



Programa de Acción: Salud Reproductiva



SECRETARÍA DE
SALUD

SSA

SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN
Y PROTECCIÓN DE LA SALUD

Programa de Acción
Salud Reproductiva



Programa de Acción: **Salud Reproductiva**

Primera Edición, 2001

D.R. © Secretaría de Salud
Lleja 7, Col. Juárez
06696 México, D.F.

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

ISBN 970-721047-8



Secretaría de Salud

Dr. Julio Frenk Mora

Secretario de Salud

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Subsecretario de Innovación y Calidad

Dr. Roberto Tapia Conyer

Subsecretario de Prevención y Protección de la Salud

Dr. Roberto Castañón Romo

Subsecretario de Relaciones Institucionales

Lic. María Eugenia de León-May

Subsecretaria de Administración y Finanzas

Dr. Guido Belsasso

Comisionado del Consejo Nacional contra las Adicciones

Dr. Misael Uribe Esquivel

Coordinador General de los Institutos Nacionales de Salud

Dr. Eduardo González Pier

Coordinador General de Planeación Estratégica

Mtro. Gonzalo Moctezuma Barragán

Director General de Asuntos Jurídicos

Lic. Gustavo Lomelín Cornejo

Director General de Comunicación Social

Dra. María de Lourdes Quintanilla Rodríguez

Directora General de Salud Reproductiva



Índice

Presentación	7
Introducción	11
I. En dónde estamos	15
II. A dónde queremos llegar	27
Democratización de la salud reproductiva	29
El ejercicio y respeto de los derechos sexuales y reproductivos	29
El componente de planificación familiar	30
La misión en salud reproductiva	32
La visión en salud reproductiva	32
III. Qué camino vamos a seguir	33
Objetivo general	35
Objetivos específicos	35
Estrategias	36
Líneas de acción	36
IV. Cómo medimos los avances	39
Metas	41
Indicadores	43
V. Apéndice	47
Bibliografía	51
Agradecimientos	52

Presentación



Presentación

En el Programa Nacional de Salud 2001-2006 se señala que el desarrollo económico, el bienestar social, la estabilidad política y la seguridad nacional del país dependen de la salud de la población; además se enfatiza que la salud es una inversión para un desarrollo con oportunidades. La salud reproductiva es un claro ejemplo de ello.

Durante las últimas tres décadas, en México se han realizado grandes esfuerzos por mejorar la salud reproductiva de la población, lo que ha contribuido a disminuir embarazos no planeados, los niveles de mortalidad materna e infantil y la incidencia de mortalidad por cáncer cérvico uterino, entre otros aspectos.

Las políticas y estrategias instrumentadas en este campo han propiciado que las parejas decidan ahora con mayor responsabilidad sobre el número y el espaciamiento de sus hijos, y han sido, sin duda alguna, factores fundamentales en la reducción del crecimiento demográfico de la población, así como en el mejoramiento de la calidad de vida y del desarrollo social del país.

Gracias a la labor de muchas generaciones de profesionales de la salud, así como de la participación comunitaria, los avances en salud reproductiva han sido importantes, pero también se han acumulado serios rezagos, particularmente en las entidades federativas y áreas con menor desarrollo socio-económico, lo que representa un horizonte de oportunidades en el sendero hacia la democratización de la salud reproductiva.

En concordancia con el Programa Nacional de Salud 2001-2006, el Programa de Acción de Salud Reproductiva plantea las estrategias que se impulsarán en esta Administración Pública Federal para contribuir a que las mexicanas y los mexicanos disfruten de una vida sexual, reproductiva y postreproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con absoluto respeto a sus derechos y a su libre decisión, con particular énfasis en las áreas rurales y urbano marginadas, así como en las comunidades indígenas y la población adolescente.

El acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva es uno de los objetivos centrales de este Programa de Acción, que forma parte de las estrategias sustantivas para reducir los rezagos en salud que afectan a la población. La suma de esfuerzos de todas las instituciones de los sectores público y privado, así como el entusiasmo y colaboración de la sociedad civil organizada permitirán avanzar de manera equitativa hacia la salud reproductiva de mujeres y hombres en nuestro país.

Introducción



Introducción

Como parte de las políticas de desarrollo social, el Programa Nacional de Salud 2001-2006 integra en su estructura programática el desarrollo del programa de salud reproductiva, el cual está constituido por siete componentes que específicamente se traducen en programas operativos de intervención y de cobertura nacional.

El Programa de Acción Salud Reproductiva que aquí se presenta, no describe los componentes de salud materna y salud del recién nacido, ya que estos se han integrado en una nueva estrategia de "Arranque parejo en la vida", que coadyuvará a que cada generación entre a la vida con oportunidades similares. De igual forma los componentes de prevención y control del cáncer cérvico-uterino y del cáncer mamario, por su gran impacto en la morbilidad y mortalidad de las mujeres han sido presentados como los Programas de Acción para la Prevención y Control del Cáncer cérvico-uterino y del Cáncer mamario.

De los componentes de la salud reproductiva, la planificación familiar es una de las acciones sustantivas del Sistema Nacional de Salud, cuyos logros tienen un impacto global en la salud, en el crecimiento armónico de la población y en el desarrollo sostenible del país.

De acuerdo con el Programa Nacional de Salud (PNS), la planificación familiar forma parte de la estrategia para "Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres", específicamente donde se señala la importancia de "Atender otros problemas relacionados con el rezago", y también se articula con la estrategia que señala la necesidad de "Vincular la salud con el desarrollo económico y social" en lo que se refiere a "Promover la perspectiva de género en el sector salud".

Un aspecto fundamental para el logro de los objetivos y las metas del PNS es la vinculación y coordinación entre los diferentes niveles de gobierno: federal, estatal, municipal y regional, como se señala en su estrategia que hace mención a "construir un federalismo cooperativo en materia de salud".

Para dar cumplimiento a estas estrategias y líneas de acción es necesario democratizar la atención de la salud reproductiva, a través de tres ejes rectores: el acceso a la información, el derecho a la libre decisión y la prestación de servicios con calidad.

El Programa de Acción de Salud Reproductiva tiene como propósito fundamental disminuir las diferencias en los indicadores de salud reproductiva entre las diversas regiones del país, con especial énfasis en las áreas rurales y los municipios de alta y muy alta marginación. Los objetivos del programa se centran en incrementar la información y educación para promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, tomando en cuenta la diversidad cultural de cada grupo de la población, en favorecer el acceso a los servicios de salud reproductiva de los grupos adolescentes, indígenas, discapacitados, de la población rural y urbano marginada, así como en propiciar una mayor participación del varón en el cuidado de la salud reproductiva, considerando aspectos culturales, geográficos y económicos.

Las estrategias, metas y acciones del programa se plantean dentro de un marco de actuación que permita aumentar la información y el acceso a servicios de salud reproductiva, que contribuyan a reducir los rezagos en salud que afectan a la población.

Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres.

Acceso a la información, derecho a la libre decisión y prestación de servicios con calidad.

Promoción del desarrollo humano en el personal de salud, poniendo énfasis en la vocación de servicio, competencia técnica y compromiso institucional.

I. En dónde estamos



I. En dónde estamos

A principios del siglo pasado la preocupación histórica de la sociedad, respecto a la dinámica demográfica, fue la de mantener un crecimiento constante de la población, a fin de poblar el extenso territorio nacional, a través de mantener elevados índices de fecundidad y de luchar por disminuir los niveles de mortalidad. El espectacular descenso de la tasa de mortalidad que se observa a partir de los años cuarenta, gracias al fortalecimiento de la salud pública en el país, propició un crecimiento acelerado de la población lo cual generó la necesidad de establecer políticas públicas en materia de población. En 1974 se crea el Consejo Nacional de Población (CONAPO), como un organismo intersectorial para el establecimiento y coordinación de la política de población y sus líneas de acción y en ese mismo año se promulga la nueva Ley General de Población. Estas fueron las bases para la creación de programas oficiales de planificación familiar que se enfocan en campañas de comunicación educativa y en la prestación de servicios gratuitos. El sustento jurídico para los programas se basa en las reformas hechas al artículo 4° Constitucional, donde se establece el derecho de los mexicanos y mexicanas a decidir de una manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, la equidad de género y el derecho a la salud de toda la población.

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 y 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.

El impacto del programa de planificación familiar ha sido evidente, principalmente por la aceptación que ha tenido en la población. En las últimas tres décadas se ha notado un marcado descenso en los niveles de fecundidad asociado a incrementos importantes en el uso de métodos anticonceptivos. A principios de la década de los 70's el promedio de hijos por mujer era superior a seis, mientras que en la actualidad el número esperado es cercano a 2.4.

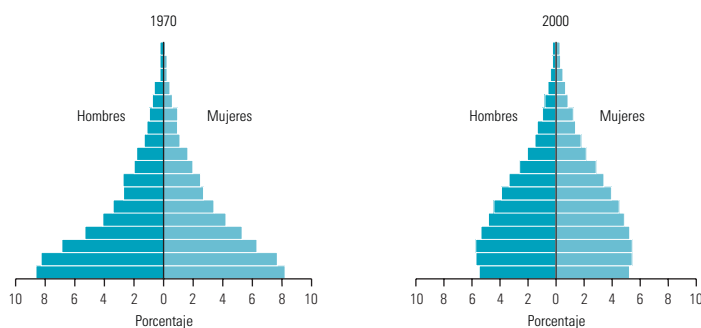
En 1970 había 50.6 millones de habitantes en el territorio nacional, mientras que en el año 2000 se incrementó a casi 100 millones; es decir, se duplicó la población total del país. La estructura de la población por grupos de edad también se modificó significativamente. En 1970 la pirámide de población se caracterizaba por tener una base ancha como resultado de la gran diferencia numérica entre la población infantil y la población adolescente (*Figura 1*). En el 2000 el cambio es evidente: el porcentaje de la población es muy similar en los cuatro primeros grupos quinquenales de edad, como consecuencia de la desaceleración del crecimiento de la población infantil y de un incremento en la población adolescente.

En 1974 se promulga la nueva Ley General de Población que permite regular los fenómenos que afectan la población en cuanto a su volumen, estructura, dinámica y distribución en el territorio nacional.

Estructura porcentual de la población por grupos de edad y sexo

Figura 1

En 1970 éramos 50.6 millones de habitantes, para el año 2000 somos casi 100 millones.



Fuente: CONAPO, Proyecciones de la población de México, 1996-2050.

SALUD REPRODUCTIVA

La salud reproductiva debe entenderse como el estado general de bienestar físico, mental y social, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos; es decir, es la capacidad de los individuos y de las parejas de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad de decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y el espaciamiento de los hijos.

La salud reproductiva está directamente relacionada con la calidad de vida, la sexualidad y la familia. Representa el ejercicio de la sexualidad responsable y sin riesgos; el bienestar de la madre, del niño en gestación, de los infantes y de los adolescentes y se extiende más allá del período reproductivo de las personas. Tiene que ver con las relaciones interpersonales, con percepciones y con valores; su cuidado evita enfermedades, abuso, embarazos no planeados y la muerte prematura. Pocas decisiones son más importantes en la vida que seleccionar con quién formamos pareja, elegir cuándo y cuántos hijos tener y cómo mantener la salud y gozar la sexualidad en la etapa postreproductiva.

La salud sexual es un componente de la salud reproductiva en su contexto más amplio. La promoción de la salud sexual, requiere de un proceso de educación y dotación de servicios, de acceso universal y de calidad. La educación de la sexualidad conforma un proceso de adquirir información y formar actitudes y valores positivos, con respecto al sexo. La meta primaria es la promoción de la salud sexual, lo cual implica adquirir recursos para tomar decisiones sobre la vida presente y futura.

Los costos económicos, sociales y psicológicos derivados del ejercicio de la sexualidad, desinformada y sin recursos de protección, son elevados y se aplican a atender embarazos no planeados, infecciones de transmisión sexual, abortos inducidos, violencia intrafamiliar, trastornos psicológicos, entre otros. Con la prestación de servicios de planificación familiar de calidad, accesibles y oportunos, se evitan gastos hospitalarios no previstos derivados de la atención del embarazo, parto y puerperio, así como de sus complicaciones. Asimismo, se reducen los costos sociales para la manutención de los hijos inesperados, la deserción escolar, la marginación, el desempleo, el hacinamiento, la violencia intrafamiliar y los niños sin hogar.

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. La condición de la mujer ha ido mejorando paulatinamente y se reconoce cada vez más su participación en los campos laboral, de la salud, de la educación y en otros de relevancia para el desarrollo del país, esto se ha visto reflejado en el acceso a posiciones de mayor responsabilidad y por consiguiente de poder. Las mujeres en la actualidad participan más en las modificaciones de leyes y normas que favorecen su condición social, los aspectos relacionados con la sexualidad y la regulación de la fertilidad.

El varón y la mujer son iguales ante la ley... Toda persona tiene el derecho de decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

Artículo Cuarto.
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

DERECHOS DE LAS Y LOS USUARIOS DE SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA

Cualquier persona que solicite un servicio de salud reproductiva tiene derecho a:

INFORMACIÓN: Ser enterado (a) con oportunidad, veracidad y en un lenguaje comprensible, de los beneficios y de los riesgos de las intervenciones médicas.

ACCESO: Recibir atención y servicios de calidad con calidez.

ELECCIÓN: Decidir responsable y libremente entre las diversas alternativas que existan para dar cumplimiento a su solicitud.

SEGURIDAD: Recibir el tratamiento que ofrezca mejores condiciones de protección a la salud.

PRIVACIDAD: Recibir información, orientación, consejería y servicios en un ambiente libre de interferencias.

CONFIDENCIALIDAD: Que cualquier información personal proporcionada no será divulgada a terceras personas.

DIGNIDAD: Ser tratado(a) con respeto, consideración y atención.

CONTINUIDAD: Recibir información, servicios y suministros por el tiempo que sea requerido.

OPINIÓN: Expresar sus puntos de vista acerca de la información, servicios y trato recibidos.

Según estimaciones del CONAPO con base en diversas encuestas probabilísticas¹, en el año 2000 la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos ascendió a 62.1% del total de Mujeres en Edad Fértil Unidas (MEFU), cifra que se incrementa a 70.8% si se consideran además las usuarias de métodos tradicionales² (Figura 2).

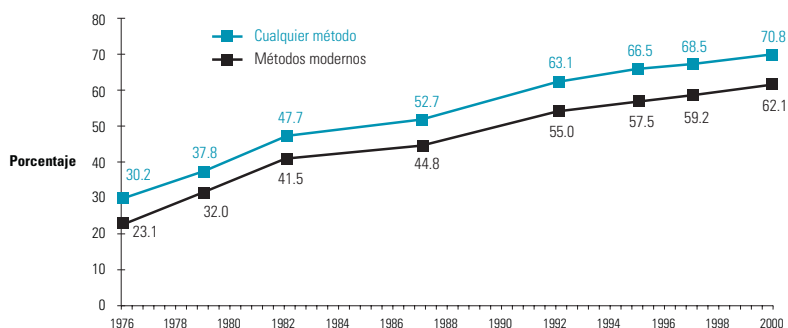
El total de usuarias en el país fue de cerca de 11.3 millones en el año 2000, lo que representa un incremento de poco más de dos millones de usuarias (22.8%) en comparación con el logro de 1994.

¹ En los últimos 25 años se han efectuado en México siete Encuestas Sociodemográficas de representatividad nacional.

² Los métodos modernos incluyen hormonales, orales e inyectables, dispositivos intrauterinos, oclusión tubaría bilateral, norplant, vasectomía, preservativo y espermicidas. Los métodos tradicionales, incluyen el ritmo, el retiro y otros.

Figura 2

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



Fuente: Estimación del CONAPO con base en Encuestas Nacionales Sociodemográficas.

"Se consideran prestadores de servicios médicos, las instituciones de salud de carácter público, privado o social, así como los profesionales, técnicos y auxiliares que ejerzan libremente cualquier actividad relacionada con la práctica médica."

Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Artículos 1º y 3º

El análisis de la distribución de usuarias por método anticonceptivo indica que el patrón de uso se ha modificado de manera importante durante los últimos años. En este proceso de cambio, los prestadores de servicios médicos han representado un papel muy importante, ya que a través de ellos se transmite la información a la población usuaria de los servicios, lo que ha propiciado la toma de decisión libre y voluntaria de la mejor opción anticonceptiva de acuerdo a las expectativas reproductivas de cada persona.

En este sentido, la calidad de su quehacer cotidiano adquiere una gran relevancia para asegurar el pleno respeto al derecho de la población a decidir de manera libre, responsable e informadamente sobre su comportamiento reproductivo.

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 (Cuadro 1). Existe un 12.3% de personas que prefieren los métodos tradicionales, lo que indica la diversidad de formas de decidir sobre la sexualidad y reproducción en la población. El programa debe de ofrecer información y servicios específicos a la población para atender sus demandas con absoluto respeto a sus creencias y prácticas de regulación de la fertilidad.

Cuadro 1

Distribución porcentual de usuarias de anticonceptivos según tipo de método usado 1987-1997

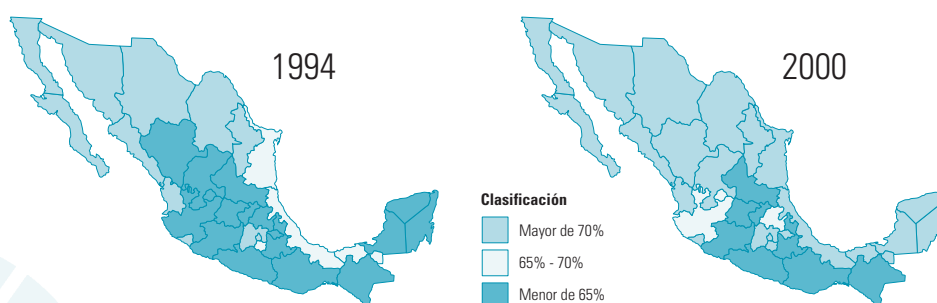
Método anticonceptivo	1987	1992	1997
Hormonales orales	18.2	15.3	10.2
Dispositivo intrauterino	19.4	17.7	20.8
Oclusión tubaria bilateral	36.2	43.3	44.7
Vasectomía	1.5	1.4	1.8
Hormonales inyectables	5.3	5.1	4.6
Preservativos y espermicidas	4.7	5.0	5.7
Métodos tradicionales	14.7	12.2	12.3

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en las Encuestas Nacionales Sociodemográficas.

El impacto de las acciones en planificación familiar no ha sido homogéneo al interior del país, aún persisten grandes diferencias regionales: en ocho entidades federativas la prevalencia de uso de anticonceptivos es inferior al 65%, entre las que destacan Guerrero, Chiapas, Oaxaca, Guanajuato y Puebla; con un rezago de casi 10 años respecto al avance en el contexto nacional (*Figura 3*). 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.

La prevalencia del uso de métodos anticonceptivos es inferior al 65% en 8 entidades federativas.

Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos entre mujeres de edad fértil unidas por entidad federativa



Fuente: Estimación del CONAPO con base en Encuestas Nacionales Demográficas.

Figura 3

Aunque los avances científicos, técnicos y sociales de los últimos años han permitido mejorar considerablemente los niveles promedio de salud reproductiva en el país, en 1997 la diferencia en la prevalencia de uso de anticonceptivos entre las áreas urbana y rural fue de casi 20 puntos porcentuales, lo que indica un rezago de aproximadamente 16 años en este indicador en las comunidades rurales (*Cuadro 2*).

Existen aún diversos factores que obstaculizan el ejercicio pleno del derecho de las personas y de las parejas a decidir sobre el número de sus hijos y el espaciamiento. Cuando una persona en edad fértil y con vida sexual activa no desea tener hijos definitivamente o por un tiempo y no hace uso de métodos anticonceptivos, se dice que se encuentra en situación de demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos. En 1997, las entidades con mayor demanda no satisfecha fueron Guerrero (25.8%), Oaxaca (21.2%), Chiapas (20.8 %), Puebla (19.5%) y Guanajuato (19.0%).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica de 1997, la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos es mayor entre la población sin escolaridad (21.8%) y entre la población de habla indígena (25.8%), que son precisamente los grupos en donde la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos es más baja. Es notable el rezago en salud reproductiva en estos grupos de población.

La pobreza, no es sólo la falta de recursos materiales o económicos, es también la falta de oportunidades para elegir.

Cuadro 2

Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos y demanda insatisfecha entre mujeres en edad fértil unidas, por área de residencia, 1987 y 1997

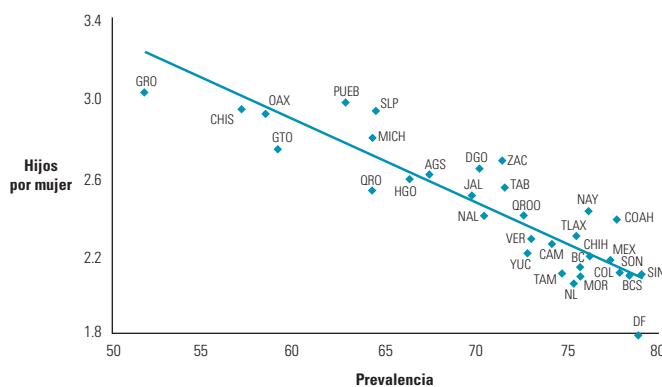
Área de residencia	Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos		Demanda insatisfecha	
	1987	1997	1987	1997
Urbana	61.5	73.3	15.9	8.9
Rural	32.5	53.6	45.7	22.2
Total	52.7	68.5	25.1	12.1

Fuente: Estimaciones del CONAPO

La demanda no satisfecha en materia de planificación familiar es mayor en las áreas rurales y en personas con bajo nivel educativo.

Las entidades federativas con más baja prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos son las que presentan niveles socioeconómicos más bajos y en consecuencia altas tasas globales de fecundidad.

Tasa global de fecundidad y prevalencia de uso de anticonceptivos según entidad federativa, 2000



Fuente: Estimación del CONAPO.

Figura 4

La tasa global de fecundidad descendió de 3.5 hijos por mujer en 1990 a 2.4 hijos en el año 2000.

LA SALUD REPRODUCTIVA EN LA POBLACIÓN INDÍGENA

En México existen alrededor de 63 grupos indígenas que superan los 10 millones de habitantes. Estos grupos se concentran principalmente en los estados de Oaxaca, Veracruz, Chiapas, Puebla, Yucatán, Hidalgo, México, Guerrero, San Luis Potosí, Michoacán y Sonora. Estos once estados albergan al 87 % de la población total de indígenas del país. En 15 entidades federativas se localizan 531 municipios con 40% o más de población indígena, mismos que se encuentran entre los de mayor índice de marginación.

El porcentaje de usuarias de métodos anticonceptivos es inferior al 10 % en los municipios con 40% o más de población indígena.

El riesgo de morir de una mujer indígena durante el embarazo, parto o puerperio es casi tres veces más alto que el de una mujer no indígena.

La atención de la salud sexual y reproductiva de la población indígena ha sido tradicionalmente una prioridad y una meta no cumplida a cabalidad. El atraso social en que viven estos mexicanos y mexicanas es el mayor obstáculo para incorporarlos de una manera rápida al desarrollo, con el absoluto respeto a sus costumbres y tradiciones. Para garantizar el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos es necesario proporcionarles información veraz y comprensible, en sus propias lenguas, y lograr un vínculo de colaboración con los practicantes de la medicina tradicional y con las autoridades civiles. Lograr la igualdad de las mujeres indígenas es el principal reto al que se enfrenta el programa.

La población adolescente representa un grupo prioritario para el Programa de Salud Reproductiva, ya que las decisiones sexuales y reproductivas que se toman durante esta etapa de la vida tienen una gran trascendencia individual y social. En México, el número de adolescentes de 10 a 19 años casi se duplicó de 11.7 millones en 1970 a 21.6 en el año 2000, representando actualmente el 21% de la población total.

El número de adolescentes se duplicó de 11.7 millones en 1970 a 21.6 en el año 2000.

Se estima que durante el año 2000 ocurrieron en el país cerca de 366 mil nacimientos de madres de 15 a 19 años, lo que representa el 17% del total de nacimientos y una tasa específica de fecundidad de 70.1 por mil mujeres de ese grupo de edad (*Cuadro 3*). A pesar de que durante los últimos seis años el número de nacimientos se redujo en poco más del 10%, la prevención del embarazo no planeado en las adolescentes continúa siendo un desafío prioritario en salud reproductiva.

Cuadro 3
Fecundidad en la población adolescente de 15 a 19 años, 1990-2000

Año	Mujeres 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.

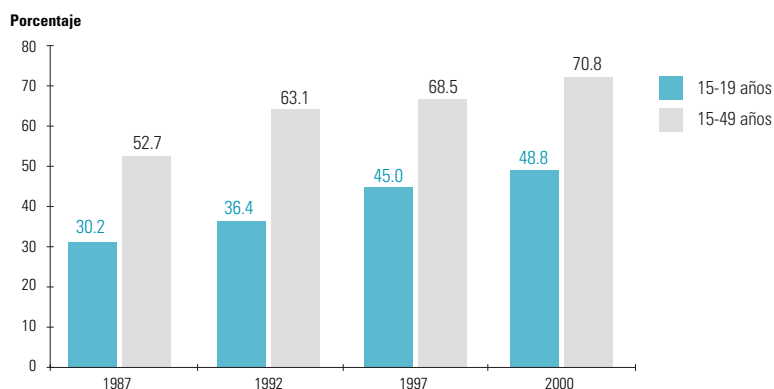
Comparada con otros grupos de edad, la fecundidad de la población adolescente es la más alta de todo el período reproductivo de las personas.

No obstante que la prevalencia de uso de anticonceptivos entre mujeres adolescentes unidas se incrementó de 30% en 1987 a 48.8% en el año 2000 (*Figura 5*), 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. Como ejemplo, las mujeres de las localidades rurales inician la actividad sexual a edades muy tempranas. Entre las mujeres de 15 a 19 años, una de cada cinco está casada o vive en unión libre.

La población adolescente tiene una baja prevalencia de uso de métodos anticonceptivos.

Figura 5

Prevalencia de uso de anticonceptivos entre mujeres en edad fértil unidas por grupo de edad, 1987-2000



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en las Encuestas Sociodemográficas.

Una de cada seis mujeres tiene su primer hijo(a) antes de cumplir la mayoría de edad.

Adicionalmente, 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 (Cuadro 4).

**Cuadro 4
Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos entre mujeres en edad fértil unidas 1987-1997**

Año	Mujeres 15 a 19 años	Mujeres 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.

La forma más efectiva de prevenir las infecciones de transmisión sexual y los embarazos no planeados es el uso correcto y constante del condón.

El inicio temprano de la actividad sexual, las conductas de riesgo, el deterioro del tejido social y la falta de servicios apropiados para los adolescentes propician las infecciones de transmisión sexual, incluido el SIDA y los embarazos no planeados.

Durante el año 2000 se registraron 180 muertes maternas en mujeres adolescentes, lo que representa la cuarta causa de muerte en mujeres de este grupo de edad. Estos datos revelan la necesidad de adecuar los servicios de salud reproductiva y los métodos de prevención de los embarazos no planeados a las características y necesidades propias de este grupo de la población.

El nuevo escenario demográfico del país en el siglo XXI, el incremento de la esperanza de vida al nacimiento y la transición epidemiológica, plantean al sistema nacional de salud nuevas demandas y prioridades en salud reproductiva en el futuro inmediato.

La atención de la salud de las mujeres durante el climaterio y la postmenopausia, incluyendo información de tipo preventivo y prestación de servicios médicos, constituye un reto para el programa de salud reproductiva. Se estima que actualmente 11.7 millones de mujeres mexicanas de 40 años y más se encuentran en esta condición, y que esta población se incrementará en aproximadamente tres millones durante el período 2001-2006.

En promedio se incorporarán 570 mil mujeres por año al grupo de edad que demandará servicios para prevención y atención de las enfermedades relacionadas al climaterio y la postmenopausia.

LOS HOMBRES EN EDAD REPRODUCTIVA

La población de hombres de 15 a 64 años de edad es de 30.4 millones, con incremento anual promedio de 700 mil. La participación del hombre en el programa de planificación familiar ha ido aumentando en forma paulatina. En 1992 la relación de oclusiones tubarias realizadas en la SSA con respecto a las vasectomías era de 54 a 1, mientras que en el año 2000, la relación se modificó a 17 a 1. Este aumento en la participación activa del hombre en la planificación familiar se debió principalmente a las campañas de comunicación educativa y la introducción de la técnica de vasectomía sin bisturí. Los datos recientes indican que en una de cada cinco parejas usuarias de métodos anticonceptivos, el varón participa en forma directa o indirecta. Los aspectos sociodemográficos y las limitaciones en la oferta de una gama amplia de métodos para el hombre, restringe aún de forma importante su participación en la responsabilidad compartida de la planificación familiar. El lograr cambios de paradigmas con respecto al concepto tradicional de masculinidad es uno de los grandes retos de la comunicación educativa en salud reproductiva.

La plena participación del hombre en la salud sexual y reproductiva se ha visto obstaculizada por factores socio-culturales que están relacionados con las percepciones y expectativas tradicionales que la sociedad tiene del género masculino. El arraigado concepto de masculinidad estereotipado en fortaleza física, insensibilidad emocional, competencia extrema, pragmatismo y poco arraigo familiar, debe de transformarse, por el bienestar de los hombres mismos y de sus familias.

El realizar campañas de comunicación educativa, donde se exalten los valores de la responsabilidad en las conductas sexuales y reproductivas, del compartir el cuidado y la crianza de los hijos y del autocuidado de la salud, junto con la prestación de servicios de calidad, permitirá la incorporación más activa del sector masculino en el cuidado de la salud sexual y reproductiva.

LA ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD

La atención de las personas con discapacidad es reconocida en el Programa Nacional de Salud y su propósito fundamental es promover acciones multisectoriales en colaboración con el sector privado y la sociedad civil. Estas acciones deben dirigirse a una rehabilitación integral; se calcula que al año se producen 125 mil discapacidades como producto de enfermedades o lesiones.

Parte de esta rehabilitación integral es el proporcionar orientación y consejería en salud sexual y reproductiva, para atender las necesidades generadas en su sexualidad a raíz del proceso discapacitante.

El reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad, del pleno disfrute de su sexualidad y del acceso a la metodología anticonceptiva, implica la intervención de todo el personal de salud para brindar orientación, asesoría y facilidades para que acudan a las unidades médicas y se les proporcione el método adecuado al tipo de discapacidad que presenten. Se debe otorgar atención médica y psicológica en salud sexual y reproductiva a las personas discapacitadas con equidad, oportunidad y humanismo, conforme a las normas, conocimientos médicos y principios éticos vigentes.

La atención de la salud sexual y reproductiva de las personas con algún tipo de discapacidad, requiere que el personal de salud esté preparado técnicamente, para reconocer las necesidades personales y brindar la atención médica y psicológica que cada individuo requiere, y extender en lo posible su ámbito de acción a la familia del discapacitado. La atención estará enfocada a la orientación y consejería sobre el ejercicio de la sexualidad, a la prevención de los embarazos no planeados, a la prevención de las infecciones de transmisión sexual, todo esto con un trato digno y manteniendo el respeto a la libre decisión. En los casos donde el individuo no pueda tomar decisiones en forma independiente, la prestación de los servicios, deberá de hacerse con estricto apego a la normatividad existente en la materia.

En México se han logrado en las últimas décadas avances importantes en materia de planificación familiar y población. Con el tiempo se ha disminuido el acento en el aspecto demográfico y la misión se ha enfocado en las personas. El programa busca ahora impulsar el aspecto humanista para brindar bienestar y aumentar la calidad de vida de hombres y mujeres.

II. A dónde queremos llegar



II. A dónde queremos llegar

Democratización de la salud reproductiva

La salud reproductiva está fuera del alcance de muchos mexicanos y mexicanas a causa de factores como: poco conocimiento sobre sexualidad humana; información y servicios insuficientes o de mala calidad; prevalencia de comportamientos sexuales de alto riesgo y el limitado poder de decisión que tienen muchas mujeres respecto de su vida sexual y reproductiva.

Una forma de abatir el rezago en materia de salud, que afecta a los pobres y a otros grupos vulnerables de la población, es garantizar que la población conozca y ejerza los derechos que como ciudadanos les confiere la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Como se establece en el PNS, el disfrute de los derechos sociales va precedido del ejercicio de los derechos individuales y políticos. Los derechos sociales emanan de principios universales que tienen como fin último el alcanzar un nivel digno de vida para cada persona.

DEMOCRATIZACIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Todos los individuos, sin importar su sexo, edad, raza, condición social o política, credo o preferencias sexuales, tienen el derecho a recibir información, a la libre decisión y a beneficiarse de los avances científicos y tecnológicos, así como de recibir servicios de calidad con eficiencia y oportunidad.

El ejercicio y respeto de los derechos sexuales y reproductivos

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. También incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones, ni violencia, de conformidad con lo establecido en la Constitución Mexicana. En el ejercicio de estos derechos, los individuos deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos nacidos y futuros y sus obligaciones con la sociedad. La promoción del ejercicio responsable de estos derechos debe ser la base primordial de las políticas de la salud reproductiva, incluida la planificación familiar. Como parte de este compromiso, se debe prestar plena atención a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres, particularmente a las necesidades de los adolescentes en materia de educación y de servicios, con objeto de que puedan asumir su sexualidad de manera responsable.

Ciudadanía, solidaridad y pluralismo son los tres principios rectores del sistema mexicano de salud.

El Programa de Acción de Salud Reproductiva tiene tres principios rectores:

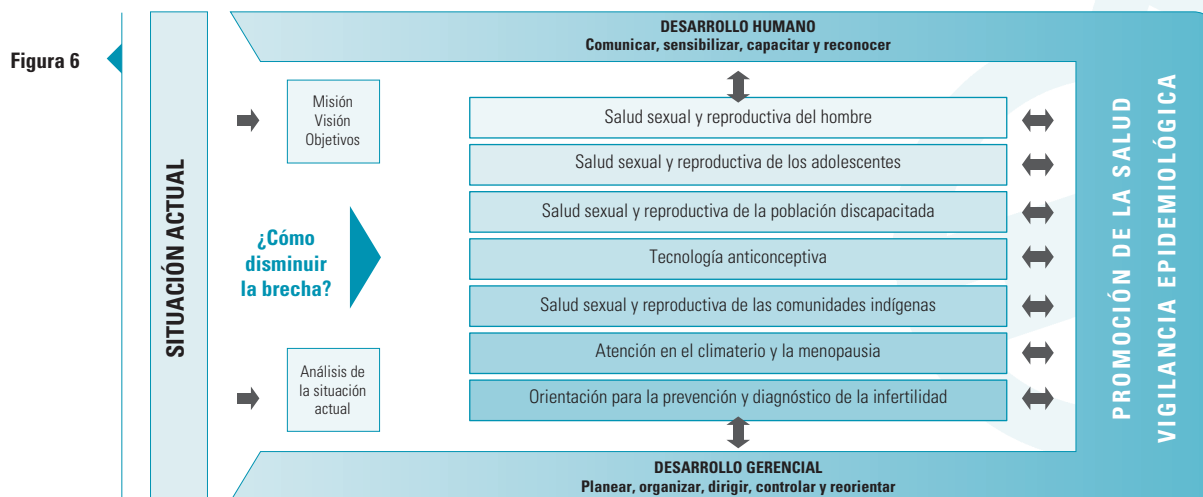
- El derecho a la información.
- El respeto a los derechos sexuales y reproductivos.
- El derecho a los servicios de calidad.

Estos principios abren una nueva agenda donde se promueve el ejercicio pleno de estos derechos sociales como paso definitivo hacia una democratización de la salud reproductiva.

En el contexto de la democratización, en materia de planificación familiar se pondrá al alcance de toda la población información veraz y oportuna, orientación y consejería con calidad y calidez, así como una diversidad de métodos y estrategias anticonceptivas que respondan a las necesidades de cada individuo y de cada pareja, de acuerdo a las diferentes etapas de su ciclo reproductivo; se respetarán sus decisiones con respecto a sus ideales reproductivos; se promoverá la participación activa del varón en las decisiones y corresponsabilidad en todas las fases del proceso reproductivo; se fomentarán actitudes y conductas responsables en la población adolescente para garantizar su salud sexual y reproductiva y se iniciarán estrategias que, con pleno respeto a la diversidad cultural y étnica del país, permitan fortalecer la salud reproductiva de las poblaciones en el área rural dispersa y en comunidades indígenas. La vinculación de la planificación familiar con los otros componentes de la salud reproductiva fortalece y amplía su universo de acción.

El componente de planificación familiar

El componente de planificación familiar establece un esquema operativo integrado por siete subcomponentes esenciales:



La planificación familiar tiene como propósito contribuir a la disminución de los embarazos no planeados y no deseados mediante información, oferta sistemática de métodos de control de la fertilidad y la prestación de servicios de calidad a toda la población, con particular énfasis en las áreas rurales, urbano-marginadas, comunidades indígenas y adolescentes, fomentando conductas responsables, libres e informadas con respecto a su vida sexual y reproductiva.

En planificación familiar la visión es lograr que hombres y mujeres ejerzan por igual sus derechos sexuales y reproductivos de una manera plena, responsable y segura, y que esta conducta permita al país tener un crecimiento armónico de la población.

Los servicios de planificación familiar tendrán que responder a las necesidades de las y los usuarios buscando su completa satisfacción. La política de usuarias y usuarios satisfechos será promovida entre los prestadores de servicio.

Características del servicio de planificación familiar: calidad, accesibilidad, aceptabilidad, versatilidad y continuidad.



Figura 7

¿Qué debo saber de los usuarios actuales y potenciales?

- Quiénes son
- Dónde están
- Qué saben de mi producto o programa
- Cuáles son sus preferencias
- Cómo puedo llegar a ellos/ellas
- Cuáles son sus necesidades
- Qué les puedo ofrecer

Para llevar los servicios a los lugares que se encuentran marginados por condiciones geográficas o socioculturales, se requerirá del concurso del sector salud y de la sociedad civil. No basta con ofrecer los servicios en forma esporádica, se deberá hacer el esfuerzo para mantener la atención eficiente, oportuna y con calidad. La sustentabilidad de los servicios es uno de los grandes retos en el combate al rezago en materia de salud.

La sustentabilidad de los servicios se logra con apoyo político, liderazgo moral, buena gerencia y personal capacitado en los aspectos técnicos y humanistas.

La misión en salud reproductiva

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 postreproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con absoluto respeto a sus derechos y a su libre decisión, con particular énfasis en las áreas rurales y urbano-marginadas, en la población adolescente y en las comunidades indígenas.

La visión en salud reproductiva

Hombres y mujeres que toman decisiones responsables y libres sobre su sexualidad, vida reproductiva y postreproductiva con menores riesgos y mayor igualdad en las condiciones de salud.



III. Qué camino vamos a seguir



III. Qué camino vamos a seguir

Como uno de los propósitos primordiales del Programa Nacional de Salud para satisfacer las necesidades de información, mejorar la calidad y disponibilidad de los servicios de salud reproductiva y disminuir los rezagos regionales que existen, se plantean los siguientes objetivos, estrategias y líneas de acción, que en conjunto y de manera coordinada desarrollarán las instituciones de los sectores público, social y privado.

Objetivo general

Prevenir riesgos para la salud de mujeres, hombres, niños y niñas, 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.

Objetivos específicos

- 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;
- Promover en la población adolescente, actitudes y prácticas responsables y seguras respecto a su salud sexual y reproductiva;
- Disminuir la incidencia de embarazos no planeados, de abortos inducidos y de infecciones de transmisión sexual en la población adolescente;
- Garantizar el acceso a información, orientación y servicios de calidad en planificación familiar en todo el ámbito nacional;
- Disminuir la demanda insatisfecha de los servicios de planificación mediante la oferta sistemática de metodología anticonceptiva, de información veraz y oportuna, de la identificación y eliminación de barreras culturales y la mejoría de la calidad de los servicios;
- Incrementar la participación del varón en la toma de decisiones reproductivas y el uso de métodos anticonceptivos;
- Propiciar actitudes y prácticas que disminuyan los riesgos de enfermedades asociadas con el climaterio y la posmenopausia;
- Brindar información y orientación para la prevención, diagnóstico, manejo y referencia oportuna de los casos de infertilidad;
- Incrementar la calidad de los servicios de salud reproductiva, incorporando tecnología apropiada a las necesidades de los diferentes grupos de la población;

- Promover el desarrollo humano en el personal de salud, poniendo énfasis en la vocación de servicio, competencia técnica y compromiso institucional;
- Establecer acciones conjuntas con todo el sector salud, con otros sectores gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil, para incrementar el acceso a información, educación y servicios con énfasis en los grupos vulnerables.

Estrategias

Para dar cumplimiento a los objetivos del Programa de Salud Reproductiva se establecen las siguientes estrategias:

- Identificar y privilegiar la atención en los municipios y localidades con mayor rezago en salud reproductiva;
- Fortalecer la competencia del personal, mediante la capacitación técnica y el desarrollo humano;
- Garantizar los insumos suficientes y de calidad para la prestación de los servicios de salud reproductiva, con particular énfasis en aquellos de planificación familiar;
- Garantizar el acceso a información, educación y comunicación adecuados a cada segmento de la población;
- Diseñar un proceso de supervisión y evaluación integral, periódico y sistemático;
- Otorgar servicios amigables a la población adolescente.

Estas estrategias se pondrán en operación con las siguientes;

Líneas de acción

El diagnóstico situacional da la posibilidad de satisfacer necesidades reales y específicas, y evita el dispendio de esfuerzos.

Estrategia 1: Identificar y privilegiar la atención en los municipios y localidades con mayor rezago en salud reproductiva.

- Elaborar un diagnóstico situacional identificando municipios y comunidades vulnerables con alto rezago y baja cobertura en servicios de salud reproductiva, específicamente de planificación familiar;
- Desarrollar estrategias operativas interinstitucionales, tendientes a ampliar la cobertura y calidad de los servicios;
- Coordinar proyectos de investigación operativa con el propósito de diseñar acciones que hagan accesibles los servicios a la población con mayor rezago.

Estrategia 2: Fortalecer la competencia técnica del personal, mediante la capacitación técnica y el desarrollo humano.

La capacitación contribuye a la calidad y calidez de los servicios.

- Elaborar un diagnóstico de necesidades de capacitación;
- Integrar y fortalecer equipos de capacitadores;
- Elaborar programas sistemáticos con base en las necesidades;
- Elaborar, reproducir y distribuir manuales y contenidos técnicos para la capacitación;
- Realizar capacitación continua y a distancia e incorporar nuevas tecnologías a la capacitación;
- Realizar un proceso de evaluación y seguimiento a la capacitación.

Estrategia 3: Garantizar los insumos suficientes y de calidad para la prestación de los servicios de salud reproductiva y de planificación familiar.

Contar con recursos suficientes y oportunos es fundamental para lograr la satisfacción del usuario y el logro de los objetivos.

- Establecer un sistema logístico del manejo de los insumos;
- Elaborar el diagnóstico integral de necesidades de recursos humanos, financieros, insumos y equipamiento de unidades;
- Verificar que la distribución de los insumos anticonceptivos a las unidades de primer y segundo nivel de atención y comunidades sea oportuna y de acuerdo a lo programado;
- Favorecer la participación del sector social y privado en la provisión de métodos anticonceptivos.

Estrategia 4: Garantizar el acceso a información, educación y comunicación adecuados a cada segmento de la población.

La información es la base para la libre decisión.

- Establecer y fortalecer la coordinación con el área de Promoción de la Salud, para realizar actividades de información, educación y comunicación, referente a los beneficios y ventajas de la planificación familiar y del cuidado de la salud reproductiva;
- Diseñar y ejecutar estrategias educativas acordes a los patrones socioculturales de la población adolescente, urbano-marginada, rural, indígena y migrante;
- Elaborar en coordinación con el área específica materiales de promoción acordes a las características culturales de la población;
- Diseñar mensajes alusivos a los beneficios y ventajas de utilizar algún método anticonceptivo.
- Programar campañas intensivas de información, educación y comunicación y prestación del servicio en comunidades rurales, indígenas y de migrantes;
- Organizar jornadas intensivas de información, educación y comunicación y de prestación del servicio en comunidades rurales e indígenas y áreas urbano marginadas;
- Mantener actualizada y vigilar el cumplimiento de la normatividad oficial en materia de planificación familiar, perimenopausia y posmenopausia.

La supervisión permite evaluar avances, identificar problemas y establecer medidas resolutivas oportunas, para garantizar el logro de los objetivos.

La evaluación permite conocer el logro de los objetivos y cumplimiento de las metas propuestas.

Estrategia 5: Diseñar un proceso de supervisión y evaluación integral, periódico y sistemático.

- Vigilar que el personal cuente con la capacidad técnica suficiente para ofrecer un servicio de calidad a través de la aplicación de la normatividad vigente, los manuales y lineamientos técnicos;
- Verificar que en la prestación de los servicios se garantice la calidad, con respeto a los derechos sexuales y reproductivos, a la libre decisión y al consentimiento informado;
- Vigilar que haya un correcto manejo de información, completa y oportuna;
- Establecer coordinación con los equipos de supervisión de otras áreas para realizar actividades conjuntas;
- Elaborar el calendario de las visitas de supervisión y asesoría técnica para los diferentes niveles de atención, incluyendo el componente comunitario;
- Supervisar y brindar asesoría técnica, en las unidades de primer y segundo nivel, así como en el componente comunitario para garantizar el control y seguimiento permanente y sistemático de los acuerdos y compromisos establecidos;
- Establecer acuerdos, compromisos y plazos con el personal supervisado y efectuar el seguimiento estricto de éstos;
- Proponer medidas resolutivas y oportunas, que garanticen el logro de los objetivos y el cumplimiento de las actividades programadas;
- Gestionar, obtener y administrar los recursos, para llevar a cabo las actividades de supervisión;
- Mantener un flujo continuo de información hacia el nivel inmediato superior, con la finalidad de realizar tomas de decisión encaminadas a mejorar el desarrollo del componente;
- Informar al nivel inmediato superior el resultado de las evaluaciones para su validación y seguimiento.

Estrategia 6: Otorgar servicios amigables a la población adolescente.

- Proveer un conjunto de servicios esenciales de salud sexual y reproductiva a la población adolescente y jóvenes, con pleno respeto a sus valores, creencias y convicciones;
- Disponer de material de información, educación y comunicación adecuados para este segmento de la población;
- Ofrecer servicios de salud accesibles y en horarios adecuados a sus necesidades;
- Ofrecer servicios en un área exclusiva y confortable;
- Involucrar a los jóvenes en las acciones de promoción y difusión de los servicios;
- Tratar a los/las adolescentes y jóvenes con dignidad y respeto;
- Mantener privacidad y confidencialidad en el otorgamiento de los servicios;
- Contar con personal capacitado en la atención de la salud sexual y reproductiva de la población adolescente y de los jóvenes.

Se debe facilitar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva a la población adolescente.

Contar con espacios exclusivos y personal capacitado para la atención a las y los adolescentes permite otorgar servicios con dignidad y respeto.

IV. Cómo medimos los avances



IV. Cómo medimos los avances

Un elemento primordial en todo programa es el establecimiento de metas con base en indicadores que permitan medir el avance de lo programado. La evaluación periódica y sistemática posibilita la toma de decisiones oportunas para corregir desviaciones, fortalece las acciones en los diferentes niveles de atención y facilita lograr el impacto deseado.

El programa de acción de salud reproductiva medirá sus avances mediante el análisis de indicadores. De acuerdo con el PNS, los indicadores deben ser: a) de resultado; b) susceptibles de reportarse anualmente; c) comparables internacionalmente; d) verificables por terceros independientes; e) socialmente relevantes; f) de cobertura amplia y g) fácilmente comunicables a la sociedad.

Metas durante la presente administración federal que están directamente relacionadas con el impacto social del programa de acción

- Aumentar la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos a 73.9% del total de mujeres en edad fértil unidas en el año 2006;
- Incrementar en 15% para el año 2006 el número de mujeres en edad fértil unidas usuarias activas de métodos anticonceptivos, en comparación con la cifra del año 2000;
- Disminuir la tasa global de fecundidad a 2.06 hijos por mujer para el año 2006;
- Reducir la demanda insatisfecha al 6.5%, para el año 2006;
- Reducir la tasa específica de fecundidad a 61 nacimientos por 1000 mujeres de 15 a 19 años en el año 2006;
- Incrementar para el año 2006 al 54% la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en menores de 20 años;
- Reducir para el año 2006 en 11% el total de nacimientos registrados en mujeres de 15 a 19 años durante el año 2000.

Para el cumplimiento de las metas programadas, el proceso de evaluación tendrá las siguientes características:

- Énfasis en los resultados;
- Carácter comparativo;
- Aplicativo en los niveles municipal, estatal y nacional;
- Útil para el ajuste permanente de las políticas y programas de salud.

Incidir en la tasa global de fecundidad, para lograr un crecimiento armónico y sustentable.

Este esquema de evaluación debe incluir indicadores que permitan medir el impacto del programa sobre las condiciones de salud de la población y la calidad de los servicios, así como indicadores de metas intermedias, procesos y recursos para medir el desempeño del programa y sus servicios. En este proceso de evaluación es necesario, además, considerar la magnitud de cambio de los indicadores en el período evaluado y la reducción de las desigualdades entre las distintas regiones del país, con especial énfasis en las áreas rurales y los municipios con rezago.

Las metas demográficas y de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos propuestas para su cumplimiento en el período 2001-2006 fueron estimadas por el Consejo Nacional de Población, de acuerdo con el Programa Nacional de Población 2001-2006.

La medición y análisis de los indicadores de infraestructura, proceso, resultado e impacto, además de detectar errores e ineficiencias en la aplicación de las estrategias, permitirá identificar buenas prácticas y promover su generalización, a fin de mejorar la implantación de las políticas y la gestión de los programas y servicios.

Las principales fuentes de información que se utilizarán en la evaluación del Programa de Acción de Salud Reproductiva, serán los sistemas de información institucionales, las Estadísticas Vitales del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI); las estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), y las encuestas de salud y de la dinámica demográfica aplicadas a nivel nacional y por entidad federativa. Además, con el fin de obtener indicadores más actualizados o bien para generar información específica del programa, ya sea de tipo cuantitativo o cualitativo, será necesario desarrollar estudios especiales o encuestas probabilísticas que permitan apoyar la evaluación de las estrategias de los diferentes componentes del programa.

En este contexto, a continuación se presentan una serie de indicadores cuyo propósito es facilitar la evaluación de objetivos y metas finales e intermedias de los componentes de Salud Sexual y Reproductiva del Adolescente, Planificación Familiar y Climaterio y Menopausia, correspondientes al Programa de Acción de Salud Reproductiva del período 2001-2006.

Indicadores para evaluar el Programa de Acción de Salud Reproductiva

	Indicador	Unidad de medida
1	Tasa global de fecundidad	Número de hijos e hijas que en promedio, tendría una mujer a lo largo de su vida reproductiva de mantenerse sin cambio los niveles de fecundidad observados en un año determinado.
2	Tasa bruta de natalidad	Número de nacimientos que en promedio ocurren en un año, por cada mil habitantes.
3	Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos	Porcentaje de Mujeres en Edad Fértil Unidas (MEFU) que están usando algún método anticonceptivo para regular su fertilidad. Incluye las MEFU cuyas parejas usan un método anticonceptivo.
4	Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos	Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas expuestas a un embarazo que no hacen uso de método anticonceptivo alguno, a pesar de querer limitar o espaciar su descendencia.
5	Porcentaje de usuarios de anticonceptivos por tipo de método	Porcentaje de Mujeres en Edad Fértil (MEF) que están, ella o su pareja, usando algún método en particular, respecto al total de usuarias de anticonceptivos.
6	Porcentaje de usuarios de anticonceptivos modernos según fuente de obtención	Porcentaje de Mujeres en Edad Fértil (MEF) que están, ella o su pareja, usando métodos modernos que obtuvieron en un lugar en específico (Institución), respecto al total de usuaria de anticonceptivos modernos.
7	Nuevos aceptantes de métodos	Número de personas que adoptan un método anticonceptivo proporcionado en las instituciones del Sistema Nacional de Salud.
8	Usuarios activos de métodos anticonceptivos	Número de personas que adoptaron un método anticonceptivo proporcionado en las instituciones del Sistema Nacional de Salud y que al efectuarse un corte en la información tienen un registro vigente en la unidad como usuaria del servicio.
9	Porcentajes de consultas de planificación familiar por método	Porcentaje de consultas de planificación familiar otorgadas en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, por tipo de método.
10	Cobertura de anticoncepción posevento obstétrico	Porcentaje de mujeres que aceptan un método anticonceptivo antes de su egreso hospitalario, con relación al total de mujeres atendidas por algún evento obstétrico (parto, cesárea o aborto) en las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

**Indicadores para evaluar el Programa de Acción de Salud Reproductiva
(continuación)**

	Indicador	Unidad de medida
11	OTB's por vasectomía	Número de oclusiones tubarias bilaterales por cada vasectomía, realizadas en las instituciones del Sistema Nacional de Salud.
12	Promedio de vasectomías sin bisturí por módulo	Promedio de vasectomías realizadas por módulo existente para llevar a cabo esta cirugía: por entidad federativa y nacional.
13	Tasa específica de fecundidad para mujeres de 15-19 años	Número promedio de nacimientos en mujeres de 15-19 años de edad por 1 000 mujeres de la misma edad.
14	Porcentaje de consultas de planificación familiar en adolescentes	Porcentaje de consultas de planificación familiar otorgadas en las instituciones del Sistema Nacional de Salud a adolescentes, respecto al total de consultas de planificación familiar.
15	Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos entre adolescentes	Porcentaje de mujeres unidas de 15 a 19 años de edad que están, ella o su pareja, usando algún método anticonceptivo, respecto al total de adolescentes unidas.
16	Demanda insatisfecha en adolescentes	Porcentaje de mujeres adolescentes unidas que no hacen uso de algún método anticonceptivo, a pesar de expresar su deseo de querer limitar o espaciar su descendencia; por lo que están expuestas a un embarazo.
17	Porcentaje de nacimientos ocurridos en adolescentes	Porcentaje de nacimientos ocurridos en mujeres menores de 20 años, con relación al total de los nacimientos ocurridos en un período determinado.
18	Cobertura anticoncepción posevento obstétrico en adolescentes	Porcentaje de mujeres adolescentes que aceptan un método anticonceptivo antes de su egreso hospitalario, con relación al total de mujeres adolescentes atendidas por algún evento obstétrico (parto, cesárea o aborto) en las instituciones del Sistema Nacional de Salud.
19	Servicios amigables instalados de atención para adolescentes	Número total de servicios amigables instalados para la atención de adolescentes en las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Indicadores para evaluar el Programa de Acción de Salud Reproductiva (continuación)

	Indicador	Unidad de medida
20	Esperanza de vida a los 40 años	Número promedio de años que se espera sobreviva una mujer de 40 años de edad, de prevalecer los niveles de mortalidad observados en un año determinado.
21	Porcentaje de consultas de premenopausia	Porcentaje de consultas de premenopausia que se otorgan en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, con relación al total de consultas otorgadas en el climaterio.

Documentos de apoyo para la operación del programa:

- Programa Nacional de Salud 2001-2006.
- Plan Estratégico de Salud Reproductiva 2001-2006.
- Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA 2-1994 de los Servicios de Planificación Familiar.
- Paquete de libros Salud 2000 "Lo que el prestador de servicios debe saber acerca de: planificación familiar".
- Material de promoción (carteles, dípticos y trípticos).
- Cartilla Nacional de Salud de la Mujer.
- Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-035-SSA 2-2000, Prevención y Control de Enfermedades en la Perimenopausia y Postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar la atención médica.

V. Apéndice



V. Apéndice

Bibliografía

1. Consejo Nacional de Población (CONAPO). La situación demográfica de México. 1ra. ed. México, 2000.
2. Consejo Nacional de Población (CONAPO). V Informe de avances del Programa Nacional de Población 1995-2000. 1ra. ed. México, 2000.
3. Family Care Internacional (FCI). Compromisos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todos. Marco de acción. Sobre la base de los acuerdos y convenciones internacionales pertinentes, incluidas las conferencias de Beijing, Copenhague. El Cairo y Viena. Broadway, New York, 1995.
4. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. El Cairo, Egipto, 1994. Población y desarrollo: Un compromiso universal. Programa de Acción. Lima, Perú, 1997.
5. Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva. Evaluación del programa de salud sexual y reproductiva para adolescentes. 1ra. ed. México, 2000.
6. Consejo Nacional de Población (CONAPO). Cuadernos de Población. 1ra. ed. México, 1999.
7. Dirección General de Salud Reproductiva Planificación Familiar. Secretaría de Salud. El derecho a la libre decisión...La planificación familiar en el contexto de la salud reproductiva: 2da. ed. México, 2000.
8. Secretaría de Salud. Dirección General de Planificación Familiar. El entorno de la regulación de la fecundidad en México. Una experiencia de investigación en la Dirección General de Planificación Familiar. Serie: Resultados de Investigación. 1ra. ed. México, 1994.
9. Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-005SSA2-1993 de los Servicios de Planificación Familiar. México 30 de mayo 1994.
10. Diario Oficial de la Federación. Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-035-SSA2-2000, Prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar la atención Médica. México 8 de marzo de 2001. 1ª. secc.: 14-43.
11. Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva (DGSR). Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). Salud sexual y reproductiva en personas con discapacidad. 1ra. ed. México, 2000.
12. Zeindestein S, Moore K. Aprendiendo sobre sexualidad. Una manera práctica de comenzar. The Population Council. Santiago de Chile, 1999.

Agradecimientos

En la elaboración de este documento se tomó como base el Plan Estratégico de Salud Reproductiva 2001-2006, desarrollado por los responsables de las instituciones del sector salud, los responsables de salud reproductiva de las Entidades Federativas y Organizaciones no Gubernamentales. En la revisión del presente documento, participaron las Direcciones Generales de la Subsecretaría de Prevención y Protección a la Salud de la Secretaría de Salud, la Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil del Instituto Mexicano del Seguro Social, el Departamento de Salud Reproductiva del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado y el Consejo Nacional de Población.

Las siguientes personas colaboraron de diversas maneras en la elaboración del Programa de Acción de Salud Reproductiva 2001-2006:

José A. Aguilar Gil
María Elizabeth Alatríste Alonso
Diana L. Álvarez Fernández
Mireya Becerra Hernández
Fernando Beltrán Aguirre
Javier Calderón Ortiz
Roberto Carrión Balderas
Marcela Castrejón Ramos
Hilda Cervantes Bautista
Victoria Cortés Torres
Ma. Carmen Cravioto Galindo
Lourdes de la Peza
Adriana De Lara Isassi
Esperanza Delgado Herrera
Vicente Díaz Sánchez
Salvador Estévez Sánchez
Leopoldo García Velasco
Rosana González Osorio
Javier González Rosas
Elsa Granados González
Consuelo Hernández Argüello
Felicitas Hernández Medina
Tomás Hernández Valenzuela
Quinatzin Hernández Villamares
Ana Langer
Néstor Leticia Olvera
Mirella Loustalot Laclette San Roman
Juan Pablo Méndez Blanco
Víctor Merchand Benítez
Ramiro Moreno Ponce
Juan Pérez Sánchez
Arturo Pichardo Pérez
Gerardo E. Polo Nieto

María de Lourdes P. Quintanilla Rodríguez
Jesús Ramos Huerta
Silvia Rodríguez Tapia
Raffaella Schiavon Ermani
Alejandro Rosas Solís
José Ingancio Santos Preciado
Alicia Solís López
Laura Tapia Maruri
María de Lourdes Tokunaga Bravo
Norma Torrescano Tolsa
Yolanda Varela Chávez
Martha Angélica Vázquez Gutiérrez
Jorge Vázquez Martínez
José Luis Velasco Vite
Patricia Veloz Ávila
Juan Pablo Villa Barragán
Ma. Del Carmen Villa González
Elena Zúñiga Herrera



Programa de Acción: **Salud Reproductiva**

Primera edición: 2000 ejemplares

Se terminó de imprimir en abril de 2002





Programa Nacional de Salud **2001-2006**

Estrategia

2

Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres



www.ssa.gob.mx