

Tercera parte

3 Hacia la equidad en salud



- 3.1 Introducción
- 3.2 Metas alcanzadas en el Programa Nacional de Acción en Favor de la Infancia 1990-2000
- 3.3 Análisis de la situación de salud de las niñas, niños y adolescentes
- 3.4 Programas de Acción
- 3.5 Hacia dónde vamos y cómo alcanzaremos las metas nacionales y de la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas en Favor de la Infancia





3. Hacia la equidad en salud para la infancia y adolescencia: promoción de una vida saludable

3.1 Introducción

El Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 plantea la prioridad que se le debe brindar a la salud de los mexicanos, enfatizando la atención a la infancia y la adolescencia. Esto fue retomado en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 (Pronasa), denominado “La democratización de la salud en México: Hacia un sistema universal de salud”, a través del cual se busca construir un sistema de salud que propicie la prosperidad económica, bienestar social, estabilidad política y la seguridad integral. Para su elaboración se convocó a una amplia consulta ciudadana en todo el país con la participación de todo el Sector Salud, investigadores y, de manera importante, la sociedad civil.

El Programa Nacional de Salud plantea tres grandes retos para nuestro sistema de salud: la equidad, la calidad de los servicios y la protección financiera.

No obstante los avances de la salud pública, persiste como reto la equidad, ya que continúan existiendo grandes rezagos entre regiones y grupos sociales en nuestro país; los daños a la salud son mayores en el medio rural que en zonas urbanas; en las entidades del sur del país que en los estados del norte; en las familias de menores ingresos, sobre todo en las familias indígenas. Gran parte de esta falta de equidad en salud impacta directa o indirectamente a la infancia y la adolescencia, aún cuando históricamente se ha tenido el compromiso de la atención prioritaria a este grupo de edad.

En este capítulo se abordan los principales programas que dan respuesta a los compromisos establecidos en la Sesión Especial de la Asamblea General de Naciones Unidas, así como las estrategias para lograrlo.

3.2 Metas alcanzadas en el Programa Nacional de Acción en Favor de la Infancia 1990-2000

En la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia de 1990 fueron definidas 31 metas, de las cuales 23 correspondieron al componente de Salud y Nutrición.

En el año 2000, un amplio proceso de examen de final de decenio culminó con la preparación de informes nacionales sustantivos y globales sobre los progresos realizados en más de 130 países. En ese marco, México presentó ante Naciones Unidas su informe de la década, que muestra los avances y logros después de diez años de esfuerzos.

La evaluación destaca el siguiente balance de las 23 metas comprometidas en el componente de Salud y Nutrición:

- Metas cumplidas: 17, algunas de ellas son: eliminación de la poliomielitis paralizante y de la letalidad por sarampión; eliminación virtual de las enfermedades por carencia de yodo y de vitamina A; reducción en la mortalidad por enfermedades diarreicas agudas (EDA's), infecciones respiratorias agudas (IRA's) y por todas las causas en la población infantil y menor de cinco años, y reducción de la prevalencia de recién nacidos con menos de 2.5 Kg
- Metas con avance satisfactorio: 3, acceso de todas las parejas a información y servicios para evitar los embarazos demasiado tempranos, poco espaciados, tardíos o numerosos; acceso a todas las mujeres embarazadas a atención prenatal y certificar todos los hospitales como Amigos del Niño y de la Madre
- Metas con avance insatisfactorio: 1, reducción de la mortalidad materna, en la que es indispensable el reforzamiento de las acciones iniciadas en 1991
- Metas con avance no evaluable: 2, reducción de la anemia por carencia de hierro entre las mujeres y aumento de la lactancia materna.

3.3 Análisis de la situación de salud de las niñas, niños y adolescentes

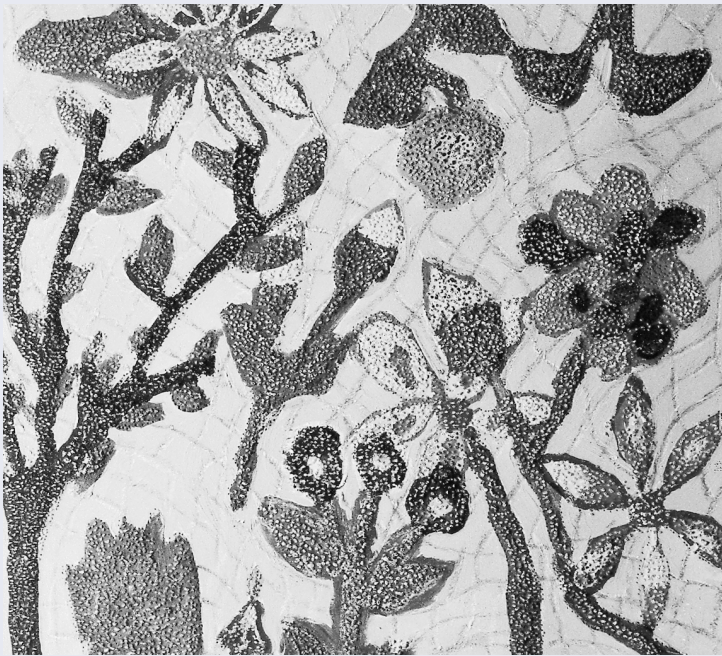
3.3.1 Situación en la región y en el mundo

Los niveles de salud en las Américas para la infancia y la adolescencia son distintos en cada país, ya que existen grandes diferencias tanto económicas, sociales, culturales y por supuesto en los servicios de salud.

El nivel de crecimiento de la población, resultado de las variadas tasas de mortalidad y fecundidad caracteriza la transición demográfica en las Américas. Para determinar el nivel de esta transición en los países correspondientes se emplea la siguiente clasificación en 4 grupos: 1, transición incipiente; 2, transición moderada; 3, transición completa y 4, transición avanzada. México está ubicado dentro del grupo 3, caracterizado por: tasa de natalidad moderada, mortalidad moderada o baja y crecimiento natural moderado (2 por ciento)¹.

La tasa de mortalidad infantil, preliminar, en las Américas para el 2000 fue de 24.8 muertes por 1000 nacidos vivos, mien-

¹ Boletín Epidemiológico, OPS, Vol. 21 N° 4, Diciembre, 2000.



Las plantas medicinales de México.

Figura 3.1 Principales causas de enfermedad en menores de un año de edad. México, 2001

Número	Causa	Código de la lista detallada CIE 10° Rev.	Casos	Porcentaje*
1	Infecciones respiratorias agudas	J00-J01, J02.8-J02.9, J03.8-J06, J20, J21	3'542,915	78.38
2	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	A04, A08, -A09 A06.0-A06.3, A06.9	710,901	15.73
3	Neumonías y bronconeumonías	J12-J18, excepto J18.2	42,167	0.93
4	Infección de vías urinarias	N30, N34, N39.0	34,119	0.75
5	Otitis media aguda	H65.0-H65.1	33,536	0.74
6	Desnutrición leve	E44.1	29,982	0.66
7	Otras helmintiasis	B65-B67, B70-B76, B78, B79, B81-B83	21,183	0.47
8	Conjuntivitis mucopurulenta	H10.0	18,278	0.40
9	Varicela	B01	14,185	0.31
	Todas las demás		73,124	1.62
	Total		4'520,390	100.00

* Con relación al total de causas.

Fuente: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica/Procesó DGE/SSA.

tras que entre los países varió de 5.2 en Anguila a 80.3 en Haití, es decir cerca de 16 veces más en el último país con respecto del primero. Mientras que en México la mortalidad registrada fue de 13.8, es decir tan sólo 2.6 veces más que Anguila y Canadá.

El nivel de mortalidad materna de nuestro país se ubica en el lugar número 14 en las Américas, y la mortalidad infantil se encuentra en el lugar 10, asimismo la mortalidad en menores de 5 años se encuentra ubicada en el lugar 14 del Continente. Por otro lado la mortalidad en menores de 5 años por EDA's se encuentra ubicada en el lugar 15 y la mortalidad por IRA's se ubicó en el lugar 9.

Durante los dos últimos años no ha habido ningún caso notificado de sarampión en toda Centroamérica y Cuba, en la mayoría de los países del Caribe y sudamericanos. En 1999, se notificaron 3,091 casos confirmados de 11 países, una reducción de 78 por ciento en comparación con 1998 y de 94 por ciento con 1997. La transmisión endémica ocurrió sólo en cuatro países- Bolivia (1,441 casos), Brasil (797 casos), Argentina (313 casos) y República Dominicana (274 casos). También durante 1999, Canadá, Chile, Costa Rica, México, Perú, Uruguay y los Estados Unidos informaron sobre casos de sarampión importados, pero la propagación fue limitada por la alta cobertura de vacunación². En nuestro país no han ocurrido casos autóctonos desde 1996.

En México se cuenta con el esquema de vacunación más completo de América Latina, ya que aplica biológicos para 10 enfermedades prevenibles por vacunación. La cobertura de vacunación de nuestro país es una de las más altas del Continente.

De acuerdo a estimaciones del ONUSIDA, cada día se infectan por el VIH más de 500 personas en América Latina y la región del Caribe, lo que ha elevado a casi 2 millones el número acumulado de infecciones por el VIH; la mayoría de esos hombres, mujeres y niños infectados morirán en la siguiente década, lo que se adicionará a las 557 mil muertes ocasionadas por el SIDA en los últimos veinte años.

Considerando el número total de casos de SIDA reportados, México ocupa el tercer lugar en el Continente Americano, después de los Estados Unidos y Brasil; sin embargo, de acuerdo a la tasa de prevalencia en adultos de 15 a 49 años publicadas por el ONUSIDA, nuestro país se ubica en el vigésimo tercer sitio en América Latina y el Caribe, y en el lugar 77 a nivel mundial, con una cifra relativamente baja (0.3 por ciento), sobre todo si se le compara con los países cercanos, los cuales registran cifras más elevadas, como Belice (2 por ciento), Guatemala (1 por ciento), Honduras (1.6 por ciento) y los propios EUA (0.6 por ciento).

² Boletín Epidemiológico, OPS, Vol. 21 N° 4, México, Diciembre, 2000.

3.3.2 Situación en México

Salud de la infancia

Morbilidad

Población menor de un año de edad (infantil)

Las enfermedades infecciosas son las que afectan mayoritariamente la salud en esta etapa de la vida. Dadas las características de vulnerabilidad de los lactantes, el riesgo de que se presenten complicaciones por estos padecimientos es muy alto.

La estructura de la morbilidad no se ha modificado ya que, desde 1996 hasta el 2001, las principales causas fueron las infecciones respiratorias agudas, infecciones intestinales mal definidas y neumonías y bronconeumonías, en orden descendente. En el último año del periodo referido estas causas representaron más de 95 por ciento de todos los casos que se reportaron para este grupo de edad. Las infecciones respiratorias agudas por sí solas contribuyen con cerca de 80 por ciento de todas las causas (Fig. 3.1).

Población de uno a cuatro años de edad (preescolares)

El perfil patológico de esta etapa no presenta grandes variaciones en las principales causas de enfermedad en relación con los menores de un año. Prevalecen las enfermedades infecciosas que afectan los aparatos respiratorio y digestivo.

De 1996 al 2001 las causas de enfermedades más frecuentemente atendidas fueron infecciones respiratorias agudas, infecciones intestinales y otitis media aguda, en orden descendente. En el 2001 las dos primeras contribuyeron aproximadamente de 90 por ciento de los casos reportados (Fig. 3.2).

Población de 5 a 14 años (escolar y adolescencia temprana)

Las causas de enfermedad en este período se relacionan en su mayoría con las de los grupos previos. Para 2001, las dos principales fueron infecciones respiratorias agudas e intestinales, que representan más de 82 por ciento de todas las causas. La importancia de las infecciones respiratorias es aún mayor si se integra la otitis media (Fig. 3.3).

Con estos datos puede decirse que durante la infancia y adolescencia temprana las principales causas de enfermedad de notificación obligatoria siguen siendo las relacionadas con infecciones principalmente virales, del tracto respiratorio y del intestino.

Figura 3.2 Principales causas de enfermedad en preescolares. México, 2001

Número	Causa	Código de la lista detallada CIE 10 ^a Rev.	Casos	Porcentaje*
1	Infecciones respiratorias agudas	J00-J01, J02.8-J02.9, J03.8-J06, J20, J21	6'839,705	74.08
2	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	A04, A08, -A09 A06.0-A06.3, A06.9	1'338,803	14.50
3	Infección de vías urinarias	N30, N34, N39.0	153,429	1.66
4	Otras helmintiasis	B65-B67, B70-B76, B78, B79, B81-B83	133,122	1.44
5	Otitis media aguda	H65.0-H65.1	119,803	1.30
6	Desnutrición leve	E44.1	110,348	1.20
7	Ascariasis	B77	85,414	0.93
8	Varicela	B01	62,192	0.67
9	Asma	J45, J46	50,696	0.55
	Todas las demás		338,997	3.67
Total			9'232,509	100.00

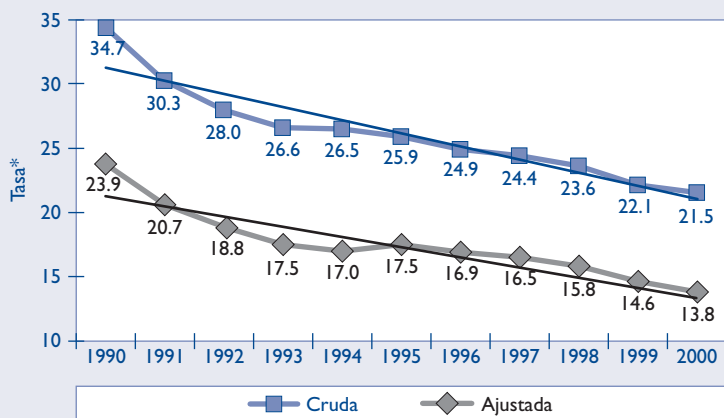
* Con relación al total de causas.
Fuente: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica/Procesó DGE/SSA.

Figura 3.3 Principales causas de enfermedad en población de 5 a 14 años. México, 2001

Número	Causa	Código de la lista detallada CIE 10 ^a Rev.	Casos	Porcentaje*
1	Infecciones respiratorias agudas	J00-J01, J02.8-J02.9, J03.8-J06, J20, J21	6'162,154	69.57
2	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	A04, A08, -A09 A06.0-A06.3, A06.9	1'120,041	12.64
3	Infección de vías urinarias	N30, N34, N39.0	290,477	3.28
4	Otras helmintiasis	B65-B67, B70-B76, B78, B79, B81-B83	204,253	2.31
5	Otitis media aguda	H65.0-H65.1	194,752	2.20
6	Ascariasis	B77	131,393	1.48
7	Varicela	B01	96,775	1.09
8	Úlceras, gastritis y duodenitis	K25-K29	82,388	0.93
9	Asma	J45, J46	73,652	0.83
	Todas las demás		502,198	5.67
Total			8'858,083	100.00

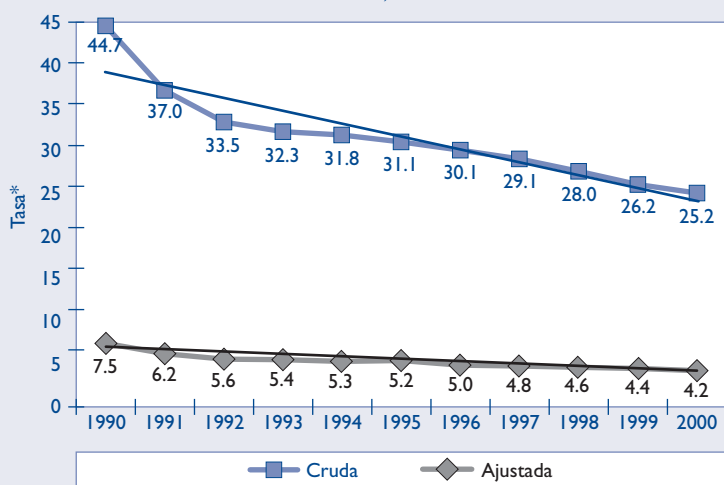
* Con relación al total de causas.
Fuente: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica/Procesó DGE/SSA.

Figura 3.4 Mortalidad infantil cruda y ajustada por subregistro. México, 1990-2000



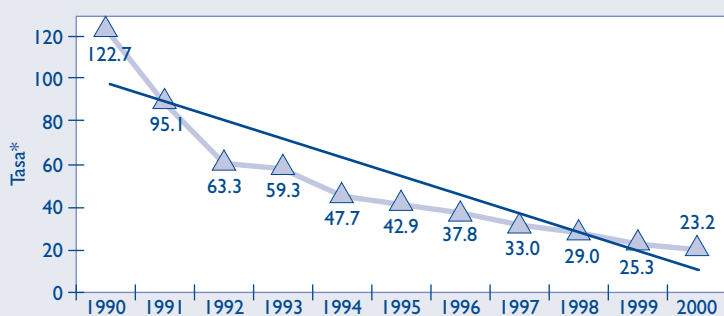
* Por 1,000 NVR. El ajuste es con el método de W. Brass.
Fuente: INEGI/SSA.

Figura 3.5 Mortalidad en menores de cinco años, cruda y ajustada por subregistro. México, 1990-2000



* Cruda por 1,000 habitantes del grupo de edad y ajustada por 1,000 nacidos vivos esperados. Estimación del subregistro de defunciones en menores de cinco años a partir de datos del censo de 1990.
Fuente: INEGI/SSA.

Figura 3.6 Mortalidad por enfermedades diarreicas agudas en menores de cinco años. México, 1990-2000



* Por 100,000 habitantes del grupo de edad.
Fuente: INEGI/SSA.

Mortalidad

Mortalidad infantil y de menores de cinco años

Las acciones dirigidas a disminuir las defunciones en los menores de un año han sido de gran trascendencia. En la década pasada se llegó dos años antes a la meta de reducirla en 30 por ciento, logrando una reducción de 42.3 por ciento en la mortalidad registrada y de 38.0 por ciento en la ajustada por subregistro (figura 3.4). Según información preliminar, en 2001 el descenso continúa, ya que hubo 35 mil 911 lo que representa 2 mil 710 defunciones menos, una reducción de 7 por ciento.

Con relación a la mortalidad en menores de 5 años, el compromiso de la década anterior se logró cuatro años antes del 2000, alcanzando 43.6 por ciento, ya que pasó de 7.5 defunciones por cada mil niños menores de este grupo de edad en 1990, a 4.2 en el 2000. (Fig. 3.5). Durante el año 2001, se registraron 42 mil 531 defunciones que representan 6.7 por ciento menos que las registradas en el año anterior.

La mortalidad en menores de 5 años es un indicador muy sensible de la desigualdad social. Entre las regiones indígenas de mortalidad infantil más elevada destaca la Huichol (65.3 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos en 1995), la Costa Sur de Michoacán (58.4 al millar), la Sierra Sur de Oaxaca (54.6 al millar), la Sierra Tarahumara (51.6 al millar), la Cañada Oaxaqueña (50 al millar) y la Cañada Oaxaca-Puebla (48.6 al millar)³. Si se comparan estos niveles con los de 1990, en todos los casos se observan descensos; sin embargo, a pesar de que en 1990 estas regiones ya mostraban las más elevadas tasas de mortalidad infantil, no es en ellas donde se produce una disminución importante. En promedio en todas las regiones indígenas se reporta 20 por ciento de descenso, pero en la Sierra Tarahumara y en la región Huichol sólo se reporta 10 por ciento de disminución y en la Sierra Sur de Oaxaca y en la Cañada Oaxaca-Puebla 16 por ciento.

Mortalidad por enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años

Las metas de este rubro de la década pasada se alcanzaron en 1993. La reducción total en la década para EDA's fue de 81.1 por ciento, pasando de 122.7 defunciones por cada 100 mil habitantes menores de 5 años, a 23.2 (Fig. 3.6). En el caso de las IRA's, la tasa disminuyó de 113 por cada 100 mil niños de este grupo de edad, a 39.4 con una variación porcentual de 65.1 (Fig. 3.7).

De 2000 a 2001 se presentaron menos defunciones por EDA's e IRA's. El descenso fue ligeramente mayor que en la mortalidad

³ Estimaciones realizadas a partir de las bases de datos nacionales de defunciones de 1979, elaboradas por Patricia Fernández Ham del Conapo para el informe EEDSPIM (INI-PNUD).

por todas las causas en este grupo de edad, ya que para el caso de las infecciones respiratorias agudas fueron 573 defunciones menos (-13.5 por ciento) y para las enfermedades diarreicas agudas, 286 (-11.4 por ciento).

Enfermedades evitables por vacunación

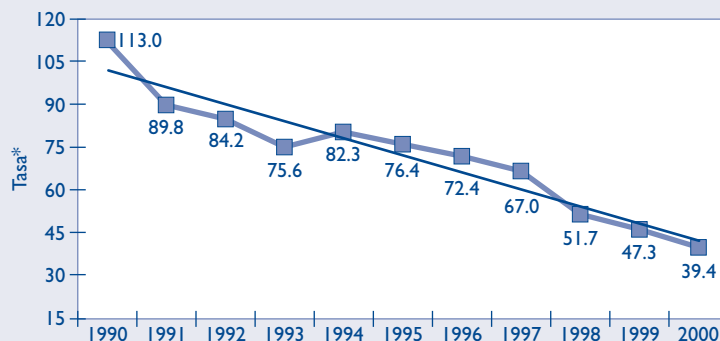
La vacunación es, sin duda, una de las acciones en salud pública que tienen mayor impacto en la prevención de enfermedades. En 1991, por decreto presidencial, se creó el Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA) que integra a todas las instituciones de salud y al Programa de Vacunación Universal (PVU), con el propósito de unificar e impulsar los esfuerzos de vacunación del sector salud y de otras instituciones.

El Programa es exitoso, prueba de ello son las altas coberturas alcanzadas y el impacto positivo en las enfermedades que se evitan con la aplicación de vacunas. En los niños de un año, los logros con esquema básico completo son superiores a 90 por ciento desde 1996 (Fig. 3.8) y cercanas al 98 por ciento el grupo de uno a cuatro años (Fig. 3.9). Además, desde 1998 se cumplió el compromiso internacional de lograr que al menos 80 por ciento de los municipios tuvieran cobertura con esquema básico completo por arriba de 90 por ciento en la población de un año de edad.

Es un orgullo señalar que a diciembre del 2001, la cobertura con esquema básico completo y por tipo de biológico en población de un año de edad continuó por arriba de los estándares internacionales, ya que para un país de más de diez millones de menores de cinco años lograr esto es muestra del trabajo coordinado de los servicios de salud y la sociedad en su conjunto. El reto ahora es lograr esas coberturas en todos los municipios del país.

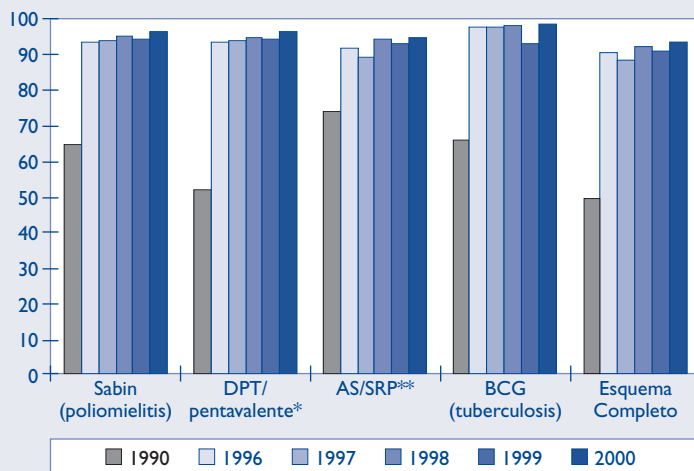
El impacto de la reducción del sarampión en la sobrevivencia de los niños mexicanos ha sido enorme: en 1990 murieron cerca de 6 mil personas por este padecimiento y cuatro años después se presentó la última defunción. Además, desde 1996 no se presentan casos de sarampión autóctono. Los últimos casos de poliomielitis se registraron en 1990, por lo que la OPS/OMS certificó la erradicación de esta enfermedad en México desde 1994. La eliminación del tétanos neonatal, en los términos establecidos por la Organización Mundial de la Salud de reducir las tasas de mortalidad a menos de 1 caso por mil nacidos vivos por distrito sanitario, se alcanzó desde 1995 y para el 2001 se presentaron solamente seis casos, gracias a la vacunación con toxoide tetánico a las mujeres en edad fértil, especialmente en áreas de riesgo y a la creciente atención del parto por personal profesional o por parteras empíricas capacitadas.

Figura 3.7 Mortalidad por infecciones respiratorias agudas en menores de cinco años. México, 1990-2000



* Por 100,000 habitantes del grupo de edad.
Fuente: INEGI/SSA.

Figura 3.8 Cobertura de vacunación con esquema básico completo y por tipo biológico en población de un año de edad. México, 1990, 1996-2000



* Difteria, tosferina, tétanos, hepatitis B y h. influenzae.
** Antisarampión en 1990. Sarampión, rubéola y parotiditis en los demás años.
Fuente: Consejo Nacional de Vacunación.

Figura 3.9 Coberturas de vacunación en población de 1 a 4 años. México, 1995-2000

Biológico	Cobertura %					
	1990	1996	1997	1998	1999	2000
Sabin	73.1	98.0	98.3	98.7	99.0	99.1
DPT/ DPT+HB+Hib	60.1	97.8	98.2	98.6	98.9	99.0
BCG	73.6	99.5	99.6	99.7	99.7	99.8
Antisarampión/Triple viral	85.4	97.7	97.2	98.5	97.8	98.5
Esquemas completos	46.0	97.0	96.8	97.2	97.6	98.0

Fuente: Consejo Nacional de Vacunación.

Figura 3.10 Principales causas de enfermedad en población de 15 a 24 años. México, 2001

Orden	Causa	CIE-X	Casos	Porcentaje*
1	Infecciones respiratorias agudas	J00-J01, J02.8-J02.9, J03.8-J06, J20, J21	2'924,007	55.31
2	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	A04, A08, A09 A06.0-A06.3, A06.9	777,543	14.70
3	Infección de vías urinarias	N30, N34, N39.0	552,295	10.44
4	Úlceras, gastritis y duodenitis	K25-K29	274,435	5.19
5	Otras helmintiasis	B65-B67, B70-B76, B78, B79, B81-B83	88,761	1.68
6	Otitis media aguda	H65.0-H65.1	86,750	1.64
7	Candidiasis urogenital	B37.3-B37.4	81,508	1.54
8	Intoxicación por picadura de alacrán	T63.2, X22	48,926	0.92
9	Tricomoniasis urogenital	A59.0	48,203	0.91
	Todas las demás		405,626	7.67
	Total general		5'288,054	100.00

* Por 100,000 habitantes de 15 a 24 años.
Fuente: SUIVE/DGE/SSA.

Figura 3.11 Principales causas de mortalidad en población de 10 a 14 años. México, 2000

Orden	Causa	CIE-X	Defunciones	Tasa*	Porcentaje
1	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	1,282	11.54	34.48
2	Tumores malignos	C00-C14, C15-C26, C30-C97	555	5.00	14.93
3	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Q00-Q99	197	1.77	5.30
4	Agresiones (homicidio)	X85-Y09	197	1.77	5.30
5	Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	G80-G83	112	1.01	3.01
6	Enfermedades renales tubulointersticiales	N10-N12, N15	109	0.98	2.93
7	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidio)	X60-X84	109	0.98	2.93
8	Influenza y neumonía	J10-J18	87	0.78	2.34
9	Enfermedades del corazón	I00-I51	75	0.68	2.02
10	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	E40-E64	62	0.56	1.67
	Las demás causas		933	8.40	25.09
	Total general		3,718	33.48	100.00

* Por 100,000 habitantes de 10 a 14 años.
Fuente: base de datos SSA/INEGI procesada por la CNSIA.

Recuadro 3.1 Enfermedades evitables por vacunación

Vacunación es la administración de un producto inmunizante a un organismo, con objeto de protegerlo contra el riesgo de una enfermedad determinada. La vacunación universal es la política sanitaria que tiene como objetivo lograr la protección de toda la población del país, mediante su esquema completo de vacunación. Establece los criterios y procedimientos para lograr el control, eliminación y erradicación de enfermedades evitables por vacunación.

Esquema completo de vacunación es el número ideal de vacunas, dosis y refuerzos que debe recibir la población sujeta al Programa, de acuerdo con su edad. Las vacunas que se aplican permanentemente a la población del país previenen diez enfermedades: poliomielitis con tres dosis de la vacuna tipo Sabin; formas graves de tuberculosis con una dosis de BCG; tétanos, difteria, tosferina, infecciones graves por *Haemophilus influenzae* tipo b y Hepatitis B con tres dosis de la vacuna Pentavalente (DPT+HB+Hib), y sarampión, rubeola y parotiditis con dos dosis de triple viral (SRP).

El Esquema Básico de Vacunación Universal debe completarse en los lactantes a los doce meses de edad. Cuando esto no sea posible, se ampliará el periodo de vacunación hasta los cuatro años con once meses.

La aplicación de los productos biológicos se realizará durante todos los días hábiles del año, por personal capacitado, en todas las unidades del primer nivel de atención; en hospitales del segundo nivel se cubrirá la demanda durante los 365 días del año; las unidades hospitalarias de tercer nivel que cuenten con servicios de medicina preventiva apoyarán las acciones de vacunación; la vacunación extramuros se realizará en las localidades que no cuenten con servicios permanentes de salud con la periodicidad que cada institución establezca para completar esquemas y en las Semanas Nacionales de Salud, tres veces al año.

Salud y desarrollo de los adolescentes

La adolescencia, como grupo de población que requiere atención a la salud, ha sido caracterizada para fines operativos en dos grupos: de 10 a 14 años, adolescencia temprana, y de 15 a 19 años, adolescencia tardía.

Morbilidad

La asistencia de los adolescentes a consulta en los servicios de salud es mínima; las dos principales causas son infecciones respiratorias agudas e infecciones intestinales mal definidas (Fig. 3.10) (recuadro 2)

Mortalidad

El reconocimiento de que las y los adolescentes en México tienen necesidades de salud a pesar de su baja mortalidad es importante, pero la realidad es que falta información más amplia sobre el estado de salud de este grupo. Es necesario redefinir indicadores y mejorar los sistemas de información.

Recuadro 3.2 Las y los adolescentes: la atracción por las conductas de alto riesgo

Los principales daños a la salud en las y los adolescentes incluyen el sobrepeso, el tabaquismo, el alcoholismo, el consumo de drogas, los accidentes, los homicidios, los suicidios y las enfermedades de transmisión sexual.

La mala nutrición y el sedentarismo empiezan a causar estragos en la población adolescente en México.

Según datos de la Encuesta Nacional de Adicciones de 1998, 10 por ciento de las y los adolescentes fuman, en una relación entre hombres y mujeres de 3:1. De este total, 61.4 por ciento reportaron haberse iniciado en el consumo de tabaco antes de los 18 años, 39.7 por ciento entre los 15 y 17 años, 19.6 por ciento entre los 11 y 14 años y 2.1 por ciento a los 10 años de edad o incluso antes.

Se calcula que alrededor de 4 por ciento de los hombres de entre 12 y 17 años han probado alguna en su vida. Las drogas consumidas con mayor frecuencia son los inhalables y la marihuana, en menor proporción la cocaína y las pastillas psicotrópicas.

Los accidentes y las lesiones intencionales, un alto porcentaje de los cuales están asociados al consumo de alcohol y drogas, son las primeras causas de muerte en este grupo de edad. Entre las y los adolescentes de 15 a 19 años, en 1999 concentraron 17.3 por ciento de las muertes y se presentaron además 468 suicidios, que representaron 6 por ciento de las muertes totales en este grupo de edad.

Finalmente, la actividad sexual precoz también expone a las y los adolescentes a riesgos de embarazos y a enfermedades de transmisión sexual. Las cifras más recientes nos hablan de alrededor de 366 mil embarazos no deseados al año en el país, la mayoría de los cuales se produce entre adolescentes. De este total, 180 terminan en muerte materna, que constituye la cuarta causa de muerte en las mujeres de este grupo de edad.

Las muertes de las y los adolescentes son evitables en casi 45 por ciento debido a que, de los 10 a los 19 años de edad, la población sufre riesgos adicionales quizá por la vitalidad propia de este grupo, por lo que las acciones se orientan al control de las causas más importantes combatiendo los factores de riesgo.

En el escenario de la salud y enfermedad de México, desde hace un cuarto de siglo los accidentes se ubican entre las diez primeras causas de muerte en la población general, con una tasa en el año 2000 de 35.4 por 100 mil habitantes.

Para el año 2000, en el grupo de la adolescencia temprana, de 10 a 14 años, se presentan como primera causa de muerte los accidentes, con un peso de 34 por ciento. Los más frecuentes son los de tránsito, en segundo lugar se encuentran los tumores malignos con un peso de 15 por ciento, le siguen en tercer y cuarto lugar respectivamente las malformaciones congénitas y agresiones, que revisten la misma importancia en magnitud.

Aunque al igual que en las y los escolares, los accidentes son el principal daño al que está expuesta la población adolescente; la diferencia importante estriba en que en este último grupo los accidentes están determinados por las diferentes formas de violencia fuera del hogar, situación que se potencializa con la actitud psicológica del adolescente ante el mundo y la forma de enfrentarlo. Se requiere una educación amplia y persistente en la búsqueda de nuevos estilos de vida y exposición a riesgos.

Al comparar las causas de muerte en la adolescencia temprana con relación a las de la tardía, destaca que el peso de causas asociadas a aspectos del ambiente social en el que se desarrollan los adolescentes (accidentes, agresiones y lesiones autoinflingidas) es 13.3 puntos porcentuales superior en la población de 15 a 19 años, (56.0 por ciento contra 42.7). (Fig. 3.11 y 3.12).

Las conductas de riesgo más comunes son: adicciones (tabaquismo, alcoholismo y drogadicción), exposición a ambientes peligrosos y violentos, que asociados potencializan la probabilidad de que las y los adolescentes sufran accidentes, suicidios y homicidios entre otros.

Otras conductas de riesgo importantes son la mala alimentación, que predispone a desnutrición u obesidad, y las relaciones sexuales sin protección, que pueden conllevar infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA, así como embarazos no planeados.

Salud reproductiva⁴ en adolescentes

Se estima que durante el año 2000 ocurrieron en el país cerca de 366 mil partos de madres de 15 a 19 años, lo que representa 17 por ciento del total de nacimientos. (Fig. 3.13). A pesar de que durante los últimos seis años el número de nacimientos se redujo en poco más de 10 por ciento, la prevención del embarazo no planeado en las adolescentes continúa siendo un desafío prioritario en salud reproductiva.

No obstante que la prevalencia de uso de anticonceptivos entre mujeres adolescentes unidas se incrementó de 30 por ciento en 1987 a 48.8 en el año 2000, sigue siendo la más baja con respecto a los otros grupos de edad y significativamente menor en comparación con el total de las mujeres unidas. Además, la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos entre las mujeres unidas de 15 a 19 años es la más alta de todos los grupos de edad y representa más del doble con respecto al valor estimado para todas las mujeres (Fig. 3.14). Por otro lado, tenemos el problema de los embarazos no deseados, el aborto inseguro, las infecciones de transmisión sexual y la violencia, los cuales son problemas prioritarios en este grupo de edad.

⁴ Utilizamos el término "Salud reproductiva" por ser el término que se utiliza en el documento "Un mundo apropiado para los niños", ONU, 2002.

Figura 3.12 Principales causas de mortalidad en población de 15 a 19 años. México, 2000

Orden	Causa	CIE-X	Defunciones	Tasa*	Porcentaje
1	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	2,690	25.58	36.41
2	Agresiones (homicidio)	X85-Y09	973	9.25	13.17
3	Tumores malignos	C00-C14, C15-C26, C30-C97	627	5.96	8.49
4	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidio)	X60-X84	472	4.49	6.39
5	Enfermedades del corazón	I00-I51	193	1.84	2.61
6	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Q00-Q99	172	1.64	2.33
7	Embarazo, parto y puerperio	A34, F53, M830, O00-O95, O98-O99	151	1.44	2.04
8	Enfermedades renales tubulointersticiales	N10-N12, N15	147	1.40	1.99
9	Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	G80-G83	122	1.16	1.65
10	Epilepsia	G40-G41	115	1.09	1.56
	Las demás causas		1,727	16.42	23.37
	Total general		7,389	70.26	100.00

* Por 100,000 habitantes de 15 a 19 años.
Fuente: base de datos SSA/INEGI procesada por la CNSIA.

Figura 3.13 Fecundidad en la población adolescente de 15 a 19 años. México, 1990-2000

Año	Mujeres de 15 a 19 años (en miles)	Nacimientos (en miles)	Tasa específica de fecundidad*
1990	4,868.0	415	85.0
1992	4,962.9	413	82.5
1994	5,006.4	410	81.3
1996	5,041.7	397	78.5
1998	5,109.3	379	73.5
2000	5,221.1	366	70.1

* Por 1,000 mujeres de 15 a 19 años.
Fuente: Estimaciones del Conapo con base en las Encuestas Nacionales Sociodemográficas, 2000.

Figura 3.14 Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos entre mujeres en edad fértil unidas. México, 1987-1997

Año	Mujeres de 15 a 19 años	Mujeres de 15 a 49 años
1987	33.8	25.1
1995	29.8	16.1
1997	26.7	12.1

Fuente: Estimaciones del Conapo con base en las Encuestas Nacionales Sociodemográficas, varios años.

Accidentes

La tasa preliminar de mortalidad por accidentes en menores de cinco años durante el 2001 es de 25.7 por cada 100 mil habitantes del grupo de edad, mientras que el grupo de 5 a 14 años registró una tasa de 8.7. En el 2001 fallecieron aproximadamente 4 mil 674 menores de 14 años a consecuencia de las lesiones sufridas en accidentes ocurridos en diferentes entornos. Destacan por su frecuencia los viales sobre los que se presentan en el hogar y la escuela, en el trabajo y durante actividades deportivas y de recreación.

Si bien es cierto que en mortalidad general ocupan la cuarta posición y que 8.3 por ciento del total de los fallecimientos son consecuencia de los accidentes, en los niños entre 1 y 15 años de edad llegan a ocupar el primer lugar, lo que hace más evidente el impacto que representa para la sociedad ubicarlos como la primera causa de muerte en la edad productiva del individuo y que ocurren en promedio a los 37 años.

Adicciones

Según datos de la *Encuesta Nacional de Adicciones* de 1998, 10 por ciento de las y los adolescentes fuma y de acuerdo con datos del Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), actualmente se registran 122 defunciones diarias en la población en general relacionadas con el consumo de tabaco. Existen 14 millones de fumadores, de los cuales más de 70 por ciento inició antes de los 14 años y el universo de fumadores pasivos es de 48 millones de personas.

Se calcula que alrededor de 4 por ciento de los hombres de entre 12 y 17 años han probado alguna droga ilegal en su vida. Las drogas consumidas con mayor frecuencia son los inhalables y la marihuana, y en menor proporción, la cocaína y las pastillas psicotrópicas.

Algunas variables que se han conjugado para medir el riesgo de adicciones en las y los adolescentes son:

- El entorno social
- La percepción de riesgo del consumo de sustancias
- El ambiente escolar
- La percepción de la tolerancia del docente ante el consumo de drogas
- La inseguridad social en torno a la escuela
- Las características percibidas del docente
- La autopercepción del aprendizaje logrado
- El apoyo social hacia la o el adolescente

Salud de la mujer

En México, como en la mayor parte del mundo, persisten iniquidades económicas y sociales. Entre ellas, destacan las de género, que ponen en desventaja a las mujeres respecto del acceso a diversos satisfactores sociales, económicos, laborales, educativos y de salud, entre otros. Se hace mención de la situación de cáncer cérvico uterino y mamario en este capítulo, por su impacto en el costo social, ya que al morir la madre provocan desintegración familiar, hijos huérfanos con mayor riesgo de enfermar y morir, que la hija mayor asuma las tareas maternas truncando su propio proyecto de vida y niños con oportunidades y desarrollo desiguales.

Mortalidad materna

La mortalidad materna en México representa un problema de salud pública multifactorial, relacionado con la cobertura y calidad de los servicios de salud y con factores socioeconómicos y culturales. Según organismos internacionales, 95 por ciento de los trastornos durante el embarazo, parto y puerperio pueden resolverse exitosamente, cuando se cuenta con los servicios de calidad necesarios. Por ello, se considera a la mortalidad materna como el indicador más sensible de desigualdades socioeconómicas, así como de baja calidad y cobertura de los servicios de salud.

Durante la década de 1990-2000, la tasa de mortalidad materna mostró una tendencia ligeramente a la baja. En 1990 se registraron 5.4 defunciones maternas por cada 10 mil Nacidos Vivos Registrados (NVR); mientras que en el 2000 este indicador alcanzó el valor de 4.7, con una disminución porcentual de 13.3 por ciento, que no fue suficiente para alcanzar los compromisos derivados de la Cumbre Mundial de 1990, por lo que se le considera una prioridad de atención en salud para la presente década.

Las principales causas directas de muerte materna en el 2000 fueron: preclamsia, eclampsia, hemorragia obstétrica, sepsis puerperal y complicaciones del aborto, que en conjunto representan 68 por ciento del total de las defunciones en este grupo poblacional. La violencia durante el embarazo es otra causa de muerte, aunque aún no existen datos confiables sobre su frecuencia, debido a que las defunciones no quedan clasificadas en los códigos correspondientes a muerte materna.

En el 2001 se registraron 1,253 muertes maternas, lo que representa un disminución del 5 por ciento con relación a lo registrado el año previo. 67.1 por ciento de estas defunciones ocurrió en nueve entidades del centro y sureste del país: estado de México, Chiapas, Veracruz, Distrito Federal, Guerrero, Puebla, Oaxaca, Jalisco y Michoacán. Asimismo, se han identificado al

menos 391 municipios en donde se presentaron poco más de 70 por ciento de las muertes maternas registradas en los últimos tres años. El número de muertes de las mujeres indígenas durante el embarazo, parto o puerperio casi triplica al de las mujeres no indígenas.

La accesibilidad a los servicios de salud es una de las principales variables que influyen en la mortalidad materna. En el 2001, de las muertes maternas 17 por ciento ocurrieron en el hogar. En México la participación del sector público en la atención del parto es muy importante, pero aún insuficiente. Según datos de la *Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000*, del total de partos 67.7 por ciento son atendidos en alguna de las instituciones de este sector y 10 por ciento se atienden en la casa de la madre o de la partera. En áreas urbanas (en las que vive aproximadamente 70 por ciento de la población del país) el problema no es de acceso (como lo ilustran las cifras de cobertura de atención institucional durante el embarazo y el nacimiento) sino de calidad de la atención.

Entre las primeras causas de muerte en las mujeres en edad reproductiva están los tumores malignos y de éstos, los cánceres cérvico-uterino y de mama ocupan los primeros lugares.

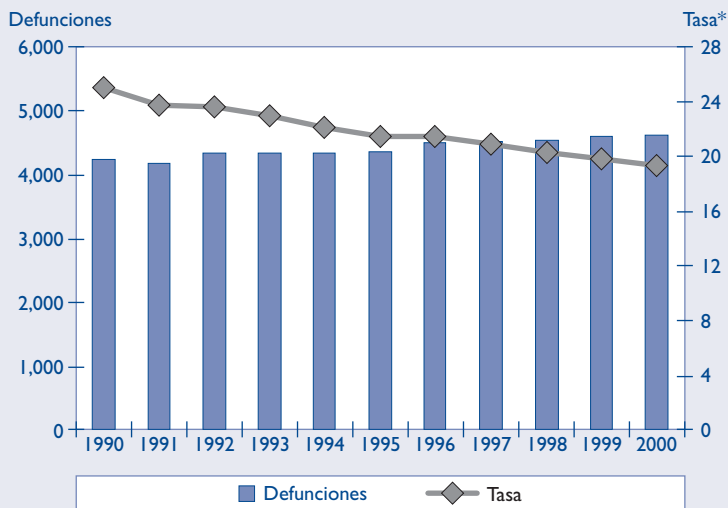
Cáncer cérvico-uterino

Es una de las principales causas de muerte en mujeres de 25 y más años de edad. El grupo de 45 años en adelante es el más afectado. La tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino mostró, en 1990, una tendencia descendente de 25.0 por 100 mil mujeres de 25 años y más a 19.3 en el 2000. Para el 2001, la cifra preliminar fue 18.2. La tendencia de las defunciones se mantuvo a la alza hasta el año 2000, aunque en el 2001 por primera vez se presentó un descenso de 115 muertes, cerrando con un número de 4 mil 486 defunciones (Fig. 3.15).

El costo institucional que representa la atención de este problema está determinado por la oportunidad en su detección y prevención, el cual se reduce significativamente cuando más temprana es la intervención.

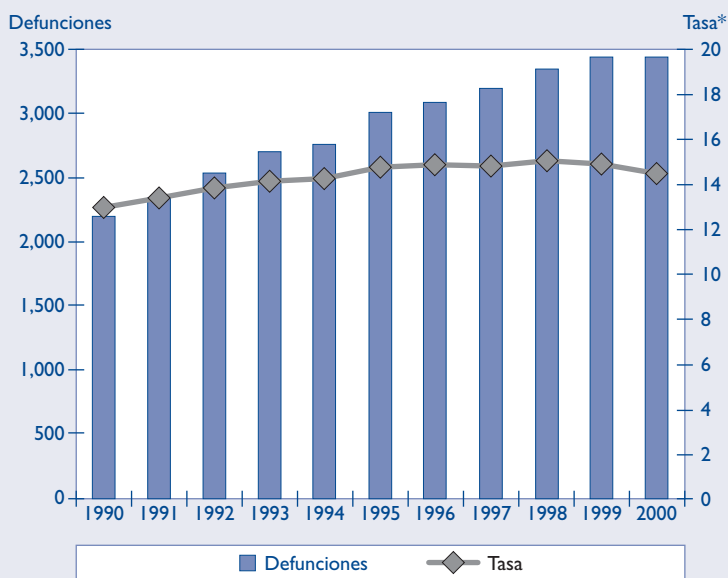
Durante 2001, el número de detecciones realizadas en el sector salud ascendió a 4 millones 594 mil 672 que corresponde al 57.8 por ciento de la población objetivo del Programa de Prevención y Control de Cáncer Cérvico-uterino; es decir, a la tercera parte del total de mujeres de 25 años o más. Se detectaron 125 mil 930 muestras con alteraciones; es decir, 2.5 por ciento del total, de las cuales 61 por ciento correspondieron a displasias leves, 18.4 a moderadas, 8.64 a displasias graves, 6.5 a cáncer *in situ* y 5.47 por ciento a cáncer invasor.

Figura 3.15 Número de defunciones y tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino en mujeres de 25 años y más. México, 1990-2000



* Tasa por 100,000 mujeres de 25 años y más.
Fuente: INEGI, 2000.

Figura 3.16 Número de defunciones y tasa de mortalidad por cáncer mamario en mujeres de 25 años y más. México, 1990-2000



* Tasa por 100,000 mujeres de 25 años y más.
Fuente: INEGI, 2000.

Si bien la calidad de los servicios de detección oportuna ha mejorado, aún resta mucho por hacer para mejorar el diagnóstico, el sistema de referencia de las mujeres con un resultado anormal y el acceso y calidad a los servicios que ellas requieran.

Cáncer de mama

El cáncer de mama es la segunda causa de muerte por procesos tumorales en el grupo de mujeres mayores de 25 años, superado sólo por el carcinoma cérvico uterino. Además, el ritmo de crecimiento anual es superior a 5 por ciento y en algunas entidades de la República ha desplazado incluso al cáncer cérvico uterino.

En México, durante la última década, la tasa de mortalidad se ha incrementado 10.9 por ciento (de 13.1 en 1990 a 14.5 en el año 2000, por cada 100 mil mujeres de 25 años y más) y la cifra preliminar para el 2001 es de 14.6, que puede considerarse baja en comparación con la de otros países de la región. El incremento real en el número de defunciones fue de 62.2 por ciento en el período (de 2 mil 214 muertes en 1990 a 3 mil 592 en el año 2001) debido a la expansión de este grupo de población (Fig. 3.16).

El grupo de edad con mayor número de defunciones es el de 45 a 54 años, no obstante, destaca que el grupo de 35 a 44 presenta un número cercano al del grupo anterior, lo que demuestra la tendencia de las mujeres mexicanas a presentar cáncer de mama y morir por esta causa a una edad más temprana, con el consecuente impacto social que ello implica (Fig. 3.17).

La morbilidad también muestra una tendencia creciente año con año, según se observa en el Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas en México. Para el período 1993-1999 se reporta una cifra acumulada de 57 mil 509 casos nuevos, de los cuales, sólo en los últimos dos años se presentaron 19 mil 375, es decir la tercera parte de los casos reportados durante todo el período de siete años.

En las instituciones del Sector Salud el total de exploraciones clínicas de primera vez en el año alcanzaron las cifras de 6.6 millones en 1998, 7.2 para 1999⁵ y 10.8 millones para el 2000 (cifra preliminar), lo que significa que una de cada 3 mujeres mexicanas de 25 años y más fue valorada por personal de salud.

Salud sexual, reproductiva y planificación familiar

A pesar de que las condiciones de vida de las mujeres mexicanas han mejorado en cuanto a los niveles generales de escolaridad, la reducción de la carga reproductiva en términos de la edad a la primera unión y al nacimiento del primer hijo, así como a la reducción de la fecundidad global, dichos cambios no han ocurrido con la misma intensidad en el medio rural que en el urbano y

⁵ SNS, Boletín de información estadística, 1998 y 1999.

entre grupos sociales. Estos cambios son resultado de una sostenida y decidida política de población y una mayor cobertura y calidad de los servicios de salud y de planificación familiar.

El descenso de la fecundidad es el principal determinante de la reducción del crecimiento de la población y de los cambios recientes en su composición por edad. Desde la década de los sesenta, cuando la fecundidad registró un nivel histórico máximo de 7.3 hijos por mujer, la tasa global de fecundidad disminuyó de casi seis hijos por mujer en 1974, a cuatro en 1986 y a 2.34 en 2001.

Un rasgo relevante de la modificación de las pautas reproductivas lo constituye tanto la postergación del nacimiento del primer hijo(a) como el mayor espaciamiento de la progenie.

Las acciones operativas de Planificación Familiar se han ido consolidando en todo el territorio nacional como consecuencia de un extenso trabajo de los sectores público, privado y de la sociedad civil organizada.

Se cuenta con una Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar la cual incorporó los avances científicos y tecnológicos en anticoncepción, así como documentos técnicos sobre métodos de control de la fertilidad, orientación-consejería, consentimiento informado y derechos sexuales y reproductivos entre otros.

Durante la última década se incrementó la información, se amplió la oferta de anticonceptivos, se promovió la participación activa del varón y se impulsaron acciones para atender la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes.

Según estimaciones del CONAPO con base en diversas encuestas probabilísticas⁶ en el 2000 la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos ascendió a 62.1 por ciento del total de mujeres en edad fértil unidas (MEFU), cifra que se incrementa a 70.8 por ciento si se considera además a las usuarias de métodos tradicionales.⁷ El total de usuarias en el país fue de cerca de 11.3 millones en el 2000, lo que representa un incremento de poco más de dos millones (22.8 por ciento) en comparación con el logro de 1994 (Fig. 3.18) y durante el 2001 se ha incrementado a 71.4 por ciento.

Actualmente, los métodos más usados son la oclusión tubaria bilateral (OTB) y el dispositivo intrauterino (DIU); son además los de mayor efectividad y tasa de continuidad. Es importante destacar, sin embargo, que estos métodos generalmente se escogen cuando las expectativas reproductivas de las mujeres o las parejas ya se han satisfecho y, por lo tanto, no contribuyen a retrasar el nacimiento del primer hijo o el espaciamiento entre los

⁶ En los últimos 25 años se han efectuado en México siete encuestas sociodemográficas de representatividad nacional.

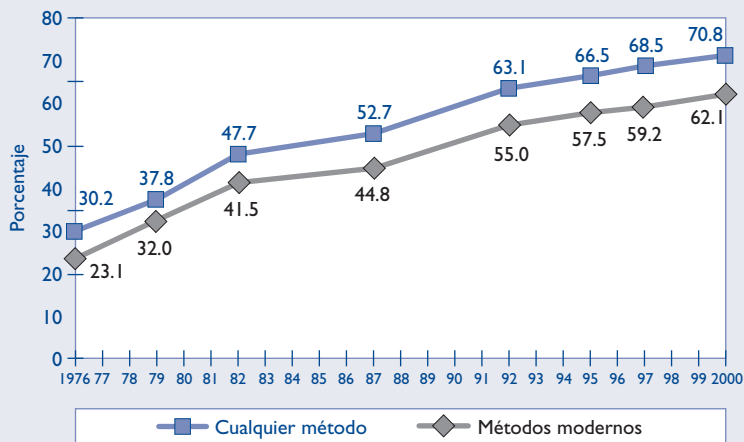
⁷ Los métodos modernos incluyen hormonales orales e inyectables, dispositivos intrauterinos, oclusión tubaria bilateral, norplant, vasectomía, preservativo y espermicidas. Los métodos tradicionales incluyen el ritmo, el retiro y otros.

Figura 3.17 Número de defunciones y tasa de mortalidad por cáncer de mama según grupos de edad. México, 2000



* Tasa por 100,000 mujeres del grupo de edad.
Fuente: INEGI, 2000.

Figura 3.18 Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas que usan métodos anticonceptivos modernos y cualquier otro método. México, 1976-2000



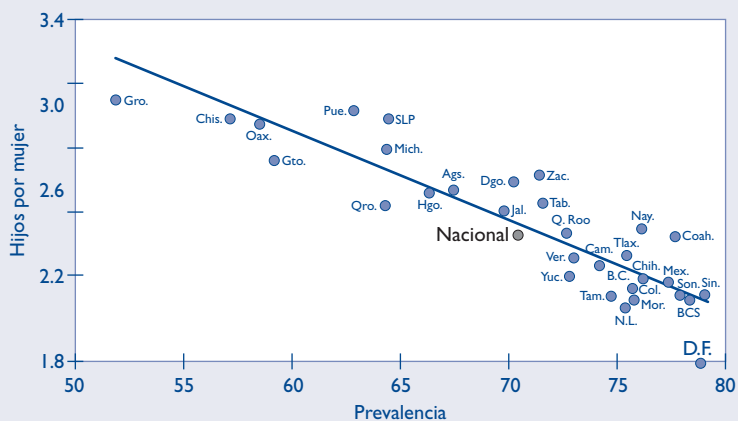
Fuente: Estimaciones del Conapo con base en Encuestas Nacionales Sociodemográficas, años respectivos.

Figura 3.19 Distribución porcentual de usuarias de anticonceptivos según tipo de método usado. México, 1987-1997

Método anticonceptivo	1987	1992	1997
Hormonales orales	18.2	15.3	10.2
Dispositivo intrauterino	19.4	17.7	20.8
Oclusión tubaria bilateral	36.2	43.3	44.7
Vasectomía	1.5	1.4	1.8
Hormonales inyectables	5.3	5.1	4.6
Preservativos y espermicidas	4.7	5.0	5.7
Métodos tradicionales	14.7	12.2	12.3

Fuente: Estimaciones del Conapo con base en las Encuestas Nacionales Sociodemográficas, varios años.

Figura 3.20 Tasa global de fecundidad y prevalencia de uso de anticonceptivos según entidad federativa. México, 2000



Fuente: Estimaciones del Conapo, 2000.

hijos. Un mayor uso de métodos temporales (como los hormonales orales o inyectables) contribuirían a este resultado. Existe 12.3 por ciento de personas que prefieren los métodos tradicionales, lo que indica la diversidad de formas de decidir sobre la sexualidad y reproducción en la población (Fig. 3.19).

El creciente aumento en el uso de métodos anticonceptivos ha contribuido, junto con otras acciones, a la disminución de la Tasa Global de Fecundidad (TGF). Con base en encuestas sociodemográficas, la TGF para el total nacional disminuyó de 3.3 hijos por mujer en 1990, a 2.4 en el 2000.

Las entidades federativas con menor uso de métodos anticonceptivos son también las que presentan niveles socioeconómicos más bajos y en consecuencia altas tasas globales de fecundidad. Los problemas de mayor rezago se encuentran en el área rural, en las comunidades indígenas y en las áreas urbanas-marginadas de las grandes urbes (Fig. 3.20).

Por otra parte, en 1995 las Tasas Globales de Fecundidad más elevadas en las comunidades indígenas correspondieron a la región Huichol, la Sierra Tarahumara, la Sierra Norte de Puebla, la Cañada Oaxaqueña-Poblana, la Sierra Sur y la Cañada de Oaxaca, así como a la Costa Sur de Michoacán, las cuales mantienen tasas cercanas a los cuatro hijos por mujer aun cuando todas ellas mostraron considerables descensos en su fecundidad, la cual fluctuó entre 4.3 y 5.2 hijos por mujer en 1990.

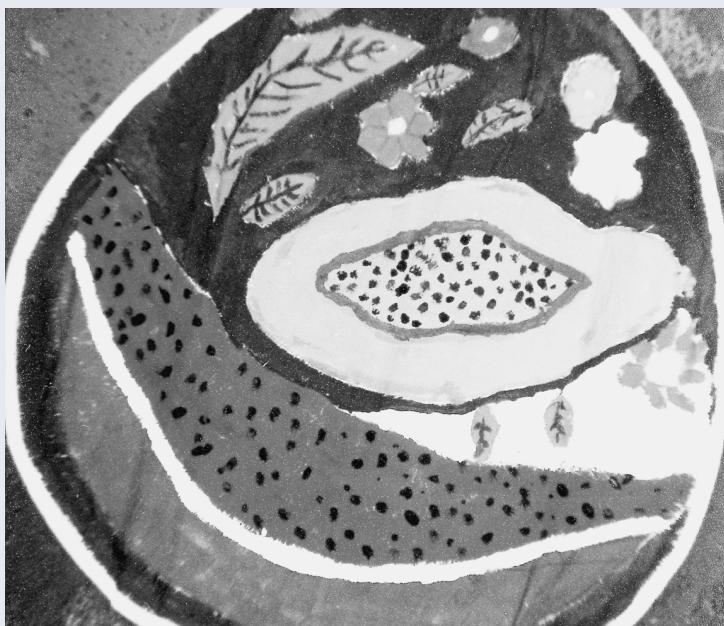
Nutrición

El potencial de desarrollo y el crecimiento económico de una nación dependen de manera importante de la educación, la salud y el estado nutricional de sus habitantes. Para alcanzar este desarrollo es indispensable garantizar a toda la población los satisfactores básicos y las oportunidades necesarias para que puedan acceder a un mejor estado de bienestar.

La desnutrición es uno de los grandes problemas en materia de salud pública con respecto a las niñas y niños en pobreza. Se asocia con efectos negativos en varias funciones corporales e intelectuales y con un aumento en el riesgo de contraer enfermedades. Está considerada como un determinante en el proceso salud-enfermedad y sus consecuencias suelen ser irreversibles.

Desnutrición en menores de 5 años

La más reciente Encuesta Nacional de Nutrición (ENN), realizada en 1999, mostró que 17.7 por ciento de los niños mexicanos menores de 5 años (alrededor de 1.5 millones de niños) presentan baja talla para la edad (desmedro), 7.6 por ciento tienen bajo peso para edad y 2.1 por ciento tienen bajo peso para la talla (emaciación).



Nuestros frutos. Liliana y Rocío, 8 y 7 años.

Según esta misma fuente, el retraso en el crecimiento es casi tres veces más frecuente en las zonas rurales que en las urbanas y cuatro veces mayor en las zonas pobres del sur del país que en las zonas pobres de los estados del norte.

La prevalencia de anemia en este mismo grupo de niños fue de 27.2 por ciento en el ámbito nacional, sin grandes variaciones entre regiones y localidades urbanas y rurales.

La comparación de los resultados de la encuesta de 1999 con los de 1988 muestra una reducción importante en la prevalencia de emaciación de 6 por ciento en 1988 a 2 por ciento en 1999, una disminución en la prevalencia de desmedro de 5 por ciento y un aumento discreto de 0.8 por ciento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en este grupo de edad.

Entre 1988 y 1999 la prevalencia de la desnutrición de alto riesgo (forma moderada y severa) disminuyó, a nivel nacional, en la siguiente forma:

- La emaciación descendió 66.7 por ciento
- El peso bajo para la edad descendió 47.2 por ciento
- La talla baja para la edad descendió 22.4 por ciento

La desnutrición severa y grave de los menores de 5 años disminuyó debido principalmente a acciones de carácter sanitario, entre las cuales destacan:

- La eliminación del sarampión
- La disminución a la mitad de la tasa de enfermedades diarreicas
- La desparasitación intestinal, que se realiza 2 veces al año como estrategia de las Semanas Nacionales de Salud
- La administración semestral de megadosis de vitamina A
- El mejor acceso a los servicios de salud, en comparación con 1988
- La disminución de la tasa global de fecundidad
- Los diversos programas de apoyo alimentario

A pesar de los avances, la prevalencia actual de desnutrición en la población infantil indica que continúa siendo un grave problema de salud pública, sobre todo en los estados del sureste, y que deben continuar los esfuerzos para combatirla.

Con la finalidad de contar con información periódica para orientar las acciones de nutrición a las áreas con mayor problema, y con base en la experiencia positiva del sistema automatizado de información del Programa de Vacunación Universal que cuenta con el registro nominal de los menores, a partir de 1998 se incorporó un módulo de nutrición que permite tener cortes transversales trimestrales del estado nutricional de la población vacunada menor de cinco años.

Desnutrición en niños de 5 a 11 años de edad

Con base en los resultados de la ENN 1999, la prevalencia de bajo peso para la edad fue de 4.5 por ciento en el ámbito nacional. La prevalencia de baja talla para la edad fue de 16.1 por ciento y la prevalencia de bajo peso respecto a la talla fue de 1.0 por ciento. Se estimó que poco más de 2 millones de niños de edad escolar presentaron talla baja para la edad.

La prevalencia de anemia fue de 19.5 por ciento para la población de 5 a 11 años de edad a escala nacional y se estima que hay 2 millones 251 mil 645 niños de esta población que sufren anemia.

Nutrición en las y los adolescentes

La mala alimentación y el sedentarismo empiezan a tener un impacto negativo en este grupo de edad. La ENN de 1999 señala que 27 por ciento de la población adolescente sufre de sobrepeso u obesidad.

Con la finalidad de dar mayor seguimiento al estado nutricional de este grupo, a partir del 2002 se modificó la Cartilla Nacional de Vacunación para que, además de permitir el registro de las vacunas que se ofrecen a los adolescentes, se registre su peso y talla y se pueda construir el índice de masa corporal.

Nutrición y pueblos indígenas

El estado nutricional de la población indígena muestra rezagos. En particular, el principal problema de salud de los niños indígenas menores de 5 años es la desnutrición crónica, que se manifiesta por retraso en el crecimiento. *La Encuesta Nacional de Nutrición (1999)* mostró que 17.7 por ciento de los niños menores de 5 años tiene una talla baja. Este retraso en el crecimiento es casi tres veces más frecuente en las zonas rurales y cuatro veces mayor entre los niños indígenas. Se estima que los niños desnutridos pierden entre 12 y 15 por ciento de su potencial intelectual, corren entre ocho y 12 veces mayor riesgo de contraer enfermedades infecciosas y son más propensos a padecer enfermedades crónico-degenerativas.

La desnutrición es un factor importante en las mujeres embarazadas y en período de lactancia. 40 por ciento de las mujeres indígenas tiene anemia, lo que aumenta la probabilidad de complicaciones durante el embarazo o al dar a luz a niños prematuros o con bajo peso al nacer. La situación nutricional y de salud de las mujeres aparece más deteriorada que otros estratos de las propias sociedades indígenas. Por lo general, en la distribución de los alimentos al interior de la familia se privilegia a los adultos varones, por lo que mujeres y niños presentan el mayor grado de desnutrición.

VIH/SIDA

Durante el periodo 1997-2000 se desarrolló el Programa de Fortalecimiento para la Prevención y Control del VIH/SIDA y otras Enfermedades de Transmisión Sexual, y se consolidó el Consejo para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA) como la instancia normativa que coordina y asesora la lucha contra el SIDA en todo el país.

Las lecciones aprendidas a lo largo del trabajo nacional e internacional demuestran que para detener la epidemia del VIH/SIDA para el año 2015 —como lo señala la declaración del Milenio de las Naciones Unidas—, es necesaria la coordinación intersectorial y la participación social, así como involucrar a las personas afectadas en todas las acciones.

De acuerdo con la tipología propuesta por el ONUSIDA, México tiene una epidemia concentrada, la cual se caracteriza por una prevalencia del VIH superior a 5 por ciento en por lo menos un subgrupo de la población y que la prevalencia en población general sea inferior a 1 por ciento.

Por esta razón, se considera que México no es uno de los países más afectados por la epidemia del VIH/SIDA en la región; por lo tanto, las metas a cumplir estarán en función de esta característica.

En nuestro país, la prevalencia de VIH/SIDA entre la población adulta de 15 a 49 años de edad se ha mantenido estable en los últimos doce años (alrededor de 0.3 por ciento), así como también en las mujeres embarazadas (0.1 por ciento). La prevalencia del VIH en donadores voluntarios disminuyó de 0.8 (1990) a 0.03 por ciento (2000), en tanto que las cifras en trabajadoras sexuales mostraron también una ligera disminución (de 0.4 a 0.3 por ciento). En contraste, en la actualidad existe una prevalencia del 15 por ciento en HSH (hombres que tienen sexo con hombres), 12.2 por ciento en trabajadores del sexo comercial y de 6 por ciento en usuarios de drogas inyectables (Fig. 3.21).

Desde el inicio de la epidemia hasta el 30 de junio de 2002, en México se han registrado de manera acumulada 54 mil 449 casos de SIDA. El IMSS y la Secretaría de Salud han notificado 82 por ciento de ellos. Sin embargo, debido al subregistro y retraso en la notificación, se estima que pueden existir alrededor de 64 mil casos, así como 150 mil personas infectadas por el VIH. La relación de casos de SIDA entre hombres y mujeres es de 6 a 1, en tanto que las personas de 25 a 34 años de edad constituyen el grupo más afectado con 41.4 por ciento de los casos registrados en adultos.

En 2000, el SIDA ocupó el lugar 16 como causa de muerte con una tasa de 4.2 por cada 100 mil habitantes. Sin embargo, la población más afectada por la epidemia ha sido la población de

25 a 34 años de edad, en donde el SIDA representó la cuarta causa de muerte en hombres y la séptima causa entre las mujeres.

Prevención de la transmisión sexual

El contagio del SIDA en México es predominantemente sexual, ya que este tipo de transmisión ha sido la causante de casi 90 por ciento de los casos acumulados. La epidemia se concentra fundamentalmente en el grupo de HSH, con poco más de 50 por ciento del total de casos acumulados, pero con una tendencia ascendente, en los últimos años, en los casos de tipo heterosexual.

En el año 2000 utilizaban algún método anticonceptivo 41.2 por ciento de las personas de 15 a 24 años, siendo el condón el segundo método más utilizado entre los jóvenes (17.1 por ciento).

Como parte de las estrategias políticas y programas dirigidos a reducir la vulnerabilidad frente al VIH/SIDA, la mayor parte de las entidades federativas desarrollan estrategias preventivas focalizadas en este grupo de población. Se estima que 74.2 por ciento de los jóvenes de 15 a 24 años tienen acceso a estrategias preventivas frente a la epidemia.

En el sector educativo se han incorporado también acciones de prevención ya que, a partir del período 1999-2000, se distribuyen libros de texto gratuitos de la asignatura de ciencias naturales para la educación primaria, los cuales incluyen los temas de sexualidad (5° grado) y VIH/SIDA (6° grado).

Prevención de la transmisión perinatal

El riesgo de transmisión perinatal del VIH/SIDA en países en desarrollo varía de 15 a 30 por ciento; en países desarrollados ha disminuido a menos de 2 por ciento mediante el uso de antirretrovirales y otras medidas (Fig. 3.22).

En México, la transmisión perinatal constituye la principal causa de infección por el VIH/SIDA en menores de 15 años, con 70.3 por ciento de los casos de SIDA acumulados y 100 por ciento de los casos diagnosticados en los últimos dos años. Para prevenir la transmisión perinatal del VIH/SIDA e ITS se requiere detectar oportunamente a toda mujer infectada. Es por ello imprescindible capacitar al personal de salud para identificar factores de riesgo, promover la atención prenatal, proporcionar información y consejería adecuada sobre la importancia de estas infecciones y el riesgo de transmitir las a sus hijos.

Desde 1996, México cuenta con una política nacional de tratamiento gratuito para prevenir este tipo de transmisión, cuyo resultado muestra que durante el 2002 únicamente se han diagnosticado tres casos por transmisión perinatal. No obstante, resulta fundamental incrementar el control prenatal y realizar la de-

tección a 100 por ciento de las mujeres que acuden a este servicio, para evitar nuevos casos de sífilis congénita y de VIH/SIDA. Como resultado de estas acciones, se estima que se han evitado más de 400 casos infantiles.

Prevención de la transmisión sanguínea

Desde 1986, existen en México disposiciones legales que prohíben la comercialización de la sangre y obligan a que sea previamente analizada. Como resultado, los casos de SIDA debidos a transfusiones disminuyeron drásticamente a partir de 1988 y desde 1999 no se ha diagnosticado ningún caso de este tipo (Fig. 3.23).

Atención Integral de las personas con el VIH/SIDA

México ingresó en el año 2001 a la Iniciativa Internacional para Acelerar el Acceso a la Atención y Apoyo para Personas que Viven con VIH/SIDA, auspiciada por ONUSIDA. Esto ha permitido a nuestro país intercambiar información sobre precios de medicamentos antirretrovirales con los distintos países de la región e iniciar negociaciones internacionales con la industria farmacéutica para la reducción de precios.

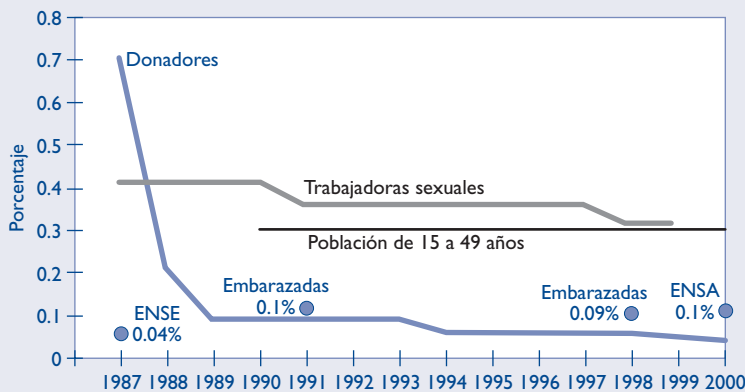
En el 2000 recibían terapia antirretroviral 85 por ciento de los pacientes vivos en el Registro Nacional de Casos de SIDA. En los últimos dos años han aumentado sustancialmente los recursos federales y estatales destinados a este fin, de forma tal que se tiene previsto alcanzar, para finales del 2002, una cobertura de 93 por ciento de los pacientes que viven con VIH/SIDA que lo requieran (Fig. 3.24).

Agua potable y saneamiento ambiental

Hasta el 2001, nuestro país contaba con una población de 98 millones de habitantes en viviendas particulares, de los cuales 89 por ciento contaba con este servicio, lo que representa que 87.2 millones de mexicanos tienen el servicio de agua potable, por lo que se beneficiaron un millón 700 mil habitantes más que en el 2000. Respecto al alcantarillado, 75 millones cuentan con él (76.6 por ciento). Es decir se conectaron a la red 285 mil viviendas, beneficiando a un millón 250 mil habitantes, con lo cual se reduce el rezago.

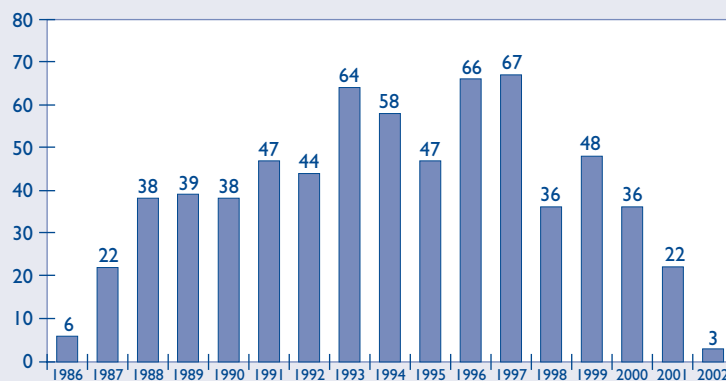
Por otra parte, para prevenir el desarrollo de enfermedades de origen hídrico asociadas al consumo de agua, se instalaron equipos dosificadores electrónicos de cloro en beneficio de 1.3 millones de habitantes, lo que permite que 21 mil 912 localidades cuenten con infraestructura de desinfección, con lo que se alcanzó una capacidad instalada de cloración de 301.95 m3/seg., más de siete mil litros por segundo que el año anterior, lo que representa que el volumen total de agua desinfectada se incrementó en 2.4 por ciento. La capacidad de desinfección de agua

Figura 3.21 Prevalencia de VIH en distintos grupos de población. México, 1987-2000



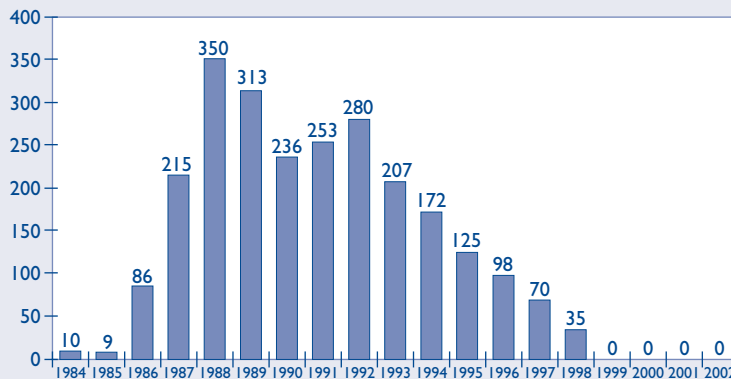
Fuente: CENSA. Dirección de Investigación. Con base en los resultados de las Encuestas Centinela y las Encuestas Nacionales de Salud (2000) y Seroepidemiológica (1987).

Figura 3.22 Casos de SIDA por transmisión perinatal. México, 1986-2002



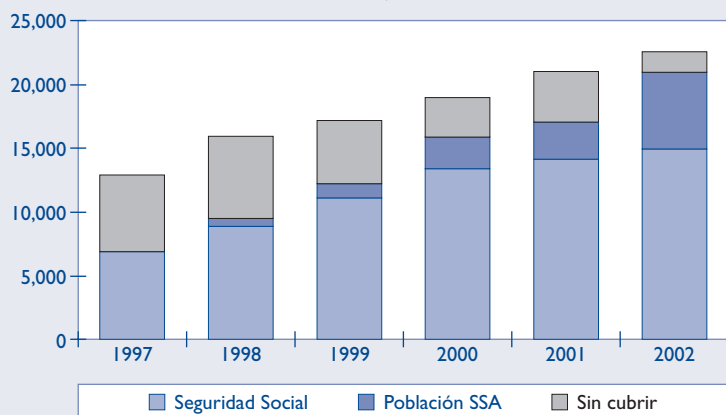
Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA, 2002.

Figura 3.23 Casos de SIDA por transfusión sanguínea. México, 1984-2002



Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA, 2002.

Figura 3.24 Cobertura con ARV gratuitos población con SIDA. México, 1997-2002



Fuente: CENSIDA, 2002.

Figura 3.25 Agua desinfectada para consumo humano. México 1991-2001

Año	Agua suministrada	Agua desinfectada	Porcentaje
1991	240,715	202,900	84.3
1992	247,580	229,400	92.7
1993	249,692	237,149	95.0
1994	261,290	250,840	96.0
1995	272,404	256,265	94.1
1996	277,137	262,099	94.6
1997	283,631	269,047	94.9
1998	294,570	275,220	93.4
1999	309,774	287,147	92.7
2000	312,007	294,400	94.3
2001	315,300	301,950	95.8

Fuente: SSA, 2002.

Figura 3.26 Operativos realizados para la prevención y control del cólera. México, 2001

Actividad	Operativos		Totales
	Preventivos	Emergentes	
Cloración de fuentes de abastecimiento ¹	24,132	8,407	32,179
Desinfección de sitios de alto riesgo ²	1,053	502	1,555
Caleado de focos de infección ³	32,274	19,328	51,602
Hipoclorito de Calcio (toneladas)	16.4	3.0	19.4
Cal (kilogramos)	102,931	86,421	189,352
Localidades	1,535	267	1,802

1. Pozos, norias, manantiales, depósitos, cisternas, etc. clorados una o más veces en el año.
 2. Sitios de alto riesgo, hospitales, centrales de autobuses, mercados, restaurantes, hoteles, escuelas y albergues.
 3. Letrineras, fosas sépticas, fecalismo al aire libre, basureros, hoyos negros, etc.
- Fuente: SSA, 2002.

en el nivel nacional es de 95.8 por ciento, tres puntos porcentuales más que el inicio del Programa de Agua Limpia, superando el incremento en el volumen de agua entregada (Fig. 3.25).

Con diversas acciones se ha contribuido de manera directa y eficaz en la prevención y control del cólera, así como de otras enfermedades de transmisión hídrica, lo que hizo que durante el 2002 se declarara a México país libre de esta enfermedad (Fig. 3.26).

Para contribuir con la sustentabilidad del recurso y lograr que cada vez un mayor número de mexicanos reciba la información básica que le permita mejorar su relación con el recurso y participe en su conservación y buen uso, se ha trabajado en coordinación con otras instituciones y con los gobiernos locales para extender los beneficios de la cultura del agua a un mayor número de habitantes⁸.

3.4 Programas de Acción

México definió claramente, dentro del Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, la prioridad de brindar atención a la infancia, a la adolescencia, a las mujeres y a grupos vulnerables. Por ello se incorporó en el apartado de la política social a la educación y a la salud como prioridades nacionales. En el marco de esta política:

- El Programa Nacional de Salud 2001-2006 (PRONASA) señala una estrategia encaminada a reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres en la que se incluye el programa de acción Arranque Parejo en la Vida, orientado a garantizar atención prenatal adecuada, nacimiento con mínimo de riesgos y una vigilancia estrecha del crecimiento y desarrollo de los niños y niñas menores de dos años
- En junio del 2001 se crea, dentro de la Secretaría de Salud, el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia, cuya función primordial es dictar la política y coordinar todas las acciones en salud para los menores de 20 años
- El gobierno mexicano ha puesto en marcha los siguientes Programas Sectoriales e intersectoriales para atender de manera integral la salud de los niños, niñas y adolescentes:

Atención a la Salud de la Infancia

- Prevención y control de enfermedades diarreicas en menores de 5 años
- Prevención y control de enfermedades respiratorias agudas en menores de 5 años
- Vacunación Universal
- Vigilancia de la nutrición en menores de 5 años

Atención a la Salud de la Adolescencia

- Prevención y control de enfermedades prevenibles por vacunación

⁸ Información proporcionada por la Comisión Nacional del Agua.

- Detección de deficiencias físicas
- Salud bucal
- Detección de trastornos mentales y adicciones
- Consejería en planificación familiar
- Prevención, detección y control de enfermedades de transmisión sexual

Arranque Parejo en la Vida

- Embarazo saludable
- Parto y puerperio seguro
- Recién nacido sano
- Niños y niñas bien desarrollados

Salud Reproductiva

- Planificación familiar

VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual

- Prevención sexual
- Prevención perinatal
- Prevención sanguínea
- Atención integral de las personas con el VIH/SIDA e ITS
- Mitigación del daño

Vete Sano y Regresa Sano

- Información a la población, en el lugar de origen y en lugar de destino
- Atención preventiva en el lugar de origen, traslado y destino

Programa de Desarrollo Humano Oportunidades

- Apoyo en efectivo a las familias de escasos recursos para mejorar su nutrición

Red de Alimentación y Nutrición (RAN)

- Abasto de leche Liconsa
- Abasto Rural de Alimentos Diconsa
- Salud y Nutrición de los Pueblos indígenas
- Programa Permanente de Vigilancia Sanitaria de la Adición del Yodo y Flúor en la Sal
- Programa integral de Asistencia Alimentaria

Salud y Mujer

Prevención y Atención Integral del Embarazo en Adolescentes (PAIDEA)

Prevención de Riesgos Psicosociales en Menores, Adolescentes y sus Familias (PREVERP)

Programa Nacional de Fortalecimiento de la Educación Especial y de la Integración Educativa

Atención a los Accidentes

Atención a las Adicciones

- Prevención
- Tratamiento y rehabilitación

Educación Saludable

- Promoción de un estilo de vida saludable en educación primaria y secundaria

Salud mental

Agua Limpia

- Agua potable
- Alcantarillado
- Obras de Saneamiento

Las acciones de salud en México se llevan a cabo permanentemente y de forma intensiva.

Las permanentes se ofrecen cotidianamente en todas las unidades de atención de las instituciones del Sistema Nacional de Salud, en los centros de custodia temporal de niños como albergues, guarderías, jardines de niños, y periódicamente, mediante brigadas, en las localidades sin servicios permanentes de salud. La mayoría están orientadas a vigilar el estado de salud de la población, para el caso que nos ocupa: infantes, adolescentes y mujeres. Las acciones básicas son atención prenatal, iniciar o completar esquemas de vacunación, detección y atención de problemas de salud, consejería en planificación familiar, salud sexual y reproductiva, y capacitación a las madres o responsables del cuidado de los niños acerca de medidas preventivas, atención en el hogar de las enfermedades más frecuentes y detección de signos de alarma, para solicitar atención en forma oportuna.

Las acciones intensivas se realizan antes de la época de mayor incidencia de los padecimientos que previenen, o cuando las condiciones epidemiológicas así lo requieren; tienen como propósito fundamental cortar la cadena de transmisión de algunos padecimientos. Las de mayor envergadura han sido las Semanas Nacionales de Salud, en las que se ofrece un paquete básico de servicios de salud (acciones integradas de atención primaria) cuyo eje central son las actividades de vacunación. Estas acciones están dirigidas a mantener la erradicación de la poliomielitis, avanzar hacia la eliminación del sarampión y del tétanos neonatal y simultáneamente elevar las coberturas de vacunación en un período muy corto, mediante la vacunación de población susceptible. Las otras acciones que integran el paquete son: distribución de sobres de Vida Suero Oral, desparasitación de menores de 15 años, administración de megadosis de vitamina A a población de seis meses a cuatro años y, proporcionar información a las mujeres en edad fértil acerca de atención adecuada de enfermedades diarreicas agudas, infecciones respiratorias agudas y tétanos neonatal.

Atención a la Salud de la Infancia

Se encarga de la atención a la salud de la población menor de 10 años, dividida en recién nacido, lactante y preescolar (menores de cinco años) y escolar (cinco a nueve años). Se fundamenta en el mantenimiento de la salud desde que el ser humano nace hasta que concluye la infancia. Su objetivo es alcanzar altos niveles de calidad de vida en la población menor de 10 años, con acciones de prevención de enfermedades y protección de la salud, mediante atención integrada, priorización de problemas con enfoque de riesgo y aseguramiento de la calidad en la prestación de servicios.

A fin de sistematizar la prestación de los servicios y de contribuir a elevar la calidad de la atención a la salud de la infancia, se incorpora como una estrategia fundamental la atención integrada que consiste en las acciones que se realizan al menor siempre que acuda a consulta o a solicitar una vacuna, independientemente de la causa por la que vaya.

Atención a la Salud de la Adolescencia

De acuerdo con el *XII Censo General de Población y Vivienda*, 21 por ciento de la población en México es adolescente. El gran peso demográfico de las y los adolescentes no es la única razón por la que ameritan atención. Más allá de las consideraciones de naturaleza cuantitativa, hay otras razones que nos hacen pensar que esta generación habrá de jugar un papel relevante en el fortalecimiento de una nueva cultura demográfica entre la población mexicana en los años por venir.

Este Programa se encarga de la atención de la población de 10 a 19 años, dividida en adolescencia temprana de 10 a 14 años y tardía de 15 a 19. Involucra al Sector Salud en México y a las instituciones públicas y privadas vinculadas a este grupo poblacional y está sustentado en las Normas Oficiales Mexicanas explícitas para este grupo de población. Incluye un enfoque en factores de riesgo y factores protectores de la salud de las y los adolescentes, que permite no sólo el desarrollo de acciones hacia la atención de enfermedades sino de factores sociales, psicológicos, biológicos y familiares que influyen en el autocuidado, bienestar y calidad de vida en la adolescencia. Su objetivo general es desarrollar acciones integrales para la salud en el primer nivel de atención con reforzamiento del sistema de referencia y contrarreferencia, con énfasis en salud reproductiva, promoción de la salud, servicios personales de salud y prevención de daños con enfoque de género.

Arranque Parejo en la Vida (APV)

La injusticia social se gesta desde el seno materno. La carrera por la vida se inicia en condiciones de desventaja. La línea de salida

para los niños y niñas en nuestro país no es la misma, por lo que debemos reducir los rezagos.

APV es un programa integrador que brinda servicios de calidad a las mujeres durante todo su embarazo, parto y puerperio y atiende a los niños y niñas desde su nacimiento hasta los dos años de edad. Busca también, prevenir la discapacidad de los infantes. Este Programa contribuirá a reducir el rezago en salud fomentando la creación de redes sociales activas y conjuntando los esfuerzos de sociedad y gobierno en la búsqueda de un Sistema Universal de Salud.

El Programa se compone de cuatro acciones básicas y cuatro proyectos estratégicos (el 4 x 4 de *Arranque Parejo en la Vida*). Las acciones son: embarazo saludable; parto y puerperio seguro; recién nacido sano; y niñas y niños bien desarrollados. Los apoyos estratégicos son: Desarrollo humano; Red social activa; Monitoreo y Evaluación; y Estructura de los Servicios Fortalecidos.

Este Programa se propone disminuir la mortalidad materna con prioridad en las regiones con mayor incidencia y número de defunciones, disminuir la mortalidad neonatal e infantil y prevenir los defectos al nacimiento para reducir las diferencias entre las diversas regiones del país.

La meta de reducir a la mitad la mortalidad materna en la década 1990-2000, no se logró, por lo cual el Gobierno actual puso en marcha el Programa de *Arranque Parejo en la Vida*, como una estrategia para lograr su disminución significativa. Es importante mencionar que a partir de la operación del programa la mortalidad materna disminuyó en 5 por ciento del 2000 al 2001, siendo que durante la década anterior sólo se logró la disminución de 13 por ciento.

Salud Reproductiva

Se basa en el reconocimiento del derecho básico de todos los individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos, el intervalo entre éstos, el derecho a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. Está orientado a brindar información y servicios de calidad en salud reproductiva para contribuir a que las mexicanas y los mexicanos disfruten de una vida sexual, reproductiva y post-reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con absoluto respeto a sus derechos y a su libre decisión. Su objetivo general es prevenir riesgos para la salud de mujeres, hombres, niñas y niños, contribuyendo a disminuir las diferencias en los indicadores de salud reproductiva entre las diversas regiones del país, con especial énfasis en los grupos vulnerables de la población.

Prevención y control del VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

Su objetivo es prevenir y controlar la infección por VIH y otras ITS en poblaciones con prácticas de riesgo y entre grupos especialmente vulnerables como los y las adolescentes, las mujeres en edad fértil, los migrantes y los indígenas.

Está integrado por cinco componentes:

- Promoción de sangre segura
- Prevención de la transmisión sexual
- Prevención de la transmisión perinatal
- Detección y atención integral oportuna de las personas con VIH/SIDA, de manera especial en niñas y niños
- Mitigación del daño

Las acciones del Programa están dirigidas a:

- Incrementar el uso de medidas preventivas en las poblaciones con prácticas de riesgo y mayor vulnerabilidad para la adquisición del VIH/SIDA e ITS
- Disminuir la transmisión sexual y sanguínea del VIH/SIDA e ITS en las poblaciones y entidades federativas más afectadas del país
- Interrumpir la transmisión perinatal del VIH y de la sífilis, asegurando el acceso a la información, a las pruebas de detección y tratamiento
- Garantizar a toda la población servicios integrales de detección, tratamiento y seguimiento adecuados de cualquier ITS y VIH en unidades del Sector Salud
- Disminuir el impacto social y económico del VIH/SIDA en las personas y comunidades, en un marco de respeto de los derechos humanos
- Promover la coordinación con instituciones estatales, regionales e internacionales que facilite el ejercicio de la regulación y de la aplicación de políticas que permitan sumar esfuerzos y operar programas que favorezcan las mejores prácticas

Vete Sano, Regresa Sano

Tiene como eje fundamental la autodeterminación de las personas en el cuidado de su salud. Su objetivo es proteger la salud de la población migrante con la participación coordinada de todas las instituciones del sector salud, a través de información, atención preventiva, atención a la salud en su lugar de origen, en el traslado y en el lugar de destino, cambiando el paradigma de la atención a población residente a otro de población móvil.

Tiene dos etapas: la inicial, más desarrollada actualmente, comprende la implantación del componente para atender a la

población que migra internamente y la segunda, donde se desarrollarán las acciones para atender a la población que migra internacionalmente.

Programa de Desarrollo Humano Oportunidades

En su componente de alimentación y nutrición, otorga apoyos en efectivo a poco más de 4 millones de familias para complementar sus ingresos y propiciar una mejor alimentación.

Evaluaciones rigurosas prueban que las familias beneficiarias han incrementado su gasto promedio en alimentos en 13 por ciento, orientándolo en su mayor parte a la compra de frutas, verduras, carnes y productos de origen animal. Esto ha permitido un aumento en el consumo calórico promedio de 10.6 por ciento⁹.

Además de los apoyos directos que se dan a las familias, las niñas y los niños de 4 meses a 5 años de edad y las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia reciben un suplemento alimenticio para mejorar su estado nutricional. Al concluir el año, se estima que el número total de dosis suministradas ascenderá a más de 650 millones¹⁰.

Red de Alimentación y Nutrición (RAN)

Una de las iniciativas más importantes para enfrentar los retos en materia de nutrición es la conformación de la Red de Alimentación y Nutrición. La Red es una iniciativa interinstitucional e intersectorial que identifica sinergias entre diferentes organismos y dependencias de los sectores público, académico, empresarial y de la sociedad civil para el fortalecimiento de los programas ya existentes y para la formulación de nuevas iniciativas en materia de nutrición.

Su objetivo es fomentar el acceso de los hogares de escasos recursos a una alimentación equilibrada, con énfasis en grupos de mayor vulnerabilidad nutricional: niños menores de 2 años, niños menores de 12 años, mujeres gestantes y en periodo de lactancia y adultos en plenitud. Asimismo busca promover una visión de largo plazo en todos los actores de la sociedad para mejorar los hábitos alimenticios de la población.

La Red se encuentra coordinada por los titulares de seis secretarías de Estado (Economía; Desarrollo Social; Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación; Educación Pública; Salud y Reforma Agraria) y fomenta la participación de los gobiernos estatales y locales, así como con la del sector privado a través de un Comité Empresarial y un Comité de Expertos en Nutrición.

La Red trabaja bajo una estrategia integral conformada por seis componentes de acción:

⁹ Evaluación realizada por el Instituto Internacional de Investigación en Políticas Alimenticias (IFPRI) de Washington D.C. y por el Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE), 1998- 2000.

¹⁰ Sedesol 2º Informe de Labores, 1 de septiembre de 2002, p. 23-24.

- Educación
- Intervenciones en Salud
- Abasto
- Producción
- Incentivos
- Productos Alimenticios

Programas que integran la Red

Abasto de Leche

A través del Programa de Abasto de Leche, Liconsa ofrece leche a precios preferenciales en beneficio de 2.7 millones de familias y de 4.7 millones de beneficiarios de escasos recursos, principalmente niños menores de 12 años y madres embarazadas y en periodo de gestación.

Con el objetivo de contribuir a la mejora de la nutrición, a partir de septiembre de 2002 Liconsa distribuye la leche fortificada “Te Nutre”, la cual está adicionada con hierro, zinc, ácido fólico y vitaminas A, C, D, B2 y B12.

Abasto Rural de Diconsa

A través del Programa de Abasto Rural de Diconsa las comunidades rurales más pobres del país tienen acceso a alimentos de calidad y a un precio preferencial¹¹. La red nacional de tiendas Diconsa cuenta con cerca de 23 mil puntos de venta, los cuales se utilizan además, para fomentar el consumo de alimentos saludables y la distribución de materiales educativos e informativos sobre orientación alimentaria.

Salud y Nutrición de los Pueblos Indígenas

Tiene por objetivo mejorar los niveles de salud y nutrición de estos grupos y disminuir la brecha existente con relación al resto de la población. Este Programa cuenta con estrategias focalizadas que contribuyen de forma importante en el logro de los compromisos adquiridos por México:

- Desarrollar programas de saneamiento ambiental dirigido a las fuentes de abastecimiento de agua, mejoramiento de la vivienda, disposición adecuada de excretas y reducción de emisiones por consumo de leña y biomasa
- Proporcionar suplementos con multivitamínicos a la población de seis meses a dos años y a las mujeres embarazadas y en período de lactancia
- Promover el autocuidado de la salud, la salud reproductiva y la elección informada de los métodos de planificación familiar

Programa Permanente de Vigilancia Sanitaria de la Adición del Yodo y Flúor en la Sal

Con el fin de prevenir enfermedades, México inició un programa de fortificación de sal con yodo y flúor en todo el país. A partir de 1994, con la entrada en vigencia de la Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA-1994, se logró la universalización del programa, estableciendo la obligación para la industria de fortificar el producto.

Con la revisión de la Norma en el año 2000 se mejoraron los parámetros para la fortificación de la sal, estableciendo niveles diferenciados de acuerdo con las necesidades de cada región del país¹². Además, se mejoró significativamente el programa de vigilancia de la adición de los micronutrientes con lo que entre 1992 y 2000 se pasó de 28 por ciento de muestras con concentración adecuada a 90 por ciento.

Programa Integral de Asistencia Alimenticia

El Sistema Nacional DIF, en sus tres órdenes de gobierno, fortalece a través de este programa la dieta de las niñas y niños en edad preescolar y escolar, principalmente de zonas indígenas, rurales y urbano-marginales, para contribuir a su desarrollo educativo y social.

A través del programa, se atiende a 37 por ciento de las escuelas de nivel preescolar y primaria del país, con una distribución total promedio en el 2001 de 4.6 millones de desayunos diarios. Dependiendo de la variedad de desayuno¹³ se proporciona a los beneficiarios entre 20 y 30 por ciento de las recomendaciones diarias de energía y proteína.

Mediante una evaluación practicada a profesores en escuelas beneficiarias, éstos opinaron que 77 por ciento de los niños enfermó menos con los desayunos y que 60 por ciento mejoró su aprovechamiento escolar.¹⁴

Para el mediano plazo, los principales retos que enfrenta el Programa son la mejora de la calidad nutrimental de los desayunos distribuidos, la consolidación del componente de orientación alimentaria y el fortalecimiento de un sistema de evaluación de resultados.

Mujer y Salud

Este es un Programa trascendental en la definición y diseño de políticas con enfoque de género, con la finalidad de incidir en la manera de abordar los problemas de salud de la mujer, desde la

¹¹ En promedio, los productos ofrecidos a través de las tiendas Diconsa son 5 por ciento más baratos que el precio de mercado.

¹² Dependiendo del nivel de flúor contenido en el agua en cada región del país se determina si es necesario o no adicionar dicho micronutriente a la sal. Así, debido a la alta concentración de flúor en el agua, la sal que se distribuye en diversos municipios de 17 estados del país no lo contiene.

¹³ Existen más de 600 menús de desayunos, agrupándose de manera general en dos variedades: desayunos fríos (alimentos procesados y de larga vida de anaquel) y desayunos calientes (preparados mediante un proceso de cocción).

¹⁴ Evaluación practicada por la Secodam en los estados de Hidalgo, Puebla, Veracruz y Yucatán.

planeación y asignación presupuestal, hasta la prestación de los servicios, considerando a la mujer en sus papeles de usuaria y prestadora de los mismos.

Sus principales objetivos son: crear conciencia sobre las necesidades especiales de salud de las mujeres, reducir las inequidades entre hombres y mujeres en el terreno de la salud, mejorar la calidad de atención a las necesidades de salud de las mujeres y fortalecer la protección financiera para la atención de sus problemas de salud.

Además, el programa promueve un Sistema Nacional de Información en Salud que desagregue por edad y sexo los reportes de todos sus componentes e incorpore indicadores de evaluación de la situación de salud de la población, recursos y servicios de salud, sensibles al género. Aspira a un Sistema de Salud con una proporción equitativa de mujeres en puestos directivos y donde las trabajadoras de la salud sean beneficiarias de acciones afirmativas que favorezcan su desarrollo humano.

Prevención y Atención Integral del Embarazo en Adolescentes (PAIDEA)

Un aspecto que incide de manera adversa en las expectativas de desarrollo y es causa de exclusión social entre la población adolescente es el embarazo no planeado, que es consecuencia de la suma de diversos factores de riesgo en la esfera social, familiar e individual del adolescente.

Está dirigido a prevenir y atender dichos riesgos de exclusión social proporcionando, en concordancia con sus características y bajo una perspectiva de género, la orientación y asistencia adecuada e integral que fomente una actitud responsable frente a la sexualidad, propiciando su incorporación a una vida plena y productiva.

Brinda apoyos y servicios integrales a las y los adolescentes incorporados al Programa, tales como: servicio médico y odontológico gratuito, asesoría jurídica y psicológica, capacitación en algunas artes y oficios (corte y confección, panadería, cultura de belleza, etc.), becas para estudio y canalización en casos específicos de atención a las instancias pertinentes. En cuanto a la organización de actividades socioculturales, los estados reportan la participación de las y los beneficiarios en acciones artísticas, deportivas, recreativas y culturales.

Prevención de riesgos psicosociales en menores, adolescentes y sus familias (PREVERP)

Su objetivo es favorecer en niñas, niños, adolescentes, familias y comunidades el desarrollo de habilidades y actitudes que les permitan tener mayor capacidad de respuesta autogestiva ante los

riesgos psicosociales y fortalecer los factores de protección, con la participación y compromiso de la sociedad en su conjunto.

Las acciones se proponen contribuir a la disminución de las causas y consecuencias que genera el fenómeno de las adicciones, mediante el incremento de las fortalezas y factores de protección de los individuos y las familias que les permitan construir proyectos de vida positivos y saludables que impacten en las distintas áreas de la vida cotidiana (hábitos, costumbres, emociones, afectos, formas de expresarse, motivaciones e interrelaciones). Asimismo, involucrar a las comunidades y sociedad en su conjunto, en tareas en favor de las niñas, niños y adolescentes para formar barreras de contención hacia el inicio de adicciones.

Programa Nacional de Fortalecimiento de la Educación Especial y de la Integración Educativa

En la actualidad se cuenta con 4 mil 97 servicios de educación especial distribuidos en todo el país. El personal académico de educación especial asciende a 40 mil 543 maestros.

Al inicio del ciclo 2001-2002 los servicios de educación especial prestaron atención, en sus diversas modalidades, a 525 mil 232 estudiantes de educación inicial y básica, de los cuales 112 mil presentaban alguna discapacidad. Según estadísticas de la SEP, en ese período se inscribieron 381 mil 985 alumnos con alguna discapacidad; ello indica que por lo menos 269 mil 895 de estos alumnos no recibieron atención o apoyo específico de los servicios de educación especial.

Una gran parte de la población atendida por estos servicios no presenta discapacidad alguna (aproximadamente 413 mil).

Atención a los Accidentes

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 se propone reducir el rezago en salud e incluye la prevención y control de accidentes, un problema de salud pública en que muchos pueden prevenirse y sus efectos atenuarse.

Tiene como misión desarrollar la cultura de la prevención para disminuir los factores de riesgo; prevenir accidentes en el hogar como las caídas, quemaduras, intoxicaciones, ahogamientos y envenenamientos; prevenir muertes por atropellamiento y colisiones; prevenir accidentes en el trabajo y en el trayecto, así como los accidentes deportivos y recreativos.

Atención a las adicciones

Se encarga de la atención a los problemas de salud relacionados con el uso de sustancias nocivas que alteran la mente, como las

drogas, alcoholismo y tabaquismo en la población infantil y adolescentes, con repercusiones en la salud individual, en la dinámica familiar y la convivencia social.

El Consejo Nacional contra las Adicciones (Conadic), creado por decreto presidencial en 1986, tiene por objetivo promover y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado tendientes a la prevención y combate de los problemas de salud pública causados por el alcoholismo, tabaquismo y farmacodependencia, así como proponer y evaluar los programas relativos a esa materia.

Las acciones del Programa están dirigidas a:

- Cumplimiento del marco normativo para el control de las adicciones para disminuir la disponibilidad de las sustancias adictivas y limitar su oferta, sobre todo entre los adolescentes
- Establecimiento de un código de conducta global en materia de publicidad, gravámenes y comercialización del tabaco y alcohol
- La asignación de mayores elementos a las entidades federativas para atender los problemas de adicciones mediante la descentralización de recursos y la dotación de herramientas normativas y apoyo técnico
- Fomento de una mayor inversión de otras dependencias del Ejecutivo federal en el combate a las adicciones, en especial de aquéllas que forman parte del Consejo Nacional contra las Adicciones, para impulsar estilos de vida saludables tendientes a desalentar el consumo de sustancias adictivas entre los jóvenes y retardar la edad de inicio de su consumo
- Promoción de la participación de organizaciones sociales, privadas y gubernamentales en el financiamiento y apoyo de los programas contra las adicciones por medio de la creación de fideicomisos para la realización de proyectos prioritarios de investigación y demostración

Educación saludable

El recurso más poderoso para alcanzar mejores niveles de salud y promover el desarrollo humano es la educación.

El sector educativo representa para la Secretaría de Salud un ámbito prioritario para la acción intersectorial coordinada. El Programa de Acción de Educación Saludable es su expresión más clara e incluye las siguientes acciones:

- Incorporación a los libros de texto de educación primaria y secundaria de contenidos que promuevan la adopción de estilos de vida saludables y el auto cuidado de la salud, atendiendo a los diagnósticos epidemiológicos regionales y respetando la diversidad sociocultural del país.

- En coordinación con la SEP, la orientación del personal docente de los niveles preescolar, primaria y secundaria sobre los objetivos y tareas de este Programa.
- En coordinación con la SEP creación de la Red Nacional y las Redes Estatales de Escuelas Promotoras de Salud, para consolidar el concepto de “Escuela Saludable” y definir los criterios para su certificación en colaboración con el Programa de Acción de Comunidades Saludables.

Salud mental

Propone un cambio en la atención a problemas de salud mental, ya que es la primera ocasión en el país que se adopta un enfoque integral, coordinado y con cobertura a todos los grupos de población. Este programa de acción contempla el seguimiento de la elaboración y operación de otros nueve programas específicos dirigidos a la atención de la depresión, esquizofrenia, epilepsia, demencias, psicopatología infantil y de la adolescencia, trastorno por déficit de atención, enfermedad de Parkinson, atención psicológica en casos de desastre y Modelo Hidalgo para la atención a la Salud Mental.

Una labor muy importante es el desarrollo de la sensibilización a la comunidad para disminuir el estigma que por años ha prevalecido en cuanto al enfermo mental, para alcanzar un cambio de actitud en la sociedad.

Agua Limpia

Con base en la responsabilidad que el artículo 115 de la Constitución otorga a los municipios para que, a través de sus organismos operadores, se encarguen del suministro a la población de los servicios de agua potable, alcantarillado y saneamiento de aguas residuales, existe este programa en donde los servicios de salud se articulan con los municipios para realizar las siguientes acciones:

- Operativos preventivos y emergentes de saneamiento básico y desinfección del agua
- Vigilancia de la cloración y los sistemas de abastecimiento y distribución, suministro e instalación de bombas dosificadoras electrónicas y rehabilitación y mantenimiento de hipocloradores
- Incorporación de plata coloidal a nivel intradomiciliario, como alternativa de desinfección del agua de consumo directo
- Los primeros realizando la verificación de la calidad del agua para consumo humano y los segundos, haciendo lo conducente para que los niveles de cloro residual en ella correspondan a la norma. La CNA estableció el Programa de Agua Limpia, responsable de implementar acciones técnicas, de vigilancia, inspección y cultura del agua y que ha contribuido de manera sustancial al suministro de agua desinfectada a la población que se abastece a través de sistemas formales

3.5 Hacia dónde vamos y cómo alcanzaremos las metas nacionales y de la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas en Favor de la Infancia

México realizó adecuaciones a algunas de las metas convenidas en el documento final de la Sesión Especial para adaptarlas a la realidad nacional. De los compromisos, sólo dos no son asumidos por el país. Ambos corresponden al paludismo, ya que su frecuencia ha disminuido en forma importante por las medidas de prevención y control, así como por el tipo de parásito que circula en el país. La forma más frecuente de paludismo en la región es por la infección de *Plasmodium vivax*. La endemia está concentrada en siete entidades federativas (Chiapas, Chihuahua, Durango, Oaxaca, Quintana Roo, Sinaloa y Sonora); la incidencia en el 2001 fue de 6.4 casos por cada 100 mil habitantes de 0 a 19 años de edad. Además, no se han registrado defunciones por esta causa y en este grupo de edad desde 1983.

Finalmente, la propuesta queda de la siguiente forma:

<p>Promoción de una Vida Sana: siete metas once estrategias cuantificables</p> <p>Lucha contra el VIH/SIDA: tres metas</p>
--

1. META ORIGINAL: Reducir al menos en un tercio la tasa de mortalidad infantil y de niños(as) menores de cinco años, como un primer paso hacia la meta de reducirla en dos tercios para el 2015.

META PAÍS: Reducir al menos en un tercio la tasa de mortalidad infantil y de niños(as) menores de cinco años para el 2006 y lograr una reducción de 50 por ciento para el 2010.

Líneas de acción:

- Evitar oportunidades perdidas de atención a todo menor de cinco años que acude a consulta o a vacunación a cualquier unidad de salud
- Garantizar atención de calidad durante el embarazo, parto y puerperio con la puesta en marcha del Programa Arranque Parejo en la Vida
- Establecer y realizar acciones de prevención, detección, manejo y seguimiento de los defectos al nacimiento y otras patologías perinatales, así como apoyo psicosocial
- Definir los procedimientos de referencia y contrarreferencia de pacientes con defectos al nacimiento y otras patologías perinatales
- Establecimiento y operación de los Servicios Integrales para la Prevención de la Discapacidad (SINDIS) en unidades de referencia para apoyar los diferentes niveles de atención a tra-

vés de la confirmación diagnóstica, tratamiento, manejo de secuelas, seguimiento y prevención de las complicaciones

- Ministran megadosis de vitamina A, a los niños de seis meses a cuatro años que viven en áreas de riesgo
- Capacitar a las madres o responsables de menores de 5 años acerca de la atención en el hogar, de las enfermedades más frecuentes, así como en la detección de signos de alarma para la solicitud oportuna de servicios de salud

Estrategias cuantificables

1.1 ESTRATEGIA ORIGINAL: Garantizar la inmunización total a 90 por ciento de los niños menores de un año a escala nacional, con cobertura de al menos 80 por ciento en cada unidad administrativa .

ESTRATEGIA PAÍS: Mantener la cobertura de vacunación con esquema básico completo en población de un año de edad por arriba de 90 por ciento a escala nacional, con igual cobertura en cada jurisdicción sanitaria.

Líneas de acción:

- Garantizar la existencia de vacunas y recursos necesarios para su aplicación de forma permanente en las unidades de salud
- Garantizar la existencia y uso de la Cartilla Nacional de Vacunación
- Evitar oportunidades perdidas de vacunación y realizar tres Semanas Nacionales de Salud al año, teniendo como eje las acciones de vacunación
- Mantener capacitado al personal de todos los niveles en los aspectos técnico-operativos del Programa de Atención a la Salud de la Infancia

1.2 ESTRATEGIA ORIGINAL: Reducir a la mitad las muertes causadas por sarampión para el 2005.

ESTRATEGIA PAÍS: Continuar sin defunciones por sarampión.

Líneas de acción:

- Además de las dosis de vacuna antisarampión consideradas dentro del esquema de vacunación, al año y a los seis años, aplicar ésta a población en riesgo y a población de sexto grado de primaria
- Fortalecer la vigilancia epidemiológica de Enfermedad Febril Exantemática en todo el país con énfasis en zonas turísticas o de alta movilidad poblacional

1.3 ESTRATEGIA ORIGINAL: Erradicar el tétanos materno y neonatal para el año 2005.

ESTRATEGIA PAÍS: Mantener eliminado el tétanos neonatal.

El criterio de eliminación de esta enfermedad, definido por la OPS, es menos de un caso por cada mil nacimientos por distrito sanitario, situación que México alcanzó desde 1995.

Líneas de acción:

- Mantener actualizada la clasificación de municipios en fase de ataque y de mantenimiento
- Vacunar a las mujeres en edad fértil, con énfasis en las embarazadas, durante los contactos que tengan con los servicios de salud
- Mantener capacitadas a las parteras en uso y aplicación de toxoide tétanos difteria (Td), así como en la atención del parto limpio y cuidado del muñón umbilical, como señala el Programa de *Arranque Parejo en la Vida*
- Capacitación a las mujeres en edad fértil acerca del tétanos neonatal y su prevención

1.4 ESTRATEGIA ORIGINAL: Reducir a la mitad la muerte causada por tuberculosis y su prevalencia.

ESTRATEGIA PAÍS: Mantener el número de casos de tuberculosis meningéa en menores de cinco años por debajo de los ocurridos durante el año 2000.

Se acota la tuberculosis meningéa ya que ésta es la que más afecta a los niños y se toman casos como referencia porque la tasa de mortalidad por esta causa es muy baja.

Líneas de acción:

- Aplicación de la vacuna BCG al nacimiento
- Reforzamiento de la vigilancia epidemiológica
- Diagnóstico y tratamiento oportuno

1.5 ESTRATEGIA ORIGINAL: Reducir en una tercera parte la mortalidad por infecciones respiratorias.

ESTRATEGIA PAÍS: Reducir en una tercera parte la mortalidad por infecciones respiratorias en menores de cinco años para el 2006 y en 50 por ciento para el 2010.

Líneas de acción:

- Atención integrada a todo menor en contacto con los servicios de salud
- Aplicación de la vacuna pentavalente de acuerdo al esquema básico de vacunación para los primeros de cinco años

- Capacitación, durante la consulta y en grupos ex profeso, a las madres o responsables del cuidado del menor en prevención y cuidados del niño con infecciones respiratorias agudas
- Capacitación en servicio al personal de salud

1.6 ESTRATEGIA ORIGINAL: Reducir a la mitad la mortalidad por diarrea en niños menores de cinco años.

ESTRATEGIA PAÍS: Reducir a la mitad la mortalidad por diarrea en niños menores de cinco años para el 2010.

Se asume la misma meta, no obstante que México logró un descenso de más de 80 por ciento en la última década.

Líneas de acción:

- Atención integrada a todo menor en contacto con los servicios de salud
- Promoción y uso de la Terapia de Hidratación Oral
- Capacitación, durante la consulta y en grupos ex profeso, a las madres o responsables del cuidado del menor en prevención y cuidados del niño con enfermedades diarreicas agudas
- Capacitación en servicio al personal de salud

2. META ORIGINAL: Reducir al menos en un tercio la tasa de mortalidad materna, como primer paso hacia la meta de reducirla en tres cuartas partes para 2015.

META PAÍS: Reducir 35 por ciento la tasa de mortalidad materna para el 2006.

Líneas de acción:

- Prevenir el embarazo no deseado a través de la consejería y los servicios de planificación familiar.
- Operar el Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida en la totalidad del país
- Otorgar atención integrada a las mujeres embarazadas
- Fomentar el embarazo saludable, parto limpio y puerperio sano como parte del Programa de *Arranque Parejo en la Vida*
- Establecer o reforzar los Comités de Mortalidad Materna para analizar las circunstancias médicas y sociales que contribuyeron a cada defunción y proponer soluciones viables y efectivas
- Fortalecer la coordinación sectorial e intersectorial, con la finalidad de que las acciones alcancen simultáneamente una mayor efectividad en los grupos objetivo
- Fomentar el desarrollo humano con la integración de la formación técnica, humanística y gerencial del personal institucional y comunitario que labora en los diferentes niveles de atención, para mejorar la calidad de la prestación de los servicios

- Establecer un sistema nacional y estatal de auditoría de todas las muertes maternas
- Favorecer la sistematización e integración de las acciones de investigación relacionadas con la salud de la infancia y de la mujer para apoyar la toma de decisiones, modulación y articulación de las acciones de salud

Estrategia cuantificable

2.1 ESTRATEGIA ORIGINAL: Hacer especial hincapié en la atención pre y postnatal, los cuidados obstétricos esenciales y la atención de los recién nacidos, especialmente de los que viven en zonas sin acceso a los servicios de salud.

ESTRATEGIA PAÍS: Hacer especial hincapié en la atención pre y postnatal, los cuidados obstétricos esenciales y la atención de los recién nacidos, especialmente de los que viven en zonas sin acceso a los servicios de salud.

Líneas de acción:

- Operación del programa *Arranque Parejo en la Vida*, integrado por cuatro componentes sustantivos con cuatro acciones cada uno, de las cuales las siguientes tres son aplicables a esta meta:
 1. Embarazo saludable: mediante la vigilancia del embarazo por personal calificado, proporcionar micronutrientes, detectar oportunamente sífilis y VIH y vacunar con toxoide tetánico
 2. Parto y puerperio seguros: atender con calidad el parto por personal calificado, atender oportunamente las urgencias obstétricas, vigilar el puerperio y dar orientación para la utilización de un método de planificación postevento obstétrico y cuidados del recién nacido y promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida
 3. Recién nacido sano: valorar al recién nacido; de ser necesario, dar reanimación neonatal avanzada; aplicar vitamina K y profilaxis oftálmica; realizar pruebas para detectar defectos al nacimiento, vacunar contra la poliomielitis y tuberculosis e iniciar ejercicios de estimulación temprana

3. META ORIGINAL: Reducir al menos un tercio la malnutrición de los niños(as) menores de cinco años de edad y prestar atención especial a los menores de dos años de edad y reducir al menos en un tercio la tasa actual de casos de bajo peso al nacer.

META PAÍS: Reducir al menos un tercio la malnutrición de los niños(as) menores de cinco años de edad y mantener por

debajo de 10 por ciento el porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer y reducir al menos en un tercio la brecha entre las entidades federativas, para el 2010.

Líneas de acción:

- Otorgar a los menores de cinco años en contacto con unidades de salud atención integrada la cual incluye antropometría, diagnóstico nutricional y orientación alimentaria, de acuerdo a los Programas de *Arranque Parejo en la Vida* y de La Red de Nutrición y Alimentación
- Ministración de micronutrientes a la mujer embarazada y en etapa de lactancia, así como a la población de seis meses a dos años, fundamentalmente a quienes viven en áreas de alta marginación
- Capacitar a la embarazada y a la madre, en consulta y en grupos *ex profeso* acerca de detección de signos de alarma y alimentación del menor (lactancia materna, ablactación, incorporación a la dieta familiar)
- Distribución de papilla adicionada con micronutrientes, a las mujeres que viven en áreas indígenas o de alta marginalidad
- Atención prenatal en Servicios de Salud
- Promover la certificación de alimentos y un índice de calidad para alimentos procesados
- Generar una estrategia integral para la fortificación de diversos alimentos de consumo popular

Estrategias cuantificables

3.1 ESTRATEGIA ORIGINAL: Lograr la eliminación sostenible de los trastornos debidos a la carencia de yodo para el año 2005 y de la carencia de vitamina A para el 2010.

ESTRATEGIA PAÍS: Mantener la eliminación de los trastornos debidos a la carencia de yodo y de vitamina A.

La eliminación virtual de las enfermedades por carencia de yodo se alcanzó en 1997 y la de carencia de vitamina A en 1999.

Líneas de acción:

- Realizar tamiz neonatal a recién nacidos en contacto con los servicios de salud para detectar hipotiroidismo congénito como se plantea en el Programa de *Arranque Parejo en la Vida*
- Continuar con la vigilancia sanitaria de la yodación de la sal
- Continuar con la ministración de megadosis de vitamina A, a la población de seis a 59 meses que vive en zonas de riesgo, durante las Semanas Nacionales de Salud

3.2 ESTRATEGIA ORIGINAL: Reducir en una tercera parte la prevalencia de anemia, incluida la carencia de hierro para el año 2010.

ESTRATEGIA PAÍS: Reducir en una tercera parte la prevalencia de anemia, incluida la carencia de hierro para el año 2010 en mujeres de 15 a 49 años.

Líneas de acción:

- Fomentar la atención prenatal con calidad
- Ministran micronutrientes a todas las mujeres en edad fértil que viven en zonas de alta marginalidad y en municipios indígenas
- Ministran micronutrientes a las mujeres embarazadas

3.3 ESTRATEGIA ORIGINAL: Lograr que todas las madres amamenten a sus hijos durante los primeros cuatro a seis meses y que continúen la lactancia con la adición de alimentos complementarios hasta el segundo año.

ESTRATEGIA PAÍS: Lograr que en el año 2010 al menos 90 por ciento de la mujeres amamenten a sus hijos durante los primeros cuatro meses de vida.

Líneas de acción:

- Otorgar atención integrada a la mujer embarazada y en período de lactancia, así como a los menores de un año
- Fortalecer la capacitación técnica y el desarrollo humano del personal de los Servicios de Salud con la finalidad de que brinden asesoría a las madres en periodo de lactancia
- Garantizar el acceso a información, educación y comunicación adecuados sobre la lactancia materna a cada segmento de la población
- Asegurar el alojamiento conjunto
- Hacer campañas de promoción de la lactancia materna.
- Asegurar que las mujeres trabajadoras puedan ejercer su derecho a alimentar al seno a sus hijos

4. META ORIGINAL: Reducir al menos en un tercio el número de hogares que no tienen acceso a servicios higiénicos de saneamiento y de agua potable a precios asequibles.

META PAÍS: Aumentar la cobertura de habitantes con servicio de agua potable a 90 por ciento y la cobertura de habitantes con servicio de alcantarillado a 79 por ciento, para el 2010.

Líneas de acción:

- En las zonas rurales (localidades con menos de 2 mil 500 habitantes) se otorgan subsidios a través de las tres instancias de gobierno para la terminación o construcción de obras de agua y saneamiento y se promueve la participación de la

población en la operación y mantenimiento de los sistemas de agua y saneamiento para contribuir a asegurar su duración. Se considera que estos subsidios deberán continuar en el largo plazo

- En las ciudades medias (localidades con una población entre 2 mil 500 y 50 mil habitantes) existen apoyos financieros que incluyen la mezcla de recursos fiscales federales y locales a fondo perdido, así como créditos de la banca de desarrollo que complementan los flujos de caja de los organismos. La autosuficiencia financiera de estos organismos operadores se prevé en el largo plazo
- En las grandes ciudades (localidades con más de 50 mil habitantes) se propicia la autosuficiencia financiera de sus organismos operadores, mientras tanto, en el corto plazo cuentan con apoyos fiscales y crediticios. Se estimula la participación privada en la administración e inversión en los sistemas de agua potable como un instrumento para lograr la autosuficiencia

5. META ORIGINAL: Formular y aplicar políticas y programas nacionales de salud de desarrollo de la temprana infancia dirigidos a promover el desarrollo físico, social, emocional, espiritual y cognoscitivo del niño(a).

META PAÍS: Formular y aplicar políticas y programas nacionales de salud de desarrollo de la temprana infancia dirigidos a promover el desarrollo físico, social, emocional, espiritual y cognoscitivo del niño(a).

Líneas de acción:

- Todas están comprendidas dentro de los Programas de Acción orientados a la atención de la infancia (*Arranque Parejo en la Vida*, Salud de la Infancia, RAN, PREVERP, Educación Especial y de Integración Educativa, Prevención de Accidentes)

6. META ORIGINAL: Elaborar y ejecutar políticas y programas nacionales de salud para los adolescentes, así como los objetivos e indicadores correspondientes, para promover su salud mental y física.

META PAÍS: Aplicar las políticas y programas nacionales de salud para adolescentes, definidas en el Programa Nacional de Salud 2001-2006, construir y dar seguimiento a indicadores de promoción de la salud física y mental.

Líneas de acción:

- Desarrollar normas conjuntas para las acciones esenciales de salud de las y los adolescentes

- Capacitar al personal de salud con enfoque de desarrollo humano para mejorar la calidad de los servicios y promover la atención integrada del adolescente
- Fortalecer la respuesta social organizada a través de la coordinación sectorial e intersectorial
- Ofrecer información y capacitación a las y los adolescentes, padres, maestros y comunidad en su conjunto para que adopten conductas saludables en lo individual y colectivo, así como para que protejan el medio ambiente
- Hacer uso de la mercadotecnia y movilización social para el posicionamiento de la salud de las y los adolescentes entre los diversos públicos
- Favorecer la sistematización e integración de las acciones de investigación relacionadas con la operación del Programa, para apoyar la toma de decisiones

Estrategias cuantificables

6.1 ESTRATEGIA ORIGINAL: Elaborar y ejecutar políticas y programas para niños, incluidos los adolescentes, para prevenir el consumo de estupefacientes, sustancias psicotrópicas e inhalantes, salvo con fines médicos y para reducir las consecuencias adversas de su uso indebido y apoyar políticas y programas de prevención, especialmente contra el tabaco y el alcohol.

ESTRATEGIA PAÍS: Fortalecer las políticas y programas dirigidos a los niños, incluidos los adolescentes, para prevenir el consumo de estupefacientes, sustancias psicotrópicas e inhalantes, salvo con fines médicos y para reducir las consecuencias adversas de su uso indebido y apoyar políticas y programas de prevención, especialmente contra el tabaco y el alcohol.

Líneas de acción:

- Acciones en materia de educación, prevención y tratamiento de las adicciones
- Control de la publicidad en materia de consumo de tabaco y alcohol
- Prohibiciones de venta de cigarrillos a menores
- Restricciones de los espacios públicos a fumadores
- Modificaciones fiscales para elevar los impuestos al tabaco y al alcohol para desalentar su consumo

7. META ORIGINAL: Dar acceso cuando antes, a más tardar en el año 2015, a servicios de salud reproductiva a todas las personas en edad apropiada, por conducto de los sistemas de atención primaria de la salud.

META PAÍS: Fortalecer y promover el acceso cuando antes a todas las personas en edad apropiada a servicios de salud reproductiva, por conducto de los sistemas de atención primaria de la salud.

Líneas de acción:

- Promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las y los mexicanos, tomando en cuenta la diversidad cultural de cada grupo de la población, con énfasis en las áreas rurales, urbano marginadas, indígenas y adolescentes
- Identificar y privilegiar la atención en los municipios y comunidades con mayor rezago en salud reproductiva
- Fortalecer la competencia del personal mediante capacitación técnica y desarrollo humano, con la finalidad de estar en posibilidades de brindar consejería y orientación a la población
- Garantizar el acceso a información, educación y comunicación adecuadas a cada segmento de la población
- Garantizar los insumos suficientes y de calidad para la prestación de los servicios de Salud Reproductiva, con particular énfasis en aquellos de planificación familiar
- Otorgar servicios amigables a la población adolescente

8. META ORIGINAL: Para el 2003, establecer metas nacionales con un calendario preciso a fin de lograr el objetivo de prevención mundial convenido internacionalmente de reducir la prevalencia del VIH entre los jóvenes de uno y otro sexo de 15 a 24 años de edad en 25 por ciento en todo el mundo; para el 2010 redoblar los esfuerzos por alcanzar esas metas y luchar contra los estereotipos de género y las actitudes conexas, así como contra las desigualdades de género en relación con el VIH/SIDA, fomentando la participación activa de hombres y jóvenes en esos esfuerzos.

META PAÍS: Disminuir 25 por ciento la prevalencia del VIH entre los hombres y mujeres jóvenes de 15 a 24 años de edad para el 2006 y 25 por ciento a nivel nacional para el 2010.

Líneas de acción:

- Incrementar el uso correcto del condón en poblaciones con mayor riesgo y vulnerabilidad
- Incrementar la frecuencia y difusión de campañas que se apeguen a los lineamientos técnicos y que promuevan comportamientos sexuales exentos de riesgo para prevenir la transmisión de las ITS y el VIH/SIDA
- Incorporar a las campañas informativas y programas educativos el enfoque de género e información sobre los factores

psicológicos, socioeconómicos y legales que aumentan la vulnerabilidad de las personas a las ITS y el VIH/SIDA

- Desarrollar estrategias preventivas especiales, de acuerdo con las necesidades de cada grupo y a las mejores prácticas, dirigidas a la población con prácticas de riesgo, tales como hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales, usuarios de drogas inyectables y poblaciones móviles
- Realizar la detección y tratamiento de ITS en poblaciones con prácticas de riesgo, incorporando los principios de la vigilancia epidemiológica de segunda generación
- Promover entre las personas que viven con ITS las medidas preventivas para evitar nuevas infecciones y reinfecciones
- Promover, suministrar y distribuir condones a la población en general y garantizar su acceso a grupos con prácticas de riesgo, a través de los servicios de atención en salud sexual
- Desarrollar la capacidad técnica y vigilar el cumplimiento de la normatividad vigente en grupos seleccionados del personal de salud y docentes para responder a las necesidades de atención, información y educación en sexualidad y en las ITS y VIH/SIDA
- Estimular y apoyar la investigación en el campo de la sexualidad y de la educación sexual para prevenir las ITS y el VIH/SIDA
- Consolidar e incrementar programas de educación en comportamientos sexuales saludables para grupos vulnerables, grupos en riesgo y la población en general

9. META ORIGINAL: Para el 2005 reducir la proporción de lactantes infectados con VIH en 20 por ciento y en 50 por ciento para el 2010, para lo cual 80 por ciento de las mujeres embarazadas con acceso a atención antes del parto debe recibir información, asesoramiento y otros servicios de prevención del VIH disponibles para ellas; aumentar la disponibilidad, para las mujeres y los recién nacidos infectados de VIH, de tratamientos eficaces para reducir la transmisión de VIH de madre a hijo y suministrarles acceso a ellos, así como llevar a cabo intervenciones efectivas en bien de las mujeres afectadas del VIH, en particular de asesoramiento y de ensayos clínicos voluntarios y confidenciales, acceso a tratamientos, especialmente a terapia antirretroviral y, si corresponde, a sustitutos de la leche materna y la prestación de una amplia gama de servicios.

META PAÍS: Reducir en 20 por ciento el número de infantes infectados con VIH para el año 2005 y en 50 por ciento para el 2010, garantizando que las mujeres gestantes que tengan acceso a atención prenatal dispongan de información, consejería y otros servicios de prevención del VIH disponibles para ellas.

Líneas de acción:

- Proveer información y consejería adecuada a mujeres con ITS o VIH positivas
- Ofrecer detección de ITS y VIH/SIDA a 100 por ciento de las mujeres embarazadas, buscando la gratuidad de los servicios de laboratorio para que sean accesibles a la mujer no asegurada
- Ofrecer medicamentos antirretrovirales gratuitos a 100 por ciento de las mujeres embarazadas infectadas que acuden al control prenatal
- Ofrecer a todas las embarazadas con prueba positiva de sífilis tratamiento adecuado para ellas y sus parejas
- Garantizar alimentación artificial, segura y adecuada a 100 por ciento de los hijos de madres infectadas por el VIH
- Incluir las actividades para la prevención de la transmisión perinatal de las ITS y el VIH/SIDA como criterio de los programas de atención perinatal
- Mejorar la vigilancia epidemiológica de las embarazadas infectadas con sífilis, VIH positivas y de sus hijos, incorporando los principios de la vigilancia epidemiológica de segunda generación
- Capacitar al personal y supervisar el cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana de Salud Reproductiva y los lineamientos para el manejo de la mujer embarazada con infección por el VIH/SIDA e ITS
- Fortalecer la coordinación con los Programas de Salud Reproductiva y de Promoción de la Salud para prevenir la transmisión del VIH e ITS por vía perinatal

10. META ORIGINAL: Elaborar para el 2003 y ejecutar para el 2005 políticas y estrategias nacionales encaminadas a consolidar y reforzar la capacidad de los gobiernos, la familia y la comunidad de crear entornos que presten apoyo a los huérfanos y niñas y niños infectados de VIH/SIDA o afectados por esa enfermedad, incluso prestándoles un asesoramiento y un apoyo psicosocial adecuados; asegurar su matriculación en las escuelas y acceso a vivienda, buena nutrición y servicios de salud y sociales en igualdad de condiciones con otros niños; proteger a los huérfanos y a todos los niños vulnerables de todas las formas de maltrato, violencia, explotación, discriminación, trata y pérdida de bienes sucesorios.

META PAÍS: Formular para el 2003 e implementar para el 2005 políticas y estrategias nacionales para desarrollar y fortalecer las capacidades de los gobiernos, familias y comunidades para promover un ambiente favorable a los huérfanos y las niñas y niños infectados por el VIH/SIDA.

Líneas de acción:

- Asegurar que las instituciones gubernamentales y privadas incorporen programas educativos dirigidos a disminuir el estigma y la discriminación asociados al VIH/SIDA
- Elaborar y promover campañas específicas sobre la eliminación del estigma y discriminación
- Coordinar y promover en comunidades rurales e indígenas la creación de programas educativos y de atención sobre los riesgos y medidas preventivas con relación a las ITS y el VIH/SIDA
- Diseñar e implantar mecanismos institucionales de apoyo para servicios comunitarios y de atención domiciliaria
- Establecer un sistema interinstitucional de referencia entre las instituciones gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil que brindan servicios a la comunidad (albergues, casas hogar, provisión de despensas y búsqueda de familias adoptivas, entre otros)
- Elaborar, difundir y actualizar continuamente un registro de redes y servicios institucionales y comunitarios de apoyo a las personas afectadas por las ITS y el VIH/SIDA
- Promover la coordinación de instancias que trabajan en áreas de derechos humanos, discriminación y estigma
- Documentar los casos de estigma y discriminación cometidos por personal del sector salud y establecer las medidas correctivas necesarias
- Fomentar la denuncia y apoyar la defensa de los casos de discriminación laboral a causa del VIH/SIDA
- Proveer capacitación permanente al personal y familiares que brindan servicios comunitarios y de atención domiciliaria sobre prevención, atención y mitigación del impacto
- Promover la investigación en materia de estigma y discriminación para el diseño de estrategias que permitan evitar violaciones a los derechos humanos a causa del VIH/SIDA
- Promover la revisión de la legislación estatal y la federal en materia de derecho laboral y garantías individuales para eliminar el estigma y la discriminación



