

Diagnóstico del Pp P020

PROPÓSITO

Con el presente Diagnóstico se justifica la creación del programa presupuestario (Pp) P020 “Salud materna, sexual y reproductiva”, en el cual se alinearían los recursos para la instrumentación de las políticas públicas, relacionadas con la salud de las mujeres, incluyendo el embarazo, parto, puerperio, cáncer cérvico uterino, cáncer de mama, planificación familiar y anticoncepción, entre otras; así mismo, con este programa se contribuye a la instrumentación y el fortalecimiento de seis programas de acción específica: Igualdad de Género en Salud; Planificación Familiar y Anticoncepción; Violencia Familiar y de Género; Cáncer de la Mujer; Salud Materna y Perinatal; y Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. El programa Pp P020 es producto de la fusión del Pp U007 y P017.

El Programa U007 existe desde 2010 con el nombre de “Reducción de la mortalidad materna”.

El Programa P017 existe desde 2009 con el nombre de “Atención a la Salud Reproductiva y la Igualdad de Género en Salud”.

1.1 ANTECEDENTES

1.2 IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 Identificación y estado actual del problema

El problema de política pública parte la evolución de varios de los siguientes problemas relacionados con la salud de las mujeres:

La violencia familiar y de género es un problema de salud pública por su magnitud y trascendencia, que tiene implicaciones no solamente en lesiones físicas, sino también en daños emocionales y económicos.

En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares ENDIREH 2011, la violencia más extendida, continúa siendo la ejercida por el actual o último esposo o compañero. Por cada 100 mujeres de 15 años y más que han tenido pareja o esposo, 47 han vivido situaciones de violencia emocional, económica, física o sexual durante su actual o última relación.

Las agresiones más ampliamente experimentadas por las mujeres, son las de carácter emocional, 43.1% han vivido al menos una vez a lo largo de su relación- insultos, amenazas, humillaciones y otras ofensas de tipo psicológico o emocional.

Con respecto a la violación sexual, existe poca información en México; sin embargo, algunos estudios señalan que la mitad de los casos ocurre en niñas, niños y adolescentes y se estima que entre el 2.8 y 5 por ciento de las mujeres han sido violadas alguna vez en su vida.

Por otro lado **la población adolescente**, que de acuerdo con la OMS comprende entre los 10 y los 19 años de edad, constituye un grupo prioritario en el campo de la salud sexual y reproductiva, debido a que sus

características biológicas, psicológicas y sociales, colocan a este grupo de la población en cierta situación de vulnerabilidad.

Con base en las proyecciones de población del CONAPO, el número de adolescentes ascendió a cerca de 22.5 millones en el año 2012, lo que representa el 19.1 por ciento de la población total del país en ese año (117.1 millones). Del total de adolescentes, 49.4 por ciento son mujeres y 50.6 por ciento son hombres. Se estima que este grupo llegará a 22.2 millones en el 2018.

A pesar de los esfuerzos realizados en el país para mejorar la salud sexual y reproductiva en adolescentes, aún se enfrentan grandes retos y desafíos en esta materia, particularmente en lo que corresponde al ejercicio de la sexualidad de manera responsable, informada y protegida, así como en la postergación de la maternidad.

En lo que respecta a la planificación familiar es el ejercicio del derecho de toda persona a decidir, de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos para ello.

Dentro del concepto de la salud reproductiva, la planificación familiar es un derecho humano que implica la facultad que tienen hombres y mujeres de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, segura, libre e informada; de ejercer el derecho de procrear o no, así como la libertad para decidir, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho de las personas a recibir información, consejería y acceso a métodos anticonceptivos de su elección, seguros y eficaces.

A más 37 años del establecimiento del primer programa oficial en el país, los servicios de planificación familiar han sido un factor determinante en la reducción de la fecundidad y del ritmo de crecimiento de la población. Asimismo, han contribuido a mejorar la salud reproductiva de la población, particularmente en lo que corresponde a la reducción de la mortalidad materna. Sin embargo, en los últimos años en los avances han sido mínimos en el contexto nacional y al interior del país existen áreas geográficas y grupos específicos de la población con grandes rezagos en este tema, lo que indica la necesidad de implementar estrategias efectivas que permitan reducir las brechas existentes al interior del país y a su vez continuar avanzando en este campo para satisfacer las necesidades específicas de la población.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica efectuada en 2009, la prevalencia de uso de anticonceptivos en el país ascendió a 72.3 por ciento del total de las mujeres unidas de 15 a 49 años, lo que representó un incremento de tan sólo 3.8 puntos porcentuales en comparación con el valor alcanzado en 1997, lo que significa un aumento de un punto porcentual en promedio cada tres años. Este estancamiento en buena parte fue resultado del limitado apoyo político que se tuvo en las últimas dos administraciones públicas, lo que se reflejó entre otras cosas en la prácticamente nula promoción de los servicios.

Por otro lado en 2012 ocurrieron en el país 73,134 defunciones por tumores malignos en México, de los cuales el 50.7% ocurrieron en mujeres (37,064) con una razón hombre mujer de 1:1. Dentro de las neoplasias con mayor número de defunciones en mujeres, los cánceres de mama, cuello uterino y ovario ocasionaron en conjunto el 30.9% de todas las defunciones por cáncer en mujeres.

En el ámbito mundial, el cáncer de mama (CM) es la segunda neoplasia más frecuente en la población y la primera entre las mujeres, con un estimado de 1.67 millones de nuevos casos diagnosticados anualmente, representando el 25% de los casos de cáncer en mujeres. La incidencia es más alta en países desarrollados (excepto Japón); varía desde 27 por 100,000 mujeres en África Central, hasta 96 en Europa occidental. Es también la principal causa de muerte por un tumor maligno en la mujer en países en vías de desarrollo y la segunda en países desarrollados (después del cáncer de pulmón) con una defunción cada minuto por esta causa en alguna parte del mundo (522,000) y tasas de mortalidad que van de 6 en Asia oriental a 20 defunciones por 100,000 mujeres en África

Occidental. La tendencia de la mortalidad es ascendente debido a una mayor incidencia de la enfermedad, el envejecimiento poblacional y la poca capacidad de respuesta de los sistemas de salud en países subdesarrollados.

El Cáncer de Mama es una enfermedad maligna que afecta principalmente a las mujeres y en algunas ocasiones a los varones; por lo que este programa de detección está diseñado principalmente para disminuir una brecha de cobertura de detección principalmente por mastografía de tamizaje a mujeres de 40 a 69 años; pues las evidencias científicas demuestran que si se logran coberturas del 70% de la población y su respectivo seguimiento de los casos que resulten sospechosos, se incide en el descenso de la tasa de mortalidad. Evidentemente, esto no implica disminuir una brecha de género en atención a los casos que se presentan en los varones; para los cuales se debe establecer un programa de detección en aquellos varones que por factores de riesgo tienen probabilidad de enfermar por este cáncer.

En México también a partir del año 2006, el CM desplaza al CCU para ubicarse como la primera causa de muerte por cáncer en la mujer. Anualmente se estima una ocurrencia de 20,444 casos en mujeres, con una incidencia de 35.4 casos por 100,000 mujeres. En el año 2012, se registraron 5,595 defunciones en mujeres con una tasa cruda de 9.4 defunciones por 100,000 mujeres y un promedio de edad a la defunción de 58.96 años. En el grupo específico de mujeres de 25 años y más, se registraron 5,584 defunciones en mujeres con una tasa cruda de 17.2 defunciones por 100,000 mujeres. Las entidades con mayor mortalidad por cáncer de mama son Coahuila (23.8), Colima (22.9), Sonora (22.7), Distrito Federal (22.7) y Jalisco (22.2).

El **cáncer del cuello uterino (CCU)** es la séptima neoplasia más frecuente en la población mundial y la cuarta más frecuente entre las mujeres, con un estimado de 528 mil nuevos casos diagnosticados anualmente, 85% de los cuales se registran en países en vías de desarrollo. La incidencia es más alta en países en vías de desarrollo; varía desde 42.7 en África Oriental, hasta 4.4 por 100,000 mujeres en Asia occidental (Medio oriente).

El CCU es también una importante causa de muerte por un tumor maligno en la mujer con 266,000 defunciones anuales, 87% de las cuales ocurren en países subdesarrollados. Las tasas de mortalidad van de 2 en Asia Occidental a 27.6 defunciones por 100,000 mujeres en África Oriental. La tendencia de la mortalidad es descendente debido a una menor incidencia de la enfermedad por la mejora en las condiciones sociales y la respuesta de los sistemas de salud.

El cáncer del cuello uterino es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer. Anualmente se estima una ocurrencia de 13,960 casos en mujeres, con una incidencia de 23.3 casos por 100,000 mujeres. En el año 2012, se registraron 3,832 defunciones en mujeres con una tasa cruda de 6.4 defunciones por 100,000 mujeres. En el grupo específico de mujeres de 25 años y más, se registraron 3,832 defunciones en mujeres con una tasa cruda de 11.8 defunciones por 100,000 mujeres y un promedio de edad a la defunción de 59.03 años. Las entidades con mayor mortalidad por cáncer del cuello uterino son Colima (22.9), Oaxaca (16.0), Veracruz (15.9) y Morelos (15.7) y Chiapas (15.6).

Sin embargo, el cáncer cérvico uterino es prevenible mediante el tamizaje de mujeres asintomáticas, para detectar y tratar las lesiones cérvico uterinas precancerosas, antes de que progresen a enfermedad invasora. En otras palabras, esas muertes son en buena medida evitables Sin lugar a dudas el factor necesario pero NO SUFICIENTE para el desarrollo del cáncer cérvico uterino es la infección PERSISTENTE con VPH oncogénico, se han clasificado como oncogénicos aproximadamente 15 serotipos de VPH. Los tipos de VPH 16 y 18 causan más del 70% del cáncer cérvico uterino.

Se estima que más del 80% de las mujeres sexualmente activas habrán adquirido la infección por VPH a lo largo de su vida sexual. Por cada millón de mujeres con infección por VPH oncogénicos, 1,600 desarrollarán cáncer cérvico uterino invasor.

La razón de mortalidad materna (RMM) que se viene presentando en México es alta, no corresponde a las nuevas alternativas tecnológicas con que cuenta el país. Durante el 2013 se registró una RMM de 38.2 por 100,000 nacimientos registrados por certificados de nacimientos, con lo cual no se cumplirán con las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de alcanzar una RMM de 22.5 para el 2015.

La mortalidad neonatal constituye el componente más significativo de la mortalidad infantil; de acuerdo a datos reportados en el 2012 fallecieron 28,946 niñas y niños antes de cumplir el primer año de vida, el 62.7% fallecieron durante el periodo neonatal (18,154 muertes), de las cuales 7,817 fueron niñas y 10,223 niños, siendo sus principales causas las malformaciones congénitas, la prematuridad y la hipoxia/asfixia.

En México el tamizaje neonatal tuvo sus inicios en 1989, como un programa académico-experimental del Instituto Nacional de Pediatría y la Universidad Nacional Autónoma de México, que pronto mostró sus bondades y fue en 1995 cuando se constituyó como una acción obligatoria gracias a la expedición de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, de Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

1.2.2 Evolución del problema

En nuestro país la tasa de violaciones denunciadas ante el Ministerio Público de 1997 al 2010, varía entre 23 y 28 por cada 100 mil mujeres, según reporte del INEGI; lo que corresponde a 15,000 violaciones en promedio cada año, de las cuales se estima que el 40% de estas ocurren antes de las 72 horas a los servicios de salud, lo que implica brindar una atención eficaz. El abordaje de la violencia contra las mujeres por el sector salud es estratégico ya que las mujeres al menos una vez en el año tendrán que acudir a servicios de salud, lo que se vuelve en una ventana de oportunidad para realizar acciones de búsqueda intencionada, atención oportuna y rehabilitación.

En el 2013 se registraron cerca de 400 mil nacimientos de madres menores de 20 años de edad, lo que representó cerca el 18% del total de nacimientos registrados en el país. Además, se ha documentado que el 40% de las mujeres que se embarazan en la adolescencia no planean o no desean el embarazo en ese momento. A pesar de ello, en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica realizada en 2009, sólo el 37.6% de las adolescentes de 15 a 19 años con vida sexual activa declaró haber utilizado un método anticonceptivo en su primera relación sexual.

En estratos sociales desfavorecidos el embarazo temprano es una práctica prevalente, lo cual puede deberse a que se considera como la única opción viable entre las posibilidades al alcance de las adolescentes o bien a que, en contextos de precariedad socioeconómica (comunidades indígenas, rurales o marginadas), las posibilidades de libertad y desarrollo para las mujeres son restringidas.

Las encuestas disponibles señalan además que la gran mayoría de los adolescentes han escuchado hablar de algún método anticonceptivo; sin embargo si se analiza su conocimiento a profundidad, se identifica que para muchos es erróneo o incompleto. Por ejemplo, mientras que un 65.4% de las mujeres de 15 a 49 años de edad responden correctamente a lo que debe hacerse cuando se olvida tomar una pastilla anticonceptiva (hormonales orales), este indicador se reduce a 18.7% en el caso de las adolescentes de 15 a 19 años de edad.

Muchos son los determinantes para asegurar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente, por lo que para avanzar en este campo de la salud pública se deben establecer alianzas con diversos actores y sectores de la sociedad.

Hacia el interior del país, existen grandes contrastes entre entidades federativas y grupos específicos de la población. Mientras en Sonora la prevalencia de uso de anticonceptivos es de 80.3 por ciento, en Chiapas este indicador apenas alcanza el valor de 54.8 por ciento, esto es el nivel de uso de anticonceptivos observado en el país al inicio de la década de los noventa, lo que refleja un rezago de más de 20 años en materia de planificación familiar en esta entidad federativa.

Por su parte, en las áreas rurales la prevalencia de uso de anticonceptivos representa un rezago de poco más de 20 años en comparación con el avance en las áreas urbanas. En 2009, sólo el 63.7 por ciento de las mujeres unidas en edad fértil (15 a 49 años de edad) utilizaba un método anticonceptivo, en comparación con el 74.9 por ciento observado en las áreas urbanas.

La población adolescente de 15 a 19 años de edad y la población indígena son los grupos con mayor rezago en el campo de la planificación familiar. En este tipo de poblaciones la necesidad no satisfecha de métodos anticonceptivos asciende a 24.8 por ciento en el primer grupo y a 21.7 por ciento en el segundo, mientras que a nivel nacional este indicador fue de 9.8 por ciento a nivel nacional.

En México, durante el período 2000-2012, la mortalidad por cáncer de mama aumentó en 17.8%, al pasar de 14.6 a 17.2 en la tasa y de 3,455 a 5,583 defunciones, con un incremento promedio de 177 defunciones por año. Este efecto se debe principalmente al envejecimiento poblacional, ya que al ajustar por edad, el incremento de la tasa fue tan sólo del 5.15 (17.5 vs. 18.4). En el periodo 2007-2012 se estableció como meta mantener la mortalidad nacional por cáncer de mama por debajo de 17.5, lo cual se logró al mantenerla 3 décimas por debajo de este nivel.

Las estrategias de prevención de la enfermedad para disminuir la mortalidad se centran en la detección, misma que sigue sustentándose en la citología, realizada a las mujeres de 25 a 34 años de edad, y dado que la modernización del programa ha permitido incluir los últimos avances de la tecnología para la prevención y detección del cáncer cérvico uterino, se ha establecido a partir del 2008, la prueba de detección del virus del papiloma humano (VPH) por captura de híbridos del VPH, que si bien ha permitido identificar los casos más tempranamente, aún se presenta cierta problemática que impacta en el desarrollo del Programa, tales situaciones son:

- Elevadas tasas de mortalidad por CACU
- Baja cobertura en áreas rurales y urbano marginadas.
- Deficiente obtención de la muestra de Papanicolaou.
- Elevado índice de resultados falsos negativos de Pap.
- Fallas en el seguimiento de la paciente.
- Insuficiente control de calidad en colposcopia con sobretratamiento
- Problemas en el diagnóstico histopatológico

Si una mujer entre los 30 y 40 años se sometiera al menos una vez en su vida a una prueba de tamizaje de cacu, su riesgo de padecerlo se reduciría 25 a 36% (Goldie S, 2005). El tamizaje al menos una vez en la vida constituye la estrategia más costo-efectiva y con mayor impacto en salud. Un estudio señala que el efectuar el Pap cada 5 años tiene un costo de \$100 dólares por Año de Vida Ajustado por discapacidad (AVAD), en comparación con \$2,600 dólares que implica el tratamiento del cáncer invasor y cuidados paliativos (Banco Mundial, 1993)

A través de la capacitación se ha fortalecido la atención de las urgencias obstétricas en los hospitales resolutivos del país, sin importar su derechohabencia, apoyando a los hospitales de las Secretarías de Salud Estatales, con equipo e insumos para mejorar la calidad en la atención obstétrica y la prevención de las mismas, además de la capacitación al personal que atiende estos casos.

El Tamiz neonatal es un estudio con fines preventivos, que debe practicarse a todos los recién nacidos. Su objetivo es descubrir y tratar oportunamente enfermedades graves e irreversibles que no se pueden detectar al nacimiento, ni siquiera con una revisión médica muy cuidadosa. Existe un predominio de dos niñas hipotiroideas por un niño hipotiroideo, lo cual se ha observado también en otros países.

El impacto de la aplicación de esta estrategia incluye además de la toma de la muestra, el seguimiento de casos sospechosos y positivos derivados del tamiz neonatal, que asciende anualmente a más de 1000 (mil) casos sospechoso y cerca de 700 casos positivos distribuidos en las 32 entidades federativas, tan solo para hipotiroidismo congénito, número que se incrementó en forma exponencial una vez que se aumentaron las determinaciones de 3 patologías más a través del tamiz neonatal.

1.2.3 Experiencias de atención

Por lo anterior la Secretaría de Salud a través del CNEGSR colabora con organizaciones de la sociedad civil e instituciones públicas que otorgan servicios de refugio para mujeres que se encuentran en situación de violencia extrema. Los refugios forman parte de los servicios de atención a la violencia familiar, brindando apoyo integral a las mujeres, sus hijas e hijos que se encuentran en esta situación, con la finalidad de contribuir a que cuenten con espacios seguros que les brinden protección, atención médica, psicológica y orientación legal, para lo cual, durante el año 2016 se establecerán Convenios de Concertación de Acciones con organizaciones de la sociedad civil, así como Convenios de Colaboración con instituciones públicas que otorgarán servicios de refugio en los cuales se podrá salvaguardar la integridad física de al menos 1,900 mujeres que viven violencia extrema.

En la Secretaría de Salud se han realizado esfuerzos importantes en los últimos años. Así, se cuenta con la versión preliminar de un Modelo de Atención Integral a la Salud Sexual y Reproductiva de las y los Adolescentes, elaborado en coordinación con el Fondo de Población de las Naciones Unidas y con Organizaciones de la Sociedad Civil. También se cuenta con 1,182 Servicios Amigables para la Atención de Adolescentes.

No obstante lo anterior, la cobertura de usuarias activas de métodos de planificación familiar entre adolescentes de 15 a 19 años de edad con vida sexual activa, responsabilidad de la Secretaría de Salud, fue de 59% a diciembre de 2014.

Además de avanzar en la atención integral en salud sexual y reproductiva para adolescentes, se cuenta con el reto de desarrollar sistemas de información que permitan registrar y dar seguimiento a las actividades que se realizan en beneficio de este grupo de la población.

Actualmente se cuenta con el Programa de Acción Específico, 2013-2018, de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, en donde se señalan un conjunto de estrategias y líneas de acción a desarrollar en coordinación con instituciones del sector salud, otros sectores del Gobierno Federal y organizaciones de la sociedad civil.

Con los recursos autorizados en el Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal de 2015, se tiene previsto intensificar las acciones de difusión de la prevención del embarazo, a través medios masivos de comunicación, particularmente por la radio. Así mismo, se tiene contemplado realizar las siguientes acciones:

- Fortalecer las actividades de capacitación y sensibilización a personal de salud.
- Recontratación de personal de psicología y trabajo social.
- Capacitación de personal docente en jurisdicciones sanitarias prioritarias
- Fortalecimiento de Servicios Amigables
- Adquisición de dispensadores de condones

La Secretaría de Salud ocupa el segundo lugar como institución proveedora de métodos anticonceptivos en el país. Del total de mujeres con vida sexual activa que utilizan un método anticonceptivo moderno para regular su fecundidad, 34.3% lo consiguen en el IMSS, 24.0% en la Secretaría de Salud, 19.0% en farmacias o tiendas, 15.1% en consultorios, clínicas y hospitales privados y 4.7% en el ISSSTE. Estos datos reflejan la necesidad de incrementar las acciones de promoción y acceso efectivo de servicios de salud a efecto de aumentar la cobertura de los servicios de planificación familiar en las instituciones públicas de salud, particularmente entre quienes no son derechohabientes de alguna institución de salud.

De manera particular, de acuerdo con el Sistema de Información en Salud (SIS), se estima que al cierre del 2014 el número de usuarias activas de métodos anticonceptivos en la Secretaría de Salud ascendió a casi 4.3 millones, lo que representó incremento de 33% respecto al valor registrado en 2006 (3'222,574). A pesar de este avance, la cobertura del programa en la institución es de sólo 50.3% del total de las mujeres unidas que son responsabilidad de la Secretaría de Salud, esto es, que no son derechohabientes de ninguna institución pública de salud. Entre las principales causas de la baja cobertura del programa en la Secretaría de Salud, destacan las siguientes:

- Falta de apoyo de las autoridades hacia el programa, dado que se le ha otorgado prioridad a otros programas de salud pública.
- Desabasto de insumos anticonceptivos, lo que impide la continuidad de la población usuaria en el programa.
- Limitado seguimiento a la situación de abastecimiento de anticonceptivos, como resultado de la tercerización de la adquisición de insumos.
- Falta de actualización y sensibilización del personal médico, tanto en el primero como en el segundo nivel de atención.

El Programa de Acción Específico, 2013-2018, de Planificación Familiar y Anticoncepción, busca entre otras cosas, el reposicionamiento del programa como elemento básico para el desarrollo social y económico de las personas y las comunidades, así como un aspecto esencial para la igualdad de hombres y mujeres.

Los recursos asignados al Programa serán utilizados para fortalecer las acciones a nivel nacional y estatal, particularmente en los siguientes aspectos:

- Difusión de mensajes a través de medios masivos de comunicación.
- Contratación de personal de supervisión para jurisdicciones sanitarias prioritarias.
- Contratación de médicos y enfermeras para fortalecer la prestación de servicios para mujeres con alto riesgo obstétrico.
- Capacitación de personal del primer nivel de atención.
- Fortalecimiento de la gerencia del programa
- Adquisición de material educativo

Es necesario que toda mujer embarazada acuda a su control prenatal, desde los primeros signos y síntomas, para que con ello se puedan detectar en forma oportuna el riesgo, así como de prevenir alguna complicación.

La brecha de género a erradicar o disminuir es entre las diferentes regiones que existen en el país, donde se encuentran las más bajas condiciones socioeconómicas, donde se presenta la razón de mortalidad materna más altas.

Todas estas acciones se deben realizar en todas las entidades federativas haciendo énfasis sobre todo en los municipios repetidores de muerte materna. Con todo ello se podría contribuir a la disminución de la mortalidad materna, y por lo tanto cumplir con nuestros compromisos nacionales e internacionales como alcanzar las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Para este año se estima lograr incrementar en la Secretaría de Salud, el porcentaje de mujeres embarazadas que inician su control prenatal desde el primer trimestre de gestación en un 35%.

A través de estas acciones se trataría de mejorar la atención con calidad de las urgencias obstétricas, y con ello se estima se podría disminuir por lo menos un 40 por ciento de las defunciones maternas, puesto que la mayoría de estas muertes son causadas por problemas prevenibles además de ocurrir a nivel hospitalario, donde un alto porcentaje de mujeres que se da de alta sin recibir ningún método anticonceptivo o por lo menos la orientación consejería sobre planificación familiar.

Para la presente administración, el Programa de Acción Específico 2013-2018: Cáncer de la Mujer, establece 3 objetivos asociados a las Metas Nacionales del PND, específicamente a la Meta II: “México incluyente” y a los objetivos del PROSESA, principalmente al Objetivo: 2.5.3. “Focalizar acciones de prevención y detección de cánceres, particularmente cérvico-uterino y de mama.”

El grupo de mujeres beneficiados será el de 25 años y más, con énfasis de detección por exploración clínica a las de 25 a 39 años y por mastografía de tamizaje a las de 40 a 69 años.

Con apoyo de otros presupuestos (anexo IV, y ramo 33), las mujeres (25 a 39 años) acudirán a unidades médicas de 1° nivel de atención para exploración clínica.

Mujeres de 40 años y más acudirán a mastografía de tamizaje a las: Unidades móviles de mastografía, unidades de 1°, 2° y 3° nivel de atención equipadas con mastógrafos para el tamizaje y con personal capacitado para realizar el estudio.

Los casos que resulten sospechosos de ambos métodos de detección acudirán a UNEMES y o unidades equivalentes equipadas con mastógrafo, equipo para imágenes adicionales, y toma de biopsia; y con personal capacitado para realizar los procedimientos. Los casos que resulten confirmados, acudirán a los centros oncológicos para su tratamiento.

Actualmente se cuenta con la garantía en el acceso a tratamiento gratuito a mujeres con diagnóstico de cáncer cérvico uterino en instituciones de seguridad social y a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos del Seguro Popular, sin embargo aún no es suficiente

Con base a estos indicadores, la situación actual de nuestro programa es que aún tenemos bajas coberturas de detección, por citología o por captura de híbridos de VPH, nos hace falta reforzar el seguimiento de las mujeres para asegurar la entrega oportuna de resultado hasta la asistencia a la primera consulta en la clínica de colposcopia, favorecer el apego al tratamiento, garantizar la gratuidad en la atención principalmente en la clínica de colposcopia, estudios de histopatología y atención en centros oncológicos. Las estrategias propuestas son:

- Se requiere incrementar la cobertura de detección mientras se mantiene una calidad uniforme, focalizando en grupos de mayor riesgo, por citología en mujeres de 25 a 34 años y por captura de híbridos a las mujeres de 35 a 64 años
- Fortalecimiento del sistema de referencia y contra referencia para la atención oportuna y tratamiento temprano en las clínicas de colposcopia
- Acreditación periódica de los laboratorios de citopatología, citotecnólogos y patólogos
- Reforzamiento del control de calidad interno en los laboratorios de citología
- Consolidación del control de calidad externo de los laboratorios de citología, patología y captura de híbridos
- Innovación de los mecanismos de seguimiento de pacientes
- Registro permanente de la información en SICAM
- Regular la colposcopia para evitar sobre tratamiento

- Coordinación con Hospitales Federales e Institutos Nacionales de Salud
- Derivar a mujeres sin seguridad social y cáncer al tratamiento gratuito por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos del Seguro Popular.
- Estrategia de referencia y seguimiento de mujeres migrantes
- Involucrar activamente a la sociedad civil organizada en las estrategias.

De acuerdo a estas estrategias las acciones afirmativas que se implementarán en beneficio de la mujer es la disminución de las brechas de cobertura de detección y de seguimiento de los casos que resulten sospechosos y del tratamiento de los casos confirmados.

El grupo de mujeres beneficiados será el de 25 años y más, con énfasis de detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes. Esperamos lograr:

- ✓ 65% de coberturas de detección trianual por citología en mujeres 25 a 34 años
- ✓ 80% de cobertura de detección quinquenal por captura de híbridos de VPH en mujeres de 35 a 64 años

Mujeres beneficiadas:

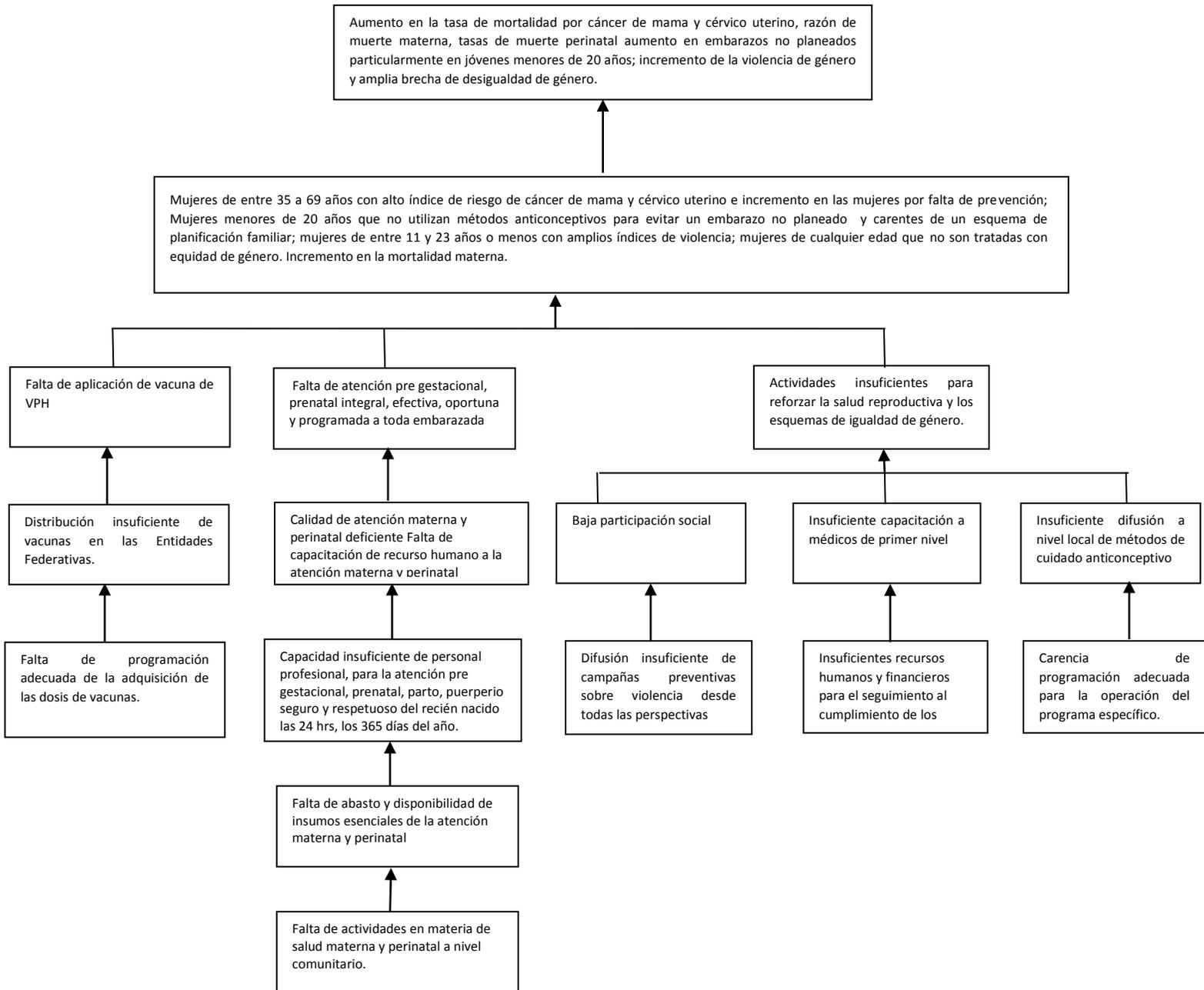
- ✓ Mujeres de 25 a 34 y 35 a 64 años beneficiadas con detección a través de citología y captura de híbridos de VPH, respectivamente
- ✓ Con apoyo de otros presupuestos (anexo IV, y ramo 33), las mujeres (25 a 34 años) acudirán a unidades médicas de 1° nivel de atención para detección por citología, unidades de 1°, 2° y 3° nivel de atención equipadas con clínica de colposcopia para el diagnóstico y tratamiento específico por personal capacitado.
- ✓ Mujeres de 35 a 64 años acudirán a unidades médicas de 1° nivel de atención para detección por captura de híbridos de VPH. Unidades móviles de detección de cáncer cérvico uterino.
- ✓ Los casos que resulten confirmados para CaCu, acudirán a los centros oncológicos para su tratamiento.

El Tamiz neonatal es un estudio con fines preventivos, que debe practicarse a todos los recién nacidos. Su objetivo es descubrir y tratar oportunamente enfermedades graves e irreversibles que no se pueden detectar al nacimiento, ni siquiera con una revisión médica muy cuidadosa. Existe un predominio de dos niñas hipotiroideas por un niño hipotiroideo, lo cual se ha observado también en otros países.

El impacto de la aplicación de esta estrategia incluye además de la toma de la muestra, el seguimiento de casos sospechosos y positivos derivados del tamiz neonatal, que asciende anualmente a más de 1000 (mil) casos sospechoso y cerca de 700 casos positivos distribuidos en las 32 entidades federativas, tan solo para hipotiroidismo congénito, número que se incrementó en forma exponencial una vez que se aumentaron las determinaciones de 3 patologías más a través del tamiz neonatal.

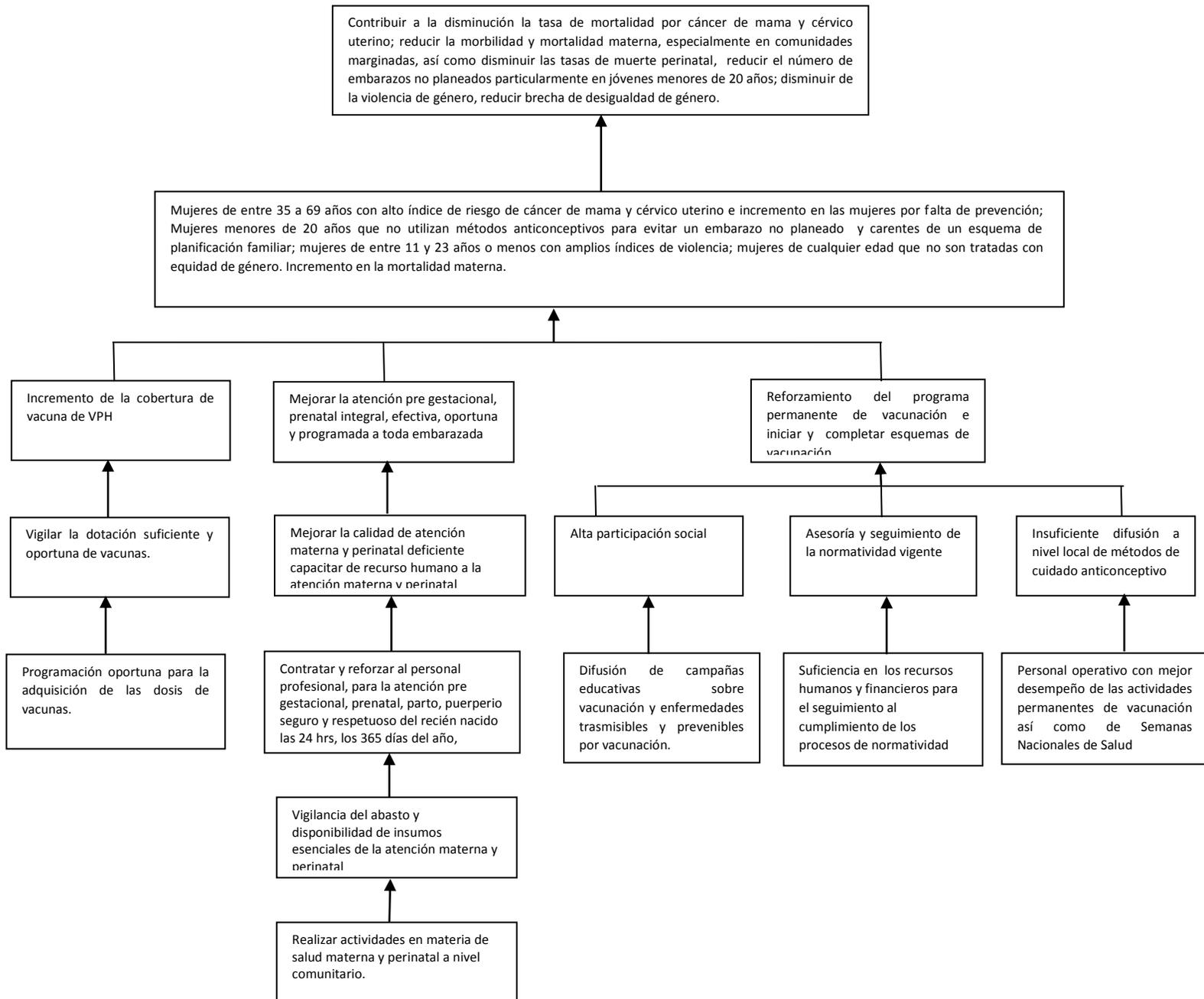
Se establece como meta para este 2015 alcanzar una cobertura del 80% las niñas y niños tamizados en población sin seguridad social, por reducción en presupuesto, siempre que se consiga presupuesto de otras fuentes de financiamiento.

1.2.4 Árbol de problemas



1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Árbol de objetivos



1.3.2 Determinación y justificación de los objetivos de la intervención

1.4 COBERTURA

1.4.1 Identificación y caracterización de la población potencial.

Numero de usuarias activas en planificación familiar/ mujeres en edad fértil
responsabilidad de la Secretaría de Salud, Numero de mujeres de 24 a 64 años de edad
tamizadas para cáncer cérvico uterino, Mujeres de 25 a 69 años responsabilidad de la
Secretaria de Salud mujeres de 15 a 69 años y hombres de 15

1.4.2 Identificación y caracterización de la población objetivo

41,988,368 personas

1.4.3 Cuantificación de la población objetivo

Población con seguridad social, sin seguridad social

1.4.4 Frecuencia de actualización de la población potencial y objetivo

Anual

1.5 DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN

1.5.1 Tipo de intervención

1.5.2 Etapas de la intervención

1.5.3 Previsiones para la integración y operación del padrón de beneficiarios.

1.5.4 Matriz de indicadores

1.5.5 Estimación del Costo Operativo del Programa

| | |
|--|-------------------------|
| Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género | 575,025,609.00 |
| Programa de Igualdad de Género en Salud | 12,176,866.00 |
| Programa de Prevención y Control de Cáncer de la Mujer | 611,137,689.00 |
| Programa de Planificación Familiar, Atención y otros componentes de Salud Reproductiva | 127,753,146.00 |
| Programa de Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes | 111,775,787.00 |
| Salud Materna y Perinatal | 566,008,720.00 |
| Estimación Costo de Operación P020 | 2,003,877,817.00 |