



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

2020-2024



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

TIPO DE DOCUMENTO

PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA 2020-2024

TÍTULO

OBJETO DEL DOCUMENTO

Establecer la política nacional en materia de salud sexual y reproductiva para garantizar el acceso universal a servicios integrales de salud con calidad, con estricto apego al enfoque de derechos humanos, perspectiva de género, pertinencia cultural y reconocimiento de la diversidad sin discriminación. Para abonar a ello, desde el ámbito de competencia y alcance del Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024, es indispensable reconocer el derecho al autoconocimiento y la gestión autónoma sobre el cuerpo, la identidad sexual, la identidad genérica, las preferencias sexuales y la libre elección del número de parejas, así como las decisiones voluntarias e informadas de la sexualidad y la reproducción.

FECHA DE PUBLICACIÓN
VERSION

VIGENCIA DICIEMBRE 2024

DIGITAL

RESUMEN

La perspectiva de este Programa de Acción Específico se basa en una definición comprehensiva e integral de la salud sexual y reproductiva, que abarca aspectos esenciales, entre ellos, la anticoncepción, la prevención de embarazos en niñas y adolescentes, la salud menstrual, la prevención de la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y otras infecciones de transmisión sexual, la atención integral a la salud materna y perinatal, la lactancia, la detección oportuna de problemas de infertilidad, el cáncer asociado al aparato reproductivo y de mama, el aborto seguro, así como la prevención y la reducción de los daños a la salud generados por la violencia de género y la violencia sexual, por mencionar algunos.

Cada uno de estos aspectos implica de manera independiente un conjunto de determinantes sociales, factores de riesgo, estrategias de prevención, procesos de detección y atención, de los cuales derivan los objetivos prioritarios:

FORMATO DE DIFUSIÓN

Sitio web: <https://www.gob.mx/salud/cnegsr>

ELABORARON

Dra. Bianca Fernanda Vargas Escamilla, Dra. Graciela Beatriz Muñoz García, Act. Yolanda Varela Chavez, Mtra. Karla Flores Celis, Dra. Karla Berdichevsky Feldman
Dra. Karla Berdichevsky Feldman
Dr. Hugo López-Gatell Ramírez

REVISÓ
AUTORIZO

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Artículo 1º y Artículo 4º que señala, entre otros aspectos, la igualdad entre mujeres y varones para decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos; el derecho a la salud y a la protección de la salud a partir de un sistema de salud para el bienestar.

Ley General de Salud

Ley General de Desarrollo Social

Ley General de Población

Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia

Ley General de Víctimas

FUNDAMENTO JURÍDICO

- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (Última Reforma DOF 17-07-2018)
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Última Reforma DOF 02-04-2014)
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud (Última Reforma DOF 17-12-2014)



- Reglamento de la Ley General de Víctimas (DOF 28-11-2014)
- Reglamento de la Ley General de Población (Última Reforma DOF 28-09-2012)
- Reglamento de la Ley General de los derechos de niñas, niños y adolescentes (DOF 02-12-2015)
- Reglamento de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (Última Reforma DOF 14-03-2014)
- Reglamento de la Ley de Migración (Última Reforma DOF 23-05-2014)
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos (Última Reforma DOF 26-03-2014)

DATOS DE CONTACTO:

NOMBRE

DRA. KARLA BERDICHEVSKY FELDMAN

CARGO

DIRECTORA GENERAL DEL CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

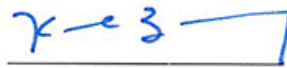
CORREO

karla.berdichevsky@salud.gob.mx

TELÉFONO

2000 3400 ext. 53450


AUTORIZÓ
Dr. Hugo López-Gatell
Ramírez


REVISÓ/ ELABORÓ
Dra. Karla Berdichevsky
Feldman


ELABORÓ
Dra. Bianca Fernanda
Vargas Escamilla


ELABORÓ
Dra. Graciela Beatriz
Muñoz García


ELABORÓ
Mtra. Karla Flores Celis


ELABORÓ
Act. Yolanda Varela Chavez



Directorio de la Secretaría de Salud

Dr. Jorge Carlos Alcocer Varela

Secretario de Salud

Dr. Hugo López-Gatell Ramírez

Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Mtra. Maricela Lecuona González

Abogada General de la Secretaría de Salud

Mtro. Marco Vinicio Gallardo Enríquez

Titular de la Unidad de Administración y Finanzas

Dr. Alejandro Ernesto Svarch Pérez

Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Dr. José Ignacio Santos Preciado

Secretario del Consejo de Salubridad General

Dr. Juan Antonio Ferrer Aguilar

Director General del Instituto de Salud para el Bienestar

Lic. Jaime Francisco Estala Estevez

Encargado del despacho de los asuntos correspondientes a la Oficina de Integración
y Desarrollo del Sector Salud

Dr. Gustavo Reyes Terán

Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos los Nacionales de Salud
y Hospitales de Alta Especialidad

Dr. Gady Zabicky Sirot

Comisionado Nacional Contra las Adicciones

Lic. Mónica Alicia Mieres Hermosillo

Titular de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social

Dr. Onofre Muñoz Hernández

Comisionado Nacional de Arbitraje Médico

Mtro. Edén González Roldán

Encargado del Despacho de la Comisión Nacional de Bioética

Lic. Ángel Rodríguez Alba

Titular del Órgano Interno de Control

Dra. María Eugenia Lozano Torres

Secretaria Técnica del Consejo Nacional de Salud

Dr. Marcos Cantero Cortés

Titular de la Unidad de Análisis Económico



Directorio del Sistema Nacional de Salud

Dr. Jorge Alcocer Varela

Secretario de Salud

Lic. Zoé Alejandro Robledo Aburto

Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social

Mtro. Luis Antonio Ramírez Pineda

Director General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales
de los Trabajadores del Estado

Lic. María del Rocío García Pérez

Titular del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Ing. Octavio Romero Oropeza

Director General de Petróleos Mexicanos

General Luis Cresencio Sandoval González

Secretaría de la Defensa Nacional

Almirante José Rafael Ojeda Durán

Secretaría de Marina



Índice

	Siglas y Acrónimos	6
I.	Introducción	7
II.	Fundamento normativo de la elaboración del programa	9
III.	Origen de los recursos para la instrumentación del programa	13
IV.	Análisis del estado actual	14
	i. Antecedentes	15
	ii. Justificación	16
	iii. Planteamiento del problema	17
	iv. Análisis de las problemáticas específicas	19
	v. Salud sexual como agenda de transformación social	54
	vi. Ejes transversales	56
V.	Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 y Programa Sectorial de Salud 2020-2024.	65
VI.	Objetivo general	72
VII.	Esquema Objetivos prioritarios, estrategias prioritarias y acciones puntuales	72
VIII.	Objetivos prioritarios, estrategias prioritarias y acciones puntuales	73
IX.	Indicadores, metas para el bienestar y parámetros	89
X.	Mapa de procesos.	111
XI.	Territorialización	113
XII.	Innovación en Salud	115
XIII.	Transversalidad	117
XIV.	Epílogo: visión de largo plazo	120
	Bibliografía	124
	Glosario de términos	132



Siglas y acrónimos

APEO	Anticoncepción Post Evento Obstétrico
AMEU	Aspiración Manual Endouterina
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CPAP	<i>Continuous Positive Airway Pressure</i> (Presión positiva continua en la vía aérea)
DGIS	Dirección General de Información en Salud
DIU	Dispositivo Intrauterino
EIS	Educación Integral en Sexualidad
ENAPEA	Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes
ENADID	Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica
ENDIREH	Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
IHAN	Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Niña
INSABI	Instituto Nacional de Salud para el Bienestar
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
ILE	Interrupción Legal del Embarazo
IVE	Interrupción Voluntaria del Embarazo
LGBTTIQ	Lésbico, gay, bisexual, transexual, transgénero, travesti, intersexual, queer
MEFSA	Mujeres en Edad Fértil Sexualmente Activas
MEFU	Mujeres en Edad Fértil Unidas
NIA	Necesidad Insatisfecha en Anticoncepción o Demanda No Satisfecha en Anticoncepción
NOM	Norma Oficial Mexicana
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PFA	Planificación Familiar y Anticoncepción
RMM	Razón de Mortalidad Materna
RNV	Recién Nacidos Vivos
RIISS	Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud
SIS	Sistema de Información en Salud
SSRA	Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes
TIC´s	Tecnologías de la Información y la Comunicación
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VPH	Virus del Papiloma Humano



I. Introducción.

Los derechos sexuales y reproductivos son fundamentales para la salud integral de las personas; inciden en el bienestar individual, en el desarrollo social y económico de las comunidades y de las naciones¹. Para garantizar estos derechos se requieren políticas públicas progresistas que garanticen a todas las personas el acceso a servicios de salud que respeten la toma de decisiones informadas y autónomas sobre el cuerpo, la sexualidad y la reproducción.

Es necesario visibilizar la salud sexual y la salud reproductiva por separado, aunque ambos componentes guardan una estrecha relación, toda vez que la sexualidad abarca desde el nacimiento hasta la vejez, mientras que la etapa reproductiva es un periodo más acotado. Además, desde una perspectiva de derechos, la salud sexual conlleva un fin en sí misma, independientemente del vínculo con la función reproductiva.

Una sexualidad saludable, elegida, sin riesgo y libre de violencia es central para el bienestar de los individuos y las sociedades; impacta diversas esferas de la vida de toda persona, desde la salud reproductiva hasta la salud mental; debe situarse en el contexto de los derechos sexuales, en particular los derechos de igualdad y no discriminación, autonomía e integridad corporal, el derecho al estándar de salud más alto factible y a la libertad de expresión.

La perspectiva de este Programa de Acción Específico se basa en una definición comprehensiva e integral de la salud sexual y reproductiva, que abarca aspectos esenciales, entre ellos, la anticoncepción, la prevención de embarazos en niñas y adolescentes, la salud menstrual, la prevención de la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y otras infecciones de transmisión sexual, la atención integral a la salud materna y perinatal, la lactancia, la detección oportuna de problemas de infertilidad, el cáncer asociado al aparato reproductivo y de mama, el aborto seguro, así como la prevención y la reducción de los daños a la salud generados por la violencia de género y la violencia sexual, por mencionar algunos.

¹ Starrs AM, et. al. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. The Lancet 2018; 391: 2642–92



Cada uno de estos aspectos implica de manera independiente un conjunto de determinantes sociales, factores de riesgo, estrategias de prevención, procesos de detección y atención, de los cuales derivan los objetivos prioritarios, las acciones coordinadas con las diferentes áreas de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y las actividades de vinculación intersectorial para el periodo 2020-2024.

La salud integral, el ejercicio y el respeto a los derechos sexuales y reproductivos son elementos esenciales para el desarrollo, en conformidad con la agenda internacional de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 2030; de esta manera adquieren su carácter de universalidad, pero demandan una visión analítica y operativa que contemple las prioridades territoriales y locales, así como las brechas entre grupos de población, reconociendo las formas imperantes de desigualdad, las barreras en el acceso a los servicios de salud y al ejercicio de estos derechos².

Así, el diseño e implementación de políticas públicas, normas, reglamentos y protocolos que guían la educación, prevención y atención integral en este ámbito de la salud, requieren un estricto apego al enfoque de derechos humanos, perspectiva de género, interculturalidad y reconocimiento de la diversidad. Este sustento, en conjunto con el fortalecimiento de espacios de participación y diálogo, deberán tener como resultado el desarrollo de estrategias específicas para la población adolescente, indígena y afrodescendiente, las personas de la diversidad sexual, diversidad genérica, diversidad funcional, individuos en contextos de exclusión y situación de calle, migración, refugio o ayuda humanitaria, personas privadas de la libertad y comunidades en condiciones de pobreza o históricamente discriminadas.

Es también imperante garantizar el acceso universal a servicios integrales de salud con calidad, bajo los principios de confidencialidad, privacidad, seguridad, efectividad, equidad, eficiencia, oportunidad, centrados en la persona; cualidades inherentes a los programas, acciones y servicios que integran el Sistema Nacional de Salud. Para abonar a ello, desde el ámbito de competencia y alcance del Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024, es indispensable reconocer el derecho al autoconocimiento y la gestión autónoma sobre el cuerpo, la identidad sexual, la identidad genérica, las preferencias sexuales y la libre elección del número de parejas, así como las decisiones voluntarias e informadas de la sexualidad y la reproducción.

² Starrs AM et al. (2018) op. cit.



II. Fundamento normativo.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

El Artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, reconoce los derechos humanos y garantías señaladas en este documento, así como en los tratados internacionales, siguiendo los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad, y prohíbe toda forma de discriminación. El Artículo 4º señala, entre otros aspectos, la igualdad entre mujeres y varones para decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos; el derecho a la salud y a la protección de la salud a partir de un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social³.

Leyes

El Programa de Acción de Específico de Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024 se erige como una política pública institucional para el cumplimiento de las garantías y derechos reconocidos en los instrumentos jurídicos y alentados por las declaraciones y compromisos ratificados por el Estado Mexicano.

La **Ley General de Desarrollo Social** reconoce a la salud como uno de los derechos para el desarrollo y propone los principios fundamentales de esta política integral, a saber: libertad, justicia distributiva, solidaridad, integralidad, participación social, sustentabilidad, respeto a la diversidad, transparencia, libre determinación y autonomía de los pueblos indígenas, perspectiva de género y el interés superior de la niñez.

A su vez, la **Ley General de Salud** señala lo concerniente al derecho a la protección social de la salud y la prestación de los servicios, enfatizando como áreas prioritarias la atención materno-infantil y la planificación familiar. En concordancia, la **Ley General de Población** tiene entre sus atribuciones realizar programas de planificación familiar y vigilar que estos se lleven a cabo con absoluto respeto a los derechos fundamentales y a la dignidad de las personas.

³ Diario Oficial de la Federación. DOF: 08/05/2020. DECRETO por el que se reforma y adiciona el Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.



La **Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes**, enfatiza el derecho a la protección de la salud y la seguridad social de este grupo de edad, garantizando, entre otras cosas, el acceso a la orientación en salud sexual y reproductiva, estrategias de prevención de embarazos, erradicar la esterilización forzada y cualquier forma de violencia obstétrica, así como la detección y atención oportuna de cualquier forma de violencia.

La **Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia** tiene por objeto prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, así como establecer los principios y modalidades para garantizar el acceso a una vida libre de violencia, entre los cuales destacan las acciones concernientes a la Secretaría de Salud que involucran la prevención, atención integral, registro y fortalecimiento de la capacidad de respuesta del sector salud en materia de violencia de género contra la mujer.

La **Ley General de Víctimas** establece el reconocimiento de este estatus orientado a la reparación del daño y las medidas de no repetición, como derechos fundamentales. Entre ellos, se incluye la atención a la salud física y mental integral, de carácter asistencial, psicosocial, educativo y de emergencia. Así, esta Ley considera en sus artículos 30 y 35 como medidas de ayuda inmediata, a toda víctima de violencia sexual, el acceso a los servicios de anticoncepción de emergencia y de interrupción voluntaria del embarazo en los casos permitidos por la ley, con absoluto respeto de la voluntad de la víctima, en concordancia con las últimas modificaciones a la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. “Violencia familiar, sexual y contra las mujeres, Criterios para la prevención y atención.” y a la Guía de Práctica Clínica: Prevención, detección y atención de la violencia contra las mujeres de 12 a 59 años de edad con énfasis en la violencia sexual.

Acuerdos, convenios y tratados internacionales

El Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, resalta su carácter relacional vinculado al ejercicio de otros derechos, a los determinantes sociales de la salud y al desarrollo social. En este sentido, el abordaje de la salud sexual y reproductiva tendiente a un estado de bienestar físico, mental y social, demanda la distribución de competencias en los diferentes sectores de gobierno y sus marcos jurídicos correspondientes.



Los Objetivos del Desarrollo Sostenible del Sistema de las Naciones Unidas:

Objetivo de Desarrollo Sostenible 3. Salud y bienestar: Busca garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, seguros y asequibles, incluyendo el acceso a anticonceptivos, medicamentos y vacunas. Insta a la reducción de la mortalidad materna y neonatal, así como de la transmisión del VIH.

Objetivo de Desarrollo Sostenible 5. Igualdad de género y empoderamiento de las mujeres y las niñas: Resalta la necesidad de poner fin a todas las formas de discriminación, erradicar todas las formas de violencia y eliminar las prácticas nocivas como el matrimonio infantil, precoz y forzado. Enfatiza la necesidad de asegurar el acceso universal a la salud y el respeto de los derechos sexuales y reproductivos.

Finalmente, son de carácter vinculante los tratados ratificados por México, que contribuyen de manera sustancial a avanzar en el cumplimiento de estas garantías; de los cuales destacan principalmente:

- **Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer** (CEDAW).
- **Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial.**
- **Convenio Constitutivo del Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe.**
- **Convenio Internacional del Trabajo Número 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes.**
- **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.**
- **Convención sobre los Derechos del Niño.**
- **Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer.**
- **Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo.**

Reglamentos

- **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica** (Última Reforma DOF 17-07-2018)
- **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud** (Última Reforma DOF 02-04-2014)



- **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud** (Última Reforma DOF 17-12-2014)
- **Reglamento de la Ley General de Víctimas** (DOF 28-11-2014)
- **Reglamento de la Ley General de Población** (Última Reforma DOF 28-09-2012)
- **Reglamento de la Ley General de los derechos de niñas, niños y adolescentes** (DOF 02-12-2015)
- **Reglamento de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia** (Última Reforma DOF 14-03-2014)
- **Reglamento de la Ley de Migración** (Última Reforma DOF 23-05-2014)
- **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos** (Última Reforma DOF 26-03-2014)

Normas Oficiales Mexicanas

Por otra parte, las Normas Oficiales Mexicanas relacionadas con la salud sexual y reproductiva son instrumentos fundamentales para guiar la prestación de servicios y asegurar su disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, como ejes esenciales del derecho a la salud⁴:

- **NOM-004-SSA3-2012.** Del expediente clínico.
- **NOM-005-SSA2-1993.** De los servicios de planificación familiar.
- **NOM-007-SSA2-2016.** Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida.
- **NOM-010-SSA2-2010.** Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.
- **NOM-017-SSA2-2012.** Para la vigilancia epidemiológica.
- **NOM-034-SSA2-2013.** Para la prevención y control de los defectos al nacimiento.
- **NOM-035-SSA2-2012,** Para la prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar atención médica.
- **NOM-035-SSA3-2012.** En materia de información en salud.
- **NOM-046-SSA2-2005.** Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.
- **NOM-047-SSA2-2014.** Para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad.

⁴ Organización de las Naciones Unidas. ONU. Observación General No. 14 (2000) El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.



Cabe resaltar que, además de las Normas Oficiales Mexicanas, en nuestro país se cuenta con **lineamientos técnicos y guías de práctica clínica**, documentos de referencia que proporcionan información actualizada y basada en evidencia científica que permiten a los profesionales de la salud brindar una mejor atención.

Estrategias y Planes Nacionales

Uno de los mecanismos para la operación del marco normativo, que privilegia el enfoque intersectorial e integrado, se encuentra en las **estrategias nacionales** como instrumentos de mediano alcance temporal enfocados en el abordaje de problemas prioritarios y con metas acotadas, como son el Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (Proigualdad)⁵; la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA)⁶ y la Estrategia Nacional de Atención a la Primera Infancia (ENAPI)⁷.

Además, este Programa se alinea con:

- **Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024.** Presidencia de la República. DOF 12-07-2019.
- **Programa Sectorial de Salud 2020-2024.** Secretaría de Salud. DOF-17-08-2020.

III. Origen de los recursos para la instrumentación del Programa.

La totalidad de las acciones consideradas en este Programa, incluyendo las correspondientes a sus *objetivos prioritarios, estrategias prioritarias y acciones puntuales*, las labores de coordinación interinstitucional para la instrumentación u operación de dichas acciones, y el seguimiento y reporte de las mismas, se realizarán con presupuesto asignado a las unidades responsables que contribuyen en este programa, mientras éste tenga vigencia.

⁵ Instituto Nacional de las Mujeres. Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres Proigualdad 2020-2024. Diario oficial de la federación DOF-22-12-2020. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5608467&fecha=22/12/2020

⁶ Consejo Nacional de Población. Informe 2019. Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA). Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/559766/informe2019-enapea.pdf>

⁷ Sistema Nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes. Estrategia Nacional de Atención a la Primera Infancia (ENAPI). Diario Oficial de la Federación DOF-02-03-20 Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/539066/ENAPI-DOF-02-03-20-.pdf>



IV. Análisis del estado actual

La salud sexual y la salud reproductiva constituyen un ámbito fundamental de la salud pública, entre otros aspectos, debido a su relación con los índices de desarrollo humano de las poblaciones, reflejados en indicadores altamente sensibles a las desigualdades sociales⁸.

Las principales acciones incluidas en los servicios de salud sexual y reproductiva están orientadas a la prevención, educación y promoción, y forman parte del desarrollo integral de la persona. Su finalidad es contribuir a preservar un estado de salud y bienestar, toda vez que la sexualidad y la reproducción involucran procesos fisiológicos, con un importante componente social, cultural, psicológico, emocional y afectivo, que tienen lugar a lo largo de la vida. Por otra parte, las causas que demandan atención específica requieren de la intervención oportuna y efectiva, evitando la pérdida de años de vida saludable o la mortalidad que es considerada, en su mayoría, evitable.

Desde hace más de tres décadas, en la Conferencia Sobre Maternidad Sin Riesgo (Nairobi, 1987) se identificó que las principales causas de mortalidad prevenible en mujeres en edad reproductiva estaban asociadas con el embarazo, parto y puerperio, mismas que tenían importantes implicaciones sociales y económicas, debido al rol central de las mujeres en la reproducción no sólo biológica sino también sociocultural, que involucra tanto las actividades en torno al cuidado –hoy reconocido como trabajo no remunerado–, como su incorporación al ámbito laboral y al sector económicamente productivo.

En años posteriores, a estas causas de mortalidad precoz, se agregaron aquellas derivadas de la práctica del aborto inseguro, las producidas por la falta de tratamiento de infecciones de transmisión sexual, principalmente del VIH, y las ocasionadas por la violencia extrema asociada al género⁹.

En la actualidad, la morbilidad y mortalidad relacionada con la falta de acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud sexual y reproductiva es de suma relevancia en términos epidemiológicos, demográficos, de salud pública y de desarrollo social, lo cual

⁸ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD (2019). Informe sobre Desarrollo Humano 2019. Más allá del ingreso, más allá de los promedios, más allá del presente: Desigualdades del desarrollo humano en el siglo XXI. Disponible en: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_overview_-_spanish.pdf

⁹ Starrs AM et al. (2018) op. cit



ha quedado asentado en las declaraciones y compromisos internacionales que México suscribe¹⁰.

i. *Antecedentes*

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994), marcó un giro significativo en el enfoque demográfico, al abordar el tema de población vinculado con el desarrollo humano, la protección del medio ambiente, la condición de las mujeres, la salud integral, el bienestar individual y colectivo, la igualdad y la equidad de género y el respeto a los derechos humanos¹¹.

Dicho Programa señaló a la maternidad sin riesgo como elemento central de la salud reproductiva y representó un hito en el reconocimiento de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Además, enfatizó la necesidad de acciones orientadas a la salud sexual sin fines reproductivos que, implica demandas específicas de los servicios de salud que garanticen una vida saludable, libre de estigma y sin discriminación.

A nivel regional, estas acciones se ratificaron en el Consenso de Montevideo (2013) que establece diez medidas prioritarias identificadas en la agenda de población y desarrollo para América Latina y el Caribe, a fin de reforzar la implementación del Programa de Acción de El Cairo y su seguimiento, incluyendo el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva¹².

Recientemente, México ha reiterado su compromiso con estas acciones al sumarse a la Cumbre de Nairobi (2019), cuyo acuerdo se enfoca en acelerar el cumplimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo a 25 años de su proclamación. Este eje programático ha constituido un elemento esencial encaminado al cumplimiento de los ODS para el año 2030. En la Declaración de Nairobi han quedado plasmados 12 puntos clave que guían el trabajo de los países y las alianzas de cooperación, entre los que se encuentran tres grandes metas¹³: i) cero necesidad

¹⁰ Organización Panamericana de la Salud OPS (2020). Estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible (EPMM). Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51963>

¹¹ Organización de las Naciones Unidas. ONU. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994). Disponible en: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/ICPD_programme_of_action_es.pdf

¹² Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe (2013) Consenso de Montevideo. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2013/9232.pdf>

¹³ Disponible en: <http://www.nairobisummiticpd.org/content/icpd25-commitments>



insatisfecha de métodos anticonceptivos; ii) cero muertes y morbilidades maternas prevenibles; y iii) cero violencia sexual por razones de género.

En concordancia con esta visión progresista y de cambio, México estableció compromisos específicos, medibles, alcanzables y relevantes, siendo fundamental para su cumplimiento lo que se plasma en este Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024, así como su alineación con el Programa Sectorial de Salud 2020-2024 y el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024.

ii. Justificación

En función del bienestar y desarrollo equitativo del país, las intervenciones en salud sexual y reproductiva han demostrado ser costo-efectivas, dado que se encuentran sustentadas en evidencia científica, tienen una amplia disponibilidad a nivel mundial e impactan directamente en la evitabilidad del daño. Cabe resaltar que estas intervenciones se fundamentan en los derechos humanos, sexuales y reproductivos de toda persona, que el Estado está obligado a garantizar y proteger de manera universal, sistemática y progresiva¹⁴.

Más que acciones aisladas, el logro de las metas en salud sexual y reproductiva requiere intervenciones estratégicas, transversales e intersectoriales cuya finalidad es evaluar, mejorar, mantener, promover y, en su caso, modificar hábitos, prácticas o condiciones relacionadas con la salud¹⁵. Por ello, es indispensable partir de una definición integral de la salud sexual y reproductiva, que incluye la garantía de los derechos sexuales y reproductivos, la erradicación de la violencia sexual y de género, así como la incorporación de servicios enfocados, principalmente, en prevenir embarazos no intencionales, abortos inseguros, infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, a través de la prevención de las violencias, el acceso a la educación integral en sexualidad, a información y consejería en salud sexual y a métodos anticonceptivos modernos¹⁶.

Además, es fundamental generar acciones específicas dirigidas a la población masculina en todos los aspectos de la salud sexual y reproductiva, sobre todo en temas de anticoncepción y prevención de infecciones de transmisión sexual, que promuevan

¹⁴ Starrs AM et al. (2018) op. cit

¹⁵ Fondo de Población de las Naciones Unidas. UNFPA (2019). Sexual and Reproductive Health and Rights: An Essential Element of Universal Health Coverage. Background document for the Nairobi summit on ICPD25 – Accelerating the promise. New York: United Nations Population Fund.

¹⁶ Starrs AM et al. (2018) op. cit



una mayor simetría en las relaciones y en la participación de hombres y mujeres para alcanzar una sexualidad informada, placentera, libre de riesgos y basada en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; así como mecanismos de participación, corresponsabilidad y eliminación de las masculinidades hegemónicas que reproducen la violencia basada en el género, que afecta de manera desigual a las mujeres, las adolescentes y las niñas.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la salud sexual y reproductiva integra indicadores que dan cuenta de la calidad de la atención, así como el nivel y la equidad de la cobertura universal en salud. En este sentido, se entiende como acceso universal a la salud sexual y reproductiva que todas las personas y comunidades reciban los servicios de calidad que necesitan, desde la promoción de la salud hasta la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, atendiendo a las principales causas de morbilidad y mortalidad¹⁷.

Este enfoque implica proteger a las personas de consecuencias financieras, derivadas de la búsqueda de atención, que condicionen un mayor grado de pobreza y marginación. Al mismo tiempo, conlleva una distribución racional, planificada y transparente de los recursos que contribuya al desarrollo económico a largo plazo y permita asegurar no sólo un mínimo, sino una ampliación progresiva de los servicios¹⁸.

Siendo la cobertura universal uno de los ejes prioritarios del Gobierno de México y de la Secretaría de Salud, este marco de referencia orienta al diseño, implementación y fortalecimiento de programas y servicios para un abordaje efectivo, equitativo y sostenible; la inversión en salud sexual y reproductiva resulta ser un aspecto fundamental para garantizar la cobertura universal en salud, atendiendo a las problemáticas prioritarias que se exponen a continuación.

iii. Planteamiento del problema

México ha desarrollado relevantes políticas públicas en la materia, principalmente enfocadas en la cobertura de servicios de salud reproductiva; fue a partir de la década de los setenta que la política pública cambió de perspectiva, pasando de una visión pro natalista a la del control poblacional. A lo largo de más de cinco décadas de trayectoria

¹⁷ Organización Mundial de la Salud (2015) Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño 2016-2030. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf?ua=1

¹⁸ Organización Mundial de la Salud OMS (2019) Cobertura Sanitaria Universal. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))



en el diseño e implementación de políticas específicas en salud sexual y reproductiva en el país, hay avances importantes, principalmente en el acceso a servicios y métodos de planificación familiar y anticoncepción, la cobertura de atención materna y perinatal, las estrategias dirigidas a la reducción del embarazo en adolescentes y la inclusión de la atención a la violencia de género y la violencia sexual, como problemas de salud pública.

Sin embargo, aún se enfrentan retos centrales para garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas, existen metas que continúan pendientes; principalmente debido a la persistencia de importantes desigualdades al interior del país, tanto en el acceso a información y servicios de salud, el ejercicio de derechos como el disfrute de una vida libre de violencia.

Por ello es necesario que, desde el Estado, en el diseño e implementación de los programas de prevención y atención, se fortalezca el respeto por la autonomía sobre el propio cuerpo y la toma de decisiones libre, informada y responsable de todas las personas, y particularmente de aquellos grupos altamente invisibilizados, como la población adolescente, la comunidad LGBTTTIQ, y las personas con discapacidad. Asimismo, requerirá esfuerzos adicionales dirigidos a sectores históricamente discriminados y en situación de marginación, como los pueblos indígenas, afrodescendientes, las personas migrantes, en situación de calle y quienes se encuentran privadas de su libertad.

Finalmente, es de suma relevancia incluir acciones específicas dirigidas a las mujeres que no desean ejercer la reproducción biológica, y como se ha referido antes, a la población masculina, que ha sido frecuentemente excluida de estas políticas. Cabe señalar que, las características identitarias, la singularidad de los sujetos y los contextos sociales no son excluyentes, sino que operan como una intersección de factores contribuyentes a un cierto grado de vulnerabilidad y a diversas expresiones de la misma.

Para garantizar el acceso efectivo, universal y gratuito a la salud sexual y reproductiva, uno de los principales retos es fortalecer la atención primaria en salud y los vínculos entre los diferentes niveles de atención, establecer redes integrales e integradas de los servicios de salud (RIISS) para la atención de la salud sexual y reproductiva, materna y neonatal, promover la coordinación interinstitucional e intersectorial, robustecer la



coordinación federal con las entidades federativas, al igual que las alianzas estratégicas para llevar a cabo intervenciones específicas con acciones diferenciadas para reducir las brechas de inequidad persistentes.

iv. *Análisis de las problemáticas específicas*

Además de la dimensión macrosocial en que se inscriben, la salud sexual y la salud reproductiva constituyen dos ámbitos cruciales de la vida de las personas que se traducen en necesidades específicas de información, prevención y atención que cambian en cada etapa del ciclo de vida (Figura 1).

Desde una perspectiva orientada al curso de vida, la salud es resultado de múltiples determinantes genéticos, biológicos, conductuales, sociales y económicos que se intersectan pero que también cambian a medida que una persona se desarrolla, a través de procesos de adaptación. En este sentido, la salud sexual y reproductiva comprende diversos aspectos micro, meso y macro sociales, que abarcan desde lo más íntimo y singular de las personas, incidiendo en los procesos de toma de decisión, las condiciones materiales de vida, los recursos sociales y económicos, hasta las condiciones definidas por el marco estructural¹⁹.

Este enfoque señala que las diferentes trayectorias de salud resultan de la concatenación de procesos biológicos, psicológicos y sociales que atraviesan a las personas, en contextos temporal y socio-históricamente específicos. Por lo cual, es fundamental comprender que cada etapa de la vida sexual y reproductiva tiene un impacto en diversas esferas de la salud, el bienestar y el desarrollo.

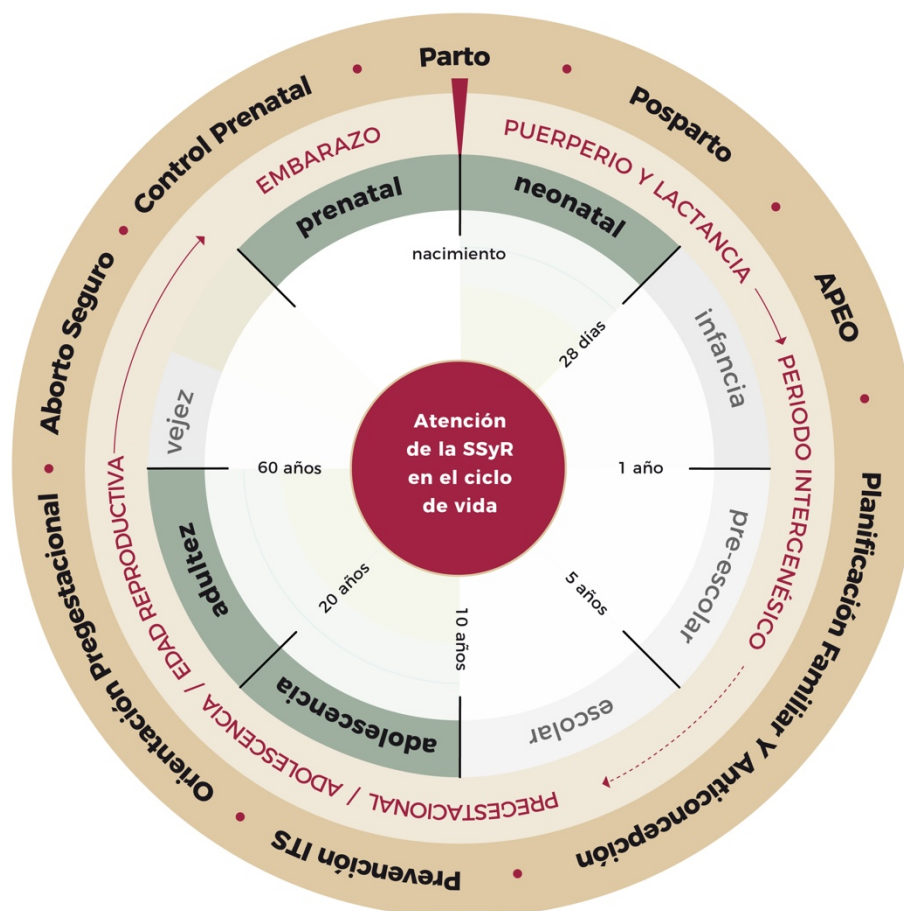
Derivado de ello, el alcance de este Programa, en términos poblacionales, incluye a todos los grupos etarios, estableciendo puntos de corte específicos con fines estadísticos. En este sentido, interesa de manera particular, el grupo de edad de 10 a 14 años y de 15 a 19 años, a quienes están dirigidas principalmente las acciones para adolescentes, y el grupo de 15 a 49 años para definir a las mujeres en edad reproductiva y en hombres abarca hasta los 64 años, tal como establecen las referencias convenidas a nivel internacional en términos de relevancia epidemiológica.

¹⁹ Halfon N, Hochstein M. Life course health development: an integrated framework for developing health, policy, and research. *Milbank Quarterly* 2002;80(3):433–479



Las acciones dirigidas a estos grupos de edad conllevan un beneficio indirecto. Por ejemplo, aquellas realizadas durante el control prenatal y la atención neonatal impactan en la etapa infantil y en la salud de las mujeres; así como la prevención y atención para una sexualidad saludable no está vinculada solamente al potencial reproductivo, sino que busca mantener las mejores condiciones de salud posibles en los periodos de transición, como son la pubertad, el climaterio, la menopausia y la andropausia, hasta llegar a la vejez.

Figura 1. Procesos de atención de la Salud Sexual y Reproductiva en el ciclo de vida.



Fuente: Adaptado de Oxford Textbook of Global Health of Women, Newborn, Children and Adolescents (2018).

Por lo tanto, la Figura 1. Constituye el punto de partida para definir los componentes esenciales que integran este Programa de Acción, permite trazar una continuidad de las acciones contempladas, y profundizar en el planteamiento de las problemáticas específicas para cada uno de ellos, de manera que conduzcan a estrategias prioritarias y acciones puntuales. Para su implementación, es indispensable delimitar la manera diferencial en que impactan a las personas, a las comunidades y a los sistemas de salud, como se muestra en el diagnóstico situacional para cada uno de los seis componentes que conforman el Programa.

- Salud sexual y reproductiva en la adolescencia
- Anticoncepción, planificación familiar y salud sexual
- Salud materna
- Salud perinatal
- Aborto seguro
- Violencia de género

Salud sexual y reproductiva en la adolescencia

Para lograr una salud sexual y reproductiva saludable, autónoma y con dignidad desde la adolescencia, es necesario entablar relaciones sociales y sexuales basadas en el respeto y en la información para la toma de decisiones sobre el propio cuerpo y el de otras personas; ello implica la comprensión y apropiación de los derechos sexuales y reproductivos.

Este Programa incluye la promoción y coadyuva en el acceso de la población adolescente a educación integral en sexualidad (EIS) de calidad, lo que favorece que toda persona adolescente cuente con conocimientos basados en evidencia, habilidades de análisis y fortalecimiento de capacidades para una mejor toma de decisiones en términos de sexualidad, ejercicio de los derechos humanos, el establecimiento de relaciones sanas y respetuosas, la igualdad de género, la no discriminación, la eliminación de la violencia entre pares, la violencia de género y el abuso sexual²⁰.

²⁰ Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. UNESCO (2017-2018). Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: un enfoque basado en evidencia, orientaciones. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000260840_spa



El embarazo no intencionado durante la adolescencia, así como el riesgo de exposición a infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), son prioridades para este Programa por su magnitud, implicaciones multidimensionales en la salud, el desarrollo de las personas y sus impactos en la salud pública. A nivel mundial, aunque con mayor concentración en países en desarrollo, se estima que cada año 21 millones de adolescentes entre 15 y 19 años presentan un embarazo y aproximadamente 12 millones lo concluyen hasta el nacimiento; mientras que 2.5 millones de dichos embarazos ocurren en niñas menores de 16 años²¹.

En México, se calcula que la mitad de los embarazos entre los 15 y 19 años de edad no son intencionados²², y están vinculados a persistentes barreras socioculturales, económicas y geográficas que limitan el acceso de la población adolescente a información, consejería y uso de métodos anticonceptivos efectivos y seguros. A nivel nacional, la demanda no satisfecha de métodos anticonceptivos en mujeres sexualmente activas de 15 a 19 años es más del doble (28%) en comparación con lo observado en el total de mujeres de 15 a 49 años de la misma condición (11%).

En nuestro país, en 2018 se registraron 360 mil nacimientos de madres adolescentes menores de 20 años, de los cuales cerca de 11 mil correspondieron a niñas menores de 15 años.²³ Ello indica que 18.5% del total de los nacimientos que se registran en México son de madres adolescentes menores de 20 años. Además, como muestra la Gráfica 1, al analizar la tasa específica de fecundidad en el grupo de 15 a 19 años, ha habido solamente una leve disminución durante la última década.

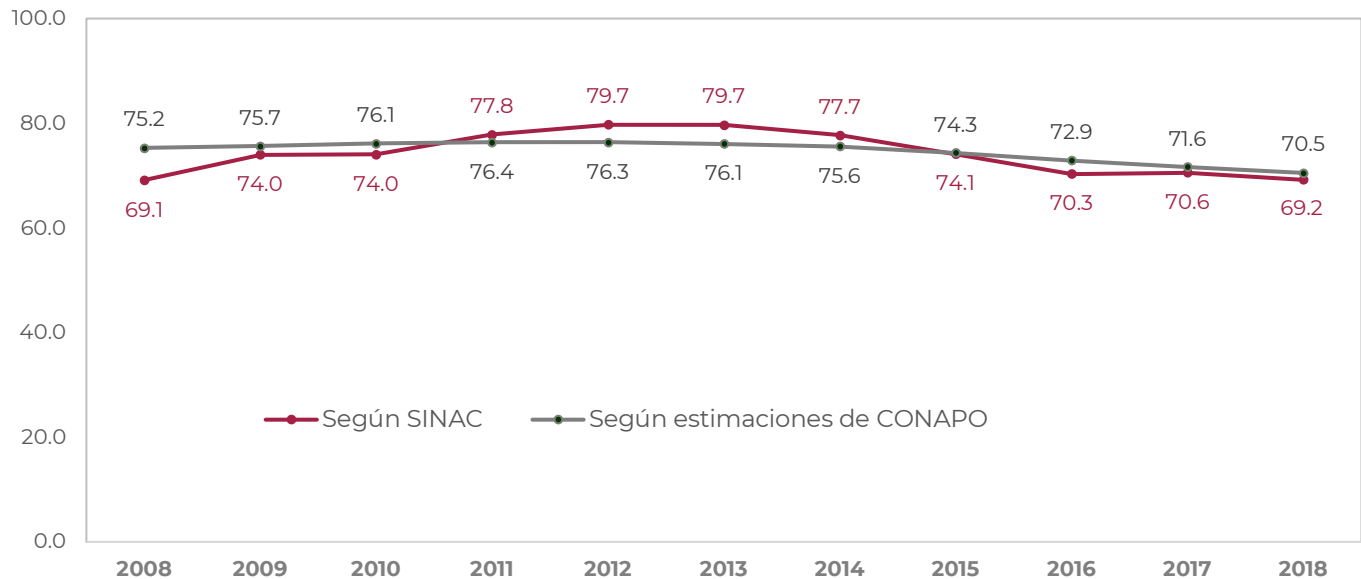
²¹ World Health Organization WHO (2019a). Adolescent pregnancy. Evidence brief. Geneva: Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization.

²² Consejo Nacional de Población CONAPO (2017). Situación de la Salud Sexual y Reproductiva. República Mexicana. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/237216/Cuadernillo_SSR_RM.pdf

²³ Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud. DGIS. Subsistema de Información sobre Nacimientos SINAC.



Gráfica 1. Tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años de edad (México, 2000 a 2018)



Fuente: SALUD/DGIS; SINAC 2008-2018.²⁴

Nacidos Vivos (NV) registrados de madres con residencia en México.

*Excluye residencia no especificada. CONAPO (2018b). Conciliación demográfica de México 1950-2015 y las Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas 2016-2050.

De acuerdo con las estimaciones de CONAPO, el número de nacimientos en niñas de 10 a 14 años de edad presentó una tendencia ascendente en el periodo 1991-2009, al pasar de 6,086 en 1991 a 9,442 en 2009. De 2010 a 2016 se advierte que estos eventos continúan aumentando alcanzando en 2016 alrededor de 11 808²⁵. Esta tendencia es similar en casi todo el país, aunque existen cifras marcadas en aquellas entidades federativas más rurales, con mayor número de población hablante de lengua indígena y los que presentan una tasa de fecundidad en adolescentes más elevada.

Entre las causas de embarazo no intencional se identifica la violencia sexual, considerando que, aproximadamente una tercera parte de las niñas y adolescentes han reportado que su primer encuentro sexual fue bajo algún tipo de coerción²⁶. Esta

²⁴ El Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) comenzó a operar en el 2008 y fue declarada como "Información de interés nacional" en 2011 por el INEGI (DOF del 23-05-2013)

²⁵ Consejo Nacional de Población CONAPO (2018a). Fecundidad en niñas y adolescentes de 10 a 14 años, niveles, tendencias y caracterización sociodemográfica de las menores y de los padres de sus hijos(as), a partir de las estadísticas del registro de nacimiento, 1990-2016. México.

²⁶ World Health Organization (2019a) Adolescent pregnancy. Evidence brief. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329883/WHO-RHR-19.15-eng.pdf?ua=1>

expresión de vulnerabilidad se evidencia a menor edad de la niña o adolescente o cuando mayor es el diferencial de edad con el progenitor. De acuerdo con cifras del CONAPO (2018), en el 50% de los embarazos en niñas de 10 a 14 años y en más del 65% en adolescentes de 15 a 17 años, el progenitor tenía entre 18 y 29 años^{27 28}.

Si bien, las problemáticas expuestas no son exclusivas de este grupo de edad, la evidencia de su impacto advierte sobre la necesidad de fortalecer acciones específicas para la población adolescente en general y específicamente en poblaciones indígenas y afrodescendientes, poblaciones callejeras, en contextos de migración y movilidad interna rural-urbana, privadas de su libertad, en jóvenes de la diversidad sexual y de género y con discapacidades.

Por otro lado, la adolescencia es una etapa crucial en el desarrollo de los comportamientos sexuales seguros, sin embargo, se ha evidenciado que es un periodo de alto riesgo para la transmisión de infecciones sexuales²⁹. En la región de América Latina y el Caribe, de acuerdo a la UNICEF, las nuevas infecciones por VIH en adolescentes y jóvenes representan un tercio de todas las nuevas infecciones³⁰.

En México, registros de la Secretaría de Salud muestran que, en el periodo de 2013-2019, el número de nuevos casos de ITS en población adolescente tuvo una tendencia a la baja; la mayor incidencia es de tricomoniasis urogenital, seguida de la infección asintomática por VIH, con más del 50% del total de casos entre estos dos tipos de ITS.

²⁷ CONAPO (2018a). *op cit*.

²⁸ Además del diferencial de edad entre los progenitores y las niñas y adolescentes que presentan embarazos, cabe destacar que muchos de éstos se presentan en el marco de relaciones sociocultural y/o jurídicamente aceptadas, es decir uniones y/o casamientos con hombres de mayor edad. Los datos de la Encuesta Intercensal (2015), realizada por INEGI, documentan que el 10% de las mujeres adolescentes de 12 a 19 años de edad declaró estar casada o en unión libre, cifra que contrasta con el 4% reportado por hombres del mismo grupo de edad. Por otra parte, la Encuesta Nacional de los Hogares (2017), reportó que 12% de las adolescentes entre 15 y 19 años de edad están unidas o casadas, número que se eleva hasta 22% en localidades de menos de 2,500 habitantes y, de acuerdo con estimaciones del CONAPO (2016), en los nacimientos registrados de niñas y adolescentes menores de 15 años, el 60% se encontraba en unión libre. Se espera que esta tendencia comience a revertirse a partir de la reforma al Código Civil Federal de 2019 y posterior a la armonización estatal que establece los 18 años como edad mínima para contraer matrimonio.

Referencias de nota la pie:

-Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI. Encuesta Intercensal 2015. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/default.html#Tabulados>.

-Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI (2018a) Mujeres y hombres en México 2018 México: INEGI.

-Consejo Nacional de Población CONAPO (2018a) Fecundidad en niñas y adolescentes de 10 a 14 años, niveles, tendencias y caracterización sociodemográfica de las menores y de los padres de sus hijos(as), a partir de las estadísticas del registro de nacimiento, 1990-2016. México.

²⁹ Organización Mundial de la Salud. (OMS) Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual para 2016-2021. Consulta Regional sobre las Estrategias mundiales del sector de la salud para el VIH, infecciones de transmisión sexual y hepatitis virales y Organización Panamericana de la Salud (2015) Plan de Acción de la OPS para las Hepatitis Virales, 2015.

³⁰ UNICEF, Instituto Nacional de Salud Pública, ONUSIDA (2018) Información estratégica sobre adolescentes y el VIH en América Latina y el Caribe Informe de situación. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/informes/informacion-estrategica-sobre-adolescentes-y-el-vih-en-ALC>



Sin embargo más del 90% del total de las ITS nuevas son reportadas en mujeres adolescentes³¹.

Para abordar las, ITS incluido el VIH, en la población menor de 19 años de edad, se requieren estrategias de salud pública centradas en las personas que faciliten el acceso a información para la toma de decisiones saludables y la atención médica oportuna, principalmente en los casos de niñas y adolescentes quienes, por factores como la edad y el género, pueden enfrentarse a barreras adicionales para la prevención y atención oportuna.

Para ofrecer una atención que responda a las necesidades de este grupo etario, se cuenta con una red de Servicios Amigables para Adolescentes, que para 2020 alcanzó más de 2 mil 900 establecimientos en operación. Aun cuando la cobertura de los Servicios Amigables es del 69% del total de municipios del país, existe una oportunidad por expandir la red e incorporar un enfoque de atención al adolescente en toda institución de salud. En vinculación con los servicios, se cuenta con un equipo de promotores juveniles y brigadistas dedicados a la promoción de estilos de vida saludables, que para 2019 sumó 17 mil voluntarios³².

Por lo anterior, las acciones dirigidas a la población adolescente integran un objetivo en sí mismo, que permite visibilizar la heterogeneidad de este grupo y su intersección con otros enfoques de población. Para ello, es necesario incorporar a las políticas públicas en salud el enfoque de derechos y el reconocimiento de la autonomía progresiva de la población adolescente. Asimismo, resulta urgente y prioritaria la disminución de los embarazos en adolescentes y la erradicación de los embarazos en niñas menores de 14 años de edad, los cuales en su mayoría están vinculados con situaciones de violencia sexual.

Anticoncepción, planificación familiar y salud sexual

La consejería en anticoncepción, oportuna y adecuada a las condiciones individuales, y el acceso universal a métodos anticonceptivos modernos integran una de las estrategias costo-efectivas más importantes en salud pública. Estas intervenciones tienen un impacto positivo en la salud materna, coadyuvando a la prevención de la

³¹ Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Anuario de Morbilidad 1984 -2019 (2017) disponible en: <https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>

³² Secretaría de Salud. DGIS/SIS/Cubos dinámicos



morbimortalidad materna y perinatal, reduciendo los abortos inseguros por embarazos no planeados y contribuyendo a reducir las infecciones de transmisión sexual como el VIH³³.

El acceso a métodos de anticoncepción modernos impacta la vida y el desarrollo de los individuos, las comunidades y las naciones, toda vez que permite que las personas decidan cuándo, cuántos y en qué condiciones tener hijos(as) o ejercer su derecho a no tenerlos. Entre los beneficios destacan a nivel individual el fortalecimiento de la autonomía de las personas y el empoderamiento de las mujeres; a nivel social coadyuva a la igualdad entre los géneros, posibilita la prolongación de la educación formal y con ello al desarrollo económico-laboral y, a nivel global, es una medida efectiva contra los impactos negativos del cambio climático, al reducir los embarazos no planificados que contribuyen al crecimiento de la población^{34 35}.

Los métodos anticonceptivos modernos están ampliamente disponibles a nivel mundial y son utilizados por más del 70% de las mujeres en edad reproductiva en Europa, Norteamérica, América Latina y el Caribe. Sin embargo, se calcula que alrededor del 44% de los embarazos son no intencionados y de estos, el 56% son interrumpidos³⁶.

México registra una prevalencia de uso de anticonceptivos del 75% en el total de mujeres de 15 a 49 años de edad sexualmente activas (MEFSA), la cual supera al indicador calculado en mujeres en edad fértil unidas (MEFU), que asciende al 73% (Gráfica 2). Sin embargo, el uso de métodos anticonceptivos muestra importantes desigualdades entre grupos de la población. Prueba de ello es, por ejemplo, que en mujeres hablantes de lengua indígena la prevalencia de uso de anticonceptivos es de sólo 64%. Igualmente lo es la cifra correspondiente a adolescentes de 15 y 19 años (60%), que es el grupo de edad con menor prevalencia de uso de anticonceptivos, como se detalla en la Gráfica 3³⁷.

Gráfica 2. Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en Mujeres en Edad Fértil Unidas (MEFU) y en Mujeres en Edad Fértil Sexualmente Activas (MEFSA) (México, 2006-2018)

³³ World Health Organization (2019b) Contraception. Evidence brief. Geneva: Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization.

³⁴ UNESCO (2017-2018) *op.cit.*

³⁵ Organización de las Naciones Unidas (2015), Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030. Asamblea General Suplemento 1. A/70/I*ISSN 0252-0036 <https://undocs.org/es/A/70/I>

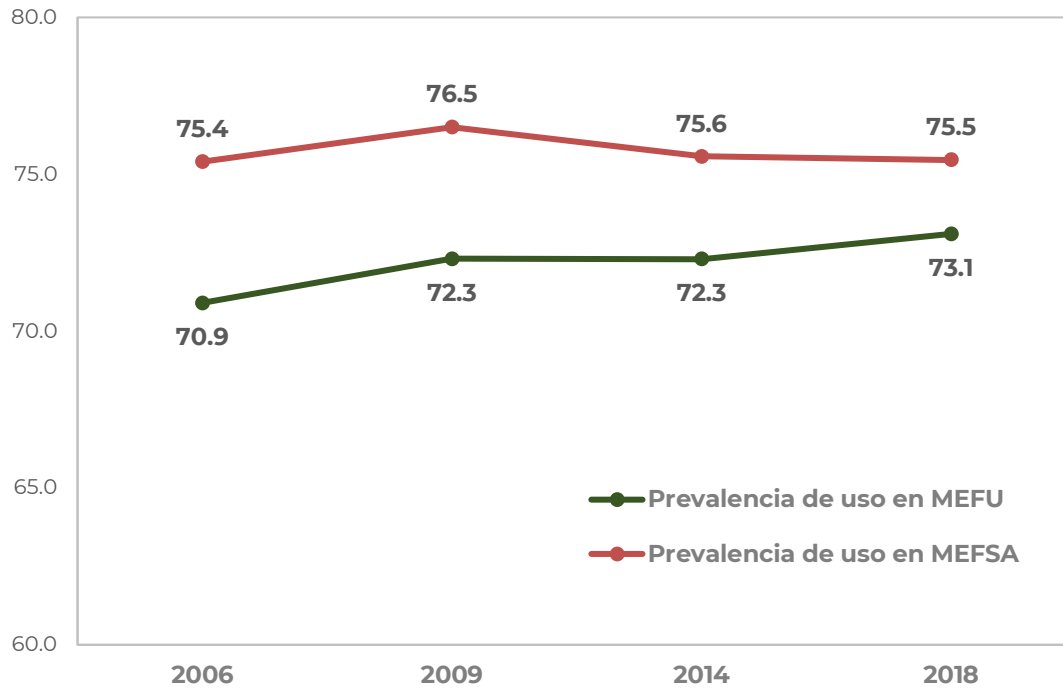
³⁶ World Health Organization (2019b) *op.cit.*

³⁷ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI (2018b). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID).



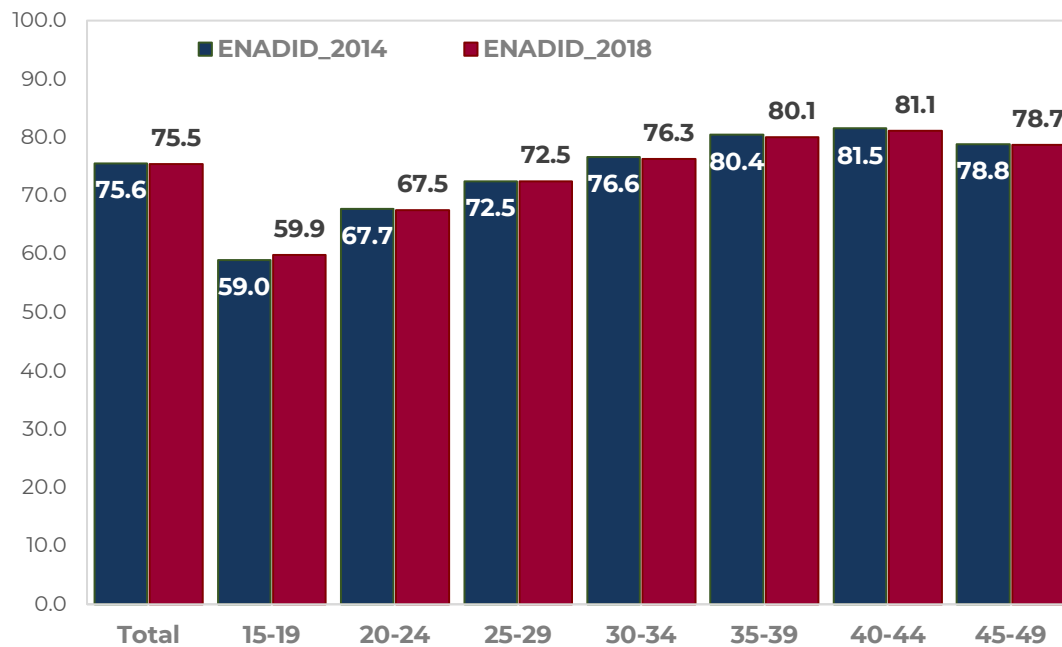
Programa de Acción Específico

2020-2024



Fuente: Estimaciones nacionales del CONAPO con base en Encuestas Nacionales, 2006, 2009, 2014 y 2018.

Gráfica 3. Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años de edad sexualmente activas que utilizan métodos anticonceptivos. (México, comparativo 2014 y 2018)



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en ENADID 2014 y 2018.

La necesidad no satisfecha de anticonceptivos responde a diversos aspectos, entre los que destacan, la falta de acceso a servicios integrales de anticoncepción que contemplen la consejería basada en las necesidades de cada persona; la falta de insumos disponibles que permitan ofrecer alternativas conforme a los criterios médicos de elegibilidad y a las preferencias individuales, en los que se pueden presentar temor a experimentar efectos secundarios o adversos; la oposición religiosa o cultural y la asimetría en las relaciones de género que limitan la toma de decisiones autónomas. Las razones de no uso varían por condición socio-económica y educativa, por lo cual requieren la implementación de estrategias focalizadas.

Además, persisten barreras en la provisión de servicios para abatir la necesidad no satisfecha en anticoncepción, las cuales se definen como aquellos obstáculos o prácticas derivadas, al menos parcialmente, de razones médicas que resultan en un impedimento científicamente injustificable para la anticoncepción, entre las que destacan las barreras ideológicas y culturales de los prestadores de los servicios de salud^{38 39}. Algunas de estas barreras requieren de acciones institucionales para mejorar la calidad de los servicios mediante la protección financiera, el aseguramiento de insumos y la disponibilidad de recursos humanos sensibilizados, capacitados y suficientes.

No obstante, existen estrategias de fortalecimiento a corto plazo que permiten reducir las barreras socioculturales y favorecen el acceso, como la inclusión activa del personal de enfermería, enfermería obstétrica y partería profesional en los servicios de anticoncepción, así como de la participación de promotores comunitarios en la consejería, la aplicación de algunos métodos y el seguimiento. Esta diversificación del personal de salud, permite un mayor alcance a través de actividades específicas para los diferentes grupos de población y para dar atención a los sectores con altos índices de marginación y exclusión, como las poblaciones indígenas y afrodescendientes, las poblaciones callejeras, las migrantes o aquellas en contextos de crisis humanitaria.

Un elemento fundamental en materia de planificación familiar y anticoncepción es el fortalecimiento de las acciones dirigidas a la población masculina que contemplan la información, orientación y consejería dirigida al autocuidado, la corresponsabilidad en

³⁸ Shelton, J. D., Jacobstein, R. A., & Angle, M. A. (1992). Medical barriers to access to family planning. *The Lancet*, 340(8831), 1334–1335. doi:10.1016/0140-6736(92)92505-a

³⁹ Leeman, L. (2007). Medical Barriers to Effective Contraception. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 34(1), 19–29. doi: 10.1016/j.ogc.2007.01.003



la prevención de embarazos no intencionados y de infecciones de transmisión sexual, además de la disponibilidad de servicios para adolescentes y hombres. Resulta central el acceso a información y capacitación que fomente las masculinidades no hegemónicas, tanto en el personal de salud como en la población masculina, para cambiar las prácticas respecto a las corporalidades, la sexualidad y la reproducción. De acuerdo con la ENADID 2018, solo 13.1% de las mujeres que estaban regulando su fecundidad al momento de la encuesta señalaron que su pareja era quien utilizaba el método anticonceptivo (vasectomía o condón externo/masculino).

Además de la anticoncepción, en el ámbito de la salud sexual, la prevención y control de infecciones de transmisión sexual, así como la detección oportuna del cáncer de mama y cánceres reproductivos han sido temas prioritarios. Sin embargo, otros temas han sido frecuentemente apartados de la política pública a pesar de su impacto en la calidad de vida; resaltan, la salud menstrual, la identificación y referencia oportuna de casos de infertilidad, las disfunciones sexuales o psicosexuales en mujeres, hombres y personas de la diversidad sexual, las medidas de prevención y atención durante el climaterio y perimenopausia o aquellas dirigidas a mujeres que opten por no ejercer la reproducción biológica. Su inclusión en las acciones del Programa responde a la premisa de que, para el logro de las metas establecidas en los ODS, es necesario incorporar una visión operativa que resalte las diferencias y las intersecciones entre la salud sexual y la salud reproductiva⁴⁰.

Salud materna

La atención integral de la salud materna involucra un continuo de acciones, desde la etapa pregestacional hasta el puerperio, cuyo principal objetivo es proveer la información y realizar acciones necesarias para: a) favorecer un embarazo, parto y puerperio saludable o en óptimas condiciones; b) prevenir, detectar o atender oportunamente las complicaciones; c) evitar la morbilidad directa o por secuelas y la muerte materna, en un marco de estricto respeto a los derechos humanos de las mujeres que, voluntariamente o no, ejercen su capacidad reproductiva y que minimice la posibilidad de que sufran cualquier manifestación de maltrato obstétrico al interior de los servicios de salud.

⁴⁰World Health Organization WHO (2017) Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach. Geneva. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258738/9789241512886-eng.pdf;jsessionid=D0CE3120840DA90AFD86C01282BC5994?sequence=1>



Desde una perspectiva amplia, la muerte materna resulta de la intersección de múltiples variables, en el que intervienen factores médicos, sociales y organizacionales que se observan de manera particular en cada caso y se articulan en una base de desigualdad social⁴¹. Así, el 94% de las muertes maternas en el mundo ocurren en países en desarrollo o de bajo ingreso y la gran mayoría de estas se consideran evitables si se cuenta con servicios de calidad y profesionales suficientes con competencias en salud sexual y reproductiva⁴².

La mayoría de las complicaciones se desarrollan durante el embarazo, parto o puerperio, sin embargo, pueden existir condiciones de salud o patologías previas al embarazo que empeoren durante el mismo. De manera particular, para las adolescentes entre 15 y 19 años, las complicaciones durante el embarazo, parto y posparto se ubican entre las principales causas de muerte prevenible a nivel mundial, incluso se ha detectado la relevancia de registrar correctamente las muertes por causa obstétrica de niñas menores de 15 años⁴³.

En el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, México se comprometió a alcanzar para 2015 una razón de muerte materna (RMM) de 22, meta que no fue cumplida. Sin embargo, los esfuerzos realizados condujeron a una disminución de la RMM del 60% a nivel nacional en ese año y, para 2018 se registró una disminución adicional en la razón y en el número absoluto de defunciones en el embarazo, parto o puerperio (Gráficas 4 y 5).

⁴¹ Jaffré, Y. (2012) Towards an anthropology of public health priorities: maternal mortality in four obstetric emergency services in West Africa, *Social Anthropology/Anthropologie Sociale*: 20, 13–18.

⁴² World Health Organization WHO (2019c) Maternal mortality. Evidence brief. Geneva: Department of Reproductive Health and Research. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329886/WHO-RHR-19.20-eng.pdf?ua=1>

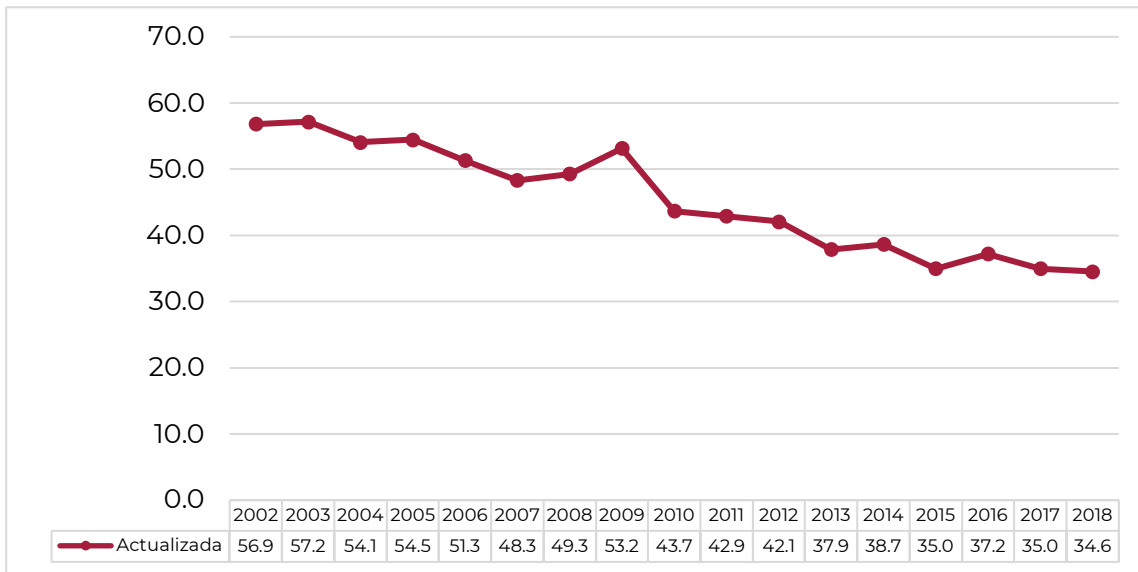
⁴³ WHO (2019c) *op cit*.



Programa de Acción Específico

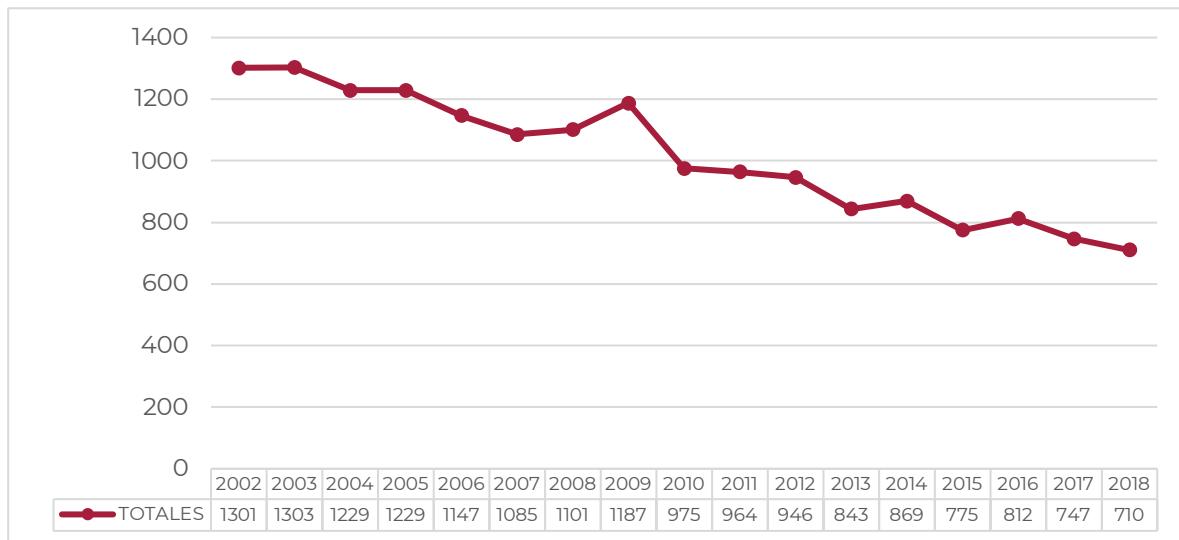
2020-2024

Gráfica 4. Razón de Mortalidad Materna (México, 2002-2018)



Fuente: SALUD/DGIS. Bases y Estadísticas de Mortalidad Materna 1990-2018
Modificación de proyecciones de nacimientos de CONAPO (2019)

Gráfica 5. Número de defunciones maternas (México, 2002-2018)



Fuente: SALUD/DGIS. Cubos dinámicos Plataformas 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 y 2018⁴⁴.

A nivel internacional se estima que el 80% de las muertes maternas se deben a cuatro causas principales: hemorragia posparto, sepsis puerperal, enfermedad hipertensiva

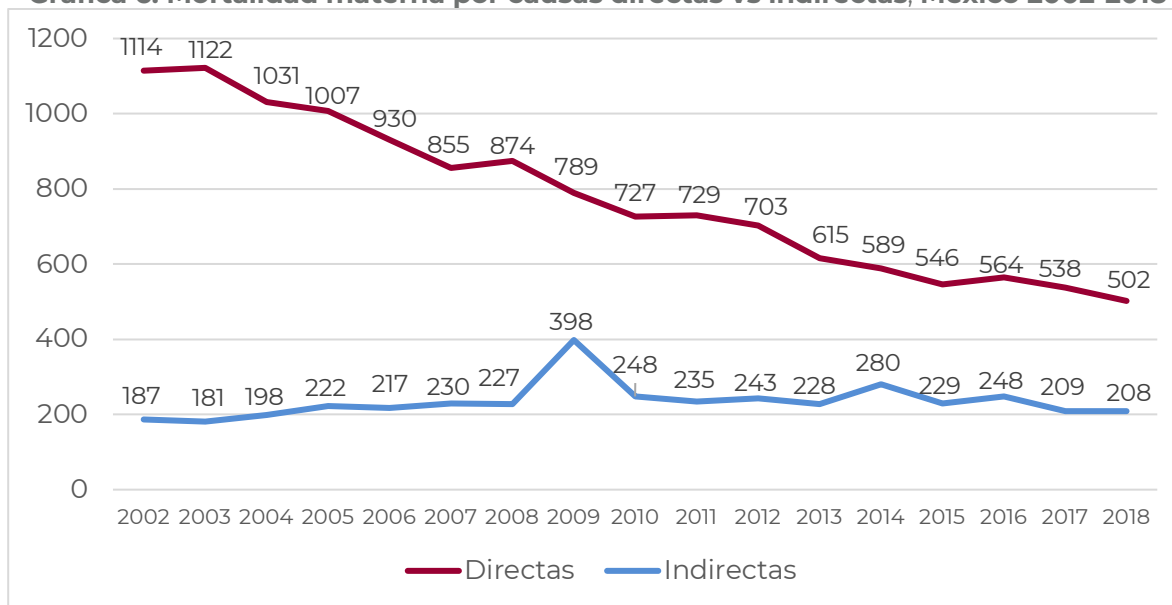
⁴⁴ Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. DGIS. Cubos dinámicos. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD_Cubos_gobmx.html

en el embarazo y aborto inseguro⁴⁵. En el caso de México, éstas representan el 55% de dichas defunciones.

Las muertes maternas directas concentran el 77% del total de las defunciones, siendo las principales causas la enfermedad hipertensiva del embarazo y la hemorragia en el embarazo, parto y puerperio. En segundo término, se encuentran las muertes maternas indirectas con 23% de las defunciones, entre las que se clasifican los efectos de enfermedades preexistentes, incluidas algunas poco reconocidas en las políticas de salud pública como los problemas de salud mental y sus manifestaciones extremas como el suicidio⁴⁶.

La mortalidad materna (MM) por causas agrupadas en México durante el periodo de 2002 al 2018 (Gráfica 6) presenta una disminución del 52% en las causas directas, mientras que las causas indirectas aumentaron un 11% en dicho periodo. Cabe mencionar que el alza en 2009 de las MM por causas indirectas en comparación con el 2008 equivale a un incremento del 75%, el cual se atribuye a la epidemia de la Influenza AH1N1 de 2009.

Gráfica 6. Mortalidad materna por causas directas vs indirectas, México 2002-2018



Fuente: SALUD/CNEGSR Dirección de Atención a la Salud Materna y Perinatal. SINBA. Cubos dinámicos⁴⁷.

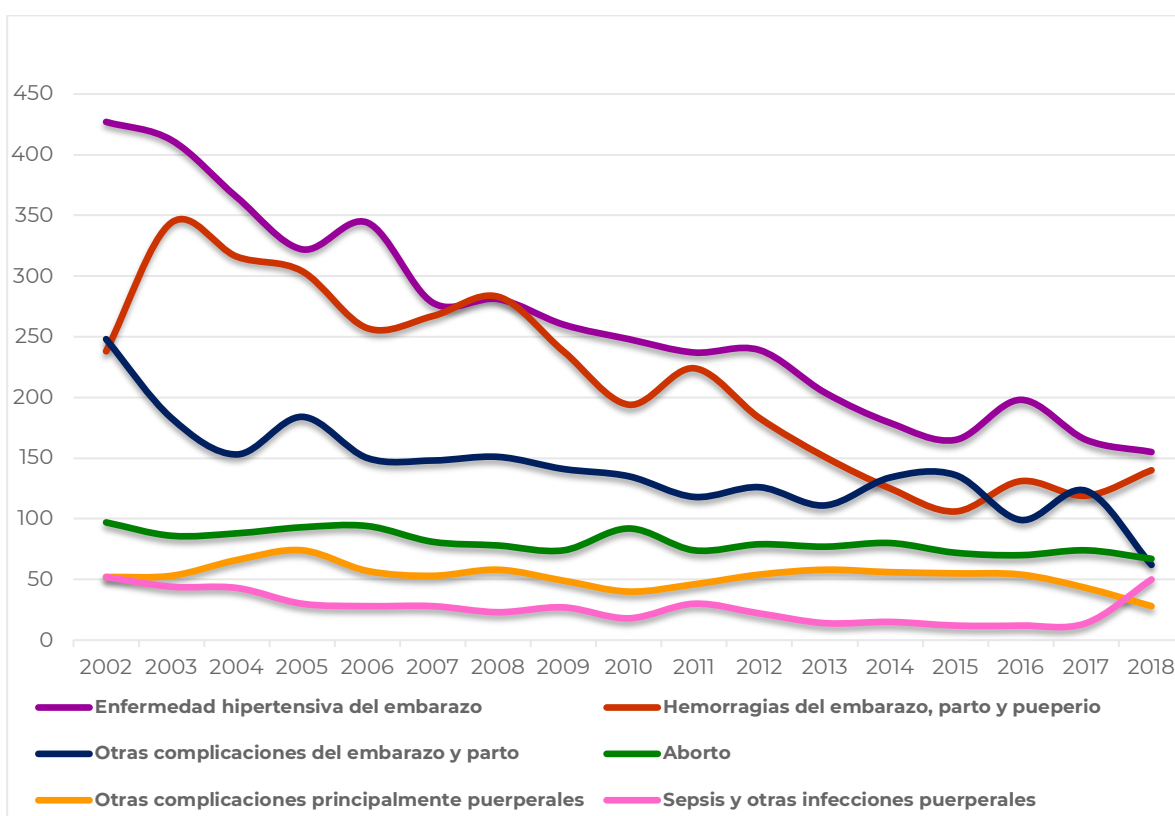
⁴⁵ World Health Organization WHO (2019c) *op cit*.

⁴⁶ Storm F. et. al. Indirect causes of maternal death. The Lancet. Vol 2 October 2014. Disponible en: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2814%2970297-9>

⁴⁷ SALUD/CNEGSR Dirección de Atención a la Salud Materna y Perinatal. <http://sinba08.salud.gob.mx/cubos/cmaternas.html>

Como muestra la Gráfica 7, al analizar las muertes maternas por causas directas, la proporción de las defunciones por enfermedad hipertensiva muestra una disminución importante para el periodo 2002-2018 y, en menor medida, el mismo efecto en las muertes por hemorragia y por sepsis. Es de señalar que, de las muertes maternas directas, la única que presentó un aumento proporcional en este periodo fue la causa de aborto, con un alza de 7.4% a 9.3%.

**Gráfica 7. Mortalidad materna por causas directas
(México, porcentaje comparativo 2002-2018)**



Fuente: SALUD/DGIS. Cubos Dinámicos. SEED, Defunciones maternas 2002-2018.

El cambio en la proporción de muertes maternas directas e indirectas que refleja esta comparación entre las causas de defunción, es un comportamiento esperado conforme se avanza en la reducción de las cifras de mortalidad materna, que se ha denominado *transición obstétrica*⁴⁸. Este enfoque analítico señala que, una vez que se

⁴⁸ Souza, J.P. et al. (2014) Obstetric transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths. BJOG, 121 (Supl 1):1-4.



ha alcanzado una RMM promedio menor a 50, como es el caso de México, las causas indirectas se tornan más relevantes, afectando a las mujeres de mayor edad, con patologías crónicas pre-existentes. Así mismo, las complicaciones por iatrogenia o derivadas de una medicalización excesiva se vuelven más visibles y muestran su impacto negativo en la calidad de la atención y el bienestar materno y neonatal. Además, conforme las cifras disminuyen, mantener una tendencia hacia la reducción requiere del abordaje en contextos de mayor vulnerabilidad, y por ende, de mayor dispersión (población indígena, rural, adolescente, migrante o en crisis humanitaria), manteniendo la calidad y sustentabilidad de los servicios de salud⁴⁹.

Las transiciones demográfica, epidemiológica y nutricional, junto con otras transformaciones socioeconómicas y culturales, resultan elementos centrales de esta perspectiva lo que permite orientar acciones territoriales⁵⁰. En el caso de México confluyen diversas etapas de esta clasificación, siguiendo una distribución desigual atribuida a ciertos determinantes sociales y la intersección de varios de ellos. En muchas entidades federativas, la RMM es inferior a la nacional media 30.6 y algunas de estas ya se encuentran en menos de 15, un aproximado a la meta establecida para 2030 en los ODS. Sin embargo, en comunidades indígenas con altos índices de marginación, la RMM es de alrededor de 50 y, si a esta población se agrega la variable de edad, la RMM en mayores de 35 años, asciende a más de 80 muertes maternas por cien mil nacidos vivos.

Por ello se requieren acciones diferenciales, orientadas a la mejora continua y al mantenimiento de la reducción de la mortalidad materna, entre las que destacan: implementar medidas dirigidas a la detección, atención y control de enfermedades crónico-degenerativas previas y concomitantes, y a la atención del riesgo pregestacional; favorecer una atención basada en evidencia y centrada en la mujer que evite procedimientos innecesarios; y desarrollar acciones específicas para las entidades federativas y grupos de población que presenten mayores dificultades en el acceso a la atención oportuna y calificada durante el embarazo, parto y puerperio.

En este sentido, algunas estrategias relevantes en el ámbito de la salud materna, son la detección pregestacional y en las etapas iniciales del embarazo de las comorbilidades asociadas para la identificación oportuna de los embarazos de alto

⁴⁹ Chaves, S. et al (2015) Obstetric transition in the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health: exploring pathways for maternal mortality reduction. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 37(4/5): 203-210.

⁵⁰ Souza, J.P (2014) *et al. op cit.*



riesgo, asegurando el acceso a servicios de atención obstétrica de calidad, con una referencia temprana a un segundo o tercer nivel de atención, según corresponda, además de la oportunidad y calidad del control prenatal con acciones efectivas para la prevención de complicaciones, la detección y referencia oportuna de VIH y sífilis para reducir el riesgo de transmisión materno-infantil, el índice de cesáreas, la implementación de estrategias comunitarias y la optimización de los recursos humanos y de infraestructura para mejorar el acceso y la calidad de los servicios.

El control prenatal oportuno se refiere a las consultas de primera vez otorgadas en el primer trimestre del embarazo. Hasta 2018, solamente el 36% del total de consultas de primera vez cumplen este criterio. Como parte de la atención prenatal, hay diversas medidas que contribuyen a reducir la ocurrencia y magnitud de las complicaciones, entre ellas, la detección de VIH y sífilis, cuya cobertura en 2018 fue del 63% y el 67% de mujeres embarazadas con pruebas rápidas realizadas en el control prenatal, respectivamente⁵¹.

Con relación a la resolución del embarazo, la evidencia internacional muestra un énfasis importante en el acceso a la atención segura, respetuosa y calificada del parto. En este sentido, una de las publicaciones más recientes de la OPS escala esta perspectiva de cuidados a una serie de recomendaciones para una experiencia de parto positiva, que además de mostrar beneficios directos, busca incidir en la reducción del número de cesáreas⁵². A nivel mundial, se considera que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y 15% del total de nacimientos, rango que constituye una medida eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal, pues por encima de esta cifra no hay datos que la asocien a una reducción de la mortalidad materna y perinatal⁵³.

De acuerdo con la OMS, la región de América Latina y el Caribe tiene las mayores tasas de cesáreas a nivel mundial (40.5%), por lo que la mayoría de estas se consideran innecesarias y pueden conducir a resultados adversos⁵⁴. En México, las cifras de cesárea se han mantenido prácticamente constantes en la última década con una tasa

⁵¹ Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. DGIS. Servicios otorgados SIS. Cubos dinámicos: 2019 plataforma, consolidado SINBA-PLIISA. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_serviciossis_gobmx.html

⁵² Organización Panamericana de la Salud OPS (2019) Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Organización Panamericana de la Salud.

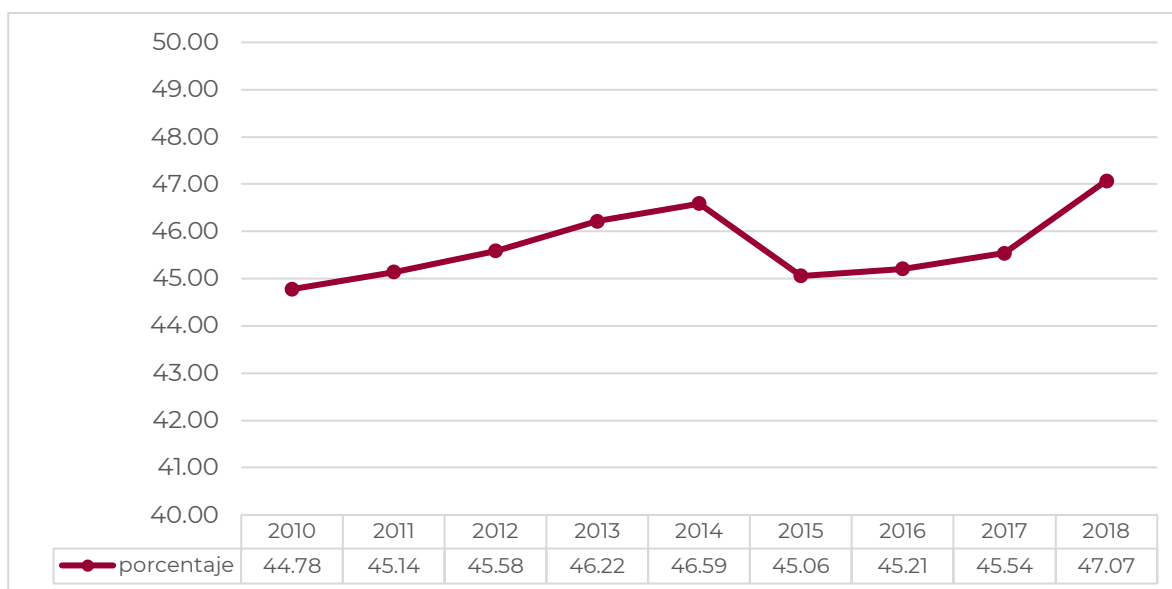
⁵³ Organización Mundial de la Salud OMS (2015) Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Ginebra, OMS.

⁵⁴ World Health organization (2018c) WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections. Geneva: World Health Organization.



promedio de 45%, mostrando una ligera tendencia al aumento (Gráfica 8), lo que constituye un llamado a la implementación de estrategias contundentes para mejorar este indicador.

Gráfica 8. Porcentaje de nacimientos por cesárea México (2010-2018)



Fuente: SALUD/DGIS Cubos Dinámicos SINAC, plataformas 2010-2014, SIS SINBA; 2015-2018⁵⁵.

Debido a este aumento en países de medianos ingresos que obedece a múltiples causas, la tasa de cesáreas se ha convertido en un indicador relevante de los servicios de salud sexual y reproductiva que da cuenta de la calidad, el apego a evidencias y recomendaciones, el uso óptimo de los recursos y la relación entre el personal de salud y las usuarias ⁵⁶.

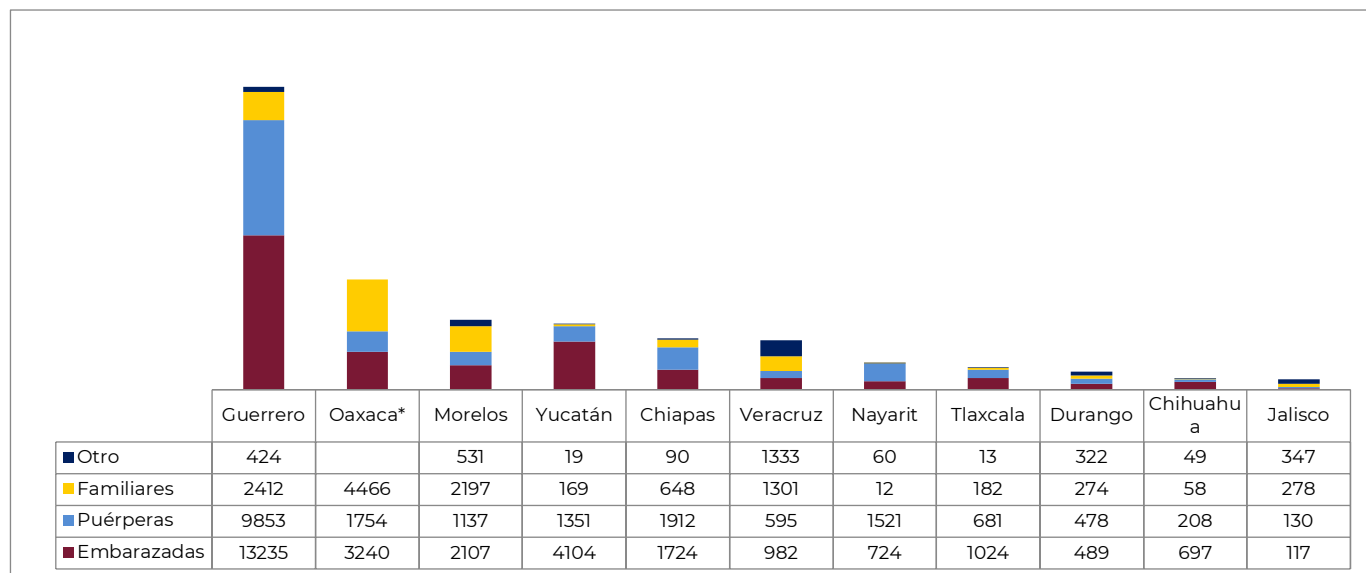
Para contribuir al fortalecimiento de la salud materna, se han implementado acciones comunitarias entre las que destacan la contratación de personas como enlaces interculturales hablantes de 23 lenguas indígenas en el país y un intérprete de lengua de señas mexicana, quienes ya se han incorporado a los servicios de salud de 11 entidades federativas, apoyando principalmente en la atención de mujeres durante el embarazo y el puerperio, así como a sus familiares (Gráfica 9).

⁵⁵ Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Cubos Dinámicos SINAC / DGIS, plataformas 2010-2014, SIS SINBA; 2015-2018. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_nacimientos_gobmx.html

⁵⁶ Uribe-Leitz T. (2019) Trends of caesarean delivery from 2008 to 2017, Mexico. Bull World Health Organ 2019;97:502-512.



Gráfica 9. Apoyo de enlaces interculturales por entidad federativa (2013-2019)



Fuente: SALUD/CNEGSR. Dirección de Atención a la Salud Materna y Perinatal (2019)

La gran diversidad sociocultural y étnica de la población en México, requiere abordajes incluyentes, principalmente porque son las poblaciones rurales e indígenas las que muestran las cifras más altas de RMM. Una estrategia central en este Programa es la inclusión de personal calificado no médico, de enfermería obstétrica y de partería profesional, para la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida, así como el fortalecimiento del primer nivel de atención en casos de bajo riesgo, y una distribución óptima y más equitativa de recursos, que permitirán acortar las brechas persistentes en la razón de mortalidad materna en el país⁵⁷. Además, en México, contamos con el registro de aproximadamente 293 parteras profesionales en los Servicios Estatales de Salud y hasta el primer semestre del 2019, la distribución del personal capacitado para la asistencia del parto consistía en 40% de enfermera especialista perinatal, 30% de licenciadas en enfermería y obstetricia, 19% corresponde a otra enfermera y el 11% a parteras técnicas.

Esta estrategia requiere que se garantice la capacitación adecuada del personal no médico para la identificación oportuna del riesgo obstétrico, así como en la atención inicial, la estabilización y el traslado seguro de la emergencia obstétrica, además de contar con una coordinación adecuada al interior de las RISS, una política de cero

⁵⁷ Deller B. et. al. (2015) Task shifting in maternal and newborn health care: Key components from policy to implementation. International Journal of Gynecology and Obstetrics 130 (2015) S25-S31.

rechazo, el correcto funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia así como la ejecución del Convenio interinstitucional para la atención de la emergencia obstétrica, el cual se encuentra vigente desde 2009⁵⁸.

Salud perinatal

La atención primaria en salud perinatal tiene como finalidad aumentar la supervivencia neonatal e infantil y prevenir la discapacidad, para lo cual se realizan acciones agrupadas en dos grupos de estrategias centrales: 1) la atención calificada durante la etapa prenatal y el parto y 2) la atención inicial de la persona recién nacida.

Las acciones para proteger la salud materna tienen un impacto directo en las principales causas de mortalidad perinatal, por lo que las acciones fundamentales están enfocadas en la atención y detección de riesgos en la etapa pregestacional, el control prenatal de calidad, el manejo oportuno de factores que puedan condicionar un parto pretérmino, la vigilancia cercana durante el trabajo de parto y el garantizar los cuidados inmediatos para la atención de la persona recién nacida⁵⁹.

Se estima que cada año ocurren alrededor de 2.6 millones de muertes prenatales y 2.7 millones de muertes neonatales⁶⁰; estos fallecimientos impactan de manera multifactorial a corto, mediano y largo plazo en la vida los padres, las familias, sus comunidades y en los profesionales de salud.

El mayor reto a nivel mundial en la prevención de la mortalidad prenatal es la falta de información específica sobre el número de casos y las causas desencadenantes. La mayor parte de los casos de muerte prenatal –sin importar el nivel de ingreso de los países– no se reportan asociados a sus causas, sino agrupados en dos categorías que representan alrededor del 50% de los casos: las “no explicables” y “otras causas”. En la mitad restante de los casos, se precisan algunas causas como la hemorragia en el embarazo, identificada en países de alto, medio y bajo ingreso; las anomalías

⁵⁸ Disponible en: <http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/ConvenioEO.pdf>

⁵⁹ Organización Mundial de la Salud OMS (2020) Mejorar la supervivencia y el bienestar de los recién nacidos <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>

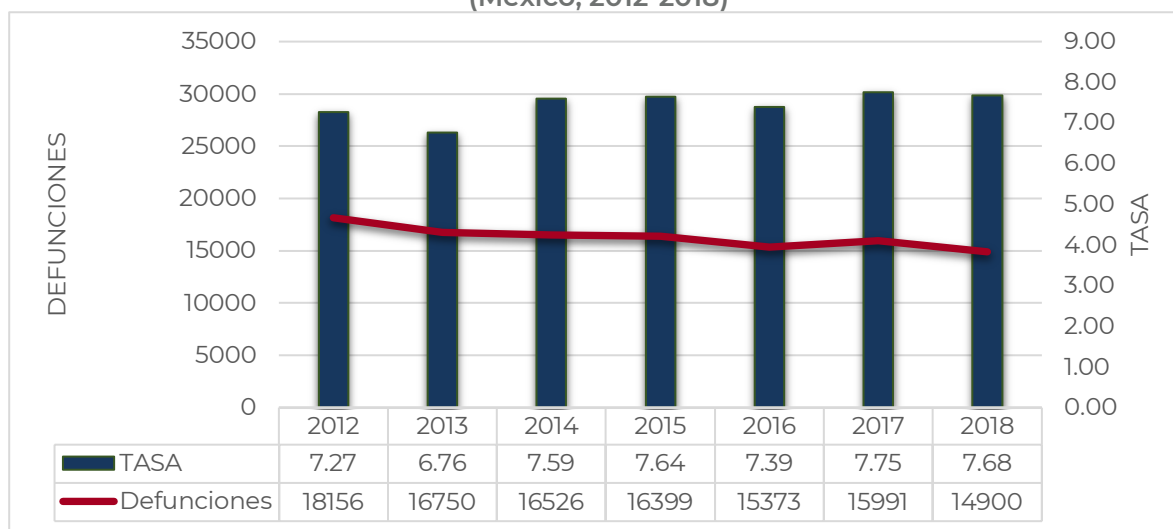
⁶⁰ Organización Mundial de la Salud (2017) Para que cada bebé cuente: auditoría y examen de las muertes prenatales y neonatales [Making every baby count: audit and review of stillbirths and neonatal deaths]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.



congénitas y la condición placentaria tienen mayor relevancia en países con ingreso alto, mientras que la hipoxia perinatal y la sepsis se observan en los de menor ingreso⁶¹.

Por otra parte, la evidencia internacional considera que tres cuartas partes de las muertes neonatales son prevenibles, así como la mayoría de las muertes que ocurren en el periodo intraparto. A nivel mundial, entre 1990 y 2016, la tasa de mortalidad neonatal se redujo sólo en 49%, y representa un porcentaje cada vez mayor del total de fallecimientos de infantes menores de un año; en México, esta tasa equivale al 62% de las muertes infantiles. La proporción creciente de muertes neonatales es un indicador de los desafíos para mantener y acelerar el progreso en materia de atención pregestacional, gestacional y supervivencia infantil. En la Gráfica 10, se muestran los leves cambios en las cifras de defunciones en recién nacidos vivos en los últimos seis años.

Gráfica 10. Tasa de mortalidad neonatal y número de defunciones
(México, 2012-2018)



Media Nacional 2012- 2018
7.42

Fuente: SALUD/DGIS/INEGI. Defunciones Neonatales 2012-2018.

TMN: La Tasa de Mortalidad Neonatal es el número de recién nacidos que mueren antes de alcanzar los 28 días de edad, por cada 1.000 nacidos vivos en un año determinado.

⁶¹ Reinebrant, H.E. et al (2017) Making stillbirths visible: a systematic review of globally reported causes of stillbirth. BJOG 2017; 125: 212-224.

Resulta necesario mejorar el registro y auditoría de la mortalidad perinatal, tanto en términos numéricos, como en el análisis de las causas y los factores asociados y contextuales que se intersectan en estas defunciones, para establecer medidas de prevención y reducción de las muertes perinatales, mejorar la distribución de los recursos y la implementación de estrategias que garanticen el acceso y calidad de los servicios de salud para las mujeres embarazadas y la persona recién nacida⁶².

Para hacer más eficiente la auditoría y el reporte de las defunciones fetales, la OMS/OPS señala que es obligatoria a partir de la semana 28 y opcional a partir de la semana 24, por lo que el formato actual del certificado de defunción fetal a partir de la semana 12, aún vigente en nuestro país, poco o nada puede aportar al esclarecimiento de las causas de muerte fetal o neonatal. En este sentido, es necesario impulsar cambios en dicho certificado además de mejorar la auditoría de las muertes prenatales que garanticen los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres durante las diferentes etapas de la gestación⁶³.

Las principales causas de mortalidad neonatal durante el 2017 fueron afecciones respiratorias, infecciones, malformaciones cardíacas y prematuridad. Dado que las causas congénitas en general, y las cardíacas en particular, representan una causa importante de mortalidad perinatal y neonatal, se requiere de un diagnóstico y tratamiento oportunos y con frecuencia de alta complejidad, así como una formación ética en las y los profesionales de la salud, y garantizar el acceso a los padres a información que les permita la toma de decisiones éticamente complejas, cuando el caso así lo requiera.

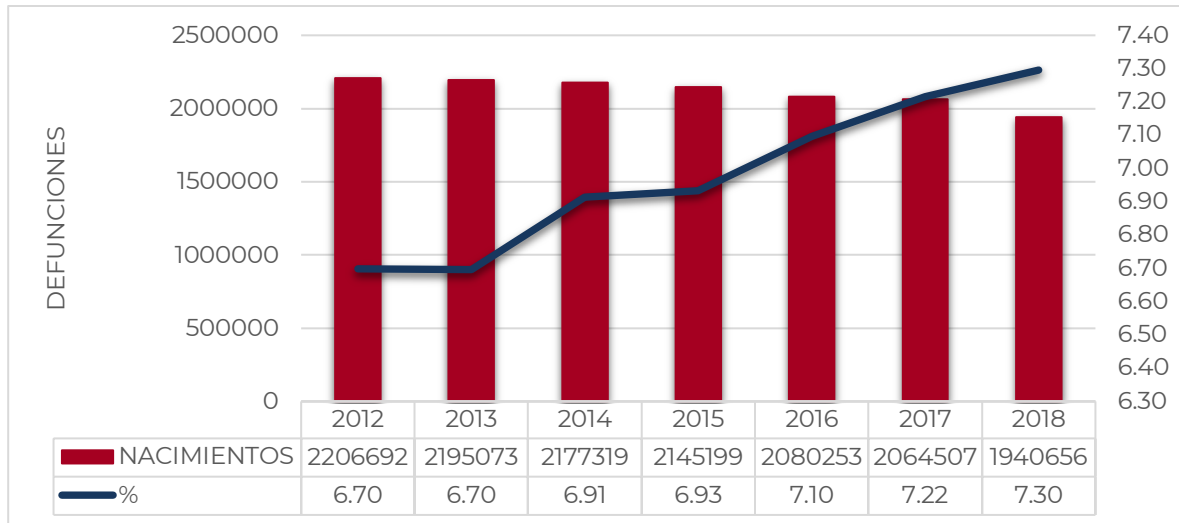
La prematuridad, al igual que el bajo peso al nacer, predispone a una mayor morbilidad y mortalidad durante los primeros días de vida, mientras que, en la etapa adulta, se asocia al desarrollo de padecimientos como hipertensión arterial, dislipidemias y diabetes mellitus. Alrededor de 7% de los recién nacidos presentan bajo peso y cada año nacen más de 120 mil prematuros moderados, cifra equivalente al 7.3% de los nacimientos, la cual ha tenido un incremento progresivo, como se detalla en la Gráfica 11.

⁶² Organización Mundial de la Salud OMS (2017). Para que cada bebé cuente: auditoría y examen de las muertes prenatales y neonatales [Making every baby count: audit and review of stillbirths and neonatal deaths]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

⁶³ OMS (2017) *op cit*.



Gráfica 11. Porcentaje de prematuridad a nivel nacional
(México, 2012-2018)



Media Nacional 2012- 2018
6.97

Fuente: SALUD/DGIS. Cubos Dinámicos/Nacimientos 2018.

Es relevante señalar que la mayoría de estas causas son prevenibles, sin embargo, requieren de acciones transversales y tempranas para evitar o reducir el daño relacionado. Algunas intervenciones prioritarias basadas en la evidencia científica son el control prenatal oportuno y de alta calidad, el apoyo nutricional y de oligoelementos (ácido fólico) durante el periodo pregestacional y en las etapas iniciales del embarazo, el manejo adecuado de infecciones, la detección de factores de riesgo de parto prematuro y el uso de esteroides en amenaza de parto pretérmino, además de cuidados adicionales para personas recién nacidas como el uso de surfactante, el CPAP nasal, el programa de madre y/o padre canguro y la alimentación con leche humana. Para la mortalidad por hipoxia-asfixia, que actualmente ocupa el quinto lugar en las causas de muerte, se ha instrumentado la estrategia de fortalecimiento de competencias en reanimación neonatal, a través del “Programa Ayudando a Respirar a los Bebés” (PARAB) capacitando a 2,789 profesionales de la salud⁶⁴.

⁶⁴ SALUD/CNEGSR. Dirección de Atención a la Salud Materna y Perinatal.

Un siguiente nivel, consiste en la prevención de la discapacidad mediante el tamiz metabólico y auditivo neonatal. En relación al tamiz metabólico, la oportunidad de toma de muestra pasó de siete días en 2012 a cinco días en el 2018; la oportunidad terapéutica disminuyó de 77 días en 2016, a 38 días en 2018 y el porcentaje del acceso a pruebas confirmatorias fue de 24% en 2012 a 92% en 2018. El programa de Tamiz Auditivo Neonatal e Intervención Temprana fue implementado en 2009 y a partir de entonces se distribuyó equipo portátil a las unidades hospitalarias, se crearon 45 servicios audiológicos y ocho centros para colocación de implante coclear. En 2019, la cobertura incrementó a 48%, en comparación con el 28% existente en 2012⁶⁵.

Finalmente, la evidencia científica muestra que una intervención esencial y costo-efectiva para disminuir la morbilidad neonatal, es la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012) los índices de lactancia se encontraban por debajo de las recomendaciones de la OMS. Derivado de la implementación de la Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2012-2018, se duplicó el porcentaje de lactancia exclusiva hasta los seis meses de vida, llegando a 30% (ENSANUT 2018-19); el inicio temprano también incrementó de 38% a 48%, la lactancia materna predominante hasta los seis meses de 25% a 40%; y la lactancia materna continua hasta los dos años pasó de 14% a 29%.

Tabla 1. Número de Hospitales Nominados con los criterios de la OMS/UNICEF en la Iniciativa Hospital amigo del Niño y de la Niña (IHANN).

Año	Hospitales Nominados de IHANN
2012	18
2013	23
2014	32
2015	23
2016	40
2017	43
2018	29
2019	32

Fuente: SALUD/CNEGSR. Dirección de Atención a la Salud Materna y Perinatal (2019).

⁶⁵ SALUD/CNEGSR. Dirección de Atención a la Salud Materna y Perinatal.



Tabla 2. Número de Unidades de Primer Nivel de Atención Nominadas con los criterios de la OMS/UNICEF como Unidades Amigas del Niño y de la Niña (UANN).

Año	Unidades Primer Nivel Nominadas de UANN
2018	9
2019	17

Fuente: SALUD/CNEGSR. Dirección de Atención a la Salud Materna y Perinatal (2019).

Tabla 3. Acciones realizadas en Bancos de Leche

Acciones realizadas en el BLH	2019
Mujeres atendidas	192,853
Mujeres donadoras	16,284
Niños Beneficiados	278,904
Mililitros pasteurizados	12'095,380

Fuente: SALUD/CNEGSR. Dirección de Atención a la Salud Materna y Perinatal (2019).

Además de dar continuidad a intervenciones que han demostrado eficacia para el incremento de la lactancia materna como es la “Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Niña”, se fomentan los bancos de leche humana para recién nacidos prematuros, enfermos o que no puedan acceder a la lactancia y, la vigilancia del cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna⁶⁶. Es fundamental que las estrategias incentiven la lactancia materna voluntaria, a través de información completa, asesoría efectiva y apoyo continuo a la mujer, por parte de personal de salud debidamente calificado, y habiliten entornos propicios, partiendo de que el espacio de la lactancia es el espacio público, no obstante, las necesidades y preferencias de las mujeres pueden requerir de la adecuación de espacios y otras acciones afirmativas.

⁶⁶ Organización Mundial de la Salud OMS (1981). Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42533/9243541609_spa.pdf?ua=1



Aborto seguro

La Organización Mundial de la Salud define aborto como la terminación de un embarazo antes de las 22 semanas completas de gestación o cuando el producto pese menos de 500 gramos⁶⁷. En cuanto al aborto seguro, especifica que se refiere a aquellos procedimientos que se realizan con un método recomendado por la propia OMS, acorde con la duración del embarazo y atendido por una persona con las habilidades necesarias para ello; incluye la atención del aborto espontáneo e inducido (en embarazos viables y no viables), el aborto incompleto y la muerte fetal intrauterina⁶⁸. Así, los servicios de aborto seguro comprenden el uso de tecnologías como medicamentos y la aspiración manual endouterina (AMEU), la competencia técnica de equipos multidisciplinarios, el manejo del dolor durante el procedimiento y la anticoncepción postaborto.

No obstante, se ha estimado que entre 2010 y 2014 el 45% (25.1 millones) de los abortos que ocurrieron cada año en el mundo fueron inseguros. La evidencia mundial señala que en América Latina, tres de cada cuatro abortos practicados ocurren sin condiciones de seguridad⁶⁹. Esto significa que fueron procedimientos practicados por una persona carente de la capacitación necesaria, utilizando un método obsoleto como el legrado, realizados en un entorno que no cumple con las normas sanitarias mínimas, o bien que se combinaron estas circunstancias⁷⁰.

Además, los abortos inseguros son una causa de atención hospitalaria de urgencia con un alto costo para las mujeres y los sistemas de salud, debido a las complicaciones con las que se encuentran asociados⁷¹. Las consecuencias no mortales de un aborto complicado afectan seriamente la salud y la calidad de vida de las mujeres. Se ha calculado que la carga de enfermedad del aborto inseguro (expresada como años de vida saludables perdidos) es responsable de la pérdida del 14% de todos los años de

⁶⁷ Organización Mundial de la Salud (2017) Para que cada bebé cuente: auditoría y examen de las muertes prenatales y neonatales [Making every baby count: audit and review of stillbirths and neonatal deaths]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://apps.who.int/iris>

⁶⁸ World Health Organization WHO (2019d). Preventing unsafe abortion. Evidence brief. WHO. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>

⁶⁹ Ganatra B, Gerdtz C, Rossier C, Johnson Jr B R, Tuncalp Ö, Assifi A, Sedgh G, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Bearak J, Kang Z, Alkema L. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. The Lancet, septiembre de 2017.

⁷⁰ World Health Organization WHO (2019d). Preventing unsafe abortion. Evidence brief. WHO. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>

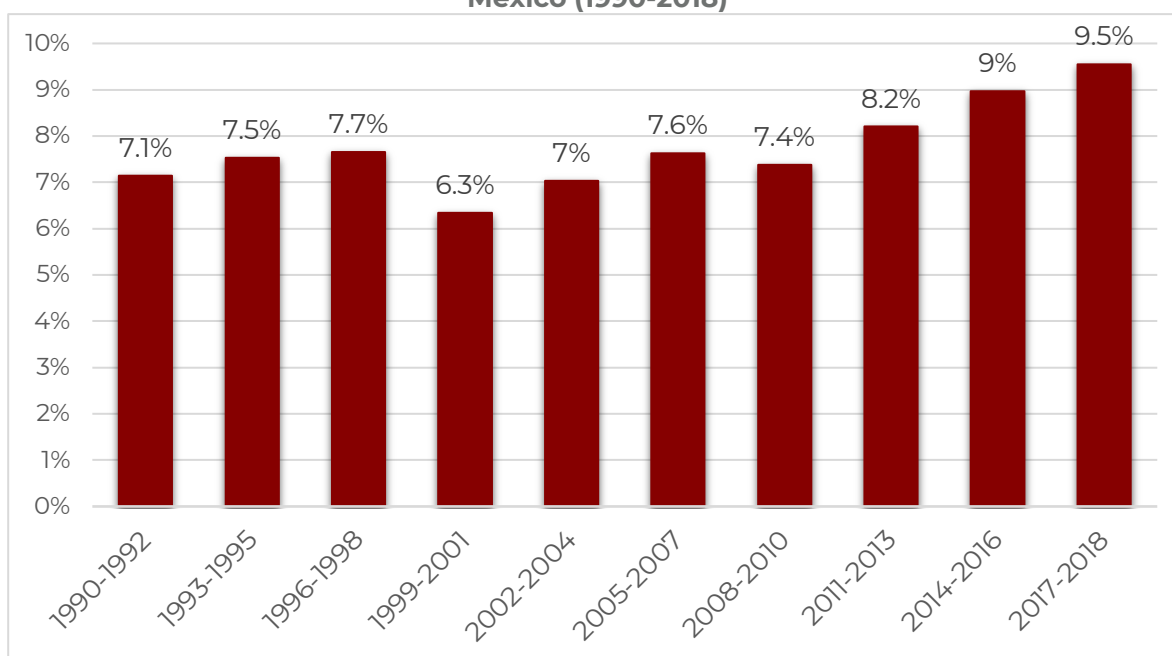
⁷¹ Singh S, Maddow-Zimet I. Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012: a review of evidence from 26 countries. BJOG 2015; publicado en línea el 19 de agosto. DOI:10.1111/1471-0528.13552.



vida saludable perdidos relacionados con las complicaciones del embarazo, lo que corresponde a 5 millones de años de vida productiva perdidos para las mujeres en todo el mundo⁷². Esta situación también se observa en nuestro país y tiene una distribución diferencial⁷³ asociada con las condiciones desiguales de acceso a los servicios de salud.

Entre 1990 y 2016, en México se registraron 2408 muertes relacionadas con el aborto: 305 mujeres adolescentes de entre 15 y 19 años de edad y 13 niñas de 10 a 14 años murieron por esta causa⁷⁴. En 2018, cerca del 9.5% de defunciones maternas fueron por este motivo (Gráfica 12), mientras que el embarazo ectópico causó entre 3 y 5% de dichas muertes⁷⁵.

**Gráfica 12. Porcentaje de muertes maternas relacionadas con aborto
México (1990-2018)**



Fuente: INEGI. Mortalidad. Conjunto de datos: Mortalidad general. Información de 1990 a 2018⁷⁶

Nota: las muertes son por año de registro

⁷² Grimes et al. (2006) Unsafe abortion: the preventable pandemic. Lancet 2006;368:1908-19 | DOI:10.1016/S0140-6736(06)69481-6.

⁷³ Schiavon & Troncoso (2020) Inequalities in access to and quality of abortion services in Mexico: Can task-sharing be an opportunity to increase legal and safe abortion care?. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 150, 25-33. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ijgo.13002>

⁷⁴ INEGI 2020. Estadísticas de Mortalidad. Consulta de Defunciones maternas totales por año y edad.

⁷⁵ Esta patología en particular tiene como uno de sus factores de riesgo a la enfermedad pélvica inflamatoria, de ahí la importancia de que reciba el diagnóstico y manejo de pareja adecuado, cuando sea el caso.

⁷⁶ INEGI. Mortalidad. Conjunto de datos: Mortalidad general. Información de 1990 a 2018. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/continuas/mortalidad/MortalidadGeneral.asp>

La tasa de letalidad por aborto a nivel nacional, ha tenido un descenso considerable durante dicho periodo, pasando de 54 a 33 muertes por cada 100,000 casos. La Ciudad de México tiene mayores tasas de utilización de los servicios por aborto comparado con el nivel nacional, su tasa de letalidad es menor y se observa un declive a partir de la introducción de la Interrupción Legal del Embarazo (ILE), alcanzando el valor más bajo en 2015 con 12 muertes por 100,000 casos; por el contrario, las entidades del sureste con bajas tasas de utilización, tienen altas tasas de letalidad, como es el caso Guerrero y Chiapas con 96 y 84 muertes por 100,000 casos, respectivamente⁷⁷.

La evidencia ha documentado una relación significativa: a mayor restricción legal, mayor cantidad de prácticas inseguras con respecto al aborto por la peor calidad de los servicios y menor acceso a éstos. La tasa de atención oportuna del aborto seguro con los procedimientos adecuados, guarda una relación inversa con la tasa de letalidad. Las interpretaciones restrictivas a leyes y normas, no disminuyen su incidencia, pero sí su seguridad⁷⁸.

A nivel mundial, alrededor del 6% de mujeres en edad fértil viven en países en donde el aborto está prohibido y el 37% en lugares en donde es permitido sin restricciones, el resto se encuentra en diversas gradaciones entre la prohibición y la legalización. En donde el aborto es legal sin acotarse a causales, el número de procedimientos no es mayor con respecto a países con leyes restrictivas, pues se estima una tasa de aborto de 37 por 1,000 mujeres en países que lo prohíben totalmente o para salvar la vida de la mujer y de 34 por 1,000 en países que permiten el aborto sin restricciones⁷⁹. Entre los años 2000 y 2017, 33 países ampliaron las circunstancias bajo las cuales el aborto es permitido legalmente⁸⁰.

En México, en las 32 entidades federativas los servicios para llevar a cabo una interrupción del embarazo por violación, están asegurados en la Ley General de Víctimas, la Norma Oficial Mexicana 046-SSA-2005 y la Guía de Práctica Clínica para la Prevención, detección y atención de la violencia contra las mujeres de 12 a 59 años de

⁷⁷Schiavon & Troncoso (2020) *op. cit*

⁷⁸ Singh, S., Remez, L., Onda, T., Sedgh, G. (2017). *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access*. New York: Guttmacher Institute, 2018. Recuperado el 12 de febrero de 2021, de https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/abortion-worldwide-2017.pdf

⁷⁹ Bearak J et al., (2020) Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019, *Lancet Global Health*, 2020, 8(9), [http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30315-6/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30315-6/fulltext).

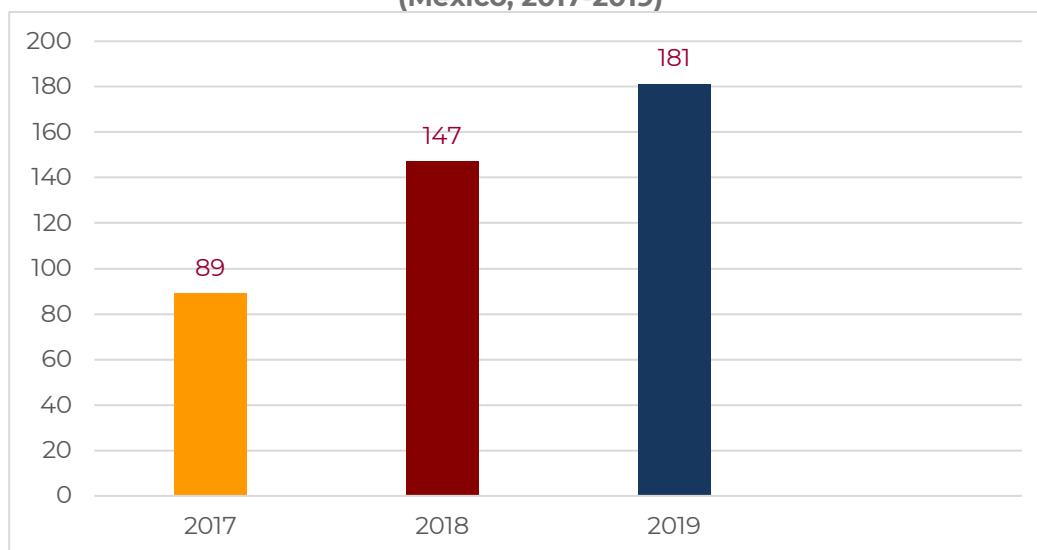
⁸⁰ Singh, S., et.al. (2018) *op. cit*.



edad, con énfasis en violencia sexual⁸¹. No obstante, la evidencia sobre los casos que ha resuelto la Suprema Corte de Justicia de la Nación relacionados con el acceso a interrupción del embarazo por causal violación⁸² muestra que estos servicios no están disponibles en los servicios de salud de forma oportuna.

A pesar de ello, desde las modificaciones a la Ley General de Víctimas en 2013 y a la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005 en 2016, el acceso al aborto seguro cuando se trata de embarazos producto de una violación ha incrementado paulatinamente, alcanzando un total de 384 procedimientos registrados a nivel nacional durante el periodo 2017-2019 (Gráfica 13).

**Gráfica 13. Interrupción del embarazo producto de una violación sexual
(México, 2017-2019)**



Fuente: SALUD/CNEGSR. Dirección de Violencia Intrafamiliar (2019).

En general, se estima que el número de atenciones por aborto en los servicios públicos de salud en México entre 2000 y 2016, fue de 3,351,704 en mujeres de 15 a 44 años. Se observó una tendencia de aumento, siendo el pico en 2012 con 228,650 casos (tasa de 7.9 por 1,000 mujeres). Posteriormente se presentó un descenso, llegando a 209,018 casos (7 por cada 1,000 mujeres). Cabe destacar que en Ciudad de México a partir de la

⁸¹ Secretaría de Salud (2018) Prevención, detección y atención de la violencia contra las mujeres de 12 a 59 años de edad, con énfasis en violencia sexual. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México

⁸² Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Amparo en Revisión 601/2017 y 1170/ 2017. Recuperados, respectivamente, el 16 de marzo de 2021, de https://www.scjn.gob.mx/derechos-humanos/sites/default/files/sentencias-ematicas/sentencia/2020-01/AR%20601_2017.pdf y de: https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/sinopsis_asuntos_destacados/documento/2018-05/2S-180418-JFFGS-1170.pdf



introducción de los servicios de ILE en 2007, se observó un incremento pronunciado de la demanda de los servicios y posteriormente una meseta⁸³. Este mismo comportamiento se ha identificado en otros países cuando legalizan el aborto.

Sin embargo, la seguridad de la atención del aborto no depende solo de un marco legal liberal, sino de la adecuada implementación de los servicios para garantizarlo⁸⁴. En condiciones seguras, las evidencias internacionales estiman el riesgo de una muerte por cada 100,000 procedimientos⁸⁵. En esa medida, el aborto seguro es un marcador relevante de acceso y calidad de la atención que no se reduce a las categorías legales de los abortos inducidos, ya que contempla el abordaje de varias condiciones clínicas que se presentan con alta frecuencia en los servicios de salud. Frecuentemente se presentan barreras en la disponibilidad y acceso oportuno al aborto como las interpretaciones restrictivas de las leyes, la falta de información de las y los profesionales de la salud y el estigma, la solicitud de requisitos innecesarios, como periodos obligatorios de espera, consejería obligatoria, autorización por una tercera instancia y pruebas médicas no indicadas o información errónea que conduce al retraso en la atención⁸⁶.

La morbilidad, las secuelas y mortalidad vinculadas a estas barreras y al aborto inseguro son un grave problema de salud pública, de justicia social y de falta de garantía de los derechos humanos, toda vez que pueden prevenirse mediante un continuo de acciones como la educación integral en sexualidad, los servicios de anticoncepción y el acceso a servicios de aborto seguro y legal, así como la atención oportuna de las complicaciones.

Desde un marco de derechos humanos, las acciones y omisiones de los Estados que llevan a recurrir a un aborto inseguro, han sido reconocidas internacionalmente como incumplimientos graves a la protección de los derechos reproductivos por las consecuencias a largo plazo que tienen en la salud y calidad de vida de las mujeres⁸⁷.

⁸³ Schiavon & Troncoso (2020) *op. cit*

⁸⁴ Ganatra B, Tunçalp Ö, Johnston HB, Johnson BR, Gülmezoglu, Temmerman M (2014) From concept to measurement: operationalizing WHO's definition of unsafe abortion. Bull World Health Organ 201;92:155|<http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.136333>

⁸⁵ World Health Organization WHO (2019d). *op.cit*

⁸⁶ World Health Organization (2015). Safe Abortion: Technical and policy guidance for health systems. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/173586/WHO_RHR_15.04_eng.pdf?sequence=1

⁸⁷ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General Núm. 24, La Mujer y la Salud (artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer), párrafo 11.

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de México, 2018, párrafo 42.



Además, considerando que alrededor de 10% de los embarazos intencionados o deseados terminarán en una pérdida gestacional o muerte fetal intrauterina⁸⁸ que requerirá de un manejo clínico, la atención efectiva, segura, respetuosa y sin discriminación o estigmatización, es un marcador altamente sensible de la calidad de los servicios. Así, la incorporación de las tecnologías señaladas (aborto farmacológico y evacuación endouterina), acompañado de una consejería completa, permite en la mayoría de los casos, la atención ambulatoria e incluso domiciliaria, evitando que las mujeres sean atendidas en las salas obstétricas junto con las mujeres que darán a luz y separadas de su red de apoyo familiar y social. Los estándares internacionales recomiendan el tránsito hacia la atención ambulatoria del aborto y califican los procedimientos de legrado uterino instrumental, todavía ampliamente utilizados en México, como obsoletos⁸⁹.

En México, toda persona con capacidad de gestar, incluyendo a niñas y adolescentes, tiene derecho al acceso universal a la protección de la salud, incluida la sexual y reproductiva. Por ello, sin distinción pueden solicitar servicios de aborto seguro, en los marcos previstos por la ley. En estos casos, las personas deberán ser provistas de toda la información necesaria para tomar una decisión informada que asegure la promoción de su salud y el respeto a sus derechos humanos, incluyendo los principios de equidad y no discriminación por etnia, edad, sexo o género, estatus socioeconómico, migratorio o jurídico. Las personas pueden elegir de forma libre e informada la mejor alternativa de manejo sobre la continuidad de un embarazo, así como el número, espaciamiento y periodicidad de sus hijos e hijas con información científica, clara, veraz, completa, culturalmente pertinente y libre de estigmas.

Es el derecho de toda persona a acceder y disfrutar de los beneficios del progreso científico y sus aplicaciones. Por ello, garantizar el acceso a servicios de aborto seguro, según el marco legal vigente, es un objetivo prioritario que se impulsa a través de este Programa de Acción Específico.

⁸⁸ Moradinazar M, Najafi F, Nazar ZM, Hamzeh B, Pasdar Y, Shakiba E (2020). Lifetime Prevalence of Abortion and Risk Factors in Women: Evidence from a Cohort Study. *Journal of Pregnancy*, 2020, 1–8. doi:10.1155/2020/4871494

⁸⁹ Organización Mundial de la salud OMS (2019) Manejo médico del aborto. Suiza. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328166/9789243550404-spa.pdf?ua=1>



Violencia de género

La violencia contra las mujeres constituye un grave problema de salud pública y una violación a sus derechos humanos. Los distintos tipos y manifestaciones de la violencia de género, ocasionan graves problemas de salud física, mental, sexual y reproductiva a corto, mediano y largo plazo para las personas y particularmente las mujeres que lo enfrentan. En ese sentido, las violencias no solo afectan la interdependencia de los distintos ámbitos de la salud de las mujeres, sino que, también tienen un elevado costo social y económico para los sistemas de salud y la sociedad en general.

En el mundo, una de cada tres (35%) mujeres han enfrentado, en algún momento de su vida, violencia física y/o sexual de parte de su pareja o violencia sexual infringida por terceros. Así mismo, el 38% de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por su pareja hombre. Este problema de salud converge con otros problemas sociales⁹⁰. Históricamente, pertenecer a lugares de alta y muy alta marginación o identificarse con algún grupo indígena, se traduce en una profundización de las desigualdades y obstaculiza el ejercicio de los derechos de las mujeres. Los efectos y daños de las diferentes modalidades de violencia y particularmente la violencia sexual contra las mujeres, son variados e impactan de manera multidimensional la salud física, mental y psicosocial de las mujeres y sus comunidades, lo que requiere una atención focalizada y urgente⁹¹.

México forma parte de la suscripción de diversas disposiciones internacionales⁹²; sin embargo, aún cuenta con diversos retos para atender, prevenir, erradicar y sancionar la violencia ejercida contra las mujeres.

El sector salud tiene un papel relevante en el abordaje de la violencia de género; la Secretaría de Salud instauró desde el año 2003, el Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual. Desde un enfoque de salud pública se

⁹⁰ Organización Mundial de la Salud (2013) Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer. Prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/es/>

⁹¹ Organización Mundial de la Salud (2021) Violencia contra las mujeres. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

⁹² Convención Interamericana para la Prevención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra la Mujer (Convención Belém do Pará) (CEDAW 18-12-1979) y su Comité de vigilancia (CEDAW); Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PDESC, 16-12-1966) y su Comité de vigilancia (CDESC); Convención Americana sobre Derechos Humanos; Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales (Protocolo de San Salvador, 17-11-1988).



planteó el abordaje con el establecimiento de un Modelo Integrado para definir los servicios esenciales, especializados y los principales flujos de atención. Este Modelo Integrado ha sido implementado en las 32 entidades federativas y ha progresado en la definición de protocolos, rutas y consolidación de los equipos de prevención y atención.

No obstante, es necesario fortalecer diferentes acciones, entre ellas: la disponibilidad de los insumos para la atención profiláctica y terapéutica en casos de violencia sexual, incluido el abuso sexual infantil, la referencia oportuna a servicios de apoyo, favorecer el registro apropiado de información, fomentar la investigación, abordar específicamente los contextos que incrementan el riesgo de exposición y vulnerabilidad, como las crisis epidemiológicas, humanitarias y la migración, definir políticas de prevención intersectoriales y presupuestos asignados que, en conjunto, implican el pleno reconocimiento de la violencia como un problema de salud⁹³.

En México, a pesar de que la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005 es de observancia obligatoria y establece claramente que el personal de salud debe registrar y notificar los casos de violencia, no se cuenta con información suficiente y consistente que permita determinar un panorama epidemiológico desde los sistemas de registro de información en salud actuales. A pesar de ello, los datos disponibles en encuestas de población dan cuenta de la magnitud del problema.

De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2016), a nivel nacional el 66.1% de las mujeres mayores de 15 años han sufrido, al menos, un incidente de violencia a lo largo de su vida. Adicionalmente, el 4.4% de ellas refiere haber padecido algún episodio de violencia sexual durante su infancia y adolescencia, antes de los 15 años de edad⁹⁴. Sin embargo, las atenciones para los casos de violencia sexual en los servicios de salud, no siempre ocurren en las primeras 72 horas, periodo que permite la profilaxis para prevenir ITS como el VIH, no son registradas adecuadamente, y muchas veces no se realizan las acciones que corresponden.

⁹³ Organización Mundial de la Salud (2016). Global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children. Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/global-plan-of-action/en/>

⁹⁴ INEGI. (2016) Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares ENDIREH-2016, México. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2016/>



Las cifras disponibles visibilizan aspectos relacionados a la solicitud y el acceso a servicios de prevención y atención. En la Tabla 4 se muestra el número de atenciones y consultas otorgadas en los Servicios Especializados de Atención a la Violencia de la Secretaría de Salud, por tipo de atención.

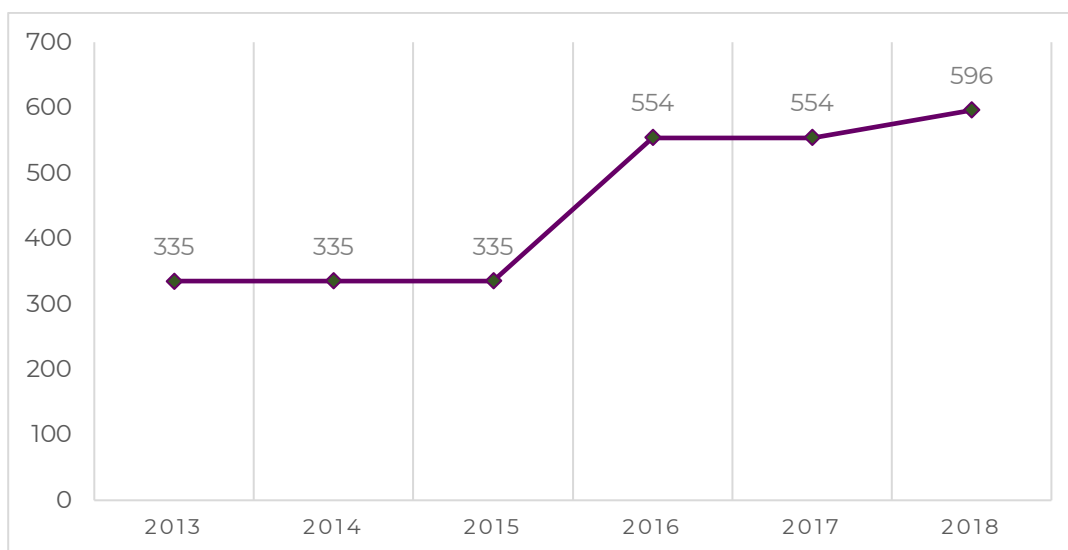
Tabla 4. Atenciones otorgadas en Servicios Especializados de Atención a la Violencia, México (2013-2018)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Atenciones	198,951	218,835	230,225	267,849	272,077	261,544	1,449,481
Consejerías	456,022	515,312	501,812	560,086	515,026	533,271	3,081,529
Consultas psicológicas	465,344	531,524	601,913	736,849	717,190	673,158	3,725,978
Atenciones médicas	98,823	94,935	103,353	139,551	120,031	120,812	677,505

Fuente: SALUD/CNEGSR. Dirección de Violencia Intrafamiliar (2019)

Para el caso de los Servicios Especializados de Atención a la Violencia Severa se muestra un incremento progresivo (Gráfica 14). Hasta 2018, se reportan casi 600 servicios instalados, para los casos de violencia extrema, existen 52 refugios en donde se han atendido más de 29,000 personas en los últimos seis años, de acuerdo con el desglose de las cifras de la Tabla 5.

Gráfica 14. Servicios Especializados de Atención a la Violencia de Género instalados México (2013-2018)



Fuente: SALUD/CNEGSR. Dirección de Violencia Intrafamiliar (2019).



Tabla 5. Número de mujeres, sus hijos e hijas atendidas en servicio de refugio México (2013-2018)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Mujeres	1,909	1,882	1,806	2,048	1,613	1,523	10,781
Niñas	1,691	1,685	1,475	1,727	1,308	1,293	9,179
Niños	1,658	1,632	1,578	1,753	1,225	1,250	9,096
Total personas	5,258	5,199	4,859	5,528	4,146	4,066	29,056
Total refugios	42	44	45	51	45	42	52

Fuente: SALUD/CNEGSR. Dirección de Violencia Intrafamiliar (2019).

Es indispensable que las estrategias para prevenir y atender la violencia de género estén enfocadas en la prevención y atención oportuna y en limitar los daños, considerando tanto sus consecuencias para la salud, como la multiplicidad de factores de riesgo asociados a los diferentes tipos de violencia, entre los que destacan⁹⁵:

- Contextos estructurales de violencia y marcos jurídicos con sanciones débiles para todos los tipos de violencias, particularmente la violencia sexual.
- Normatividades comunitarias, valores culturales, religiosos o actitudes que aceptan, normalizan y promueven la violencia, la inequidad de género y las relaciones asimétricas entre los géneros.
- Ideologías que atribuyen a los hombres la titularidad de bienes y/o leyes que promuevan la desventaja de las mujeres prohibiendo la tenencia de la tierra, el divorcio o la custodia de los hijos e hijas.
- Bajo nivel educativo y que la mujer no cuente con empleo remunerado.
- Exposición previa a maltrato infantil y haber sido/ser testigo de violencia de género.
- Historia de trabajo sexual o múltiples parejas sexuales.
- Problemas de salud mental.
- Uso nocivo de alcohol o drogas.

Para ello se requiere el fortalecimiento de los principios básicos de la atención de violencia en el ámbito de la salud incluidos en la Figura 2.

⁹⁵ Organización Mundial de la Salud (2016). Global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children. Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/global-plan-of-action/en/>



Figura 2. Ejes básicos y competencias para la atención de violencia sexual y de género en los servicios de salud.



Fuente: SALUD/CNEGSR. Dirección de Violencia Intrafamiliar (2019).

En este sentido, las acciones puntuales de este Programa están estrechamente relacionadas con el impacto de la violencia en la salud; es fundamental proveer servicios adecuados de prevención y atención de la violencia y promover la demanda de estos servicios por parte de la población.

v. Salud sexual y reproductiva como agenda de transformación social

En México, existe una amplia trayectoria en el desarrollo de políticas, programas y estrategias en salud sexual y reproductiva que han permitido avanzar en el abordaje de los problemas prioritarios. Sin embargo, a pesar de la vasta experiencia en el campo, se requiere de una reflexión profunda y de un análisis crítico que dé apertura a una nueva etapa, para extender los límites de las acciones que ya no están teniendo el impacto esperado en los indicadores nacionales.

En cierta medida, esto se explica porque los avances en salud sexual y reproductiva han sido desiguales y es el momento de acortar las brechas existentes con estrategias específicas y adecuadas a los contextos locales. Aun cuando no se cuenta con el nivel de desagregación óptimo que se requeriría para establecer indicadores más sensibles, un análisis de los índices de desarrollo humano, los determinantes sociales y factores estructurales permite una lectura diferencial de las cifras actuales que constituyen la línea de base para este Programa.

Para una política social basada en el desarrollo equitativo y sostenible, atender la salud sexual y reproductiva de las poblaciones es un eje esencial, toda vez que, cuando se atiende a la desigualdad social emergen las condiciones y posibilidades para implementar agendas transformadoras, y sistemas de salud que garanticen el acceso, la distribución de los recursos y la prestación de servicios basados en evidencia, al interior de sociedades respetuosas y equitativas.

El Programa tiene como objetivo contribuir al fortalecimiento de un Sistema Nacional de Salud para mejorar el acceso de la población a los servicios de salud sexual y reproductiva; cubriendo con eficacia, eficiencia y equidad la necesidad satisfecha de servicios, la atención integral apegada a los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos, así como un aumento en la demanda de estos servicios por parte de la población, enfocados principalmente en reducir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal; reducir los embarazos no planeados y/o de alto riesgo; incrementar el acceso a la atención del aborto seguro; reducir la incidencia de infecciones de transmisión sexual en población adolescente así como reducir los daños a la salud ocasionados por la violencia de género y la violencia sexual.

La atención integral de la salud sexual y reproductiva de este Programa de Acción Específico surge a partir del eje *“no dejar a nadie afuera ni dejar a nadie atrás”* por lo cual busca diversificar las acciones tomando en consideración que la salud de las personas está estrechamente vinculada con las condiciones de género, edad, adscripción étnica y cultural, estatus socioeconómico, condición jurídica y migratoria.

Ante condiciones adversas como las que pueden presentarse durante el periodo de este PAE (2020 - 2024), como las denominadas emergencias epidemiológicas, situaciones humanitarias y/o de conflicto, y siguiendo las recomendaciones de la OMS, la atención a la salud sexual y reproductiva es un problema de salud pública que



requiere atención prioritaria y los servicios para garantizar el respeto a los derechos sexuales y reproductivos, son esenciales, es decir, ante ninguna situación y/o contexto debe suspenderse o interrumpirse.

La falta de continuidad en los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva impacta de manera diferencial a las mujeres, adolescentes y las niñas, principalmente a las poblaciones vulnerables, quienes se ubican en condiciones de mayores riesgos de presentar complicaciones obstétricas, morbilidad materna, incremento de infecciones de transmisión sexual, a presentar embarazos no planeados y/o no deseados, así como a ser víctimas de violencia de género y violencia sexual^{96 97}.

vi. Ejes Transversales

El Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024 incorpora algunos conceptos y herramientas indispensables para favorecer los resultados y acortar las brechas de desigualdad en el acceso a la salud, el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y el desarrollo social.

Son enfoques teóricos y prácticos que establecen las condiciones esenciales para la inclusión, la no discriminación, el respeto por la diversidad y la dignidad de todas las personas, por lo que deberán estar contemplados en el desarrollo de las acciones puntuales y actividades que se establecen en este Programa, así como en las funciones sustantivas, gerenciales y de coordinación.

Derechos Humanos

Los derechos humanos son el conjunto de prerrogativas sustentadas en la dignidad humana, cuya realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral de las personas. En concordancia con los tratados internacionales, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y otros instrumentos del orden jurídico nacional, los derechos humanos son universales, interdependientes, indivisibles y progresivos.

⁹⁶ Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. CEPAL. Informe del tercer diálogo virtual 2020. Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/informe_dialogo_virtual_ssyr.pdf

⁹⁷ Fondo de Población de las Naciones Unidas. UNFPA. (2020) Informe Técnico COVID-19: Un Enfoque de Género Proteger la salud y los derechos sexuales y reproductivos y promover la igualdad de género. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19_A_Gender_Lens_Guidance_Note.docx_en-US_es-MX.pdf



Partiendo de su carácter relacional, la salud sexual y reproductiva implica el ejercicio y respeto de los derechos sexuales y derechos reproductivos, los cuales reconocen, entre otros aspectos, la decisión libre, responsable e informada de las personas sobre su sexualidad, sin discriminación y coerción; el derecho de las mujeres a decidir sobre su propio cuerpo, respetando la edad en la que cada persona decida iniciar su vida sexual, independientemente de la vida reproductiva; el derecho a decidir el número y espaciamiento de los hijos(as); el derecho a acceder a servicios integrales de atención con calidad y calidez; el trato humanizado de la atención del nacimiento; el derecho a decidir el uso y tipo de métodos de anticoncepción efectivos y eficaces; el derecho a acceder a servicios integrales de aborto seguro y a los mecanismos de prevención y atención a las violencias así como a condiciones para una vida libre de violencia⁹⁸.

Desde un enfoque de derechos humanos, el acceso universal a la salud sexual y reproductiva implica considerar la evidencia científica, la información disponible y las necesidades de grupos específicos, buscando un ejercicio racional y más justo de los recursos y siguiendo los principios y obligaciones de transparencia y rendición de cuentas.

Igualdad de género

La igualdad es el fundamento ético y político de las sociedades democráticas, ya que presupone la asignación de derechos sin distinciones de edad, pertenencia sociocultural, origen étnico o racial, condición económica, jurídica o estatus migratorio. El principio de igualdad postula que todas las personas tienen la libertad de desarrollar sus habilidades personales, la libre agencia y el derecho a elegir sin las limitantes marcadas por los roles, los estereotipos ni los prejuicios de ningún tipo⁹⁹. La igualdad de género es un derecho humano establecido en la Declaración Universal de Derechos Humanos y fundamental para alcanzar los ODS¹⁰⁰.

La igualdad entre los géneros supone el reconocimiento de normas equitativas de asignación, independientemente de la identidad de género de las personas, es decir, implica que se supriman los privilegios basados en el sistema sexo-género, reconociendo los comportamientos, aspiraciones y necesidades específicas de hombres, mujeres y personas de la comunidad LGBTTTIQ, garantizando el respeto a los

⁹⁸ Comisión Nacional de Derechos Humanos. Disponible en: www.cndh.org.mx

⁹⁹ Instituto Nacional de las Mujeres (2007). Glosario de género. México: INMUJERES.

¹⁰⁰ UN Women. Gender Equality Glossary. <https://trainingcentre.unwomen.org/mod/glossary/view.php?id=36> .



derechos, las responsabilidades y el acceso a oportunidades en condiciones de igualdad.

La OMS reconoce que el género influye en la salud y el bienestar de las personas y los conjuntos sociales, enlazado con otros determinantes sociales y estructurales. De igual forma, el género incide en las conductas en la esfera de la salud y en la respuesta del sistema de salud¹⁰¹, lo que ha situado a las mujeres y personas de la diversidad sexual y de género en condiciones de desventaja limitando el acceso efectivo de sus derechos en salud. Por ello, las estrategias y acciones específicas incluidas en este Programa deberán coadyuvar a la igualdad de género en salud y al empoderamiento de todas las mujeres y las niñas, así como incidir en la reducción de la violencia asociada al género, las barreras institucionales y la re victimización de las mujeres y personas de la diversidad sexual y de género en las instituciones de salud¹⁰².

Interculturalidad

El concepto de interculturalidad, visibiliza la constitución dinámica de diversos conjuntos socioculturales que desarrollan formas particulares de vivir, pensar y actuar¹⁰³. Este concepto no se refiere de manera restringida a los grupos socioculturales tradicionales generalmente asociados a un origen racial, étnico o indígena, sino a una pluralidad de grupos que emergen en la interacción humana y se relacionan en un contexto temporal y geográfico determinado. En este sentido, la interculturalidad va más allá de la referencia al carácter multicultural y/o pluricultural de un estado o territorio, ya que incluye a grupos en constante conformación, organización y reconfiguración identitaria.

Siguiendo las recomendaciones de la OPS, es necesario promover acciones intersectoriales que contribuyan a la implementación de este Programa y otras políticas de salud que deriven de éste, que van dirigidos a poblaciones específicas y mejorar la desagregación de información sobre la salud de los pueblos indígenas, afrodescendientes, grupos étnicos y otros grupos, para identificar problemáticas desatendidas o emergentes, así como la adaptación de estrategias conforme a sus necesidades en salud¹⁰⁴. Esta perspectiva lleva implícito el generar entornos

¹⁰¹ Organización Mundial de la Salud (2018) Género y salud <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>

¹⁰² Organización de las Naciones Unidas (2015), Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030. Asamblea General Suplemento 1. A/70/1*ISSN 0252-0036 <https://undocs.org/es/A/70/1>

¹⁰³ Malgesini G, Giménez C (1997) Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad. La cueva del oso, Madrid.

¹⁰⁴ Organización Panamericana de la Salud (2014) OPS/OMS promueve enfoque intercultural en los servicios de salud para garantizar acceso de poblaciones indígenas y afrodescendientes. Disponible en:



facilitadores y de diálogo, en los cuales las diversas formas de entender y atender los problemas de salud y los procesos fisiológicos a lo largo del curso de vida, sean reconocidas como parte esencial de la continuidad del cuidado de la salud.

El enfoque intercultural contribuye a promover la paridad de trato hacia los diferentes grupos sociales, reconociendo el papel de las instituciones de salud en el establecimiento de normas y programas con pertinencia sociocultural que definen la respuesta de los servicios de atención e incorporen la participación de diversos actores como catalizador de la mejora en los indicadores de salud sexual y reproductiva.

Juventudes

La ONU define como juventud a los hombres y mujeres de 10 a 24 años de edad. En este grupo, se identifican dos categorías no excluyentes, la de adolescentes de 10 a 19 años y la de jóvenes de 15 a 24 años de edad. A pesar de considerarse una etapa socialmente construida, determinada por condiciones económicas, políticas y culturales, más que acotada por factores biológicos, el primer acercamiento a reconocer a la población adolescente y joven como sujetos de derechos fue en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, que sentó las bases para la construcción de una ciudadanía plena para la niñez y adolescencia, es decir, de una nueva relación jurídica entre el Estado y la sociedad con la infancia y la juventud¹⁰⁵.

Una de las principales características de los abordajes contemporáneos en torno a las juventudes considera que las niñas, niños y adolescentes gozan de una autonomía progresiva sustentada en la libertad individual y la capacidad de cada individuo de regular sus derechos y obligaciones, por ende, disfrutar de ellos y ejercerlos. La autonomía progresiva está estrechamente relacionada con los derechos humanos y, para lograr el disfrute del más alto nivel posible de la salud sexual y reproductiva, es necesario el respeto a las decisiones informadas y libres, acorde a la madurez de cada persona en la adolescencia, etapa en cual tanto los padres, madres y/o tutores, como las instituciones educativas, de salud, así como las comunitarias y sociales, fungen como orientadores y facilitadores de espacios democráticos de decisión y participación de las y los jóvenes para el pleno ejercicio de sus derechos.

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9393:2014-paho-who-intercultural-health-services-guarantee-access-indigenous-afro-descendant&Itemid=1926&lang=es

¹⁰⁵ Ochoa ML (2019) Participación y autonomía progresiva del adolescente. Democratización escolar en Buenos Aires (Argentina). Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 17(1), 125-137. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v17n1/2027-7679-rlcs-17-01-00125.pdf>



Este grupo de edad ha enfrentado un mayor rezago en el acceso a los servicios de educación integral en sexualidad, así como de información específica y atención de la salud sexual y reproductiva, en donde las condiciones sociales, económicas, culturales y de género inciden de manera importante¹⁰⁶. Por ello, es necesario fortalecer los servicios especializados en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes; coherentes con el crecimiento y desarrollo de las juventudes, que fomenten la orientación-consejería, enseñanza y atención integral del personal de salud en todos los niveles de atención con capacitación técnica, ética y sociocultural acorde a las necesidades específicas de esta población, así como favorecer la participación de las y los jóvenes en el diseño, implementación y evaluación de los programas.

Masculinidades

Las masculinidades son construcciones culturales que definen normativas sociales, determinan patrones de conducta y estereotipos sexuales. Existen diversas formas de estructuración de las masculinidades, que pueden estar relacionadas jerárquica y asimétricamente entre sí, en tanto que éstas se construyen a partir de las experiencias cotidianas de las personas, bajo sistemas sociales, políticos y familiares de organización, así como por las leyes y las normas religiosas o comunitarias vigentes en un momento histórico determinado¹⁰⁷.

En un mismo contexto social se pueden presentar masculinidades diversas, sin embargo, estas suelen desarrollarse en referencia a una masculinidad hegemónica situada en un sistema de relaciones de género, bajo condiciones históricas y estructurales de desigualdad entre hombres y mujeres. La masculinidad hegemónica define las pautas del ser y actuar de los hombres, los patrones relacionales entre los pares (hombres-hombres), las relaciones con las mujeres e incluso las relaciones sociales y simbólicas con personas de los conjuntos de la diversidad de género y la diversidad sexual.

Ha sido ampliamente visibilizada la manera en que la condición sexual y de género inciden en la salud de las mujeres y, aunque hay algunos avances, la relación entre masculinidad y salud requiere ser explorada. Un primer acercamiento es identificar la

¹⁰⁶ Morlachetti, A. (2007) Políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes: Un enfoque fundado en los derechos humanos, Notas de Población N° 85 CEPAL.

¹⁰⁷ Connell, R.W. (1995) Masculinities. Berkeley: University of California Press.



manera en que operan las barreras en el acceso a la atención para la población masculina, con el objetivo de diseñar e implementar programas y acciones locales que resuelvan las necesidades específicas de salud sexual y reproductiva de los hombres. No obstante, las medidas para la erradicación de la violencia de género, son un ejemplo de la necesidad de comprender las construcciones de género desde una perspectiva relacional para generar intervenciones y cambios significativos, lo cual requiere extenderse a otras acciones en salud sexual y reproductiva.

Enfoque de población

En concordancia con los ejes transversales, este enfoque sustenta la delimitación de sectores de población clave para la operatividad del programa. En estos se fundamenta la necesidad de contar con información en salud con un mayor nivel de desagregación y de la participación de los diversos grupos sociales para expresar sus necesidades particulares en torno a los problemas de salud y su prevención o atención. Asimismo, orienta al ámbito de competencia y responsabilidad del Estado y las instituciones de responder a estas necesidades, en la medida de lo posible, y dirigir estrategias o actividades –dentro de las acciones puntuales– para dar respuesta a las condiciones y contextos diferenciales.

Cabe señalar que existe un avance en el desarrollo de modelos y protocolos específicos que promueven acciones afirmativas y competencias esenciales para lograr un sistema de salud que garantice la inclusión, el reconocimiento de la diversidad y la no discriminación. Para ello, corresponde a las diversas instancias, su implementación conjunta con las acciones puntuales de este Programa, así como la evaluación, actualización y desarrollo de herramientas innovadoras para reducir las desigualdades que enfrentan ciertos grupos en relación a una condición dada o de pertenencia social.

De manera prioritaria, se consideran para este programa, las acciones y estrategias dirigidas a:

Adolescentes: Es un sector de la población ampliamente heterogéneo que se inscribe por convención y normatividad entre los 10 y 19 años de edad. Se considera a la adolescencia como una etapa intermedia entre la infancia y la adultez, por lo que algunas referencias marcan una división entre adolescencia temprana entre los 10 y 14 años, y la tardía, de los 15 a los 19 años de edad. Además de considerarse una etapa



condicionada por diversos aspectos biológicos, la adolescencia es un proceso multidimensional y multidireccional que abarca al ser humano en su integralidad.

Una de las principales referencias de este enfoque se detalla en el **Modelo de Atención Integral a la Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes** (MAISSRA)¹⁰⁸.

Personas indígenas: En México, la población indígena es una manifestación de la diversidad cultural del país, reconocida por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Artículo 2º). En una definición amplia, incluye personas que descienden de poblaciones que habitaban en el territorio actual del país al iniciarse la colonización y que conservan rasgos sociales, económicos, culturales y políticos. También contempla tanto la auto adscripción, como la condición de hablante de lengua indígena, e incluso la agregación del hogar o grupo doméstico, para contemplar a las personas indígenas que habitan en zonas semiurbanas o urbanas¹⁰⁹.

El enfoque intercultural se explicita en el **Modelo de Atención Intercultural en Salud para Pueblos Indígenas y Afrodescendientes** (MAISPIA)¹¹⁰; esta referencia central señala los ejes centrales para la atención respetuosa e incluyente de estas poblaciones y busca garantizar su acceso a los servicios de salud.

Población afromexicana o afrodescendiente: Incluye a los pueblos, comunidades y personas que descienden de mujeres y hombres africanos o que han llegado al país en diversos momentos históricos de migración, desde aquellas personas víctimas de la esclavitud entre los siglos XVI y XIX, hasta el desplazamiento, migración, desplazamiento forzado o movilidad por causas humanitarias.

Grupos LGBTTTIQ: Contempla a las personas que se identifican con la comunidad lésbico, gay, bisexual, transexual, travesti, transgénero, intersexual y queer, así como otros grupos o personas que integran una diversidad de expresiones sexuales, identidades de género y orientaciones no normativas¹¹¹. En el caso de las personas

¹⁰⁸ Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2015) Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. México: Secretaría de Salud. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/modelo-de-atencion-integral-en-salud-sexual-y-reproductiva-para-adolescentes>

¹⁰⁹ Secretaría de Salud. (2014) Modelo de Atención Intercultural en Salud para Pueblos Indígenas y Afrodescendientes MAISPIA. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29579/ModeloASPIA.pdf>

¹¹⁰ Secretaría de Salud (2014) *op cit*.

¹¹¹ Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (2019) Protocolo para el Acceso sin Discriminación a la Prestación de Servicios de Atención Médica de las Personas Lésbico, Gay, Bisexual, Transexual, Travesti, Transgénero e Intersexual y Guías de Atención Específicas. México: Secretaría de Salud.



intersexuales, se refiere al sexo biológico no binario, debido a variaciones genéticas o fisiológicas.

Para establecer criterios orientadores y acciones específicas a ser observadas en la prestación de los servicios médicos del Sistema Nacional de Salud, se cuenta con el **Protocolo para el Acceso sin Discriminación a la Prestación de Servicios de Atención Médica de las Personas Lésbico, Gay, Bisexual, Transexual, Travesti, Transgénero e Intersexual** (LGBTITI) y Guías de Atención Específicas¹¹².

Personas con discapacidad: Las personas con discapacidad son aquellas que muestran alguna diversidad funcional de tipo físico, mental, intelectual o sensorial. Ante un entorno que no considera dichas características, éstas tienden a estar asociadas con dificultades para el ejercicio de la autonomía y la participación plena y efectiva en la sociedad¹¹³.

A pesar de que actualmente no existe un protocolo específico relacionado con la atención de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad, se han promovido algunas acciones dentro del sistema de salud que pueden sustentarse en la **Cartilla de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las Personas con Discapacidad**¹¹⁴.

Personas en situación de calle: También denominadas poblaciones callejeras están conformadas por personas que pueden pertenecer a diversos grupos de la población pero que comparten una situación de exclusión social y económica, cuentan con experiencias de apropiación de los espacios públicos y de las calles, utilizándolos como lugares para la socialización y obtención de los recursos tanto simbólicos como materiales de subsistencia¹¹⁵. El uso de categoría poblaciones callejeras permite el reconocimiento de las personas excluidas de las estructuras sociales pero también visibiliza problemáticas como la discriminación, la violencia, la tutela, la identidad, los derechos humanos y el acceso a servicios por parte de los Estados¹¹⁶.

¹¹² https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/234684/210617Protocolo_Comunidad_LGBTITI_DT_Versi_n_III_17_3.pdf

¹¹³ Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD). En: CONAPRED (s/f). Discriminación de las personas con discapacidad. Disponible en: https://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=133&id_opcion=46&op=46

¹¹⁴ Instituto Nacional de las Mujeres (2018) Cartilla de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las Personas con Discapacidad. México: INMUJERES.

¹¹⁵ Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal CDHDF (2014). Informe especial. Situación de los derechos humanos de las poblaciones callejeras en el Distrito Federal 2012-2013. México.

¹¹⁶ Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2019) Diagnóstico sobre las condiciones de vida, el ejercicio de los derechos humanos y las políticas públicas disponibles para mujeres que constituyen la población callejera. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-11/Diagnostico-DH-Mujeres-Poblacion-Callejera.pdf>



No se cuenta con un protocolo nacional para la atención integral de las personas en situación de calle, a fin de no incurrir en violaciones a los derechos humanos, deberán utilizarse y adaptarse los protocolos y normativas existentes, mientras se construyen los instrumentos dirigidos a la atención de la salud sexual y reproductiva de las poblaciones callejeras.

Personas migrantes: Se define como persona migrante al individuo que sale, transita o llega al territorio de un Estado distinto al de su residencia por cualquier tipo de motivación. Por ley, en México se garantiza el respeto de los derechos humanos de los migrantes, nacionales y extranjeros, independientemente de su origen, nacionalidad, género, etnia, edad, situación jurídica y migratoria. Además, en ningún caso la condición de migrante implica la comisión de un delito, ni se prejuzgará la comisión de ilícitos por el hecho de no contar con documentos de identificación¹¹⁷.

En respuesta a la creciente población en situación de movilidad humana en México, se desarrolló el **Plan Integral de Atención a la Salud de la Población Migrante**¹¹⁸, sin embargo, es necesario contar con protocolos sistematizados y un paquete esencial de servicios, ya que la garantía de los derechos y la atención de la salud sexual y reproductiva son elementos cruciales en contextos de migración.

Personas privadas de su libertad: Contempla a la población que se encuentra en centros de reclusión y readaptación social, ya sea sujetas al fuero común, al fuero federal, en proceso o cumpliendo una sentencia. En este contexto, la población enfrenta ciertas condiciones de riesgo como las deficientes condiciones materiales y de higiene, el hacinamiento y la sobrepoblación, violencia de diversos tipos y la disponibilidad insuficiente de personal médico, que vulneran el derecho a la atención y protección de la salud¹¹⁹.

No se cuenta con un protocolo específico para la atención de la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres en privación de su libertad, por lo que, a fin de no incurrir en violaciones a los derechos humanos, deberán utilizarse y adaptarse los

¹¹⁷ Gobierno de México (2011) Ley de Migración México: Diario Oficial de la Federación.

¹¹⁸ Secretaría de Salud (2019) Plan Integral de Atención a la Salud de la Población Migrante. México: Secretaría de Salud. Disponible en: <https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manuales/PlanIntegralAttnSaludPobMigrante.pdf>

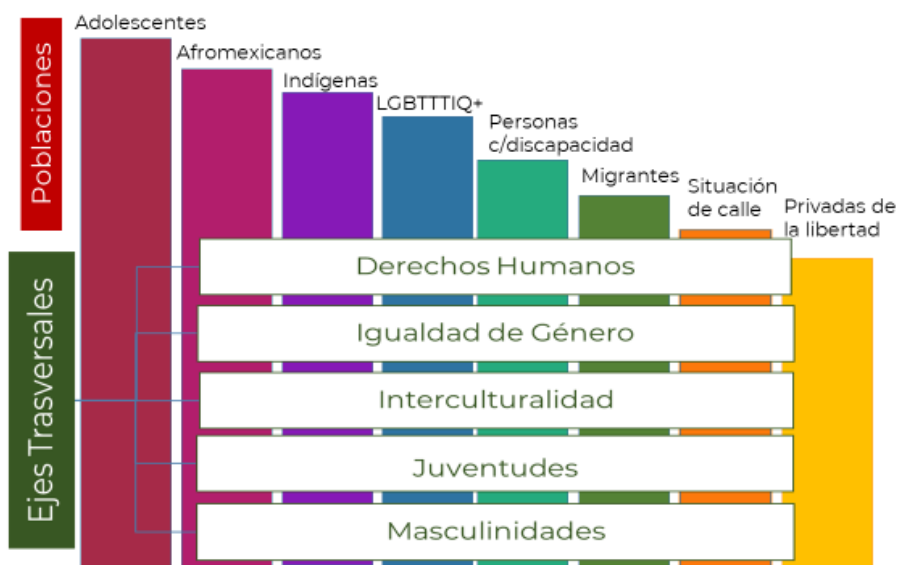
¹¹⁹ Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2018) Informe. Personas privadas de libertad. Disponible en: <http://informe.cndh.org.mx/menu.aspx?id=30087#Ida30232>



protocolos y normativas existentes, mientras se construyen los instrumentos dirigidos a este grupo poblacional.

Figura 3. PAE de Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024.

Ejes transversales y poblaciones



Fuente: SALUD/ CNEGSR (2019).

V. Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 y Programa Sectorial de Salud 2020-2024.

El **Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024**¹²⁰ señala, entre otros principios rectores, la equidad, la justicia y la democracia como ejes para reducir las brechas de desigualdad y lograr el bienestar de todas las personas en su sentido más amplio, incluyendo la participación, el desarrollo sostenible, el derecho a la educación, la salud y la paz. Estos aspectos integran el **Eje general número 2** referente a la política social, en donde todos los elementos resultan cruciales y estrechamente vinculados con las metas de salud sexual y reproductiva, aunque resaltan de manera particular el planteamiento de salud

¹²⁰ Secretaría de Gobernación. Plan Nacional de desarrollo 2019-2024. Diario Oficial de la Federación 12/07/2019 Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019

para toda la población y la conformación del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar.

Alineado con el PND 2019-2024 el **Programa Sectorial de Salud 2020-2024**¹²¹ prioriza el garantizar el acceso universal, efectivo, oportuno y gratuito a los servicios de salud, mediante el fortalecimiento de la capacidad operativa del Sistema Nacional de Salud para dar respuesta a las necesidades, privilegiando un enfoque de salud pública que reconoce el impacto de los determinantes sociales en las condiciones diferenciales de salud de la población, la pertinencia cultural y la perspectiva de derechos.

Para ello, la articulación entre la seguridad financiera, la armonización legal y normativa, el incremento en la cobertura de servicios, la disponibilidad de información para las decisiones estratégicas y monitoreo, en conjunto con el establecimiento de un modelo de atención basados en redes integradas de servicios que permita mejorar el acceso a la prevención y atención de los problemas prioritarios, son ejes transversales que se encuentran en el Programa sectorial. Estos elementos permitirán fortalecer este Programa de Acción, además de resaltar que la salud sexual y reproductiva y la salud de las mujeres son áreas contempladas de manera explícita.

En el *Objetivo prioritario 4*. Garantizar la eficacia de estrategias, programas y acciones de salud pública, a partir de información oportuna y confiable, que facilite la promoción y prevención en salud, así como el control epidemiológico tomando en cuenta la diversidad de la población, el ciclo de vida y la pertinencia cultural; la *Estrategia prioritaria 4.5*, hace referencia a las acciones para la implementación de programas para la prevención y control del VIH y otras infecciones de transmisión sexual para evitar su propagación o en su caso, propiciar su atención oportuna bajo un enfoque diferenciado con pertinencia cultural y perspectiva de derechos.

En el *Objetivo prioritario 5*. Mejorar la protección de la salud bajo un enfoque integral que priorice la prevención y sensibilización de los riesgos para la salud y el oportuno tratamiento y control de enfermedades, especialmente, las que representan el mayor impacto en la mortalidad de la población:

¹²¹ Secretaría de Salud. Programa Sectorial del Salud 2020-2024. Diario oficial de la Federación . DOF/12/07/2019 Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020



En la *Estrategia 5.2*, se relacionan las acciones dirigidas a garantizar a hombres y mujeres, con especial énfasis en adolescentes y jóvenes, la atención a la salud relacionada con el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, incluyendo la planificación familiar, para propiciar en la población una sexualidad saludable, elegida y libre de violencia. Además, de acciones para la mejora de los servicios de salud y asistencia social para procurar el desarrollo bajo un enfoque integral y diferenciado de niñas, niños, adolescentes y jóvenes desde una perspectiva de derechos e igualdad de género.

En aras de la promoción de la lactancia materna y la detección oportuna de discapacidad como medios para su desarrollo adecuado, se incluyen acciones dirigidas a las mujeres, con la finalidad a promover el goce pleno de la salud durante todo el ciclo de vida, bajo un enfoque integral y diferenciado, con perspectiva de género y pertinencia cultural, como se señala en la *Estrategia prioritaria 5.4*.

En la *Estrategia prioritaria 5.5*, se refuerzan concretamente las acciones relacionadas con la violencia de género contra las mujeres, las adolescentes y las niñas.

A partir de estos Objetivos se establecieron las metas y parámetros centrales en salud sexual y reproductiva:

- a. Disminuir la razón de mortalidad materna, definida como el número de defunciones maternas por cada 100.000 nacidos vivos.
- b. Disminuir la tasa de mortalidad infantil (TMI), definida como el número de defunciones de niñas y niños menores de un año por cada 1,000 nacidos vivos.

La alineación de este Programa y la política nacional de desarrollo y del sector salud se muestra en la siguiente tabla:



Tabla 6. Alineación del Programa

Alineación		
PND 2019-2024	PROESA 2020-2024	PAE SSR 2020-2024
Principio Rector No dejar a nadie atrás, no dejar a nadie fuera Eje de PND 2. Política Social Estrategia PND Salud para toda la población Instituto Nacional de Salud para el Bienestar	Estrategias PND Salud para toda la población Instituto Nacional de Salud para el Bienestar Objetivo Prioritario 4 Vigilancia epidemiológica Estrategia Prioritaria 4.5 Implementar programas para la prevención y control del VIH y otras infecciones de transmisión sexual para evitar su propagación o en su caso, propiciar su atención oportuna bajo un enfoque diferenciado con pertinencia cultural y perspectiva de derechos. Acciones puntuales 4.5.5. Fortalecer la detección oportuna de ITS, para evitar su propagación y prevenir complicaciones graves en la población afectada. Especialmente en el caso de mujeres embarazadas. 4.5.7. Promover la prevención primaria y secundaria del VIH especialmente en mujeres considerando todas sus diversidades, contextos y ciclo de vida, que integre a las adolescentes e incluya la prevención de la transmisión perinatal del virus en el marco de derechos sexuales y derechos reproductivos.	Objetivos Prioritarios 1-4 (síntesis de componentes) 1. Adolescentes 2. Anticoncepción 3. Salud materna 4. Salud perinatal
	Estrategias PND Salud para toda la población Instituto Nacional de Salud para el Bienestar Objetivo Prioritario 5 Atención a la salud y bienestar Estrategia Prioritaria	Objetivos Prioritarios 1-6 (síntesis de componentes) 1. Adolescentes



5.2. Garantizar a hombres y mujeres, con especial énfasis en adolescentes y jóvenes, la atención a la salud relacionada con el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, incluyendo la planificación familiar, para propiciar en la población una sexualidad saludable, elegida y libre de violencia. Acciones puntuales 5.2.1. Implementar campañas educativas en salud sexual y reproductiva para reducir los riesgos y desarrollar habilidades y actitudes relacionadas con una vida saludable bajo un enfoque bioético, participativo, intercultural, de género y de derechos humanos. 5.2.2. Difundir a través de tecnología interactiva y redes sociales amigables y accesibles para las y los adolescentes y jóvenes información para promover el ejercicio consiente de sus derechos sexuales y reproductivos. 5.2.3 Proporcionar consejería y orientación a través de campañas y servicios que promuevan y faciliten métodos anticonceptivos, con énfasis en la población de adolescentes y jóvenes, para la prevención de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual. 5.2.4 Promover la orientación y consejería en planificación familiar, bajo un enfoque integral que considere las decisiones en pareja y garantice información veraz, oportuna y con pertinencia cultural y perspectiva de derechos humanos especialmente en jóvenes. 5.2.5. Fortalecer los protocolos y mecanismos interinstitucionales para la atención de víctimas de violencia sexual para garantizar su atención oportuna y desde una perspectiva de derechos humanos.	2. Anticoncepción 3. Salud materna 4. Salud perinatal 5. Aborto seguro 6. Violencia de género
---	---



5.2.6. Brindar orientación tanto a hombres como a mujeres en los casos de infertilidad, garantizando información veraz para la prevención, diagnóstico, manejo y referencia oportuna.

5.2.7. Otorgar atención integral a las mujeres, desde el embarazo, pasando por el parto y el periodo neonatal que garantice la salud materna y perinatal con énfasis en adolescentes embarazadas, priorizando la erradicación de la discriminación, estigmatización y violencia obstétrica.

5.2.8. Procurar la vinculación interinstitucional y fomentar la participación comunitaria para garantizar la adopción de los enfoques transversales en materia de salud sexual y reproductiva y procurar la pertinencia cultura de cada región.

5.2.9 Fortalecer los mecanismos relacionados con la supervisión y cumplimiento de la NOM-046-SSA2-2005, para la atención de las mujeres, niñas y adolescentes en situación de violencia familiar o sexual, especialmente, en las entidades federativas en las que persisten impedimentos para la interrupción legal del embarazo.

Estrategia Prioritaria

5.4. Mejorar los servicios de salud y asistencia social para procurar el desarrollo bajo un enfoque integral y diferenciado de niñas, niños, adolescentes y jóvenes desde una perspectiva de derechos e igualdad de género.

Acciones puntuales

5.4.1 Implementar, los mecanismos para la detección oportuna de discapacidad o rezagos en el desarrollo en niñas, niños, adolescentes y jóvenes, procurando su oportuna referencia,



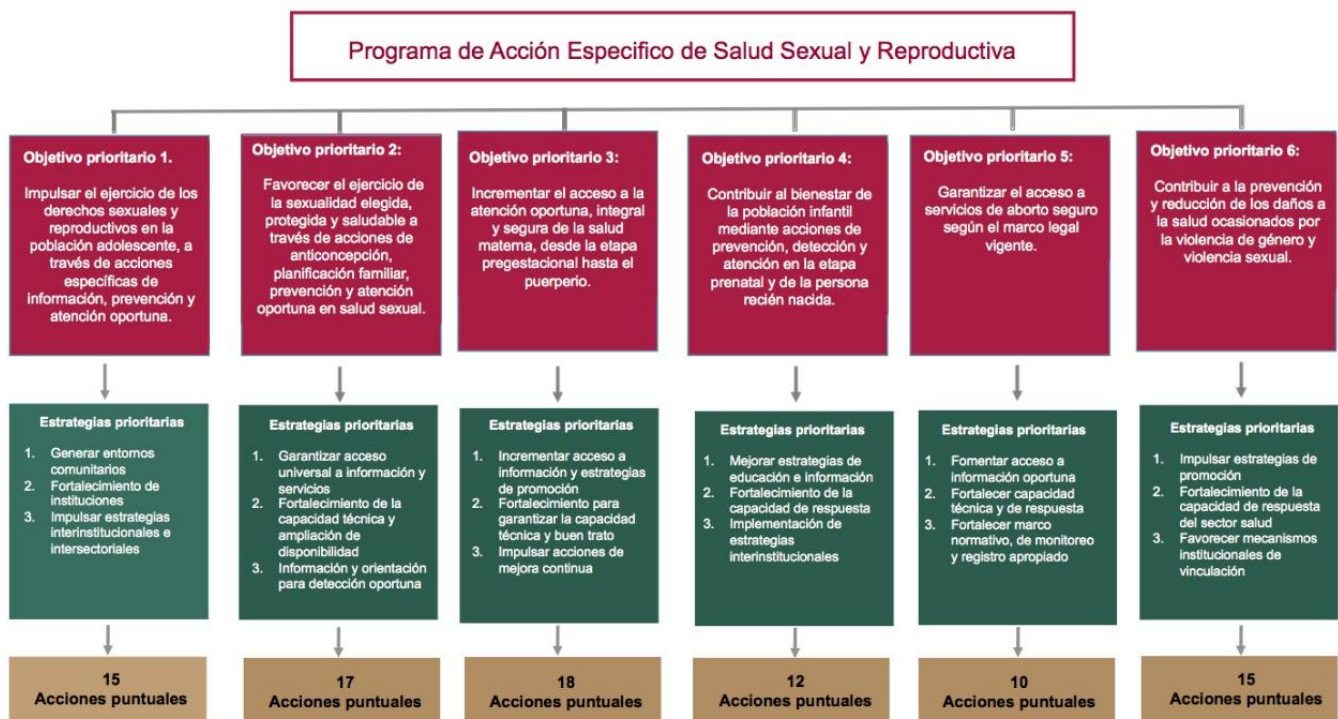
	tratamiento y rehabilitación y evitando la estigmatización o discriminación. 5.4.2 Fortalecer la promoción y protección y apoyo de la lactancia materna, para fomentar la nutrición y la vida saludable de las niñas y los niños. Estrategia Prioritaria 5.5. Fortalecer los servicios de salud y asistencia social brindados a mujeres para promover el goce pleno de la salud durante todo el ciclo de vida, bajo un enfoque integral y diferenciado, con perspectiva de género y pertinencia cultural. Acciones puntuales 5.5.1 Fortalecer la capacidad de respuesta del sector salud para fomentar la detección temprana de cualquier tipo y modalidad de violencia y brindar la atención oportuna, conforme a sus derechos, a mujeres afectadas por lesiones de violencia, incluyendo la violencia de tipo sexual. 5.5.4 Fomentar el acceso de las mujeres a los servicios de salud, bajo un enfoque integral más allá de la salud sexual y reproductiva y sensible a las particularidades de su ciclo de vida. 5.5.6 Garantizar la atención médica y asistencia social, bajo el estándar de debida diligencia y enfoque de género, de las mujeres, niñas y adolescentes en situación de violencia familiar o sexual, promoviendo el procedimiento de Interrupción Legal del Embarazo en caso de violación. Meta: Reducir la razón de mortalidad materna.	
--	---	--



VI. Objetivo general

Contribuir al bienestar de la población, a través del acceso universal a información y servicios de salud sexual y reproductiva con competencia técnica, evidencia científica, principios de igualdad, pertinencia sociocultural, no discriminación y respeto a los derechos humanos.

VII. Esquema de objetivos prioritarios, estrategias prioritarias y acciones puntuales.



Fuente: SALUD/CNEGSR (2020).

VIII. Objetivos prioritarios, estrategias prioritarias y acciones puntuales.

Para la consecución de su objetivo general, este programa está integrado por seis objetivos prioritarios, que conjuntan los aspectos esenciales para un avance sustantivo en el acceso universal a la salud sexual y reproductiva.

Cada uno de estos se traduce en componentes que integran procesos complejos, por lo tanto, se relacionan con una perspectiva de atención integral y continua en el curso de vida. Así, en lugar de establecer una jerarquía entre los componentes, es de suma relevancia analizar su interrelación, favoreciendo acciones transversales que reduzcan las morbilidades y potencien el estado de salud y bienestar de las personas.

Las **estrategias prioritarias** agrupan las acciones puntuales en tres categorías, las cuales refieren al nivel de estructura en que serán realizados y a las etapas del proceso de implementación. Este modo de agrupación enfatiza las necesidades diferentes de cada componente según su grado de avance o consolidación, así como la incorporación de nuevas temáticas.

- Las estrategias señaladas con el número uno, corresponden a las acciones de información, educación e intervención comunitaria, tendientes a generar sociedades respetuosas de los derechos sexuales y reproductivos, habilitar entornos propicios, promover la toma de decisiones y fomentar el cuidado y el autocuidado de la salud sexual y reproductiva.
- Aquellas que aparecen en el número dos, son las acciones para el fortalecimiento de la capacidad de respuesta del sector salud, incluyendo la formación y actualización continua, que promueva una atención basada en evidencia científica, recomendaciones y buenas prácticas.
- Finalmente, las acciones agrupadas en el número tres, son aquellas que se vinculan con las funciones sustantivas institucionales y que requieren de mayor coordinación interinstitucional e intersectorial para un avance sustantivo en la agenda nacional y los compromisos internacionales.

Para cada estrategia, las **acciones puntuales** han sido planteadas desde un enfoque de salud pública y fortalecimiento de la atención primaria de la salud. La atención primaria



en algunos contextos se refiere a la prestación de servicios ambulatorios y del primer nivel de atención, mientras que en otros comprende un conjunto de intervenciones sanitarias en los distintos niveles de atención para atender problemas específicos.

Dado que la salud sexual y reproductiva constituye un ámbito prioritario de la atención, las acciones que integran este programa están orientadas a las acciones comunitarias, preventivas y las correspondientes a los servicios de primer nivel de atención, pero no se limitan a estos entornos, dado que un paquete esencial de servicios requiere de redes integrales. Esta definición ampliada, considera a la atención primaria como un componente central del bienestar y el desarrollo, que abarca también las dimensiones económicas, sociales y políticas de la salud, para el logro de sus compromisos en materia de equidad, justicia social y garantía de los derechos.

De manera que, la atención primaria incluye servicios integrales que pueden abarcar la mayoría de las necesidades sanitarias de una persona a lo largo de su vida, incluyendo la prevención, la detección, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, desde un enfoque centrado en las necesidades y circunstancias de las personas, las familias y las comunidades¹²².

Aunado a lo anterior, la salud pública reconoce también como funciones esenciales el desarrollo de políticas y planes locales, los procesos de monitoreo, evaluación y análisis de resultados, la investigación, el aseguramiento de insumos materiales y de recursos humanos calificados y suficientes, así como la integración de alianzas estratégicas.

Así, de las 18 estrategias prioritarias, se desarrollan un total de 87 acciones puntuales, que se exponen a continuación.

Objetivo prioritario 1: Impulsar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en la población adolescente, a través de acciones específicas de información, prevención y atención oportuna.

¹²² Organización Mundial de la Salud (2019) Atención primaria. Nota descriptiva. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>



Estrategia prioritaria 1.1 Generar entornos comunitarios propicios para favorecer el ejercicio de los derechos y la salud sexual y reproductiva de la población adolescente.

ACCIONES PUNTUALES

- 1.1.1 Promover el ejercicio de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos de la población adolescente, mediante acciones de información y comunicación.
- 1.1.2 Contribuir en el desarrollo de estrategias de educación integral en sexualidad dirigidas a adolescentes, personal docente, madres, padres y/o tutores y otros actores comunitarios.
- 1.1.3 Impulsar la participación juvenil en la formulación de acciones e intervenciones comunitarias en materia de salud sexual y reproductiva, mediante procesos de consulta y formación de líderes y promotores voluntarios.
- 1.1.4 Fomentar la corresponsabilidad de la población masculina en la prevención de embarazos e infecciones de transmisión sexual, mediante acciones de información, sensibilización, promoción de estilos de vida saludables y acceso a servicios para adolescentes.
- 1.1.5 Focalizar intervenciones dirigidas a la población adolescente de áreas rurales e indígenas para la atención en salud sexual y reproductiva.



Estrategia prioritaria 1.2 Fortalecer la capacidad de las instituciones de salud para garantizar el acceso universal a información y servicios integrales de salud sexual y reproductiva para adolescentes.

ACCIONES PUNTUALES

- 1.2.1 Incentivar y vigilar la aplicación adecuada del marco normativo y jurídico en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes, mediante la sensibilización y capacitación del personal de salud.
- 1.2.2 Desarrollar e instrumentar estrategias de sensibilización y capacitación, dirigidas a profesionales de la salud para la atención específica de la salud sexual y reproductiva en la población adolescente.
- 1.2.3 Impulsar la implementación y aplicación de servicios integrales de salud sexual y reproductiva específicos para adolescentes en todas las instituciones de salud.
- 1.2.4 Garantizar el acceso a un paquete básico de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes en las unidades de atención primaria.
- 1.2.5 Incrementar la cobertura, la accesibilidad y la aceptabilidad de los servicios específicos de salud sexual y reproductiva para adolescentes, a través de la instalación de nuevos servicios y la implementación de procesos de mejora continua.



Estrategia prioritaria 1.3 Impulsar estrategias interinstitucionales e intersectoriales coordinadas en materia de salud sexual y reproductiva de la población adolescente.

ACCIONES PUNTUALES

- 1.3.1 Asegurar el acceso permanente y oportuno a métodos anticonceptivos modernos, la anticoncepción de emergencia y el esquema de doble protección en todas las instituciones públicas de salud.
- 1.3.2 Prevenir embarazos subsecuentes en adolescentes que asisten a control prenatal, a través de acciones de acompañamiento, información, consejería y acceso a métodos anticonceptivos modernos.
- 1.3.3 Establecer acciones orientadas a la prevención de embarazos e infecciones de transmisión sexual en adolescentes en coordinación con el Sector Salud y otras dependencias de los sectores público, social y privado.
- 1.3.4 Favorecer el desarrollo de sistemas de información uniformes en las instituciones públicas de salud para monitorear y evaluar las acciones de salud sexual y reproductiva en la población adolescente, con datos desagregados por características específicas.
- 1.3.5 Promover acciones coordinadas con el sector educativo para favorecer una vida sexual saludable e informada, el reconocimiento y respeto a la diversidad sexual y de género y el autocuidado a través de la educación integral en sexualidad dirigida a la población adolescente.



Objetivo prioritario 2: Favorecer el ejercicio de la sexualidad elegida, protegida y saludable a través de acciones de anticoncepción, planificación familiar, prevención y atención oportuna en salud sexual.

Estrategia prioritaria 2.1 Garantizar el acceso universal a información y servicios de planificación familiar y anticoncepción.

ACCIONES PUNTUALES

- 2.1.1 Favorecer el ejercicio de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos, a través de acciones de información, educación y comunicación en materia de anticoncepción y planificación familiar.
- 2.1.2 Desarrollar e implementar estrategias locales y dirigidas para atender las necesidades específicas de los diversos grupos de población en materia de anticoncepción y planificación familiar.
- 2.1.3 Promover el uso del condón masculino, del condón femenino y/o el esquema de doble protección para la prevención del embarazo y las infecciones de transmisión sexual.
- 2.1.4 Fortalecer la prestación de servicios de anticoncepción y planificación familiar entre la población migrante en coordinación con las instancias correspondientes.
- 2.1.5 Incentivar la participación de la población masculina en los servicios de anticoncepción y planificación familiar y en el autocuidado de su salud sexual y reproductiva, mediante acciones de información y promoción de la salud.



Estrategia prioritaria 2.2 Fortalecer la capacidad técnica y ampliar la disponibilidad de servicios para atender las necesidades de anticoncepción y planificación familiar de la población en general.

ACCIONES PUNTUALES

- 2.2.1 Favorecer la consejería y la atención integral de usuarias y usuarios de métodos anticonceptivos, mediante la difusión de lineamientos y criterios médicos de elegibilidad.
- 2.2.2 Impulsar la actualización y formación continua de los profesionales de salud en materia de planificación familiar y anticoncepción, mediante programas de capacitación con evidencia científica.
- 2.2.3 Asegurar la disponibilidad continua y suficiente de anticonceptivos modernos, en todas las instituciones públicas de salud.
- 2.2.4 Incrementar la cobertura y calidad de los servicios de anticoncepción post-evento obstétrico, mediante estrategias de monitoreo, con énfasis en hospitales con alta demanda de atención.
- 2.2.5 Incrementar la continuidad de las usuarias de métodos reversibles de acción prolongada, mediante consejería y consultas de seguimiento.
- 2.2.6 Realizar acciones intensivas de prestación de servicios de planificación familiar y anticoncepción dirigidos a la población masculina.
- 2.2.7 Incrementar la oferta de servicios de vasectomía sin bisturí en unidades médicas de atención primaria en todas las instituciones del sector salud.



Estrategia prioritaria 2.3 Implementar acciones de información y orientación para la detección oportuna de condiciones o patologías con efectos potenciales en la salud sexual y reproductiva, en coordinación con las instituciones y unidades administrativas correspondientes.

ACCIONES PUNTUALES

- 2.3.1 Contribuir con las acciones de prevención, detección oportuna y referencia de cánceres reproductivos, a través de la información en los servicios de salud sexual y reproductiva.
- 2.3.2 Elaborar e implementar protocolos para la identificación temprana y referencia oportuna de personas con problemas de salud sexual, infertilidad o disfunciones sexuales.
- 2.3.3 Promover el autocuidado y la identificación oportuna de anormalidades relacionadas con la salud menstrual, mediante la información otorgada en los servicios de salud sexual y reproductiva.
- 2.3.4 Promover la coordinación interinstitucional y con las unidades administrativas correspondientes, para incrementar servicios de planificación familiar y anticoncepción para mujeres en edad fértil, con riesgo reproductivo alto.
- 2.3.5 Impulsar la atención integral de las mujeres durante la etapa del climaterio y la perimenopausia.



Objetivo prioritario 3: Incrementar el acceso a la atención oportuna, integral y segura de la salud materna, desde la etapa pregestacional hasta el puerperio.

Estrategia prioritaria 3.1 Incrementar el acceso a información y las estrategias de promoción para mejorar la salud materna y la detección de riesgos.

ACCIONES PUNTUALES

- 3.1.1 Generar intervenciones de información, educación y comunicación sobre los beneficios de la atención pregestacional, el control prenatal, la participación corresponsable de la pareja y el acompañamiento para un embarazo saludable.
- 3.1.2 Fortalecer las intervenciones comunitarias para coadyuvar en la mejora de la salud materna, a través de la participación y diálogo con parteras tradicionales, promotoras(es), traductoras(es), líderes de la comunidad y representantes de la sociedad civil.
- 3.1.3 Promover la importancia de la atención oportuna en mujeres embarazadas con datos de alarma, mediante acciones de información y promoción de la salud.



Estrategia prioritaria 3.2 Fortalecer la atención integral de la salud materna para garantizar la capacidad técnica y buen trato en unidades de salud.

ACCIONES PUNTUALES

- 3.2.1 Favorecer la identificación y control de riesgos para el embarazo mediante la atención pregestacional.
- 3.2.2 Fomentar la detección de factores de riesgo y patologías maternas durante el embarazo, mediante el control prenatal temprano y de calidad, incentivando la corresponsabilidad de la pareja.
- 3.2.3 Favorecer el acceso a la detección oportuna de VIH y sífilis, para reducir el riesgo de transmisión vertical, mediante la realización de pruebas rápidas durante el control prenatal.
- 3.2.4 Impulsar la mejora continua de la atención del trabajo de parto y parto desde un enfoque humanizado basado en evidencia científica, mediante el cumplimiento de la normatividad.
- 3.2.5 Fortalecer la capacidad de respuesta en atención de emergencias obstétricas, por medio de la implementación de equipos de respuesta inmediata y de la aplicación del Convenio General de Colaboración para la Atención de Emergencias Obstétricas.
- 3.2.6 Mejorar la cobertura de anticoncepción post evento obstétrico, a través de servicios de calidad, apegadas a la normatividad y criterios médicos de elegibilidad.
- 3.2.7 Implementar un protocolo de atención del puerperio, principalmente en casos de riesgo o complicaciones, mediante la articulación entre las redes de servicios y las consultas de seguimiento.
- 3.2.8 Favorecer la atención humanizada de los casos de pérdida gestacional y la identificación oportuna de la depresión en el embarazo y posparto, por medio de acciones de sensibilización y capacitación del personal de salud.
- 3.2.9 Favorecer el apego inmediato y la lactancia materna voluntaria hasta los dos años de edad y como alimento exclusivo los primeros seis meses de vida, mediante la formación y actualización del personal de salud.



Estrategia prioritaria 3.3 Impulsar acciones de mejora continua de la atención, vinculación y monitoreo, para acelerar el cumplimiento de metas nacionales en salud materna.

ACCIONES PUNTUALES

- 3.3.1 Garantizar la atención integral del proceso reproductivo por personal calificado médico y no médico (partería profesional, enfermería obstétrica y perinatal), en las redes de servicios de salud.
- 3.3.2 Fortalecer la referencia y contrarreferencia oportuna durante el embarazo, trabajo de parto y puerperio, por medio de la articulación de los diferentes niveles de atención.
- 3.3.3 Favorecer la confirmación y seguimiento de los casos de mujeres embarazadas con prueba reactiva de VIH, mediante la referencia y coordinación con las unidades administrativas correspondientes.
- 3.3.4 Garantizar la atención de la salud materna de mujeres migrantes o en contextos de desastres, por medio de la identificación y referencia oportuna.
- 3.3.5 Impulsar la prevención, estudio y seguimiento de la morbilidad materna severa, mediante el análisis de casos en los comités correspondientes.
- 3.3.6 Garantizar el estudio y seguimiento de la mortalidad materna, mediante el análisis y vigilancia del cumplimiento a las recomendaciones emitidas en los comités correspondientes.



Objetivo prioritario 4: Contribuir al bienestar de la población infantil mediante acciones de prevención, detección y atención en la etapa prenatal y de la persona recién nacida.

Estrategia prioritaria 4.1 Mejorar estrategias de educación e información para coadyuvar en el bienestar de la persona recién nacida.

ACCIONES PUNTUALES

- 4.1.1 Promover los beneficios de la atención pregestacional y control prenatal para la prevención de los defectos al nacimiento y detección del riesgo perinatal.
- 4.1.2 Favorecer la alimentación con leche humana desde el nacimiento, exclusiva hasta los seis meses y complementaria hasta los dos años de edad, así como la donación de leche humana en bancos de leche, mediante acciones de información y promoción.
- 4.1.3 Favorecer la alimentación de la persona recién nacida con leche humana en contextos de desastre y migración, mediante actividades específicas de información.

Estrategia prioritaria 4.2 Fortalecer la capacidad de respuesta del sector salud para la atención integral de la persona recién nacida.

ACCIONES PUNTUALES

- 4.2.1 Favorecer la atención inmediata de la persona recién nacida, por personal capacitado en reanimación neonatal y la identificación temprana de recién nacidos de riesgo para la referencia oportuna.
- 4.2.2 Favorecer el contacto piel con piel, el apego inmediato, el alojamiento conjunto y el inicio de la lactancia dentro de la primera hora de vida, a través cumplimiento de los criterios de la “Iniciativa Hospital Amigo del Niño”.
- 4.2.3 Promover la detección de hipoacusia y enfermedades congénitas del metabolismo a través del tamiz neonatal y la confirmación del diagnóstico de casos sospechosos, dentro del primer mes de vida.
- 4.2.4 Favorecer el inicio del tratamiento multidisciplinario de las personas recién nacidas con enfermedades congénitas del metabolismo, dentro del primer mes de vida.
- 4.2.5 Promover la alimentación exclusiva con leche humana de las personas recién nacidas prematuras y/o enfermas.



Estrategia prioritaria 4.3 Implementar estrategias interinstitucionales para mejorar el acceso a la atención e información en salud perinatal.

ACCIONES PUNTUALES

- 4.3.1 Fomentar y vigilar el cumplimiento de los criterios de la “Iniciativa Hospital Amigo del Niño”, a través de la nominación de establecimientos de salud como “amigos del niño”.
- 4.3.2 Fortalecer los mecanismos para el aseguramiento de insumos para el acceso oportuno de la persona recién nacida a las pruebas de tamiz neonatal.
- 4.3.3 Garantizar el análisis de la mortalidad perinatal, mediante el seguimiento de los comités correspondientes.
- 4.3.4 Mejorar el registro oficial de la muerte prenatal, mediante la capacitación del personal de salud.

Objetivo prioritario 5: Garantizar el acceso a servicios de aborto seguro según el marco legal vigente.

Estrategia prioritaria 5.1 Fomentar el acceso a información oportuna sobre aborto seguro para garantizar los derechos sexuales y reproductivos.

ACCIONES PUNTUALES

- 5.1.1 Elaborar y difundir información a mujeres sobre atención del aborto seguro mediante acciones de comunicación.
- 5.1.2 Favorecer el acceso a la atención del aborto seguro mediante acciones de información y comunicación dirigidas a los equipos multidisciplinarios de salud.
- 5.1.3 Promover el acceso oportuno a los servicios de aborto seguro con énfasis en niñas menores de 15 años, mediante la difusión de información sobre los derechos reproductivos incluidos en las leyes y normas.



Estrategia prioritaria 5.2 Fortalecer la capacidad técnica y de respuesta del sector salud para garantizar la atención del aborto seguro.

ACCIONES PUNTUALES

- 5.2.1 Impulsar los servicios de atención integral al aborto seguro basados en tecnologías apropiadas y en evidencia científica considerando la edad gestacional, mediante la capacitación a equipos multidisciplinarios de salud.
- 5.2.2 Impulsar el manejo ambulatorio del aborto seguro mediante una mejora continua en la gestión hospitalaria y de recursos humanos en salud.
- 5.2.3 Incrementar la disponibilidad de unidades de salud en las entidades federativas que otorgan servicios de aborto seguro.

Estrategia prioritaria 5.3 Fortalecer el marco normativo, de monitoreo y registro apropiado que faciliten los servicios de aborto seguro.

ACCIONES PUNTUALES

- 5.3.1 Elaborar y difundir estándares de calidad en la prestación de servicios de aborto mediante el desarrollo e implementación de lineamientos de atención.
- 5.3.2 Promover el apego al marco legal, normatividad y procedimientos de atención del aborto seguro mediante estrategias de monitoreo y supervisión.
- 5.3.3 Favorecer una mejora en la calidad de la información estadística en las instituciones de salud mediante la incorporación y registro de la atención de aborto seguro en los sistemas de información en salud.
- 5.3.4 Promover la igualdad en salud con acciones de coordinación intra e interinstitucionales mediante la inclusión del aborto seguro en la formación y profesionalización de recursos humanos en salud.



Objetivo prioritario 6: Contribuir a la prevención y reducción de los daños a la salud ocasionados por la violencia de género y violencia sexual.

Estrategia prioritaria 6.1 Impulsar estrategias para promover el derecho a una vida libre de violencia.

ACCIONES PUNTUALES

- 6.1.1 Fomentar el conocimiento de la población sobre su derecho a una vida libre de violencia mediante acciones de comunicación e información.
- 6.1.2 Difundir los servicios de salud existentes para víctimas de violencia de género mediante acciones de comunicación e información.
- 6.1.3 Fortalecer acciones para la prevención de la violencia mediante talleres específicos para diversas poblaciones en entornos comunitarios.

Estrategia prioritaria 6.2 Fortalecer la capacidad de respuesta del sector salud para atender a la violencia de género y violencia sexual.

ACCIONES PUNTUALES

- 6.2.1 Fortalecer la implementación de procedimientos institucionales para la atención de las personas afectadas por violencia sexual mediante la disponibilidad de recursos humanos, materiales e insumos necesarios.
- 6.2.2 Mejorar la detección, atención oportuna y referencia a los servicios requeridos, de acuerdo con la severidad de la violencia de género, mediante la aplicación de protocolos específicos.
- 6.2.3 Promover la identificación temprana y atención oportuna de casos de violencia sexual de niñas menores de 15 años y menores de edad embarazadas mediante protocolos de atención y su cumplimiento.
- 6.2.4 Promover estándares de calidad en la atención en salud para personas víctimas de violencia de género mediante el fortalecimiento de los servicios especializados.
- 6.2.5 Promover la prevención y atención a la violencia de género en mujeres en comunidades indígenas mediante la implementación de un modelo específico.



Estrategia prioritaria 6.3 Favorecer los mecanismos institucionales y de vinculación para la mejora de los servicios de prevención y atención de la violencia de género y violencia sexual.

ACCIONES PUNTUALES

- 6.3.1 Incentivar y vigilar que las acciones en salud para prevención y atención de violencia de género y violencia sexual cumplan con la normatividad y protocolos mediante monitoreo y evaluación.
- 6.3.2 Promover la participación interinstitucional e intersectorial para la prevención y atención de la violencia de género, mediante la implementación de talleres reeducativos dirigidos a grupos estratégicos.
- 6.3.3 Fortalecer los mecanismos de gestión para la disponibilidad de insumos para la atención de la violencia de género y la violencia sexual.
- 6.3.4 Fortalecer el registro de la detección y atención en salud a los diferentes tipos de violencia en el sistema de información en salud.
- 6.3.5 Promover la participación de las instancias de salud como primer respondiente para la atención oportuna de la violencia sexual para evitar la revictimización, mediante la coordinación con el sector de procuración de justicia
- 6.3.6 Promover el trato digno y respetuoso en salud reproductiva como medidas para evitar la violencia obstétrica mediante la coordinación con el Sector Salud y otras dependencias de los sectores, público, social y privado.
- 6.3.7 Promover la coordinación con las instancias correspondientes para la prevención y atención de la violencia de género y violencia sexual en contextos de migración y emergencia en caso de desastre.



IX. Indicadores, metas para el bienestar y parámetros.

Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos en mujeres de 15 a 19 años sexualmente activas

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO			
Nombre	Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos en mujeres de 15 a 19 años sexualmente activas		
Objetivo prioritario	Impulsar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos a través de acciones específicas de información, prevención y atención oportuna en la adolescencia.		
Definición o descripción	Mide el porcentaje de mujeres de 15 a 19 años, sexualmente activas (MEFSA), que están usando ellas o sus parejas algún método anticonceptivo moderno en un momento y lugar determinados.		
Nivel de desagregación	Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Quinquenal
Tipo	Estratégico	Acumulado o periódico	Periódico
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de los datos	Agosto a Octubre de 2023
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Tercer trimestre 2024
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad responsable de reportar el avance	Consejo Nacional de Población CONAPO
Método de cálculo	$PMSA(15-19)t = \left[\frac{UMSA(15-19)t}{MEFSA(15-19)t} \right] 100$ Donde: UMSA(15-19)t - Número de mujeres sexualmente activas de 15 a 19 años que, ellas o sus parejas, están usando algún método anticonceptivo moderno, en un año t MEFSA(15-19)t - Total de mujeres en edad fértil sexualmente activas de 15 a 19 años, en un año t PMSA(15-19)t - Prevalencia de uso de anticonceptivos modernos en MEFSA de 15-19 años, para el año t.		
Observaciones	Mujeres en Edad Fértil Sexualmente Activas (MEFSA), de 15-19 años, corresponden a aquellas que tuvieron al menos una relación sexual en el mes previo al levantamiento de la encuesta. Por método moderno se entiende cualquier tipo de anticonceptivo, con la excepción de los métodos tradicionales, tales como el ritmo, retiro y Billings.		



APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DE LA LÍNEA BASE

Nombre de variable 1	MEFSA de 15 a 19 años que, ellas o sus parejas, están usando algún anticonceptivo moderno	Valor variable 1	562,708	Fuente de información variable 1	CONAPO; con base en resultados de la ENADID 2018.
Nombre de variable 2	MEFSA de 15 a 19 años	Valor variable 2	981,428	Fuente de información variable 2	CONAPO; con base en resultados de la ENADID 2018.
Sustitución en método de cálculo	$[562,708 \div 981,428] * 100 = 57.3$				

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS

Línea base		Nota sobre la línea base
Valor	57.3	El valor de este indicador se calculó con base en los resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) de 2018, y su publicación oficial es responsabilidad del CONAPO. Entre 2014 y 2018, este indicador pasó de 56.0% a 57.3%. La próxima ENADID se estaría aplicando en el 2023, de acuerdo a su periodicidad de aplicación.
Año	2018	
Meta 2024		Nota sobre la meta 2024
59.3		Meta programada por la Secretaría de Salud en coordinación con la Secretaría General del CONAPO considerando un incremento moderado del indicador con base en la tendencia observada.

SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ND	ND	56.0	ND	ND	ND	57.3
META						
2020	2021	2022	2023	2024		
ND	ND	ND	59.0	59.3		

Tasa de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO					
Nombre	Tasa de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años				
Objetivo prioritario	Impulsar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos a través de acciones específicas de información, prevención y atención oportuna en la adolescencia.				
Definición o descripción	Número de nacidas(os) vivas(os) ocurridos en mujeres de 15 a 19 años de edad que tienen lugar en un año y espacio geográfico determinados, por cada 1000 mujeres de ese grupo de edad estimados a mitad de ese año.				
Nivel de desagregación	Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual		
Tipo	Estratégico	Acumulado o periódico	Periódico		
Unidad de medida	Nacidos(as) vivos(as) por 1000 mujeres de 15-19 años	Periodo de recolección de los datos	Enero a Diciembre		
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Segundo semestre del año posterior al que corresponde la información		
Tendencia esperada	Descendente	Unidad responsable de reportar el avance	Consejo Nacional de Población (CONAPO)/Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva		
Método de cálculo	La tasa de fecundidad adolescente (TFA) es el cociente que resulta al dividir el total de hijos(as) nacidos(as) vivos(as) en mujeres de 15 a 19 años ocurridos en un año t entre el total de la población femenina de entre 15 y 19 años de edad del año t. El resultado se multiplica por mil.				
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DE LA LÍNEA BASE					
Nombre de variable 1	Hijos(as) nacidos(as) vivo(as) en mujeres de 15 a 19 años en un año t.	Valor variable 1	383,948	Fuente de información	CONAPO. Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas 2016-2050.
Nombre de variable 2	Mujeres de 15 a 19 años	Valor variable 2	5'446,250	Fuente de información	CONAPO. Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas 2016-2050.
Sustitución en método de cálculo		(383,948/5'446,250) x 1,000=70.5			

Programa de Acción Específico

2020-2024

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS						
Línea base			Nota sobre la línea base			
Valor	70.5		Entre 2015 y 2018, este indicador pasó de 74.3 a 70.5 hijos(as) nacidos(as) vivos(as) por cada mil mujeres de 15 a 19 años			
Año	2018					
Meta 2024			Nota sobre la meta 2024			
56.5			Para programar la meta al 2024, se consideró la meta planteada en la Estrategia Nacional para la Prevención para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA)de reducir en 50% este indicador de 2015 a 2030.			
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
76.3	76.1	75.6	74.3	72.9	71.6	70.5
META						
Valor prospectivo. Puede registrar NA cuando no aplique meta para ese año, de acuerdo con la frecuencia de medición.						
2020	2021		2022	2023	2024	
68.5	65.7		62.8	59.6	56.5	



Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos en mujeres en edad fértil sexualmente activas

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO			
Nombre	Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos en mujeres en edad fértil sexualmente activas		
Objetivo prioritario	Favorecer el ejercicio de la sexualidad elegida, protegida y saludable a través de acciones de anticoncepción, planificación familiar, prevención y atención oportuna en la etapa reproductiva.		
Definición o descripción	Mide el porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas (MEFSA), de 15 a 49 años, que están usando ellas o sus parejas algún método anticonceptivo moderno en un momento y lugar determinado, a nivel nacional.		
Nivel de desagregación	Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Quinquenal
Tipo	Estratégico	Acumulado o periódico	Periódico
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de los datos	Agosto a Octubre de 2023
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Tercer trimestre de 2024
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad responsable de reportar el avance	Consejo Nacional de Población (CONAPO)
Método de cálculo	$PMEFSA(t) = \left[\frac{UMEFSA(t)}{MEFSA(t)} \right] 100$ Donde: UMEFSA(t) - Número de mujeres en edad fértil sexualmente activas de 15 a 49 años que, ellas o sus parejas, están usando algún método anticonceptivo moderno, en un año t; MEFSA(t) - Total de mujeres en edad fértil sexualmente activas de 15 a 49 años (MEFSA), en un año t PMEFSA(t) - Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos en MEFSA, para el año t La prevalencia de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos modernos, es el cociente por cada cien de las mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos modernos en el momento t entre el total de mujeres en edad fértil sexualmente activas en el momento t.		
Observaciones	Se considera mujeres en edad fértil (MEF) a aquéllas que tienen entre 15 y 49 años de edad. Asimismo, las MEFSA corresponden a las MEF que tuvieron al menos una relación sexual en el mes previo al levantamiento de la encuesta. Por método moderno se entiende cualquier anticonceptivo, con la excepción de los métodos tradicionales, tales como el ritmo, retiro y Billings.		

Programa de Acción Específico

2020-2024

APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DE LA LÍNEA BASE						
Nombre de variable 1	MEFSA que ellas o sus parejas, están usando algún anticonceptivo moderno	Valor de variable 1	13'581,802	Fuente de información variable 1	CONAPO con base en resultados de la ENADID 2018.	
Nombre de variable 2	MEFSA de 15 a 49 años	Valor de variable 2	18'855,178	Fuente de información variable 2	CONAPO con base en resultados de la ENADID 2018.	
Sustitución en método de cálculo	[13'581,802÷ 18'855,178] * 100 = 72.0					
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS						
Línea base			Nota sobre la línea base			
Valor	72.0	El valor de este indicador se calculó con base en los resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) de 2018, y su publicación oficial. es responsabilidad del CONAPO. Entre 2014 y 2018, este indicador pasó de 71.3% a 72.0%. La próxima ENADID se estaría aplicando en el 2023, de acuerdo a su periodicidad.				
Año	2018					
Meta 2024		Nota sobre la meta 2024				
72.8		La meta se refiere a 2023, ya que es la información disponible de acuerdo a la frecuencia de medición de la fuente de información. En los últimos cuatro años el incremento de MEFSA que usó métodos anticonceptivos modernos es muy bajo de 0.7 puntos porcentuales.				
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ND	ND	71.3	ND	ND	ND	72.0
META						
2020	2021	2022	2023	2024		
ND	ND	ND	72.8	73.0		



Demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos en mujeres en edad fértil sexualmente activas

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO			
Nombre	Demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos en mujeres en edad fértil sexualmente activas		
Objetivo prioritario	Favorecer el ejercicio de la sexualidad elegida, protegida y saludable a través de acciones de anticoncepción, planificación familiar, prevención y atención oportuna en la etapa reproductiva.		
Definición o descripción	Mide la proporción de la demanda total de planificación familiar de mujeres en edad fértil sexualmente activas (MEFSA) que se satisface mediante el uso actual de métodos anticonceptivos modernos en un momento dado.		
Nivel de desagregación	Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Quinquenal
Tipo	Estratégico	Acumulado o periódico	Periódico
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de los datos	Agosto a Octubre de 2023
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Tercer trimestre de 2024
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad responsable de reportar el avance	Consejo Nacional de Población (CONAPO)
Método de cálculo	$DESA(t) = \left[\frac{PMSA(t)}{DE TSA(t)} \right] 100$ Donde: PMSA(t) – Prevalencia de uso de anticonceptivos modernos en MEFSA de 15-49 años, en un año <i>t</i> DE TSA(t) – Porcentaje de la demanda total de anticonceptivos modernos en MEFSA, en el año <i>t</i> DESA(t) – Demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos en MEFSA, para el año <i>t</i> Es el cociente del porcentaje de MEFSA que usan métodos anticonceptivos modernos, y el porcentaje total de MEFSA con demanda total de anticoncepción al momento del levantamiento de la encuesta.		
Observaciones	Se considera mujeres en edad fértil (MEF) a aquéllas que tienen entre 15 y 49 años de edad. Asimismo, las MEF sexualmente activas (MEFSA), corresponden a aquéllas que tuvieron al menos una relación sexual en el mes previo al levantamiento de la encuesta. La demanda total es la suma del porcentaje de MEFSA con necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos y la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en MEFSA.		



APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DE LA LÍNEA BASE

Nombre de variable 1	Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos en MEFSA.	Valor de variable 1	72.03	Fuente de información variable 1	CONAPO; con base en resultados de la ENADID 2018.
Nombre de variable 2	Demanda total de anticoncepción en MEFSA.	Valor de variable 2	86.5	Fuente de información variable 2	
Nombre de variable 3	Necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos en MEFSA.	Valor de variable 3	11.06	Fuente de información variable 3	
Nombre de variable 4	Prevalencia de uso de cualquier método anticonceptivo en MEFSA.	Valor de variable 4	75.45	Fuente de información variable 4	
Sustitución en método de cálculo	Porcentaje de MEFSA con demanda satisfecha = $[72.03 / (75.45 + 11.06)] * 100 = [72.0 / 86.5] * 100 = 83.3$				

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS

Línea base		Nota sobre la línea base
Valor	83.3	El valor de este indicador se calculó con base en los resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) de 2018, y es de responsabilidad del CONAPO. Entre 2014 y 2018, este indicador pasó de 82.5% a 83.3%. La próxima ENADID se estaría aplicando en el 2023, de acuerdo a su periodicidad.
Año	2018	
Meta 2024		Nota sobre la meta 2024
83.9		Meta programada por el CONAPO para finales del 2023, ya que es la información que estaría disponible de acuerdo con la periodicidad de la fuente de información.

SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ND	ND	82.5	ND	ND	ND	83.3
META						
2020	2021	2022	2023	2024		
ND	ND	ND	83.9	84.0		

Razón de mortalidad materna

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO					
Nombre	Razón de mortalidad materna				
Objetivo prioritario	Incrementar el acceso a la atención oportuna, integral y segura de la salud materna, desde la etapa pregestacional hasta el puerperio tardío				
Definición	La razón de Muerte Materna es el número de defunciones maternas por cada 100.000 nacidos vivos.				
Nivel de desagregación	Nacional Por entidad federativa	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual		
Tipo	Estratégico	Acumulado o periódico	Acumulable		
Unidad de medida	Razón	Periodo de recolección de los datos	Enero a diciembre		
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Primer Semestre		
Tendencia esperada	Descendente	Unidad responsable de reportar el avance	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva		
Método de cálculo	Número de muertes maternas en un determinado periodo / Número de nacidos vivos en el mismo periodo, expresado por 100.000 nacidos vivos.				
Observaciones	- El indicador es nacional y abarca a todo el sector salud, ya que se trata de un indicador sujeto a vigilancia epidemiológica. - El cálculo puede ajustarse para una determinada área geográfica de salud (nacional, estatal, jurisdiccional)				
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DE LA LÍNEA BASE					
La línea base debe corresponder a un valor definitivo para el ciclo 2018 o previo, no podrá ser un valor preliminar ni estimado.					
Nombre variable 1	Defunciones Maternas	Valor variable 1	710	Fuente de información	DGIS/INEGI
Nombre variable 2	Número de Nacidos vivos	Valor variable 2	2,054,714	Fuente de información	CONAPO/INEGI
Sustitución en método de cálculo	710 / 2,054,714 x 100,000 = 34.6				
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS					
Línea base			Nota sobre la línea base		
Valor	34.6 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos		Ninguna		
Año	2018				

Programa de Acción Específico

2020-2024

Meta 2024				Nota sobre la meta 2024		
31 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos				Ninguna		
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO Se deberán registrar los valores, acorde a la frecuencia de medición de la Meta para el bienestar o Parámetro. Puede registrar NA (No aplica) y ND (No disponible) cuando corresponda.						
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
42.1	37.9	38.7	35.0	37.2	35.0	34.6
METAS Sólo aplica para Metas para el bienestar. Puede registrar NA cuando no aplique meta para ese año, de acuerdo con la frecuencia.						
2020	2021	2022	2023	2024		
34.2	34.0	33.2	32.2	31.0		



Porcentaje de consultas de control prenatal de primera vez en el primer trimestre.

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO					
Nombre	Porcentaje de consultas de control prenatal de primera vez en el primer trimestre.				
Objetivo prioritario	Incrementar el acceso a la atención oportuna, integral y segura de la salud materna, desde la etapa pregestacional hasta el puerperio tardío				
Definición o descripción	Número de mujeres embarazadas atendidas de primera vez durante el primer trimestre del embarazo por personal de salud (parteras tradicionales, parteras profesionales, enfermeras, médicos generales, médicos especialistas) comparado con el total de consultas prenatales de primera vez otorgadas en cualquier trimestre de la gestación				
Nivel de desagregación	Nacional Por entidad federativa	Periodicidad o frecuencia de medición	Mensual		
Tipo	Estratégico	Acumulado o periódico	Periódico		
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de los datos	Enero a diciembre		
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Primer Semestre		
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad responsable de reportar el avance	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva		
Método de cálculo	(Número de consultas prenatales de primera vez atendidas en el primer trimestre de la gestación / Número total de consultas prenatales de primera vez en cualquier trimestre de la gestación) x 100				
Observaciones	El indicador corresponde a la población de responsabilidad de la Secretaría de Salud (ninguna derechohabiente + INSABI + Secretaría de Salud)				
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DE LA LÍNEA BASE					
La línea base debe corresponder a un valor definitivo para el ciclo 2018 o previo, no podrá ser un valor preliminar ni estimado.					
Nombre variable 1	Número de consultas prenatales de primera vez en el primer trimestre	Valor variable 1	391,935	Fuente de información	DGIS/ SALUD
Nombre variable 2	Número de consultas prenatales de primera vez en cualquier trimestre de la gestación	Valor variable 2	1,086,454	Fuente de información	DGIS / SALUD
Sustitución en método de cálculo		391,935 / 1,086,454 * 100 = 36.07			

Programa de Acción Específico

2020-2024

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS						
Línea base					Nota sobre la línea base	
Valor	36.07% de las consultas de control prenatal de primera vez otorgadas fueron en el primer trimestre				Ninguna	
Año	2018					
Meta 2024					Nota sobre la meta 2024	
45% de las consultas prenatales de primera vez son otorgadas en el primer trimestre de la gestación					Ninguna	
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
33.48%	32.88%	34.16%	33.69%	35.09%	35.53%	36.07%
METAS						
Sólo aplica para Metas para el bienestar. Puede registrar NA cuando no aplique meta para ese año, de acuerdo con la frecuencia de medición.						
2020	2021	2022	2023	2024		
37.0%	38.5%	41.5%	43.5%	45.0%		



Tasa de mortalidad neonatal

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO					
Nombre	Tasa de mortalidad neonatal				
Objetivo prioritario	Contribuir al bienestar de la población infantil mediante acciones de prevención, detección y atención en la etapa prenatal y de la persona recién nacida				
Definición o descripción	Mide indirectamente la efectividad de las acciones de prevención y atención oportuna en los menores de 28 días de edad de acuerdo con la normatividad aplicable				
Nivel de desagregación	Nacional Por entidad federativa	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual		
Tipo	Estratégico	Acumulado o periódico	Periódico		
Unidad de medida	Tasa	Periodo de recolección de los datos	Enero-Diciembre		
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Primer semestre		
Tendencia esperada	Descendente	Unidad responsable de reportar el avance	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva		
Método de cálculo	Total de defunciones de menores de 28 días de edad en un año determinado / Total de nacimientos registrados en los certificados de nacimiento para el mismo periodo por 1,000				
Observaciones	El indicador es nacional y abarca a todo el sector salud.				
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DE LA LÍNEA BASE					
La línea base debe corresponder a un valor definitivo para el ciclo 2018 o previo, no podrá ser un valor preliminar ni estimado.					
Nombre variable 1	Defunciones de menores de 28 días de edad	Valor variable 1	15,012	Fuente de información	DGIS/Salud
Nombre variable 2	Total de nacimientos registrados en los certificados de nacimiento para el mismo periodo por 1,000.	Valor variable 2	1,940,656	Fuente de información	DGIS/Salud/SI NAC
Sustitución en método de cálculo	15,012/ 1,940,656 x 1000= 7.7				

Programa de Acción Específico

2020-2024

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS						
Línea base					Nota sobre la línea base	
Valor	7.73 muertes neonatales por cada 1000 recién nacidos vivos				Ninguna	
Año	2018					
Meta 2024					Nota sobre la meta 2024	
Disminuir la tasa de mortalidad neonatal a 6.9 defunciones por cada 1000 personas recién nacidas vivas					Ninguna	
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
Se deberán registrar los valores, acorde a la frecuencia de medición de la Meta para el bienestar o Parámetro						
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
8.20	7.60	7.58	7.64	7.30	7.70	7.73
METAS						
Sólo aplica para Metas para el bienestar. Puede registrar NA cuando no aplique meta para ese año, de acuerdo con la frecuencia de medición.						
2020	2021	2022	2023	2024		
7.50	7.35	7.10	7.00	6.90		



Personas recién nacidas con prueba de tamiz metabólico neonatal

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO					
Nombre	Personas recién nacidas con prueba de tamiz metabólico neonatal				
Objetivo prioritario	Contribuir al bienestar de la población infantil mediante acciones de prevención, detección y atención en la etapa prenatal y de la persona recién nacida				
Descripción	Mide el porcentaje de personas recién nacidas a las que se les realiza la prueba de tamiz metabólico neonatal, del total de personas recién nacidas.				
Nivel de desagregación	Nacional Por entidad federativa	Periodicidad o frecuencia de medición	Trimestral		
Tipo	Estructura	Acumulado o periódico	Acumulado		
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de los datos	Enero-Diciembre		
Dimensión	Cobertura	Disponibilidad de la información	Primer semestre		
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad responsable de reportar el avance	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva		
Método de cálculo	Total de personas recién nacidas con prueba de tamiz metabólico neonatal/ Total de nacidos vivos registrados para el mismo periodo por 100.				
Observaciones	El indicador corresponde a la población de responsabilidad de la Secretaría de Salud (ninguna derechohabiente + INSABI + Secretaría de Salud)				
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DE LA LÍNEA BASE					
La línea base debe corresponder a un valor definitivo para el ciclo 2018 o previo, no podrá ser un valor preliminar ni estimado.					
Nombre variable 1	Total de personas recién nacidas con prueba de tamiz metabólico neonatal	Valor variable 1	1,001,297	Fuente de información	Registros del CNEGSR
Nombre variable 2	Total de nacidos vivos registrados para el mismo periodo	Valor variable 2	1,188,190	Fuente de información	DGIS/Salud/SINAC
Sustitución en método de cálculo	1,001,297/ 1,188,190 X 100= 83.4%				

Programa de Acción Específico

2020-2024

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS						
Línea base					Nota sobre la línea base	
Valor	83.4% de personas recién nacidas se les realiza la prueba de tamiz metabólico neonatal				Ninguna	
Año	2018					
Meta 2024					Nota sobre la meta 2024	
Al 95% de las personas recién nacidas se les realizará la prueba de tamiz metabólico neonatal					Ninguna	
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
Se deberán registrar los valores, acorde a la frecuencia de medición de la Meta para el bienestar o Parámetro. Puede registrar NA (No aplica) y ND (No disponible) cuando corresponda.						
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
97.2%	85.3%	84.7%	70.5%	72.7%	79.6%	84.3%
METAS						
Sólo aplica para Metas para el bienestar. Puede registrar NA cuando no aplique meta para ese año, de acuerdo con la frecuencia de medición.						
2020	2021	2022	2023	2024		
82.6%	87.5%	90.0%	92.5%	95.0%		



Porcentaje de mujeres embarazadas por violación sexual a las que se les practicó un aborto seguro en los servicios estatales de salud

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO			
Nombre	Porcentaje de mujeres embarazadas por violación sexual a las que se les practicó un aborto seguro en los servicios estatales de salud		
Objetivo prioritario	Garantizar el acceso a servicios de aborto seguro según el marco legal vigente.		
Definición o descripción	Porcentaje de mujeres embarazadas por violación sexual a las que se les practicó un aborto seguro en los servicios estatales de salud para interrumpir voluntariamente el embarazo.		
Nivel de desagregación	Nacional y entidad federativa	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual
Tipo	Gestión	Acumulado o periódico	Periódico
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de los datos	Enero a Diciembre
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Primer trimestre del año posterior al que corresponde la información
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad responsable de reportar el avance	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
Método de cálculo	Número de mujeres embarazadas por violación sexual a las que se les practicó un aborto seguro en los servicios estatales de salud para interrumpir voluntariamente el embarazo / Número de mujeres embarazadas como consecuencia resultante de mayor gravedad por violencia sexual atendidas en los servicios estatales de salud *100).		
Observaciones	De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud los servicios de aborto seguro incluyen el abordaje del aborto espontáneo, aborto incompleto, aborto diferido y aborto inducido de productos de embarazos viables o no viables, realizados por personal de salud que cuente con las competencias técnicas y aplique los métodos recomendados (farmacológicos y/o quirúrgicos) considerando el tiempo de embarazo. Sin embargo, los casos de interrupción voluntaria del embarazo se consideran un indicador sensible para medir el acceso a los servicios de salud por esta causa en apego al cumplimiento con la Norma Oficial Mexicana 046 – SSA - 2005. La fuente de información para este indicador es el Informe General de Avances (IGA) de la Dirección de Violencia Intrafamiliar del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva que se modificó para su registro a partir de 2021.		



APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DE LA LÍNEA BASE

La línea base debe corresponder a un valor definitivo para el ciclo 2018 o previo, no podrá ser un valor preliminar ni estimado.

Nombre variable 1	Número de mujeres embarazadas por violación sexual a las que se les practicó un aborto seguro en los servicios estatales de salud para interrumpir voluntariamente el embarazo.	Valor variable 1	147 (IGA)	Fuente de información	SALUD/CNEGSR; Informe General de Avances.
Nombre variable 2	Número de casos de mujeres embarazadas como consecuencia resultante de mayor gravedad por violencia sexual atendidas en los servicios estatales de salud	Valor variable 2	736 (SINBA-SEUL)	Fuente de información	SALUD; Sistema Nacional de Información Básica en materia de Salud, Subsistema de Egresos, Urgencias y Lesiones.
Sustitución en método de cálculo		$[147 \div 736] * 100 = 19.97\%$			

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS

Línea base		Nota sobre la línea base	
Valor	19.97%		
Año	2018		
Meta 2024		Nota sobre la meta 2024	
35%		Se busca medir la gestión de la Secretaría de Salud en los servicios de aborto seguro mediante el incremento gradual de la oferta de éstos en apego al cumplimiento con la NOM 046 – SSA – 2005.	

SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO

Se deberán registrar los valores, acorde a la frecuencia de medición de la Meta para el bienestar o Parámetro. Puede registrar NA (No aplica) y ND (No disponible) cuando corresponda.

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ND	ND	ND	ND	ND	ND	19.97%

METAS

Sólo aplica para Metas para el bienestar. Puede registrar NA cuando no aplique meta para ese año, de acuerdo con la frecuencia de medición.

2020	2021	2022	2023	2024
23%	26%	29%	32%	35%

Cobertura de atención en Servicios Especializados de Violencia de Género

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO					
Nombre	Cobertura de atención en Servicios Especializados de Violencia de Género				
Objetivo prioritario	Contribuir a la prevención y reducción de los daños a la salud ocasionados por la violencia de género y violencia sexual.				
Definición o descripción	Porcentaje de mujeres de 15 años y más de la población de responsabilidad de los servicios estatales de salud, detectadas con eventos de violencia de pareja en los últimos doce meses y atendidas por los Servicios Especializados de Atención a la violencia de género y sexual en salud.				
Nivel de desagregación	Nacional y entidad federativa	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual		
Tipo	Gestión	Acumulado o periódico	Periódico		
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de los datos	Enero a Diciembre		
Dimensión	Cobertura	Disponibilidad de la información	Primer trimestre del año posterior al que corresponde la información		
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad responsable de reportar el avance	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva		
Método de cálculo	El número de mujeres detectadas con eventos de violencia de pareja en los últimos doce meses que fueron atendidas al menos en una ocasión por los Servicios especializados durante el año / Estimación de mujeres de 15 años y más que tienen pareja, en población de responsabilidad de los servicios de salud estatales y que pudieron haber enfrentado violencia severa de pareja en los últimos doce meses * (100).				
Observaciones	La gestión de los Servicios Especializados de Atención a la Violencia de Género y Sexual es responsabilidad de los servicios estatales de salud. Este indicador da cuenta del fortalecimiento y la oferta de los servicios para la población en cada entidad federativa.				
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DE LA LÍNEA BASE					
La línea base debe corresponder a un valor definitivo para el ciclo 2018 o previo, no podrá ser un valor preliminar ni estimado.					
Nombre variable 1	Número de mujeres detectadas con eventos de violencia de pareja en los últimos doce meses y que fueron atendidas al menos en una ocasión por los Servicios especializados durante el año	Valor variable 1	261,544 (IGA)	Fuente de información	SALUD/CNEGSR; Informe General de Avances.

Programa de Acción Específico

2020-2024

Nombre variable 2	Estimación de mujeres de 15 años y más que tienen pareja, en población de responsabilidad de los servicios de salud estatales y que pudieron haber enfrentado violencia severa de pareja en los últimos doce meses	Valor variable 2	1,084,325 (IGA)	Fuente de información	SALUD/DGIS; Subsistema de prestación de Servicios (SIS) INEGI; CENSO 2010; Índice de nupcialidad INEGI; ENVIM 2006 2006; ENDIREH 2016
Sustitución en método de cálculo	[261,544 ÷ 1,084,325] * 100 = 24.12%				

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS

Línea base		Nota sobre la línea base
Valor	24.12%	Esta línea base considera como fuente de información el Informe General de Avances.
Año	2018	
Meta 2024		Nota sobre la meta 2024
25.6%		Se realizó una estimación con el incremento porcentual promedio anual de la serie histórica. Además se toma de referencia la prevalencia de violencia de pareja reportada en el 2016 por la Encuesta Nacional de la Dinámica en las Relaciones en los Hogares.

SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO

Se deberán registrar los valores, acorde a la frecuencia de medición de la Meta para el bienestar o Parámetro. Puede registrar NA (No aplica) y ND (No disponible) cuando corresponda.

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ND	20.47%	22.01%	22.65%	25.78%	25.63%	24.12%

METAS

Sólo aplica para Metas para el bienestar. Puede registrar NA cuando no aplique meta para ese año, de acuerdo con la frecuencia de medición.

2020	2021	2022	2023	2024
23.2%	23.8%	24.4%	25%	25.6%



Porcentaje de personas atendidas por violación sexual en los servicios estatales de salud que recibieron profilaxis, post exposición para VIH.

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO					
Nombre	Porcentaje de personas atendidas por violación sexual en los servicios estatales de salud que recibieron profilaxis, post exposición para VIH.				
Objetivo prioritario	Contribuir a la prevención y reducción de los daños a la salud ocasionados por la violencia de género y violencia sexual.				
Definición o descripción	Porcentaje de personas atendidas por violación sexual en los servicios estatales de salud a las que se les otorgaron medicamentos antirretrovirales, antes de las 72 hrs posteriores al evento, para disminuir el riesgo de infección por VIH.				
Nivel de desagregación	Nacional y entidad federativa	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual		
Tipo	Gestión	Acumulado o periódico	Periódico		
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de los datos	Enero a Diciembre		
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Primer trimestre del año posterior al que corresponde la información		
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad responsable de reportar el avance	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva		
Método de cálculo	Número de personas atendidas por violación sexual a las que se les otorgó medicamentos antirretrovirales para disminuir el riesgo de infección por VIH, antes de las 72 horas posteriores al evento, en los servicios estatales de salud / Número de personas atendidas por violación sexual en los servicios estatales de salud *(100).				
Observaciones	La fuente de información para este indicador es el Informe General de Avances (IGA) de la Dirección de Violencia Intrafamiliar del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.				
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DE LA LÍNEA BASE					
La línea base debe corresponder a un valor definitivo para el ciclo 2018 o previo, no podrá ser un valor preliminar ni estimado.					
Nombre variable 1	Número de personas atendidas por violación sexual a las que se les otorgó medicamentos antirretrovirales para disminuir el riesgo de infección por VIH antes de las 72 horas posteriores al evento, en los servicios estatales de salud	Valor variable 1	3,347 (según IGA)	Fuente de información	SALUD/CNEGSR; Informe General de Avances.

Programa de Acción Específico

2020-2024

Nombre variable 2	Número de personas atendidas por violación sexual en los servicios estatales de salud	Valor variable 2	5,349 (según IGA)	Fuente de información	SALUD/CNEGSR; Informe General de Avances	
Sustitución en método de cálculo	[3,347 ÷ 5,349] * 100 = 62.57%					
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS						
Línea base			Nota sobre la línea base			
Valor	62.57%		Esta línea base considera como fuente de información el Informe General de Avances.			
Año	2018					
Meta 2024			Nota sobre la meta 2024			
79%			Se realizó una estimación con el incremento porcentual promedio anual de la serie histórica.			
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
Se deberán registrar los valores, acorde a la frecuencia de medición de la Meta para el bienestar o Parámetro. Puede registrar NA (No aplica) y ND (No disponible) cuando corresponda.						
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ND	ND	ND	ND	ND	ND	62.57%
METAS						
Sólo aplica para Metas para el bienestar. Puede registrar NA cuando no aplique meta para ese año, de acuerdo con la frecuencia de medición.						
2020	2021	2022	2023	2024		
67%	70%	73%	76%	79%		



X. Mapa de procesos.

Para el desarrollo de las estrategias prioritarias y acciones puntuales, es fundamental situar los procesos que estructuran el funcionamiento del Centro Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, los cuales van dirigidos de manera directa a las Secretarías de Salud de las 32 entidades federativas. A su vez, estas son las responsables de dirigir los esfuerzos de las unidades médicas y servicios complementarios, mediante las cuales se implementarán dichas acciones y actividades, en beneficio de la población.

De manera simultánea, estos procesos incluyen la coordinación intersectorial, así como la articulación con las instituciones del Sector Salud, las instituciones privadas, instancias académicas y organizaciones de la sociedad civil, para la implementación transversal de la política pública en salud sexual y reproductiva, con la finalidad de garantizar el avance hacia las metas establecidas.

Las funciones sustantivas que respaldan el programa, se basan en las actividades esenciales de los servicios públicos de salud¹²³ e integran el amplio espectro de acción y competencia en el que interactúan el nivel federal y las instancias estatales para el mutuo fortalecimiento y para alcanzar las metas establecidas. Estas funciones son:

1. Diagnóstico y monitoreo de indicadores para identificar y atender problemas y riesgos relacionados con la salud sexual y reproductiva.
2. Comunicación efectiva, participación social y alianzas comunitarias para generar cambios positivos de comportamiento en la población.
3. Incidir en las determinantes sociales y habilitar entornos propicios mediante el compromiso político en la promoción de la salud sexual y reproductiva.
4. Fortalecimiento de la capacidad técnica y de respuesta del sector salud, mejorando el acceso, la aceptabilidad, la calidad y el buen trato hacia las usuarias y usuarios.
5. Revisión, actualización, difusión y vigilancia del cumplimiento del marco jurídico y normativo.
6. Aseguramiento de equipamiento, insumos y recursos humanos.
7. Vinculación y coordinación intersectorial e interinstitucional.

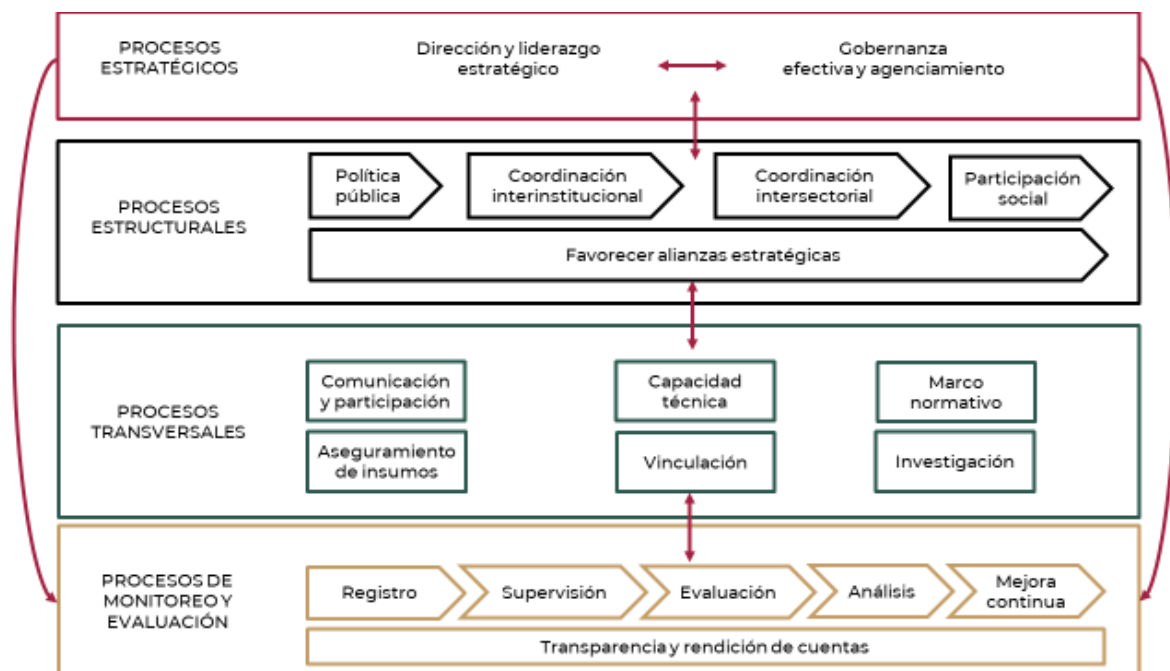
¹²³ CDC (2018) The Public Health System & the 10 Essential Public Health Services. USA: Centers for Disease Control and Prevention. Disponible en: <https://www.cdc.gov/publichealthgateway/publichealthservices/essentialhealthservices.html>



8. Desarrollar investigación para identificar y dar cuenta de cambios socioculturales y problemas de salud, que permitan una mayor precisión y especificidad de los indicadores.
9. Evaluación, supervisión, monitoreo y análisis de información para la mejora continua y la toma de decisiones.
10. Transparencia y rendición de cuentas.

En el siguiente mapa de procesos, dichas funciones se articulan con los procesos estructurales desde una visión estratégica que impacta al interior al interior de las instituciones que otorgan servicios de salud en los diferentes niveles (federal, estatal, local).

Figura 6. Mapa de procesos para la implementación del Programa



Fuente: SALUD/ CNEGSR (2019).

XI. Territorialización

El enfoque de territorialización explicita y detalla la interacción entre la agenda nacional que establece una política pública basada en el acceso universal a la salud y las entidades federativas y otras instancias rectoras a nivel local, que permitan orientar los programas a la singularidad de los contextos y necesidades identificadas.

Es fundamental que en el nivel federal se establezcan los objetivos, metas, indicadores y medios de implementación, considerando la dimensión local, así como promover los marcos normativos, institucionales y presupuestales como condiciones de posibilidad para la implementación y operatividad de los programas. Con base en ello, las entidades federativas desarrollarán los mecanismos apropiados para ejercer una gobernanza efectiva a partir de la apropiación de la agenda pública que se traduce en la priorización de objetivos y metas en respuesta a las necesidades detectadas, el ejercicio adecuado del gasto, la optimización de los recursos y el fortalecimiento de los mecanismos de participación local.

Con el propósito de contribuir en el desarrollo de políticas públicas diferenciadas, integrales y multisectoriales, para el desarrollo de este Programa se consideraron metodologías dinámicas para la identificación de regiones prioritarias, entre ellas la Territorialización orientada a reconocer el estado actual de las condiciones por componente en las poblaciones y su distribución en los 2,457 municipios divididos en las cuatro regiones: Norte, Occidente, Centro y Sureste, dispuestas por el Consejo Nacional de Salud (CONASA).

En términos generales, los resultados obtenidos de la metodología de Territorialización, señalaron que la región Sureste es prioritaria en los componentes salud materna, salud perinatal, embarazo en adolescentes y violencia hacia las mujeres, seguida por las regiones Centro, Norte y Occidente. El análisis de los componentes mostró estar vinculado con condiciones estructurales que se reflejan en alta marginalidad, rezago educativo, ingresos por debajo de la línea de bienestar, etnicidad y dificultad en el acceso a los servicios de salud debido a la ubicación geográfica.

El método para el reconocimiento de patrones geográficos ayudó a identificar algunos indicadores locales. Sin embargo, apuntó también que la falta de registro adecuado y subregistro de cada uno de los indicadores del programa dificulta la correcta identificación de los municipios prioritarios. Por ello, los resultados fueron tomados



como una línea base a los que se sumaron factores a partir de los siguientes escenarios-eje: 1. Indicadores y registros de este Centro Nacional; 2. Escenarios epidemiológicos; 3. Crisis, emergencias y desastres; 4. Movimientos sociales y organizaciones de la sociedad civil 5. Articulación intersectorial. Éstos implican la realización de evaluaciones periódicas de las intervenciones prioritarias, la realización de Planes Anuales de Trabajo para la planeación estratégica y asignación del presupuesto para llevarlas a cabo. Las metodologías adoptadas, permiten por un lado identificar las regiones prioritarias a partir del fortalecimiento de acciones de registro adecuado de cada uno de los componentes y, por otro lado, a través de los escenarios-eje propuestos, supone la valoración periódica de las necesidades y contextos locales para trazar acciones urgentes y prioritarias.



XII. Innovación en Salud

La innovación en salud consiste en la incorporación de herramientas digitales, tecnologías de la información y de telecomunicación para el desarrollo de políticas, sistemas, productos y métodos de servicios que mejoren la salud de las personas.

La optimización de los sistemas de salud requiere políticas en constante evolución, que se traduzcan en un mejor desarrollo y prestación de servicios. La innovación basada en las necesidades cataliza este proceso, toda vez que permite el adecuado uso de recursos económicos, humanos y de infraestructura, generando una alternativa de acceso para las y los usuarios y permite una mayor cobertura en sitios de difícil acceso, eliminando algunas de las barreras geográficas, económicas y sociales que aún impactan en el acceso a los servicios de salud.

En este Programas de Acción Específica, la aplicación de la Innovación en Salud se enfoca en cinco componentes principales:

1. Promoción y prevención
2. Capacitación
3. Atención y asistencia
4. Gestión
5. Medición y Evaluación

La implementación será multimodal y con la visión centrada en las necesidades de los diversos grupos poblacionales y de cada región, garantizando así el acceso a servicios de salud de calidad, asequibles, eficientes y efectivos.

Dado que puede estar enfocada en diversos aspectos de la atención, las intervenciones que emplea pueden tener diferentes ámbitos de aplicación y estar dirigidos a diferentes sectores. En la siguiente tabla se enlistan algunas de las estrategias potencialmente aplicables al Programa de Salud Sexual y Reproductiva.



Tabla 7. Innovación en Salud: Salud Sexual y Reproductiva.

POBLACIÓN OBJETIVO	MODALIDADES DE INTERVENCIÓN	APLICACIONES	ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN
Para personas usuarias	- Salud Móvil (apps móviles) - Centros de contacto - Teleeducación (webinars, talleres) - Teleconsulta para asesorías (vía telefónica, chats, web o videollamada)	- Promoción de la salud. - Información y orientación. - Seguimiento de casos. - Apoyo a cuidadores(as). - Acompañamiento en autoatención.	Ampliar los servicios y funciones de la Línea Materna. Implementar nuevas líneas de atención especializada en servicios para la atención de aborto seguro y los servicios amigables para adolescentes.
Para profesionales de salud	- Teleeducación (Telementoría, webinars, diplomados en línea) - Teleconsulta (Interconsultas)	- Formación continua. - Asesoría técnica. - Redes integrales de servicios.	Favorecer los cursos teóricos mediante TICs y utilizar los recursos para la adquisición y fortalecimiento de habilidades prácticas.
Para sistemas de salud y responsables de programa	- Videollamadas - Sistemas de Gestión y organización de bases de datos	- Actualización y evidencia. - Asesoría gerencial. - Aseguramiento de insumos.	Coadyuvar las actividades gerenciales, la coordinación entre niveles y entre sectores, y el liderazgo a nivel estatal y local.
Para servicios de datos	Sistemas de Gestión y organización de bases de datos	- Sistemas de registro. - Análisis de datos. - Decisiones basadas en resultados.	Garantizar que las acciones realizadas en el marco de este Programa sean registradas en formatos oficiales..



XIII. Transversalidad

Para avanzar en el cumplimiento de los objetivos y estrategias de este Programa, se requiere una estrecha participación interinstitucional e intersectorial, que permita generar sinergia de acciones complementarias y que garantice el cumplimiento de las necesidades en salud de las poblaciones por medio de estrategias coordinadas.

El enfoque transversal ayuda a identificar y afrontar coordinadamente los retos del Sistema Nacional de Salud a partir de procesos de análisis crítico, comunicación, participación y vinculación sectorial y territorial. La Transversalidad permite trazar la relación entre los objetivos, estrategias y líneas de acción de éste y el resto de los Programas de Acción Específicos y así cumplir, entre otras líneas estratégicas, con la visión integral de la salud sexual y reproductiva, en vinculación con los PAEs del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA (CENSIDA) y del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE), que incluye el cáncer asociado al aparato reproductivo y de mama.

El esquema de participación transversal incluye tres actividades centrales:

1. Recolección, producción y tratamiento de información.
2. Diseño e identificación de objetivos estratégicos y operativos, y formulación de políticas y estrategias.
3. Estructuración y gestión de redes relacionales internas y externas de carácter multilateral y bilateral.



Tabla 8. Esquema de participación transversal

OBJETIVO ESPECÍFICO	ESTRATEGIA	TEMA DE TRANSVERSALIDAD
1. Impulsar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en la población adolescente, a través de acciones específicas de información, prevención y atención oportuna.	1.1. Generar entornos comunitarios propicios para favorecer el ejercicio de los derechos y la salud sexual y reproductiva de la población adolescente. 1.2. Fortalecer la capacidad de las instituciones de salud para garantizar el acceso universal a información y servicios integrales de salud sexual y reproductiva para adolescentes. 1.3. Impulsar estrategias interinstitucionales e intersectoriales coordinadas en materia de salud sexual y reproductiva de la población adolescente.	1. Promoción y difusión de los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente 2. Desarrollo de materiales de Información, Educación y Comunicación. 3. Prevención de ITS 4. Acceso universal a información y servicios integrales de salud sexual y reproductiva para adolescentes 5. Fortalecimiento de la capacidad de las instituciones de salud para garantizar el acceso universal a información y servicios integrales de salud sexual y reproductiva para adolescentes. 6. Estrategias intersectoriales en materia de SSRA
2. Favorecer el ejercicio de la sexualidad elegida, protegida y saludable a través de acciones de anticoncepción, planificación familiar, prevención y atención oportuna en salud sexual.	2.1. Garantizar el acceso universal a información y servicios de planificación familiar y anticoncepción. 2.2. Fortalecer la capacidad técnica y ampliar la disponibilidad de servicios para atender las necesidades de anticoncepción y planificación familiar de la población en general. 2.3. Implementar acciones de información y orientación para la detección oportuna de condiciones o patologías con efectos potenciales en la salud sexual y reproductiva, en coordinación con las instituciones y unidades administrativas correspondientes	1. Acceso universal a información y servicios de Planificación Familiar y Anticoncepción 2. Fortalecimiento de la capacidad técnica y ampliación de la disponibilidad de servicios para atender las necesidades de anticoncepción y planificación familiar de la población en general. 3. Detección oportuna de condiciones o patologías con efectos potenciales en la salud sexual y reproductiva
3. Incrementar el acceso a la atención oportuna, integral y segura de la salud materna, desde la etapa pregestacional hasta el puerperio.	3.1. Incrementar el acceso a información y las estrategias de promoción para mejorar la salud materna y la detección de riesgos. 3.2. Fortalecer la atención integral de la salud materna para garantizar la capacidad técnica y buen trato en las unidades de salud. 3.3. Impulsar acciones de mejora continua de la atención, vinculación y monitoreo, para acelerar el	1. Campañas, jornadas y producción de materiales 2. Atención pregestacional en mujeres con riesgo reproductivo alto 3. Reducir el riesgo de transmisión vertical del VIH 4. Reducir riesgos de salud mental asociados a depresión posparto



Programa de Acción Específico

2020-2024

	cumplimiento de metas nacionales en salud materna.	5. Atención de la salud materna de mujeres migrantes o en contextos de desastres 6. Convenio General de Colaboración para la Atención de Emergencias Obstétricas. 7. Seguimiento y vigilancia morbilidad materna severa (extremadamente grave) 8. Prevención, estudio y seguimiento de la morbilidad y mortalidad materna
4. Contribuir al bienestar de la población infantil mediante acciones de prevención, detección y atención en la etapa prenatal y de la persona recién nacida.	4.1. Mejorar estrategias de educación e información para coadyuvar en el bienestar de la persona recién nacida. 4.2. Fortalecer la capacidad de respuesta del sector salud para la atención integral de la persona recién nacida. 4.3. Implementar estrategias interinstitucionales para mejorar el acceso a la atención e información en salud perinatal.	1. Campañas, jornadas y producción de materiales 2. Fomento a la lactancia materna 3. Tamiz Metabólico y Tamiz Auditivo Neonatal 4. Mejorar el registro, estudio y seguimiento de la muerte prenatal 5. Prevención, estudio y seguimiento de la morbilidad y mortalidad perinatal
5. Garantizar el acceso a servicios de aborto seguro según el marco legal vigente.	5.1. Fomentar el acceso a información oportuna sobre aborto seguro para garantizar los derechos sexuales y reproductivos, y evitar el estigma. 5.2. Fortalecer la capacidad técnica y de respuesta del sector salud para garantizar la atención del aborto seguro. 5.3. Fortalecer el marco normativo, de monitoreo y registro apropiado que faciliten los servicios de aborto seguro.	1. Derechos sexuales y reproductivos, perspectiva de género en salud 2. Embarazo y aborto en niñas menores de 15 años 3. Mejorar el registro, estudio y seguimiento
6. Contribuir a la prevención y reducción de los daños a la salud ocasionados por la violencia de género y violencia sexual.	6.1. Impulsar estrategias para promover el derecho a una vida libre de violencia. 6.2. Fortalecer la capacidad de respuesta del sector salud para atender a la violencia de género y violencia sexual. 6.3. Favorecer los mecanismos institucionales y de vinculación para la mejora de los servicios de prevención y atención de la violencia de género y violencia sexual.	1. Perspectiva de género en las intervenciones en salud mental 2. Masculinidades y violencia 3. Vinculación para la atención a las víctimas de violencia de género y violencia sexual 4. Aseguramiento de insumos para víctimas de violencia de género 5. Atención 3ra a víctimas de violencia



XIV. Epílogo: visión de largo plazo

Las metas para el bienestar establecidas en este Programa de Acción, han sido establecidas a partir de un análisis crítico y permiten trazar la ruta hacia la consecución de los compromisos adquiridos por México en la Agenda 2030 para contribuir al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Entendiendo que los componentes de la salud sexual y la salud reproductiva se encuentran estrechamente vinculados entre sí, la progresión hacia el cumplimiento de las metas individuales de este Programa, influirá positivamente en cumplimiento del universo de las metas planteadas.

En concordancia con este marco de referencia, un aspecto prioritario es la disminución de la tasa de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años de edad, ya que constituye un indicador importante del avance en las acciones de salud sexual y reproductiva para este grupo de edad. La ENAPEA que enmarca el embarazo adolescente como un problema multifactorial de interés público, ha establecido para México la meta de reducir en un 50% esta tasa de fecundidad para 2030, lo que equivale a 37.2 (de 74.3 estimada en 2015). No obstante, siguiendo la progresión de las cifras, se ha planteado una meta de 56.5 para 2024. Asimismo, dicha Estrategia plantea la erradicación del embarazo en menores de 15 años como una meta diferenciada.

Otro aspecto fundamental es garantizar el acceso a información, servicios de calidad y disponibilidad de métodos anticonceptivos efectivos y seguros, tanto para la población adolescente, como para las mujeres en edad fértil sexualmente activas. Al respecto se establecen las siguientes metas a alcanzar para 2024:

- Una prevalencia igual a 59.3% de uso de métodos anticonceptivos modernos en mujeres de 15 a 19 años sexualmente activas.
- Una prevalencia igual a 73% de uso de métodos anticonceptivos modernos en mujeres en edad fértil sexualmente activas
- Un incremento en la demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos en mujeres en edad fértil sexualmente activas a 84%.

Los valores proyectados continúan lejos de colocar en cero la demanda insatisfecha de anticoncepción, sin embargo, son acciones que requieren un esfuerzo intersectorial y no sólo de los servicios de salud, para disminuir las barreras que obstaculizan el acceso a los servicios.



Por otra parte, la salud materna continúa siendo uno de los mayores desafíos para el Sistema de Salud que ha quedado nuevamente reforzado en los ODS 2030. Es imperante reducir a cero la morbilidad y mortalidad materna evitable, para lo cual, es fundamental mantener una disminución progresiva y acelerada de la razón de muerte materna. Para el 2030, México se ha comprometido a lograr una RMM de 15 y se ha estimado que en 2024 se reduzca a 31. Cabe señalar que, el aumento de los eventos obstétricos atendidos por personal de salud y al interior de las instituciones ha sido progresivo, pero no se refleja en la reducción esperada de la morbilidad y la mortalidad materna.

Con el objetivo de incrementar el acceso a la atención oportuna, integral y segura de la salud materna, desde la etapa pregestacional hasta el puerperio tardío, se ha establecido como meta 2024 incrementar el porcentaje de consultas de control prenatal de primera vez en el primer trimestre del embarazo, a 45%.

Con base en las evidencias internacionales y nacionales, el incorporar a personal de partería profesional y enfermería obstétrica es una intervención efectiva y segura, permite reducir costos de atención y derivados de complicaciones, además de acortar las brechas de desigualdad y generar nuevas oportunidades en la atención de la salud sexual y reproductiva que generen un mayor impacto en los indicadores relacionados; las estrategias y acciones del Programa contemplan la diversificación del personal de salud, como uno de los componentes para avanzar con la agenda 2030 pendiente en salud materna.

Con respecto a la salud perinatal, se ha planteado disminuir la tasa de mortalidad neonatal a 6.9 en 2024, resaltando la importancia de mantener una cifra menor a siete, toda vez que se trata de un valor que en la progresión histórica muestra un patrón discontinuo de aumento y disminución. Es importante mejorar el registro y el análisis de las cifras, pero también es fundamental analizar las causas de mortalidad y morbilidad, como un marcador del acceso y la calidad de la atención, y las medidas para el tamizaje y detección oportuna de enfermedades que permitan la intervención para disminuir o evitar la discapacidad. Al respecto, se ha planteado fortalecer los mecanismos institucionales y de los servicios de salud para asegurar el 95% de cobertura en tamiz metabólico neonatal para 2024.



En relación a la cobertura universal en salud sexual y reproductiva, la atención del aborto seguro ocupa un lugar clave en el paquete de servicios esenciales. Siendo un componente de reciente incorporación en la política pública a nivel nacional, la meta principal a 2024 es su consolidación a través de la implementación planificada en redes integradas de servicios, que contempla como mínimo: contar con un lineamiento técnico sobre las características y calidad de la atención, protocolos específicos en las entidades federativas, fortalecimiento de las capacidades técnicas de los profesionales de salud y la respuesta del sector salud, habilitación del registro adecuado y la calidad de la información, así como el establecimiento de mecanismos de seguimiento, mejora continua y supervisión de los servicios.

Se busca incrementar el acceso al aborto seguro y se ha propuesto monitorear el porcentaje de mujeres embarazadas por violación sexual a las que se les practicó un aborto seguro en los servicios estatales de salud para interrumpir voluntariamente el embarazo. Con ello, se busca medir la gestión de la Secretaría de Salud en los servicios de aborto seguro mediante el incremento gradual de la oferta de éstos en apego al cumplimiento con la NOM 046 – SSA – 2005, estableciendo una meta para el 2024 de 35 por ciento.

Para contribuir a la prevención y reducción de los daños a la salud ocasionados por la violencia de género y violencia sexual, se dará continuidad al indicador de cobertura de los servicios especializados de atención a la violencia de género y la violencia sexual, que busca incrementar el porcentaje de mujeres de 15 años y más de la población de responsabilidad de los servicios estatales de salud, detectadas con eventos de violencia de pareja en los últimos doce meses y atendidas por estos Servicios Especializados de 24.1 en 2018 a 25.6% en 2024. En la medida en que la gestión de los Servicios Especializados de Atención a la Violencia de Género y Sexual es responsabilidad de los servicios estatales de salud, este indicador da cuenta del fortalecimiento y la oferta de los servicios para la población en cada entidad federativa.

En virtud de la actuación en apego a la NOM 046–SSA–2005, la atención oportuna de la violencia sexual es un indicador indispensable de la calidad de la atención. Por ello, se busca incrementar el porcentaje de personas atendidas por violación sexual en los Servicios Estatales de Salud a las que se les otorguen medicamentos antirretrovirales, antes de las 72 horas posteriores al evento, con el objetivo de disminuir el riesgo de infección por VIH, pasando de 62.5% de personas atendidas en 2018 a 79% en 2024.



La visión del Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024 es contribuir a una transformación hacia una sociedad más justa e igualitaria, en donde los derechos sexuales y reproductivos sean plenamente reconocidos y las intervenciones esenciales en salud sexual y reproductiva estén garantizadas para todas las personas. Así, México estará acelerando el cumplimiento de los compromisos internacionales en la materia, con miras al desarrollo social y el bienestar integral de la población, a la par de ofrecer soluciones centradas en la persona, “para no dejar a nadie atrás y no dejar a nadie fuera”.



Bibliografía

1. Almaguer González, JA. García Ramírez, HJ y Vargas Vite, V. (2010) La violencia obstétrica: una forma de patriarcado en las instituciones de salud. Secretaria de Salud. Rev. Género y salud en cifras. ISSN: 1870-5146. Sep-Dic 2010; Vol.8, Núm. 3:4-20.
2. Centers for Disease Control and Prevention CDC (2018) The Public Health System & the 10 Essential Public Health Services. USA. Disponible en: <https://www.cdc.gov/publichealthgateway/publichealthservices/essentialhealthservices.html>
3. Chaves, S. et al (2015) Obstetric transition in the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health: exploring pathways for maternal mortality reduction. Revista Panamericana de Salud Pública, 37(4/5): 203-210.
4. Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (2019) Protocolo para el Acceso sin Discriminación a la Prestación de Servicios de Atención Médica de las Personas Lésbico, Gay, Bisexual, Transexual, Travesti, Transgénero e Intersexual y Guías de Atención Específicas. México: Secretaría de Salud.
5. Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal CDHDF (2014). Informe especial. Situación de los derechos humanos de las poblaciones callejeras en el Distrito Federal 2012-2013. México.
6. Comisión Nacional de Derechos Humanos. Derechos humanos. Disponible en: www.cndh.org.mx
7. Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2018) Informe. Personas privadas de libertad. Disponible en: <http://informe.cndh.org.mx/menu.aspx?id=30087#Ida30232>
8. Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2019) Diagnóstico sobre las condiciones de vida, el ejercicio de los derechos humanos y las políticas públicas disponibles para mujeres que constituyen la población callejera. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-11/Diagnostico-DH-Mujeres-Poblacion-Callejera.pdf>
9. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000) Observación General No. 14 El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Ginebra: CESCR. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>
10. Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe (2013) Consenso de Montevideo. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2013/9232.pdf>
11. Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. CEPAL. Informe del tercer diálogo virtual 2020. Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/informe_dialogo_virtual_ssyrr.pdf
12. Connell, R.W. (1995) Masculinities. Berkeley: University of California Press.
13. Consejo Nacional de Población (2017) Situación de la Salud Sexual y Reproductiva. República Mexicana. Junio 2017. Pág. 115. México: CONAPO. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/237216/Cuadernillo_SSR_RM.pdf
14. Consejo Nacional de Población (2018a) Fecundidad en niñas y adolescentes de 10 a 14 años, niveles, tendencias y caracterización sociodemográfica de las menores y de los padres de sus hijos(as), a partir de las estadísticas del registro de nacimiento, 1990-2016. México:CONAPO.



15. Consejo Nacional de Población (2018b) Conciliación demográfica de México 1950-2015 y las Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas 2016-2050. México: CONAPO.
16. Consejo Nacional de Población. Informe 2019. Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA). Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/559766/informe2019-enapea.pdf>
17. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD). En: CONAPRED (s/f). Discriminación de las personas con discapacidad. Disponible en: https://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=133&id_opcion=46&op=46
18. Deller B. et. al. (2015) Task shifting in maternal and newborn health care: Key components from policy to implementation. International Journal of Gynecology and Obstetrics 130 (2015) S25-S31.
19. Devakumar Delan, Jennifer Hall, Zeshan Qureshi y Joy Lawn (eds) (2019) Oxford Textbook of Global Health of Women, Newborn, Children and Adolescents. United States of America: Oxford University Press.
20. Diario Oficial de la Federación DOF: 08/05/2020. Decreto por el que se reforma y adiciona el Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5593045&fecha=08/05/2020
21. Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA (2019) Sexual and Reproductive Health and Rights: An Essential Element of Universal Health Coverage. Background document for the Nairobi summit on ICPD25 – Accelerating the promise. New York: United Nations Population Fund.
22. Fondo de Población de las Naciones Unidas. UNFPA (2020) Informe Técnico COVID-19: Un Enfoque de Género Proteger la salud y los derechos sexuales y reproductivos y promover la igualdad de género. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19_A_Gender_Lens_Guidance_Note.docx_en-US_es-MX.pdf
23. Gamba SB (2007) Diccionario de estudios de Género y Feminismos. Buenos Aires: Editorial Biblos.
24. Ganatra, B., Tunçalp Ö, Johnston HB, Johnson BR, Gülmezoglu, Temmerman M (2014). From concept to measurement: operationalizing WHO's definition of unsafe abortion. Bull World Health Organ, 92:155. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.136333>
25. Ganatra B, Gerdtz C, Rossier C, Johnson Jr B R, Tuncalp Ö, Assifi A, Sedgh G, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Bearak J, Kang Z, Alkema L. (2017) Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. The Lancet, September 2017.
26. Grimes et al. (2006) Unsafe abortion: the preventable pandemic. Lancet 2006;368:1908–19 | DOI:10.1016/S0140-6736(06)69481-6.
27. Gobierno de México (2011) Ley de Migración México: Diario Oficial de la Federación.
28. Halfon N, Hochstein M. Life course health development: an integrated framework for developing health, policy, and research. Milbank Quarterly 2002;80(3):433–479
29. INEGI. Encuesta INTERCENSAL 2015. (En línea). Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/default.html#Tabulados>



30. INEGI. (2016) Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares ENDIREH-2016, México. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2016/>
31. INEGI (2018a) Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2018. México: INEGI.
32. INEGI (2018b) Mujeres y hombres en México 2018. México: INEGI. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/MHM_2018.pdf
33. INEGI. Mortalidad. Conjunto de datos: Mortalidad general. Información de 1990 a 2018. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/continuas/mortalidad/MortalidadGeneral.asp>
34. INEGI (2020). Estadísticas de Mortalidad. Consulta de Defunciones maternas totales por año y edad.
35. Instituto Nacional de las Mujeres (2007). Glosario de género. México: INMUJERES.
36. Instituto Nacional de las Mujeres (2018) Cartilla de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las Personas con Discapacidad. México: INMUJERES.
37. Instituto Nacional de las Mujeres. Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (Proigualdad 2020-2024). Diario oficial de la federación DOF/22/12/2020. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5608467&fecha=22/12/2020
38. Jaffré, Y. (2012) Towards an anthropology of public health priorities: maternal mortality in four obstetric emergency services in West Africa, *Social Anthropology/Anthropologie Sociale*, 20: 13–18.
39. Leeman, L. (2007) Medical Barriers to Effective Contraception. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 34(1), 19–29. doi:10.1016/j.jogc.2007.01.003
40. Malgesini G, Giménez C (1997) Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad. Madrid: La cueva del oso.
41. Morlachetti, A. (2007) Políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes: Un enfoque fundado en los derechos humanos. Chile: Notas de Población N° 85 CEPAL.
42. Ochoa ML (2019) Participación y autonomía progresiva del adolescente. Democratización escolar en Buenos Aires (Argentina). *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 17(1), 125-137. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v17n1/2027-7679-rlcs-17-01-00125.pdf>
43. Organización de las Naciones Unidas (1995) Cuarta Conferencia de Naciones Unidas sobre la Mujer. Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, supra nota 12, párrafo 95. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2015/9853.pdf>
44. Organización de las Naciones Unidas (2015), Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030. Asamblea General Suplemento 1. A/70/1*ISSN 0252-0036. Disponible en: <https://undocs.org/es/A/70/1>
45. Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD). Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/Publications/AdvocacyTool_sp.pdf y en México: https://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=133&id_opcion=46&op=46



46. Organización de las Naciones Unidas. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994). Disponible en: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/ICPD_programme_of_action_es.pdf
47. Organización de las Naciones Unidas. Observación General No. 14 (2000) El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. E/C.12/2000/4, CESCR. Observación general 14. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>
48. Organización de las Naciones Unidas. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General Núm. 24, La Mujer y la Salud (artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer), párrafo 11.
49. Organización de las Naciones Unidas Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de México, 2018, párrafo 42.
50. Organización de las Naciones Unidas. (2019) ONU/OMS Nairobi. Statement on ICPD25: Accelerating the Promise. Disponible en: <http://www.nairobisummiticpd.org/content/icpd25-commitments>
51. Organización Mundial de la Salud (1981) Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42533/9243541609_spa.pdf?ua=1
52. Organización Mundial de la Salud (2013) Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/es/
53. Organización Mundial de la Salud (2013) Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer. Prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/es/>
54. Organización Mundial de la Salud (2014) Manual de práctica clínica para un aborto seguro. Ginebra: OMS. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134747/9789243548715_spa.pdf;jsessionid=FF6A32BE776861E469992A37B1D5513A?sequence=1
55. Organización Mundial de la Salud (2015) Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Ginebra: OMS.
56. Organización Mundial de la Salud (2015) Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño 2016-2030. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf?ua=1
57. Organización Mundial de la Salud (2016) Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual para 2016-2021. Consulta Regional sobre las Estrategias mundiales del sector de la salud para el VIH, infecciones de transmisión sexual y hepatitis virales. Disponible en:



<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250253/WHO-RHR-16.09-spa.pdf;jsessionid=8575C4B2FC17F1BBB0577263836A0A00?sequence=1>

58. Organización Mundial de la Salud (2017) Para que cada bebé cuente: auditoría y examen de las muertes prenatales y neonatales [Making every baby count: audit and review of stillbirths and neonatal deaths]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
59. Organización Mundial de la Salud (2018) Género y salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
60. Organización Mundial de la Salud (2019) Atención primaria. Nota descriptiva. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
61. Organización Mundial de la Salud (2019) Cobertura Sanitaria Universal. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
62. Organización Mundial de la salud (2019). Manejo médico del aborto. Suiza. Disponible en:
63. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328166/9789243550404-spa.pdf?ua=1>
64. Organización Mundial de la Salud (2020) Mejorar la supervivencia y el bienestar de los recién nacidos <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>
65. Organización Mundial de la Salud (2020). Prevención del aborto inseguro. Proteger a mujeres y niñas a través del aborto seguro. Recuperado el 12 de febrero de 2021, de: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>
66. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura UNESCO (2017-2018). Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: un enfoque basado en evidencia, orientaciones. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000260840_spa
67. Organización Panamericana de la Salud (2014). OPS/OMS promueve enfoque intercultural en los servicios de salud para garantizar acceso de poblaciones indígenas y afrodescendientes. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9393:2014-paho-who-intercultural-health-services-guarantee-access-indigenous-afro-descendant&Itemid=1926&lang=es
68. Organización Panamericana de la Salud (2015) Plan de Acción de la OPS para las Hepatitis Virales, 2015.
69. Organización Panamericana de la Salud (2019) Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Washington, D.C.: OPS.
70. Organización Panamericana da la Salud, 2020. Estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible (EPMM). Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51963>
71. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD (2019). Informe sobre Desarrollo Humano 2019. Más allá del ingreso, más allá de los promedios, más allá del presente: Desigualdades del desarrollo humano en el siglo XXI. Disponible en: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_overview_-_spanish.pdf
72. Reinebrant, H.E. et al (2017) Making stillbirths visible: a systematic review of globally reported causes of stillbirth. BJOG 2017; 125: 212-224.
73. Schiavon et al. (2012) Analysis of maternal and abortion related mortality in Mexico in the last two decades (1990-2008). Int J Obst Gynecol 2012, Suppl.2: s78-s86 | DOI: 10.1016/S0020-7292(12)60004-6



- 74.** Scott J.W. (1990). El género: una categoría útil para el análisis histórico en J. Amelang y Mary Nash (corp.). Historia y género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea. Barcelona: Ed. Alfons el Magnanim.
- 75.** Secretaría de Salud (2008) Convenio interinstitucional para la atención de la emergencia obstétrica
<http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/ConvenioEO.pdf>
- 76.** Secretaría de Salud. CENETEC (2009) Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento del aborto espontáneo y manejo inicial de aborto recurrente. México: Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica.
- 77.** Secretaría de Salud (2014) Modelo Intercultural de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas y Afrodescendientes. México: Secretaría de Salud. Disponible en:
<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29579/ModeloASPIA.pdf>
- 78.** Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2015) Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. México: Secretaría de Salud.
http://www.cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SSRA/ModeloAISSRA/web_ModAtnIntSSRA.pdf
- 79.** Secretaría de Salud (2016) DGE/SINAVE: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) y CONAPO; Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas 2016-2050.
- 80.** Secretaría de Salud (2016) DGE/SINAVE: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) 2009-2018.
- 81.** Secretaría de Salud (2016) Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. México: Diario Oficial de la Federación.
- 82.** Secretaría de Salud (2017) Dirección General de Epidemiología. Anuario de Morbilidad 1984 -2019. Disponible en:
<https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html> y
<https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2018/casos/grupo/067.pdf>
- 83.** Secretaría de Salud (2017) Cubos dinámicos, Plataformas 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017. México: Dirección General de Información en Salud. Disponible en:
http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BF_Cubos.html
- 84.** Secretaría de Salud (2017). Cubos de muertes maternas 2002 a 2017. México: Dirección General de Información en Salud.
- 85.** Secretaría de Salud/Comisión Nacional de Bioética CONBIOETICA (2015) Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética. México: CONBIOETICA. Disponible en:
http://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento_informado.html
- 86.** Secretaría de Salud (2018) Prevención, detección y atención de la violencia contra las mujeres de 12 a 59 años de edad, con énfasis en violencia sexual. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México.
- 87.** Secretaría de Salud (2018) Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC). México: Dirección General de Información en Salud.



- 88.** Secretaría de Salud (2019) Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (2019) Protocolo para el Acceso sin Discriminación a la Prestación de Servicios de Atención Médica de las Personas Lésbico, Gay, Bisexual, Transexual, Travesti, Transgénero e Intersexual y Guías de Atención Específicas. México: Secretaría de Salud.
- 89.** Secretaría de Salud (2019) Plan Integral de Atención a la Salud de la Población Migrante. México: Secretaría de Salud. Disponible en: <https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manuales/PlanIntegralAttnSaludPobMigrante.pdf>
- 90.** Secretaría de Salud. Programa Sectorial del Salud 2020-2024. Diario oficial de la Federación DOF/17/08/2020 Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020
- 91.** Secretaría de Gobernación. Plan Nacional de desarrollo 2019-2024. Diario Oficial de la Federación. DOF/12/07/2019 Disponible: en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019
- 92.** Shelton, J. D., Jacobstein, R. A., & Angle, M. A. (1992). Medical barriers to access to family planning. The Lancet, 340(8831), 1334–1335. doi:10.1016/0140-6736(92)92505-a
- 93.** Singh S, Maddow-Zimet I. Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012: a review of evidence from 26 countries. BJOG 2015; publicado en línea el 19 de agosto. DOI:10.1111/1471-0528.13552.
- 94.** Singh S et al. (2018). Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access. Guttmacher Institute.
- 95.** Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica (2019). Catálogo Nacional de Indicadores. Disponible en: <https://www.snieg.mx/cni/infometadato.aspx?idOrden=1.1&ind=6300000018&porDetalle=no&gen=155&d=n>
- 96.** Sistema Nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes. Estrategia Nacional de Atención a la Primera Infancia (ENAPI). Diario Oficial de la Federación DOF/02/03/2020 Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/539066/ENAPI-DOF-02-03-20-.pdf>
- 97.** Schiavon & Troncoso (2020) Inequalities in access to and quality of abortion services in Mexico: Can task-sharing be an opportunity to increase legal and safe abortion care?. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 150, 25-33. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ijgo.13002>
- 98.** Souza, J.P. et al. (2014) Obstetric transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths. BJOG, 121 (Suppl 1):1-4.
- 99.** Starrs, A. et al (2018) Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. The Lancet 2018; 391: 2642–92.
- 100.** Storm F. et. al. Indirect causes of maternal death. The Lancet. Vol 2. October 2014. Disponible en: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2814%2970297-9>
- 101.** UNICEF, Instituto Nacional de Salud Pública, ONUSIDA (2018). Información estratégica sobre adolescentes y el VIH en América Latina y el Caribe Informe de situación.



Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/informes/informacion-estrategica-sobre-adolescentes-y-el-vih-en-ALC>

- 102.** UN Women. Gender Equality Glossary. (En línea) Disponible en: <https://rainingcentre.unwomen.org/mod/glossary/view.php?id=36>
- 103.** Uribe-Leitz T. Trends of caesarean delivery from 2008 to 2017, Mexico. Bull World Health Organ 2019;97:502–512
- 104.** World Health Organization (2015). Safe Abortion: Technical and policy guidance for health systems. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/173586/WHO_RHR_15.04_eng.pdf?sequence=1
- 105.** World Health Organization (2017) Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach. Geneva: World Health Organization.
- 106.** World Health Organization (2018a) Classification of digital health interventions. Geneva: World Health Organization (WHO/RHR/18.06).
- 107.** World Health Organization (2018b) Medical management of abortion. Geneva: WHO.
- 108.** World Health organization (2018c) WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections. Geneva: World Health Organization.
- 109.** World Health Organization (2019a) Adolescent pregnancy. Evidence brief. Geneva: Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization.
- 110.** World Health Organization (2019b) Contraception. Evidence brief. Geneva: Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization.
- 111.** World Health Organization (2019c) Maternal mortality. Evidence brief. Geneva: Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization.
- 112.** World Health Organization (2019d) Preventing unsafe abortion. Evidence brief. Geneva: Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>
- 113.** World Health Organization (2019e). Violence against women. Intimate partner and sexual violence against women: Evidence brief. World Health Organization. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329889/WHO-RHR-19.16-eng.pdf?ua=1>
- 114.** World Health Organization (2019f) WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. Geneva: World Health Organization.



Glosario

Aborto: Es la terminación del embarazo hasta antes de las 22 semanas completas de gestación, o bien, cuando el producto pesa menos de 500 gramos; incluye la expulsión prematura del feto, las membranas fetales y la placenta. (Secretaría de Salud, 2020).

Aborto inseguro: Procedimiento para terminar un embarazo no deseado ya sea por personas que carecen de las habilidades necesarias o en un ambiente carente de los estándares médicos mínimos, o ambos. (OMS, 2012).

Aborto peligroso: Intervención destinada a la interrupción de un embarazo practicada ya sea por personas que carecen de la preparación necesaria o en un entorno que no reúne las condiciones médicas mínimas, o ambas cosas a la vez. (OMS, 2018).

Aborto seguro: Consiste en la atención por personal de salud calificado y el uso de tecnologías apropiadas, incluyendo el manejo con medicamentos o la aspiración endouterina, dependiendo de la edad gestacional y situación específica. La **atención integral del aborto** contempla el abordaje de varias condiciones clínicas, entre las que se incluye el aborto espontáneo e inducido (producto de embarazos viables o no viables), el aborto incompleto y la muerte fetal intrauterina, así como la anticoncepción post aborto, el manejo adecuado del dolor y la prevención de infecciones (OMS, 2018).

Anticoncepción: Se refiere al uso de métodos no tradicionales que permiten a las personas posponer o detener la procreación. La OMS define métodos de anticoncepción modernos a: píldoras orales en combinación y de progestina sola; implantes subdérmicos de progestágeno; progestágeno en forma inyectable; parche anticonceptivo combinado y anillo vaginal anticonceptivo combinado; dispositivo intrauterino (DIU) de cobre y con levonorgestrel; condón masculino/externo, condón femenino/interno; píldoras anticonceptivas de emergencia. (OMS, 2015).

Anticoncepción de emergencia: Se refiere a los métodos anticonceptivos (hormonales y mecánicos) que pueden utilizarse para evitar un embarazo después de una relación sexual no protegida, tras falla o el uso incorrecto de un anticonceptivo (por ejemplo, cuando un preservativo se rompe o se tomó inadecuadamente la píldora anticonceptiva regular) y después de sufrir una violación sexual. Idóneamente, se recomienda su uso dentro de los 5 y hasta 7 días posteriores a la relación sexual, pero cuanto antes se utilicen después de la relación, mayor es su eficacia (OMS, 2018).

Atención centrada en la persona: Forma de entender y practicar la atención sanitaria que adopta conscientemente el punto de vista de los individuos, los cuidadores, las familias y las comunidades como partícipes y beneficiarios de sistemas de salud que inspiren confianza, estén organizados no tanto en función de enfermedades concretas, sino de las necesidades integrales de la persona, y respeten las preferencias sociales (OMS, 2016).

Atención prenatal: serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con personal de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo de la persona recién nacida; incluye la promoción de información sobre la evolución normal del embarazo y parto, así como, sobre los síntomas de urgencia obstétrica; el derecho de las mujeres a recibir atención digna, de calidad,



con pertinencia cultural y respetuosa de su autonomía; además de elaborar un plan de seguridad para que las mujeres identifiquen el establecimiento para la atención médica resolutivo donde deben recibir atención inmediata. (Secretaría de Salud, 2016).

Atención primaria de la salud: Orientación de las estructuras y funciones del sistema sanitario hacia el respeto de los valores tales como la equidad y la solidaridad social y del derecho universal a gozar del grado máximo de salud sin distinciones de ningún tipo. El sistema tiene la responsabilidad y obligación de rendir cuentas y a la puesta en práctica de intervenciones intersectoriales (OPS, 2013).

Cobertura universal en salud: El acceso de todos y todas a los servicios en salud lo que implica la existencia de un sistema de salud sólido, eficiente y en buen funcionamiento, que satisfaga las necesidades de salud prioritarias en el marco de una atención centrada en las personas; asequible y que cuente con suficiente personal capacitado para prestar los servicios que satisfagan las necesidades de los pacientes, sobre la base de las mejores pruebas científicas disponibles (OMS, 2012).

Consejería: La consejería es un proceso dirigido e interactivo a través del cual las personas reciben voluntariamente apoyo, información adicional y orientación de personal capacitado en un entorno propicio para compartir maneras de pensar, sensaciones y percepciones. El personal de salud en cualquier nivel de atención, debe brindar asesoramiento, comunicando la información en lenguaje sencillo, manteniendo la privacidad, apoyando y asegurando una respuesta adecuada a las preguntas y necesidades de los y las pacientes, evitando la imposición de valores y creencias personales para favorecer la toma de decisiones libre e informada (OMS, 2014).

Consentimiento informado: Es un proceso continuo y gradual mediante el cual el personal de salud le informa al paciente competente, en calidad y en cantidad suficientes, sobre la naturaleza de la enfermedad y del procedimiento diagnóstico o terapéutico que se propone utilizar, los riesgos y beneficios que éste conlleva y las posibles alternativas. El documento escrito sólo es el resguardo de que el personal médico ha informado y de que el paciente ha comprendido la información, expresando el respeto a la autonomía de las personas en la atención médica y en la investigación en salud. (Secretaría de Salud/Comisión Nacional de Bioética, 2010).

Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos: Publicación periódica de la Organización Mundial de Salud que ofrece información y orientación exhaustivas sobre la seguridad de diversos métodos anticonceptivos para el uso en el contexto de condiciones médicas y características específicas. Se considera uno de los pilares basados en la evidencia que forman parte de la iniciativa de la OMS para elaborar e implementar guías de planificación familiar destinadas a programas de alcance nacional. (OMS, 2017).

Defectos al nacimiento: Conjunto de condiciones que alteran la estructura anatómica y/o el funcionamiento de las y los recién nacidos, que incluye los procesos metabólicos del ser humano y pueden estar presente durante la gestación, al nacimiento o en etapas posteriores del crecimiento y desarrollo. Ejemplo de ellos, entre otros, son los defectos en el cierre del tubo neural, el hipotiroidismo congénito, así como el labio y paladar hendido. (Secretaría de Salud, 2014).



Demanda o necesidad insatisfecha en anticoncepción: Proporción de mujeres en edad fértil unidas, expuestas al riesgo de embarazarse, que en un momento determinado refieren su deseo de limitar o espaciar un embarazo, pero no usan un método anticonceptivo en ese mismo momento. (CONAPO, s/f).

Derechos reproductivos: Abarcan ciertos derechos humanos relacionados con el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello, así como el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia. (ONU, 2014).

Derechos sexuales: Son los derechos de todas las personas a satisfacer y expresar su sexualidad y a disfrutar de la salud sexual con el debido respeto por los derechos de los demás y en un marco de protección contra la discriminación y la estigmatización. (ONU, 2014).

Educación integral en sexualidad: Proceso que se basa en un currículo para enseñar y aprender acerca de los aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales de la sexualidad. Su objetivo es preparar a los niños, niñas y jóvenes con conocimientos, habilidades, actitudes y valores que los empoderarán para: realizar su salud, bienestar y dignidad; desarrollar relaciones sociales y sexuales respetuosas; considerar cómo sus elecciones afectan su propio bienestar y el de los demás; y entender cuáles son sus derechos a lo largo de la vida y asegurarse de protegerlos (UNESCO, 2018).

Embarazo: El embarazo comienza cuando termina la implantación, es decir, cuando el blastocito se adhiere a la pared del útero, de 5 o 6 días después de la fecundación, momento en el que éste atraviesa el endometrio e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces la gestación. Así, desde el punto de vista médico, el embarazo inicia entre 12 y 16 días después de la fecundación. (Secretaría de Salud, 2016).

Género: El género es una construcción sociocultural transdisciplinaria, que desarrolla un enfoque globalizador y remite a los rasgos y funciones psicológicas y socioculturales que se le atribuye a cada uno de los sexos en cada momento histórico y en cada sociedad. La categoría género se utiliza como una propuesta de inclusión para visibilizar problemas concretos que se presentan en las relaciones entre hombres/varones y mujeres, también como una búsqueda de equidad en el ejercicio del poder de las mujeres. Sin embargo, no debe de ser utilizada de manera general como concepto para sustituir el de mujer. (Secretaría de Gobernación, 2016).

Identidad de género: Refiere a la experiencia interna e individual de cada persona, que podría corresponder o no con el sexo biológico. El derecho a la vivencia personal del género incluye la libertad para escoger el sentido del cuerpo, lo cual puede implicar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios médicos, quirúrgicos o de otra índole, así como otras expresiones tales como el vestido, el modo de hablar y la expresión corporal. (Secretaría de Gobernación, 2016).

Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN): Esfuerzo mundial lanzado por la OMS y la UNICEF para implementar prácticas que protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna. Fue



lanzada en 1991 en respuesta a la Declaración de Innocenti, sobre la protección, el fomento y el apoyo de la lactancia natural y se centra en brindar un cuidado clínico óptimo para las madres y sus hijos e hijas, basada en los diez pasos para una lactancia materna exitosa. (OMS/UNICEF, 2019)

Muerte prenatal: Fallecimiento del feto con peso al nacer mayor o igual a 1000g, o si no está disponible, mayor o igual a 28 semanas completas de gestación, o si no está disponible, longitud del cuerpo mayor o igual a 35 centímetros. (OMS, 2017).

Muerte intraparto: Fallecimiento que sucede después del comienzo del trabajo de parto o durante el parto y antes del nacimiento. (NIH, 2015).

Muerte perinatal (definición ampliada): Es el fallecimiento de un feto después de veintiocho semanas del embarazo o de un infante hasta 28 días después del parto, es decir, incluye los casos de muerte perinatal, muerte neonatal precoz y tardía. (OMS, 2017).

Muerte neonatal: El fallecimiento en el periodo neonatal temprano o precoz abarca los primeros siete días después del nacimiento y en el periodo neonatal tardío va desde el séptimo al vigesimoctavo día. (OMS, 2017).

Muerte materna: Defunción de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales. Se considera directa a la relacionada con las complicaciones propias del embarazo; e indirecta a la causada por una enfermedad de fondo agravada por el embarazo. (Secretaría de Salud, 2016).

Muerte materna tardía: Muerte de una mujer debido a causas obstétricas directas o indirectas entre los 42 días y un año después de la terminación del embarazo. (Secretaría de Salud, 2016).

Orientación sexual: Se refiere a la atracción sexual primaria al mismo sexo, al sexo opuesto, o a ambos sexos. La mayoría de las sociedades encuentra difícil aceptar que la homosexualidad o la bisexualidad son una parte universal de la sexualidad humana. Algunas personas homosexuales o bisexuales no experimentan ni desean una elección en su orientación sexual. (IPPF, 2010).

Paquete de servicios básicos para adolescentes: Conjunto de servicios necesarios para su salud integral que incluyen prevención, consejería, atención y seguimiento a través de la promoción del autocuidado, campañas informativas dirigidas a adolescentes; consulta psicológica para el desarrollo emocional, proyecto de vida y desarrollo psicosexual; prevención, detección, orientación-consejería, atención y referencia de la violencia sexual, del embarazo adolescente, anticoncepción, ITS, VIH, VPH, cáncer y salud sexual y reproductiva, en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. (CNESR, 2016).

Partería profesional (partería técnica): Formada por personas egresadas de las escuelas de formación de partería, cuyo título es reconocido por las autoridades educativas competentes y que corresponde al nivel técnico. (Secretaría de Salud, 2016).



Partería tradicional o indígena: Formada por personas que pertenecen a comunidades indígenas y rurales y que han sido formadas y practican el modelo tradicional de atención del embarazo, parto, puerperio y la persona recién nacida; se consideran como personal no profesional autorizado para la prestación de los servicios de atención médica. (Secretaría de Salud, 2016).

Pertinencia cultural: modo de convivencia en el que las personas, grupos e instituciones con características culturales y posiciones diversas, conviven y se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido. (Secretaría de Salud, 2016).

Puerperio: periodo que sigue a la expulsión del producto de la concepción, en el cual los cambios anatómico-fisiológicos propios del embarazo se revierten al estado pregestacional. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días. (Secretaría de Salud, 2016).

Riesgo reproductivo: Probabilidad de enfermedad o muerte que tienen la mujer y/o su futuro hijo en caso de embarazo en condiciones no ideales; es decir, todos aquellos factores externos o intrínsecos a la mujer, que puedan desarrollar alguna complicación durante la evolución del embarazo, el desarrollo del parto, del puerperio o que puedan alterar de alguna forma el desarrollo normal o la supervivencia del producto. Es diferente al riesgo obstétrico, el cual se refiere a la probabilidad de enfermedad o muerte que tienen la mujer o su futuro hijo en un embarazo presente. (IMSS, 2017).

Salud reproductiva: La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. (OMS, 2013).

Salud sexual: La salud sexual está influenciada por una compleja red de factores que van desde el comportamiento y las actitudes sexuales y los factores sociales, hasta el riesgo biológico y la predisposición genética. Abarca los problemas del VIH y las ITS los embarazos no deseados y el aborto, la infertilidad y el cáncer resultantes de las ITS y la disfunción sexual. La salud sexual también puede verse influenciada por la salud mental, las enfermedades agudas y crónicas y la violencia. Abordar la salud sexual a nivel individual, familiar, comunitario o del sistema de salud requiere intervenciones integradas de proveedores de salud capacitados y un sistema de derivación funcional. (OMS, 2013).

Servicios de salud integrados: Servicios de salud gestionados y dispensados de tal manera que las personas reciban asistencia sin solución de continuidad entre la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, de forma coordinada entre los diferentes eslabones y establecimientos del sector de la salud y más allá de éste y responden a las necesidades a lo largo del ciclo vital. (OMS, 2012).

Sexo: Características biológicas que definen a los seres humanos como femeninos o masculinos. Estos conjuntos de características biológicas tienden a diferenciar, pero no son mutuamente excluyentes, dado que hay individuos que poseen ambos. (IPPF, 2010)

Sexualidad: El conocimiento, las creencias, actitudes, valores y conductas sexuales de los individuos. Incluye la anatomía, la fisiología y la bioquímica del sistema de respuesta sexual; la identidad, orientación, roles y personalidad; así como los pensamientos, sentimientos y



relaciones. La expresión de la sexualidad se ve influenciada por cuestiones o aspectos éticos, espirituales, culturales y morales. (IPPF, 2010)

Violencia de género: Todo acto de violencia de género que resulte o potencie un daño físico, sexual o psicológico, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada. Se refiere a toda forma de violencia dirigida a un individuo debido a su género, incluida pero no limitada a la violencia doméstica, la violación y el asalto sexual, la violencia de la comunidad y el abuso emocional o psicológico. (OMS, 2013; IPPF, 2010)

Violencia de género contra la mujer: Violencia basada en la identidad de género, evidencia la subordinación femenina en la sociedad patriarcal y su riesgo de vulnerabilidad a ser víctimas de violencia. Se refiere a cualquier acción u omisión basada en su género, es decir por el hecho de ser mujeres, que les cause o pueda causar daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte, tanto en el ámbito privado como en el público. (Secretaría de Salud, 2018)

Violencia obstétrica: Forma específica de violencia contra las mujeres, en la que confluyen la violencia institucional y la violencia de género. Ocurre durante la atención del embarazo, el parto, el puerperio o en los servicios de aborto seguro. Puede presentarse en cualquier instancia y nivel de atención, del sector público o privado y se origina a partir de un complejo entramado de factores en los que se intersectan las categorías sociales, económicas, culturales y de estatus, generando relaciones de poder que vulneran los derechos de las mujeres, incluyendo derechos sexuales y reproductivos. (Almaguer, García y Vargas, 2010).

Violencia sexual: Cualquier acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual u otro acto dirigido contra la sexualidad de una persona mediante coacción o manipulación, independientemente de su relación con la víctima, en cualquier ámbito. Comprende la violación, que se define como la penetración, mediante coerción física o de otra índole, de la vagina o el ano con el pene, otra parte del cuerpo o un objeto. (UNFPA, 2011)





SALUD

SECRETARÍA DE SALUD