



# Salud y Bienestar

**Salud sexual y reproductiva**

**Interrupción legal del embarazo**

**Bienestar sexual de las y los adolescentes**



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**PORESTO!**

Dignidad, Identidad y Soberanía

Suplemento Salud  
Edición 2



GOBIERNO DE  
**MÉXICO**

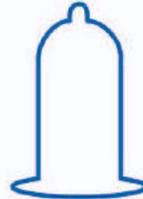
# ¿Y tú qué método anticonceptivo eliges?

Tú tienes derecho a decidir infórmate



## Condón femenino

Funciona como una barrera, cubre el interior de la vagina.



## Condón masculino

Te protege de un embarazo y además de infecciones de transmisión sexual y el VIH/ SIDA.



## Pastillas anticonceptivas

Método cíclico hormonal que ayuda a evitar temporalmente el embarazo.



## Dispositivo Intrauterino

Funciona como una barrera que impide que los espermatozoides se acerquen al óvulo.



## Inyecciones anticonceptivas

Composición de hormonas que inhiben la ovulación evitando el embarazo.



## Implante subdérmico

Varilla flexible que se coloca bajo la piel, contiene hormonas que inhiben la ovulación.



## Vasectomía

Método permanente para el hombre que consiste en la sección y ligadura.



## Salpingoclasia

Método definitivo que consiste en la sección y ligadura de las trompas de Falopio.



## Parche anticonceptivo

Libera hormonas similares evitando el embarazo.



## Anillo Vaginal

Aro flexible, transparente y blando que mide 5 centímetros. Contiene hormonas que inhiben la ovulación.

Tú tienes derecho a decidir cuándo y cuántos hijos e hijas tener.

Más información en: [bit.ly/CNEGSR](https://bit.ly/CNEGSR)



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



[gob.mx/salud](https://gob.mx/salud)



# SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

## DIRECTORIO

**Dr. Jorge Carlos Alcocer Varela**  
Secretario de Salud

**Dra. Asa Ebba Christina Laurell**  
Subsecretaria de Integración y  
Desarrollo del Sector Salud

**Dr. Hugo López-Gatell Ramírez**  
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

**Dr. Pedro Flores Jiménez**  
Titular de la Unidad de Administración y Finanzas

**Mtra. Maricela Lecuona González**  
Titular de la Oficina de la Abogada General

**Dra. Ma. Eugenia Lozano Torres**  
Secretaria Técnica del Consejo Nacional de Salud

**Dr. Gustavo Reyes Terán**  
Titular de la Comisión Coordinadora de los  
Institutos Nacionales de Salud y Hospitales  
Regionales de Alta Especialidad

**Dr. José Ignacio Santos Preciado**  
Consejo de Salubridad General

**Lic. Mónica Alicia Mieres Hermosillo**  
Titular de la Unidad Coordinadora de  
Vinculación y Participación Social

**Mtro. Ángel Rodríguez Alba**  
Titular del Órgano Interno de Control

**Dr. Marcos Cantero Cortés**  
Titular de la Unidad de Análisis Económico

**Mtra. Marta Beatriz Cabrera García**  
Directora General de Comunicación Social

# PORESTO!

Dignidad, Identidad y Soberanía

Director General

**Mario Renato Menéndez Rodríguez**

Domicilio:

Calle 73 No. 499 x 58 y 60, Col. Centro.  
C.P. 97000, Mérida, Yucatán.

Distribuidor:

Publicidad Impresa del Sureste, S.A. de C.V.  
Calle 60 No. 591 Local 4 x 73 y 75,  
Col. Centro C.P. 97000, Mérida, Yucatán.

LOS CONTENIDOS DE LOS ARTÍCULOS PUBLICADOS EN  
EL PRESENTE SUPLEMENTO SON RESPONSABILIDAD  
DE LAS Y LOS AUTORES FIRMANTES.

Coordinación Editorial: Dirección General de  
Comunicación Social (DGCS), Secretaría de Salud

Fotografía de portada: Esteban Bida

## EDITORIAL

La salud sexual y la salud reproductiva refieren a dos ámbitos cruciales de la vida de las personas que se traducen en necesidades específicas de atención, prevención e información que cambian en cada etapa del curso de vida. Aunque ambos componentes guardan una muy estrecha relación, es fundamental visibilizarlas por separado, toda vez que, la esfera de la sexualidad abarca desde el nacimiento hasta la vejez, mientras que la etapa reproductiva es un periodo más acotado. Además, desde una perspectiva de derechos, la salud sexual conlleva un fin en sí misma, independientemente del vínculo con la función reproductiva.

Una sexualidad saludable, elegida y libre de violencia es pieza clave para el abordaje del continuo de atención a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, por lo que es crucial una mayor visibilización que será patentada en los ejes programáticos de la Secretaría de Salud. La anticoncepción, la prevención de infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA, la atención integral a la salud materna y perinatal, la detección oportuna de problemas de infertilidad, el cáncer asociado al aparato reproductivo y de mama, el aborto seguro y la prevención y reducción de los daños a la salud generados por la violencia de género, constituyen los temas prioritarios a contemplar en el periodo 2019-2024.

Para contribuir con el bienestar de las personas desde el ámbito de competencia de la Secretaría de Salud, consideramos indispensable reconocer el derecho al autoconocimiento y la gestión del propio cuerpo, la libre elección de pareja y orientación sexual, así como las decisiones voluntarias e informadas en torno a la sexualidad y la reproducción, como soporte de la agencia, la autonomía y el fortalecimiento del acceso a servicios integrales, que privilegien la privacidad, confidencialidad y dignidad de las personas como aspectos inherentes a la calidad.

## CONTENIDO

- 5.** **Yolanda Varela Chávez**  
Directora de Planificación Familiar del CNEGSR
- 13.** **Carlos de la Peña Pintos**  
Secretario de Salud de Guerrero
- 15.** **Arturo Roberto Hernández Tapia**  
Secretario de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados
- 16.** **Maricela Lecuona González**  
Abogada General de la Secretaría de Salud
- 20.** **Roberto Ramos Alor**  
Secretario de Salud de Veracruz
- 21.** **Ernesto Calderón Cisneros**  
Coordinador de Programas Médicos de la División de Atención Gineco-obstétrica y Perinatal del IMSS

# Planificación familiar, componente esencial de la salud reproductiva

Redacción DGCS

**E**l ejercicio de los derechos de toda persona a decidir cuándo y cuántos hijos tener o escoger no hacerlo es la premisa fundamental de la planificación familiar, que incide de forma importante en el empoderamiento de las mujeres y el desarrollo sostenible de las regiones, además del bienestar en salud.

De acuerdo con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), hoy en día más de 300 millones de mujeres en países en desarrollo usan anticonceptivos, pero más de 214 millones que desean planificar sus partos no tienen acceso a esta posibilidad.

Creado en 1969, el UNFPA enfatiza varios beneficios de la planificación familiar siendo el principal “salvar vidas”, ya que el uso de anticonceptivos evita embarazos no deseados, reduce el número de abortos y, por ende, la incidencia de la mortalidad y la discapacidad relacionada con complicaciones de la gravidez y el parto.

También remarcar que cuando las mujeres y las parejas pueden planificar el número de hijos que quieren y cuándo, las mujeres pueden concluir su educación, además aumenta su autonomía y mejora su poder adquisitivo. Esto refuerza su seguridad económica, su bienestar y el de sus familias.

En nuestro país, la aprobación del primer Plan Nacional de Planificación Familiar del Sector Salud data de 1977, donde se definieron metas de cobertura por institución, así como la meta demográfica para reducir la tasa de crecimiento de población.

Aunado a la planificación familiar, existen derechos sexuales, es decir, vivir una sexualidad libre de coacciones, discriminación y violencia; así como derechos reproductivos que apuntan a que toda persona puede determinar libremente el número y espaciamiento de los y las hijas, y el específico de disponer de servicios de planificación familiar.

El acceso a la planificación familiar implica recibir consejería médica para saber en qué consiste, así como información sobre los métodos anticonceptivos disponibles para que las parejas puedan decidir cuáles usar, de acuerdo a sus necesidades. Este derecho es



Cortesía: Secretaría de Salud

**“El acceso a la planificación familiar implica recibir consejería médica para saber en qué consiste, así como información sobre los métodos anticonceptivos disponibles para que las parejas puedan decidir cuáles usar”**

independiente del sexo, la preferencia sexual, edad y el estado social o legal de las personas.

En el periodo de enero a julio de 2019, la Secretaría de Salud a nivel nacional otorgó 324 mil 916 consultas y atenciones de planificación familiar de primera vez y un millón 971 mil 148 subsecuentes.

Respecto al uso de métodos de anticoncepción, el el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) publicó que

por tamaño de localidad, la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica 2018 (ENADID) indica que en el ámbito urbano, de los 14 millones de mujeres unidas en edad fértil, 74.8 por ciento son usuarias de estos métodos, mientras que, en el ámbito rural, de los 4.7 millones de mujeres unidas en edad fértil, 67.8 por ciento usan alguno de ellos.

Entre los métodos de anticoncepción se encuentran los hormonales (orales, inyectables e implantes); de barrera (condón masculino y femenino, espermaticidas); métodos definitivos como la vasectomía y la salpingoclasia (ligamento o corte de las trompas uterinas que impide el paso del óvulo y los espermatozoides para evitar el embarazo), así como el dispositivo intrauterino DIU (pequeño aparato de plástico en forma de “T” cubierto de alambre de cobre que se coloca en el útero de la mujer para evitar el embarazo).

Cualquier persona puede acudir a una asesoría en planificación familiar en las unidades médicas del Sector Salud, así como al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

## Fuentes:

INMUJERES: [http://familiasysexualidades.inmujeres.gob.mx/cap\\_02.html](http://familiasysexualidades.inmujeres.gob.mx/cap_02.html)

INEGI: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/Poblacion2019\\_Nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/Poblacion2019_Nal.pdf)

DGIS: <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/>

UNFPA: <https://www.unfpa.org/es/planificaci%C3%B3n-familiar#>

# Prevención del embarazo en adolescentes, una prioridad en las políticas públicas

La prevención del embarazo en menores de 20 años representa hoy en día una prioridad en México y en el mundo. Se trata de un problema de origen multifactorial con repercusiones no solo en la salud de las adolescentes, sino también en su desarrollo social y económico.

En el contexto internacional, únicamente superada por África Subsahariana, América Latina y El Caribe sigue siendo la segunda región con mayor tasa de nacimientos en adolescentes, con aproximadamente 66.5 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 19 años de edad. En esta región el 15% de los nacimientos registrados se producen en menores de 20 años.

En México, los resultados de la reciente Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en 2018, revelan que la fecundidad en adolescentes ha presentado un ligero descenso al pasar de 77.0 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 19 años en el año 2014, a 70.6 en 2018.

En efecto, datos de diversos sistemas de información en el país confirman que la fecundidad en adolescentes ha mantenido una tendencia a la baja en los últimos años, pero que los retos en esta materia siguen siendo mayúsculos. De acuerdo con el Subsistema de

Información sobre Nacimientos (SINAC), en 2018 se registraron en México cerca de 360 mil nacimientos de madres menores de 20 años, lo que representa el 18.5% del total de nacimientos registrados en el país durante el año. De esta cantidad, poco más de 10 mil nacimientos fueron en niñas de 10 a 14 años (2.9%) y hubo cinco nacimientos de madres menores de 10 años, lo que sin lugar a dudas

**“Para reducir a la mitad la fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años y erradicar el embarazo en niñas menores de 15 años, hacia el año 2030, se requiere impulsar en el país una verdadera educación integral en sexualidad desde edades muy tempranas, con la participación de la familia, la comunidad y la sociedad”**

es resultado de una violencia sexual y representa una violación a los derechos humanos. Dada la relevancia de este tema, diversas instituciones del Gobierno federal, así como agencias de cooperación internacional y organizaciones de la sociedad civil, han sumado esfuerzos para impulsar acciones orientadas a garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes, de una manera responsable, protegida y segura. Se busca reducir a la mitad la fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años y erradicar el embarazo en niñas menores de 15 años, hacia el año 2030. No obstante, para lograr estas metas, se requiere impulsar en el país una verdadera educación integral en sexualidad desde edades muy tempranas, con la participación de la familia, la comunidad y la sociedad en su conjunto.

En la Secretaría de Salud, la prevención del embarazo en adolescentes, ha sido una de las políticas públicas de mayor relevancia en materia de salud sexual y reproductiva en los últimos años. Entre otras acciones, se dispone de dos mil 711 Servicios Amigables para Adolescentes, en donde se proporciona información y atención a mujeres y hombres de 10 a 19 años de edad, en un ambiente de privacidad y confidencialidad. Asimismo, se cuenta con un abanico de 14 anticonceptivos, además de la anticoncepción de emergencia, para todas las personas que desean posponer un embarazo, incluyendo adolescentes. Entre las opciones disponibles están los anticonceptivos reversibles de acción prolongada, como el dispositivo intrauterino y el implante subdérmico que permiten evitar embarazos por un periodo prolongado de tiempo. También se cuenta con condones femeninos y condones masculinos, que son las únicas opciones que también ayudan a prevenir infecciones de transmisión sexual.

Con el fin de concientizar a mujeres y hombres adolescentes, prestadores de servicios de salud, docentes, madres y padres de familia, entre otros, el pasado 26 de septiembre se realizaron diversas acciones en el país en el marco del *Día Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*. Se busca con ello sensibilizar a la población en general sobre la importancia de atender conjuntamente este tema.



FOTO: Isaac Esquivel / CUARTOSCURO

**Act. Yolanda Varela Chávez**  
**Directora de Planificación Familiar**  
**Centro Nacional de Equidad de**  
**Género y Salud Reproductiva**

# Prueba rápida para la detección del VIH

Las pruebas rápidas son métodos para la detección de anticuerpos contra el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en suero, plasma o sangre total y fluido oral, cuyo resultado se obtiene en algunos minutos. Actualmente, existen una diversidad de pruebas que detectan antígenos y anticuerpos del virus, lo que requiere del conocimiento de sus especificaciones técnicas y de aplicación para realizar una adecuada selección y acorde al escenario en que se requiera.

Una prueba de VIH muestra si una persona se ha infectado con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Las pruebas rápidas por sí solas no establecen el diagnóstico del VIH, sino que pueden formar parte de un algoritmo que permite determinar si una persona se encuentra o no infectada con el virus de la inmunodeficiencia humana.

Los resultados reactivos son preliminares y debe hacerse seguimiento con otro tipo de pruebas, y pueden realizarse por profesionales de la salud, incluyendo personal de laboratorio, o personal previamente entrenados.

## ¿Quién debe realizarse la prueba?

Todas las personas entre las edades de 13 y 64 años con vida sexual activa es recomendable se realicen la prueba de VIH al menos una vez como parte de la atención médica de rutina. Una regla general para aquellos con factores de riesgo es hacerse la prueba anualmente. Además, los hombres que tienen sexo con hombres y bisexuales sexualmente activos pueden beneficiarse de hacerse una prueba de VIH con más frecuencia, cada 3 a 6 meses

Si una persona tuvo una práctica de riesgo (por ejemplo, relación sexual sin protección o se ha inyectado drogas como heroína, o ha compartido agujas de drogas con otra persona) es recomendable realizarse la prueba.

En el caso de las mujeres, hacerse la prueba lo antes posible si estuvieran embarazadas o planeando quedar embarazadas.



FOTO: Artemio Guerra Baz / CUARTOSCURO

## ¿Cuándo realizarse la prueba rápida para detección del VIH?

La rapidez con que una prueba puede detectar la infección depende de diferentes factores, incluyendo el tipo de prueba que se utiliza, así como la etapa de la infección en la que se encuentra, por lo general se recomienda realizarse la prueba rápida de VIH después de tres meses de la fecha de la práctica de riesgo.

Dependiendo de la marca de la prueba rápida pueden tardar de 10 a 20 minutos por lo general en mostrar el resultado.

## ¿Dónde hacerse la prueba de VIH?

El Censida cuenta con una red de servicios especializados en VIH en los cuales se puede obtener, además de consejería, insumos de prevención, detección de ITS y tratamiento sin costo, para ubicar una unidad cercana se puede consultar la siguiente liga: <https://www.google.com/maps/d/u/0/viewer?mid=1YqmjwJkp5dYhFSaosa5iHvIn2HbPDo0u&ll=24.074560714232653%2C-101.92975000000001&z=6>

La aplicación de la prueba de detección de VIH, en cualquier centro que brinde atención

a la salud, debe cumplir los principios de consentimiento, confidencialidad, brindar consejería, dar un resultado correcto y vincular a servicios de prevención y atención en VIH.

## Beneficios de las pruebas rápidas

1. Son pruebas gratuitas, indoloras, confidenciales y seguras.
2. Permite el acceso rápido y gratuito a los tratamientos médicos disponibles hoy en día.
3. El tratamiento adelantado mejora el pronóstico de la enfermedad, alarga la vida y mejora su calidad.
4. Disminuye la posibilidad de transmisión a terceras personas.
5. Facilitan el acceso de las personas infectadas a los servicios existentes para conseguir un idóneo apoyo médico, social, psicológico, así como de prevención.

Para mayor información sobre detección del VIH se puede consultar la Guía para la Detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) disponible en la siguiente liga:

<https://www.gob.mx/censida/es/articulos/guia-para-la-deteccion-del-virus-de-la-inmunodeficiencia-humana-vih-143342?idiom=es>

## Referencias:

- Censida (2018) Guía para la detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), México: Censida/Secretaría de Salud. <https://www.gob.mx/censida/es/articulos/guia-para-la-deteccion-del-virus-de-la-inmunodeficiencia-humana-vih-143342?idiom=es>
- Censida (2006) Manual para la aplicación de pruebas rápidas. México Censida/Secretaría de Salud [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/Manual\\_Aplicacion\\_pruebas\\_rapidas.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/Manual_Aplicacion_pruebas_rapidas.pdf)
- CDC (2019) HIV Testing <https://www.cdc.gov/hiv/testing/index.html>
- WHO (2015) Consolidated Guidelines on HIV Testing Services [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179870/9789241508926\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179870/9789241508926_eng.pdf?sequence=1)

Mtra. Liliana Marisol Ponce Ramos  
Jefa del Departamento de Detección y  
Consejería de la Dirección de Atención  
Integral, Centro Nacional para la Prevención  
y el Control del VIH y el Sida (Censida)

# Bienestar sexual de las y los adolescentes en México

**N**umerosos acuerdos internacionales suscriben los derechos de los adolescentes a una educación sexual, a información apropiada sobre los métodos anticonceptivos y acceso a los mismos y, en definitiva, al ejercicio de su sexualidad. Pero incontables barreras se interponen una y otra vez entre los adolescentes y la posibilidad de un ejercicio sexual responsable e informado: desde la ausencia de una educación sexual apropiada hasta las diversas expresiones -en todos los ámbitos- de normas sociales que censuran la sexualidad adolescente, y fundamentalmente la de las mujeres adolescentes. Prevalece con frecuencia un enfoque de riesgos y de consecuencias negativas asociada a su actividad sexual (Russell, 2005; Diamond, 2006).

El bienestar sexual implica, de acuerdo con Harden (2014), en primer lugar, tener autoestima sexual. En segundo lugar, tener autoeficacia sexual, que se refiere a la habilidad para afirmar los propios deseos y preferencias sexuales frente a la pareja (incluyendo el deseo de no participar en la actividad sexual) y de tomar las precauciones apropiadas contra el embarazo no deseado y las infecciones de transmisión sexual (por ejemplo, el uso del condón). Un tercer elemento del bienestar sexual consiste en experimentar sensaciones de excitación, satisfacción y placer, y el poder reconocer

que uno tiene derecho a estos sentimientos. Y el cuarto componente del bienestar sexual se refiere a tener una sexualidad libre de dolor y ansiedad.

En este trabajo revisamos cuatro actitudes o conductas relacionadas con el bienestar sexual de los adolescentes mexicanos: la aprobación de las relaciones sexuales en adolescentes, la satisfacción con la propia vida sexual, el uso consistente del condón y el rechazo de contactos sexuales no deseados.

## Datos sobre el bienestar sexual de los adolescentes mexicanos

Con base en datos de la Encuesta sobre Noviazgo, Empoderamiento y Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes Estudiantes de Bachillerato en México (ENESSAEP 2014), aplicada a más de 13 mil adolescentes en Morelos, Jalisco y Puebla, exploramos los porcentajes que arrojan los indicadores de estas cuatro dimensiones de bienestar sexual

(ver cuadro 1).

Observamos que, en conjunto, solo el 37% de los adolescentes expresan una clara aprobación de las relaciones sexuales en su grupo de edad, que solo la mitad de ellos tienen un uso consistente del condón y que solo un 28% rechazan los contactos sexuales que no desean. Aun así, el 42% de los adolescentes manifiesta una alta satisfacción con su vida sexual. Por otra parte hay marcadas diferencias por sexo: los varones aventajan a las mujeres en los tres primeros indicadores, con más altos porcentajes de aprobación de la sexualidad adolescente, uso consistente del condón y satisfacción sexual. Por su parte, las mujeres adolescentes son capaces, en mucha mayor medida que ellos, de rechazar sexo no deseado.

Es evidente el papel que juegan los roles de género en la adopción de actitudes y conductas sexuales que pueden favorecer el bienestar sexual de los adolescentes. En ese

Cuadro 1. Distribución de frecuencia de indicadores de bienestar sexual adolescente

	Varones %	Mujeres %	Total %
Alta aprobación de sexualidad adolescente	42.8	29.8	37.0
Alta satisfacción sexual	42.6	40.3	41.6
Uso consistente del condón	52.6	47.1	50.1
Rechaza sexo no deseado	11.1	47.5	27.5

Fuente: ENESSAEP 2014. Cálculos propios

sentido, es preciso destinar recursos para la formulación de programas que promuevan actitudes igualitarias de género, así como el desarrollo de la autoestima, la eficacia y la asertividad en los adolescentes, elementos que les permitan un mayor control de las circunstancias y de las decisiones en torno a su ejercicio sexual. Esta tarea involucra no sólo a los jóvenes, sino a la sociedad en general.

**Dra. Irene Casique Rodríguez**  
 Centro Regional de Investigaciones  
 Multidisciplinarias, Universidad Nacional  
 Autónoma de México (UNAM)  
 Investigadora Titular C  
 Dra. en Sociología  
 con Especialidad en Población



FOTO: Diego Simón Sánchez / CUARTOSCURO



# El cáncer de mama

Es el crecimiento desenfrenado de células malignas en el tejido mamario, que generalmente se detecta como un bulto en la mama.

## Factores de riesgo

- Sobrepeso u obesidad
- Consumo de bebidas alcohólicas
- El hábito de fumar
- Antecedentes de cáncer de mama en madre, hermanas o hijas
- No haberse embarazado o haber tenido tu primer hijo después de los 30 años

## Detección oportuna

La autoexploración a partir de los 20 años

El examen clínico anual, a partir de los 25 años

La mastografía a partir de los 40 a 69 años de edad, cada dos años

El cáncer de mama puede ser tratado con éxito cuando se **detecta a tiempo. ¡Explórate!**

# Una detección oportuna de cáncer de mama salva vidas

Redacción DGCS

**E**l número de defunciones en nuestro país por cáncer de mama ha disminuido, gracias a las campañas implementadas de manera permanente por los sistemas de salud para su detección oportuna por medio de mastografías.

Las autoridades de salud indican que todas las mujeres a partir de los 18 años deben autoexplorarse para conocer sus senos, a partir de los 25 años hacerse una revisión anual con el ginecólogo y cumpliendo los 40 años realizarse una mastografía cada dos años.

En México, se diagnostican 25 mil casos de cáncer de mama al año; de los cuales mueren seis mil 500 mujeres por este padecimiento.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), hacer por lo menos dos horas y media de ejercicio a la semana ayudan a su prevención. Otras medidas básicas es evitar la obesidad, disminuir el consumo de tabaco, así como realizarse chequeos periódicamente.

Las mujeres no son las únicas que pueden padecer cáncer de mama, los hombres también son propensos a este padecimiento; normalmente esta enfermedad es 100 veces

más común entre mujeres que en hombres.

Muchas mujeres se han hecho la pregunta ¿qué provoca el cáncer de mama? Y algunas no lo saben por falta de información o interés sobre el tema.

Conversamos con el doctor Armando Ramírez Ramírez, Jefe de la Unidad de Oncología del Hospital Juárez de México, quien dijo que “en este hospital atendemos alrededor de 300 mujeres anualmente con este padecimiento, el simple hecho de ser mujer y tener más de 40 años es el principal riesgo de padecerlo”, esto debido a que el cáncer es un mal que crece a expensas de un grupo de hormonas sexuales femeninas, los estrógenos. “Ninguna mujer está exenta de tenerlo”,

**Todas las mujeres a partir de los 18 años deben autoexplorarse para conocer sus senos**

aclaró. Explicó que, si a lo anterior le sumamos que hay mujeres que fuman demasiado al igual que tienen un consumo de alcohol excesivo, padecen obesidad o han tenido algún familiar con cáncer, el riesgo es mayor.

También si la mujer tuvo su primer bebé después de los 30 años, ha tomado hormonas vía oral ya sea para tener un control natal o para menopausia, así como quienes han tenido mayores ciclos de menstruación por empezar a una edad temprana e iniciar la menopausia después de los 55 años, todos estos factores dan una mayor probabilidad de tener cáncer de mama.

El doctor Ramírez Ramírez señaló que existen cuatro etapas de este padecimiento, en la fase uno y dos se puede controlar el cáncer hasta llegar a erradicarlo, en la tres y cuatro se controla para alargar la vida de la paciente.

“Anteriormente, la mayoría de las mujeres llegaban a atenderse cuando estaban en etapa tres y cuatro, en la actualidad se atienden mayores casos en etapa uno y dos, gracias a que se hace una detección temprana”, indicó.

Cuando se detecta oportunamente, los tratamientos pueden durar desde un año y medio hasta seis años y medio, dependiendo del organismo de la persona; en cambio, quienes ya están en una etapa avanzada el tratamiento es para siempre y se puede prolongar hasta siete años de vida.

¿Qué pasa después de haberse eliminado el cáncer? “La mayoría de las mujeres piensa que cuando se extrae el tumor quiere decir que ya no hay cáncer, sin embargo, este puede volver a aparecer; una vez que se ha tratado el cáncer se tienen que hacer revisiones de por vida”, agregó.

Explicó que los dos primeros años después de haberse eliminado el tumor existe un mayor riesgo de volver a aparecer. “Se debe hacer un chequeo cada dos meses, una vez cumplidos estos dos, el tercer y cuarto se vuelve al médico cada cuatro meses, en el quinto año cada seis meses y después de esto, se tiene que hacer una revisión cada año”.

“El cáncer de mama es el más recurrente en nuestro país, va a seguir aumentando, no vamos a disminuir el número de pacientes, pero sí estamos aumentando la detección en etapas tempranas y las vamos a curar”, finalizó.



Cortesía: Secretaría de Salud

Entrevista al  
Dr. Armando Ramírez Ramírez  
Jefe de la Unidad de Oncología del  
Hospital Juárez de México

# CAPASITS, ofrecen atención especializada con criterios de igualdad y respeto a personas con VIH

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es un conjunto de signos y síntomas específicos en el espectro de enfermedades que ocurren como consecuencia de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), que ataca principalmente a los linfocitos T llamados CD4+, que son los que coordinan la respuesta inmune mediada por células.



Cortesía: Secretaría de Salud

Redacción DGCS

Los Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención en Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), brindan atención médica integral especializada, de calidad, con criterios de igualdad y respeto; sin discriminación ni estigmatización, tendiente a prevenir y controlar la infección por VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en la población no derechohabiente y personas en situación de vulnerabilidad.

Estos centros de atención ambulatoria, son coordinados por los Servicios Estatales de Salud de cada entidad y fueron creados en 2003. Actualmente se cuenta con 76 unidades distribuidas en todo el territorio nacional, los cuales, en 2018, otorgaron 473 mil 211 consultas de VIH y 61 mil 550 de ITS, de éstas, el 29 por ciento fueron atenciones a población femenina.

Así lo informó el subdirector de Investigación de Modelaje de la dirección de Atención Integral del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida (CENSIDA), Juan René Hernández Rodríguez, quien destacó que estos servicios son gratuitos y brindan a hombres, mujeres, mujeres embarazadas, así como a niñas y niños.

Este modelo de atención tiene, entre sus objetivos, eliminar la transmisión de la

infección por sífilis de la madre a su bebé, reducir los casos de hepatitis B y C, secundarios a transfusiones sanguíneas y trasplantes, disminuir la mortalidad por causas relacionadas con el sida, así como el estigma y la discriminación asociados a prácticas de riesgo.

Además de la atención médica, se otorgan tratamientos antirretrovirales, atención psicológica, estudios de laboratorio y talleres de adherencia terapéutica, todo ello, con el fin de que las personas con VIH, tengan una mejor calidad de vida, tanto en el ámbito laboral como social.

Los CAPASITS cuentan con un equipo médico compuesto por especialistas en diferentes disciplinas como psicólogos y odontólogos, además de personal de enfermería y trabajo social.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es un conjunto de signos y síntomas específicos en el espectro de enfermedades que ocurren como consecuencia de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), que ataca principalmente a los linfocitos T llamados CD4+, que son los que coordinan la respuesta inmune mediada por células.

Al afectar los linfocitos CD4+ y por ende el sistema inmune, se favorece el desarrollo de infecciones oportunistas, neoplasias u otras patologías. Está demostrado que la

terapia antirretroviral mejora la salud de las personas con VIH y con sistemas inmunitarios debilitados.

Para contrarrestar el debilitamiento del sistema inmunitario a las personas se les prescribe una terapia antirretroviral para reducir la carga viral; la evidencia actual demuestra que una persona que es adherente a su tratamiento y se encuentra con una carga viral indetectable reduce la posibilidad de transmitir el virus.

De acuerdo con las estimaciones del Censida, en México hay 230 mil personas con VIH, de las cuales se proporciona tratamiento gratuito en los servicios especializados CAPASITS a 100 mil 693 personas, donde el 79% son hombres y el 21% mujeres.

El pasado mes de mayo la Secretaría de Salud anunció la entrada en vigor en el cambio en el manejo de tratamiento antirretroviral más eficaz, especialmente para personas que presentan resistencia a algunos medicamentos actuales.

La nueva modificación terapéutica está basada en evidencia científica y en la experiencia internacional.

Con esta medida se responde a la necesidad de ofrecer una mejor calidad de vida a las personas que viven con VIH, al proporcionar esquemas terapéuticos más efectivos y seguros.

# Riesgos en la salud adolescente por segundo embarazo

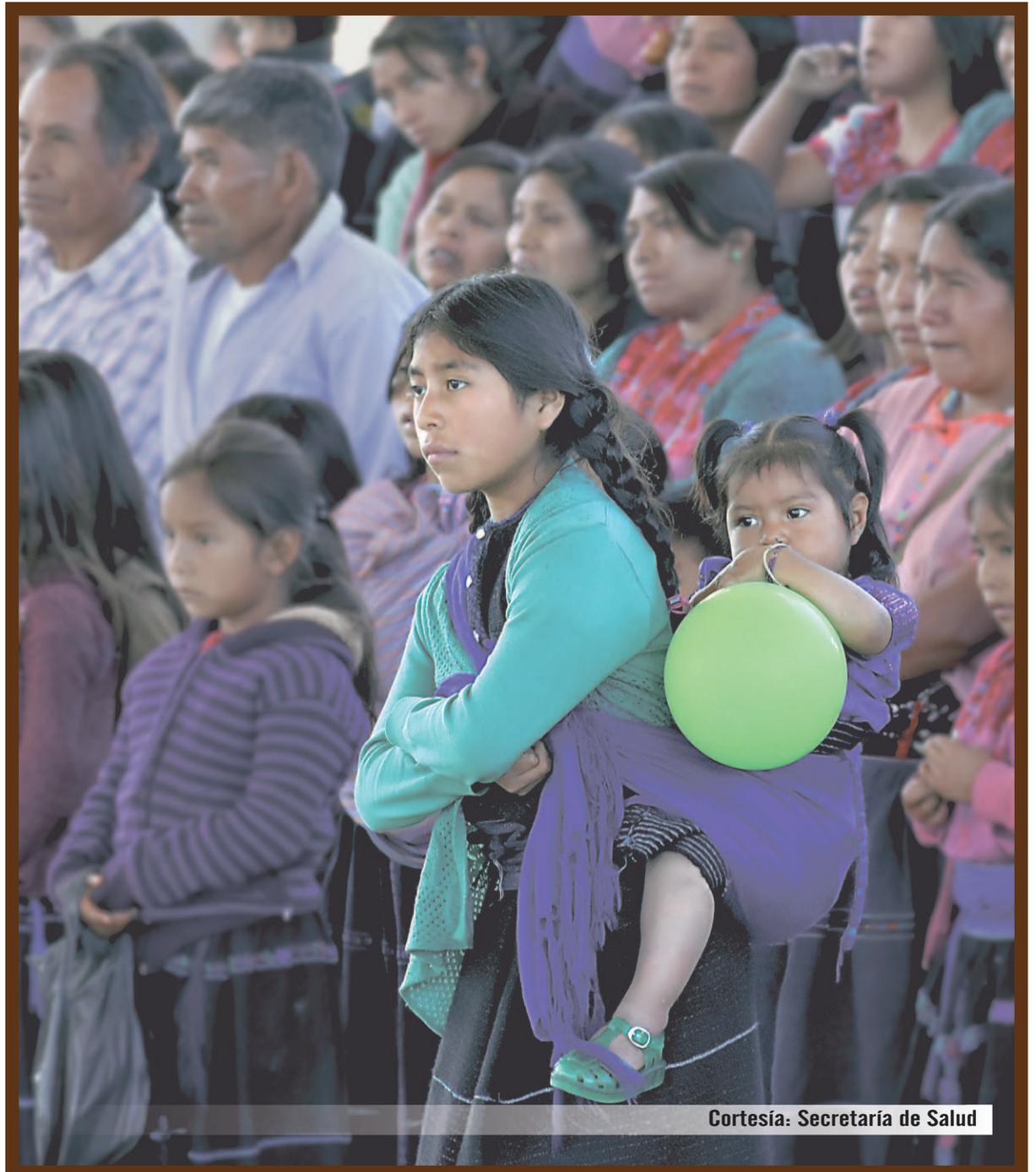
La maternidad adolescente es más común entre las mujeres de grupos vulnerables, y entre éstas, las que tienen más de un embarazo antes de cumplir 20 años, son aquellas con las mayores desventajas. Las madres adolescentes tienen mayor riesgo de experimentar pobreza, marginación y condiciones inadecuadas para el desarrollo humano, así como mayor riesgo de complicaciones del parto, parto prematuro y mortalidad materna.

Un riesgo adicional que implican los embarazos de segundo o mayor orden es el hecho de que más de dos tercios ocurren con un intervalo intergenésico corto, es decir, el tiempo que transcurre entre dos embarazos es menor a 27 meses, lo cual implica un gran riesgo añadido al ya de por sí alto riesgo del embarazo en esta edad, lo que conlleva una alta frecuencia de complicaciones de salud para las madres y sus hijas(os).

Se estima que en México, uno de cada cinco nacimientos entre mujeres de 15 a 19 años, son de segundo orden o mayor. Este porcentaje ha permanecido estable en los últimos 10 años a pesar del amplio contacto de las adolescentes embarazadas con los servicios de salud, pues 98% de los partos de mujeres adolescentes son atendidos por médicos en una unidad de salud y 75% de las madres adolescentes recibe por lo menos cinco consultas prenatales.

Comparadas con las mujeres que tuvieron únicamente un hijo en la adolescencia, aquellas que tuvieron más de un hijo cuentan con menor escolaridad, iniciaron vida sexual a edades más tempranas y se casaron o comenzaron a vivir en pareja más jóvenes.

Una estrategia efectiva para reducir los embarazos de segundo orden o mayor en la adolescencia es proveer anticoncepción post evento obstétrico (APEO) a las madres adolescentes. Esta medida reduce a la mitad la posibilidad de un embarazo de segundo orden o mayor en la adolescencia. De hecho, la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), recomienda en su línea de acción 16 que para prevenir embarazos subsecuentes en la adolescencia se debe fortalecer tanto la calidad de la consejería como la oferta de métodos APEO incluyendo anticonceptivos reversibles de acción prolongada (ARAP). Por lo anterior,



Cortesía: Secretaría de Salud

es importante diseñar e implementar acciones específicas que ayuden a reducir los embarazos de segundo orden o mayor en la

adolescencia, aprovechando el contacto que establecen con el sector salud en el primer embarazo, tomando en cuenta las intenciones reproductivas de las mujeres de este grupo de edad y respetando sus derechos sexuales y reproductivos.

**“En México uno de cada cinco nacimientos entre mujeres de 15 a 19 años, son de segundo orden o mayor. Este porcentaje ha permanecido estable en los últimos 10 años”**

**Celia Hubert**  
 Dirección de Salud Reproductiva  
 Aremis Villalobos  
 Centro de Investigación en Salud Poblacional  
 Filipa De Castro  
 Instituto Nacional de Salud Pública

# ¿Qué es PrEP?

La PrEP (Profilaxis Pre Exposición) es una estrategia de prevención del VIH, la cual consiste en la ingesta diaria y programada de una pastilla (Emtricitabina/Tenofovir) que genera una protección en el organismo de la persona para disminuir las probabilidades de adquirir el VIH en caso de que se exponga al virus.

## ¿Para quién está recomendada la Profilaxis Pre Exposición?

- Hombres que tienen sexo con hombres, mujeres transgénero, así como trabajadoras y trabajadores sexuales.
- Personas con mucha actividad sexual y uso irregular del condón.
- Personas que asisten a fiestas o lugares de reunión con intercambio de parejas sexuales y consumo de sustancias o alcohol antes o al momento de sostener relaciones sexuales.
- Personas que han tenido o tienen alguna Infección de Transmisión Sexual (ITS), particularmente si son recurrentes.
- Personas cuya pareja tiene VIH, se encuentre o no en tratamiento.

## ¿Qué tan efectiva es la PrEP?

En lo que respecta a la efectividad del tratamiento, la Organización Mundial de la Salud apunta que la PrEP previene el VIH en más de un 94%, siempre y cuando haya constancia en el cumplimiento en las tomas diarias por parte de las personas.

## ¿La protección es permanente?

En hombres cisgénero, PrEP alcanza una máxima protección después de siete días de uso diario. Si se olvida tomar por cuatro días o más la protección desaparece; en mujeres transgénero o transexuales la protección se alcanza después de 14 días. PrEP no interfiere en el tratamiento hormonal de mujeres trans.

## ¿Cuáles son los efectos secundarios de la PrEP?

De acuerdo con los compuestos químicos del medicamento, la PrEP puede ocasionar en algunas personas efectos inmediatos como dolor de cabeza, mareos, diarrea, alucinaciones, sueños vívidos, náuseas y/o vómitos. Muchos de estos efectos no duran más de tres ó cuatro días.



FOTO: EFE / SALUD

## ¿Cuál es la diferencia entre la Profilaxis Pre Exposición (PrEP) y Post Exposición (PEP)?

La Profilaxis Post Exposición es una estrategia para prevenir la infección en aquellas personas

deberá tomarla de manera adherente (diariamente a la misma hora) por lo menos mientras se considere en riesgo. La PrEP aún no es un servicio gratuito en el país.

**La OMS apunta que la PrEP previene el VIH en más de un 94%**

que han tenido alguna práctica de riesgo, ya sea una relación sexual no protegida, violencia sexual o por riesgo ocupacional (para personal de salud) y consiste en la toma de tratamiento antirretroviral (Emtricitabina/Tenofovir/Efavirenz) durante treinta días y debe iniciarse antes de transcurridas 72 horas de la práctica de riesgo. La PEP es un servicio que actualmente se proporciona de manera gratuita en México.

Por su parte, la PrEP ayuda a generar una protección de manera previa a las prácticas de riesgo que, si bien no es permanente, la persona

## ¡Importante!

PrEP no es una vacuna y no funciona de la misma forma. Una vacuna le enseña al cuerpo cómo combatir una infección por varios años. PrEP es una píldora que se toma una vez al día, a la misma hora, para generar la protección al VIH.

Recuerda que PrEP es un tratamiento de prevención combinada del VIH y no te excluye de adquirir cualquier otra ITS, por lo que no se debe dejar de usar condón. Tomar PrEP es un acto voluntario y es decisión de cada persona el momento en que decide dejar el tratamiento.

En México, PrEP se comercializa de manera privada. Se espera que en un futuro sea un servicio de salud público.

**Información del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida (Censida)**

# Las parteras profesionales en los servicios estatales de salud de Guerrero: avances y retos

Desde hace varias décadas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido como una de sus líneas principales de trabajo el impulso de la partería profesional. Esto debido a que la evidencia internacional es contundente y clara: las parteras profesionales son esenciales para salvar las vidas de mujeres y recién nacidos, así como para preservar su salud<sup>1</sup>. Además, contribuyen a que las mujeres se cuiden a sí mismas, a sus familias y sus comunidades.

Por ello, desde 2015, el Gobierno del estado ha promovido una política pública para incorporar la partería profesional en los servicios estatales de salud como pilar para mejorar la salud sexual, reproductiva, materna y neonatal, así como para alcanzar la cobertura sanitaria universal. Entre las principales acciones, destacan las siguientes:

**“Las parteras profesionales son esenciales para salvar las vidas de mujeres y recién nacidos, así como para preservar su salud. Además, contribuyen a que las mujeres se cuiden a sí mismas, a sus familias y sus comunidades”**

Guerrero tiene la única escuela pública de partería en México. Esta cuenta con el plan y programa de estudios, acorde para la formación de parteras técnicas profesionales y con Reconocimiento de Validez Oficial de los Estudios (RVOE). A la fecha, se han formado 79 parteras técnicas profesionales, quienes cuentan con título y más de la mitad tienen cédula profesional.

En segundo lugar, la Secretaría de Salud de Guerrero ha contratado al menos 36 parteras, con un salario, prestaciones y espacios dignos, quienes han fortalecido al equipo de salud en la atención del embarazo, parto y puerperio de bajo riesgo, cuidado de la mujer y perinatal, lactancia materna y consejería anticonceptiva.

En tercer término, al menos 11 unidades médicas ubicadas en el estado se han fortalecido con personal capacitado para la atención del embarazo, parto y puerperio y la atención de la persona recién nacida, dentro del ámbito de parto amigable, con enfoque humanizado, seguro e intercultural. En cuarto lugar, se ha promovido la estrategia intercultural de las parteras, ya que proceden de comunidades indígenas, son

descendientes de parteras tradicionales y bilingües, por lo que se ha logrado una atención más accesible, cercana y cálida.

En quinto lugar se ha trabajado sinérgicamente con fundaciones y organizaciones nacionales e internacionales para mejorar la profesionalización y capacitación de nuestras parteras, así como para intercambiar experiencias y mejores prácticas en la materia.

Hoy por hoy, nuestro estado se ha posicionado como referente nacional en la materia. En mayo de 2018, la Secretaría de Salud del estado participó en la 71 Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Ginebra, Suiza, donde compartió esta experiencia exitosa.

Además, en comparación con 2015, en 2018, Guerrero logró reducir en un 50% la mortalidad materna y un 70.3% la mortalidad neonatal. Sin embargo, aún hay un largo camino por recorrer para alcanzar los niveles acordados internacionalmente y aún más para garantizar de forma satisfactoria la calidad en la atención para todas las mujeres y sus recién nacidos.

Entre los retos que debemos superar, se han identificado los siguientes: incorporar a más parteras profesionales que cuentan con cédula profesional en las unidades de salud del estado, reforzar los modelos de capacitación y sensibilización en materia de partería y lograr la completa integración del gremio médico en el conocimiento de la atención del parto humanizado con enfoque intercultural y respetado.

Nuestro compromiso es salvaguardar a cada mujer y cada niño para que puedan vivir plenamente y alcancen su potencial. Si Guerrero capacita y emplea de manera eficaz a las parteras profesionales, las mejoras serán significativas: se reducirá la morbilidad, la mortalidad materna y neonatal, mejorará la calidad de la atención, así como el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

**Dr. Carlos de la Peña Pintos**  
Secretario de Salud del estado de Guerrero y Director General de los Servicios Estatales de Salud



Cortesía: Secretaría de Salud

<sup>1</sup> Entre los estudios que respaldan esta afirmación destacan los siguientes: Organización Mundial de la Salud (2005). *Informe sobre la Salud en el Mundo 2005*. Ginebra; OMS; UNFPA, UNICEF y Banco Mundial (2008). *Declaración conjunta sobre la salud materna y neonatal*. 25 de septiembre de 2008; Bhutta ZA, Lassi ZS, Mansoor N (2010). *The systematic review on human resources for health interventions to improve maternal health outcomes: Evidence from developing countries*. Pakistan: Aga Khan University.

La fundación MacArthur, el Fondo de Población de las Naciones Unidas ( UNFPA), la fundación Kellogs, la Organización Panamericana de la Salud, MSH International, Comité Promotor por una Maternidad Segura, Gynuity Health Projects, fundación del Listón Blanco, Sanse Kantinemi.

# La mayoría de los casos de violencia sexual no son denunciados

Redacción DGCS

**E**n fechas recientes, con el surgimiento del movimiento #Metoo (Yo También) a través de las redes sociales, se abrió un espacio para hacer visibles situaciones de violencia sexual que se reportan, principalmente en diferentes ámbitos laborales.

Este movimiento fue creado por Tarana Burke, en Estados Unidos en 2006, para que las sobrevivientes de violencia sexual, recibieran orientación legal y acompañamiento, con apoyo de una red de defensores y defensoras especializados en esta materia.

Como parte del compromiso interinstitucional para brindar atención psicológica a las personas sobrevivientes de violencia sexual, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) de la Secretaría de Salud, cuenta con el *Programa de Violencia* que incluye diferentes protocolos.

El primero denominado de *Emergencia*, que ofrece apoyo y orientación psicológica dentro de las primeras 72 horas de sucedido el evento. En el segundo protocolo se otorga apoyo, consejería y recuperación a mujeres que han sufrido violación sexual, después de las 72 horas de ocurrido el evento. El último protocolo se proporciona a quienes se encuentran viviendo una situación de violencia en pareja y dentro de la cual, además existe el componente de violencia sexual. O bien, cuando desde un principio la persona refiere haber vivido violencia sexual en algún momento de su vida.

Para la atención médica a la violencia sexual, se cuenta con esquemas para profilaxis post exposición al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en personas de 13 años y más, y otro para menores de 13 años, así como el otorgamiento de anticoncepción de emergencia en las primeras 120 horas, para reducir los embarazos producto de violación.

De acuerdo con la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida libre de Violencia, el *hostigamiento sexual* –donde existe en una relación de subordinación real de la víctima frente al agresor en los ámbitos laboral y/o escolar- y *acoso sexual* - una forma de violencia en la que no existe la subordinación, pero hay un ejercicio abusivo de poder que conlleva a un estado de indefensión y de



FOTO: María José Martínez / CUARTOSCURO

**“En el último año, solo 4.6 por ciento de las mujeres denunciaron o pidieron ayuda, tras sufrir hostigamiento sexual”**

riesgo para la víctima-, son conductas sancionadas por la ley, que afectan a la población en cualquier edad, apariencia física, condición social y género. <http://cerotolerancia.inmujeres.gob.mx/>.

Este comportamiento se considera como grave, debido al daño que causan en tres niveles: el psicológico, que provoca duda, depresión, ansiedad, fatiga, falta de motivación, dificultad en la concentración, baja autoestima y relaciones personales restringidas.

En el aspecto fisiológico: náuseas, disturbios del sueño y dolores de estómago y cabeza. Finalmente, problemas en el ámbito laboral: reducción de la satisfacción con el trabajo, estrés, ausentismo, cambio de carrera

o trabajo y disminución en la productividad.

La mayoría de los casos no son denunciados, principalmente por que la víctima considera que la situación que vive no tiene importancia o porque no identifican que vive una condición de violencia (28.8%).

Otros factores son el miedo ante las posibles consecuencias que conlleva el verbalizar la situación (19.8%); por vergüenza o por sentir culpa (17.3%); por desconocer cómo y dónde denunciar (14.8%); por sus hijos/as (11.4%); porque no quería que su familia se enterara (10.3%); por desconfianza en las autoridades (6.5%) y porque no sabía que existían leyes para sancionar la violencia (5.6%).

De acuerdo con información de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016, el acoso es frecuente en calles y parques, mientras que el hostigamiento ocurre más, en los ámbitos laboral y escolar.

También reveló que, en el último año, solo 4.6 por ciento de las mujeres denunciaron o pidieron ayuda, tras sufrir hostigamiento sexual y acoso sexual en su ámbito laboral.

**Fuentes:**

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (Cnegsr)  
Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres)

# Salud sexual y reproductiva, uno de los pilares del Insabi

**E**n México, la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de las Mujeres refieren que el 23% de las y los adolescentes inician su vida sexual entre los 12 y 19 años. De estos, 15% de los hombres y 33% de las mujeres no utilizaron ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual. En nuestro país ocurren al año 340 mil nacimientos en mujeres menores de 19 años.

El Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de julio del año 2019, en el cual se estableció que el gobierno federal realizará las acciones necesarias para garantizar que hacia 2024 todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos el suministro de medicamentos y materiales de curación y los exámenes clínicos.

Estos objetivos se lograrán mediante la creación de un organismo denominado Instituto de Salud para el Bienestar, que dará servicio en todo el territorio nacional a todas las personas no afiliadas al IMSS o al ISSSTE. La

atención se brindará en atención a los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural, trato no discriminatorio, digno y humano.

En este mismo plan se hace énfasis en que se priorizará la prevención de enfermedades mediante campañas de concientización e inserción en programas escolares de temas salud sexual y reproductiva.

Asimismo, el gobierno federal continúa impulsando la Estrategia Nacional para la

**“El objetivo general de la ENAPEA es reducir el número de embarazos en adolescentes en México, respetando los derechos humanos, en particular los sexuales y reproductivos”**

Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), ya que se ha vuelto prioritario en México ya que ocupa el primer lugar entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) con una tasa de fecundidad de 77 nacimientos por cada mil adolescentes de 15 a 19 años de edad.

La Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), surge del trabajo conjunto de 16 dependencias del Gobierno federal y de la participación de organizaciones civiles, de organismos internacionales y académicos, en esta temática.

El objetivo general de la ENAPEA es reducir el número de embarazos en adolescentes en México respetando los derechos humanos, en particular los sexuales y reproductivos.

A lo anterior se ha sumado la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, a la cual pertenezco, donde hemos impulsado mesas de análisis y discusiones que se han desarrollado en torno a la iniciativa que crea el Instituto de Salud para el Bienestar, buscando garantizar entre otros, los derechos de la salud sexual y reproductiva para todos los mexicanos y resolver dicha problemática.

Es importante señalar que en la exposición de motivos de tal iniciativa los derechos de referencia se garantizarán de manera progresiva y en colaboración con las entidades federativas, lo cual lo convierte en un tema que está siendo considerado por los diferentes niveles de órdenes de gobierno en México.

Esperamos pronto sean aprobadas las reformas que promovemos en la Cámara de Diputados para abonar a la salud sexual y reproductiva de las y los mexicanos.

**Diputado Arturo Hernández Tapia**  
**Secretario de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados**



FOTO: Marco Polo Guzmán Hernández / CUARTOSCURO

# Resoluciones relevantes en materia de Interrupción Legal del Embarazo



FOTO: Moisés Pablo / CUARTOSCURO

**A**l día de hoy, persiste en nuestro país un amplio debate sobre la interrupción del embarazo, en tanto que incide sobre la esfera, respetable sin lugar a dudas, de la ética, la moral y la religión de cada individuo; no obstante, desde una perspectiva estrictamente jurídica, consideramos que el tema debe discutirse exclusivamente a la luz de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Desde la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994, y la Plataforma de Acción de Beijing de 1995, ya se planteaba la penalización del aborto como una restricción de los derechos humanos de las mujeres y se urgía a los Estados a efectuar un análisis de la falta de justicia reproductiva, en detrimento de la vida

**“En caso específico de violación, las instituciones de salud deben prestar el servicio de interrupción voluntaria del embarazo con solo presentar una solicitud por parte de la mujer mayor de 12 años de edad, en donde bajo protesta de decir verdad, manifieste que dicho embarazo es producto de una violación”**

y la salud de este grupo vulnerable de la población. Más recientemente, en 2013, en el marco del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, se hizo hincapié en “eliminar las causas prevenibles de morbilidad y mortalidad materna [...] para prevenir y evitar el aborto inseguro”.

Previo al análisis de algunas de las resoluciones de carácter jurídico más relevantes que, en la materia y en fechas muy recientes se han dictado en nuestro país, cabe distinguir entre dos conceptos que usualmente se utilizan de forma indistinta: el de Interrupción Legal del Embarazo (ILE), como hecho no punible a la luz del derecho penal, para diferenciarlo del aborto, como tipo penal regulado a nivel local en México. Ahora bien, nos ocuparemos del tema de la ILE en dos vertientes: aquella a la cual tiene

derecho una mujer que ha sido víctima de violencia sexual, y a la que puede acceder cualquier mujer antes de las 12 semanas de concepción, por cualquier motivo.

La distinción entre ILE y aborto surge de la reforma que, en 2007, despenalizó el aborto en la Ciudad de México (CDMX) dando lugar a la implementación del Programa de Interrupción Legal del Embarazo. Esta distinción entre el concepto de ILE y aborto es fundamental. Cabe recordar que, en México el aborto como tipo penal se regula a nivel local y considera excluyentes de responsabilidad establecidos en los códigos penales de cada entidad federativa. En ese tenor, el hecho de que recientemente también el Código Penal de Oaxaca considere que el aborto ocurre con posterioridad a la semana 12 de gestación, constituye un avance en la no criminalización de la interrupción del embarazo antes de dicha fecha.

**Interrupción legal del embarazo por violencia sexual**

El 16 de abril de 2009 fue publicada la modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSAI-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, para quedar como NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres; criterios para la prevención y atención (NOM-046), señalando en su parte introductoria que “por su alta prevalencia, efectos nocivos e incluso fatales, la violencia familiar y sexual es un problema de salud pública que representa un obstáculo fundamental para la consolidación efectiva de formas de convivencia social, democrática y

con pleno ejercicio de los derechos humanos.”

Ahora bien, en sesión del pasado 5 de agosto de 2019, la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) desechó dos proyectos de Controversias Constitucionales contra el Poder Ejecutivo Federal: la 53/2016, promovida por el Poder Ejecutivo del Estado de Baja California y la 45/2016, promovida por el Poder Legislativo del Estado de Aguascalientes, que proponían invalidar la NOM-046 al considerar que no se habían cumplido los requisitos previstos en la Ley Federal de Metrología y Normalización para modificar una norma de este tipo. La SCJN no obstante, señaló que el señalamiento de invalidez no era correcto dado que no se pretendió crear nuevos requisitos o procedimientos, sino únicamente ajustarla a lo dispuesto en la Ley General de Víctimas (LGV), facilitando el acceso de mujeres y niñas a la interrupción voluntaria del embarazo cuando hayan sido víctimas de violencia sexual.

Es decir, la SCJN confirmó la validez de la NOM-046 mediante la cual se ordenó a todos los hospitales públicos o privados interrumpir embarazos que sean resultado de una violación, sin necesidad de que la víctima denuncie el delito ante el Ministerio Público ni de verificar si el delito realmente existió. La mayoría de los ministros señalaron que dicha norma tiene su base legal en la LGV, donde se garantiza a quienes sufren de una violación y queden embarazadas, que puedan ir a un hospital a practicarse la ILE. En el pleno de la Corte, fue el Ministro Presidente, Arturo Zaldívar, quien enfatizó en que el Alto Tribunal debe defender en todo momento el derecho de la mujer a decidir sobre su vida sexual y reproductiva. De hecho, la NOM-046 señala

no solamente a la violación como fuente de violencia, sino que se refiere al maltrato sexual, señalando que “es la acción mediante la cual se induce o se impone la realización de prácticas sexuales no deseadas respecto de las cuales se tiene la imposibilidad para consentir.” La Norma en cuestión establece que las instituciones prestadoras de servicios de atención médica, deben ofrecer de inmediato y hasta en un máximo de 120 horas después de ocurrido el evento, la anticoncepción de emergencia, dando previamente la información completa sobre la utilización de este método.

Asimismo, en caso específico de violación, las instituciones de salud deben prestar el servicio de interrupción voluntaria del embarazo con solo presentar una solicitud por parte de la mujer mayor de 12 años de edad, en donde bajo protesta de decir verdad, manifieste que dicho embarazo es producto de una violación. En el caso de que la mujer sea menor de 12 años, es decir una niña, la solicitud debe ser presentada por el padre, madre, o tutor (a). El personal de salud que participe en el procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo no está obligado a verificar el dicho de la solicitante, y se eliminó el requisito de la autorización previa de la autoridad competente.

De esta forma, la garantía del derecho al aborto médico por violencia sexual, es una realidad en todas y cada una de las entidades federativas del país, siendo de observancia obligatoria para las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, así como para los prestadores de servicios de salud de los sectores público, social y privado que componen dicho Sistema Nacional de Salud en términos del artículo 5º de la Ley General de Salud, y su incumplimiento trae consigo sanciones penales, civiles o administrativas.

**Interrupción legal del embarazo por de cualquier causa**

La CDMX y, mucho más recientemente, Oaxaca, son las únicas dos entidades federativas del país en las que se garantiza el derecho de las mujeres a decidir sobre su propio cuerpo mediante la ILE, durante las primeras 12 semanas de gestación, en cualquier caso.

El 27 de abril de 2007, ante la lucha de movimientos feministas que evidenciaron que la penalización del aborto es un asunto de justicia social e implica la criminalización del derecho de las mujeres a decidir sobre sus propios cuerpos, así como una discriminación en cuanto al disfrute del derecho a la sexualidad de las mujeres y las niñas como grupo particularmente vulnerable de la población, se logró el reconocimiento de los derechos reproductivos de las mujeres



FOTO: Moisés Pablo / CUARTOSCURO

mediante la aprobación de la ILE en la CDMX.

Dicha aprobación se llevó a cabo en un contexto similar al que actualmente se vive en la mayoría de los estados de la República, en donde el aborto inseguro representa un problema de salud pública, ya que es una importante causa de morbilidad y muerte materna. Según la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016, se reporta que 9.4 millones de mujeres de 15 a 49 años dijo haber estado embarazada en los últimos 5 años; de éstas, poco más de un millón dijo haber tenido al menos un aborto<sup>1</sup>.

acceder al más alto nivel de salud reproductiva posible y el acceso a información sobre reproducción asistida”, lo cual constituyó en su momento en un gran avance en beneficio de los derechos humanos de las mujeres.

Más recientemente, la reforma integral que contempla modificaciones al artículo 12 Constitucional y al Código Penal de Oaxaca, aprobada apenas el pasado 25 de septiembre de 2019, permite la interrupción del embarazo antes de la semana 12, e incrementa las penas para quienes hagan abortar a una mujer sin su consentimiento, agregando la causal de inseminación artificial

siempre y cuando ello ocurra antes de la semana 12 de gestación. De acuerdo con cifras de la Secretaría de Salud de Oaxaca, al año se practican 2,300 abortos clandestinos en la entidad; sin embargo, se estima que por cada uno de los que se tiene conocimiento, hay cuatro de los que no se tiene registro, por lo que la cifra podría ser de más de 9,200 abortos al año. En total, la cifra ascendería a 11,500 abortos. De éstos, la mayoría se realizan en condiciones insalubres e inseguras<sup>2</sup>.

Por otro lado, a la mujer que aborte o consienta que alguien la haga abortar después de las 12 semanas de embarazo, la sanción será de tres a seis meses de prisión o de 100 a 300 días de trabajo a favor de la comunidad. Igual pena se establecerá a quien haga abortar a la mujer con su consentimiento. Anteriormente, la penalidad era de seis meses a dos años de prisión y no existía la posibilidad de trabajo comunitario como sanción.

Hoy, a más de una década de la despenalización del aborto en la CDMX y a menos de un mes de su aprobación en Oaxaca, “parece necesario reflexionar sobre las estrategias para fortalecer institucionalmente el Programa de ILE y garantizar el acceso amplio y oportuno a todas las mujeres que necesitan sus servicios. Estas estrategias implican asegurar el acceso cada vez más temprano de las mujeres; difundir información entre las mujeres socialmente más vulnerables para que lleguen oportunamente a los servicios dentro de las primeras 12 semanas del embarazo; favorecer el acceso a la ILE –más allá de este límite gestacional- bajo todas las causales previstas por la ley y con la interpretación más amplia posible de la misma, de acuerdo al principio pro persona...”<sup>3</sup>

En conclusión, las recientes resoluciones en comento, tanto la validación de la NOM- 046 por parte de la SCJN, como la aprobación de reformas al sistema normativo de Oaxaca, inciden en el acceso efectivo de las mujeres a sus derechos sexuales y reproductivos y a la eliminación de estereotipos de género y discriminación.



FOTO: Moisés Pablo / CUARTOSCURO

Es importante hacer notar que, insistimos desde el punto de vista estrictamente jurídico, este derecho humano está en concordancia con la protección del derecho de las mujeres a la maternidad libre y voluntaria, donde el bien jurídico tutelado es la libertad de las mujeres para decidir sobre su vida y su reproducción.

En este sentido, cabe destacar que la Constitución de la CDMX garantiza este derecho para todas las personas en su artículo 6, “Ciudad de libertades y derechos, F. Derechos reproductivos”, que señala: “Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, voluntaria e informada tener hijos o no, con quién y el número e intervalo entre éstos, de forma segura, sin coacción ni violencia, así como a recibir servicios integrales para

no consentida y disminuyendo la penalidad a mujeres que cometan el delito de aborto.

La reforma de Oaxaca precisa que la protección a la vida humana quedará “desde el momento en que es considerada persona” y no desde la fecundación, como se encontraba establecido desde 2009. En el Código Penal se modificó el artículo 312 para considerar aborto como “la muerte inducida del producto de la concepción después de la décima segunda semana de gestación” y no en cualquier momento de la preñez, como estaba plasmado anteriormente.

De esta manera, las mujeres en Oaxaca pueden interrumpir su embarazo bajo cualquier razón, incluso las que no están contempladas en las causales permitidas,

**Mtra. Maricela Lecuona González**  
Agogada General de la  
Secretaría de Salud

<sup>1</sup> “Usando la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, ENOE... Sólo el 15% de las mujeres mexicanas de entre 25 y 29 años pueden costear un aborto clandestino en una clínica privada cuyo costo promedio es de 5 mil pesos, y con tal costo, sólo al 5.3% de las mujeres menores de 25 años les alcanza para acceder a tal práctica clandestina e ilegal...” Iniciativa con proyecto de Decreto por el que se reforman diversas disposiciones en materia de interrupción legal del embarazo, Grupo Parlamentario de Morena, Congreso del Estado de Oaxaca, LXIV Legislatura.

<sup>2</sup> Loc. Cit.

<sup>3</sup> Schaivon Ermani, R. y González De León Aguirre, D., “Avances y retos de los servicios de interrupción legal del embarazo en la Ciudad de México”. Rev. Coyuntura Demográfica, núm. 11, 2017. <http://www.somede.org/coyuntura-demografica/pdf/numero11/shiavon-ermani-raffaella-deyanira-gonzalez-leon-aguirre.pdf>

# Jornadas de vasectomía sin bisturí en la UMF N° 66 de Xalapa

Los métodos anticonceptivos definitivos son procedimientos quirúrgicos que no impiden a la mujer o al hombre continuar con su vida sexual, ambos procedimientos: Oclusión Tubaria Bilateral (salpingoclasia) y Vasectomía, son procedimientos ambulatorios cuyo tiempo de cirugía dura aproximadamente 30 minutos y no requiere de hospitalización.

En la Unidad de Medicina Familiar (UMF) Número 66, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en Veracruz Norte, se realizan Jornadas de Vasectomía sin Bisturí, en las que se practican exitosamente intervenciones quirúrgicas del mencionado método de planificación familiar definitivo.

La vasectomía sin bisturí es un método de planificación familiar adaptado exclusivamente para el hombre, el cual consiste en la oclusión bilateral de los conductos deferentes, que son los encargados de transportar los espermatozoides hacia el exterior.

Dicho procedimiento quirúrgico no requiere de ningún tratamiento previo o dieta, tampoco son necesarios estudios preoperatorios y posteriores al procedimiento; después de la intervención son necesarias seis horas de reposo, durante las cuales el paciente puede levantarse y desempeñar algunas de sus actividades cotidianas. Transcurridas 48 horas ya se puede bañar y hacer sus labores normales.

Las ventajas de este método es que es una intervención sencilla que no provoca dolor,

aunque puede causar molestias durante unos días; es el anticonceptivo más seguro para el hombre, si se tiene claro que no se desea tener más hijos; no interfiere en la relación sexual, ni en la capacidad de erección, ni en la libido.

No afecta en la capacidad del hombre para alcanzar el orgasmo y las relaciones sexuales se pueden retomar una semana después de la intervención con una favorable evolución postquirúrgica.

En este sentido, el señor Edgar, originario de Xalapa, Veracruz, de 32 años de edad, tiene dos hijos, una niña de 10 años y un niño de ocho, respecto a su experiencia dijo: “ya tengo mi familia hecha, mi proyecto de vida era tener dos hijos y ya los tengo. Junto con mi esposa decidí planificar, para ya no tener más hijos”. “No se siente nada de dolor, solo un pequeño piquete por la anestesia, estoy muy contento. Tiene apenas unas horas que me

hicieron la vasectomía y estoy sin dolor alguno. Tengo que estar dos días en reposo, como me lo indicó el doctor, pero no es nada del otro mundo”, comentó.

“Estoy muy agradecido con el IMSS por el trato que me dieron, el desempeño que tuvieron los médicos fue muy bueno”, manifestó Edgar. **(VER CUADRO)**

UMF 66		
Vasectomía sin bisturí		
No:	Bimestre	Vasectomías realizadas
1	Marzo	13
2	Mayo	11
3	Junio	10
4	Julio	32
5	Septiembre	9
6	Noviembre	pendiente
Total		75

“La vasectomía sin bisturí es un método de planificación familiar adaptado exclusivamente para el hombre, el cual consiste en la oclusión bilateral de los conductos deferentes, que son los encargados de transportar los espermatozoides hacia el exterior”

Para llevar a cabo las mencionadas jornadas, es necesaria la participación de un equipo multidisciplinario: de médicos, personal de enfermería, trabajo social, asistentes médicas y de limpieza e higiene.

En síntesis, una buena salud sexual y reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo. Entraña la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, además de la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia.

Para mantener la salud sexual y reproductiva, las personas necesitan tener acceso a información veraz y a un método anticonceptivo de su elección que sea seguro y eficaz. Estar informadas y empoderadas para autoprotgerse de infecciones de transmisión sexual. Y cuando decidan tener hijos, las mujeres deben disponer de servicios que las ayuden a tener un embarazo adecuado, un parto sin riesgo y un bebé sano.

Mtro. Candelario Pérez Alvarado,  
Delegado Regional en Veracruz Norte  
del Instituto Mexicano del  
Seguro Social

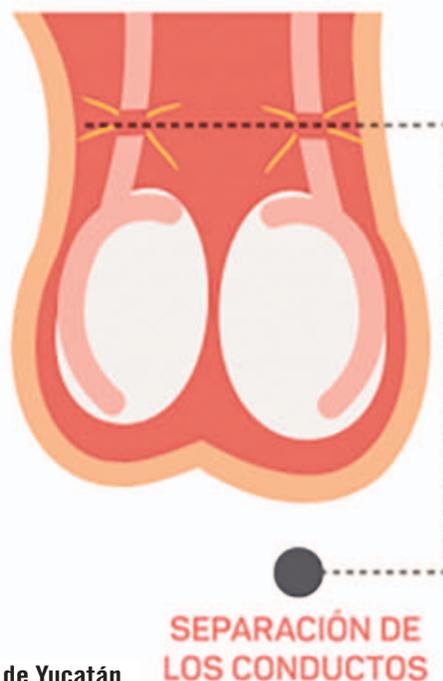
## CUIDADOS POSTERIORES

**48 hrs.** Después, puedes realizar tu trabajo sin esfuerzo físico.

**7** Evita esfuerzos físicos y relaciones sexuales los primeros 7 días.

**A los 15 días** puedes practicar deporte.

**Al terminar la cirugía,** regresa a casa sin esfuerzos físicos.



Cortesía: Secretaría estatal del estado de Yucatán

# Acciones de la Secretaría de Salud de Veracruz para fortalecer la salud sexual y reproductiva



FOTO: Isaac Esquivel / CUARTOSCURO

La complejidad del estado de Veracruz, la dan sus leyes, su heterogeneidad territorial, étnica, cultural, económica, social y por supuesto, su gente.

Es un estado inmensamente rico, pero con marcadas desigualdades sociales, donde el 39% de la población habita en localidades rurales, con 212 municipios, 12 de ellos con el mayor rezago social.

El Modelo de Salud Veracruzano actual, retoma entre muchos elementos, privilegiar la atención primaria como eje central para caminar rumbo a la universalidad de los servicios de salud en Veracruz, los que tenemos la responsabilidad de hacer efectivo el acceso a la salud para todos, reconocemos la urgente necesidad de fortalecer la medicina preventiva sobre la curativa y adecuar modelos operativos con el fin de responder al desafío de construir un sistema de salud, moderno, con rostro humano, innovador y progresista; insertarlo en el proyecto de nación que los mexicanos

con una enorme esperanza anhelamos.

Resulta poco espacio para describir nuestro modelo de salud y de los retos que plantean las enfermedades crónico-degenerativas, pero más las relacionadas a la salud sexual y reproductiva, traduciéndose en embarazos en adolescentes, muerte materna, presencia galopante de VIH/SIDA, violencia de género, feminicidios, crímenes de odio por ejercer la sexualidad con libertad, muertes por aborto practicados en la clandestinidad, esta es la realidad.

Nuestro modelo de salud insertado en el Plan Nacional de Desarrollo, contempla acciones en los siguientes ejes:

## -Preventivas.

A través de 712 Centros de Salud donde la Promoción de la Salud en este primer nivel, haciendo énfasis en el universo de enfermedades ya referidas que tienen que ver con el sexo y la reproducción y con la indudable participación de parteras

tradicionales y un ejército de promotoras de salud.

## -Curativas- resolutivas.

Infraestructura en salud en segundo y tercer nivel representados por 59 hospitales ubicados estratégicamente en el territorio veracruzano, donde la muerte materna es combatida con transportación aérea y el fortalecimiento con la figura de la anfitriona intercultural, unidades mater y un plan que nos ha permitido enfrentarnos a este problema de salud.

## -Proceso de atención a víctimas de violencia sexual en las unidades.

## -Gestión hospitalaria transparente que se traduce en calidad de la atención.

Dr. Roberto Ramos Alor  
Secretario de Salud y Director de los  
Servicios de Salud de Veracruz

# Diabetes gestacional

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica, grave que se presenta cuando el páncreas no produce suficiente cantidad de insulina (hormona que regula el nivel de glucosa en sangre) o cuando el organismo no puede utilizar de manera correcta la insulina que produce. Cuando este padecimiento ocurre durante el embarazo se llama diabetes gestacional.

La diabetes gestacional es una complicación del embarazo que se ha incrementado en los últimos años, debido a que existe un número mayor de mujeres con sobrepeso (obesidad) y malos hábitos alimenticios que al embarazarse pueden sufrir este padecimiento. Se estima una prevalencia de alrededor del 10% en nuestra población.

Las complicaciones fetales y maternas se incrementan con este padecimiento (diabetes gestacional); sin embargo, estas complicaciones pueden disminuir con un diagnóstico temprano y vigilancia prenatal adecuada.

## Las principales complicaciones materno-fetales son:

- Malformaciones fetales
- Macrosomía fetal (feto más grande para la edad gestacional y mayor de 4 kilos al nacer)
- Polihidramnios (incremento del líquido amniótico)
- Nacimiento prematuro (riesgo 4.8 veces mayor)
- Óbito (muerte fetal intrauterina 2.6 veces mayor)
- Hipotonía uterina o atonía que condicionan
- Hemorragia obstétrica (sangrado mayor al esperado cuando se resuelve el embarazo)
- Cesárea con mayor posibilidad de infección de herida o parto difícil con riesgo de trauma obstétrico
- Preeclampsia o eclampsia

Es necesario llevar control prenatal, adecuado, basado en mantener los niveles de glucosa en sangre en límites entre 70 a 105 mg/dl en ayuno y postprandial a las dos horas por debajo de 120 mg/dl.

El plan de alimentación y el ejercicio son parte fundamental en la vigilancia prenatal, en la mayoría de los casos. Entre el 15 al 20%, cuando no se logra controlar con dieta, requerirán insulina.

La insulina es el medicamento de elección para tratar la hiperglucemia en la mujer diabética con embarazo, porque no atraviesa la placenta como lo hacen los hipoglucemiantes orales (metformina y la gliburida), por lo tanto, estos últimos no son los fármacos de elección cuando la dieta no es suficiente para el control o no hay buena respuesta (Diabetes Care. 1° enero 2019) (American Diabetes Association 2019, ADA)

La vigilancia del desarrollo del feto, su bienestar y el incremento de peso en la madre durante esta etapa son condiciones que permiten evaluar el desarrollo de un embarazo.

La paciente con diabetes durante el embarazo que no llevó un buen control tendrá un incremento importante de riesgo de terminar con preeclampsia y/o eclampsia, o alguna de las complicaciones fetales enlistadas anteriormente, situación que compromete la vida de ambos, madre y feto.

Es recomendable otorgar método de planificación familiar en estas pacientes con la finalidad de postergar el siguiente embarazo hasta lograr un adecuado control metabólico (dieta, ejercicio y peso), ya que la mujer que presentó diabetes gestacional y no lleva un adecuado control, aumenta el riesgo de que la diabetes se haga un padecimiento crónico.

Los hijos de madres con diabetes gestacional incrementan el riesgo de padecer diabetes. Por lo que deben ser vigilados y controlados desde la temprana infancia.

En 2015 en Inglaterra, el Instituto Nacional para la Salud y Excelencia en la Atención (NICE), publicó que el 87.5% de los casos de diabetes mellitus en el embarazo se deben a la presencia de diabetes gestacional en un embarazo previo.

Por estos riesgos y los inherentes a las consecuencias de una diabetes gestacional, se recomienda que las mujeres que desean embarazarse acudan al médico para conocer su estado de salud, sus condiciones metabólicas, control de peso, con especial atención a pacientes quienes fueron diagnosticadas con diabetes gestacional, o tuvieron un hijo macrosómico (más de cuatro kilos) o una muerte fetal.

**Dr. Ernesto Calderón Cisneros**  
 Coordinador de Programas  
 Médicos de la División de Atención  
 Gineco-obstétrica y Perinatal del  
 Instituto Mexicano del Seguro Social



FOTO: EFE / SALUD

# El cáncer cervicouterino es curable si se detecta a tiempo

Redacción DGCS

**C**on acciones de promoción de la salud en 12 municipios de la región, la Secretaría de Salud del estado de Veracruz, a través de la Jurisdicción Sanitaria I de Pánuco, contribuye para que la población femenina detecte oportunamente el cáncer cervicouterino y otras enfermedades.

El personal de esta unidad médica monitorea a sus pacientes para detectar cualquier anomalía en el cuello de la matriz e instruye para que conozcan los factores de riesgo para desarrollar cáncer.

Estas acciones forman parte de los esfuerzos para hacer frente a este problema de salud pública, ya que el cáncer de cuello uterino es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer en el estado.

Esta enfermedad se asocia a la infección por el Virus de Papiloma Humano (VPH), el cual se transmite por contacto sexual, que afecta a 8 de cada 10 personas (hombres y mujeres) en algún momento de la vida; sin embargo, solo una de cada mil mujeres con infección por este virus puede desarrollar cáncer.

La responsable estatal del programa de cáncer cervicouterino, Martha Lilia Flores Guzmán, indicó que los factores de riesgo para desarrollar cáncer es ser mujer, estar dentro del grupo de 25 a 64 años de edad, iniciar relaciones sexuales antes de los 18 años y tener antecedentes de enfermedades de transmisión sexual no tratadas.

También el tabaquismo, la desnutrición, deficiencia de antioxidantes, uso de hormonales orales, tener múltiples parejas y número elevado de embarazos, son factores que favorecen el desarrollo de la infección por VPH a cáncer de cuello uterino.

Flores Guzmán reiteró que es importante identificar a la población objetivo: pacientes de 25 a 64 años de edad.

A las mujeres de 25 a 34 años de edad se les realiza el Papanicolaou o la citología cervical convencional. Mientras que a las de 35 a 64 años se les practica la prueba del Virus del Papiloma Humano, a través de la técnica de reacción en cadena de la polimerasa (PCR).

El cáncer de cuello uterino es la única neoplasia - formación anormal de tejido - prevenible al 100 por ciento, mediante la vacunación contra el virus del papiloma humano que protege contra los tipos de VPH asociados



**“El cáncer de cuello uterino es la única neoplasia - formación anormal de tejido- prevenible al 100 por ciento, mediante la vacunación contra el virus del papiloma humano que protege contra los tipos de VPH asociados al 70 por ciento de los cánceres”**

al 70 por ciento de los cánceres, uso de condón que reduce la transmisión de este virus, detección y tratamiento de lesiones precancerosas.

La vacuna contra el virus del papiloma humano puede reducir significativamente el riesgo de cáncer cervicouterino. Por ello, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomienda inmunizar a las niñas de 9 a 14 años, edad en que la vacuna es más efectiva.

Además, entre las medidas de prevención que recomienda la Organización Mundial de la

Salud (OMS), se encuentran informar a la población sobre educación sexual, adaptada a la edad y la cultura, fomento del uso de preservativos y suministro de éstos a quienes tengan relaciones sexuales.

La OMS también recomienda que las mujeres que tengan actividad sexual deben someterse a partir de los 30 años de edad a pruebas que permitan detectar células anormales o lesiones precancerosas en el cuello del útero.

La especialista aseguró que el cáncer cervicouterino es curable si se detecta a tiempo, a través de los métodos de tamizaje como la prueba del Virus del Papiloma Humano.

Agregó que en las jurisdicciones sanitarias de la entidad se hace promoción de la salud a través de material gráfico como trípticos y dípticos, además de revisión de las cartillas de salud para identificar a aquellas mujeres que necesitan o son candidatas para llevarse a cabo la prueba de Papanicolaou y del VPH.

El cáncer de cuello uterino es el crecimiento, desarrollo y multiplicación de manera desordenada y sin control de las células del cuello del útero o matriz. Este padecimiento provoca sangrado, dolor pélvico y pérdida de peso.

**Fuentes:**

- [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5420:2018-cervical-cancer&Itemid=3637&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5420:2018-cervical-cancer&Itemid=3637&lang=es)
- <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/cancer-de-cuello-uterino>
- <http://www.veracruz.gob.mx/2019/09/06/fomenta-secretaria-de-salud-prevencion-del-cancer-cervicouterino/>
- [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)

Entrevista a la Dra. Martha Lilia Flores Guzmán, responsable estatal del Programa de Cáncer Cervicouterino en Veracruz

# Salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas

La atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres hablantes de lengua indígena (HLI)<sup>1</sup> continúa representando un desafío complejo. En esta tarea se conjugan factores que explican un menor acceso no solo a la salud sexual y reproductiva, sino a la salud en general y a la educación. Dicho rezago tiene sus raíces en las condiciones de precariedad en las que viven estos grupos poblacionales, las barreras lingüísticas y culturales para acceder a los servicios (CONAPO, 2016).

Las mujeres indígenas están insertas en un conjunto de normas y costumbres que propician y aprueban generalmente el inicio temprano de la vida conyugal y de la maternidad. Asimismo, existen restricciones establecidas por los cónyuges, la familia y la comunidad sobre las decisiones relacionadas con su propio cuerpo y su salud reproductiva, y dependen de la autorización de sus parejas para usar métodos anticonceptivos y para decidir el número y espaciamiento de sus hijos(as), entre otros (Espinosa, 2008).

Esta situación se ve reflejada en el bajo porcentaje de mujeres en edad fértil unidas (MEFU) HLI que hacen uso de métodos anticonceptivos, que en 2009 era de 57.9% y para 2018 es de 59.9%, mostrando grandes brechas respecto a las mujeres no HLI que usan métodos anticonceptivos (73.3% en 2009 y de 74.1% en 2018).

De acuerdo con los sistemas normativos de las personas, comunidades y pueblos indígenas, la implementación del uso de métodos anticonceptivos modernos ha sido un desafío para las instituciones de salud, sin embargo, durante los últimos años ha avanzado paulatinamente, prueba de ello es que, en 2009, la prevalencia de métodos modernos en las MEFU hablantes de lengua indígena se estimó en 51.9% y en 2018 aumentó en 5.5 puntos porcentuales, situándose en 57.4%.

Por otra parte, la participación masculina en la prevalencia anticonceptiva de las MEFU hablantes de lengua indígena (se refiere a que



Cortesía: Secretaría de Salud

**El bajo acceso a la salud sexual y reproductiva en general provoca que entre las mujeres HLI sigan ocurriendo altas tasas de fecundidad.**

las mujeres reportaron estar utilizando métodos anticonceptivos porque su pareja se hizo la vasectomía, usa el condón masculino o métodos tradicionales) ha tendido a disminuir, en 2009 el porcentaje era de 10.1% y para 2018 de 6.8%.

En 2018, todavía un alto porcentaje, 17.2% de mujeres HLI tienen necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos (NIA), es decir, que desean regular su fecundidad pero que no hacen uso de métodos, ya sea para espaciar o limitar sus embarazos, lo que implica que solo 74.5% ha logrado satisfacer su demanda de métodos anticonceptivos modernos; mientras que en las MEFU no HLI, la NIA es de 10.3% y una necesidad satisfecha de 83.7%.

El bajo acceso a la salud sexual y reproductiva en general provoca que entre las mujeres HLI sigan ocurriendo altas tasas de

fecundidad. En 2018, se registró una tasa global de fecundidad (TGF) de 2.74 hijos(as) en promedio y una fecundidad adolescente de 99.0 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 19 años; mientras que en no HLI la TGF es de 2.03 hijos(as) y en adolescentes de 69.2 hijos(as) por cada mil.

Por ello, la información y acceso a la salud sexual y reproductiva deben adecuarse a las distintas lenguas, con estricto apego a los derechos humanos y cosmovisión de las personas, comunidades y pueblos indígenas para garantizar su acceso a la salud sexual y reproductiva.

**María Felipa Hernández López**  
Subdirectora de Salud Reproductiva  
y Grupos Especiales  
**Mitzi Ramírez Frago**  
Jefa del Departamento de Estudios  
sobre Indígenas y Grupos Vulnerables  
del Consejo Nacional de Población

<sup>1</sup> Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2009 y 2018. Para más información sobre los indicadores se sugiere consultar: <https://www.gob.mx/conapo/articulos/conapo-principales-resultados-de-la-encuesta-nacional-de-la-dinamica-demografica-enadid-2018>

## Bibliografía

CONAPO [Consejo Nacional de Población] (2017), Situación de la Salud Sexual y Reproductiva. República Mexicana, México, 2017. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/237216/Cuadernillo\\_SSR\\_RM.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/237216/Cuadernillo_SSR_RM.pdf)

Diario Oficial de la Federación [DOF] (2018). ACUERDO por el que se instala el Comité Nacional para la Implementación y el Seguimiento del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, y se emiten los Lineamientos para su organización y funcionamiento. Publicado el 23 de octubre de 2018. Disponible en: [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5541767&fecha=23/10/2018](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5541767&fecha=23/10/2018)

Hernández, María Felipa, Meneses, Eloina y Miguel Sánchez (2016), "Mujeres indígenas y su acceso a los derechos sexuales y reproductivos, 2009 y 2014", en CONAPO. La situación demográfica de México 2016, México.

The Lancet (2018), Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission, en The Lancet Commissions, Vol. 391, 9 de mayo de 2018.

# Retos en medicina perinatal, enfocados en embarazos de alto riesgo

**D**e acuerdo a las últimas estadísticas del INEGI, en nuestro país se presentan alrededor de 2.5 millones de nacimientos anualmente. De acuerdo al observatorio de mortalidad materna de la semana 1 a la 39 de este año 2019 han ocurrido 509 muertes maternas, lo que nos sitúa en un aproximado de 29 muertes maternas por cada 100000 nv. Los estados con mayor número de muertes son Chiapas, Estado de México, Veracruz, Jalisco, Puebla, Michoacán, Ciudad de México y Guerrero.

Las principales causas de muerte materna continúan siendo la hemorragia, los estados hipertensivos del embarazo (preeclampsia y eclampsia) y las infecciones. A esto se suman los estados concomitantes maternos como la obesidad, la diabetes gestacional y la hipertensión arterial sistémica crónica.

Las terapias intensivas de adultos en nuestro país son insuficientes en muchos casos para atender a las pacientes complicadas y en riesgo de muerte debido a los problemas presentados en el embarazo, así como tampoco las terapias intensivas neonatales son suficientes para la cantidad de recién nacidos prematuros que nacen cada día, ya sea porque la madre cursó con procesos inflamatorios, isquémicos e infecciosos que llevan a un parto antes de término, o bien por complicaciones maternas de otra índole que llevan a la terminación del embarazo antes de tiempo.

## ¿Cuáles son las posibles causas para esta problemática?

- 1.- La paciente acude tardíamente a control prenatal
- 2.- Un porcentaje muy bajo de pacientes acuden a una consulta pregestacional en la cual pueda consultar con su médico los posibles pros y contras de intentar un embarazo
- 3.- Las consultas de control prenatal no están orientadas a detectar los riesgos y a prevenirlos
- 4.- No se aplica el enfoque de riesgo para la población general de pacientes embarazadas
- 5.- No se inician las medidas preventivas en



FOTO: CUARTOSCURO

el tiempo y con la intensidad requerida

6.- Como país tenemos un problema de sobrepeso y obesidad que son un riesgo potencial para el embarazo y para las generaciones futuras

7.- Cada vez se posterga más la edad para iniciar la reproducción en las mujeres y

8.- Falta de recursos humanos, financieros y de infraestructura

Analizando las causas posibles estamos ante un reto inmenso si deseamos disminuir las complicaciones potenciales del embarazo en nuestra población.

Por un lado, un número importante de pacientes, principalmente las pacientes con mayores desventajas económicas tardan en tener acceso a la consulta prenatal, es bien sabido que en un número importante de hospitales del sector salud las mujeres hacen acto de presencia hasta el momento del parto sin haber tenido una sola consulta prenatal. En otras situaciones llegan a los hospitales con complicaciones graves como partos obstruidos o muerte fetal después de haber pasado horas en las comunidades con las parteras que no pudieron resolver las

complicaciones y que, al darse por vencidas, emprenden el camino de varias horas hasta acceder a un centro hospitalario.

Se han implementado campañas para que las pacientes embarazadas acudan al control prenatal, algunas con muy buenos resultados, pero ¿qué pasa con la visita preconcepcional?, diariamente vemos pacientes embarazadas de muy alto riesgo, con complicaciones graves pregestacionales como diabetes insulino dependiente de larga evolución, daño renal, daño retiniano grave, cardiopatas (congénitas o adquiridas) con estados de compromiso de la función cardíaca grave, hipertensas descontroladas, con padecimientos oncológicos en etapas avanzadas, portadoras de síndromes génicos con herencia dominante, padecimientos autoinmunes con daño microangiopático o con daño renal, que llegan embarazadas con complicaciones que ponen en riesgo inminente su vida y la de su hijo, y prácticamente ninguna de ellas acudió a una consulta preconcepcional para conocer sus riesgos y a lo que se exponen con un embarazo.

**¿Qué ocurre con las pacientes que acuden puntualmente a sus consultas de control prenatal, ya sea en el medio público o en el privado?**

Aquí es otra la problemática. Es de la creencia general el mito de que las pacientes de riesgo son las mayores de 35 años. Esto es un error que puede acarrear consecuencias graves para la salud de la paciente. Toda paciente embarazada debe pasar por una evaluación prenatal con enfoque de riesgo.

**¿Qué quiere decir con esto?**

Toda paciente embarazada puede tener factores de riesgo que deben de evaluarse, identificar los riesgos individuales y establecer medidas preventivas.

**¿Cuáles son los riesgos que pueden determinarse en la paciente y cuándo?**

Toda paciente embarazada, independientemente de su edad, número de embarazos, enfermedades conocidas, estratos socioeconómicos, etc., debe tener una evaluación de riesgos una vez embarazada entre la semana 11 y la 13.6 de gestación.

**En esta etapa se determinan riesgos para:**

- 1) Problemas cromosómicos (trisomía 21, 18 y 13, entre otros)
- 2) Preeclampsia y sus perfiles de riesgo
- 3) Restricción del crecimiento fetal
- 4) Parto pretérmino
- 5) Diabetes gestacional
- 6) Muerte fetal

Una vez que la paciente acude a la consulta y su médico realiza una historia clínica detallada y se realiza su evaluación ultrasonográfica de sus riesgos individuales, es entonces cuando podemos hablar de pacientes de alto riesgo o pacientes de bajo riesgo para complicaciones. Lo más probable es que las pacientes que resultan en bajo riesgo no requieran de mayor cosa en el transcurso del embarazo. Pero aquellas que resultan en riesgo elevado de acuerdo a las mediciones cuantitativas realizadas, deben ser vigiladas estrechamente y de acuerdo al caso iniciar las medidas preventivas como lo son: medidas higiénico dietéticas, dieta supervisada por nutrición, aspirina, metformina, progesterona, vigilancia de ganancia de peso, vigilancia de cifras tensionales, etc.

El empleo de aspirina a bajas dosis en pacientes en riesgo para preeclampsia y/o restricción del crecimiento intrauterino ha logrado la prevención de estas complicaciones de acuerdo con los diferentes estudios del 70% de los casos severos que ocurren antes de la semana 34 de la gestación.

Esto suena a que puede ser lógico y que este enfoque de riesgo es preventivo y puede prevenir complicaciones; sin embargo, la principal problemática y el riesgo que enfrentamos es la generalización del esquema propuesto.

Ya que se requieren recursos, médicos con formación y experiencia en el tamizaje del enfoque de riesgo y capacitados para la realización del ultrasonido de la semana 11 a 13.6, se requiere de la capacidad económica para el estudio de marcadores angiogénicos para la predicción de preeclampsia y restricción del crecimiento, y sobre todo del personal capacitado en la interpretación de los mismos, en la indicación de medidas preventivas y en la vigilancia de pacientes que resultan en el perfil de riesgo.

Sí, puede pensarse que es costoso, sin embargo si tomamos en cuenta lo que cuesta cada paciente que llega a terapia, ya sea de adultos y/o neonatal, lo que cuesta la atención de las secuelas a largo plazo tanto en las madres (insuficiencia cardíaca materna, diabetes, obesidad, insuficiencia renal, etc.) como en los hijos (parálisis cerebral infantil, obesidad, diabetes, enfermedad coronaria, trastornos del neurodesarrollo, trastornos de déficit de atención, autismo, etc.), lo que cuesta reparar la dinámica familiar en una familia que pierde el núcleo central que es la madre cuando ésta muere y cuando comparamos costos, resulta que un esquema preventivo a gran escala, generalizado, equitativo y justo, resulta más barato.



Cortesía: Secretaría de Salud

**Dra. Sandra Acevedo Gallegos**  
Jefa del Departamento de Medicina  
Materno Fetal  
Instituto Nacional de Perinatología (INPer)

# Atención a la salud materna con enfoque integral

La Secretaría de Salud recomienda trabajar en la sensibilización y capacitación del personal de salud desde su formación, para garantizar un trato humanizado hacia la mujer embarazada, además de establecer una coordinación interinstitucional e intersectorial para atender los determinantes de la muerte materna, así como establecer estrategias para eliminar los casos de violencia obstétrica, al ser un grave problema dentro de la atención a la salud materna, afirmó Karla Berdichevsky Feldman, directora general del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), de la Secretaría de Salud.

Subrayó que la atención a la salud materna y perinatal es una estrategia que contempla la atención pregestacional, del embarazo, puerperio, anticoncepción post evento obstétrico que se deben abordar en un continuo de atención a la salud sexual y reproductiva.

Al participar en el simposio “Salud Sexual y Reproductiva”, organizado por la Academia Nacional de Medicina (ANM) y la Comisión Nacional de Derechos Humanos

(CNDH), la especialista detalló que este enfoque integral habilita un marco de acción que garantiza una atención segura, de calidad, respetuosa y sin discriminación, orientada a prevenir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Ante la presidenta de la ANM, Teresita Corona Vázquez, y profesionales médicos del Sector Salud, Berdichevsky Feldman explicó que se analizaron las áreas de oportunidad en este campo para atender de forma efectiva los rezagos, principalmente, lo referente a calidad de atención.

Indicó que las cifras de mortalidad materna para ciertos grupos poblacionales revelan inequidades en el acceso a los servicios de salud, deficiencias en calidad de la atención e infraestructura, así como en la capacidad de respuesta del personal de salud.

La cifra nacional promedio de mortalidad materna es de 30 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos, pero en mujeres indígenas este número casi se duplica. Entre otros factores sociales que determinan las inequidades observadas en las cifras de mortalidad materna se encuentran la edad, escolaridad, ocupación, lugar de residencia o

derechohabiencia. Mencionó que, si bien se ha logrado una atención de partos por personal calificado en 98 por ciento de los nacimientos, no se obtuvo una reducción de la razón de muerte materna del 75 por ciento establecida en los recientes Objetivos de Desarrollo del Milenio. Entre otros factores, explicó, pudo deberse a la saturación de los servicios, la sobremedicalización de la atención, que se observa a través de las elevadas tasas de nacimientos atendidos por cesárea, a la insuficiencia de recursos y las demoras en la atención de las emergencias obstétricas.

La directora general de CNEGSR subrayó que es apremiante disminuir las demoras en el acceso a la atención, sobre todo en la población indígena, para quienes existe una deuda pendiente para que los servicios estén pensados de acuerdo con sus necesidades.

Finalmente, dijo, se debe trabajar en los cuidados pregestacionales y el diagnóstico de las enfermedades crónico-degenerativas, a fin de ofrecer a mujeres con patologías una estrategia de embarazo planeado y programado para evitar poner en riesgo su vida y la de sus futuros hijos e hijas.



Foto: Moises Pablo / CUARTOOSCURO

# Del sufrimiento a la esperanza

## Salud sexual y reproductiva en zonas de alta marginación en el Sureste mexicano



Cortesía: Sandra Peniche

El respeto al ejercicio de sus derechos reproductivos resulta clave para que las mujeres accedan a servicios de salud reproductiva donde quiera que se encuentren y participen en el desarrollo del país. Implica que el Estado a través de su Sistema de Salud, garantice métodos anticonceptivos modernos y seguros combatiendo las falsas creencias e información errada que por muchísimos años se ha difundido como un mecanismo de control político, económico, religioso y poblacional.

Los anticonceptivos deben ser elegidos con entera libertad por las mujeres y ponderar como prioritario fomentar la responsabilidad reproductiva de los hombres, anteponiendo el uso sistemático del condón masculino y la vasectomía como primera opción de largo plazo.

En el ideario masculino es importante dejar en claro a través de la sensibilización, que embarazar sin conocimiento y consentimiento expreso de la mujer constituye violencia reproductiva.

La educación en salud reproductiva, además de incluir la importancia de evitar embarazos no deseados, también debe informar sobre la importancia de acudir al médico durante el proceso de gestación para evitar muerte y aumentar la satisfacción en cualquier proceso reproductivo. El derecho a la vida, a la salud y a no sufrir violencia, van de la mano con los derechos reproductivos, son indivisibles.

Para acercarnos a esta realidad, los Diagnósticos Comunitarios Participativos que hemos estado realizando en el sur del estado de Yucatán y que pueden hacerse en cualquier otra parte, dejan ver sin lugar a dudas, la extendida violación a esos Derechos Humanos.

En el resultado encontramos a mujeres que trabajan entre 18 y 20 horas por día, los siete días de la semana por cada año vivido a

**R**eferirse al Sureste de México es traer historias de pobreza, marginación, dolor, muerte y la desesperanza entronizada a fuerza de despojos y violencia.

Para las mujeres, y para las mujeres indígenas, nacer en el sureste de México representa cargar con siglos de miseria y explotación, de sentir en sus cuerpos el dolor de no ser para sí y tener que vivir la tortura de existir para otros, para cualquiera, menos para ellas.

El presidente Andrés Manuel López Obrador, representa la voluntad de cambio para mitigar tanta desgracia y sembrar oportunidades de cambios favorables a la vida, según se comprometió desde sus campañas como hasta la fecha.

El surgimiento del Sureste mexicano debe hacerse realidad a la brevedad. Para

ello, debemos preguntarnos qué nos corresponde hacer para poder participar corresponsablemente y en equidad, a este cambio de paradigma histórico y dejar por siempre, esta estela de desolación y muerte.

El Sureste mexicano es en realidad una zona sumamente valiosa por lo que alberga en su territorio: riquezas naturales, biodiversidad, agua, petróleo y, sobre todo, sus pobladores. La multietnicidad es una fabulosa oportunidad de atender como política pública la salud, y también de manera específica, dado el mosaico de diferencias que debemos convertir en grandezas vivas y felices.

La salud es necesaria para el bienestar de las poblaciones. Las mujeres deben ser respetadas sin condiciones y con ello sus Derechos Humanos. Nadie puede decir que el derecho a la vida lo tienen garantizado.



Cortesía: Sandra Peniche

partir de su vida de pareja. Sin descanso ni desmayo, sin tener la posibilidad de elegir otra forma de vida, sin conocer sus Derechos Humanos ni civiles, heredando a su familia una forma tolerada y protegida de abuso total, tolerada por la sociedad local.

Pudimos observar que la migración golpea fuerte en la zona. Comunidades casi vacías, donde aún viven mujeres ancianas y algunos hombres sobrevivientes al alcohol junto con niños y adolescentes que solo esperan la oportunidad de migrar también.

Los adolescentes manifiestan en las secundarias y bachilleratos su deseo de tener motocicletas y automóviles poderosos, estéreos y televisiones gigantes para poder entretenerse, dinero abundante para poder viajar y conocer otros lugares y también casarse y tener entre uno y cinco hijos. Se extingue el deseo y compromiso familiar de trabajar la milpa.

Pudimos constatar que empiezan a sobresalir algunas mujeres que quieren seguir estudiando y terminar una carrera para trabajar y tener una casa y ya después

casarse o ayudar a su mamá o a sus padres cuando no han sido violentos y maltratadores. Muy pocos hombres manifiestan querer estudiar una carrera. Muchos quieren dinero sin trabajar.

Esto lo sabemos como parte de un esfuerzo por entender mejor el contexto social de las poblaciones más vulnerables, ya que Servicios Humanitarios en Salud Sexual y Reproductiva, A.C. (SHSSR) realizó un Diagnóstico Comunitario Participativo (DCP) en la región sureña del estado de Yucatán, lugar de concentración de población indígena, donde se escuchan anécdotas imperiosas sobre las desigualdades que sufren mujeres indígenas, por el complicado o nulo acceso a servicios de salud.

El DCP es un proceso de investigación, con una metodología participativa, que utiliza una serie de herramientas que permiten involucrar de manera activa a la comunidad para la identificación de sus problemas, la toma de decisiones y la resolución de los mismos, empleando o

gestionando sus propios recursos.

Este diagnóstico se realizó con jóvenes en distintas modalidades de estudio, que viven en comunidades que son lejanas a la cabecera municipal y de difícil acceso con población bilingüe. En las comunidades se empleó en lengua maya y en la población de Tekax en español. Al terminar el diagnóstico, SHSSR había alcanzado un total de 909 estudiantes; participaron 421 mujeres y 488 hombres, y el rango de edad de los jóvenes 12 a 25 años.

Los resultados de este estudio arrojaron datos preliminares sobre el estado de la salud y el conocimiento de las comunidades en cuanto a la salud sexual y reproductiva. Demostró que, en general, las mujeres y hombres se comportaban o se adherían a actitudes estereotipadas socialmente de lo que es ser hombre y que es ser mujer.

Las y los jóvenes reconocieron que mantienen relaciones sexuales sin protección, pero no se perciben como personas en riesgo de infecciones de transmisión sexual. Las y los jóvenes



Cortesía: Sandra Peniche

expresaron que la mayoría de la información que reciben sobre salud sexual y reproductiva es a través del internet y reportaron resolver sus dudas sobre sexualidad entre amigos, pero las mujeres dijeron que no hablan de ello con nadie.

El embarazo entre estas poblaciones es normalizado y el uso de alcohol y drogas es parte de su convivencia habitual con sus pares, reconocen mantener relaciones sexuales bajo efectos del alcohol, y sufren una desinformación sobre su sexualidad y sus derechos.

Un reporte de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), desarrollado por un grupo de organizaciones mexicanas, indicó que los cinco estados con el porcentaje de mortalidad materna más alta en el país son aquellas de población indígena: Oaxaca (55.9%), Guerrero (47.2%), Chihuahua (35.9%), Yucatán (25.0%) y Chiapas (24.6%).

Ante este panorama, es importante acompañar a las niñas, adolescentes y mujeres en las comunidades a entender su sexualidad, y contribuir a su desarrollo personal para generar un cambio en su plan de vida. Para lograr esto, se deben ejecutar los planes comunitarios de salud, desarrollados por las comunidades con base al DCP. Estos planes enmarcan la salud comunitaria desde la promoción, la información, y el acceso a servicios de SSR.

La salud integral debería ejecutar distintas



Cortesía: Sandra Peniche

estrategias para romper los mitos, hablar abiertamente de la sexualidad, poder y control y abordar temas prioritarios para el desarrollo del país, como el embarazo en adolescentes, las infecciones de transmisión sexual, y la prevención con el propósito de erradicar la morbilidad por causas prevenibles al ejercicio de la sexualidad.

Defendemos y promovemos la salud como una garantía social elemental para el desarrollo del ser. La salud no se compra, ni debe ser motivo de lucro o beneficio de

unos cuantos; debe estar al alcance de todas las personas y ser de la mejor calidad.

Para alcanzar cambios en el tema y mejorar la calidad de vida de las mujeres, es necesario establecer la salud sexual como eje prioritario de desarrollo del ser y del ejercicio de su salud; ofrecer programas de formación continua que mejoren la comprensión de las implicaciones de la sexualidad humana en lo individual y lo social; alentar el desarrollo de la salud familiar, sexual y reproductiva, así como enfatizar la comprensión de sus consecuencias bioéticas y sociales. Todas estas acciones son de urgencia nacional inaplazable.

Atender y procurar el ejercicio de los Derechos Reproductivos y Sexuales, son la precondition para mejorar significativamente, y a largo plazo, las relaciones interpersonales y amorosas entre hombres y hombres, entre mujeres y

mujeres y entre hombres y mujeres de cualquier edad. Respeto, buen trato, corresponsabilidad y desarrollo creativo son augurio de esperanza de “Bien Estar y de Estar Bien”. El Sureste puede hacerlo realidad. <http://shsr.net/>

**Dra. Sandra Peniche Quintal**  
 Directora de Servicios  
 Humanitarios en Salud Sexual y  
 Reproductiva, A.C.

# Sector Salud informa...

## Nuevo etiquetado frontal y entornos escolares saludables

Al participar en el Tercer Ciclo de Conferencias organizado por la Secretaría de Agricultura y Desarrollo Rural, el secretario de Salud, Jorge Alcocer Varela, afirmó que “si no tomamos cartas en el asunto, los niños de hoy serán nuestros pacientes diabéticos del mañana”, durante su ponencia magistral “Mecanismos de política pública para inducir una alimentación saludable”.

El titular de Salud indicó que, para contrarrestar enfermedades como la diabetes y obesidad, esta administración emprenderá acciones e iniciativas inmediatas, reales y medibles como: un nuevo etiquetado frontal de alimentos, la revisión del reglamento de publicidad y garantizar entornos escolares saludables, además de impulsar el regreso a nuestros orígenes alimentarios.



Cortesía: Secretaría de Salud

## Sin salud mental no hay salud

En el marco de la conmemoración del Día Mundial de la Salud Mental, el secretario de Salud, Jorge Alcocer Varela, sostuvo que en la transformación del sector se trabaja en una profunda revitalización de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, que incluye a los trastornos mentales. En la ceremonia realizada en la Secretaría de Salud, Alcocer Varela dejó en claro que sin salud mental no hay salud, y expresó su confianza en que el trabajo coordinado con las y los especialistas médicos permitirá avanzar en esa dirección.

Tras presentar un panorama general del suicidio en México, consideró imprescindible adoptar una estrategia nacional de prevención bajo un enfoque multisectorial, integral y coordinado, con el fin de generar redes de apoyo que intervengan y detecten los diversos factores: biológicos, psicológicos, sociales, ambientales y culturales.



Cortesía: Secretaría de Salud



Cortesía: Secretaría de Salud

## Concluye gira a hospitales rurales de IMSS-Bienestar

Con la visita a la comunidad de Tlaxiaco, en Oaxaca, se cumplió con el compromiso presidencial de visitar 80 hospitales rurales de IMSS-Bienestar, cuyo objetivo fue supervisar el estado en el que se encuentran las unidades médicas de 19 entidades federativas y poder trabajar en el programa Atención Médica y Medicamentos Gratuitos. Estas giras de trabajo, encabezadas por el presidente Andrés Manuel López Obrador tuvieron una duración de alrededor de cuatro meses, a las que también asistieron el secretario de Salud, Jorge Alcocer;



el director General del IMSS, Zoé Robledo, y el Director General del ISSSTE, Luis Antonio Ramírez. Hoy todos los esfuerzos deben dirigirse a concretar los compromisos adquiridos para garantizar la atención de calidad y calidez para todos los mexicanos.

## Día Nacional de la Donación y Trasplante de Órganos



Establecido para **promover y alentar la cultura de la donación de órganos**, como medio para elevar la calidad de la salud y como acción de solidaridad social.

#MéxicoPaísDeDonantes

## Más de 22 mil personas están en espera de un órgano o tejido

En el marco del Día Mundial de la Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos, con la suma de voluntades y esfuerzos de todos los mexicanos se contribuye en la atención de la creciente demanda de trasplantes que hay en el país. Por ello, en el Gobierno de México la promoción de la cultura de la donación cadavérica es un tema central. De acuerdo con el Centro Nacional de Trasplantes (Cenatra), hasta el 3 de julio de 2019 se tenían registrados en la lista de espera 15 mil 939 receptores de riñón, 5 mil 988 de córnea, 311 de hígado, 37 de corazón, cuatro de páncreas y dos de pulmón.



GOBIERNO DE  
**MÉXICO**

# Síndrome de Turner

Es una alteración genética que afecta el desarrollo de las niñas



Si notas que es de estatura más baja que las demás niñas

Si a los 14 años no ha presentado su primera menstruación

Llévala a tu Unidad de Salud

Detectarlo oportunamente ayuda en su desarrollo y mejora su calidad de vida

Protege a las niñas, infórmate



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**CENSIA**  
CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA



[gob.mx/salud](http://gob.mx/salud)



GOBIERNO DE  
**MÉXICO**

# OCTUBRE

Mes de  
**sensibilización**  
sobre el cáncer  
de mama

Detección temprana  
y tratamiento oportuno



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



[gob.mx/salud](https://gob.mx/salud)