a) familiar, médico(a) encargado(a) en salud reproductiva o encargado(a) de CARA

y reproductiva que se presta a adolescentes. En más de la mitad de los casos (56 a 62%), el personal de salud de las instituciones estudiadas reporta sentirse suficientemente capacitado para hablarles a los adolescentes sobre derechos sexuales y reproductivos. En el 66 al 79% de las unidades, el personal de salud refiere sentirse capacitado para brindar consejería de salud sexual y reproductiva a adolescentes. En el 50% de las uni-

dades del IMSS y los Sesa el personal de salud reporta sentirse capacitado para prescribir anticoncepción de emergencia, y en más del 70% de las unidades del IMSS Oportunidades y del ISSSTE el personal reporta sentirse capacitados para hacerlo. De manera similar, los porcentajes de unidades médicas donde personal de salud que reporta sentirse capacitados para hablarles a los usuarios/as adolescentes sobre contraindicaciones y efectos colaterales de los anticonceptivos varían de 64.9% a 75.8%. Asimismo, en el 49% al 81.9% de las unidades los prestadores reportan saber cómo insertar el DIU. Finalmente, en el 56 al 73% de las unidades el personal se siente capacitado en temas de equidad e igualdad de género (cuadro 6.22).

Calidad del servicio

Disponibilidad de infraestructura

En las diferentes instituciones, en relativamente pocas unidades de primer nivel los prestadores de atención (17 a 26%) indican que existe un consultorio exclusivo para las consultas de salud sexual y reproductiva que se dan a adolescentes (cuadro 6.23). En un mayor número de unidades médicas los profesionales de la salud dicen que se cuenta con un espacio físico exclusivo para brindarles a las y los adolescentes consejería sobre salud sexual y reproductiva (cuadro 6.24). Mientras, en el 17 al 28% de las unidades médicas los prestadores de atención reportan que existen dificultades en cuanto a la disponibilidad de un espacio privado para proporcionar información sobre anticonceptivos a adolescentes (cuadro 6.25). Con respecto a estos hallazgos, es importante mencionar que la existencia de

Cuadro 6.23

Existencia de un consultorio exclusivamente para las consultas de salud sexual y reproductiva para las y los adolescentes en unidades médicas del primer nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	18.2 [8.8,33.8]	26.2 [17.7,37.1]	25.5 [17.7,35.4]	16.7 [8.0,31.7]	18.9 [11.8,29.1]
No	81.8 [66.2,91.2]	73.8 [62.9,82.3]	74.5 [64.6,82.3]	83.3 [68.3,92.0]	81.1 [70.9,88.2]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	921	3 446	118	11 272	15 757

* Informante: Médico(a) encargado(a), médico(a) familiar, médico(a) encargado(a) en salud reproductiva o encargado(a) de CARA

Cuadro 6.24

Existencia de un espacio físico exclusivo para brindar consejería sobre salud sexual y reproductiva para las y los adolescentes en unidades médicas del primer nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	22.8 [13.5,36.0]	57.7 [44.2,70.2]	35.4 [25.6,46.5]	11.1 [5.8,20.3]	22.1 [15.9,30.0]
No	77.2 [64.0,86.5]	42.3 [29.8,55.8]	64.6 [53.5,74.4]	88.9 [79.7,94.2]	77.9 [70.0,84.1]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	927	3 391	117	11 198	15 632

* Informante: Médico(a) encargado(a), médico(a) familiar, médico(a) encargado(a) en salud reproductiva o encargado(a) de CARA

Cuadro 6.22

Temas sobre los cuales el personal de salud de unidades médicas del primer nivel de atención se siente suficientemente capacitado*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Para hablarles a los adolescentes sobre sus derechos sexuales y reproductivos	60.0 [46.1,72.5]	61.6 [49.5,72.5]	58.0 [46.2,68.9]	55.8 [41.5,69.3]	57.4 [46.4,67.6]
Para brindar a los adolescentes consejería en salud sexual y reproductiva	68.3 [53.1,80.4]	78.6 [69.5,85.6]	70.7 [58.1,80.8]	66.0 [51.6,77.9]	68.9 [58.5,77.7]
Para hablarle a los adolescentes sobre las contraindicaciones y efectos colaterales de métodos de planificación familiar	70.9 [56.4,82.2]	72.0 [60.8,81.0]	75.8 [63.2,85.1]	64.9 [50.1,77.4]	66.9 [56.1,76.2]
Para insertar DIU	56.9 [42.1,70.5]	81.9 [69.6,89.9]	74.1 [63.4,82.5]	49.2 [35.6,63.0]	57.0 [46.6,66.9]
Para dar información sobre OTB o ligadura de trompas	79.4 [66.0,88.4]	81.5 [67.8,90.3]	64.8 [55.5,73.1]	74.0 [60.2,84.3]	75.9 [65.7,83.8]
Para dar información sobre vasectomía	79.5 [66.1,88.5]	75.2 [62.7,84.5]	66.0 [56.5,74.5]	64.6 [50.2,76.8]	67.8 [57.1,76.9]
Prescribir anticoncepción de emergencia	50.2 [36.1,64.2]	72.9 [62.6,81.3]	78.7 [68.3,86.4]	50.0 [35.2,64.9]	55.3 [44.1,66.0]
En temas de equidad e igualdad de género	73.1 [60.0,83.2]	63.2 [51.0,73.9]	59.3 [47.2,70.4]	55.7 [40.7,69.8]	58.4 [47.1,68.9]
Total de unidades	923	3 476	118	11 299	15 816

* Informante: Médico(a) encargado(a), médico(a) familiar, médico(a) encargado(a) en salud reproductiva o encargado(a) de CARA

Cuadro 6.25

Dificultades de contar con un espacio privado para proporcionar información sobre planificación familiar a adolescentes en unidades médicas del primer nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	19.0 [10.2,32.7]	17.3 [8.9,31.1]	18.2 [10.1,30.5]	28.0 [17.2,42.2]	25.1 [16.9,35.5]
No	81.0 [67.3,89.8]	82.7 [68.9,91.1]	81.8 [69.5,89.9]	72.0 [57.8,82.8]	74.9 [64.5,83.1]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	921	3 487	118	11 336	15 863

* Informante: Médico(a) encargado(a), médico(a) familiar, médico(a) encargado(a) en salud reproductiva o encargado(a) de CARA

un espacio físico exclusivo para la atención a la salud sexual y reproductiva para adolescentes no está normado; es decir, en las instituciones estudiadas no se estipula que debe de existir un espacio físico de uso exclusivo y único para este tipo de atención. Los hallazgos indican, sin embargo, que en una proporción significativa de las unidades médicas (sobre todo para algunas instituciones) existe un espacio exclusivo, lo cual puede ser una ventaja, mientras en otros casos se utiliza un espacio que también se ocupa para otros tipos de atención, ya sea atención integral para adolescentes o atención para usuarios/as sin distinción de la edad.

En más del 80% de las unidades médicas el personal de salud reporta que está disponible y es satisfactoria una cartilla de la salud para el o la adolescente. Los demás documentos (especialmente guías, normas, y procedimientos) son reportados

como disponibles principalmente por prestadores de atención de las unidades médicas del IMSS e IMSS Oportunidades, con un menor número de personal de salud en unidades de los Sesa y del ISSSTE reportando la disponibilidad de estos elementos (cuadro 6.26).

Resultados del componente cualitativo

Se incluyen hallazgos del componente cualitativo sobre la atención en salud sexual y reproductiva que se ofrece a adolescentes, con la intención de complementar los datos cuantitativos al indagar con otro enfoque metodológico (no representativo sino buscando entender significados y experiencias). Se exploran percepciones y puntos de vista de los prestadores de atención así como las usuarias adolescentes sobre la atención en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Se exploró el consenso que hay entre prestadores de atención sobre las metas que tiene la atención para la salud reproductiva de adolescentes. Asimismo, se recolectaron opiniones del personal de salud sobre la consejería que se da a adolescentes sobre el uso de condones, al considerar esta actividad como una de las fundamentales para este grupo de edad. También se exploraron experiencias y percepciones de las usuarias adolescentes de esta atención.

Metas de la atención a la salud reproductiva de adolescentes

Existe un altísimo nivel de consenso entre el personal de salud que trabajan en el IMSS y los Sesa (principalmente enfermeras), según los listados libres aplicados, sobre cuáles son

Cuadro 6.26

Disponibilidad en forma satisfactoria de normas, guías, procedimientos y cartillas en unidades médicas del primer nivel de atención

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Cartilla de salud para el adolescente, cartilla nacional de 10 a 19 años, o cualquiera que incluya acciones en la salud de los adolescentes	84.5 [71.8,92.1]	88.8 [74.3,95.6]	86.1 [78.7,91.2]	92.3 [82.6,96.8]	91.0 [84.2,95.0]
Guía de consejería en planificación familiar	65.9 [49.5,79.2]	80.2 [69.1,88.0]	60.2 [48.8,70.7]	44.1 [31.4,57.6]	53.4 [42.7,63.8]
Marco jurídico sobre los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes	38.4 [26.5,51.9]	38.7 [26.2,52.9]	33.9 [24.3,44.9]	24.4 [14.2,38.7]	28.5 [19.7,39.2]
NOM-005-SSA2-1993	63.0 [47.6,76.1]	73.3 [61.3,82.7]	67.1 [56.9,75.9]	59.4 [45.4,72.0]	62.7 [52.0,72.3]
Norma que establece las disposiciones para otorgar servicios de planificación familiar en las unidades médicas del IMSS	62.4 [47.0,75.7]	58.1 [44.6,70.5]	8.6 [4.7,15.1]	2.4 [0.7,8.1]	18.7 [13.8,24.8]
Procedimiento de planificación familiar en las unidades médicas del IMSS	46.0 [32.9,59.7]	54.4 [39.6,68.4]	29.9 [19.6,42.7]	33.6 [20.2,50.3]	38.9 [28.0,51.1]
Guía de atención médica y manual de consejería en salud reproductiva del adolescente	35.7 [24.1,49.3]	45.0 [31.9,58.8]	24.0 [16.7,33.2]	26.4 [15.4,41.4]	31.0 [21.7,42.2]
Guía para el manejo de grupos de adolescentes embarazadas	45.1 [32.1,58.7]	48.8 [36.1,61.7]	40.3 [29.9,51.7]	42.5 [27.7,58.8]	44.0 [32.4,56.3]
Total de unidades	927	3 487	119	11 337	15 870

Fuente: Listas de cotejo

las metas de la atención para la salud sexual y reproductiva de adolescentes:

- dar educación sobre salud sexual y reproductiva (en general o específicamente relacionada con el uso de anticonceptivos y condones);
- prevención de infecciones de transmisión sexual y específicamente el VIH/sida; prevenir embarazos adolescentes.

Consejería sobre el uso de condones

Los prestadores de atención consideran que la distribución del condón es una de las actividades más importantes para la atención al adolescente en salud reproductiva. Los prestadores de servicios de salud consideran que es importante la distribución de condones para prevenir enfermedades de transmisión sexual y evitar embarazos en adolescentes.

El personal de salud considera que la dotación de condones debe ser acompañada de una plática o explicación al respecto; es decir, de consejería. En las unidades médicas estudiadas la información sobre preservativos y cómo se usan la dan los prestadores de salud de manera individual dentro de la consejería; algunas veces la consejería se da como una iniciativa del prestador y en otros casos se presta a solicitud de los y las usuarios adolescentes. En algunos centros de salud, al distribuir los condones el personal les pregunta a los y las adolescentes si saben utilizarlo o no y en caso de ignorar su uso se les explica cómo utilizarlo y se les da sólo en caso de que aseguren que lo van a utilizar.

En general, los prestadores de atención plantean que la dotación de condones debe ser tanto para hombres como para mujeres. Los condones se reparten a hombres y mujeres, pero según los proveedores de atención quienes mayoritariamente acuden a solicitarlo son los hombres. No hay un criterio homogéneo sobre la edad a la que hay que proporcionar condones a las y los adolescentes. Algunos prestadores de salud consideran que la edad adecuada es a partir de los 10 años y otros consideran que es a partir de los 16 años.

El personal de salud entrevistado opina que es difícil hablar de temas relacionados con la salud sexual y reproductiva con niños de primaria y que es más fácil hacerlo con jóvenes de secundaria o mayores porque están más interesados en estos temas. Otros prestadores de salud opinan que los niños de primaria sí están interesados en los temas de salud sexual. Algunos prestadores de salud dicen que han tenido experiencias en escuelas secundarias en las que los y las adolescentes no toman en serio el tema y juegan con los condones.

En algunas unidades médicas una de las formas de distribución de condones es a través de pláticas o talleres; estas actividades y la distribución de los condones ocurre tanto dentro o fuera de la unidad médica. Las actividades educativas en las cuales se distribuyen condones suelen consistir en dar una explicación a las y los adolescentes sobre lo que es el condón, qué previene, cómo utilizarlo y cómo retirarlo. Señalan los

prestadores que en este tipo de pláticas o sesiones educativas, es importante hablarles a las y los adolescentes con un lenguaje sencillo, sin términos científicos, para que ellos comprendan fácilmente el contenido que se comunica.

El personal de salud refiere que además de hacerlo durante la consulta, también se distribuyen condones a los usuarios adolescentes en visitas que hacen a las preparatorias. Como se mencionó, otra forma de otorgar condones a las y los adolescentes es cuando acuden a la unidad médica y los solicitan; sin embargo, si el módulo o sección de la unidad médica encargada de la atención a las y los adolescentes no cuenta con condones los usuarios son remitidos a otros departamentos. Algunos prestadores dicen que no se les pone metas para repartir condones en la unidad médica, pero que hacerlo ya forma parte de su rutina. Hay algunas propuestas para mejorar la distribución de condones en las unidades médicas, como poner una canasta con condones porque permite que las personas se acerquen y puedan tomarlos sin temor.

El personal de salud identificó como algo que dificulta la prestación de los servicios a adolescentes la presencia de las madres en las pláticas sobre uso de condón y dotación del mismo. Otros prestadores de salud opinan que la información que se proporciona a los usuarios adolescentes menores de edad se debe otorga en presencia de los padres. Por otra parte, mencionan que es importante la concientización de las madres y padres de los y las adolescentes. Según los proveedores de atención, la postura de los jóvenes ante el uso de condón muchas veces tiene que ver con los hábitos y costumbres de sus familiares; en la familia puede haber sanciones si los ven con preservativos. El personal de salud menciona que existen casos en los que la pareja masculina es un obstáculo para que la mujer adolescente se decida por un método anticonceptivo.

Cuestiones de atención con perspectiva de género dentro de la atención en salud reproductiva de adolescentes

Los prestadores de servicios de salud mencionan que la dotación de métodos anticonceptivos, enfatizando la importancia del condón, se realiza igual para hombres y mujeres adolescentes. Por otra parte, mencionan que existen algunas diferencias en la manera de dar la consejería para hombres y mujeres. La demanda de métodos anticonceptivos varía por género, según el personal de salud entrevistado; las mujeres adolescentes son las que acuden más en búsqueda de métodos anticonceptivos; aunque los varones también llegan a buscar la anticoncepción, lo hacen en menor cantidad y predominantemente acuden en busca de condones.

Sobre los derechos sexuales y reproductivos, el personal de salud menciona que sólo recientemente están recibiendo información y capacitación al respecto, y algunos plantean que desconocen el tema. El tiempo es una limitante para obtener mayor capacitación y para poder realizar pláticas a los usuarios adolescentes sobre ese tema.

Algunos prestadores de salud expresan que intentan promover el involucramiento de la pareja en la elección de un método de anticoncepción de las usuarias y usuarios adolescentes. El personal de salud les recomienda a las mujeres adolescentes negociar el uso del condón con sus parejas para tener una mejor protección.

Otra etapa en la que se promueve la equidad de género es en el embarazo de las mujeres adolescentes. Los prestadores de salud manifiestan que la presencia de la pareja masculina se observa más después del parto de la usuaria adolescente y no durante la atención prenatal, en general. No obstante, en las consultas que se dan a las mujeres embarazadas adolescentes, los prestadores de salud buscan involucrar a la pareja sobre todo para hablarles sobre los factores de riesgo del embarazo. Una propuesta al respecto de parte del personal de salud entrevistado es formar grupos mixtos para informar a los y las adolescentes sobre lo que llaman “los cuidados” de la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres adolescentes.

Los resultados en el estudio de usuarias muestran que, la concepción y operacionalización de este programa es particular en cada institución. La atención a la salud sexual y reproductiva se integra en las acciones que llevan a cabo, la cuales no parecen ser sistemáticas en el ISSSTE; en el IMSS Oportunidades se apoyan en otras estrategias (Estado de México) y en Oaxaca están por implementarse por iniciativa de la médica encargada.

La Secretaría de Salud tiene un módulo en el hospital en el Estado de México; en Oaxaca no hay un espacio específico y pareciera que el programa de atención a jóvenes se funde con el de salud materna, dadas las necesidades de las mujeres jóvenes embarazadas.

El caso del IMSS merece especial mención. La institución tiene un programa de atención denominado JuvenIMSS, cuya estrategia es la de captar jóvenes asegurados vía la prestación denominada “Seguro escolar/facultativo”. En el Estado de México trabajan en escuelas invitando al alumnado a participar en una capacitación que dura una semana intensiva, en la que personal de la unidad médica y personal médico invitado, expone temas de salud en los que se incluyen los de salud sexual y reproductiva; en Oaxaca participan estudiantes de la preparatoria técnica (CONALEP) quienes egresarán como Promotores de Salud, quienes fueron captados porque estaban realizando su servicio social.

Un dato que no puede pasar inadvertido, es la discriminación y la violencia que sufre una parte de la juventud en la escuela por apariencia física, actitudes o comportamientos o simplemente por ser de otro estado del país.

Conclusiones

- No todos los prestadores de atención reportan usar guías, manuales o protocolos específicos para la atención a adolescentes; habría que explorar si lo que falta es disponibilidad, calidad, aplicabilidad o utilidad. Al respecto:

- En 65% de las unidades médicas del IMSS reportan usarlos;
- En 66% de las unidades médicas del IMSS Oportunidades reportan usarlos;
- En 50% de las unidades médicas de los Sesa reportan usarlos;
- En 15% de las unidades médicas del ISSSTE reportan usarlos.
- Mientras hay un bueno nivel de distribución de anticonceptivos y condones a adolescentes, no es así con los anticonceptivos de emergencia. Reportan distribuir anticonceptivos de emergencia en solamente:
 - 21.9% de las unidades médicas del IMSS;
 - 22.2% de las unidades médicas del IMSS Oportunidades;
 - 23.4% de las unidades médicas del ISSSTE;
 - 20.4% de las unidades médicas de los Sesa.
- La gama de servicios de salud sexual y reproductiva que se ofrecen a adolescentes incluye principalmente la consejería, la detección y el tratamiento de ITS. Sin embargo, faltan más actividades de educación grupal. Reportan realizar actividades de educación grupal en solamente:
 - 15.3% de las unidades médicas del IMSS;
 - 16.3% de las unidades médicas del IMSS Oportunidades;
 - 12.5% de las unidades médicas del ISSSTE;
 - 10.5% de las unidades médicas de los Sesa.
- Parece haber insuficiente recomendación de la doble protección a las y los adolescentes, por parte de prestadores de atención: Reportan recomendar a adolescentes el uso de anticonceptivos y a la vez del condón en solamente:
 - 22.7% de las unidades médicas del IMSS;
 - 26.1% de las unidades médicas del IMSS Oportunidades;
 - 18.2% de las unidades médicas del ISSSTE;
 - 17.1% de las unidades médicas de los Sesa.
- En cuanto al respeto a los derechos de las y los adolescentes con relación a la distribución de anticonceptivos de emergencia, se entregan a adolescentes menores de edad que lo solicitan sin que estén acompañados por un adulto:
 - en 59.4% de las unidades médicas del IMSS;
 - en 70.7% de las unidades médicas del IMSS Oportunidades;
 - en 71.8% de las unidades médicas del ISSSTE;
 - en 49% de las unidades médicas de los Sesa.
- Con relación al respeto a los derechos de las y los adolescentes dentro de las actividades de consejería sobre anticonceptivos, se brinda dicha consejería también a adolescentes menores de edad que acuden sin un adulto:
 - en 67.7% de las unidades médicas del IMSS;
 - en 85.7% de las unidades médicas del IMSS Oportunidades;

- en 70.6% de las unidades médicas del ISSSTE;
- en 67.5% de las unidades médicas de los Sesa.
- Por otra parte, existen diferencias por género en la manera en que los prestadores de atención reportan proporcionar información sobre anticonceptivos. A los hombres adolescentes, los prestadores de atención reportan que se les informa sobre el condón frecuentemente, pero en menor medida sobre métodos anticonceptivos que utilizan las mujeres. Por su parte, los prestadores de atención reportan que a las mujeres adolescentes les informan sobre métodos anticonceptivos frecuentemente, pero recomiendan al condón menos que a los hombres.
- Se requieren más horas de capacitación para los prestadores de atención, ya que menos del 12% del personal de salud entrevistado reportan haber recibido 20 horas de capacitación sobre:
 - Derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes;
 - Consejería en salud sexual y reproductiva;
 - Planificación familiar para adolescentes;
 - Inserción de DIU;
 - Anticoncepción de emergencia;
 - Temas de equidad o igualdad de género;
 - Actualización en anticoncepción postevento obstétrico.
- No obstante, el personal de salud se siente capacitado en algunas temáticas. Por ejemplo:
 - más de la mitad del personal de salud se siente capacitado para hablar con adolescentes sobre derechos de la salud sexual y reproductiva;
 - 66 al 79% se siente capacitado para dar consejería sobre derechos de la salud sexual y reproductiva a adolescentes;
 - 50% a 70% se siente capacitado para otorgar anticonceptivos de emergencia;
 - 65% a 76% se sienten capacitados sobre contraindicaciones y efectos colaterales de anticonceptivos;
 - 49% al 81.9% reportan saber cómo insertar el DIU;
 - 56 al 73% se sienten capacitados en temas de equidad e igualdad de género.

Recomendaciones de políticas relacionadas con la atención para la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes

La recomendación central en este ámbito es el fortalecimiento de la coordinación interinstitucional en materia de atención para la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes. Esto, para lograr una mejor calidad, permitir la incorporación de innovaciones necesarias basadas en la evidencia científica y avanzar hacia un uso costo-efectivo de los recursos limitados de los cuales se dispone. Dicha coordinación permitirá la con-

solidación de un modelo interinstitucional de atención para la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes.

- Realización de reuniones interinstitucionales periódicas (en las cuales instituciones como el INSP, el INMujeres y la SEP podrían participar también para aportar apoyos en diferentes áreas previo consenso interinstitucional);
- Realización de trabajo interinstitucional para avanzar en cuanto a la unificación de los criterios de atención, organización de capacitación y actualización así como mecanismos de otorgamiento de método anticonceptivos para adolescentes.
- Determinar criterios de atención, incluyendo específicamente:
 - Otorgamiento de anticonceptivos a adolescentes basados en criterios de selección vigentes;
 - Definir estrategias para promover la doble protección (uso del condón en conjunto con el anticonceptivo de uso regular), a fin de prevenir embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual;
 - Facilitar el acceso a la anticoncepción de emergencia (evitando juicios de valores), considerando este momento como un área de oportunidad para brindar al adolescente un método de anticoncepción de uso regular acorde a sus necesidades personales y expectativas reproductivas;
- Diseñar un modelo de atención estandarizado (para regular el proceso de otorgamiento de servicios) que incluya un sistema de control e indicadores propios, capacitando de manera oportuna al personal directivo y operativo (a través de material educativo, documentos editados en formato electrónico y posiblemente impreso, como parte de este modelo de atención para las y los adolescentes);
- Identificar y resolver necesidades de capacitación y/o actualización, incluyendo:
 - Estrategias educativas que garanticen la capacitación adecuada de directivos y personal operativo de salud;
 - Evaluación de resultados e impactos en salud, considerando los lineamientos técnicos y operativos de cada institución;
 - Promoción del conocimiento de los criterios de selección para el uso de los métodos anticonceptivos, contenidos en la NOM 005 y en la normatividad de cada institución, a fin de garantizar la calidad del insumo anticonceptivo otorgado.
- Realizar estudios de costo-beneficio para determinar presupuestos y compras consolidadas, que permitan una mayor eficiencia en el manejo y ejercicio de los recursos financieros destinados para ello.
- Renovar las estrategias de comunicación, información y educación, utilizando estrategias innovadoras incluyendo

redes sociales y tecnología de acuerdo a los recursos disponibles de los usuarios (por ejemplo, Aps, Facebook, Tweeter, etc.), para promover la existencia, accesibilidad y el uso de los servicios y fomentar conocimientos y habilidades tanto

de adolescentes como de personal de salud (estas estrategias necesariamente deben ser interinstitucionales para poder darle respuesta a la demanda que generarán).

Referencias

1. Ensanut 2006. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2006. Disponible en <http://www.insp.mx/ensanut/ensanut2006.pdf>
2. Tijuana JT, Magnani R, Murray N, Senderowitz J, Speizer I, Stewart L. Estrategias de intervención que dan resultado para los jóvenes. Arlington: Family Health International, 2003:28.
3. Ensanut 2012. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2012. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
4. Conde-Agudelo A, Belizán JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192(2):342-9.
5. Smith GCS, Pell JP. Teenage pregnancy and risk of adverse perinatal outcomes associated with first and second births: population based retrospective cohort study. *BMJ* 2001; 323:476-9.
6. Stevens-Simon C, McAnarney ER. Adolescent pregnancy. En: DiClemente RJ, Hansen WB, Ponton LE, eds. *Handbook of adolescent health risk behavior*. Nueva York: Plenum Press, 1996.
7. Senderowitz J, Solter C, Hainsworth G. Providing Reproductive Health Services to Adolescents: Module 16 of the Comprehensive Reproductive Health and Family Planning Training Curriculum. Watertown, MA: Pathfinder International, 2001. Disponible en: <http://www.pathfinder.org/publications-tools/Module-16-Reproductive-Health-Services-for-Adolescents-Training-Curriculum.html>
8. Senderowitz J. Haciendo los servicios de salud reproductiva amigables para la juventud. Watertown, MA: Pathfinder International/USAID, 1999. Disponible en: <http://www.pathfinder.org/publications-tools/Haciendo-los-servicios-de-salud-reproductiva-amigables-para-la-juventud.html>
9. Senderowitz J, Hainsworth G, Solter C. A Rapid Assessment of Youth Friendly Reproductive Health Services. Watertown, MA: Pathfinder International, 2003. Disponible en: http://www2.pathfinder.org/site/DocServer/YFS_TG_Final_web_version.pdf
10. Senderowitz J. A Review of Program Approaches to Adolescent Reproductive Health. Arlington, VA: USAID, 2000. Disponible en: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNACK597.pdf
11. Senderowitz J, Solter C, Hainsworth G. Clinic Assessment of Youth Friendly Services: A Tool for Assessing and Improving Reproductive Health Services for Youth. Watertown, MA: Pathfinder International, 2002. Disponible en: <http://www2.pathfinder.org/site/DocServer/mergedYFStool.pdf?docID=521>
12. Córdova Villalobos JA, Ponce de León Rosales S, Valdespino JL, eds. 25 años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos. 2a. edición. Cuernavaca: INSP, 2009.

7. Atención con perspectiva de género

Betania Allen

El género se refiere a los diferentes papeles que los hombres y las mujeres desempeñan dentro de su sociedad así como el poder que ejercen las relaciones, los papeles y las identidades. El nivel de inequidad entre hombres y mujeres varía de una sociedad a otra, pero no existe alguna donde las mujeres y los hombres tengan papeles completamente equitativos o ejerzan el mismo nivel de poder.¹ La desigualdad que existe para las mujeres, por un lado, y las normas de género que se imponen a los hombres, por el otro, tienen un impacto fundamental en la salud.² Una comprensión amplia de la salud sexual y reproductiva implica incluir infecciones de transmisión sexual (ITS), virus de inmunodeficiencia humana (VIH); los procesos de embarazo, parto y posparto, así como otros eventos obstétricos; los cánceres ginecológicos y la violencia de pareja contra la mujer. Al respecto, las relaciones, normas y papeles de género y las inequidades existentes impactan de manera significativa en este ámbito de la salud así como en el uso de la atención al respecto.³

Dado lo anterior, se reconoce la importancia de incorporar una perspectiva de género dentro de la provisión de la atención para la salud, y especialmente para la salud reproductiva. Esto implica que las políticas institucionales de organizaciones que ofrecen atención para la salud reproductiva busquen empoderar a la mujer con la finalidad de lograr una mayor equidad entre los géneros.⁴

Una de las estrategias más básicas para lograr esto es la inclusión tanto del hombre como de la mujer en el proceso de atención para la salud sexual y reproductiva. Otros elementos de la atención con perspectiva de género incluyen procedimientos que fomenten la responsabilidad y toma de decisiones compartidas entre hombres y mujeres con relación a: la planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos para prevenir los embarazos no planeados; el uso del condón para protegerse de las ITS y el VIH/sida; el uso de la atención para diversos aspectos de la salud reproductiva (incluyendo los cánceres ginecológicos) así como el proceso de embarazo, parto y posparto y la crianza y salud de los niños y niñas. Asimismo, el personal de salud debe tener los conocimientos apropiados y destrezas necesarias para dar la atención mientras la institución debe tener políticas que mantengan la calidad técnica y la calidez humana. Los programas o servicios de salud reproductiva que utilizan una perspectiva de género también pueden incorporar enfoques que buscan transformar las inequidades que existen entre hombres y mujeres. Las políticas y los procedimientos que buscan transformar las inequidades de género entre usuarias y sus parejas masculinas se dirigen a objetivos

como el cambio de actitudes, papeles en relaciones y de manera fundamental la inclusión de los hombres en el cuidado de la salud reproductiva.^{3,4}

La atención con perspectiva de género busca los siguientes objetivos:

- Aumentar la comunicación de las parejas sobre salud y en general así como la toma de decisiones en conjunto;
- Incrementar la inclusión de los hombres en toda la atención para la salud reproductiva;
- Aumentar especialmente la inclusión de los hombres en las decisiones y uso de servicios para el embarazo, parto y posparto;
- Incrementar actitudes positivas hacia los anticonceptivos;
- Reducir el estigma asociado a las ITS/VIH;
- Promover actitudes de rechazo a la violencia interpersonal, especialmente en la familia y específicamente contra las mujeres;
- Mejorar las actitudes positivas hacia los derechos de las mujeres y la equidad entre los géneros.⁴

Evaluaciones de intervenciones, servicios y programas de salud llevadas a cabo en diversas partes del mundo muestran que la inclusión de los hombres en la atención para salud reproductiva y específicamente para el embarazo y parto es factible. Dos elementos programáticos importantes al respecto son la instauración y diseminación de procedimientos claros para la inclusión de los hombres en la salud reproductiva y el trabajo con prestadores de atención para aumentar la aceptabilidad de la misma.

A nivel específico, la atención para la salud reproductiva con perspectiva de género se puede medir al recabar información sobre indicadores relacionados a los siguientes puntos, entre otros:

- Conocimientos del personal de salud sobre las definiciones de salud sexual y reproductiva y de género;
- Disponibilidad de materiales de educación y comunicación sobre derechos sexuales y reproductivos, derechos de la mujer y salud sexual y reproductiva;
- Capacitación de personal en los tres niveles de atención, respecto a todos los tipos de atención incluidos en la presente investigación;
- Oferta de las consultas de salud sexual y reproductiva a parejas en conjunto, y específicamente la proporción de consultas o servicios específicos a los cuales acuden tanto

la usuaria como su pareja masculina en caso de tener uno, incluyendo:

- Consultas de planificación familiar o para obtener métodos anticonceptivos y de protección de ITS;
- Consultas para la atención para las ITS/VIH y otros aspectos de la salud sexual;
- Consultas de atención prenatal;
- Atención durante el parto y el periodo posparto así como neonatal;
- Atención durante la detección y tratamiento de cánceres ginecológicos (cervical y de mama principalmente).

Asimismo, se busca reforzar diversos aspectos técnicos de la atención, incluyendo:

- Ofrecer servicios de orientación y consejería de manera rutinaria;
- Existencia y uso de material didáctico así como capacitación de personal para usarlo, sobre diversos temas de salud reproductiva, derechos sexuales y reproductivos y específicaente de la mujer y equidad de género;
- Disponibilidad de una gama de métodos de anticoncepción y conocimientos del personal de salud sobre ellos;
- Promover el uso del método de doble protección (condón y otro método anticonceptivo);
- Preguntar si la(el) usuaria(o) usuaria/o tiene dudas en las consultas y consejería;
- Existencia de condiciones para asegurar la confidencialidad y la privacidad durante consultas y consejería.⁴

Es importante notar que, para dar un ejemplo del contexto mexicano, el programa de Igualdad de Género en Salud 2007-2012 implementado en la Secretaría de Salud no contenía intervenciones específicas para la atención a la población en servicios de salud. Dicho programa se centró en alcanzar objetivos transversales para la capacitación al personal de salud, directivos de hospitales, así como difundir información sobre perspectiva de género en salud, y promover acciones de atención con perspectiva de género para los diferentes programas prioritarios de salud. De la misma manera, en diversos programas nacionales e iniciativas internacionales se ha enfatizado la transversalización de la perspectiva de género. Por ende, la manera en que se midió la incorporación de la perspectiva de género en la atención para la salud en la presente encuesta constituye apenas una primera exploración de algunas variables relativamente sencillas de medir. Dichas variables ciertamente constituyen un elemento que algunos expertos y programas utilizan para medir los alcances de la incorporación de la perspectiva de género dentro de la salud reproductiva, sin que esto quiera decir que agotan el tema.

Perspectiva de género en la atención para prevención y tratamiento del cáncer cervicouterino

La inclusión de los varones en la atención para la salud reproductiva, entendida de manera amplia lo cual implica también las citas de detección, confirmación diagnóstica y tratamiento de cánceres ginecológicos como el cervical y de mama, es un elemento en la provisión de los servicios de salud con perspectiva de género. Asimismo, se trata de un elemento relativamente fácil de medir. No obstante, como indicador de la incorporación de la perspectiva de género dentro de la atención para el cáncer o para otros aspectos de la salud de las mujeres, es muy general y para una mayor comprensión del fenómeno se requieren de datos más detallados sobre cómo fue la participación del varón en cada caso e incluso si fue deseada o no por la usuaria.

Al respecto de este indicador y reconociendo que es limitado pero aporta datos interesantes, en el 9 al 26% de las unidades médicas el personal de salud de las tres instituciones y un programa que se estudiaron (en tres casos por arriba del 18%) reporta que muchas veces se realizan acciones concretas para incluir a los varones en la atención para la prevención y tratamiento del cáncer cervical. Asimismo, en el 26 al 34% de las unidades médicas se reporta que regularmente se realizan acciones específicas para incluir a los varones. Sin embargo, en la mayor proporción de unidades médicas los prestadores de atención reportan que pocas veces se realizan acciones para incluir a los varones en el cuidado y prevención de cáncer cervicouterino (cuadro 7.1).

En cuanto a las estrategias o procedimientos para incluir varones específicamente en las consultas de detección de cáncer cervical (realización de pruebas de Papanicolaou y VPH), se realiza regularmente entre la cuarta y la tercera parte de los prestadores de atención de las instituciones estudiadas (cuadro 7.2).

En todas las instituciones estudiadas en una tercera parte o más de las unidades médicas el personal de salud reporta que se realizan procedimientos para involucrar a la pareja masculina en el tratamiento del cáncer cervicouterino regularmente. Asimismo, en una proporción importante de las unidades médicas se reportó que se realizan este tipo de estrategias o procedimientos “muchas veces” (de 16% hasta 40% de las unidades). Por otra parte, en 16% a 42% de las unidades médicas se reporta que estas estrategias o procedimientos se realizan al menos ocasionalmente (pocas veces) (cuadro 7.3 y figura 7.1).

Con relación a la capacitación que ha recibido el personal de salud del área de oncología en temas de equidad de género en el año 2011, en 59% de las unidades médicas del IMSS, 38% del ISSSTE y 37% de los Sesa los prestadores de atención dicen haber recibido de 1 a 20 horas de capacitación. A

Cuadro 7.1

Realización de acciones concretas para integrar a los varones en el cuidado y prevención de cáncer cervicouterino en unidades médicas de primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Nunca	18.3 [10.1,31.0]	3.4 [1.5,7.8]	16.0 [10.7,23.3]	14.3 [6.2,29.7]	12.4 [6.2,23.3]
Pocas veces	32.5 [23.8,42.5]	36.9 [26.1,49.3]	37.8 [29.3,47.1]	50.7 [37.6,63.8]	46.4 [36.7,56.4]
Regularmente	26.6 [17.3,38.5]	34.0 [23.2,46.7]	27.5 [19.1,37.9]	25.6 [15.8,38.7]	27.4 [19.6,36.9]
Muchas veces	22.5 [14.4,33.4]	25.6 [17.3,36.1]	18.7 [11.5,28.9]	9.3 [4.2,19.4]	13.7 [8.9,20.6]
No sabe, no responde	0.1 [0.1,0.1]	0.0	0.0	0.0 [0.0,0.0]	0.1 [0.1,0.1]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 276	3 471	195	12 165	17 106

* Informante: Responsable del servicio de medicina preventiva, unidad médica familiar o consulta externa

Cuadro 7.2

Realización de estrategias o procedimientos para involucrar a la pareja masculina en las consultas de detección de cáncer cervicouterino en unidades médicas de primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Nunca	17.1 [9.0,30.2]	3.3 [1.4,7.5]	18.5 [12.2,27.2]	9.7 [3.4,24.7]	9.0 [4.0,19.1]
Pocas veces	29.1 [19.7,40.7]	27.3 [19.7,36.5]	38.4 [29.6,47.9]	47.3 [34.7,60.2]	41.8 [32.6,51.6]
Regularmente	32.0 [22.2,43.8]	38.4 [27.6,50.6]	25.5 [17.9,34.9]	32.2 [21.3,45.4]	33.3 [25.0,42.8]
Muchas veces	21.6 [13.9,32.0]	31.0 [22.3,41.2]	17.6 [10.6,27.9]	10.9 [5.3,21.1]	15.8 [10.6,22.9]
No sabe, no responde	0.1 [0.1,0.1]	0.0	0.0	0.0 [0.0,0.0]	0.0 [0.0,0.0]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 276	3 471	195	12 165	17 106

* Informante: Responsable del servicio de medicina preventiva, unidad médica familiar o consulta externa

la vez, en una proporción importante de las unidades médicas el personal de salud cuya labor se relaciona con la oncología dijeron no haber recibido capacitación en temas de género: 47% de los Sesa, 45.5% del ISSSTE y 41% en el IMSS (cuadro 7.4). En futuras investigaciones sería importante conocer qué implicaciones ha tenido esa capacitación para su quehacer cotidiano en la atención a la salud.

Cuadro 7.3

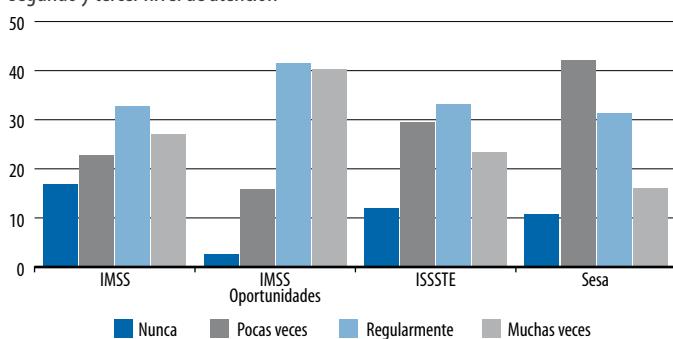
Frecuencia con que se realizan estrategias o procedimientos para involucrar a la pareja masculina en el tratamiento de cáncer cervicouterino

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Nunca	16.9 [8.8,29.9]	2.6 [1.0,6.6]	11.9 [7.9,17.5]	10.6 [4.1,25.0]	9.5 [4.3,19.4]
Pocas veces	22.8 [14.1,34.7]	15.8 [9.3,25.7]	29.4 [21.6,38.6]	42.1 [29.5,55.9]	35.2 [26.1,45.6]
Regularmente	32.8 [23.0,44.4]	41.4 [30.2,53.5]	33.2 [24.3,43.5]	31.3 [20.8,44.3]	33.5 [25.4,42.7]
Muchas veces	26.9 [18.0,38.3]	40.2 [28.4,53.3]	23.3 [15.7,33.1]	15.9 [9.1,26.3]	21.8 [15.6,29.5]
No sabe, no responde	0.6 [0.2,2.0]	0.0	2.2 [0.5,9.9]	0.0 [0.0,0.0]	0.1 [0.0,0.2]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 276	3 471	195	12 165	17 106

Informante: Personal de salud que trabaja en la detección oportuna y atención para el cáncer cervical, unidades de segundo y tercer nivel

Figura 7.1

Frecuencia con la que se realizan estrategias o procedimientos para involucrar a la pareja masculina en el tratamiento de cáncer cervicouterino en unidades médicas de segundo y tercer nivel de atención



Fuente: Cuadro 7.3

Cuadro 7.4

Número de horas de capacitación en temas de equidad de género reportado por personal de oncología en unidades médicas de tercer nivel de atención en 2011*

	IMSS %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Cero	40.7 [2.9,94.1]	45.5 [9.3,87.2]	47.4 [20.4,76.0]	44.5 [17.1,75.8]
de 1 a 20 horas	59.3 [5.9,97.1]	37.6 [2.8,92.7]	37.1 [9.0,77.9]	45.7 [19.6,74.3]
> 20 horas	0.0 [4.9,44.6]	16.9 [7.7,28.7]	15.5 [7.7,28.7]	9.8 [6.6,14.4]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	27	12	32	71

* Informante: Responsable del Servicio, jefe(a) del servicio, director(a) o subdirector(a) (en IMSS Oportunidades no se entrevistó a personal de oncología porque este programa refiere los casos oncológicos al IMSS)

Perspectiva de género en la atención para prevención y tratamiento del cáncer de mama

En el 22 al 57% de las unidades médicas los prestadores de atención reportan que se realizan procedimientos para incluir a la pareja masculina en las consultas de detección o tratamiento de cáncer de mama regularmente. Asimismo, en el 12 y el 26% de las unidades los prestadores de atención reportó que dichos procedimientos se realizan muchas veces. En una mayor proporción de las unidades del IMSS Oportunidades (57%) el personal de salud mencionó que estas estrategias se llevan a cabo regularmente (cuadro 7.5).

Los prestadores de atención indican que se ofrece orientación o información con la finalidad de incrementar actitudes positivas hacia la detección del cáncer de mama muchas veces o regularmente. En una buena proporción (42%) de las unidades médicas prestadores de atención indican que los esfuerzos de orientación e información para promover actitudes positivas hacia la detección del cáncer de mama tienen lugar muchas veces; en orden de mayor a menor, reportan esto el personal de salud de las unidades médicas del IMSS (58%), el ISSSTE (54%), el IMSS Oportunidades (42%) y los Sesa (40%). En más unidades médicas de los Sesa (47.5%) y del IMSS Oportunidades (47.5%) los prestadores de atención indican que la promoción de actitudes positivas hacia la detección del cáncer de mama tiene lugar regularmente, en lugar de muchas veces. En relativamente pocas unidades médicas los prestadores de atención de cualquier institución reportan que esta orientación nunca o pocas veces se ofrece (cuadro 7.6 y figura 7.2).

Cuadro 7.5

Frecuencia con la que realizan estrategias o procedimientos para involucrar más a la pareja masculina en las consultas de detección o tratamiento del cáncer de mama en unidades médicas de primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Nunca	12.2 [5.1,26.4]	3.6 [1.6,7.8]	9.0 [5.6,14.4]	14.2 [6.0,30.2]	11.8 [5.6,23.3]
Pocas veces	31.1 [21.8,42.2]	21.9 [14.2,32.3]	33.2 [25.2,42.2]	51.2 [37.7,64.5]	43.6 [33.9,53.9]
Regularmente	35.4 [24.6,48.0]	56.8 [46.4,66.6]	31.5 [22.4,42.2]	22.3 [13.5,34.6]	30.4 [22.7,39.4]
Muchas veces	20.6 [12.8,31.3]	17.7 [10.4,28.4]	26.3 [18.5,35.9]	11.8 [5.8,22.4]	13.7 [8.7,21.0]
No sabe, no responde	0.7 [0.1,4.2]	0.0	0.0	0.5 [0.1,3.7]	0.4 [0.1,2.4]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 189	3 420	191	11 989	16 789

* Informante: Responsable del servicio, jefa(e) de enfermeras o trabajador(a) social de los servicios de medicina preventiva, unidad médica familiar, consulta externa, módulo de atención preventiva integrada (Prevenimss)

Cuadro 7.6

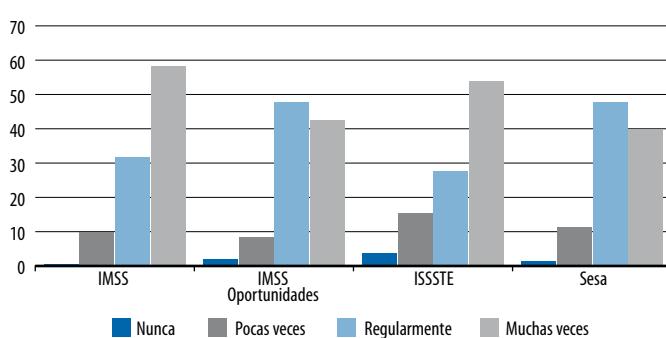
Frecuencia con la que ofrecen orientación o información para incrementar actitudes positivas hacia la detección del cáncer de mama en unidades médicas de primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Nunca	0.3 [0.2,0.3]	2.0 [0.7,5.6]	3.5 [1.6,7.4]	1.4 [0.4,4.8]	1.4 [0.6,3.6]
Pocas veces	9.8 [4.5,19.9]	8.2 [3.1,19.8]	15.2 [9.7,22.9]	11.2 [5.8,20.4]	10.5 [6.3,17.1]
Regularmente	31.6 [21.7,43.4]	47.6 [36.4,59.0]	27.5 [19.8,36.7]	47.6 [34.3,61.2]	46.2 [36.1,56.6]
Muchas veces	58.3 [46.3,69.4]	42.3 [32.4,52.8]	53.9 [44.3,63.2]	39.8 [28.3,52.6]	41.8 [32.9,51.3]
No sabe, no responde	0.1 [0.1,0.1]	0.0	0.0	0.0 [0.0,0.0]	0.0 [0.0,0.0]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 189	3 420	191	11 989	16 789

* Informante: Responsable del servicio, jefa(e) de enfermeras o trabajador(a) social de los servicios de medicina preventiva, unidad médica familiar, consulta externa, módulo de atención preventiva integrada (Prevenimss)

Figura 7.2

Frecuencia con la que ofrecen orientación o información para incrementar actitudes positivas hacia la detección del cáncer de mama en unidades médicas de primer y segundo nivel de atención



Fuente: Cuadro 7.6

En la mitad de las unidades médicas del IMSS Oportunidades el personal de salud indica que se realizan regularmente acciones concretas para lograr la inclusión de varones en el cuidado y la prevención del cáncer de mama. En el caso del IMSS lo reportado por los prestadores de atención al respecto se distribuye de manera similar entre tres opciones, con aproximadamente una tercera parte indicando que se realizan estas acciones pocas veces, regularmente o muchas veces. En una mayor proporción de unidades médicas el personal de salud del ISSSTE y los Sesa indican que acciones concretas para incluir a los varones se realizan pocas veces; no obstante, otro porcentaje no mucho más bajo dice que se realizan regularmente (cuadro 7.7).

Cuadro 7.7

Frecuencia con la que realizan acciones concretas para integrar a los varones en el cuidado y prevención de cáncer de mama en unidades médicas de primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Nunca	13.4 [5.9,27.6]	4.2 [1.9,8.8]	9.0 [5.7,14.0]	11.7 [4.3,27.9]	10.2 [4.6,21.4]
Pocas veces	31.4 [21.9,42.8]	26.1 [17.7,36.9]	38.6 [29.9,48.2]	47.8 [33.6,62.4]	42.2 [31.7,53.4]
Regularmente	27.3 [18.0,39.0]	52.7 [41.9,63.3]	32.4 [23.6,42.7]	32.5 [21.6,45.7]	36.2 [27.4,46.1]
Muchas veces	27.9 [18.4,39.8]	17.0 [10.7,25.9]	19.9 [13.1,29.2]	8.0 [3.2,18.6]	11.3 [7.0,17.9]
No sabe, no responde	0.1 [0.1,0.1]	0.0	0.0	0.0 [0.0,0.0]	0.0 [0.0,0.0]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 166	3 420	191	11 989	16 766

* Informante: Responsable del servicio, jefa(e) de enfermeras o trabajador(a) social de los servicios de medicina preventiva, unidad médico familiar, consulta externa, módulo de atención preventiva integrada (Prevenimss)

Perspectiva de género en la atención a la salud materna

La inclusión de la pareja masculina a lo largo de las diferentes etapas de la atención a la salud materna, desde las consultas prenatales hasta el periodo posnatal, pasando por el momento del parto y sin dejar de lado la planificación familiar posparto, constituye un elemento de la atención que en diversos ámbitos se ha definido como un elemento central de la atención con perspectiva de género. Especialmente en la atención a la salud materna, se ha planteado la importancia de involucrar a la pareja masculina, cuando esta existe. La inclusión de las parejas masculinas en la atención a la salud materna se ha planteado como una manera de promover una mayor participación de los hombres en las decisiones reproductivas de la pareja así como en la crianza de los hijos. No obstante, la inclusión de los hombres en este tipo de atención en general, sin especificar cómo ha sido su participación, sus acciones y actitudes, no necesariamente ni siempre contribuye a una mayor equidad de género. La medición de la inclusión de las parejas masculinas en la atención a la salud materna aporta un dato interesante pero no conclusivo sobre la implementación de la perspectiva de género en la atención.

En la mitad de las unidades médicas de segundo nivel de atención, el personal del IMSS (47%), del ISSSTE (52%) y más de la mitad en el caso de los Sesa (57%) dice que se realizan regularmente estrategias o procedimientos para promover la inclusión de la pareja masculina en las consultas de atención prenatal. Adicionalmente, en 30.1% de las unidades médicas del IMSS Oportunidades, 16.7% del IMSS y 11.9% de los Sesa el personal de salud reportan que se realizan estas estrategias muchas veces (cuadro 7.8 y figura 7.3).

Cuadro 7.8

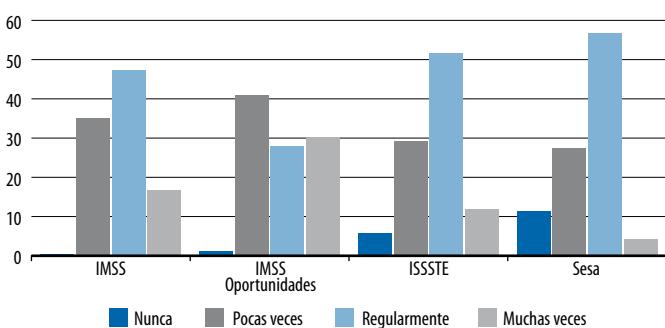
Frecuencia con la que realizan estrategias o procedimientos para involucrar más a la pareja masculina en la consulta prenatal en unidades médicas de segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Nunca	0.5 [0.4,0.6]	1.1 [0.5,2.3]	5.8 [2.7,11.8]	11.4 [3.6,30.6]	6.9 [2.6,17.3]
Pocas veces	35.1 [22.4,50.3]	40.8 [11.0,79.3]	29.1 [15.7,47.4]	27.4 [13.7,47.4]	31.1 [20.3,44.3]
Regularmente	47.2 [33.6,61.2]	28.0 [8.1,63.0]	51.7 [34.1,69.0]	56.8 [36.3,75.3]	50.5 [37.3,63.7]
Muchas veces	16.7 [9.8,26.8]	30.1 [8.7,66.2]	11.9 [7.1,19.2]	4.1 [1.5,10.8]	11.1 [6.8,17.5]
No sabe, no responde	0.5 [0.4,0.6]	0.0	1.5 [1.1,2.0]	0.2 [0.2,0.4]	0.4 [0.3,0.5]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	195	91	68	412	766

* Informante: Jefe(a) de servicio de medicina familiar, director(a) médico(a) o responsable de la unidad médica

Figura 7.2

Frecuencia con la que realizan estrategias o procedimientos para involucrar más a la pareja masculina en la consulta prenatal en unidades médicas de segundo nivel de atención



Fuente: Cuadro 7.8

Con relación a la realización de procedimientos para lograr la inclusión de varones en la atención para la mujer y el recién nacido durante el periodo posparto, varía lo reportado en las diferentes instituciones. En las unidades médicas del IMSS lo reportado por los prestadores de atención se distribuye con porcentajes similares en tres grupos en cuanto a su opinión sobre la frecuencia de dichos procedimientos: en 35% de las unidades se reporta que se realizan pocas veces, 37% que se realizan regularmente y 23% que se realizan muchas veces. Por otra parte, en las unidades médicas del IMSS Oportunidades el personal de salud reporta que estos procedimientos y estrategias se realizan muchas veces (57%) o regularmente (24%). En el 41% de las unidades médicas del ISSSTE los prestadores de atención indican que se realizan dichos procedimientos regularmente, en 29% dice que se realizan pocas veces y en 17% que nunca se realizan. Finalmente, en las unidades médicas de segundo nivel de los Sesa los prestadores mayoritariamente

realizan pocas veces (57%) procedimientos para incluir a los varones en la atención posparto, sólo 20% afirman que se realizan regularmente (cuadro 7.9 y figura 7.4).

En porcentajes similares de unidades médicas del segundo nivel de atención del IMSS los prestadores de atención reportan que se realizan acciones concretas para involucrar a los varones en la planificación familiar posparto muchas veces (36%) o regularmente (35%). En la mitad (51%) de las unidades del IMSS Oportunidades el personal de salud refiere que estas acciones concretas se realizan muchas veces y 36% que se realizan regularmente. En el 41% de las unidades médicas del ISSSTE los prestadores de atención dicen que se realizan regularmente acciones concretas para incluir a las parejas masculinas en la planificación familiar posparto. En el mayor porcentaje de las unidades médicas de los Sesa los prestadores de atención reportan que estas acciones concretas se realizan

pocas veces (43%) aunque en algunas unidades médicas los prestadores dicen que se realizan regularmente (21%) o muchas veces (24%) (cuadro 7.10).

En la mayoría de las unidades médicas los prestadores de atención observan que en menos de la mitad de las consultas de atención prenatal, las mujeres se atienden en compañía de sus parejas masculinas. En orden ascendente afirman esto en el 70% de las unidades médicas los prestadores de los Sesa, el 63% del IMSS, el 56% del IMSS Oportunidades y el 55% del ISSSTE (cuadro 7.11).

Por otra parte, en tres de los casos la mayor proporción del personal de salud reporta que procedimientos para involucrar a la pareja masculina en la atención posparto dentro de unidades médicas del segundo y tercer nivel de atención se realizan pocas veces (IMSS 59%, ISSSTE 52%, Sesa 56%). En el IMSS Oportunidades, en más unidades médicas el personal de salud que labora en el segundo y tercer nivel afirma que estos procedimientos se realizan muchas veces (47%) aunque una proporción alta (42%) indica que se realiza pocas veces en sus unidades médicas (cuadro 7.12)

Cuadro 7.9

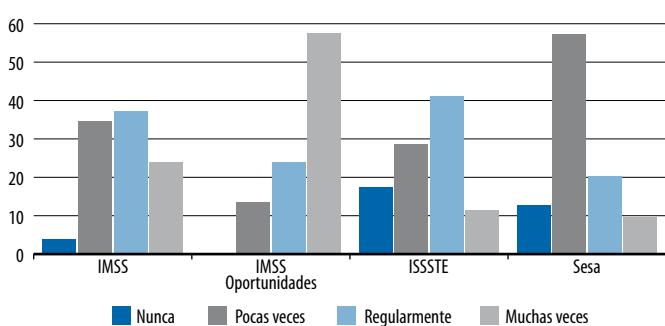
Frecuencia con la que realizan estrategias o procedimientos para involucrar más a la pareja masculina en el posparto con la mujer y el recién nacido en unidades médicas de segundo y tercer nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Nunca	3.9 [1.1,12.5]	0.0	17.3 [6.4,38.9]	12.7 [4.4,31.5]	9.4 [4.2,19.7]
Pocas veces	34.6 [20.7,51.8]	13.5 [2.0,53.9]	28.6 [16.5,44.9]	57.2 [36.6,75.5]	43.7 [30.4,58.1]
Regularmente	37.1 [21.9,55.4]	24.0 [6.2,59.9]	41.2 [24.7,60.0]	20.3 [9.6,37.8]	26.9 [17.8,38.4]
Muchas veces	23.9 [14.2,37.3]	57.6 [23.8,85.5]	11.4 [5.2,23.3]	9.6 [4.0,21.3]	19.1 [11.7,29.5]
No sabe, no responde	0.5 [0.4,0.7]	5.0 [0.6,30.8]	1.5 [1.1,2.0]	0.2 [0.2,0.4]	1.0 [0.3,3.2]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	195	91	69	412	767

* Informante: Personal de salud que trabaja en la atención al parto, unidades de segundo y tercer nivel

Figura 7.4

Frecuencia con la que realizan estrategias o procedimientos para involucrar más a la pareja masculina en el posparto con la mujer y el recién nacido en unidades médicas de segundo y tercer nivel de atención



Fuente: Cuadro 7.9

Perspectiva de género en la atención relacionada con la planificación familiar

Dentro de la atención para la planificación familiar, en la mayor parte de las unidades médicas los prestadores de atención de las instituciones afirman que la consejería se otorga a la mujer en compañía de su pareja en menos del 50% de las veces: en 89% de las unidades médicas afirman esto en los Sesa, 81% en el ISSSTE, 79% en el IMSS y 78% en el IMSS Oportunidades (cuadro 7.13). Al respecto, será importante desarrollar indicadores más detallados y sensibles sobre la atención con perspectiva de género, para ir más allá de la simple medición

Cuadro 7.10

Frecuencia con la que realizan acciones concretas para integrar a los varones en la planificación familiar posparto en unidades médicas de segundo y tercer nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Nunca	0.5 [0.4,0.7]	0.0	22.6 [10.1,43.2]	11.6 [3.6,31.1]	8.4 [3.5,18.5]
Pocas veces	27.9 [16.3,43.6]	13.5 [2.0,53.9]	23.9 [13.1,39.4]	42.9 [24.6,63.3]	33.9 [22.9,47.0]
Regularmente	34.7 [21.2,51.3]	35.6 [8.5,76.8]	41.0 [24.7,59.7]	21.5 [10.8,38.2]	28.3 [18.9,40.0]
Muchas veces	36.3 [21.9,53.7]	51.0 [17.7,83.4]	11.0 [5.7,20.4]	23.6 [7.0,56.1]	29.0 [16.8,45.1]
No sabe, no responde	0.5 [0.4,0.7]	0.0	1.5 [1.1,2.0]	0.5 [0.3,0.7]	0.5 [0.4,0.6]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	195	91	69	412	767

* Informante: Jefe(a) de división de gineco-obstetricia, jefe(a) de gineco-obstetricia, jefe(a) de servicio de tococirugía o médico(a) responsable del servicio

Cuadro 7.11

Proporción de las consultas de atención prenatal en las que se atiende a la mujer en compañía de la pareja masculina en las unidades médicas de primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Menos del 50%	62.7 [45.2,77.3]	56.4 [23.6,84.4]	54.7 [38.6,69.8]	69.9 [49.7,84.5]	64.9 [52.2,75.9]
>= 50%	37.3 [22.7,54.8]	43.6 [15.6,76.4]	45.3 [30.2,61.4]	30.1 [15.5,50.3]	35.1 [24.1,47.8]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	200	91	83	424	798

* Informante: Jefe(a) de Servicio de Medicina Familiar o Director(a) Médico(a) o Responsable de la Unidad Médica

Cuadro 7.12

Frecuencia con la que realizan estrategias o procedimientos para involucrar más a la pareja masculina en la atención posparto en unidades médicas de segundo y tercer nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Nunca	5.7 [3.2,10.2]	0.0	13.7 [7.2,24.5]	21.7 [10.2,40.3]	14.3 [8.0,24.2]
Pocas veces	58.6 [42.5,73.1]	41.9 [11.8,79.5]	52.3 [36.4,67.7]	56.2 [36.1,74.5]	54.7 [42.4,66.5]
Regularmente	24.5 [13.8,39.6]	11.0 [2.3,39.7]	27.4 [15.2,44.3]	14.2 [7.3,25.7]	17.8 [12.2,25.2]
Muchas veces	7.0 [3.0,15.6]	47.1 [16.3,80.4]	6.7 [3.3,13.1]	6.3 [1.8,19.4]	11.3 [6.2,19.8]
No sabe, no responde	4.1 [0.7,20.1]	0.0	0.0	1.6 [0.3,8.5]	1.9 [0.5,6.2]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	194	91	82	402	769

* Informante: Jefe(a) de división de gineco-obstetricia, jefe(a) de gineco-obstetricia, jefe(a) de servicio de tococirugía o médico(a) responsable del servicio

Cuadro 7.13

Proporción de las consejerías que otorga a la mujer en compañía de su pareja masculina en unidades médicas de primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Menos del 50%	78.6 [66.7,87.1]	78.0 [67.4,85.8]	81.4 [71.6,88.4]	89.2 [77.8,95.1]	85.9 [78.4,91.1]
>= 50%	21.4 [12.9,33.3]	22.0 [14.2,32.6]	18.6 [11.6,28.4]	10.8 [4.9,22.2]	14.1 [8.9,21.6]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 166	3 474	185	11 444	16 270

* Informante: Responsable del servicio, módulos de planificación familiar, medicina preventiva o consulta externa

de la inclusión de los hombres en la atención a la salud materna (o reproductiva en general) que reciben las mujeres.

Por otra parte, el personal de salud afirma que se realizan procedimientos para involucrar a la pareja masculina en la atención para la planificación familiar regularmente (IMSS 49%, IMSS Oportunidades 51%, ISSSTE 41.5% y Sesa 43% de las unidades médicas) (cuadro 7.14).

Finalmente, el personal de salud indica que se realizan acciones concretas para involucrar a los varones en la planificación familiar regularmente (IMSS 51%, IMSS Oportunidades 43%, ISSSTE 40% y Sesa 38% de las unidades médicas). En más unidades médicas los prestadores de atención de los Sesa indican que se realizan estas acciones pocas veces (46%) (cuadro 7.15 y figura 7.5).

Cuadro 7.14

Frecuencia con la que realizan estrategias o procedimientos para involucrar más a la pareja masculina en planificación familiar en unidades médicas de primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Nunca	5.4 [1.5,17.7]	3.6 [0.7,16.3]	7.7 [4.2,13.8]	3.3 [1.1,9.4]	3.5 [1.6,7.7]
Pocas veces	16.0 [9.2,26.4]	23.5 [16.0,33.2]	33.2 [25.0,42.7]	41.0 [28.6,54.5]	35.4 [26.5,45.6]
Regularmente	49.1 [37.7,60.5]	50.9 [39.5,62.2]	41.5 [32.2,51.5]	43.4 [30.2,57.7]	45.4 [35.6,55.5]
Muchas veces	29.3 [20.1,40.5]	22.1 [14.5,32.1]	17.5 [11.3,26.3]	12.3 [6.2,22.9]	15.6 [10.5,22.6]
No sabe, no responde	0.2 [0.1,0.2]	0.0	0.0	0.0 [0.0,0.0]	0.0
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 186	3 547	186	11 896	16 815

* Informante: Director(a) o responsable médico

Cuadro 7.15

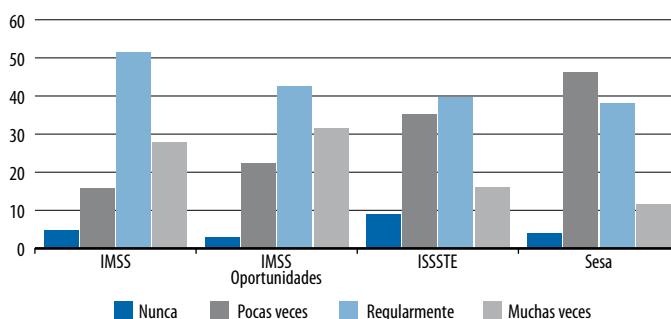
Frecuencia con la que realizan acciones concretas para integrar a los varones en la planificación familiar en unidades médicas de primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Nunca	4.8 [1.0,19.7]	3.1 [0.5,17.6]	9.0 [5.0,15.5]	3.9 [1.4,10.5]	3.9 [1.7,8.5]
Pocas veces	15.9 [8.7,27.1]	22.5 [14.8,32.7]	35.3 [26.3,45.6]	46.3 [32.7,60.4]	39.1 [29.4,49.8]
Regularmente	51.4 [39.4,63.2]	42.7 [32.2,54.0]	39.7 [29.8,50.6]	38.2 [25.1,53.3]	40.0 [30.3,50.7]
Muchas veces	27.8 [18.9,38.8]	31.7 [22.5,42.5]	16.0 [10.0,24.4]	11.6 [5.6,22.5]	17.0 [11.6,24.2]
No sabe, no responde	0.2 [0.2,0.2]	0.0	0.0	0.0 [0.0,0.0]	0.0
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 069	3 501	167	11 677	16 415

* Informante: Director(a) o responsable médico

Figura 7.5

Frecuencia con la que realizan acciones concretas para integrar a los varones en la planificación familiar en unidades médicas de primer y segundo nivel de atención



Fuente: Cuadro 7.15

Perspectiva de género en la atención para prevención y tratamiento de la violencia de pareja o de género

Dentro de la atención para prevenir y atender la violencia familiar y de género, se exploró si se realizaba consejería o educación en dos temas importantes, como una manera sencilla de explorar si la atención se ofrece con perspectiva de género: consejería individual o educación grupal para promover actitudes más equitativas sobre cuestiones de género entre usuarias o sus parejas y para promover los derechos de las mujeres.

Los prestadores de atención del IMSS indican que se realiza consejería o educación para promover actitudes más equitativas sobre cuestiones de género regularmente (34% de las unidades médicas) o muchas veces (25.5% de las unidades médicas) mientras en el 52% de las unidades médicas del IMSS Oportunidades se reporta que se hace regularmente y en el 27% que se hace muchas veces. En las unidades médicas del ISSSTE el personal de salud afirma que la consejería y educación para promover la equidad de género se realiza pocas veces (41% de las unidades médicas) o regularmente (34.5%) mientras en los Sesa afirman de manera similar que se realiza pocas veces (38% de las unidades médicas) o regularmente (36%). En el IMSS y el IMSS Oportunidades se reporta que se imparte consejería o educación para promover los derechos de la mujer regularmente (30% de las unidades del IMSS y 43% del IMSS Oportunidades) o muchas veces (29% de las unidades médicas del IMSS y 36% del IMSS Oportunidades) (cuadro 7.16 y figura 7.6).

Por su parte, en ligeramente más de la tercera parte de las unidades médicas del ISSSTE y de los Sesa el personal de salud reporta que la promoción de los derechos de la mujer se realiza regularmente, aunque en otra tercera parte de las unidades se reporta que se realiza pocas veces (cuadro 7.17).

Cuadro 7.16

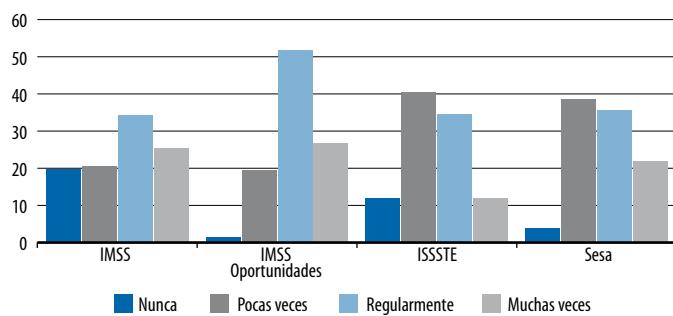
Frecuencia con la que realizan consejería o educación para promover actitudes más equitativas entre hombres y mujeres, dentro de la atención para prevención y tratamiento de la violencia de pareja en unidades médicas de primer y segundo nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Nunca	19.8 [10.7,33.8]	1.5 [0.3,6.9]	11.9 [7.0,19.6]	4.0 [0.9,16.5]	4.8 [1.8,12.0]
Pocas veces	20.5 [12.8,31.1]	19.6 [12.0,30.4]	40.5 [31.4,50.4]	38.5 [25.5,53.3]	33.6 [23.7,45.2]
Regularmente	34.2 [24.5,45.3]	51.9 [41.6,62.1]	34.5 [25.0,45.4]	35.7 [25.1,47.8]	38.7 [30.2,47.9]
Muchas veces	25.5 [16.7,36.9]	26.9 [19.5,35.9]	11.9 [7.8,17.8]	21.8 [12.6,34.9]	22.9 [15.6,32.3]
No sabe, no responde	0.0	0.0 [0.0,0.0]	1.1 [0.4,3.0]	0.1 [0.0,0.3]	0.1 [0.0,0.2]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 240	3 297	181	12 435	17 153

* Informante: Personal operativo (médico(a) general o especialista) de la consulta externa

Figura 7.6

Frecuencia con la que realizan consejería o educación para promover actitudes más equitativas entre hombres y mujeres, dentro de la atención para prevención y tratamiento de la violencia de pareja en unidades médicas de primer y segundo nivel



Fuente: Cuadro 7.16

Perspectiva de género en la atención de salud sexual y reproductiva para adolescentes

Dentro de la atención para la salud sexual y reproductiva que se ofrece a adolescentes, ya sea dentro de la atención para planificación familiar que se ofrece a personas en edad reproductiva o dentro de un programa específicamente para adolescentes, se midieron tres indicadores sobre la inclusión de la perspectiva de género. En primer lugar, los prestadores de atención reportan que se ofrece orientación o información que busca promover actitudes más equitativas sobre cuestiones de género o de las relaciones entre hombres y mujeres regularmente en la mayor parte de las unidades médicas (IMSS 58%, IMSS Oportunidades 47%, ISSSTE 50%, Sesa 46%) y en el

Cuadro 7.17

Frecuencia con la que se realiza consejería o educación para promover los derechos de las mujeres, dentro de la atención para prevención y tratamiento de la violencia de pareja en unidades médicas de primer y segundo nivel de atención

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Nunca	19.2 [10.2,33.4]	3.7 [15.9,0]	10.5 [5.9,18.1]	1.3 [0.7,2.4]	3.2 [2.0,4.9]
Pocas veces	22.3 [13.8,34.0]	16.7 [9.3,28.1]	34.9 [26.2,44.7]	35.9 [23.3,50.8]	31.2 [21.6,42.7]
Regularmente	29.5 [20.5,40.5]	43.1 [32.3,54.6]	33.9 [24.9,44.2]	33.4 [23.3,45.2]	35.0 [27.2,43.7]
Muchas veces	28.6 [19.1,40.6]	36.4 [26.2,48.1]	19.0 [12.6,27.7]	29.4 [18.9,42.7]	30.6 [22.4,40.3]
No sabe, no responde	0.2 [0.1,0.9]	0.0 [0.0,0.0]	1.7 [0.8,3.2]	0.0 [0.0,0.3]	0.1 [0.0,0.2]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	1 240	3 297	181	12 435	17 153

* Informante: Personal operativo (médico(a) general o especialista) de la consulta externa

IMSS Oportunidades en una mayor proporción de unidades médicas se reporta que muchas veces (48%) se ofrece este tipo de orientación (cuadro 7.18).

En segundo lugar, las actividades o procedimientos que buscan aumentar las habilidades de comunicación entre parejas de adolescentes sobre anticoncepción o prevención de embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual se realizan, según lo afirmado por el personal de salud de cada institución, regularmente (IMSS 49%, IMSS Oportunidades 40%, ISSSTE 38%, Sesa 48%) o muchas veces (IMSS 27%, IMSS Oportunidades 55%, ISSSTE 31%, Sesa 29%) (cuadro 7.19 y figura 7.7).

Finalmente, en el 67% de las unidades médicas del IMSS, 90% del IMSS Oportunidades, 73% del ISSSTE y 65% de los Sesa los prestadores de atención reportan que se realizan acciones concretas para integrar a los hombres adolescentes en la utilización de métodos anticonceptivos (cuadro 7.20).

Conclusiones

Como se mencionó al inicio de este apartado, se buscó medir algunas variables relativamente sencillas para explorar algunos aspectos relacionados con la incorporación de la perspectiva de género en la atención a la salud. Dicha incorporación corresponde a acciones que permitan garantizar la no discriminación por sexo y género en los servicios de salud, así como la atención considerando los criterios que se han delineado en documentos nacionales e internacionales al respecto, y especialmente los criterios de atención de cada institución en cuanto tocan a este ámbito. Sin embargo, al ser la operacionalización de la perspectiva de género dentro de la atención a la salud un reto reciente, requiere de desarrollar y pilotear ac-

Cuadro 7.18

Frecuencia con la que se da orientación o información para promover actitudes más equitativas entre usuarias y usuarios adolescentes en unidades médicas de primer nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Nunca	0.5 [0.3,0.9]	0.0	4.9 [2.2,10.6]	0.9 [0.2,3.6]	0.7 [0.2,2.5]
Pocas veces	14.4 [7.0,27.3]	4.5 [2.0,9.8]	24.6 [16.2,35.5]	31.8 [19.4,47.5]	24.7 [15.6,36.9]
Regularmente	57.6 [43.9,70.3]	47.4 [35.9,59.1]	49.7 [38.3,61.2]	46.0 [32.7,59.9]	47.0 [36.9,57.3]
Muchas veces	27.5 [17.0,41.2]	48.1 [36.1,60.4]	20.8 [13.7,30.4]	21.3 [12.7,33.7]	27.6 [19.7,37.1]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	927	3 487	118	11 336	15 868

* Informante: Médico(a) encargado(a), médico(a) familiar, médico(a) encargado(a) en salud reproductiva o encargado(a) de CARA

Cuadro 7.19

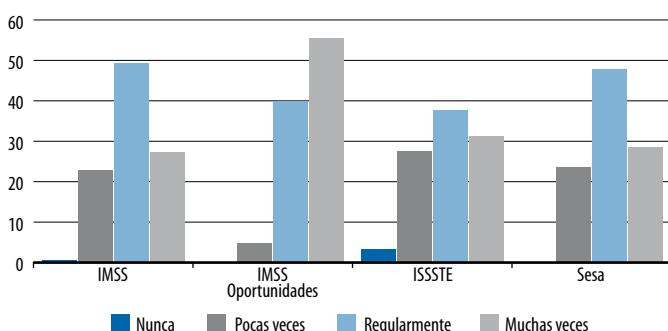
Frecuencia con la que se busca aumentar las habilidades de comunicación entre parejas de adolescentes sobre anticoncepción o prevención de embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual en unidades médicas de primer nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Nunca	0.5 [0.4,0.7]	0.0	3.3 [1.3,8.5]	0.0	0.1 [0.0,0.1]
Pocas veces	22.9 [12.4,38.4]	4.7 [1.8,11.7]	27.6 [18.9,38.5]	23.6 [13.2,38.5]	19.4 [11.7,30.5]
Regularmente	49.3 [36.0,62.7]	39.9 [29.4,51.3]	37.7 [27.0,49.8]	47.9 [33.6,62.5]	46.1 [35.4,57.2]
Muchas veces	27.3 [17.9,39.3]	55.5 [43.9,66.4]	31.3 [21.8,42.8]	28.5 [17.4,43.1]	34.4 [25.0,45.2]
No sabe, no responde	0.0	0.0	0.0	0.0 [0.0,0.2]	0.0 [0.0,0.2]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	927	3 487	118	11 336	15 868

* Informante: Médico(a) encargado(a), médico(a) familiar, médico(a) encargado(a) en salud reproductiva o encargado(a) de CARA

Figura 7.7

Frecuencia con la que se busca aumentar las habilidades de comunicación entre parejas de adolescentes sobre anticoncepción o prevención de embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual en unidades médicas de primer nivel de atención



Fuente: Cuadro 7.19

Cuadro 7.20

Realización de acciones concretas para integrar a los hombres adolescentes en la utilización de métodos anticonceptivos en unidades médicas de primer nivel de atención*

	IMSS %	IMSS Oportunidades %	ISSSTE %	Sesa %	Total %
Sí	66.6 [51.8,78.7]	89.9 [75.5,96.3]	72.7 [61.7,81.5]	65.1 [50.4,77.4]	70.6 [59.4,79.8]
No	33.4 [21.3,48.2]	10.1 [3.7,24.5]	27.3 [18.5,38.3]	34.9 [22.6,49.6]	29.4 [20.2,40.6]
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de unidades	916	3 431	117	11 334	15 797

* Informante: Médico(a) encargado(a), médico(a) familiar, médico(a) encargado(a) en salud reproductiva o encargado(a) de CARA

ciones y posteriormente diseñar herramientas adecuadas para evaluar dichas acciones.

Si bien debe analizarse qué implicaciones tendría el involucramiento de los varones en la atención de la salud reproductiva (salud materna, cáncer de la mujer, planificación familiar, prevención y atención de la violencia, salud sexual y reproductiva de adolescentes) de las mujeres, es importante tener en mente que desde la perspectiva de género, las acciones y estrategias a seguir tendrían que ser en función de fortalecer el empoderamiento de las mujeres, su capacidad de decisión y autodeterminación en materia de salud reproductiva (ampliamente entendida) y erradicación de la violencia. En todo momento se tendría que garantizar la decisión de las mujeres (de incluir a la pareja o no en las consultas por ejemplo, en el caso de las mujeres que tienen pareja, así como otras decisiones).

Se trata además de incluir a los hombres en corresponsabilidad con la salud reproductiva y no sólo como meros acompañantes. Si se incluye a los hombres tendría que ser asegurando su efecto benéfico para la igualdad de género en salud y la salud reproductiva. Además, promover que la pareja acompañe a la consulta de diagnóstico del cáncer cérvicouterino o de mama, por dar un ejemplo, no quiere decir que se condicione a dar dicha consulta solamente en presencia de la pareja. Se trata de abrir la posibilidad de que la pareja pueda venir con la usuaria, en caso de que ella así lo decida, además de que sea posible por los horarios de la pareja (masculina o no).

Habría que promover, desde una visión más inclusiva, tanto que los hombres puedan asumir roles tradicionalmente asignados a las mujeres como el lograr un adecuado autocuidado de su propia salud. Así también, los servicios de salud tendrían que promover que las personas se responsabilicen del autocuidado de la salud y que mujeres y hombres puedan corresponibilizarse en la atención de la salud de todos los miembros de la familia, incluyendo a sí mismos.

Hay otras acciones y medidas que contribuirían a una mayor igualdad de género en salud como por ejemplo, que hayan espacios en las unidades médicas para cuidar a los niños/as mientras la madre entra a la consulta; esto es complicado pero no es costoso. Otro ejemplo es el lenguaje sexista y excluyente con que el personal de salud, en algunos casos, se dirige a los hombres y las mujeres. Por ejemplo, llamar al hombre “Don” o “Señor”, mientras que a las mujeres se les llama con términos en diminutivo como “mamacita” o “madrecita” o “mamita” o “mi hijita”. Otro elemento sería que los servicios de salud cuenten con horarios vespertinos para la atención médica lo que acercaría los servicios preventivos para los hombres y las mujeres que tienen un trabajo remunerado fuera del hogar.

Considerando lo anterior, cabe afirmar que es necesario avanzar a la operacionalización de la perspectiva de género en la atención a la salud, enmarcándola en los derechos humanos, colocando a las y los usuarios de los servicios de salud en el centro como sujetos de derechos que deben tener condiciones para ejercerlos, y para manifestarse en caso de que no puedan hacerlo así, debido a diversas situaciones. Además, al operacionalizar dicha perspectiva será necesario construir indicadores y evaluar resultados que puedan mostrar si con las medidas se disminuye el maltrato o la discriminación a las y los usuarias/os por sexo o género.

Para terminar, es importante considerar que se trató de un esfuerzo inicial por medir variables relacionados con equidad e igualdad de género en salud, lo cual es muy necesario pero se tendrá que refinar instrumentos y variables a medir.

Agradecimientos

Se agradece a la doctora Aurora del Río Zolezzi por sus importantes contribuciones al presente capítulo.

Referencias

1. Riley N. Gender, Power and Population Change. Popul Bull 1997;52(1):1-48.
2. De Keijzer B. El género y el proceso de salud-enfermedad-atención. Género y Salud en Cifras 2003;1(3):3-7.
3. Feldman-Jacobs C, Yeakey M. A Summary Report of New Evidence that Gender Perspectives Improve Reproductive Health Outcomes. Washington, DC: Population Reference Bureau, 2011. Disponible en:

http://www.prb.org/igwg_media/summary-report-gender-perspectives.pdf

4. Riveros Hamel P, Palenque E, Vernon R, Carreño I. Guías de referencia para instituciones y establecimientos de salud que buscan acreditar la calidad y enfoque de género de sus servicios. México, D. F.: Population Council, 2007. Disponible en: <http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/reports/GuiasGenero.pdf>

Anexo I

Índices de desempeño

A partir del ejercicio de jueceo en el que participaron expertos en los programas incluidos en este estudio de las cinco instituciones participantes: IMSS, IMSS Oportunidades, ISSSTE, SSA e INSP, se asignaron pesos a cada uno de los reactivos que previamente se habían agrupado por tema para la creación de subíndices. Para la obtención de éstos, se utilizó la mediana de los ponderadores asignados por los expertos a los reactivos propuestos. Finalmente, se sumaron los indicadores calificados con un valor mayor de cero por todas las instituciones. A continuación se presentan los resultados obtenidos para cada programa incluido en este estudio. Se incluye en cada cuadro el subíndice, el nombre del servicio de donde se obtuvo la información, el nivel de atención de las unidades médicas que participaron en la construcción de dicho subíndice, el mínimo y el máximo obtenido por las unidades médicas y la mediana de la calificación obtenida por todas las unidades médicas.

Prevención y atención del cáncer cervicouterino

Subíndice	Servicio	Nivel	Min-Máx	50%
Prevención		1ero. y 2do.	38-96	76
Diagnóstico	Colposcopía o módulo de diagnóstico	1ero. y 2do.	0-18	18
	Laboratorio o servicio de citología	2do.	0-39	10
Capacitación				
	Servicio de medicina preventiva	1ero. y 2do.	0-24	15
	Colposcopía o módulo de diagnóstico	1ero. y 2do.	0-30	30
	Laboratorio o servicio de citología	2do.	0-15	15
Calidad				
	Disponibilidad y calidad de instrumental, equipo e insumos o Citología	2do.	9-69	42
	Continuidad en el servicio y accesibilidad o citología	2do.	0-20	20
	Percepción de la eficiencia y calidad del servicio por proveedores o citología	2do.	0-79	47

Prevención y atención del cáncer de mama

Subíndice	Servicio	Nivel	Min-Máx	50%
Prevención		1ero. y 2do.	20-153	96
Capacitación	Medicina preventiva	1ero. y 2do.	0-37	29

Atención a la salud materna

Subíndice	Servicio	Nivel	Min-Máx	50%
Atención prenatal		1ero.	10-19	19
Atención de parto y posparto	Colposcopía o módulo de diagnóstico	1ero.	0-28	28
Capacitación				
	Consulta externa u hospital rural	2do. y 3ro.	0-88	79
	Tococirugía	2do. y 3ro.	0-94	85
Atención de emergencia obstétrica		2do.	0-30	30
Calidad	Disponibilidad de guías técnicas, manuales, normas y algoritmos	1ero.	0-25	20

Operacionalización de los servicios de planificación familiar

Subíndice	Servicio	Nivel	Min-Máx	50%
Disponibilidad		1ero. y 2do.	10-30	20
Capacitación	Módulos de planificación familiar, Medicina preventiva o consulta externa	1ero. y 2do.	0-67	50

Identificación y atención de la violencia familiar y de género

Subíndice	Servicio	Nivel	Min-Máx	50%
Detección oportuna		1ero. y 2do.	0-38	10
Consejería	Atención psicológica	1ero. y 2do.	0-20	10
Referencia				
	Consulta externa	1ero. y 2do.	10-21	13
	Atención psicológica	1ero. y 2do.	10-18	10
Capacitación				
	Consulta externa	1ero. y 2do.	0-64	31
	Atención psicológica	1ero. y 2do.	0-86	58
Atención				
	Consulta externa	1ero. y 2do.	0-79	10
	Atención psicológica	1ero. y 2do.	0-66	18

Atención a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes

Subíndice	Servicio	Nivel	Min-Máx	50%
Atención		1ero.	10-97.5	50
Capacitación		1ero.	0-69	50
Consejería		1ero.	30-214	88.5

Anexo II

Resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012

Uso de anticonceptivos y planificación familiar entre mujeres adolescentes y adultas: cerrando la brecha entre metas y realidades

Introducción

La planificación familiar y los anticonceptivos, especialmente los modernos, constituyen una intervención única dentro de la atención para la salud en cuanto a los beneficios que pueden aportar. Dichos beneficios incluyen desde la reducción de la pobreza y la mortalidad materna e infantil hasta el empoderamiento de las mujeres y el logro de la educación primaria y posiblemente secundaria universal. Asimismo, la planificación familiar puede contribuir al logro de varias Metas del Milenio.¹ Para alcanzar estos beneficios, se requiere evidencia científica actualizada sobre las metas logradas por los servicios de planificación familiar, los retos que persisten y las diferencias regionales o por grupos de edad que existen al respecto. El presente documento busca aportar evidencia al respecto, en términos de datos de la ENSANUT 2012 así como de encuestas nacionales de la salud anteriores, con fines de comparación.

Resultados

Inicio de vida sexual

La edad de la primera relación sexual es un indicador de la exposición al riesgo de embarazo no planeado y de infecciones de transmisión sexual. De las mujeres que al momento de la encuesta tenían entre 15 y 19 años, 31.2% reportó que había iniciado la vida sexual (cuadro I).

Conocimientos sobre uso del condón por adolescentes

La ENSANUT 2012 indica que más de 80% de las mujeres adolescentes que reportan haber iniciado vida sexual tiene conocimientos básicos sobre el uso del condón (88% sabe que sólo se puede usar una vez y 81% sabe que protege de ITS y del embarazo); entre las que aún no han iniciado su vida sexual, más de 77% tiene conocimientos correctos (79% y 77%, respectivamente)

Uso del condón por adolescentes

Una comparación de los datos arrojados por las ENSANUT 2006 y 2012 indica que ha aumentado el uso del condón en la última relación sexual, según lo reportado por adolescentes femeninas. Entre las que residen en el norte del país, este uso aumentó de 31 a 47%; entre las de la región centro, de 36 a 49%; entre las del sur (con la prevalencia más baja), de 22 a 44%, y finalmente en el Distrito Federal, de 36 a 56% (figura 1).

Uso de métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes y adultas

Aunque se ha logrado aumentar el uso del condón entre mujeres adolescentes, persiste un alto porcentaje, tanto de mujeres adolescentes como adultas, que reportan no haber usado ningún método anticonceptivo en la última relación sexual. Asimismo, conforme aumenta la edad, aumenta la proporción de mujeres que no usan ningún método (figura 2).

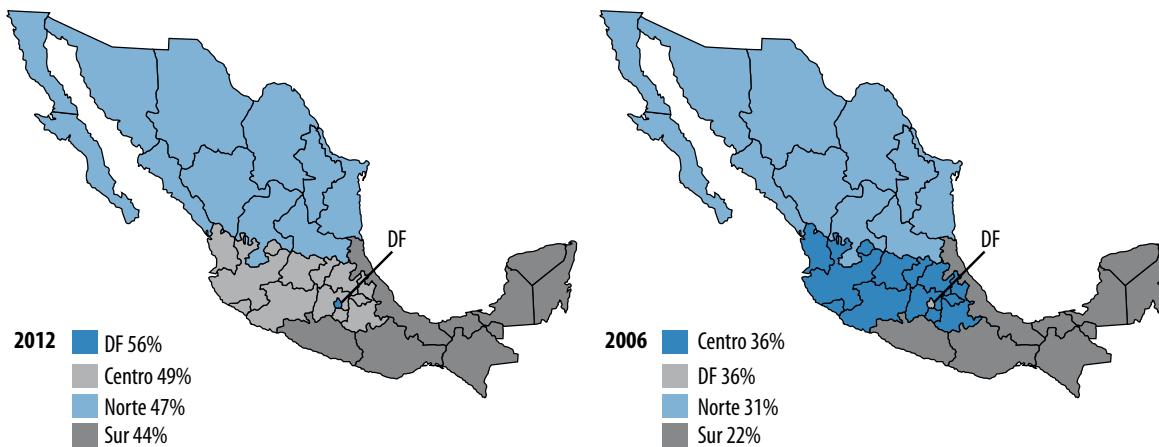
Los datos de la ENSANUT 2012 indican que se ha logrado la meta de disminuir la brecha entre la población femenina rural y urbana (a 12.5%, planteada por la Secretaría de Salud²), en cuanto a prevalencia de uso de anticonceptivos. Se ha reducido la diferencia en uso de anticoncepción entre mujeres adolescentes (de 12 a 19 años) que residen en áreas rurales y las que residen en áreas urbanas (9.6%), así como también en comparación con las que viven en áreas metropolitanas (11.8%). En el caso del uso de la anticoncepción en la última relación sexual en las mujeres adultas en edad fértil (de 20 a 49 años), la brecha es aún menor. Entre las mujeres adultas, la diferencia entre las residentes rurales en comparación con sus pares urbanas es de 7.1%, mientras que entre las primeras y las residentes metropolitanas es de 11.5% (figura 3).

Uso de métodos anticonceptivos posterior al evento obstétrico

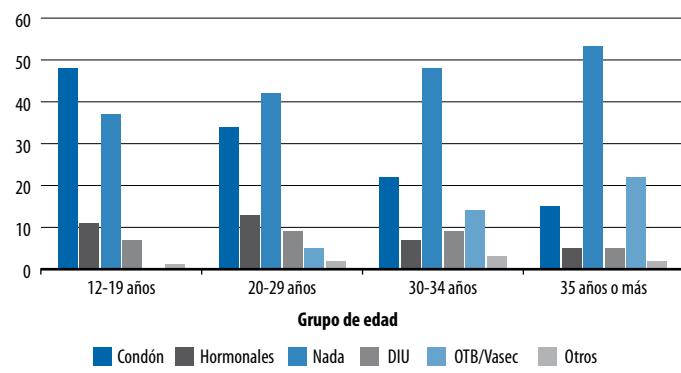
Como una estrategia para reducir la mortalidad materna, existe una meta nacional de alcanzar un uso de métodos anticonceptivos de 70% entre las mujeres con postevento obstétrico. No obstante, persiste un alto porcentaje que reporta no haber recibido anticonceptivo después de su último evento obstétrico: 52% de las adolescentes, 44% de las mujeres de 20 a 29 años, 43% de las de 30 a 34 años y 39% de las mujeres de 35 años o más (figura 4).

Figura 1

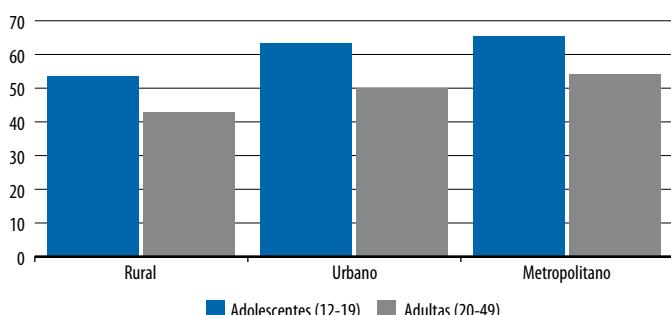
Uso del condón en la última relación sexual, por adolescentes 15 a 19 años y por región de residencia. México, Ensanut 2006 y 2012

**Figura 2**

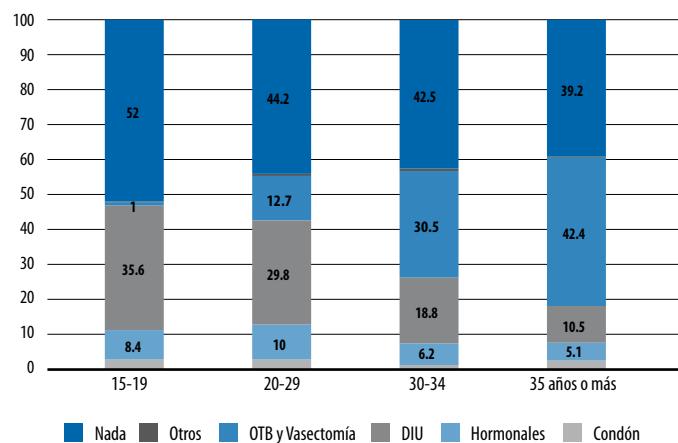
Uso de métodos anticonceptivos en la última relación sexual en mujeres adolescentes y adultas, por grupo de edad. México, ENSANUT 2012

**Figura 3**

Uso de algún método anticonceptivo en la última relación sexual, por región de residencia. México, ENSANUT 2012

**Figura 4**

Distribución porcentual de uso de método anticonceptivo posterior al evento obstétrico, reportado por mujeres adolescentes y adultas. México, ENSANUT 2012



Recomendaciones

Las siguientes recomendaciones toman en cuenta la evidencia reciente para México así como acciones recomendadas por la Organización Mundial de la Salud^{3,4,5} en el ámbito de políticas y programas de anticoncepción y planificación familiar.

- Garantizar la oferta de una variedad de métodos anticonceptivos, así como consejería sobre estos métodos, durante todo el proceso de atención para la salud reproductiva y el embarazo.
- Utilizar vías y métodos tradicionales e innovadores para proveer información y servicios (incluyendo provisión de condones y otros tipos de anticonceptivos) a adolescentes, incluyendo a mujeres y hombres.

- Desarrollar protocolos de atención y algoritmos para la provisión de planificación familiar en general y postevento obstétrico y para la consejería adecuada sobre las necesidades de la mujer (adolescente o adulta, postevento obstétrico).
- Definir y disseminar entre el personal de salud políticas claras sobre la distribución de condones a adolescentes (hombres y mujeres).
- Producir y distribuir materiales de apoyo para consejería sobre planificación familiar, incluyendo en el momento postevento obstétrico y específicamente para adolescentes, mujeres indígenas y mujeres de comunidades marginadas.
- Actualizar contenidos y modalidades de capacitación para el personal de salud, incluyendo la provisión de planificación familiar en general y postevento obstétrico, así como trato respetuoso, aceptable y cálido para adolescentes, mujeres indígenas y mujeres de comunidades marginadas.
- Establecer claramente las responsabilidades del personal de salud en cuanto a ofrecer consejería sobre planificación familiar y anticonceptivos y proveer el método seleccionado, durante momentos específicos, dentro de la atención para la salud reproductiva y el embarazo.
- Fortalecer la infraestructura para la provisión de la planificación familiar, incluyendo la disponibilidad de insumos y equipo.
- Establecer sistemas de monitoreo con métodos innovadores de los servicios de planificación familiar a diferentes grupos de edad, incluyendo la provisión de anticonceptivos postevento obstétrico.
- Garantizar los fondos para capacitación del personal de salud así como suministro de métodos anticonceptivos y otros insumos para todas las regiones del país, incluyendo zonas marginadas e indígenas.

Acciones

A la vez que se han logrado diversas metas, persisten asignaturas pendientes, incluyendo la necesidad de:

- monitorear, capacitar al personal de salud y ofrecer incentivos con relación a la promoción y entrega de anticoncepción postevento obstétrico;
- promover la planificación familiar y fortalecer el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en las zonas rurales y las áreas de mayor marginación;
- proporcionar atención integral y aprovechar oportunidades para dar consejería y educación para la salud relacionada con el tema, así como proveer métodos de anticoncepción deseados y apropiados para mujeres de diferentes edades.

Conclusiones

Es alentador que se hayan alcanzado varias metas al respecto del uso de anticonceptivos (y específicamente del condón) entre mujeres adolescentes y adultas. La ENSANUT 2012 ofrece información actualizada para evaluar los programas de planificación familiar en adultas y salud reproductiva en adolescentes para posteriormente proponer ámbitos donde enfocar recursos, ajustar estrategias y lograr una mejor calidad y un mayor impacto de la atención.

Autores

Aremis Villalobos,* Betania Allen,* María Hernández Serrato,†
Leticia Suárez,* Elvia de la Vara,* Filipa de Castro*

Referencias

1. Cleland J, Bernstein S, Ezech A, Faundes A, Glasier A, Innis J. Family planning: the unfinished agenda. Lancet. 2006;368(9549):1810-1827.
2. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012 Planificación Familiar y Anticoncepción. México: Ssa, 2008.
3. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. From evidence to policy: expanding access to family planning - Expanding access to contraceptive services for adolescents. Policy Brief. WHO/RHR/12.21. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75160/1/WHO_RHR_HRP_12.21_eng.pdf
4. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. From evidence to policy: expanding access to family planning - Strengthening health system response: no opportunities missed. Policy brief. WHO/RHR/12.22. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75162/1/WHO_RHR_HRP_12.22_eng.pdf
5. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. Optimizing the health workforce for effective family planning services. Policy brief. WHO/RHR/12.19. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75164/1/WHO_RHR_HRP_12.19_eng.pdf

* Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública. México

† Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas, Instituto Nacional de Salud Pública. México

Elevada tendencia de utilización de cesáreas en México: la necesidad de promover calidad en atención del parto

Introducción

Durante las últimas décadas, la atención del embarazo y parto se ha institucionalizado y medicalizado de manera creciente. Sin duda esto ha contribuido a disminuir algunas causas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal; no obstante también presenta dificultades, como el incremento en las tasas de cesáreas, que a su vez ocasionan otros problemas de salud no menos importantes.^{1,2} La cesárea necesaria que se estima indispensable entre 10 y 15% de los partos, según la Organización Mundial de la Salud (OMS),³ o entre 15 y 20%, según la NOM-007⁴ disminuye los riesgos de salud materna y neonatal; sin embargo, cuando se utiliza sin las indicaciones precisas, los riesgos sobrepasan los beneficios y generan diferentes complicaciones para las mujeres sometidas a este procedimiento y costos adicionales* para el sistema de salud.^{1,2}

Actualmente esta práctica clínica varía entre países;² en los de bajos ingresos existe una subutilización, mientras que en los de medianos y altos ingresos hay una práctica adecuada o sobreutilizada. En el ámbito mundial se efectúan aproximadamente 18.5 millones de cesáreas anuales, de las cuales la mitad son consideradas como innecesarias y ocasionan un costo excesivo (aproximadamente 5.4 veces más de lo esperado para la atención al nacimiento); en el comparativo mundial de práctica de cesáreas sin indicación médica, México se sitúa en el cuarto lugar (después de China, Brasil y Estados Unidos), con el mayor número de cesáreas innecesarias.⁵

En las últimas décadas en México se ha registrado un incremento de esta práctica, que supera con mucho el límite máximo recomendado por indicación médica. Esto no ha producido ningún beneficio global para el bebé o la madre, pero sí está vinculado con una mayor morbilidad para ambos (doble riesgo de morbilidad materna grave y de mortalidad materna y doble riesgo de obtener pobres resultados fetales),² además se relaciona con un mayor número de partos pretérmino y muerte neonatal⁶ y con acretismo placentario en el embarazo subsiguiente en aquellas mujeres con antecedente de cesárea.⁷

Diversas razones están asociadas a las cesáreas innecesarias, entre las más mencionadas por la literatura están: el tra-

tamiento asociado al mal uso de diferentes intervenciones médicas, como por ejemplo, uso de oxitocina en la primera etapa del trabajo de parto (TP),² monitorización electrónica fetal de rutina,⁵ ruptura artificial de membranas antes del TP activo;⁸ el concepto erróneo que prevalece entre los médicos sobre el hecho de que una cesárea forzosamente predice una cesárea subsecuente,⁹ información sesgada otorgada a las mujeres sobre los beneficios del parto vaginal y riesgos que conllevan las cesáreas;¹⁰ falta de preparación y desarrollo de habilidades de personal de salud para ejecutar partos instrumentales con fórceps o ventosa;¹¹ afán de lucro de los proveedores;¹ incentivos económicos relacionados con las aseguradoras,¹² y comodidad para personal médico y usuarias.¹⁰ Asimismo, se ha documentado una mayor realización de esta práctica clínica en mujeres de 35 años o más^{7,10} y en primíparas,^{2,7} entre otras.

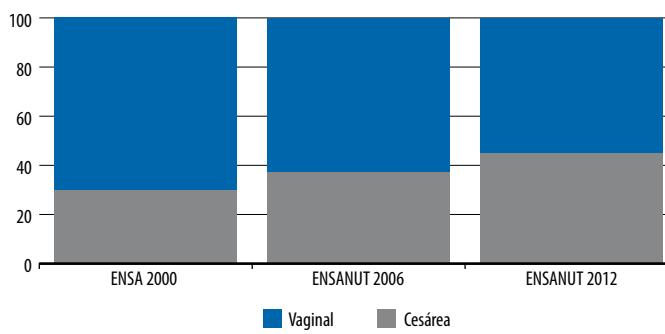
A fin de contribuir a la comprensión del escenario que México tiene sobre esta práctica clínica, en este documento se analiza la información relacionada en el contexto de las encuestas nacionales de salud. A partir de este panorama, se plantean recomendaciones para una cobertura más amplia por medio de la atención del nacimiento vía vaginal, evitando, a su vez, el uso desmedido y sin control de la intervención clínica, así como algunas propuestas de trabajo a futuro.

Resultados

Al analizar y comparar la práctica de cesáreas en los últimos años en México se identifica que, de acuerdo con lo reportado por las mujeres que participaron en la Encuesta Nacional de Salud 2000 y Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (efectuada en 2006 y 2012), ha habido un incremento de 50.3% de esta práctica en doce años ($p<0.001$), al pasar de 30.0% a 45.1% (figura 1). Esta práctica por tipo de sector de realización (figura 2) también incrementó en este periodo ($p<0.01$), 33.7% en sector público (de 30.6 a 40.9%) y 60.4% en el privado (de 43.4 a 69.6%), con lo cual se amplía la brecha entre sectores a través del tiempo.

Figura 1

Distribución de los partos* en las encuestas nacionales de salud**



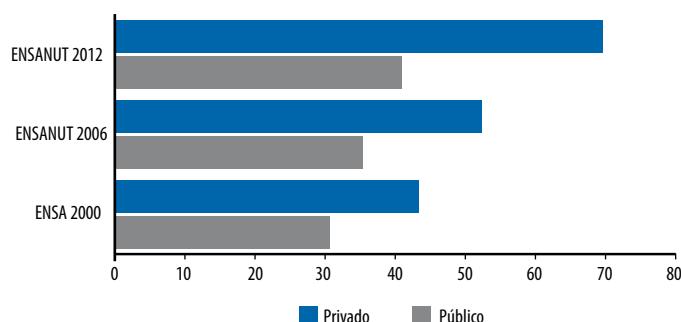
* De los últimos hijos nacidos vivos en los cinco años anteriores a la entrevista

** $p<0.001$

* De acuerdo con información del IMSS de 2012, el costo aproximado de un parto vaginal y de una cesárea, ambos con dos días de hospitalización es de 17 400 pesos y de 21 600 pesos, respectivamente, en tanto que en uno de los hospitales privados más prestigiosos del Distrito Federal estos costos se elevan a 32 000 pesos en un parto vaginal y a 40 800 pesos en una cesárea. Los costos del hospital privado no incluyen honorarios médicos, estudios de laboratorio y gabinete, medicamentos de anestesia y especiales y equipo láser.

Figura 2

Cesáreas por sector público y privado reportadas por las mujeres* en las encuestas nacionales de salud**

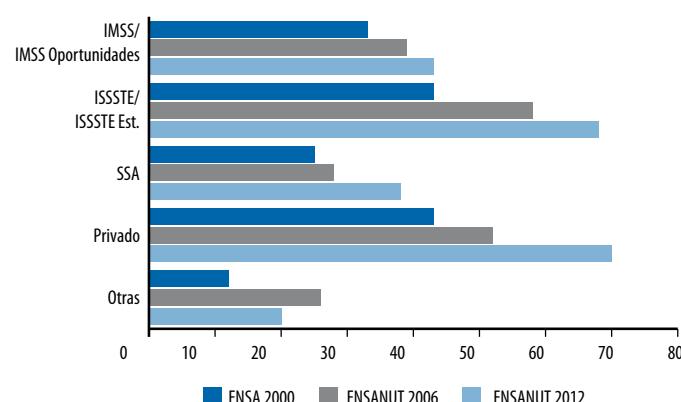


* De los últimos hijos nacidos vivos en los cinco años anteriores a la entrevista

** $p<0.001$

Figura 3

Cesáreas* en instituciones, según las encuestas nacionales de salud**

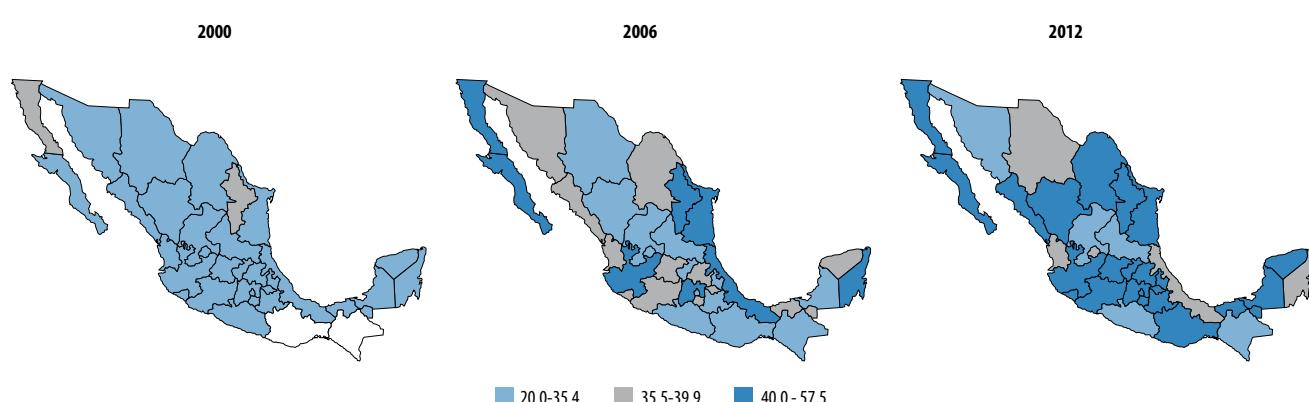


* De los últimos hijos nacidos vivos en los cinco años anteriores a la entrevista

** $p<0.01$

Figura 4

Evolución de las cesáreas por entidad federativa en las encuestas nacionales de salud



La información reportada por las mujeres de 2000 a 2012 sobre el lugar donde se les atendió el parto de su último hijo nacido vivo muestra un aumento en el número de cesáreas en todas las instituciones de salud, pero esto es más marcado para el ISSSTE e ISSSTE Estatal (43 y 68%, respectivamente) y el sector privado (hospitales, clínicas y consultorios) (43 y 70%, respectivamente) (figura 3). Adicionalmente, en 2012, la mayor proporción de cesáreas programadas se efectuó en este último ámbito (39.6% frente a 15.6%).

Desde el año 2000, todas las entidades federativas (a excepción de Chiapas y Oaxaca) rebasan el límite máximo recomendado de esta práctica clínica (<20%); doce años después, 22 entidades del país duplican el número de cesáreas esperadas (figura 4).

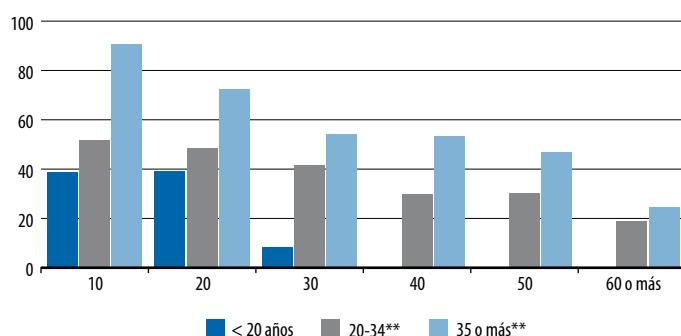
Tomando en consideración la información de la ENSANUT 2012 sobre el orden de nacimiento de los partos ocurridos de 2007 a 2012, se observa una tendencia mayor de realización de cesárea cuando el parto es el primero o el segundo (50.5 y 51.2%, respectivamente) propensión que disminuye a partir del tercero (43.9%) y al sexto o más nacimientos (22.7%) ($p<0.001$). Este comportamiento se acentúa en las mujeres de 20 años en adelante ($p<0.001$), de lo cual se obtiene que las de 35 años o más tienen los porcentajes extremadamente elevados de realización de este procedimiento quirúrgico, sobre todo cuando el orden de nacimiento es el primero o segundo (90.7 y 72.5%, respectivamente) (figura 5).

Recomendaciones

De acuerdo con los resultados encontrados se puede identificar que la cesárea innecesaria es un problema multifactorial, por lo que se requiere contemplar diferentes ámbitos para su reducción a través del desarrollo de políticas públicas encaminadas a este fin:

Figura 5

Cesárea por orden de nacimiento* y grupos de edad en la Ensanut 2012**



* De los últimos hijos nacidos vivos en los cinco años anteriores a la entrevista

** p<0.001

- Formación y regulación de recursos humanos
- Diseño y organización institucional

Formación y regulación de recursos humanos. Por un lado, se requiere, impulsar la formación de médicos con un mayor apego a la atención de partos vaginales con pleno conocimiento de la normatividad actual; paralelamente, es importante capacitarlos y sensibilizarlos para la atención del parto vaginal y bajo los lineamientos del parto humanizado. Por lo que se requiere fomentar su integración en equipos con enfermeras obstetras, parteras profesionales y enfermeras generales, entre otros profesionistas, para manejar en su conjunto el proceso del parto fisiológico y cubrir las necesidades de la población usuaria.

Debe reinstaurarse la utilización de fórceps y ventosa para que un número mayor de nacimientos se atiendan mediante estos procedimientos, sin tener que recurrir a las cesáreas.

También es importante revisar y actualizar el currículo de la enfermera e incluir conocimientos y práctica relacionada con la vigilancia del trabajo de parto vaginal e identificación de la emergencia obstétrica.

Diseño y organización institucional. Se debe inspeccionar la estructura y organización interna de las salas de labor para que, ante la sobresaturación del servicio, se busque diseñar espacios que permitan la vigilancia necesaria para el desarrollo más eficiente y satisfactorio del trabajo de parto. Asimismo, tomando en cuenta las causas comunes responsables del mayor número de cesáreas innecesarias, documentadas en la literatura internacional, se recomienda estandarizar protocolos para tener como práctica de rutina el doble diagnóstico para casos complejos y con diagnósticos inciertos,¹³ así como una revisión exhaustiva de la justificación clínica para la realización de la cesárea en aquellas mujeres donde el riesgo de una cesárea se incrementa, es decir, en aquellas menores de 20¹⁴ años y mayores de 35 años,^{7,15} primíparas^{2,7} y con cesárea previa.² Todas las instituciones deben promover el parto vaginal después de la primera cesárea incluyendo un monitoreo cercano y la habili-

dad para efectuar una cesárea urgente en caso necesario. También se recomienda el diseño de un sistema de auditorías¹⁶ que reconozca públicamente las tasas de cesárea por proveedor.

Por otro lado, se propone condicionar la aplicación rutinaria de oxitocina para inducir el TP,² restringir la vigilancia continua con tococardiógrafo⁵ (en especial en el sector privado) y ofrecer a las pacientes con cesárea previa una prueba con supervisión estrecha del avance de TP.¹⁷

Sería oportuno identificar hospitales estratégicos en donde sea posible incorporar modelos de atención alternativos (parteras profesionales técnicas y enfermeras obstetras) para implementar una vigilancia centrada en el desarrollo del TP y valorar su aportación a la salud de la madre y el hijo, así como a la reducción de costos institucionales.

Particularmente en comunidades rurales o marginadas, se recomienda incrementar el desarrollo de la atención obstétrica para embarazos de bajo riesgo a través del modelo de las Casas de la Salud, en donde los partos sean atendidos por personal calificado no médico¹⁸ y con un sistema de referencia hospitalaria con ginecoobstetras para la atención de partos complicados o emergencias obstétricas. Es decir, con una estructura de atención en equipos de trabajo en donde el personal calificado no médico tenga un rol de vigilancia del desarrollo del TP y de acompañamiento a la mujer.

En los Centros de Salud se recomienda difundir las ventajas del parto vaginal frente a la cesárea innecesaria entre las usuarias y entre la población y otorgar educación prenatal¹⁹ en salas de espera, en la consulta clínica y en pláticas del Programa *Oportunidades*. También se deben dar a conocer los derechos de las mujeres para la atención al nacimiento con un enfoque humanizado³ incluyendo el trato con respeto y dignidad.

Acciones

Construir una normatividad hospitalaria específica para la reducción de cesáreas innecesarias sin incrementar los riesgos de morbilidad y mortalidad materna.

Recursos humanos

- Reforzar el currículo de formación de médicos generales, ginecoobstetras, enfermeras ginecoobstetras, enfermeras generales y parteras profesionales a favor del parto vaginal y con una perspectiva de atención desde el modelo de parto humanizado.
- Fomentar en la práctica el desarrollo de habilidades y destrezas clínicas para la atención del parto vaginal fisiológico con base en competencias, en especial uso y apego del partograma para identificar partos prolongados o anormales, y en caso de enfrentar alguna emergencia obstétrica, saber manejar exitosamente el parto instrumental (fórceps o ventosa) como alternativa de la cesárea.

- Impulsar la apertura de escuelas para la formación de parteras profesionales con reconocimiento oficial.
- Propiciar el trabajo en equipos multidisciplinarios para la atención del parto.
- Formular estrategias institucionales para otorgar estímulos anuales a los médicos que en su práctica clínica tengan más partos vaginales que cesáreas.

Organización institucional

- Adecuar todos los espacios destinados al TP y parto para poder manejarlo y vigilarlo con calidad y calidez.
- Diseñar mecanismos de valoración de prácticas a favor del parto vaginal en el segundo y tercer nivel de atención, de manera que se otorgue una certificación como “Hospital amigo del parto vaginal”. Por ejemplo, se puede certificar los hospitales del Programa Seguro Popular sólo si tienen un porcentaje de operación cesárea menor de 30%.
- Reglamentar la asignación de incentivos a las instituciones que logren metas progresivas y pre establecidas de disminución.
- Estipular mecanismos intersectoriales para que los hospitales puedan utilizar los ahorros monetarios derivados de la reducción anual de las cesáreas.
- Formalizar dispositivos institucionales para exigir y garantizar una segunda opinión antes de que se realice una cesárea cuando hay incertidumbre en el diagnóstico, para incentivar que se encuentren alternativas clínicas dirigidas a la atención del nacimiento por vía vaginal y sin riesgos para la salud de la madre y el niño.
- Acondicionar al menos una Casa de la Salud en localidades estratégicas para atender a mujeres con partos de bajo riesgo, y normar un sistema de referencia hospitalaria para casos que requieran atención especializada.

Con usuarias o población en general

Formular mensajes específicos para divulgar a través de diferentes mecanismos (campañas masivas, educación prenatal, pláticas) información sustantiva sobre las desventajas que llevan las cesáreas innecesarias, y que a su vez elimine los prejuicios existentes en relación con el parto vaginal.

Es necesaria la realización de un estudio detallado de carácter nacional sobre la interrelación entre diversos factores que se han identificado como influyentes en el incremento de la práctica de la operación cesárea, o estudiar algunas acciones que pudieran relacionarse con su realización, cesárea tales como la práctica de “dejar todo limpio” en la sala de labor, que muchos hospitales llevan al cabo en el cambio de turno.

Conclusiones

La disminución decisiva de la cesárea innecesaria en todas las instituciones de México debe ser una acción prioritaria, porque se expone a las madres y a sus hijos a una mayor morbilidad y mortalidad. La estrategia más importante se debe dirigir a evitar la primera cesárea, no sólo por sus propias implicaciones, sino también por los riesgos en los embarazos y partos subsecuentes, así como por el gasto adicional que implica dicha práctica clínica, el cual debiera ser redirigido para solventar otros problemas de salud sexual y reproductiva urgentes en el país.

Autores

Leticia Suárez,* Lourdes Campero,* Elvia de la Vara,* Leonor Rivera,* María Isidra Hernández,† Dily Walker,‡ Mauricio Hernández,# Eduardo Lazcano*

Referencias

1. Beltran A, Merialdi M, Lauer J, Bing-Shun W, Thomas J, Van Look P *et al.* Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2007;21:98-113.
2. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A *et al.* Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet* 2006;367(9525):1819-1829.

* Centro de Investigaciones en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública. México

† Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas, Instituto Nacional de Salud Pública. México

‡ Departamento de Obstetricia y Ginecología y Salud Global, Universidad de Washington. Estados Unidos

Dirección General, Instituto Nacional de Salud Pública

3. World Health Organization. Appropriate technology for birth. Lancet 1985;2(8452):437-438.
4. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM 007-SSA2-1993 sobre la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. México: Diario Oficial de la Federación, 1995.
5. Gibbons L, Belizán J, Lauer JA, Beltrán AP, Meraldi M, Althabe F. The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage. Ginebra: WHO, 2010. Report núm.: Background Paper 30.
6. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes Aea. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. BMJ 2007;335(7628):1025-1036.
7. Ferreira-Narváez FE, Angulo-Carvallo M. Predicción del acretismo placentario con ultrasonido doppler en el hospital universitario de Neiva. Colombia. Estudio de Cohorte. Rev Colomb Obstet Ginecol 2007;58(4):290-295.
8. Cabral S, Costa C, Cabral J. The influence of maternal age, parity, twin pregnancy, hypertensive syndrome and premature rupture of membranes on the indication for cesarean section. Rev Bras Ginecol Obstet 2003;25(10):739-744.
9. Stanton C, Ronsmans C. Recommendations for Routine Reporting on Indications for Cesarean Delivery in Developing Countries. Birth 2009;35(3):204-211.
10. Emmett CL, Shaw AR, Montgomery AA, Murphy DJ, DIAMOND Study Group. Women's experience of decision making about mode of delivery after a previous caesarean section: the role of health professionals and information about health risks. BJOG 2006;113(12):1438-1445.
11. Plante LA. Public health implications of cesarean on demand. Obstet Gynecol Surv 2006;61(12):807-815.
12. Puentes-Rosas E, Gómez-Dantes O, Garrido-Latorre F. Las cesáreas en México: tendencias, niveles y factores asociados. Salud Pública Mex 2004;46(1):16-22.
13. Althabe F, Belizán JM, Villar J, Alexander S, Bergel E, Ramos S *et al.* Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean sections in Latin America: a cluster randomised controlled trial. Lancet 2004;363(9425):1934-1940.
14. Monterrosa-Castro A, Arias-Martínez M. Partos vaginales y cesáreas en adolescentes: comportamiento entre 1993 y 2005 Hospital de Maternidad "Rafael Calvo", Cartagena (Colombia). Rev Colomb Obstet Ginecol 2007;58(2):107-114.
15. Heffner L, Elkin E, Fretts R. Impact of labor induction, gestational age, and maternal age on cesarean delivery rates. Obstet Gynecol 2003;102:287-293.
16. Organización Mundial de la Salud. Seguimiento de los servicios obstétricos de urgencia: Manual. Ginebra: OMS/ UNFPA/UNICEF/ AMDD2011.
17. Resnik R. Can a 29% cesarean delivery rate possibly be justified? Obstet Gynecol 2006;107(4):752-754.
18. Walker D, DeMaria LM, Suarez L, Cragin L, Evaluating Alternative Models of Obstetric Care in Mexico Research Team. Skilled birth attendants in Mexico: how does care during normal birth by general physicians, obstetric nurses, and professional midwives compare with World Health Organization evidence-based practice guidelines? J Midwifery Womens Health 2012;57(1):18-27.
19. Soto C, Teuber H, Cabrera C, Marín M, Cabrera J, Da Costa M *et al.* Educación prenatal y su relación con el tipo de parto: una vía hacia el parto natural. Rev Chil Obstet Ginecol 2006;71(2):98-103.

Prevención y diagnóstico temprano de cáncer en la mujer: soluciones al alcance

Introducción

En el ámbito mundial, el cáncer de mama (Cama) y el cervicouterino (Cacu) son de los principales tumores que contribuyen con la mortalidad por cáncer.¹ En México, en 2010, el INEGI reportó esta enfermedad como la tercera causa de muerte en mujeres mexicanas después de las del corazón y la diabetes, con 5 062 muertes por Cama y 3 959 por Cacu.²

El Cama es el tumor que con más frecuencia se presenta entre las mujeres.^{3,4} De los casos incidentes 23% corresponde a este cáncer y de la mortalidad por todos los cánceres, 10.9%.⁵ En nuestro país, las tasas de incidencia y de mortalidad estandarizadas por edad se reportan en 27.2 y 10.1 por 100 000 habitantes, respectivamente, y es a partir del año 2006 que este tumor se colocó como la primera causa de muerte, superando al cáncer cervicouterino.⁶

En relación con el Cacu, aunque las tasas de mortalidad han disminuido en el mundo (7.8 por 100 000), las tasas de incidencia continúan en segundo lugar (15.2 por 100 000).⁷ Esta reducción desde 1990 podría reflejar⁸ en parte los esfuerzos de los servicios de salud por mejorar el programa de detección y tratamiento oportuno y de la población al acudir a realizarse las pruebas correspondientes.

El Cama es un problema de salud pública que va en incremento por lo que es urgente fortalecer el programa de tamizaje organizado con base poblacional mediante la autoexploración, el examen clínico y la mastografía.⁹ Sin embargo, el grupo blanco (de 40 a 69 años) corresponde a poco más de 14 millones y con la capacidad instalada en los servicios clínicos en el país únicamente se podría cubrir 24.7% de las mujeres mexicanas en un lapso de dos años.¹⁰

Investigaciones realizadas por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) ponen en evidencia aspectos para mejorar el programa de prevención y control del cáncer cervical basado en la prueba de Papanicolaou (Pap) en México,¹¹ entre éstos están la baja detección de NIC2 y una elevada referencia diagnóstica a colposcopia, en mujeres con NIC1, que incrementa costos y produce sobretratamiento y trastornos psicológicos; la elevada proporción de resultados falsos negativos en Pap y que cerca de 60% de las mujeres con un resultado positivo no tiene seguimiento ni confirmación diagnóstica.¹² Además, la prueba de VPH (en comparación con la prueba de Pap) ha mostrado disminuir el riesgo de morir por Cacu en 49% (IC95% 67-17)¹³ y la autotoma vaginal podría incrementar la participación de mujeres en la detección hasta 3.4 veces más que Pap.¹⁴

En relación con el cáncer de mama, la literatura reporta que son múltiples los factores de riesgo que no pueden modificarse (edad, género, factores genéticos, historia familiar de cáncer de mama, edad de la menarca temprana y de la meno-

pausia tardía, entre otros), pero aquellos que tienen que ver con los estilos de vida sí podrían cambiarse (paridad, lactancia, uso reciente de anticonceptivos, uso de hormonas para la menopausia, lactancia, consumo de alcohol, sedentarismo). Desafortunadamente, sólo 27% del Cama se explica por estilos de vida modificables y por factores ambientales (sin tomar en cuenta paridad ni edad al primer embarazo),¹⁵ de ahí la importancia de fortalecer el programa de detección oportuna mediante la mastografía, que ha mostrado disminuir la mortalidad por cáncer de mama en 16% cuando se sigue a las mujeres por al menos 5 años y se cuenta con un tratamiento adecuado.¹⁶ La mastografía ha mostrado ser la mejor forma de detectar el cáncer de mama en etapas tempranas. En este contexto es urgente fortalecer el programa de tamizaje organizado, con base poblacional, mediante el uso estandarizado de autoexamen, del examen clínico de la mama y la mamografía,¹⁷⁻¹⁹ como lo indica la NOM 041-2011.²⁰ En esta norma se recomienda la mamografía de tamizaje cada dos años en mujeres de 40 a 69 años.²⁰ La detección bianual en mujeres de 50 a 69 años ha mostrado una reducción de la mortalidad promedio de 16.5% (rango de 15 a 23%), en comparación con mujeres de la misma edad que no se realizan tamizaje. El inicio del tamizaje a los 40 años en comparación con los 50 años reduce la mortalidad 3% adicional (rango de 1 a 6%);²¹ estos porcentajes se incrementan cuando se ajusta por el apego a la mastografía.²²

Con base en lo anterior, el objetivo del presente estudio fue estimar la prevalencia del uso de Pap y de la mastografía en mujeres mexicanas que participaron en tres encuestas nacionales, la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000 y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006 y 2012.

Métodos

Se utilizaron las bases de datos de adultos de tres encuestas nacionales de salud (ENSA 2000, ENSANUT 2006 y ENSANUT 2012). El análisis se realizó utilizando la información de las tres encuestas cuando ésta era comparable y de la ENSANUT 2012 cuando no lo fue. El muestreo fue probabilístico, polietápico, estratificado y de conglomerados. En los tres casos las muestras son representativas de la población no institucionalizada de las 32 entidades federativas y de los estratos urbano y rural. Para la ENSA 2000 se consideró dentro del estrato urbano a las localidades con 15 000 habitantes o más, mientras que para las dos últimas encuestas, dicho estrato fue considerando a partir de 2 500 habitantes. Las tres encuestas fueron diseñadas para identificar riesgos y problemas de salud con prevalencias superiores de 1% en el orden nacional. En cada hogar incluido en la muestra fueron seleccionados de forma aleatoria un niño (menor de 10 años), un adolescente (de 10 a 19 años) y un adulto (mayor o igual a 20 años), a quienes se les aplicaron cuestionarios específicos. En las tres encuestas se entrevistaron en total a 45 294; 45 241 y 46 277 adultos, respectivamente, de los cuales alrededor de 50% era mujer.

Se analizó información de 30 628, 25 422 y 26 493 mujeres de ENSA 2000, ENSANUT 2006 y 2012, respectivamente. Los datos correspondieron a los programas preventivos: a) prueba de Papanicolaou; b) prueba de VPH; c) examen clínico de las mamas, y d) mastografía. A continuación se muestra la disponibilidad de la información por prueba y por encuesta (cuadro 1).

Para el análisis de las variables relacionadas con Pap se analizó información del grupo de 25 a 64 años y para la prue-

Cuadro 1

Reactivos utilizados para el análisis de cobertura de los programas de prevención y detección del cáncer de la mujer

	ENSA 2000	ENSANUT 2006	ENSANUT 2012
	Durante los últimos 12 meses acudió al módulo de medicina preventiva para...	Durante los últimos 12 meses acudió al módulo de medicina preventiva para...	Durante el 2011, ¿acudió al módulo de medicina Preventiva para...
Prueba de Papanicolaou	Prueba de Papanicolaou	Prueba de Papanicolaou	Prueba de Papanicolaou? Es cuando algún médico o enfermera con la ayuda de una espátula/hisopo/cepillo extrae una muestra de células del cérvix o del cuello de su matriz y la manda al laboratorio.
Prueba de VPH	No disponible	No disponible	Prueba del Papiloma Virus? El personal de salud o usted misma introduce un cepillo pequeño para frotar el cuello de su matriz/ útero y lo coloca en un tubo con un líquido especial. Este tubo se manda a un laboratorio.
Examen clínico	Detección de cáncer de mama (exploración clínica)	No disponible	Exploración clínica de los senos? El médico o enfermera palpa los senos, para identificar cambios de coloración o de temperatura, engrosamiento de la piel o la presencia de bolitas muy duras o dolorosas.
Mastografía	No disponible	Detección de cáncer de mama (Mastografía)	Mastografía? Se trata de una radiografía de sus senos con un aparato

ba de VPH en mujeres de 35 a 64 años que reportaron no tener antecedente personal de Cacu y que reportaron no presentar signos ni síntomas de esta enfermedad al momento del estudio. Se tomaron en cuenta dos períodos de tiempo, en los últimos 12 meses y en los últimos tres años.

Para las variables relacionadas con Cama (examen clínico de senos y mastografía), se analizó la información de las mujeres de 40 a 69 años que reportaron no tener antecedente personal de esta enfermedad ni signos ni síntomas en los últimos dos años, para ENSANUT 2012, y en los últimos 12 meses, para ENSA 2000 y ENSANUT 2006, debido a la disponibilidad de la información. El análisis se estratificó por grupos de 40 a 49 años y de 50 a 69 años.

Se analizó información de las regiones que a continuación se describen:

- Centro: Distrito Federal, Hidalgo, Estado de México, Morelos, Puebla, Querétaro y Tlaxcala
- Norte: Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Chihuahua, Nuevo León, Sinaloa, Sonora y Tamaulipas
- Centro-occidente: Aguascalientes, Colima, Durango, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Nayarit, San Luis Potosí y Zacatecas
- Sur-sureste: Campeche, Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán

El análisis de la información se realizó considerando el diseño muestral de las encuestas, mediante el uso de Stata v.12. Se obtuvieron prevalencias, pruebas de tendencia y se realizó una regresión de Poisson para determinar las posibilidades de tener una mayor cobertura en mujeres con medio socioeconómico alto frente al bajo, ajustando por potenciales confusores.

Resultados

Cáncer cervicouterino

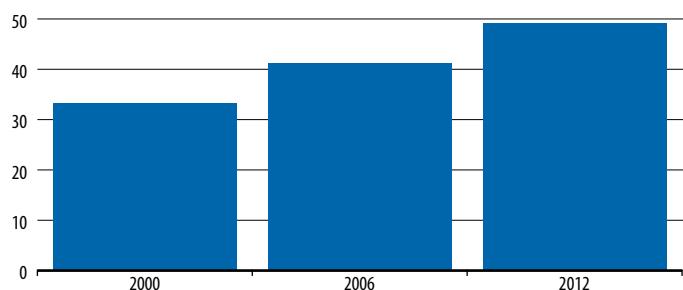
La ENSANUT 2012 indica que la prevalencia del uso de prueba de Papanicolaou en mujeres de 25 a 64 años aumentó en forma gradual y sostenida, de 33.3% en 2000 a 49.1% en 2012 (figura 1).

La cobertura fue mayor en las comunidades rurales que en las urbanas (figura 2), sin embargo los resultados se recibieron con menor frecuencia en la zona rural (11.1%) que en la urbana (7.6%) (ENSANUT 2012).

Esta prevalencia se incrementa cuando se pregunta por el uso de Pap en los últimos tres años, que fue menor en la población que refiere no tener un esquema de aseguramiento (49.9%), mientras que en la población asegurada fue 66.3% para quienes tenían Seguro Popular, 71.5% con ISSSTE y 72.3% con IMSS ($p<0.001$) (figura 3). Respecto a la entrega de los resultados de la última prueba de Pap realizada, de las

Figura 1

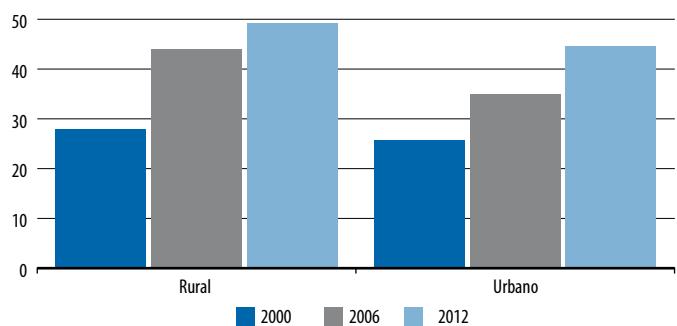
Prevalencia de prueba de Papanicolaou en los últimos 12 meses en mujeres de 25 a 64 años



Fuente: ENSA 2000, ENSANUT 2006 y 2012

Figura 2

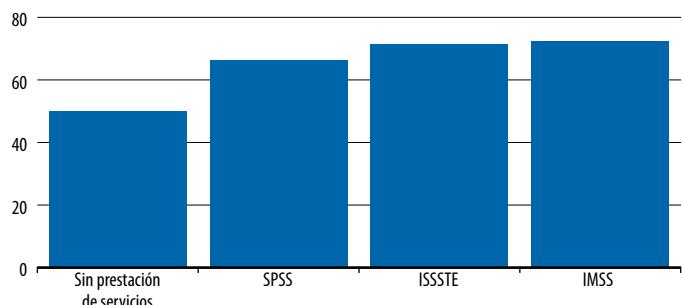
Prevalencia de realización de prueba de Papanicolaou en mujeres de 25 a 64 años, por tipo de comunidad (rural o urbana)



Fuente: ENSA 2000, ENSANUT 2006 y 2012

Figura 3

Prevalencia de realización de prueba de Papanicolaou en los últimos tres años en mujeres de 25 a 64 años, por institución de salud



Fuente: ENSANUT 2012

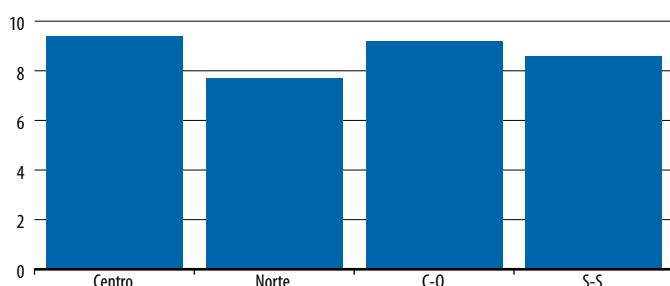
mujeres con Seguro Popular 10.8% reportó que no había recibido sus resultados al momento de contestar la encuesta, en el IMSS el porcentaje fue 8.3%, en las mujeres sin servicios de salud, 5.3%, y en las derechohabientes del ISSSTE, 4.5%.

En relación con la prueba de VPH, la ENSANUT 2012 indica que la prevalencia de su uso en los últimos 12 meses en mujeres de 35 a 64 años fue 8.8%, mayor en el área ru-

ral que en el área urbana (9.4% frente a 8.7%). La población asegurada mostró porcentajes cercanos a 10% de uso de la prueba, y en las mujeres que reportaron no contar con prestación de servicios la prevalencia fue 5.7%. Respecto a la entrega de resultados en el ámbito nacional, 1.7% de las mujeres reportó haber obtenido resultados positivos, 91.2% resultados negativos, 6.4% no había recibido sus resultados al momento de la encuesta y menos de 1% no acudió por sus resultados. Respecto a la cobertura por regiones, la región centro tiene una cobertura de 9.4, seguida de la región centro-occidente con 9.2%, la sur-sureste con 8.6% y la región norte con 7.7% (figura 4).

Figura 4

Prevalencia de realización de prueba de VPH en mujeres de 35 a 64 años, por región



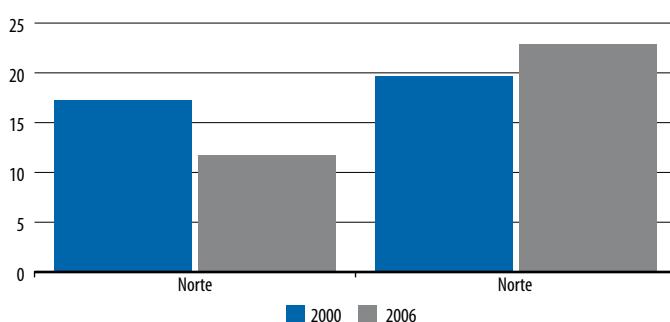
Fuente: ENSANUT 2012

Cáncer de mama

En cuanto a la mamografía, la cobertura en los últimos 12 meses fue mayor en mujeres de 50 a 69 años (22.8%) que en las de 40 a 49 años (11.7%) (lo cual corresponde con la NOM anterior, que favorecía el uso de la mamografía en mujeres de edad mayor o igual a 50 años) (figura 5). Al analizar la cobertura en los últimos dos años, los resultados son 29.4 y 17.2%, respectivamente, para ambos grupos de edad (ENSANUT 2012).

Figura 5

Cobertura de mastografía en mujeres de 40 a 69 años en los últimos 12 meses



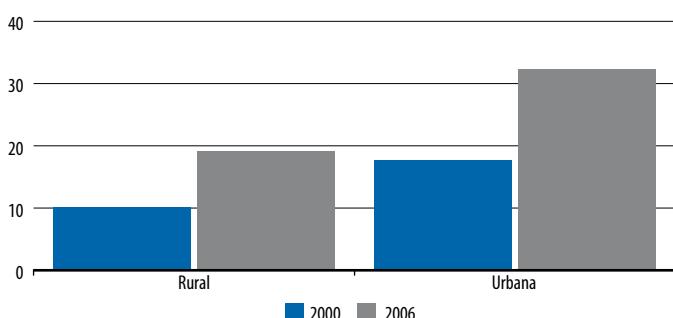
Fuente: ENSANUT 2006 y 2012

Contrario a Pap, la cobertura de mastografía fue mayor en la zona urbana que en la rural, tanto para las mujeres de 50 a 69 años (32.3% frente a 17.7%) como para las de 40 a 49 años (19.1% frente a 10.21%) (figura 6). Pero la falta entrega de resultados, al igual que para Pap, fue mayor en la zona rural que en la urbana; en el grupo de 40 a 49 años, 6% de las mujeres de zonas rurales y 4.8% de zonas urbanas refirieron a la fecha de la encuesta no haber recibido los resultados. Para el grupo de 50 a 59 años, la prevalencia fue 8% y 5.6%, respectivamente.

Al igual que para Pap, las mujeres menos favorecidas en cuanto a cobertura fueron aquellas que refirieron no tener ningún esquema de aseguramiento (figura 7). En las derechohabientes del IMSS y del ISSSTE la cobertura fue cercana a 40%, en las que contaban con Seguro Popular fue 20% y en quienes no tenían prestación de servicio fue 15%. Respecto a la entrega de resultados, 8.1% de las mujeres con Seguro Popular reportó que a la fecha de la encuesta no se les habían entregado los resultados de la mastografía, 6.4% con IMSS reportó la misma situación, 4% con ISSSTE y 0.4% de las mujeres sin prestación de servicios de salud.

Figura 6

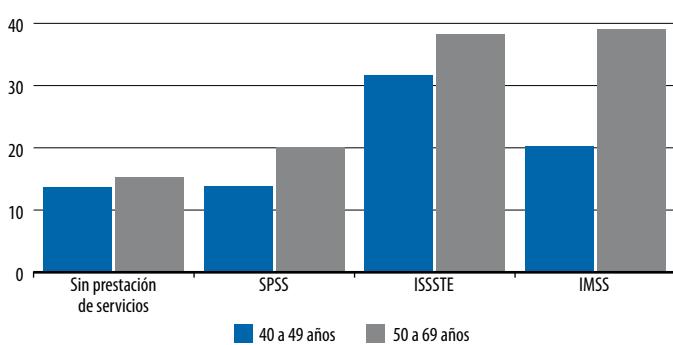
Cobertura de mastografía en los últimos dos años en mujeres de 40 a 69 años, por tipo de comunidad (rural o urbana)



Fuente: ENSANUT 2012

Figura 7

Prevalencia de uso de mastografía en los últimos dos años en mujeres de 40 a 49 años y de 50 a 69 años, por derechohabiencia reportada



Fuente: ENSANUT 2012

En lo que respecta al grupo de 40 a 49 años, la cobertura fue mayor en las derechohabientes del ISSSTE con una prevalencia de 31.6% seguido por las del IMSS (20.3%). Las mujeres con Seguro Popular y sin prestación de servicios alcanzaron una cobertura de 13% (figura 7). Respecto a la entrega de resultados, no los recibieron 8.6% de las que cuentan con Seguro Popular, 4.2% con IMSS, 3.6% de las mujeres sin prestación de servicios y 1.5% con ISSSTE.

Respecto a la entrega de resultados de la última mastografía realizada a mujeres de 40 a 49 años reportados en la ENSANUT 2012, 8.3% reportó resultados positivos, 85.5% resultados negativos, 5% no habían recibido el resultado al momento de la entrevista y solamente 0.1% refirió no haber acudido por los resultados de la mastografía. En el grupo de 50 a 69 años, estos mismos resultados corresponden a 3.4%, 89.9%, alrededor de 6% y cerca de 0.5%, respectivamente.

En cuanto a la cobertura por regiones, ésta fue similar para Pap (en el centro, 62%; norte, 66%; centro-occidente, 66%, y sur-sureste, 64.4%, $p=0.04$), mientras que para la mastografía la cobertura fue mayor en las mujeres del norte (39.7%) que en las del resto del país (en el centro, 31.3%; en centro-occidente, 29.3%, y en el sur-sureste, 17.1%) ($p<0.001$).

A continuación se muestran los porcentajes de mujeres que refirieron que a la fecha de la encuesta no habían recibido resultados de las pruebas de tamizaje de Papanicolaou, VPH y mastografía, por derechohabiencia reportada (cuadro 2). Los porcentajes más altos de no entrega de resultados corresponden a Pap, seguida por la prueba de VPH y por último mastografía. Las mujeres con Seguro Popular refirieron los porcentajes más altos de no entrega de resultados.

Mediante un modelo multivariado de Poisson se estimó que, en comparación con las mujeres en el quintil inferior del nivel socioeconómico, las mujeres en el quintil más alto tuvieron mayor cobertura tanto para Pap como para mastografía (RR=1.16, IC95% 1.09-1.23; RR=1.49, IC95% 1.18-1.88, respectivamente) (figura 8).

Cuadro 2

Mujeres que reportaron que no recibieron los resultados de las pruebas de tamizaje, por derechohabiencia reportada

	IMSS		ISSSTE		Seguro Popular		Sin servicios de salud	
	n (miles)	%	n (miles)	%	n (miles)	%	n (miles)	%
Papanicola ^a	527.857	8.3	62.811	4.5	761.938	10.8	156.889	5.3
VPH ^b	28.401	4.9	6.914	5	53.631	9.1	7.287	3.8
Mastografía ^c	22.772	4.2	3.311	1.5	43.225	8.6	9.121	3.6
Mastografía ^d	96.764	6.4	16.706	3.9	51.667	8.1	1.108	0.4

^a Mujeres de 25 a 64 años

^b Mujeres de 35 a 64 años

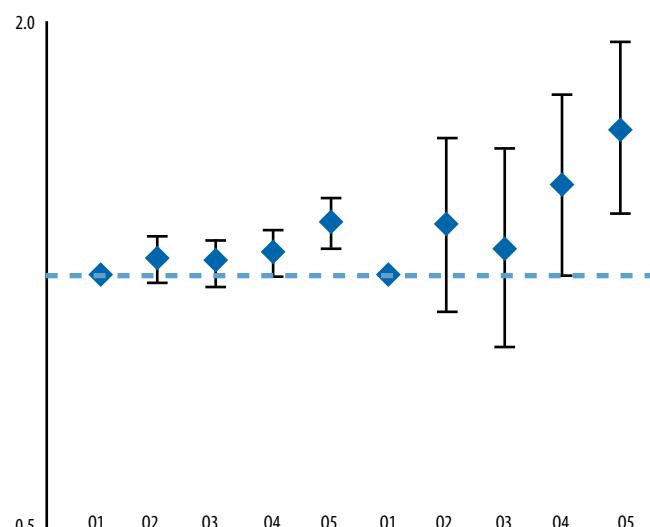
^c Mujeres de 40 a 49 años

^d Mujeres de 50 a 69 años

Fuente: ENSANUT 2012

Figura 8

Efecto del nivel socioeconómico sobre la cobertura* de prueba de Papanicolaou y mastografía,* Regresión de Poisson para mastografía ajustado por edad, región, derechohabiencia reportada y zona rural o urbana. Para prueba de Papanicolaou adicionalmente se ajustó por diagnóstico de enfermedad crónica durante el último año y tener o no pareja



Fuente: ENSANUT 2012

Discusión

Se ha reportado que la mortalidad por cáncer ha disminuido en países desarrollados gracias a la disminución en el consumo de tabaco, al incremento en la cobertura de tamizaje y por las mejoras en el tratamiento. En 2008 se reportó que 65% de las muertes por cáncer a nivel mundial ocurre en países en vías de desarrollo.²³ Los resultados del presente estudio muestran que aunque las coberturas de las pruebas de Papanicolaou y mastografía han aumentado, aún se requiere mejorar la capacidad instalada mediante una adecuada infraestructura, personal de salud y su entrenamiento para disminuir la mortalidad por cáncer de mama y cervicouterino.²⁴⁻²⁶ Es importante mencionar que muchas de las encuestas de salud en países en vías de desarrollo no incluyen preguntas acerca de tamizaje de cáncer cervicouterino ni de mama,²⁷ lo cual limita la comparación de tamizaje entre los países de la región.

En el presente estudio la cobertura en los últimos 12 meses mediante Pap mostró un incremento gradual y sostenido de 33.3% (en 2000) a 49.1% (en 2012); cuando se preguntó por el uso de la prueba en los últimos tres años se observaron coberturas entre 49.9 y 72.5%. Estos resultados son superiores a la media reportada en 57 países en vías de desarrollo (19%), en los cuales el rango va de 1% en Bangladesh a 73% en Brasil.²⁷ La OMS sugiere que para que un programa sea exitoso se requiere tener una cobertura de al menos 70%. En el presente

estudio, la cobertura mediante mamografía en los últimos 12 meses fue mayor en mujeres de 50 a 69 años (22.8%) que en las de 40 a 49 años (11.7%). Estos resultados son similares a los reportados en otros países latinoamericanos, cuyas coberturas van de 10 a 35%,²⁸ y menores a los reportados en países desarrollados, como lo indica la Encuesta Nacional de Salud de 2005, que corresponde a 66% en mujeres de 40 años y más.²⁹

Nuestros resultados reflejan que la norma anterior recomendaba la mastografía de tamizaje particularmente a las mujeres de 50 a 69 años.³⁰ La norma actual recomienda la mastografía bianual en mujeres de 40 a 69 años, decisión que implica incrementar la infraestructura y el personal para estar en posibilidades de cubrir a las alrededor de 14 000 000 de mujeres que se encuentran en este grupo de edad. No es recomendable dejar a un lado el entrenamiento y evaluación permanente del personal que interpreta las mastografías, para disminuir al máximo los falsos positivos que se han reportado, desde 16% a 63%.³¹⁻³³ Es importante informar a las pacientes sobre el beneficio y posibles daños de la mastografía, particularmente al grupo menor de 50 años, debido a que en éste se ha documentado un mayor número de falsos positivos, falsos negativos y sobrediagnóstico.³⁴ Un estudio dio argumentos en favor y en contra de mastografía antes de los 50 años, antes de la deliberación 11 de 11 favorecieron la mastografía antes de esta edad, después de la deliberación la favorecieron 1 de 11.³⁵

En nuestro estudio, la cobertura mediante Pap fue mayor en las comunidades rurales que en las urbanas, esto se debe, en parte, al programa Oportunidades, que promueve el uso de servicios de salud, y particularmente prueba de Papanicolaou, entre sus beneficiarias que residen, en su mayoría, en áreas rurales.³⁶ Sin embargo, en ésta área el porcentaje de resultados no entregados fue mayor (11.1%) que en la urbana (7.6%). Esto contribuye a que una mujer mexicana que vive en el área rural tenga un riesgo de morir por cáncer cervical tres veces mayor a una residente del área urbana.³⁶

Por otro lado, la cobertura de mastografía fue mayor en la zona urbana que en la rural tanto para las mujeres de 50 a 69 años (32.3 frente a 17.7%) como para las de 40 a 49 años (19.1 frente a 10.21%). Un estudio sobre la cobertura y determinantes del uso de la mastografía en países en vías de desarrollo, mostró prevalencias de 0% en Mali a 26% en el Congo; los determinantes de la cobertura fueron: nivel socioeconómico, área rural, producto interno bruto y acceso a los servicios de salud.²³ En el presente estudio las mujeres en el quintil superior de nivel socioeconómico mostraron 1.49 veces más posibilidad de cobertura que las del quintil inferior.

En el presente estudio los resultados mostraron que las coberturas fueron por mucho menores en quienes no cuentan con seguridad social que en las que reportaron contar con Seguro Popular, ISSSTE e IMSS. La consolidación del programa de cobertura universal para la detección oportuna del cáncer en la mujer podría contribuir a disminuir la brecha de la desigualdad en la atención.³⁷

Recomendaciones

Si bien los resultados de la ENSANUT 2012 dan cuenta de avances en detección temprana de Cama y Cacu, es claro que aún hay que redoblar esfuerzos para mejorar el desempeño de los programas y su cobertura poblacional. A continuación se hacen recomendaciones para ambos programas:

Cervicouterino

1. Consolidar el programa de cobertura universal de detección mediante la combinación de la prueba de Papanicolaou y de VPH en mujeres de 25 a 64 años, focalizando el uso de la segunda en mujeres mayores de 35 años y el seguimiento de Pap y colposcopía de aquellas que resulten positivas.
2. Establecer un observatorio ciudadano de mujeres que mueren por esta enfermedad para identificar y corregir las fallas en el sistema de detección temprana.
3. Conectar vigilancia del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos con prevención como una estrategia innovadora de seguimiento.
4. Asegurar la calidad del desempeño de la prevención, detección y tratamiento para evitar muertes por este padecimiento.

Cáncer de mama

1. Fortalecer las Unidades de Especialidades Médicas de diagnóstico y pasar de esquemas de tamizaje oportunita a esquemas de tamizaje organizado.
2. Fortalecer la capacidad de tamizaje con técnicos de lectura de mamografías.
3. Consolidar estrategias innovadoras como la telemamografía.
4. Lograr la elaboración y apego de Guías de Práctica Clínica consensuadas por las instituciones del Sistema Nacional de Salud.
5. Asegurar la determinación de marcadores tumorales para ofrecer un tratamiento dirigido.
6. Asegurar el control de calidad de las mamografías.
7. Establecer los indicadores de progreso e impacto para el programa nacional.

Acciones

1. Expansión en todo el país de la instrumentación de laboratorios con biología molecular para detección de VPH.
2. Capacitación de citotecnólogos y patólogos en la toma de muestra y diagnóstico así como la acreditación de colposcopistas.
3. Fomentar la detección de VPH mediante la autotoma vaginal en zonas con recursos limitados.

4. Capacitar técnicos en la interpretación mamografica.
5. Implantar un registro de casos positivos susceptibles de evaluación para identificar deficiencias en los programas, por ejemplo en los casos de fallecimiento.
6. Asegurar la infraestructura y los recursos para operar mediante supervisiones periódicas de ambos programas.
7. Universalizar el acceso a diagnóstico temprano en cualquier unidad médica y referir a tratamiento al sistema de salud o aseguradora correspondiente.

Conclusiones

Es recomendable que los tomadores de decisiones dirijan sus acciones hacia la constitución de programas organizados de prevención y detección oportuna del cáncer de mama y cervicouterino, enfermedades por las que aún siguen muriendo las mujeres mexicanas; impulsando la calidad de los servicios y la cobertura de la población blanco sin olvidar a las más desprotegidas.

Autores

Gabriela Torres-Mejía,* Carolina Ortega-Olvera,* Angélica Ángeles-Llerenas,* Betania Allen-Leigh,* Rosalba Rojas Martínez,* Aremis Litai Villalobos-Hernández,† Eduardo Lazcano-Ponce,* Mauricio Hernández Ávila§

Referencias

1. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. WHO. 2008.
2. Mortalidad enfermedades crónicas [database on the Internet]2010.
3. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. CA Cancer J Clin 2005;55:74-108.
4. Globocan. Breast Cancer Incidence and Mortality Worldwide 2008. International Agency for Research on Cancer; 2008. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/factsheets/cancers/breast.asp>
5. Curado MP. Breast cancer in the world: incidence and mortality. Salud Publica Mex 2011;53(5):372-384.
6. Lozano-Ascencio R, Gomez-Dantes H, Lewis S, Torres-Sanchez I, Lopez-Carrillo L. [Breast cancer trends in Latin America and the Caribbean]. Salud Publica Mex 2009;51 supl 2:s147-56.
7. Most frequent cancers: women. Lyon: IARC; 2008 [consultado 18 de noviembre de 2008]. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=900>
8. Knaul FM, Nigenda G, Lozano R, Arreola-Ornelas H, Langer A, Frenk J. [Breast cancer in Mexico: an urgent priority]. Salud Pub Mex 2009;51 supl 2:s335-344.
9. Sector S. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011. Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. México: Diario Oficial de la Federación; 2011 [consultado 18 de noviembre de 2012]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5194157&fecha=09/06/2011
10. Instituto Nacional de Salud Pública. FACT SHEET. México: INSP, 2012.
11. Munoz N, Herrero R. Prevention of cervical cancer in women's hands: Mexico leads the way. Lancet. 2011;378(9806):1829-1831.
12. Instituto Nacional de Salud Pública. Evaluación del programa de Prevención y Control del Cáncer Cervical en México, 2008-2011. Problemas y recomendaciones. México, 2011 [Consultado 22 de noviembre de 2012]. Disponible en: http://www.insp.mx/images/stories/Centros/cisp/Docs/120412_cneg.pdf
13. Sankaranarayanan R, Nene BM, Shastri SS, Jayant K, Muwonge R, Budukh AM et al. HPV screening for cervical cancer in rural India. N Engl J Med 2009;360(14):1385-1394.
14. Lazcano-Ponce E, Lorincz AT, Cruz-Valdez A, Salmeron J, Uribe P, Velasco-Mondragon E et al. Self-collection of vaginal specimens for human papillomavirus testing in cervical cancer prevention (MARCH): a community-based randomised controlled trial. Lancet. 2011;378(9806):1868-1873.
15. Parkin DM. I. The fraction of cancer attributable to lifestyle and environmental factors in the UK in 2010. Br J Cancer. [Introductory Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2011;105 suppl 2:S2-S5.
16. Burke JP, Barry M, Kell MR. More on screening mammography. The New England journal of medicine. [Comment Letter]. 2011;364(3):281-282; author reply 5-6.
17. Smith RA, Duffy SW, Tabar L. Breast cancer screening: the evolving evidence. Oncology (Williston Park). 2012;26(5):471-475, 9-81, 85-86.
18. Smith RA. International programs for the detection of breast cancer. Salud Publica Mex 2011;53(5):394-404.
19. Anderson BO, Cazap E, El Saghir NS, Yip CH, Khaled HM, Otero IV et al. Optimisation of breast cancer management in low-resource and middle-resource countries: executive summary of the Breast Health Global Initiative consensus, 2010. Lancet Oncol 2011;12(4):387-398.
20. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011. Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. [database on the Internet] 2011 [Consultado 2 de julio 2012]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5194157&fecha=09/06/2011
21. Mandelblatt JS, Cronin KA, Bailey S, Berry DA, de Koning HJ, Draisma G et al. Effects of mammography screening under different screening schedules: model estimates of potential benefits and harms. Ann Intern Med. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, US Gov't, P.H.S.]. 2009;151(10):738-747.
22. Glasziou PP. Meta-analysis adjusting for compliance: the example of screening for breast cancer. J Clin Epidemiol. [Meta-Analysis]. 1992;45(11):1251-1256.
23. Akinyemiju TF. Socio-economic and health access determinants of breast and cervical cancer screening in low-income countries: analysis of the world health survey. Plos One. 2012;7(11):e48834.
24. Anderson BO, Cazap E, El Saghir NS, Yip CH, Khaled HM, Otero IV et al. Optimisation of breast cancer management in low-resource and middle-resource countries: executive summary of the Breast Health Global Initiative consensus, 2010. The lancet oncology. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. 2011;12(4):387-398.
25. Sankaranarayanan R, Swaminathan R, Jayant K, Brenner H. An overview of cancer survival in Africa, Asia, the Caribbean and Central America: the case for investment in cancer health services. IARC Sci Publ. 2011(162):257-291.

* Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública. México

† Centro de investigación en Evaluación y Encuestas, Instituto Nacional de Salud Pública. México

§ Dirección General, Instituto Nacional de Salud Pública. México

26. Nour NM. Cervical cancer: a preventable death. *Rev Obstet Gynecol.* 2009;2(4):240-244.
27. Gakidou E, Nordhagen S, Obermeyer Z. Coverage of cervical cancer screening in 57 countries: low average levels and large inequalities. *Plos Med.* [Evaluation Studies Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2008;5(6):e132.
28. Reyes-Ortiz CA, Freeman JL, Pelaez M, Markides KS, Goodwin JS. Mammography use among older women of seven Latin American and Caribbean cities. *Prev Med.* [Research Support, N.I.H., Extramural]. 2006;42(5):375-380.
29. Breen N, K AC, Meissner HI, Taplin SH, Tangka FK, Tiro JA et al. Reported drop in mammography : is this cause for concern? *Cancer.* [Review]. 2007;109(12):2405-2409.
30. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002. Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. Mexico 2002 [consultado 23 de noviembre de 2012]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/041Sesa202.html>
31. Hofvind S, Thoresen S, Tretli S. The cumulative risk of a false-positive recall in the Norwegian Breast Cancer Screening Program. *Cancer.* 2004;101(7):1501-1507.
32. Hubbard RA, Miglioretti DL, Smith RA. Modelling the cumulative risk of a false-positive screening test. *Stat Methods Med Res.* [Research Support, N.I.H., Extramural]. 2010;19(5):429-449.
33. Njor SH, Olsen AH, Schwartz W, Vejborg I, Lynge E. Predicting the risk of a false-positive test for women following a mammography screening programme. *J Med Screen.* [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2007;14(2):94-97.
34. Screening for breast cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* [Practice Guideline Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S.]. 2009;151(10):716-726, W-236.
35. Paul C, Nicholls R, Priest P, McGee R. Making policy decisions about population screening for breast cancer: the role of citizens' deliberation. *Health Policy.* 2008;85(3):314-320.
36. Lazcano-Ponce E, Palacio-Mejia LS, Allen-Leigh B, Yunes-Diaz E, Alonso P, Schiavon R et al. Decreasing cervical cancer mortality in Mexico: effect of Papanicolaou coverage, birthrate, and the importance of diagnostic validity of cytology. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2008;17(10):2808-2817.
37. Gomez EG. [Equity, gender, and health: challenges for action]. *Rev Panam Salud Publica.* [Review]. 2002;11(5-6):454-461.

Abreviaciones empleadas

APEO	Anticoncepción postevento obstétrico
CAAMI	Centro de Apoyo y Atención a la Mujer
Cacu	Cáncer cervicouterino
Cama	Cáncer de mama
CARA	Centros de Atención Rural al Adolescente
CIPD	Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo
CNEGySR	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
Coneval	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
DIU	Dispositivo intrauterino
ENDIREH	Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares
ENVIM	Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres
ETS o ITS	Enfermedades o infecciones de transmisión sexual
FNUAP	Fondo de Población de las Naciones Unidas
IC	Intervalo de confianza
IEC	Información, educación y comunicación (acciones de)
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
Inmujeres	Instituto Nacional de las Mujeres
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
MAC	Métodos anticonceptivos modernos
NOM	Norma Oficial Mexicana
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OTB	Oclusión tubaria bilateral
PAE	Pastillas de anticoncepción de emergencia
PAE-PFA	Programa de Acción Específico en Planificación Familiar y Anticoncepción
Pap	Prueba de Papanicolaou
PAVFyG	Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género (programa de)
PCR	Reacción en cadena de la polimerasa (por sus siglas en inglés)
PF	Planificación familiar
PPT	Probabilidad proporcional a su tamaño
RMM	Razón de mortalidad materna
SEP	Secretaría de Educación Pública
Sesa	Servicios Estatales de Salud
SFP	Secretaría de la Función Pública
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SREO	Sistema para el Registro de las Emergencias Obstétricas
SRPF	Salud reproductiva y planificación familiar
SSa	Secretaría de Salud
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (por sus siglas en inglés)
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
VPH	Virus del papiloma humano

**Monitoreo de la atención
a las mujeres
en servicios del sector salud
2012**

Se terminó de imprimir en noviembre de 2013.

La edición consta de 1 050 ejemplares

y estuvo al cuidado de la

Subdirección de Comunicación Científica y Publicaciones
del Instituto Nacional de Salud Pública

