



PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO

PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ANTICONCEPCIÓN 2013-2018

PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD

Versión electrónica, en proceso su
publicación impresa

ÍNDICE GENERAL

DIRECTORIO	5
MENSAJE DE LA C. SECRETARIA DE SALUD	7
MENSAJE DEL C. SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD	9
INTRODUCCIÓN	11
I. MARCO CONCEPTUAL	13
II. MARCO JURÍDICO	17
III. DIAGNÓSTICO.....	21
III.1 Antecedentes	23
III.2 Situación Actual y Problemática	24
III.3 Avances 2006-2012	36
III.4 Retos 2013-2018	42
III.5 Objetivos de Desarrollo del Milenio	43
IV. ALINEACIÓN CON LAS METAS NACIONALES	45
IV.1 Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018	47
IV.2 Alineación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018.....	48
V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA.....	51
V.1 Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción	53
V.2 Estrategias Transversales.....	56
VI. INDICADORES Y METAS.....	57
VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD	69
VIII. TRANSPARENCIA	79
BIBLIOGRAFÍA	83
ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS.....	87
GLOSARIO DE TÉRMINOS	89
ANEXOS	93

DIRECTORIO

SECRETARÍA DE SALUD

María de las Mercedes Martha Juan López
SECRETARIA DE SALUD

Eduardo González Pier
SUBSECRETARIO DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

Pablo Antonio Kuri Morales
SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Marcela Guillermina Velasco González
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

Fernando Gutiérrez Domínguez
COORDINADOR GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS Y DERECHOS HUMANOS

Guillermo Miguel Ruiz-Palacios y Santos
TITULAR DE LA COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

Manuel Mondragón y Kalb
COMISIONADO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES

Ernesto Héctor Monroy Yurrieta
TITULAR DE LA UNIDAD COORDINADORA DE VINCULACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

Nelly Aguilera Aburto
TITULAR DE LA UNIDAD DE ANÁLISIS ECONÓMICO

Mikel Andoni Arriola Peñaloza
COMISIONADO FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

José Meljem Moctezuma
COMISIONADO NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

Manuel Hugo Ruíz de Chávez Guerrero
PRESIDENTE DEL CONSEJO DE LA COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA

Gabriel O'Shea Cuevas
COMISIONADO NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Leobardo Ruíz Pérez
SECRETARIO DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Ricardo Juan García Cavazos
DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

José Antonio González Anaya
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Sebastián Lerdo de Tejada Covarrubias
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y
SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

Laura Ibernia Vargas Carrillo
TITULAR DEL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Emilio Ricardo Lozoya Austin
PETRÓLEOS MEXICANOS

Salvador Cienfuegos Zepeda
SECRETARIO DE LA DEFENSA NACIONAL

Vidal Francisco Soberón Sanz
SECRETARIO DE MARINA

MENSAJE DE LA C. SECRETARIA DE SALUD

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y el Programa Sectorial de Salud, establecen de manera prioritaria que las instituciones del Sistema Nacional de Salud y la sociedad en su conjunto debemos “Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud”, con el propósito de alcanzar la Meta Nacional de un México Incluyente.

Ello es posible, mediante la consolidación de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, la prestación de servicios plurales y articulados basados en la atención primaria y el fomento de la participación de la sociedad.

Las premisas descritas nos permitirán cerrar las brechas existentes entre los diferentes grupos sociales y regionales del país, para asegurar la consolidación y el uso efectivo de los recursos destinados a la salud.

En la actualidad los retos epidemiológicos y demográficos son de una magnitud mayor a aquellos a los que se hizo frente en lustros pasados, de ahí que el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud sea cada vez más complejo.

Por ello, reconocemos la imperiosa necesidad de que las instituciones de salud adecúen sus esquemas operativos con el fin de responder al desafío de construir un Sistema Nacional de Salud más eficiente y de calidad para hacer frente a las crecientes necesidades de la población.

Las instituciones públicas de Salud trabajan hoy en día para que mujeres y hombres dispongan de mejores opciones, acceso a servicios de salud con perspectiva de género, interculturalidad y respeto a los derechos humanos.

En México y en el mundo, enfrentamos desafíos como son el sobrepeso, la obesidad, la diabetes y otras enfermedades no transmisibles, entre las que destacan las cardiovasculares, diferentes tipos de cáncer y las que afectan la salud mental. Esta situación es resultado por una parte del cambio demográfico de la población mexicana, así como de la adopción de estilos de vida no saludables como son los asociados al sedentarismo, la alimentación incorrecta, el tabaquismo y el consumo de alcohol.

Ello nos impone la necesidad de una respuesta integral y articulada para reducir los factores de riesgo a través de la promoción de estilos de vida saludables que implican el cambio conductual de la población.

Para llevar a México a su máximo potencial, tal como está previsto en el actual Plan Nacional de Desarrollo, una de las prioridades en la agenda de la salud pública es instrumentar políticas públicas dirigidas a proteger la salud de las niñas, niños, adolescentes, mujeres y mujeres embarazadas. Para ello, en los Programas de Acción Específico se incluyeron acciones efectivas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, entre ellas, lactancia materna, vacunación, planificación familiar, educación sexual y reproductiva con énfasis en adolescentes, que contribuyen a un mejor desarrollo de las personas, familias y la comunidad, así como a obtener mejores niveles de calidad de vida de las nuevas generaciones de nuestro país.

Por otro lado, seguimos comprometidos en consolidar e incrementar la vigilancia epidemiológica, la prevención y el control de las enfermedades transmisibles como VIH, Sida, tuberculosis, influenza y dengue; expandir esquemas efectivos para la prevención de accidentes y atender oportunamente a la población ante emergencias epidemiológicas, brotes y desastres.

Ante este escenario complejo, se requiere de la participación decidida y coordinada de todas las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, de los diferentes órdenes de gobierno, de la iniciativa privada y de la sociedad civil. Los Programas de Acción Específico de Prevención y Promoción de la Salud, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y del Programa Sectorial de Salud, son la herramienta de coordinación, evaluación y seguimiento de las estrategias, líneas de acción e indicadores que nos permitirán medir nuestro desempeño.

Agradezco a las instituciones del Sistema Nacional de Salud, a las instancias académicas y de la sociedad civil que participaron en la elaboración de estos documentos, mediante el cual se impulsan de manera transversal y sectorial, las estrategias y líneas de acción para la vigilancia epidemiológica, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; necesarias para lograr las metas y objetivos a los que nos hemos comprometido.

El paso hacia un Sistema Universal de Salud requiere de la acción de todos los actores involucrados, para que desde la salud podamos contribuir con nuestro aporte al logro de un México más sano e incluyente.

Dra. María de las Mercedes Martha Juan López

MENSAJE DEL C. SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

México atraviesa una marcada transición poblacional y epidemiológica, la cual ha impactado de forma importante el perfil de la salud de la población. Muestra de ello es la epidemia de las enfermedades no transmisibles, las cuales han ascendido a los primeros sitios de morbilidad y mortalidad. Por otra parte, las enfermedades transmisibles siguen presentes acentuando la inequidad social.

Lo anterior constituye un importante reto para todas las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, por lo que se requiere sumar esfuerzos para que la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades graviten en la reducción de la carga de enfermedad y contribuya a mejorar la calidad de vida de los mexicanos.

La promoción de la salud y la prevención de enfermedades constituyen el eje fundamental de la salud pública, por ello, son componentes esenciales del modelo de atención a la salud en México. Un elemento sustantivo de la promoción de la salud es su carácter anticipatorio, el cual busca atender, no a la enfermedad directamente, sino a los determinantes sociales de la salud. Se trata de crear y fortalecer determinantes positivos y delimitar o eliminar los negativos.

Los Programas de Acción Específico retoman los principios enunciados, por lo que están enfocados a impulsar acciones que proporcionen a la población los medios necesarios para lograr una mejor salud, con ese fin contienen acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, así como para dotarlos de las herramientas que les permitan modificar sus condiciones sociales y ambientales.

El presente Programa contiene estrategias que buscan fortalecer y hacer eficientes las prácticas que han mostrado efectividad. Adicionalmente se incorporan intervenciones innovadoras para contribuir a preservar y mantener la salud de la población, con especial énfasis en los grupos en situación de desigualdad, buscando de manera proactiva el fortalecimiento del tejido social.

La operación de este Programa apunta hacia la formulación de acciones con la participación intersectorial, exhortando a las entidades federativas a generar vínculos de trabajo con las diferentes dependencias e instituciones y promoviendo la transversalidad de la salud en todas las políticas.

En este documento se consideraron las estrategias y acciones que lograron un impacto significativo en diferentes grupos de la población en los últimos años, por ello es importante aplicar un enfoque de prevención combinada (intervenciones biomédicas, conductuales y estructurales) en un marco de derechos humanos, perspectiva de género e interculturalidad.

El Programa que aquí se presenta, contiene las estrategias, líneas de acción, indicadores y metas que permitirán su instrumentación, seguimiento y evaluación para todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud y las entidades federativas; asimismo, en él se promueve el acompañamiento y la participación del personal de salud y de la sociedad civil, que son indispensables para el logro de los objetivos planteados.

Dr. Pablo Antonio Kuri Morales

INTRODUCCIÓN

En México las políticas públicas en materia de planificación familiar y anticoncepción se remontan a la década de los setenta, cuando la fecundidad y el crecimiento de la población alcanzaron los niveles más altos en la historia del país.

En sus primeros años de existencia, los programas públicos de planificación familiar se orientaron a reducir las tasas de fecundidad y a disminuir el crecimiento de la población. Más tarde las acciones se orientaron a mejorar la salud materna e infantil, y a partir de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo, Egipto, en 1994, el objetivo principal ha sido asegurar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población, con perspectiva de género y enfoque intercultural.

Hoy en día, la planificación familiar se concibe como un derecho humano que hace posible acceder a otros derechos como la salud, la educación y el disfrute de una mejor calidad de vida.

Los avances alcanzados durante casi cuatro décadas de políticas públicas son importantes, pero insuficientes, particularmente porque durante la primera década de este siglo prácticamente se estancó la cobertura del Programa, lo cual plantea grandes desafíos para poder atender las demandas y necesidades de la población con enfoque de derechos humanos, atendiendo las recomendaciones de importantes Conferencias Internacionales a las que nuestro país se ha sumado en el seno de las Naciones Unidas.

Para atender los retos y desafíos que se enfrentan en este campo de la salud y contribuir a lograr el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, se elaboró el presente Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018. En este documento, se han integrado las recomendaciones y observaciones de instituciones públicas de salud, organizaciones de la sociedad civil, instituciones académicas, investigadores, población usuaria de los servicios y personas interesadas en el tema. El primer acercamiento se obtuvo a través del "Foro Nacional de Consulta para la elaboración de los Programas de Acción Específicos 2013-2018", efectuado en la Ciudad de México el día cinco de noviembre de 2013.

El Programa de Acción Específico (PAE) Planificación Familiar y Anticoncepción, 2013-2018, tiene como finalidad contribuir a que la población disfrute de su vida sexual y reproductiva de manera informada, libre, satisfactoria, responsable y sin riesgos, mediante el desarrollo de estrategias y líneas de acción interinstitucionales en los tres órdenes de gobierno, bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

El Programa reconoce los avances obtenidos a la fecha y plantea alcanzar al final de la Administración tres objetivos para atender los principales rezagos en este campo de la salud pública: 1) incrementar el acceso efectivo a servicios y mejorar la calidad de la atención en planificación familiar y anticoncepción; 2) atender las necesidades específicas de planificación familiar y anticoncepción de la población, particularmente en grupos en situación de desventaja social, y 3) incentivar la paternidad activa y elegida y la responsabilidad del hombre en la planificación familiar y la anticoncepción.

Este PAE es referencia obligada para las instituciones públicas de salud que realizan acciones en el campo de la planificación familiar, a efecto de dirigir sus esfuerzos hacia un objetivo común. Incluye una revisión de los antecedentes, de la situación actual y de los principales avances y retos en materia de planificación familiar. Asimismo, integra las estrategias y líneas de acción a desarrollar en forma coordinada a efecto de lograr los objetivos que se han planteado para la presente Administración Pública Federal.

Como complemento, se integran las metas comprometidas para cada uno de los siguientes años, los indicadores para darles seguimiento, así como una matriz en la que se señala la participación de las instituciones de salud en cada una de las líneas de acción del Programa.



I. MARCO CONCEPTUAL

I. MARCO CONCEPTUAL

En los términos del Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la planificación familiar es el derecho de toda persona a decidir, de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

Dentro del concepto de la salud reproductiva¹, 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.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) la planificación familiar se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad.¹

La promoción de la planificación familiar y el acceso a los métodos anticonceptivos, tiene diversos beneficios para la población, entre los que se incluyen los siguientes:

1. Apoya a las personas en la toma de decisiones bien informadas sobre su salud sexual y reproductiva, entre ellas en el ejercicio de su derecho a decidir sobre su reproducción, es decir, tener o no descendencia, el número y el momento para tenerla.²
2. Contribuye a evitar hasta una tercera parte de las muertes maternas.³ La evidencia demuestra que el acceso efectivo a métodos anticonceptivos mejora la salud materna al prevenir embarazos no planeados y de alto riesgo, particularmente en los extremos de la vida reproductiva.
3. Reduce el número de abortos. Estudios recientes demuestran que al atender tanto la demanda en planificación familiar como de servicios de salud

materna, el número de abortos podría disminuir en cerca de tres cuartas partes.⁴

4. Favorece la sobrevivencia de los recién nacidos y, por tanto, reduce la mortalidad infantil como resultado de la ampliación del espaciamiento entre nacimientos. En países en desarrollo, el riesgo de prematuridad y de bajo peso al nacer se duplica cuando la concepción ocurre dentro de los seis meses posteriores al último parto, además los infantes que nacen dentro de los dos años siguientes al último parto, tienen 60% más probabilidad de morir durante la infancia que quienes nacen posterior a dos años del último parto de su madre.⁵
5. Mejora la condición y el empoderamiento de las mujeres, ya que al poder controlar su reproducción, se les facilita su desarrollo personal e incrementa la posibilidad de ingresar a la fuerza laboral.⁶
6. Contribuye a la reducción de la pobreza y a mejorar el desarrollo económico. Un estudio realizado en 48 países, estimó que el porcentaje de personas viviendo en situación de pobreza habría disminuido una tercera parte si las tasas de natalidad hubieran bajado a cinco por mil habitantes en la década de los ochenta.⁷
7. Disminuye los costos asociados a la atención médica. Por cada dólar invertido en servicios de anticoncepción moderna, se podría ahorrar 1.40 USD en gastos de atención materna y cuidados del recién nacido.⁸
8. Contribuye a la sostenibilidad ambiental, ya que el crecimiento poblacional acelerado ejerce fuerte presión sobre los recursos naturales. La planificación familiar es una de las intervenciones más costo-efectivas para preservar el equilibrio del ambiente para las generaciones futuras.

¹ De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud reproductiva debe entenderse como el estado general de bienestar físico, mental y social, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos; es decir, es la capacidad de los

individuos y de las parejas de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad para decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos.

En resumen, la planificación familiar es un componente esencial de la salud reproductiva, es un derecho humano, un 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.

En la actualidad, las necesidades y prioridades de la población en materia de salud sexual y reproductiva evidencian que además de los servicios de planificación familiar que son esenciales para limitar o espaciar el número de nacimientos en parejas, también se deben otorgar servicios de anticoncepción a personas que aun cuando no están casadas o unidas, son sexualmente activas y desean evitar un embarazo. Por consiguiente, para satisfacer las necesidades individuales y los ideales reproductivos de personas y/o parejas se deben otorgar servicios de planificación familiar y de anticoncepción.⁹



II. MARCO JURÍDICO



II. MARCO JURÍDICO

En México, las acciones de planificación familiar y anticoncepción están respaldadas jurídicamente tanto por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y otros documentos normativos y legislativos de carácter nacional, como por un conjunto de tratados, convenciones y acuerdos internacionales, entre los que destaca la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), celebrada en el Cairo, Egipto, en 1994.¹⁰

En el ámbito nacional, los principales ordenamientos de tipo jurídico en los que se sustentan las acciones de planificación familiar y salud reproductiva son las siguientes:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que en su Artículo 4° señala que toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

Leyes

- Ley General de Población, que en su Artículo 3°, Fracción II, señala que la Secretaría de Gobernación dictará y ejecutará o en su caso promoverá ante las dependencias competentes o entidades correspondientes, las medidas necesarias para realizar programas de planeación familiar a través de los servicios educativos y de salud pública de que disponga el sector público y vigilar que dichos programas y los que realicen organismos privados, se lleven a cabo con absoluto respeto a los derechos fundamentales del hombre y preserven la dignidad de las familias, con objeto de regular racionalmente y estabilizar el crecimiento de la población, así como lograr el mejor aprovechamiento de los recursos humanos y naturales del país.¹¹
- Ley General de Salud, que en su Artículo 3° señala que la planificación familiar es materia de salubridad general, y en sus Artículos 67 a 71 se incluyen diversas disposiciones que le otorgan a la planificación familiar su carácter prioritario, definen los diferentes servicios que incluye la planificación familiar, y le otorga a la Secretaría de Salud la facultad de coordinar las actividades de las dependencias y entidades del Sector Salud para instrumentar y operar las acciones de

planificación familiar.¹²

- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, que en su Artículo 11 señala que los organismos públicos y las autoridades federales, en el ámbito de su competencia llevarán a cabo, entre otras medidas compensatorias a favor de la igualdad de oportunidades de las niñas y los niños, la impartición de educación para la preservación de la salud, el conocimiento integral de la sexualidad, la planificación familiar, la paternidad responsable y el respeto de los derechos humanos.¹³

Reglamentos

- Reglamento de la Ley General de Población, que en la Sección II del Capítulo Segundo incluye diversas disposiciones para regular las acciones de planificación familiar, entre las que se incluye la gratuidad de los servicios cuando éstos sean otorgados por dependencias y organismos del sector público (Artículo 16).¹⁴
- Reglamento de la Ley General de Salud, que en su Artículo 17 faculta a los establecimientos de carácter privado para colaborar, entre otros servicios básicos de salud, con la prestación de servicios de planificación familiar. Además, en su Capítulo V (Artículos 116 al 120), incluye diversas disposiciones para la prestación de servicios de planificación familiar.¹⁵

Normas Oficiales Mexicanas

- Norma Oficial Mexicana, NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar, cuya actualización se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* (DOF) del 21 de enero de 2004, con Nota aclaratoria publicada en el DOF el 16 de junio de 2004. Su objetivo es uniformar principios, criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios de planificación familiar en México. Su campo de aplicación lo constituyen los servicios de atención médica y comunitaria de las instituciones de los sectores público, social y privado.¹⁶

PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ANTICONCEPCIÓN

En el marco de la salud reproductiva, las acciones de planificación familiar también se relacionan con otras Normas Oficiales Mexicanas, las cuales se relacionan a continuación:

- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios para la prestación del servicio. DOF 06-01-1995.¹⁷
- Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM 010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana, DOF el 10-11-2010.¹⁸
- Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999. Prestación de servicios de salud¹⁹. 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, publicada en el DOF 16-04-2009.
- Norma Oficial Mexicana NOM 014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino, actualizada en 2007 y publicada en el DOF el 31-05-2007.²⁰
- Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama, actualizada en 2011. DOF el 09-06- 2011.²¹
- Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2012, Para la prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar la atención médica. DOF 07-01-2013.²²
- Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2002, Para la prevención y control de defectos al nacimiento. DOF el 27-10-2003.²³
- Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud. DOF el 30-11-2012.²⁴
- Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico, para quedar como NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. DOF 15-10-2012.²⁵

En el contexto internacional, las acciones de planificación familiar se fundamentan en las recomendaciones emanadas de diversas conferencias internacionales sobre población y derechos humanos llevadas a cabo en el seno de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en las que se han abordado temas relacionados con la salud, la salud sexual y reproductiva, así como con los derechos sexuales y reproductivos, entre otros. Otros organismos se han sumado al llamado internacional en este tema.

Destacan por su relevancia, las siguientes conferencias, convenciones y cumbres:

- Conferencia Internacional de Derechos Humanos de 1968, Teherán, Irán.
- Conferencia Mundial de Población 1974, Bucarest, Rumania.
- Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) 1979.
- Conferencia Internacional de Población 1984, Ciudad de México, México.
- Convención sobre los Derechos del Niño 1989.
- Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo 1994, El Cairo, Egipto.
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, 1994, Belém do Pará, Brasil.
- Cuarta Conferencia Internacional sobre la Mujer 1995, Beijing, China.
- Cumbre del Milenio, 2000.
- Asamblea General sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2010.
- Cumbre de Londres sobre Planificación Familiar, 2012.
- Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y El Caribe, Montevideo, Uruguay, 2013.



III. DIAGNÓSTICO

III. DIAGNÓSTICO

III.1 Antecedentes

Al terminar la Revolución Mexicana las condiciones de salud en México eran dramáticas, ya que prevalecía una alta mortalidad general asociada básicamente a efectos de la lucha armada de 1910, así como a factores nutricionales y de salud pública deficientes, lo que redujo la población del país drásticamente en los años veinte. Ante este escenario, los gobiernos posrevolucionarios promovieron leyes de corte pronatalista (Leyes Generales de Población de 1936 y 1947),²⁶ que incentivaron el incremento de la población.

Como resultado de tales políticas de población, la tasa de crecimiento poblacional alcanzó sus niveles más altos durante la década de los años setenta, al ubicarse en 3.5% anual, mientras que la tasa global de fecundidad se situó en casi siete hijos por mujer. La población nacional pasó entonces de 15 a 50 millones de los años veinte a los años setenta,²⁷ con una estructura por edad muy joven: 46% de la población tenía menos de 15 años de edad.²⁸

El rápido crecimiento de la población que prevalecía en ese entonces, no solamente en México sino a nivel mundial, fue motivo de gran preocupación en las Naciones Unidas, señalando a la planificación familiar como un elemento clave para la reducción del crecimiento demográfico y para elevar el nivel de vida de la población.ⁱⁱ

Nuestro gobierno, atendiendo a las recomendaciones nacionales e internacionales, en 1973 derogó la prohibición de la venta y propaganda de anticonceptivos y en enero de 1974 decretó la nueva Ley General de Población, en donde se establecieron las bases para la creación de servicios de planificación familiar a través de los servicios educativos y de salud en el sector público.ⁱⁱⁱ En diciembre del mismo año se crea el Consejo Nacional de

Población (CONAPO) como un organismo intersectorial responsable de la planeación demográfica del país.²⁹

En 1977 se aprueba el primer Plan Nacional de Planificación Familiar del Sector Salud, en el cual se definieron metas de cobertura por institución y se estableció además, la meta demográfica de reducir la tasa de crecimiento de población a 2.5% en 1982.³⁰

A partir de entonces, los servicios de planificación familiar se fueron extendiendo a lo largo del país. En sus inicios sólo se ofertaban en áreas urbanas, pero se extendieron rápidamente a las áreas rurales a través de diversas estrategias operativas, en las cuales personal voluntario de las propias comunidades desempeñó un papel fundamental. Paralelamente, se fue diversificando la oferta de métodos anticonceptivos para responder a las necesidades específicas de la población, y se impulsaron campañas de comunicación educativa y social para difundir los beneficios de la planificación familiar entre la población.

En la década de los años ochenta, el Programa de Planificación Familiar incorporó el enfoque de riesgo y se iniciaron programas de anticoncepción post-evento obstétrico, dando prioridad a grupos específicos de la población identificados como vulnerables.³¹

En los años noventa hubo importantes avances, se impulsaron acciones para promover la participación activa del hombre en la planificación familiar y se crearon los primeros servicios de vasectomía sin bisturí en el país. Asimismo, se publicó en mayo de 1994 la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, que incorporó los avances científicos en el contexto nacional e internacional en materia de tecnología anticonceptiva, así como los procesos de orientación-consejería. Esta Norma

ⁱⁱ De hecho, en la Conferencia Internacional de Derechos Humanos, celebrada en Teherán, se proclamó y declaró el derecho de las parejas a disponer de información, acceso y opciones para determinar la cantidad de sus hijos y el espaciamiento entre ellos. UNFPA. Estado de la Población Mundial 2012.

ⁱⁱⁱ En México, sin embargo, las acciones públicas en esta materia se remontan a mediados de la década de los sesenta con la fundación de la primera clínica de planificación familiar en el Instituto Nacional de la

Nutrición y la instauración de un programa de investigación en el Instituto Mexicano del Seguro Social, en donde se otorgaba anticoncepción oral en forma selectiva. Además, hacia finales de los años cincuenta la Asociación Pro-salud Maternal ya otorgaba servicios de planificación familiar, y más tarde se sumó a este esfuerzo la Fundación para Estudios de la Población A.C. (actualmente Mexfam).

fue actualizada en 2004.

En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), celebrada en 1994 en El Cairo, Egipto, México se sumó al pronunciamiento de las Naciones Unidas respecto a la importancia de satisfacer las necesidades de las personas en materia de educación y salud, incluyendo la salud reproductiva, como requisitos indispensables tanto para el desarrollo individual como para el desarrollo equilibrado de la población.

En 1995, México fue uno de los primeros países del mundo en implantar un Programa de Salud Reproductiva de cobertura nacional, con una visión holística, vinculando los componentes de planificación familiar, salud sexual y reproductiva de la población adolescente, salud perinatal y salud de la mujer, con perspectiva de género.³² A partir de entonces, las acciones de planificación familiar se han fortalecido continuamente.

A lo largo de sus casi 40 años de vida, el Programa de Planificación Familiar ha tenido importantes avances, pero aún enfrenta grandes retos para hacer efectivo el ejercicio del derecho que tienen hombres y mujeres a decidir el número y el espaciamiento de sus hijos. Una característica distintiva ha sido su continua evolución, incorporando los avances científicos y tecnológicos tanto nacionales como internacionales, conforme a las necesidades y prioridades de la población objetivo. En esta tarea, la participación de las organizaciones de la sociedad civil y de agencias de cooperación internacional ha sido fundamental, tanto en la prestación de servicios como en el diseño de políticas públicas.

III.2 Situación Actual y Problemática

Los servicios de planificación familiar instituidos oficialmente en el país en la década de los setenta, 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 y perinatal.

En las últimas cuatro décadas se ha observado una disminución importante en el número promedio de hijos por mujer (tasa global de fecundidad), al pasar de 6.8 en

1970 a 2.3 en 2010 (Gráfica 1). Actualmente, la tasa global de fecundidad es de 2.2 hijos por mujer²⁷ cercana al nivel de reemplazo generacional que es de 2.1 hijos por mujer, y que se estima se logrará posterior al año 2025.³³

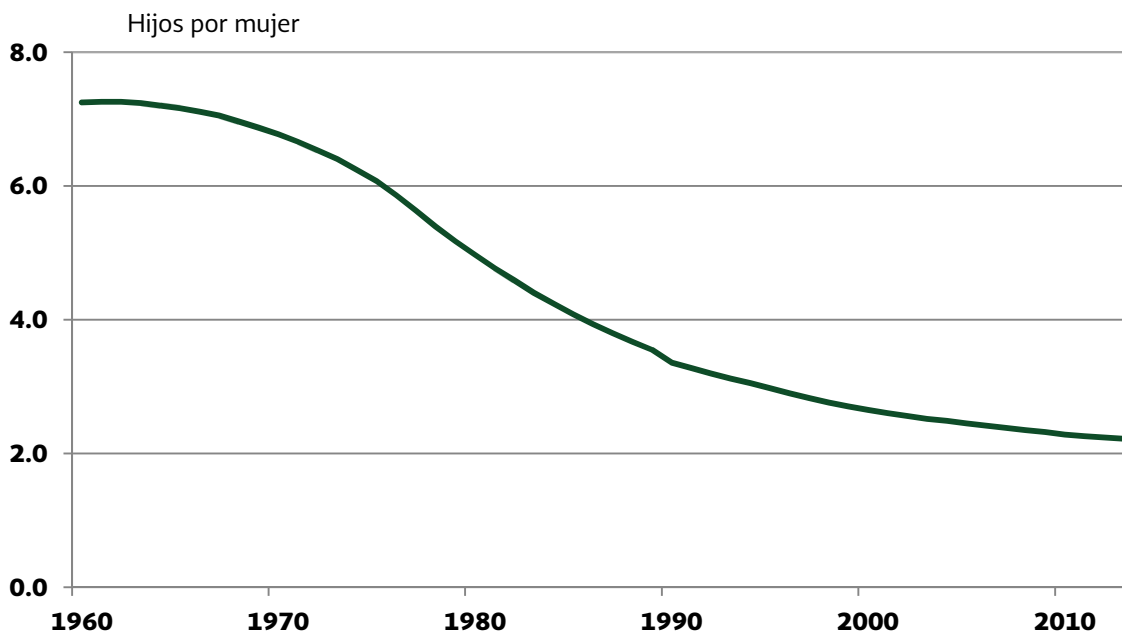
Hacia finales de la década de los sesenta el país alcanzó su nivel más alto de crecimiento poblacional, con una tasa de crecimiento promedio de 3.5% anual, básicamente determinado por una alta fecundidad y una baja mortalidad; tasas brutas de natalidad y mortalidad de 42 y 10 por cada mil habitantes, respectivamente.²⁸ Posterior a este periodo, la tasa de crecimiento de la población mantiene un decrecimiento sostenido al pasar de 3.2% en 1970, a 1.9% en 1990 y a 1.4% en 2010.³⁴ En este tenor, se estima que para 2018 la tasa de crecimiento poblacional se ubique en alrededor del 1.0%.

Sin embargo, aun cuando la fecundidad y el ritmo de crecimiento poblacional continúen en descenso, el volumen de la población nacional seguirá en aumento debido a la inercia del acelerado crecimiento ocurrido en el siglo pasado.

Es importante destacar que, de haberse mantenido el nivel de crecimiento poblacional observado en la década de los setenta, en el 2010 la población nacional se hubiera situado en alrededor de 180 millones, y no en los 114 millones que se contabilizaron a través del Censo de Población y Vivienda.³⁵

Para 2013 el CONAPO estima que ocurrieron 2.25 millones de nacimientos y 673 mil defunciones que, en conjunto, implicaron un incremento natural absoluto de 1.58 millones de personas con una tasa de crecimiento anual promedio de 1.13%.³⁶

La estructura de la población por grupos de edad también se modificó significativamente durante estos últimos 40 años (Gráfica 2), observándose desde 1970 una disminución en la base debido principalmente al decremento de la fecundidad, así como un incremento en los grupos en edad productiva y reproductiva.³⁷ Esta tendencia de la población por edad y sexo plantea el reto de ampliar, mejorar y fortalecer los servicios de planificación familiar y anticoncepción, principalmente en adolescentes que representan dentro la etapa reproductiva, el grupo de edad (quinquenal) de mayor proporción en ambos sexos.

Gráfica 1. Tasa global de fecundidad, 1960-2013

Fuente: Estimaciones del CONAPO.

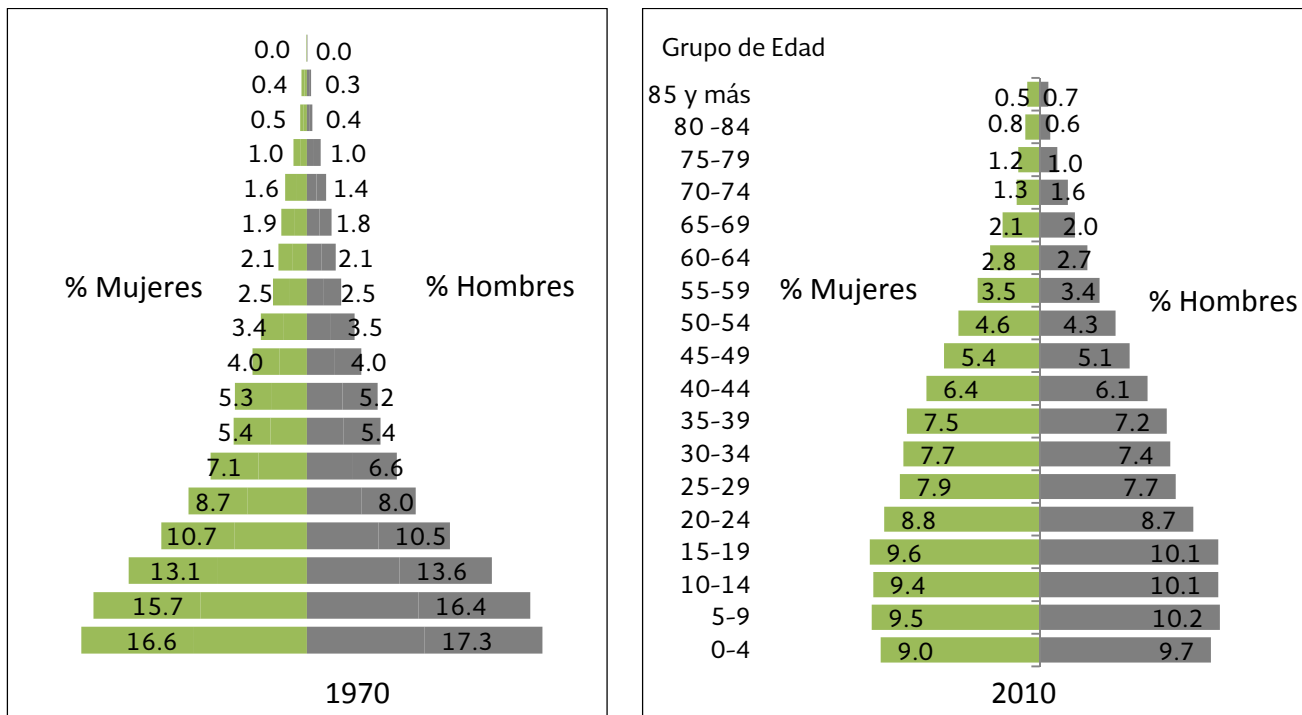
Las acciones de planificación familiar y anticoncepción están orientadas a mujeres y hombres en edad reproductiva. No obstante, la cobertura de los servicios se ha medido tradicionalmente en términos de Mujeres en Edad Fértil Unidas (MEFU), esto es, mujeres de 15 a 49 años de edad que se encuentran casadas o unidas. Recientemente, se empezó a calcular la cobertura del Programa con relación a las Mujeres en Edad Fértil Sexualmente Activas (MEFSA), que se refiere a mujeres de 15 a 49 años de edad que tuvieron relaciones sexuales durante el mes previo a la entrevista.³⁸

De acuerdo con las proyecciones de población del CONAPO, el número de Mujeres en Edad Fértil (MEF)^{IV} en el país asciende a 32.7 millones en 2013, lo que representa 27.7% de la población total del país. Durante el periodo 2010-2013 este grupo de población aumentó en 1.15 millones, lo que representa un incremento de 1.2% en dicho periodo.

Por otra parte, con base en los resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2009, se estima que el 57.4% de las MEF están casadas o unidas y 52.9% tienen vida sexual activa. Suponiendo que este comportamiento se mantiene, la población potencial del Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción asciende en el 2013 a aproximadamente 18.8 millones de MEFU y 17.3 millones de MEFSA, cifras que incrementarán a 19.6 y 18.1 millones, respectivamente en 2018.

^{IV} Se refiere a mujeres que al momento de la encuesta declararon tener una edad de 15 a 49 años cumplidos.

Gráfica 2. Pirámides poblacionales 1970 y 2010



Fuente: INEGI, Censos de Población y Vivienda, 1970 y 2010

Conocimiento de anticonceptivos

Una condición para que la población acepte el uso de anticonceptivos es la identificación y el conocimiento de las diferentes opciones disponibles para regular la fecundidad.

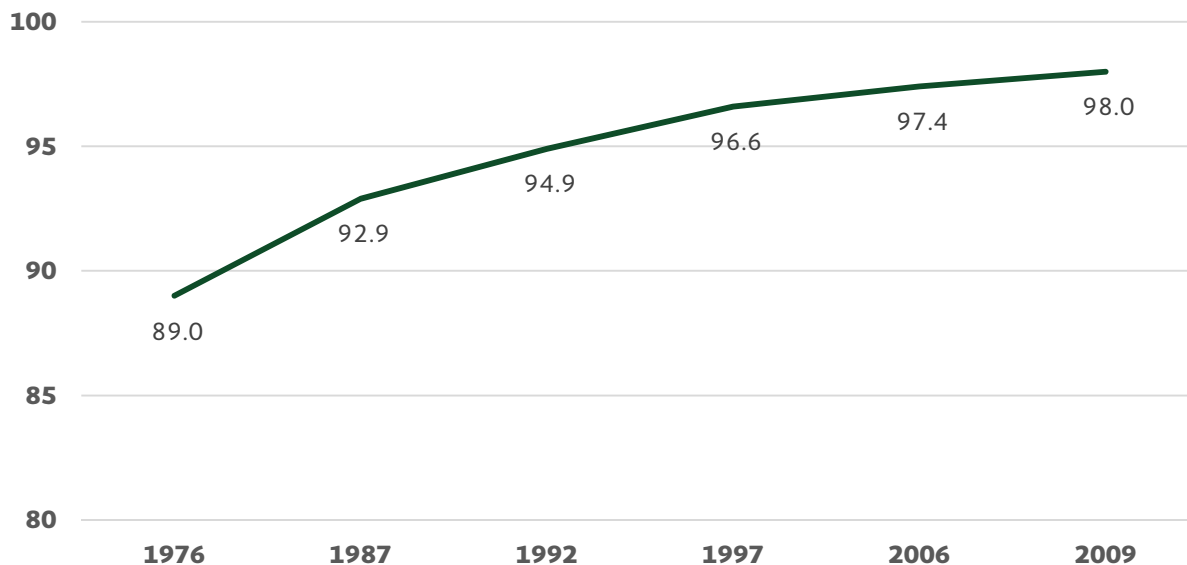
En términos generales, el nivel de conocimiento de MEF sobre métodos anticonceptivos, pasó de 89 a 98% de 1976 a 2009 (Gráfica 3); es decir, de acuerdo al último dato disponible, prácticamente la totalidad de las MEF conoce o ha oído hablar de al menos un método anticonceptivo.

Sin embargo, el nivel de conocimiento por tipo de anticonceptivo específico varía significativamente de acuerdo con el tipo de método (Gráfica 4). Así, mientras cerca del 95% de las MEF mencionó en 2009 que conoce las pastillas y el condón, poco más del 91.0% reconoce la oclusión tubaria bilateral (OTB) y las inyecciones, 90.8% el dispositivo intrauterino (DIU) y 86.9%, la vasectomía.

Llama la atención que es muy bajo el porcentaje de MEF que conocen los métodos locales y los métodos tradicionales (ritmo y retiro).

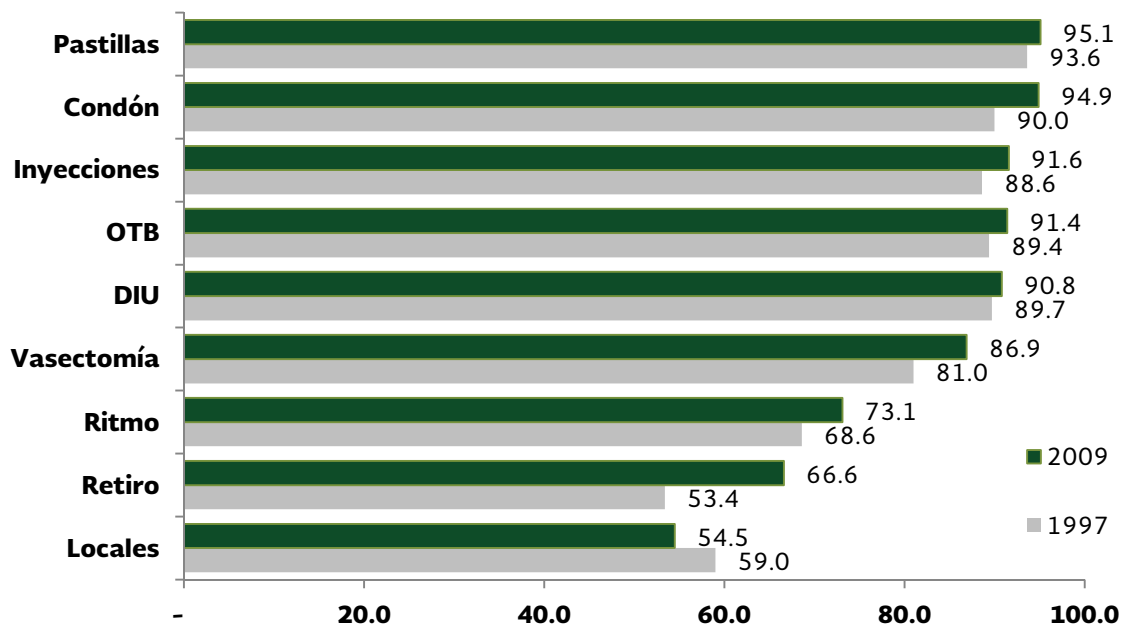
Un aspecto positivo es que, con excepción de los métodos locales, de 1997 a 2009 el porcentaje de las MEF que conoce al menos un método anticonceptivo en específico aumentó en todos los casos, principalmente en lo que corresponde a vasectomía, condón y retiro.

Gráfica 3. Porcentaje de MEF que conoce al menos un método anticonceptivo, 1976-2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en EMF 1976, ENFES 1987, ENADID 1992, 1997, 2006 y 2009.

Gráfica 4. Porcentaje de MEF que conoce al menos un anticonceptivo por tipo de método, 1997 y 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en ENADID 1997 y 2009.

Prevalencia anticonceptiva

La reducción de la fecundidad y, en consecuencia, del ritmo de crecimiento de la población, ha sido favorecida por la implementación de programas gubernamentales de planificación familiar que promueven el uso de métodos anticonceptivos, lo cual se demuestra con los resultados de diferentes encuestas demográficas aplicadas en México desde 1976, a saber: Encuesta Mexicana de Fecundidad (EMF) de 1976; Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (ENFES) de 1987; y la ENADID de 1992, 1997, 2006 y 2009.^v

De acuerdo con los resultados de estas encuestas nacionales, la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos entre MEFU pasó de 30.2 a 72.3% de 1976 a 2009, lo que coloca a nuestro país con un nivel de uso de anticonceptivos ligeramente por debajo del promedio observado para el conjunto de los países desarrollados.⁶

No obstante lo anterior, en los últimos 12 años se observa un incremento de menos de cuatro puntos porcentuales en la prevalencia de uso de anticonceptivos al pasar de 68.5 a 72.3% de 1997 a 2009 (Gráfica 5), lo que indica la necesidad de identificar estrategias innovadoras que permitan aumentar a un ritmo mayor el uso de métodos anticonceptivos al interior del país.

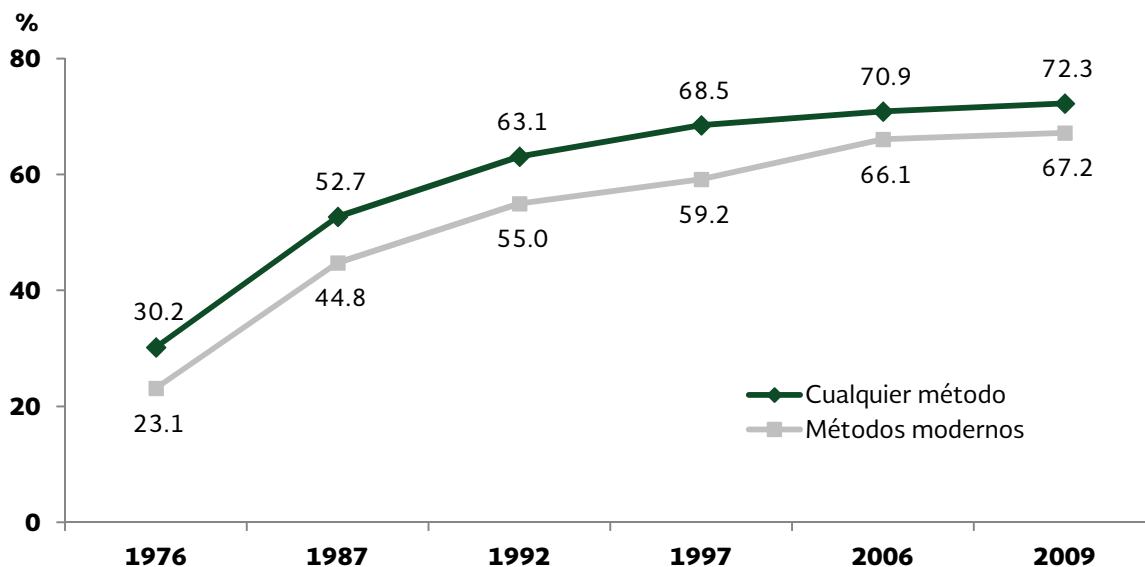
Es importante destacar que al considerar únicamente el uso de métodos anticonceptivos modernos,^{vi} la prevalencia de uso asciende únicamente a 67.2% en 2009. Los patrones de la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos por edad quinquenal de la mujer, son muy parecidos en 1997 y 2009; con una tendencia a incrementarse en edades posteriores a los 35 años (Gráfica 6). En 2009 la prevalencia más baja se observa en adolescentes con 44.4%, para después incrementarse a niveles cercanos a 80% en las edades de 35 a 44 años, luego desciende a menos de 75% en el grupo de edad de 45 a 49 años. Ante estos resultados, resalta el reto de ampliar, mejorar y fortalecer los servicios de planificación familiar y anticoncepción, particularmente entre adolescentes y jóvenes.

^v Para el caso particular de la ENADID 2009, en esta sección se utilizan los indicadores obtenidos a partir de la aplicación de nuevos ponderadores de población, conforme a la Nota publicada por el INEGI el 26 de septiembre de 2013.

<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/Encuestas/Hogares/especiales/enadid/enadid2009/default.aspx>

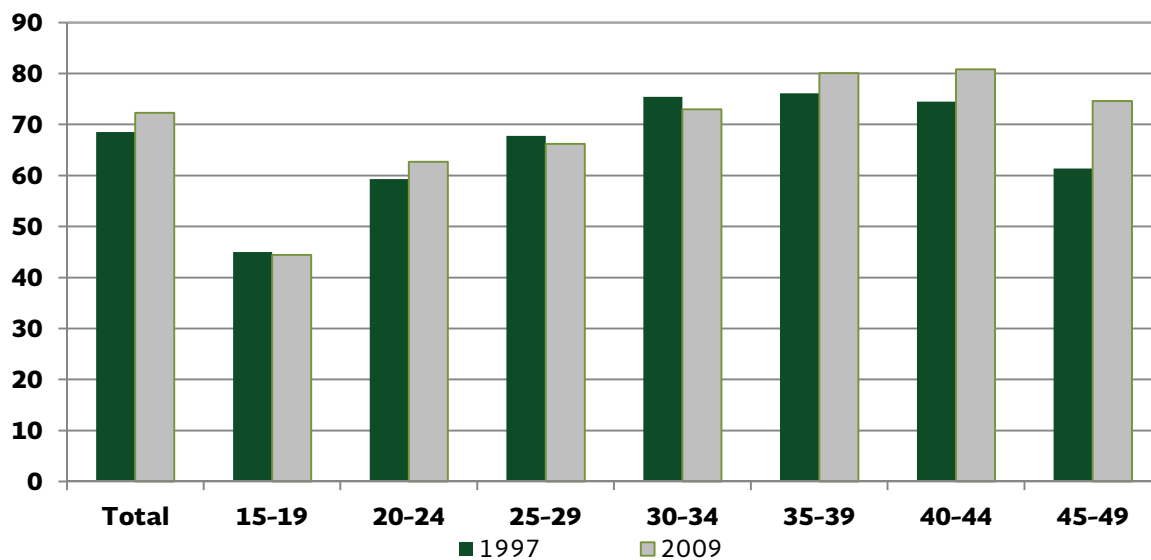
^{vi} Incluye OTB, vasectomía, dispositivo intrauterino (DIU), hormonales orales, hormonales inyectables, condones masculinos y femeninos, implantes subdérmicos, parches dérmicos, anticoncepción de emergencia, así como óvulos, jaleas o espumas. (ENADID, 2009)

Gráfica 5. Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en las MEFU, por tipo de método, 1976-2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en EMF 1976, ENFES 1987, ENADID 1992, 1997, 2006 y 2009.

Gráfica 6. Porcentaje de MEFU que usan métodos anticonceptivos por grupos quinquenales de edad, 1997 y 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en ENADID 1997 y 2009.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ANTICONCEPCIÓN

Al interior del país, la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos entre MEFU varía de manera importante por entidad federativa (Gráfica 7). En 2009, Sonora, Sinaloa, Distrito Federal y Nuevo León ya presentaban prevalencias de uso de anticonceptivos superiores a 79.6%, lo que coloca a estas entidades federativas con niveles de uso de anticonceptivos semejantes a países desarrollados como la Federación de Rusia y Estados Unidos de América.⁶

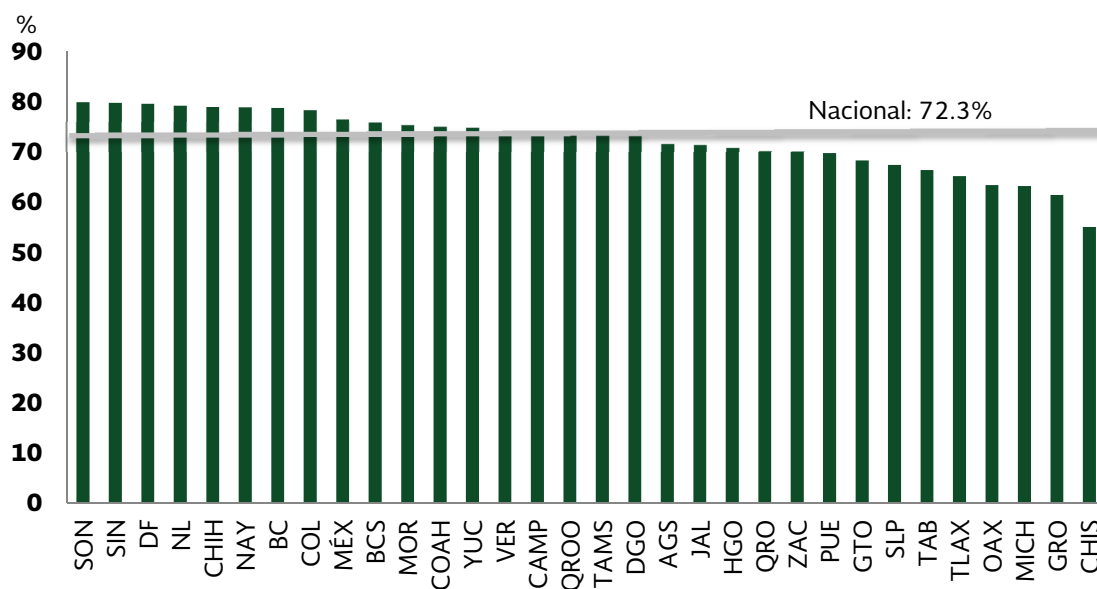
Por el contrario, Michoacán, Oaxaca, Guerrero y Chiapas poseen los porcentajes más bajos de uso de anticonceptivos, por debajo de 61.4%, lo que indica que estas entidades federativas presentan un rezago de aproximadamente 17 años, en comparación con el avance a nivel nacional.

De las cinco entidades federativas con prevalencias de uso de anticonceptivos más altas y las cinco entidades federativas con prevalencias más bajas, se observa una brecha entre los promedios de al menos 18.2 puntos porcentuales, lo que denota una gran desigualdad en términos de desarrollo social y económico.

Por otra parte, en 2009 la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos por lugar de residencia de las MEFU, fue de 74.9% en el área urbana y de 63.7% en el área rural (Gráfica 8); indicando una brecha de 11.2 puntos porcentuales que resulta ser muy inferior a la observada en 1976 que fue de 28.4 puntos porcentuales. No obstante, es necesario fortalecer la prestación de los servicios en las áreas rurales para acelerar la reducción de la brecha en comparación con las áreas urbanas.

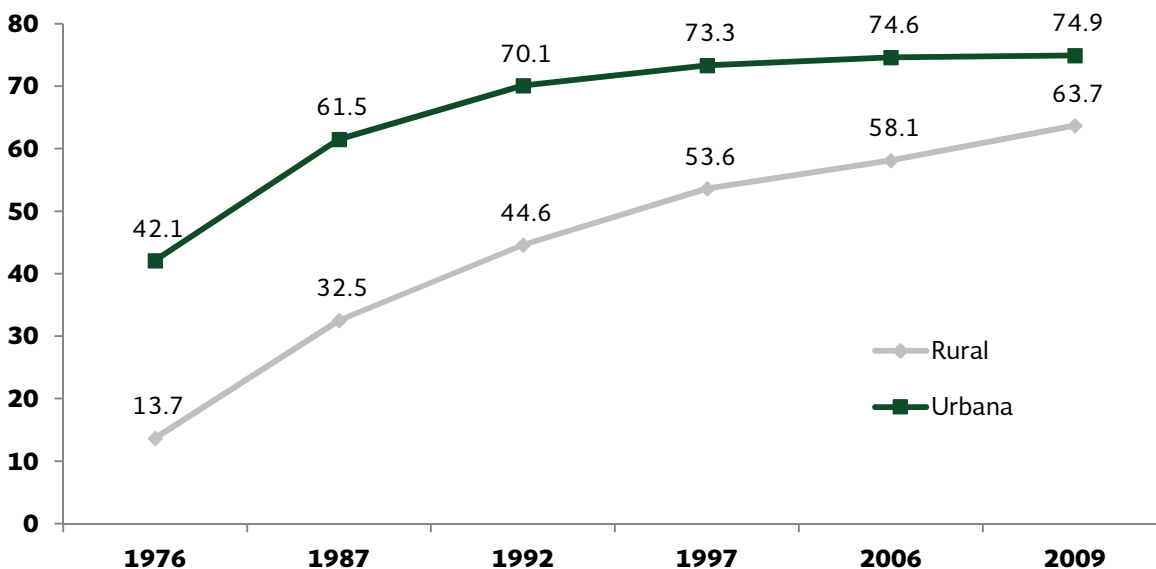
Asimismo, si se observa la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos según condición de habla de lengua indígena de las mujeres (Gráfica 9), la brecha se ha ido cerrando: de 21.9 puntos porcentuales en 1997 a 15.4 en 2009. Sin embargo, en 2009, la diferencia en este indicador es aún significativa; sólo 57.9% de las MEFU que hablan lengua indígena utilizan algún método anticonceptivo para regular su fecundidad, contra un 73.3% de las mujeres que no hablan lengua indígena, lo que revela un rezago de aproximadamente 15 años en materia de planificación familiar y una gran desigualdad en el ejercicio de los derechos reproductivos entre estos dos grupos de la población.

Gráfica 7. Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en MEFU, por entidad federativa. México, 2009



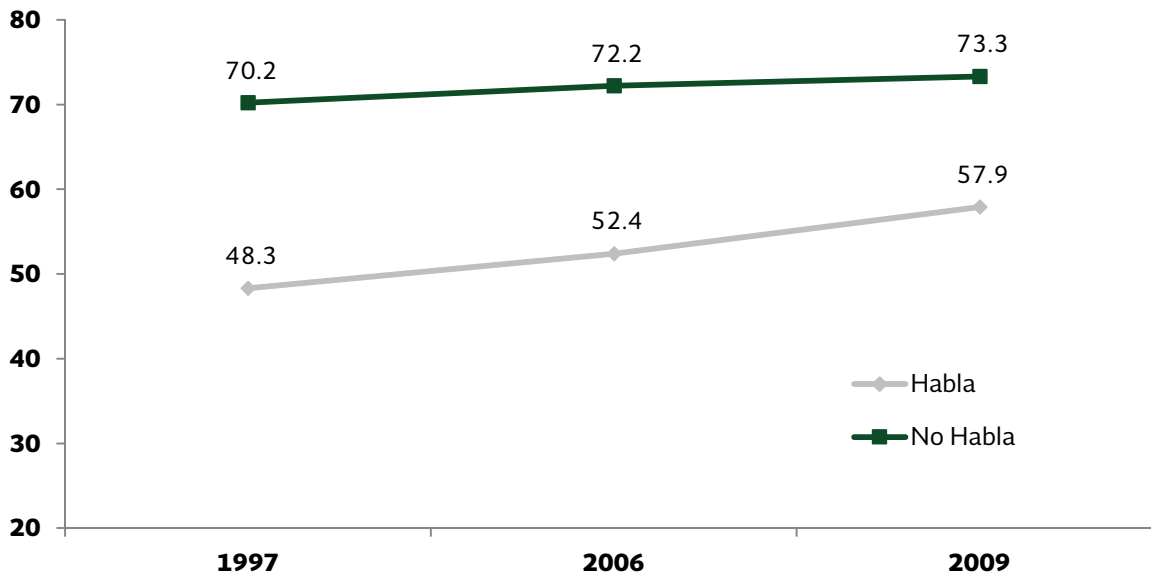
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en ENADID 2009.

Gráfica 8. Porcentaje de MEFU que usan anticonceptivos por lugar de residencia, 1976-2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en las encuestas nacionales demográficas.

Gráfica 9. Porcentaje de MEFU que usan anticonceptivos según condición de habla de lengua indígena, 1997-2009



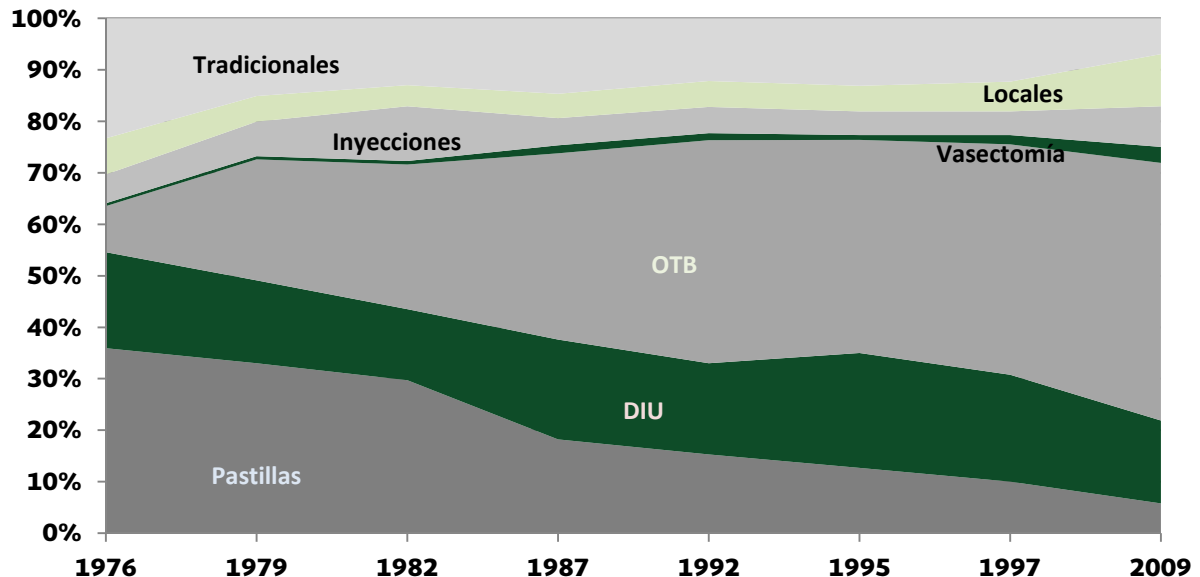
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en las Encuestas Nacionales Demográficas.

La elección de métodos anticonceptivos también ha variado de manera importante de 1976 a 2009. Destaca el aumento considerable y consistente de la OTB como opción para limitar la descendencia, en contraste con las pastillas y los métodos tradicionales, cuya contribución va en descenso. Por su parte el uso de inyecciones y de dispositivo intrauterino (DIU) se ha mantenido relativamente constante.

Considerando en conjunto la vasectomía, el condón y los métodos tradicionales, la participación masculina en el uso de anticonceptivos con respecto a las MEFU usuarias de métodos, se incrementó de 13.9 a 14.4% de 1997 a 2009.

En 2009 los métodos más utilizados fueron la OTB con 50.2% del total de usuarias; DIU con 16.0%, y métodos locales con 10.1% (incluye condón femenino con 0.9% y condón masculino con 10%), quedando por debajo del 10% las inyecciones, las pastillas y la vasectomía, así como los métodos tradicionales. (Gráfica 10)

Gráfica 10. Distribución porcentual de MEF usuarias de anticonceptivos, según tipo de método, 1976-2009



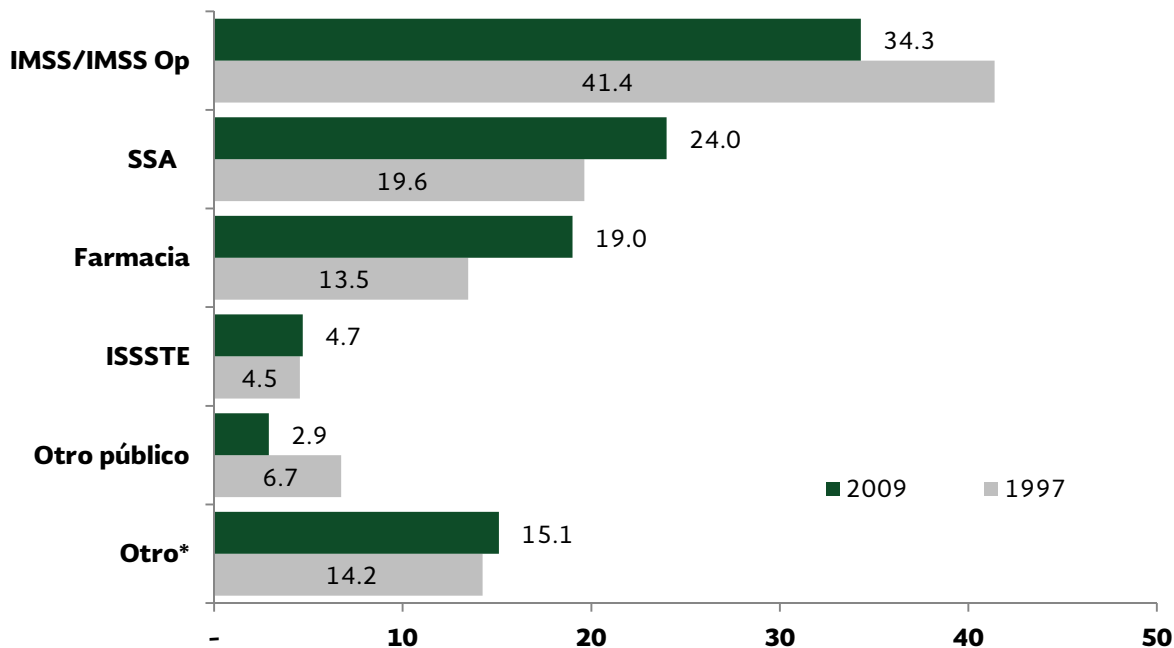
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en las encuestas nacionales demográficas.

Lugar de obtención de los métodos anticonceptivos

En 2009 del total de MEFSA usuarias de anticonceptivos modernos, 34% obtuvo el método en el IMSS (considerando tanto el Régimen Ordinario como Oportunidades), 24% en la Secretaría de Salud, 19% en la farmacia o tienda, 15% en consultorios, clínicas u hospitales privados, y 5% en el ISSSTE (Gráfica 11). Como puede observarse, sólo la Secretaría de Salud, las farmacias y tiendas aumentaron su contribución de 1997 a 2009.

Resalta el hecho de que casi el 20% de la MEFSA usuarias de métodos anticonceptivos modernos recurren a las farmacias y tiendas para la provisión de métodos anticonceptivos, lo que genera un gasto de bolsillo para la población en la búsqueda de un servicio que por derecho debiera ser gratuito en las instituciones públicas de salud.¹⁴

Gráfica 11. Distribución porcentual de MEF usuarias de anticonceptivos modernos, según lugar de obtención, 1997 y 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en ENADID 1997 y 2009.

* / Incluye consultorio, clínica u hospital privado, partera u otros.

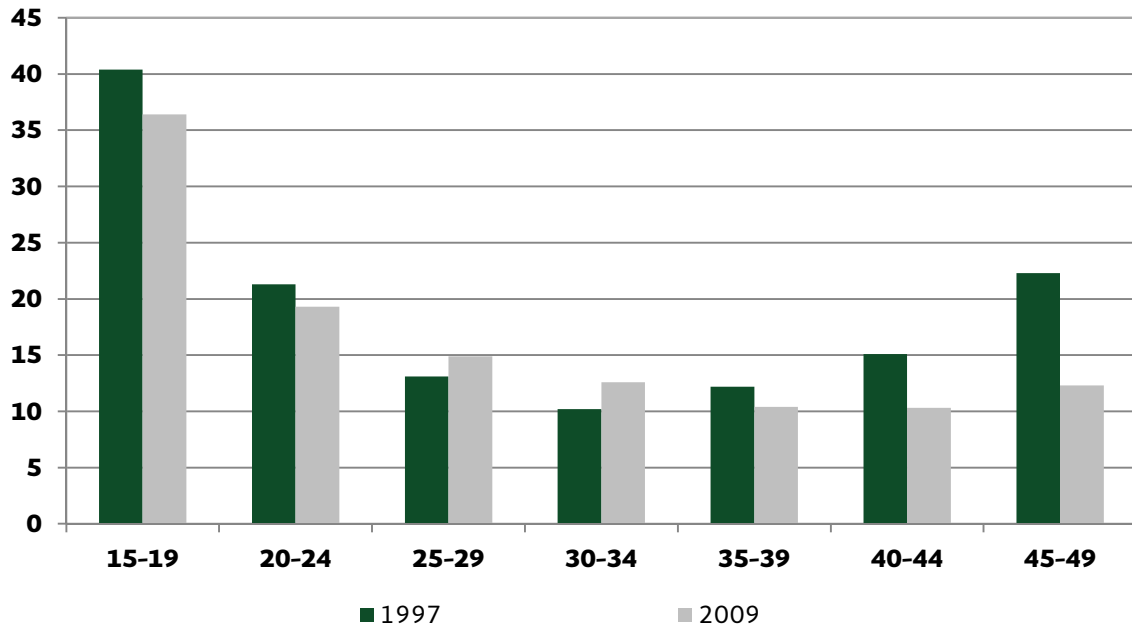
No uso de métodos anticonceptivos

De las MEFU que nunca han usado algún anticonceptivo, así como de las ex usuarias, se puede dimensionar las limitaciones en el acceso y disponibilidad de métodos modernos.

Con base en datos de las encuestas nacionales se calcula que el porcentaje de MEFU que nunca ha utilizado métodos anticonceptivos en su vida, disminuyó de 16.3% en 1997 a 14.0% en 2009.

Por grupos quinquenales de edad, destacan los altos índices de nunca uso en mujeres adolescentes y jóvenes unidas (15-19 y 20-24 años), con pequeñas variaciones de 1997 a 2009 (Gráfica 12), lo que muestra la necesidad de reforzar las acciones de información, orientación, acceso y disponibilidad de anticonceptivos modernos en estos grupos específicos de la población.

Gráfico 12. Porcentaje de MEFU que nunca ha usado método anticonceptivo alguno, por grupos de edad quinquenal, 1997 y 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en ENADID 1997 y 2009.

Demanda no satisfecha de métodos anticonceptivos

La demanda no satisfecha de métodos anticonceptivos, representa el porcentaje de MEFU que no hacen uso de algún método anticonceptivo a pesar de su deseo expreso de limitar o espaciar su fecundidad.³⁸

La demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos se presenta principalmente en mujeres adolescentes de 15 a 19 años (24.8%), en población que habla lengua indígena (21.7%) y en la población rural (15.9%), así como entre MEFU que residen en los estados de Michoacán, Chiapas, Guerrero y Oaxaca. (Cuadro 1 y Gráfica 14)

Durante el periodo 1987-2009 se observa un descenso de 15.1 puntos porcentuales en la demanda no satisfecha de métodos anticonceptivos, (Gráfica 13) alcanzando un valor de 10.0% en 2009. No obstante, a partir de 1997 el descenso de esta variable ha sido discreto, lo que denota posibles problemas asociados con acceso y disponibilidad de anticonceptivos por parte de las mujeres que no usan anticonceptivos a pesar de manifestar su deseo de no querer tener hijos o hijas por un tiempo (necesidad para espaciar) o de no tener nunca más (necesidad para limitar).

Gráfica 13. Necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos de MEFU, 1987-2009



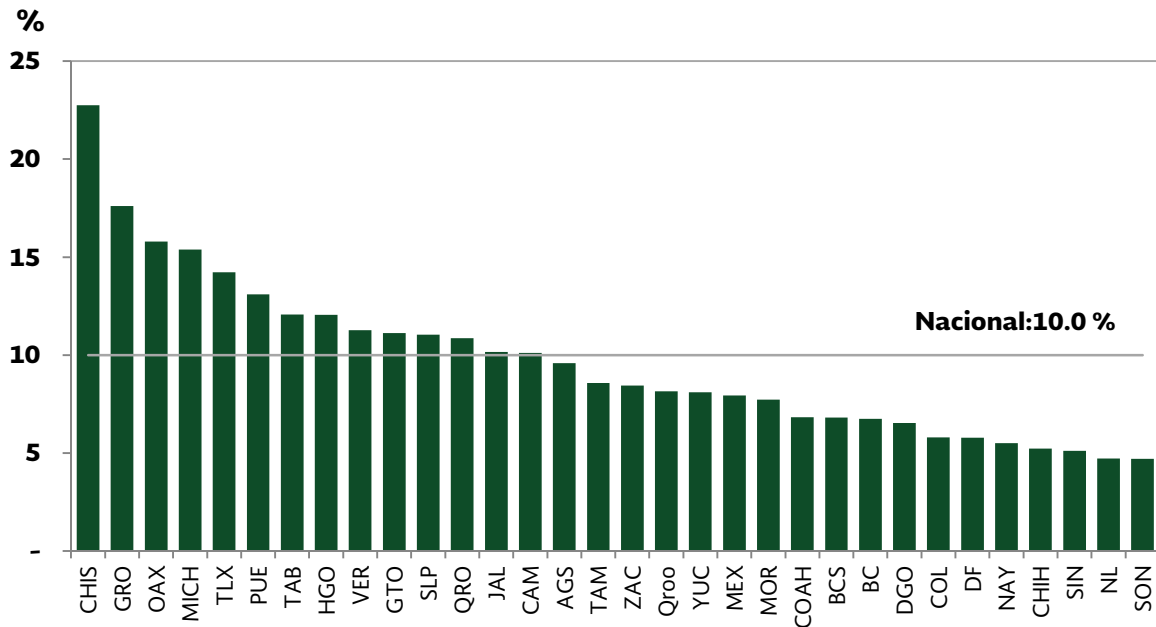
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en las Encuestas Nacionales Demográficas.

Cuadro 1. Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos de MEFU según característica seleccionada, 2006 y 2009

Característica de la mujer	2006			2009		
	Total	Espaciar	Limitar	Total	Espaciar	Limitar
Grupo de Edad						
15-19	36.0	30.8	5.2	24.8	21.4	3.4
20-24	24.8	19.0	5.9	17.9	13.2	4.7
25-29	16.6	9.4	7.2	14.6	8.8	5.7
30-34	11.3	4.8	6.5	11.1	4.9	6.2
35-39	7.8	1.4	6.4	6.7	1.8	4.9
40-44	5.8	0.7	5.1	4.6	0.6	4.0
45-49	3.2	0.3	2.9	3.2	0.4	2.8
Área de residencia						
Rural	20.9	11.2	9.7	15.9	8.4	7.6
Urbana	9.4	4.8	4.6	8.2	4.3	3.8
Condición de habla de lengua indígena						
Habla	22.8	11.8	11.1	21.7	10.9	10.9
No habla	11.2	5.8	5.4	9.2	4.9	4.3

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en ENADID 2006 y 2009.

Gráfica 14. Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil unidas por entidad federativa, 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en ENADID 2009.

III.3 Avances 2006-2012^{vii}

La prestación de los servicios de planificación familiar y anticoncepción es resultado de la interacción de diversos factores, entre los que se incluyen las políticas gubernamentales y la actitud de la población hacia este tema, entre otras.

En este marco, ha sido fundamental la participación de las principales instituciones públicas de salud, particularmente en el desarrollo del Programa de Acción de Planificación Familiar y Anticoncepción 2007-2012.

En conjunto IMSS, ISSSTE, IMSS Oportunidades, SEDENA, PEMEX y la Secretaría de Salud, registraron 9.3 millones de usuarias activas de planificación familiar (PF) en 2006, pasando a 11.6 millones en 2012 (Cuadro 2), lo que implica un crecimiento de casi 26%. Ello representó en 2006 una cobertura de usuarias activas de planificación familiar del 54.9% del total de MEFU, la cual se incrementó a 66.7% en 2012.^{viii}

^{vii} Los datos que se presentan en esta sección son resultado de las acciones realizadas por instituciones públicas de salud y registradas en los sistemas de información institucionales.

^{viii} En este análisis no se incluyen los resultados de la Secretaría de Marina debido a que no se cuenta con información para todo el periodo analizado. En 2012 esta institución registró 7,243 usuarias activas de métodos anticonceptivos.

Cuadro 2. Usuarías y usuarios de métodos anticonceptivos por institución y año, 2006-2012

Año estadístico	Usuarías Activas de Planificación Familiar (UAPF)						Total	Cobertura UAPF *
	Secretaría de Salud (1)	IMSS (2)	ISSSTE (3)	IMSS Oportunidades (4)	PEMEX (5)	Servicios de Salud SEDENA (6)		
2006	3,222,574	4,799,751	1,010,763	-	68,113	169,474	9,270,675	54.9
2007	3,050,811	4,948,712	1,009,379	-	72,149	45,361	9,126,412	53.0
2008	3,231,845	5,080,509	1,139,476	1,041,546	71,876	47,434	10,612,686	60.5
2009	3,320,895	5,143,020	1,182,011	1,146,992	72,758	32,961	10,898,637	61.0
2010	3,379,770	5,202,426	1,157,930	1,256,063	78,578	41,998	11,116,765	62.6
2011	3,578,490	5,235,514	1,187,565	1,369,302	86,049	50,639	11,507,559	65.2
2012	3,728,365	5,265,962	1,213,383	1,347,933	70,962	51,682	11,678,287	66.7

Fuente: Con base en registros administrativos institucionales: (1) SALUD/DGIS, Sistema de Información en Salud SIS; (2) IMSS, Informes Estadísticos de Planificación Familiar; (3) ISSSTE, Anuario Estadístico; (4) IMSS Oportunidades, SISPA; (5) PEMEX, Medicina Preventiva; y (6) SEDENA, Informes generados en los escalones de 1ro., 2do. y 3er. Nivel de Atención Médica.

*/ Número promedio de UAPF por cada 100 MEFU estimadas con base en: ENADID 2006 y 2009.

En lo que corresponde a la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria, de 2006 a 2012 hubo un aumento de alrededor de 84 mil cirugías (Cuadro 3), lo que representa un incremento promedio anual cercano del 4.0%; sin embargo, entre instituciones existen diferencias importantes. Mientras que el IMSS Oportunidades y la Secretaría de Salud registraron aumentos de 4.0 y 8.6%, respectivamente, PEMEX, ISSSTE e IMSS Régimen Ordinario, presentaron tendencias a la baja.

Por tipo de método, el número de aceptantes de la OTB presentó incrementos en IMSS Oportunidades, SEDENA y Secretaría de Salud de 4.1, 5.4 y 8.6%, respectivamente. En el caso de la vasectomía, destaca el incremento registrado en la Secretaría de Salud de 8.6% en el periodo de 2006 a 2012. (Cuadro 3)

Cabe destacar que la participación de los hombres en la aceptación de métodos definitivos de planificación familiar se mantuvo prácticamente estable en el periodo analizado. En las instituciones públicas de salud en su conjunto, el promedio de vasectomías realizadas anualmente por cada 10,000 hombres de 20 a 64 años de edad se mantuvo en alrededor de doce de 2006 a 2012. (Gráfica 15)

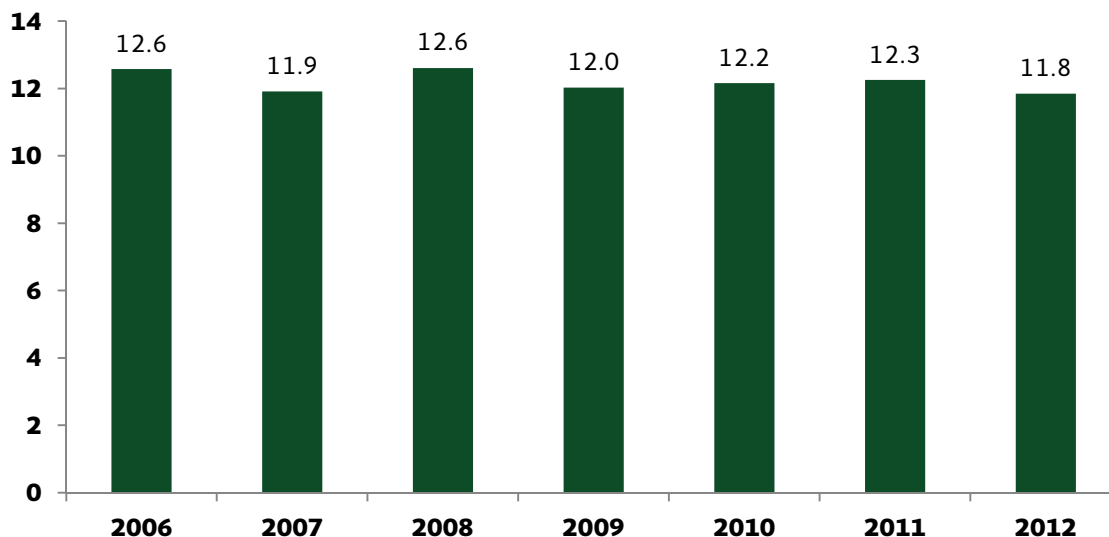
Cuadro 3. Aceptantes de métodos definitivos de planificación familiar por institución y año, 2006-2012

Año estadístico	Aceptantes de Oclusión Tubaria Bilateral						Total
	Secretaría de Salud (1)	IMSS (2)	ISSSTE (3)	IMSS Oportunidades (4)	PEMEX (5)	Servicios de Salud SEDENA (6)	
2006	135,847	154,191	-	25,170	1,263	1,090	317,561
2007	163,307	156,372	-	23,988	1,597	1,136	346,400
2008	169,908	155,392	11,150	23,332	3,171	1,823	364,776
2009	180,454	151,301	11,490	22,532	3,198	1,570	370,545
2010	191,663	149,820	10,660	24,340	1,507	1,518	379,508
2011	193,068	152,413	10,941	27,325	1,282	1,478	386,507
2012	205,671	150,234	9,953	31,320	1,374	1,445	399,997
2006-2012	1,239,918	1,069,723	54,194	178,007	13,392	10,060	2,565,294

Año estadístico	Aceptantes de Vasectomía						Total
	Secretaría de Salud (1)	IMSS (2)	ISSSTE (3)	IMSS Oportunidades (4)	PEMEX (5)	Servicios de Salud SEDENA (6)	
2006	9,212	23,964	-	971	235	329	34,711
2007	8,123	23,531	-	1,093	297	401	33,445
2008	8,712	23,873	1,695	1,084	259	491	36,114
2009	9,003	22,098	1,721	1,215	356	764	35,157
2010	9,437	23,489	1,541	1,117	233	418	36,235
2011	11,547	22,500	1,568	1,049	216	344	37,224
2012	13,936	19,155	1,904	1,168	182	281	36,626
2006-2012	69,970	158,610	8,429	7,697	1,778	3,028	249,512

Fuente: Con base en registros administrativos institucionales: (1) SALUD/DGIS, Sistema de Información en Salud SIS; (2) IMSS, Informes Estadísticos de Planificación Familiar; (3) ISSSTE, Anuario Estadístico; (4) IMSS Oportunidades, SISPA; (5) PEMEX, Medicina Preventiva; y (6) SEDENA, Informes generados en 1ro., 2do. y 3er. Nivel de Atención Médica.

Gráfica 15. Promedio de vasectomías realizadas por cada 10 mil hombres de 20 a 64 años de edad en instituciones públicas de salud*, 2006 a 2012



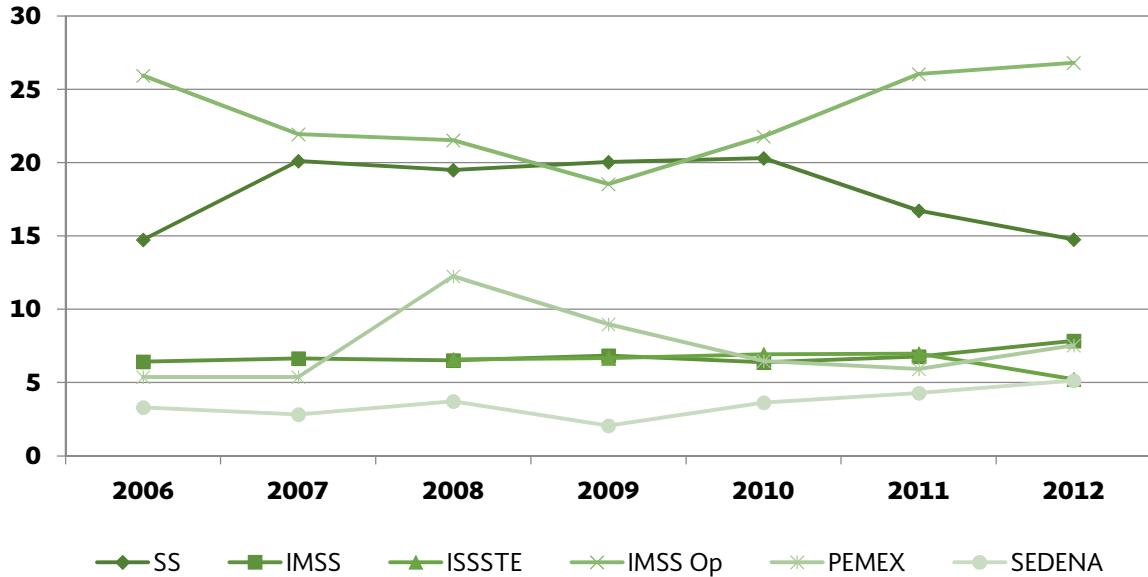
Fuente: Cuadro 3 y considerando población estimada por CONAPO (2012).

* Incluye: SALUD, IMSS, IMSS Oportunidades, ISSSTE, Pemex y SEDENA

A pesar de que el IMSS Oportunidades y la Secretaría de Salud presentan los incrementos más altos en el número de aceptantes de métodos definitivos de planificación familiar, en ambas instituciones sigue siendo muy baja la participación del hombre. En 2012 se realizaron en el IMSS Oportunidades 27 OTB por cada vasectomía; en la Secretaría de Salud se realizaron 15 vasectomías. Para SEDENA, ISSSTE, IMSS Régimen Ordinario y PEMEX, este indicador oscila entre cinco y ocho OTB por vasectomía, lo que indica que en estas últimas instituciones es mayor la participación del hombre en la aceptación de métodos definitivos de planificación familiar. (Gráfica 16)

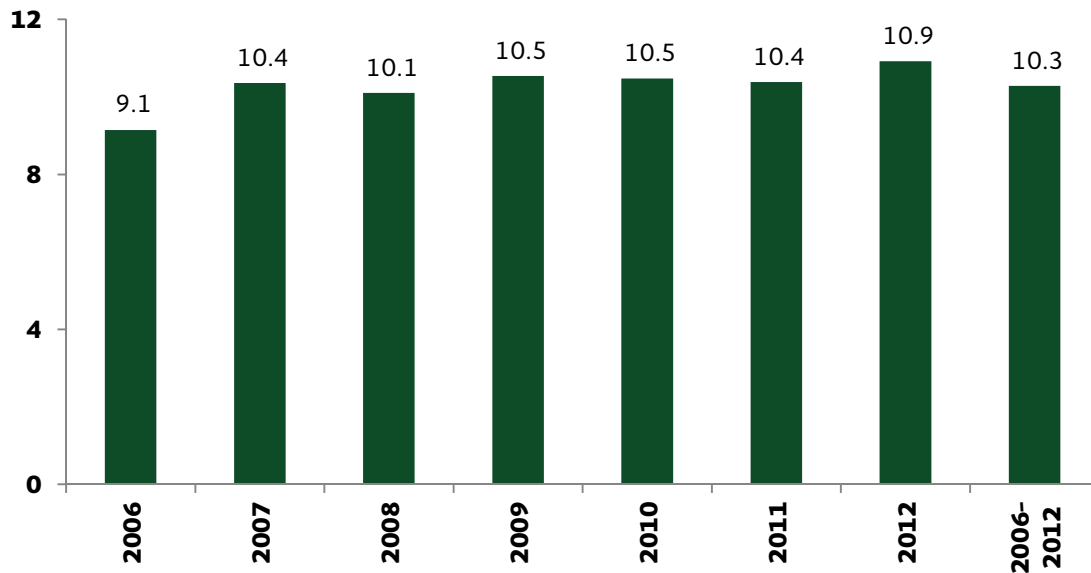
Considerando a todas las instituciones en conjunto, en el periodo 2006-2012 el número de OTB por cada vasectomía se mantuvo prácticamente estable: por cada vasectomía se realizaron 10 oclusiones tubarias al año. (Gráfica 17) Estos resultados indican que es necesario incentivar la participación del hombre en acciones de planificación familiar y anticoncepción.

Gráfica 16. Número de OTB realizadas por cada vasectomía según institución y año de registro, 2006-2012



Fuente: Cálculos con base en registros administrativos de las Instituciones de Salud.

Gráfica 17. Número de OTB por vasectomía en instituciones públicas de salud*, según año de registro 2006-2012



Fuente: Sistemas institucionales de información.

* Incluye: SALUD, IMSS, IMSS Oportunidades, ISSSTE, Pemex y SEDENA

La planificación familiar es un componente de la salud sexual y reproductiva que ha permitido disminuir la mortalidad materna y neonatal, así como mejorar las condiciones de vida de las personas. Para este propósito, en todas las instituciones se ha fortalecido la Anticoncepción Post-evento Obstétrico (APEO), con acciones de educación, consejería y provisión de métodos anticonceptivos.

En las instituciones públicas de salud en México, las aceptantes de APEO pasaron de 928.5 mil en 2006 a 1.26 millones en 2012 (Cuadro 4), lo que representó un incremento de 36% en dicho periodo. En este caso, el IMSS Oportunidades y la Secretaría de Salud tuvieron incrementos del 3.0 y 13.8% respectivamente. En el resto de las instituciones, la tendencia es consistente a la baja.

Cuadro 4. Número de aceptantes y cobertura de Anticoncepción Post-evento Obstétrico por institución y año de atención, 2006-2012

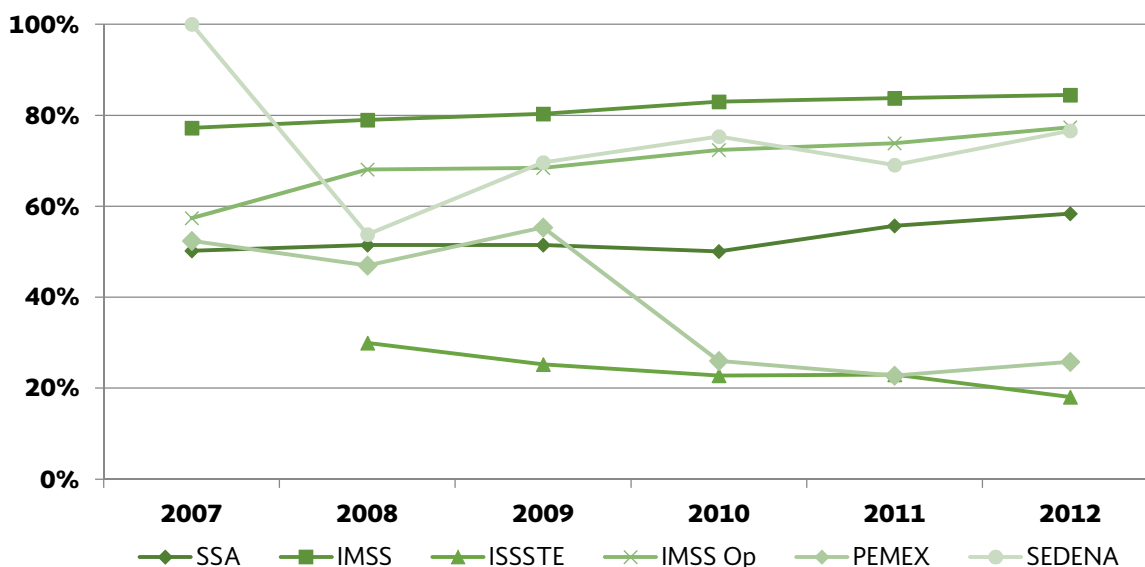
Año estadístico	Aceptantes de APEO						Total Aceptantes APEO	Cobertura APEO *
	Secretaría de Salud (1)	IMSS (2)	ISSSTE (3)	IMSS Oportunidades (4)	PEMEX (5)	Servicios de Salud SEDENA (6)		
2006	385,796	451,731	-	78,382	1,132	11,463	928,504	57.9
2007	478,558	456,662	-	61,389	1,340	13,267	1,011,216	60.7
2008	540,952	453,117	13,299	71,429	1,809	6,867	1,087,473	60.7
2009	581,532	435,249	11,494	70,520	2,452	7,792	1,109,039	60.4
2010	579,990	432,101	10,925	79,291	1,248	8,580	1,112,135	60.0
2011	671,225	441,428	11,103	87,132	1,056	8,131	1,220,075	63.7
2012	704,491	444,598	10,664	92,652	1,131	7,018	1,260,554	65.5
Total	3,942,544	3,114,886	57,485	540,795	10,167	63,118	7,728,995	61.4

Fuente: Con base en registros administrativos institucionales: (1) SALUD/DGIS, Sistema de Información en Salud SIS; (2) IMSS, Informes Estadísticos de Planificación Familiar; (3) ISSSTE, Anuario Estadístico; (4) IMSS Oportunidades, SISPA; (5) PEMEX, Medicina Preventiva; y (6) SEDENA, Informes generados en los escalones de 1ro., 2do. y 3er. Nivel de Atención Médica.

*/ Número de aceptantes APEO por cada 100 eventos obstétricos atendidos.

De acuerdo con los sistemas de información institucionales, el IMSS Régimen Ordinario, el IMSS Oportunidades y la SEDENA superaron la meta de 70% de cobertura de APEO, con logros de 84.5, 77.4 y 76.6%, respectivamente (Gráfica 18). La Secretaría de Salud, a pesar de que incrementó la cobertura de APEO de 43.2% en 2006 a 58.4% en 2012, se mantuvo muy por debajo de la meta nacional, lo que representa un área de oportunidad.

Gráfica 18. Cobertura de APEO según institución y año de registro, 2007-2012



Fuente: Con base en registros administrativos de las instituciones de salud.
 */ Cobertura: Número de aceptantes de la APEO, por cada 100 eventos obstétricos.

III.4 Retos 2013-2018

En México existen importantes avances en materia de planificación familiar y anticoncepción pero aún prevalecen rezagos, tanto en el país en su conjunto como en algunas regiones y grupos específicos de la población. De manera particular, destacan los siguientes retos:

- Asegurar la oferta de anticonceptivos y la calidad de los servicios en todo el país.

Existen aún diversos factores que obstaculizan el ejercicio pleno del derecho de las personas y de las parejas a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijas e hijos. Ello es ocasionado por problemas de acceso a los servicios, por el desconocimiento de las formas de uso o del lugar donde se obtienen los métodos anticonceptivos y por deficiencia en la calidad de los servicios. También es resultado de presiones sociales y culturales que limitan el poder de decisión de las personas, lo que señala la necesidad de reorientar y/o fortalecer las acciones de información, educación y comunicación, así como la prestación de servicios al interior del país. Un aspecto fundamental es la necesidad de reposicionar la planificación familiar y la anticoncepción en la agenda de la salud pública y del desarrollo social del país.

Asimismo, se requiere mejorar los procesos de programación, adquisición, distribución, almacenamiento y entrega de anticonceptivos para garantizar el abasto adecuado y oportuno en todos los centros de atención, que permita satisfacer las necesidades específicas de la población en materia de planificación familiar y anticoncepción.

- Atender el rezago en áreas y grupos específicos de la población.

Existen grandes contrastes en el acceso a información y servicios de planificación familiar y anticoncepción al interior del país, lo que se traduce en rezagos en grupos específicos de la población, particularmente en las entidades federativas con menor desarrollo social y económico, así como entre la población adolescente, la población indígena y la residente en áreas rurales y urbano-marginadas.

Esta situación señala la necesidad de establecer acciones focalizadas para dar respuesta a las necesidades particulares de estos grupos de la población.

- Incentivar la participación del hombre en la planificación familiar y en la paternidad responsable.

En México la participación de los hombres en la planificación familiar es limitada, lo cual se debe entre otros factores a las normas de género en torno al tema, a las pocas opciones anticonceptivas para el hombre y a que las acciones de información, educación y comunicación, así como la prestación de servicios se han enfocado hacia las mujeres.

En los últimos años en varias convenciones y acuerdos internacionales se ha reconocido la necesidad de que los hombres participen y se involucren en la vida familiar y en las cuestiones de salud sexual y reproductiva. Asimismo, se ha documentado la influencia que ejerce el hombre en las preferencias de la pareja en torno a la fecundidad.³⁹

Por consiguiente, es fundamental establecer acciones puntuales que favorezcan la participación de los hombres en acciones de planificación familiar y anticoncepción para favorecer una mejor comunicación entre parejas y una paternidad responsable y elegida.

- Fortalecer la coordinación interinstitucional e intersectorial.

Para atender las necesidades específicas de mujeres y

hombres se requiere sumar esfuerzos de todas las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, en los órdenes federal, estatal, municipal y local. Asimismo, es fundamental aprovechar la amplia experiencia de las organizaciones de la sociedad civil en este campo de la salud pública.

III.5 Objetivos de Desarrollo del Milenio

El PAE de Planificación Familiar y Anticoncepción contribuye a avanzar en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), específicamente en lo que corresponde a la Meta 5B: Lograr para el año 2015 el acceso universal a la salud reproductiva. En el cuadro siguiente se muestran los avances en los dos indicadores de los ODM relacionados con este Programa.

**Cuadro 5. Objetivos de Desarrollo del Milenio: Meta 5.B.
Lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva. Metas y avances en México**

Indicador	Línea base	1995	2000	2005	2012	Meta 2015
Prevalencia de uso de anticonceptivos en MEFU	63.1	68.4	ND	70.9	72.3	Aumentar
	(1992)	(1997)		(2006)	(2009)	
Necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos	25.1	12.2	ND	12.0	10	Reducir
	(1987)	(1997)		(2006)	(2009)	

Fuente: INEGI. Los Objetivos del Desarrollo del Milenio en México; Informe de avances 2013. México, 2013.



IV. ALINEACIÓN CON LAS METAS NACIONALES

IV. ALINEACIÓN CON LAS METAS NACIONALES

IV.1 Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018

Para llevar a México a su máximo potencial, el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018 plantea cinco metas nacionales que fueron diseñadas para responder a cada una de las barreras que limitan el desarrollo de nuestro país: México en Paz, México Incluyente, México con Educación de Calidad, México Próspero y México con Responsabilidad Global. Asimismo, incluye tres estrategias transversales en todas las acciones de la presente Administración: Democratizar la productividad, Gobierno cercano y moderno y Perspectiva de género.

De manera particular, para lograr un México Incluyente se requiere garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales de la población, entre los cuales se encuentra la salud. La planificación familiar es un elemento esencial para favorecer la salud y contribuir al ejercicio de otros derechos de la población, como el derecho a decidir el número y el espaciamiento de los hijos, por lo cual las estrategias y líneas de acción del Programa de Planificación Familiar 2013-2018, contribuirán a lograr un México Incluyente.

Cuadro 6. Alineación con el PND 2013-2018

Meta Nacional	Objetivo de la Meta Nacional	Estrategias del Objetivo de la Meta Nacional	Objetivo del PAE
2. México Incluyente	2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud.	2.3.2. Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incrementar el acceso efectivo a servicios de planificación familiar y anticoncepción y mejorar la calidad de la atención. 2. Atender las necesidades específicas de planificación familiar y anticoncepción, particularmente en grupos en situación de desventaja social. 3. Incentivar la paternidad activa y elegida, así como la responsabilidad del hombre en la planificación familiar y la anticoncepción.

Es importante destacar que está perfectamente documentado que al atender las necesidades de planificación familiar se promueve la igualdad de género y se contribuye a empoderar a las mujeres, al propiciar que aumenten sus oportunidades de participar en la economía.

También se facilita el desarrollo social y económico de la población, por lo que el Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción contribuye a lograr un México Próspero y a avanzar en la perspectiva de género en las políticas públicas.

IV.2 Alineación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018

El Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018 fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de diciembre de 2013⁴⁰ y plantea alcanzar seis objetivos:

1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.
2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.
3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida.
4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.
5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud.
6. Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

Aun cuando el Programa de Planificación Familiar contribuye a lograr los objetivos 1, 2, 4 y 6 del PROSESA 2013-2018, está directamente alineado al objetivo 1, tal como se describe en el siguiente cuadro:

Cuadro 7. Alineación con el PROSESA 2013-2018

Objetivos del PROSESA	Estrategias del PROSESA	Líneas de acción del PROSESA	Objetivo del PAE
<p>1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.</p>	<p>1.5. Incrementar el acceso a la salud sexual y reproductiva con especial énfasis en adolescentes y poblaciones vulnerables.</p>	<p>1.5.1. Diseñar estrategias de comunicación en salud sexual y reproductiva.</p>	<p>1. Incrementar el acceso efectivo a servicios de planificación familiar y anticoncepción y mejorar la calidad de la atención.</p> <p>2. Atender las necesidades específicas de planificación familiar y anticoncepción, particularmente en grupos en situación de desventaja social.</p> <p>3. Incentivar la paternidad activa y elegida, así como la responsabilidad del hombre en la planificación familiar y la anticoncepción.</p>
		<p>1.5.4. Promover la salud sexual y reproductiva responsable, así como la prevención del VIH y otras ITS.</p>	
		<p>1.5.5. Garantizar abasto y oferta de métodos anticonceptivos e insumos para la prevención del VIH y otras ITS.</p>	
		<p>1.5.7. Incrementar el acceso y utilización de servicios de salud sexual y reproductiva en mujeres y hombres.</p>	

Por sus alcances y objetivos, el Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción también contribuye al logro de objetivos y metas del Programa Nacional de Población y del Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres, PROIGUALDAD 2013-2018.

Las acciones de planificación familiar son fundamentales para lograr los ODM, a los que México se sumó en el año 2000, ya que en materia de salud contribuyen a reducir la mortalidad materna, así como a avanzar en el acceso universal a la salud reproductiva. Asimismo, la planificación familiar incentiva la igualdad de género y la autonomía de la mujer y contribuye a reducir los niveles de pobreza.



V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA

V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA

V.1 Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción

Tomando como base los rezagos en materia de planificación familiar y anticoncepción en México, en estricta consonancia con las metas nacionales y los objetivos del PND, así como con los objetivos y estrategias del PROSESA, el Programa de Planificación Familiar se plantea tres objetivos a efecto de contribuir a que la población disfrute de su vida sexual y reproductiva de manera informada, libre, satisfactoria, responsable y sin riesgos.

Objetivos:

1. Incrementar el acceso efectivo a servicios de planificación familiar y anticoncepción y mejorar la calidad de la atención.
2. Atender las necesidades específicas de planificación familiar y anticoncepción, particularmente en grupos en situación de desventaja social.
3. Incentivar la paternidad activa y elegida, así como la responsabilidad del hombre en la planificación familiar y la anticoncepción.

Objetivo 1. Incrementar el acceso efectivo a servicios de planificación familiar y anticoncepción y mejorar la calidad de la atención.

Para reducir la demanda insatisfecha de anticonceptivos y contribuir al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población, es necesario impulsar y/o fortalecer diversas acciones que eliminen los obstáculos a los que se enfrentan mujeres y hombres para acceder de manera efectiva a los servicios. Asimismo, se requiere incrementar la calidad de la atención a efecto de satisfacer las necesidades específicas de la población en materia de planificación familiar y anticoncepción.

Para lograrlo, es fundamental reposicionar la planificación familiar y la anticoncepción en la agenda pública como componentes esenciales de la salud reproductiva, así como aspectos imprescindibles para avanzar en el desarrollo social y económico del país y para lograr la igualdad entre hombres y mujeres. Entre otras acciones, también es necesario garantizar el abasto adecuado y oportuno de métodos anticonceptivos modernos en todos los centros de atención y fortalecer la competencia técnica de prestadores de servicios.

La suma de esfuerzos es otro ingrediente esencial para favorecer el acceso efectivo a servicios de planificación familiar y anticoncepción, por lo cual se requiere fortalecer la coordinación interinstitucional e intersectorial.

Por tal motivo, se tiene previsto formalizar e incentivar la coordinación interinstitucional a nivel federal y estatal y estrechar la colaboración con organizaciones de la sociedad civil en materia de salud sexual y reproductiva, entre otras acciones. Se busca con ello, hacer efectivo el acceso a los servicios de planificación familiar y aumentar la participación de las instituciones públicas de salud en la provisión gratuita de anticonceptivos.

Estrategia 1.1. Reposicionar la planificación familiar como componente esencial para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y hombres.

Líneas de acción:

- 1.1.1. Impulsar acciones de información, educación y comunicación dirigidas a la población, a líderes de opinión y a tomadores de decisiones.
- 1.1.2. Promover los derechos sexuales y reproductivos de la población, tomando en cuenta la diversidad cultural y sexual.
- 1.1.3. Establecer coordinación con los sectores público, social y privado para promover la planificación familiar en áreas prioritarias del país.
- 1.1.4. Impulsar el desarrollo de encuestas y estudios de investigación para apoyar la toma de decisiones basada en evidencia.

- 1.1.5. Fortalecer los sistemas institucionales de información para monitorear y dar seguimiento a la operación y resultados del Programa.
- 1.1.6. Incentivar la evaluación y seguimiento de compromisos nacionales e internacionales en la materia.
- 1.1.7. Impulsar la transparencia y la rendición de cuentas en el ejercicio de los recursos y el avance del Programa.

Estrategia 1.2. Favorecer el acceso efectivo a servicios de calidad de planificación familiar y anticoncepción.

Líneas de acción:

- 1.2.1. Diseñar e implementar procedimientos efectivos para la adquisición de insumos anticonceptivos que permitan satisfacer las necesidades de la población.
- 1.2.2. Monitorear permanentemente el abasto adecuado y oportuno de anticonceptivos modernos en todos los centros de atención.
- 1.2.3. Fortalecer las competencias del personal de salud en materia de planificación familiar y derechos reproductivos de la población.
- 1.2.4. Actualizar la normatividad y difundir las bases jurídicas del Programa en todos los niveles administrativos y operativos del mismo.
- 1.2.5. Propiciar el acceso oportuno a métodos anticonceptivos a toda mujer en situación de violencia sexual.
- 1.2.6. Intensificar las acciones de orientación-consejería y la calidad de los servicios de anticoncepción post-evento obstétrico.
- 1.2.7. Fortalecer las acciones de planificación familiar y anticoncepción para satisfacer las necesidades de cada etapa de la vida reproductiva.

Estrategia 1.3. Fortalecer la coordinación interinstitucional e intersectorial en salud reproductiva.

Líneas de acción:

- 1.3.1. Formalizar e incentivar la coordinación interinstitucional en planificación familiar y anticoncepción a nivel federal y estatal.
- 1.3.2. Estrechar la colaboración con organizaciones de la sociedad civil en materia de salud sexual y reproductiva.

- 1.3.3. Implementar acciones interinstitucionales para la prestación de servicios de planificación familiar de calidad y con absoluto respeto a la población.

- 1.3.4. Incentivar el intercambio de experiencias exitosas y buenas prácticas a nivel nacional e internacional.

Objetivo 2. Atender las necesidades específicas de planificación familiar y anticoncepción, particularmente en grupos en situación de desventaja social.

La población de nuestro país es muy diversa en cuanto a sus manifestaciones culturales y a la sociedad en que se desarrollan, lo que ha generado grandes brechas en la prestación de servicios de salud reproductiva, particularmente en los estados del sur del país, en comunidades indígenas y en población en situación de desventaja social (personas con discapacidad, mujeres con alto riesgo obstétrico, entre otras).

Para favorecer el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de esta población se requiere impulsar acciones que den respuesta a sus necesidades particulares con enfoque intercultural, incluyendo la capacitación del personal de salud, de líderes sociales y traductores. Se busca con ello promover un acercamiento e interacción intercultural entre población y prestadores de servicios, que permita mejorar la calidad de los servicios con pleno respeto a la dignidad y a la libre decisión de las personas.

Un aspecto importante que se debe contemplar es el fortalecimiento de las redes sociales, para promover mecanismos que fomenten la participación de la sociedad civil y de la población objetivo.

Estrategia 2.1. Establecer acciones coordinadas con instituciones de salud y otros sectores en las entidades federativas con mayor rezago en planificación familiar.

Líneas de acción:

- 2.1.1. Concertar acciones con autoridades de salud y organizaciones de la sociedad civil a nivel estatal, jurisdiccional y municipal.
- 2.1.2. Impulsar acciones intensivas de promoción y difusión en radiodifusoras locales y otros medios de comunicación.
- 2.1.3. Establecer programas de capacitación continua para personal prestador de servicios.
- 2.1.4. Monitorear el abasto de insumos anticonceptivos, particularmente en centros de atención de alta demanda y de difícil acceso.



2.1.5. Incentivar y supervisar el desarrollo y la operación del Programa en las entidades federativas con mayor rezago.

Estrategia 2.2. Fortalecer las redes de servicios de planificación familiar en áreas rurales y municipios indígenas.

Líneas de acción:

2.2.1. Incentivar la formación y capacitación de líderes sociales en salud sexual y reproductiva en áreas rurales e indígenas.

2.2.2. Favorecer la disponibilidad de traductores en centros de salud que atienden población predominantemente indígena.

2.2.3. Fomentar que la prestación de servicios se realice con enfoque intercultural y respeto a la cosmovisión de pueblos indígenas.

Estrategia 2.3. Impulsar servicios de planificación familiar y anticoncepción para mujeres con alto riesgo reproductivo.

Líneas de acción:

2.3.1. Fortalecer la competencia técnica y humanista del personal que proporciona servicios de salud sexual y reproductiva.

2.3.2. Mejorar la accesibilidad y calidad de servicios para personas en situación de desventaja social, en colaboración con las instancias correspondientes.

2.3.3. Prevenir embarazos en mujeres con alto riesgo reproductivo.

2.3.4. Implementar acciones de mercadeo social para responder a las demandas específicas de la población.

Objetivo 3. Incentivar la paternidad activa y elegida, así como la responsabilidad del hombre en la planificación familiar y la anticoncepción.

Por razones históricas y culturales los hombres han sido relegados en el compromiso de involucrarse en acciones de salud reproductiva, y se ha delegado esta responsabilidad a las mujeres.

Además, se ha desaprovechado el potencial que brindan las acciones de prevención y promoción de la salud dirigidas a los hombres, y en muchas ocasiones a niñas y niños que asisten a consulta con sus padres, para

promover una mayor participación en la salud sexual y reproductiva, así como una paternidad responsable y elegida.

Es por ello que se pretende fortalecer este componente a través de acciones tendientes a sensibilizar a prestadores de servicios con un enfoque de atención integral a la salud del hombre. Asimismo se pretende impulsar campañas para promover entre los hombres una participación más activa y comprometida en el cuidado de su salud y la de su familia.

Estrategia 3.1. Sensibilizar y concientizar a los hombres sobre la importancia de su responsabilidad en la planificación familiar y anticoncepción.

Líneas de acción:

3.1.1. Elaborar y difundir materiales de información, educación y comunicación específicos para hombres.

3.1.2. Promover el uso de condones masculinos y femeninos para prevenir embarazos no planeados e ITS.

3.1.3. Fomentar la aceptación de métodos definitivos entre la población masculina con paternidad satisfecha.

Estrategia 3.2. Impulsar el autocuidado y el uso de servicios de salud reproductiva entre hombres.

Líneas de acción:

3.2.1. Favorecer la participación activa del hombre en consultas de salud sexual y reproductiva, mediante la atención con enfoque de género.

3.2.2. Incrementar la eficiencia de los servicios de vasectomía sin bisturí, con enfoque de atención integral en salud sexual y reproductiva.

3.2.3. Fortalecer la capacidad técnica del personal prestador de servicio que otorga servicios de vasectomía.

3.2.4. Aumentar la oferta de los servicios de vasectomía sin bisturí.

V.2 Estrategias Transversales

Perspectiva de género

En estricta consonancia con el PND 2013-2018, el Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción contribuye al cumplimiento de la estrategia transversal “Perspectiva de Género” al avanzar en la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres. Para tal efecto, se pondrá especial atención en que las estrategias y líneas de acción se realicen con perspectiva de género, a efecto de satisfacer las necesidades particulares de la población, de acuerdo con su edad, sexo y preferencias reproductivas.

De manera particular, se establecerán las acciones necesarias para que en todos los centros de atención estén disponibles los métodos anticonceptivos modernos que permitan a mujeres y hombres seleccionar la mejor opción para regular su fecundidad. Asimismo, se instrumentarán las acciones conducentes para que las actividades de información, educación y comunicación se realicen con enfoque de género. La capacitación al personal de salud con esta perspectiva será fundamental para asegurar el ejercicio de los derechos sexuales reproductivos.

Finalmente, para evaluar y dar seguimiento a los resultados y avances del Programa, se realizarán las gestiones necesarias para que las estadísticas de servicios y los instrumentos de recolección de información incluyan las variables necesarias para diferenciar los avances entre mujeres y hombres.



VI. INDICADORES Y METAS

VI. INDICADORES Y METAS

Este Programa de Acción Específico plantea alcanzar al término de la presente Administración ocho metas de cobertura e impacto, con la participación de todas las instituciones públicas de salud, cuyo avance se medirá principalmente a través de los resultados de encuestas sociodemográficas. A continuación se señalan las fichas técnicas de los indicadores que permitirán dar seguimiento a cada una de las metas.

Elemento	Características				
Indicador 1	Cobertura de anticoncepción post-evento obstétrico en instituciones públicas de salud.				
Objetivo del PAE	Incrementar el acceso efectivo a servicios de planificación familiar y anticoncepción y mejorar la calidad de la atención.				
Descripción general	La cobertura de anticoncepción post-evento obstétrico indica el porcentaje de mujeres a las que se les atendió un evento obstétrico (parto, aborto o cesárea) y adoptan un método anticonceptivo antes de su egreso hospitalario o bien dentro de los 40 días posteriores a la atención de su evento obstétrico.				
Observaciones	<p>Este indicador es una medida del resultado de las acciones de orientación-consejería que se otorgan a la mujer embarazada y a su pareja, si es el caso, durante la atención prenatal. Se pretende obtener la cobertura sectorial y la cobertura en cada institución del Sector Salud.</p> <p>Método de cálculo: Numerador: número de mujeres a las que se les atendió un evento obstétrico durante el año y adoptaron un método anticonceptivo antes de su egreso del hospital en donde se le atendió su evento obstétrico. Denominador: número de eventos obstétricos atendidos durante el año (partos, abortos y cesáreas). El resultado se multiplica por 100.</p>				
Periodicidad	Anual.				
Fuente	Registros institucionales de información.				
Referencias adicionales	Dirección General de Información en Salud (DGIS). Instituciones del Sector Salud. CNEGSR				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	67.0%	67.5%	68.0%	69.0%	70.0%
Línea base 2012			Meta sexenal		
65.5%			Lograr para el año 2018 una cobertura de anticoncepción post-evento obstétrico del 70%.		

Elemento	Características					
Indicador 2	Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en MEFU.					
Objetivo del PAE	Incrementar el acceso efectivo a servicios de planificación familiar y anticoncepción y mejorar la calidad de la atención.					
Descripción general	La prevalencia de uso de métodos anticonceptivos es el porcentaje de mujeres unidas en edad reproductiva (15-49 años) que utilizan (o cuya pareja está usando) un método anticonceptivo en un punto determinado en el tiempo.					
Observaciones	<p>Este indicador es una medida de impacto de las acciones de planificación familiar en el país. Permite la comparación entre diferentes países.</p> <p>La meta establecida para 2018 podrá modificarse como producto de los resultados que se obtengan a partir de la ENADID 2014.</p> <p>Método de cálculo: Numerador: número de usuarias de métodos anticonceptivos. Denominador: número de MEFU. El resultado se multiplica por 100.</p>					
Periodicidad	<p>Bienal.</p> <p>El indicador se calcula a partir de la disponibilidad de una encuesta probabilística donde se pregunta por el uso de métodos anticonceptivos. La encuesta periódica más regular en este campo se levanta cada cinco años, pero pueden existir otras encuestas sobre el tema. Se pretende dar estimaciones y aproximaciones preliminares anuales a partir de logros de los programas de Planificación Familiar.</p>					
Fuente	ENADID. Preliminares a partir de registros administrativos del Sector Salud.					
Referencias adicionales	CONAPO CNEGSR					
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018	
	74.5%	75.0%	75.6%	76.2%	76.7%	
Línea base 2013			Meta sexenal			
73.9% (estimada)			Lograr para el año 2018 una prevalencia de uso de anticonceptivos del 76.7% en MEFU.			

Elemento	Características					
Indicador 3	Necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos en MEFU.					
Objetivo del PAE	Incrementar el acceso efectivo a servicios de planificación familiar y anticoncepción y mejorar la calidad de la atención.					
Descripción general	La necesidad insatisfecha de planificación familiar proporciona una medida sobre la capacidad de las mujeres para lograr el tamaño deseado de la familia y espaciamiento de los nacimientos. También proporciona una indicación del éxito de los programas de salud reproductiva y planificación familiar en la provisión de servicios. Es una medida que ayuda a determinar qué tan bien funciona el sistema de salud y las condiciones sociales que apoyan la capacidad de las mujeres para tener el número deseado de hijos, espaciando o limitando los nacimientos.					
Observaciones	<p>Este indicador representa el porcentaje de mujeres en edad reproductiva (15-49 años), que están casadas o en unión y que tienen una necesidad insatisfecha de planificación familiar, es decir, que no quieren más hijos o quieren esperar antes de tener otro (a), pero no están utilizando anticonceptivos.</p> <p>La meta establecida para 2018 podrá modificarse como producto de los resultados que se obtengan a partir de la ENADID 2014.</p>					
Periodicidad	<p>Bienal.</p> <p>El indicador se calcula a partir de la disponibilidad de una encuesta probabilística donde se pregunta por el uso de métodos anticonceptivos. La encuesta periódica más regular en este campo se levanta cada cinco años pero pueden existir otras encuestas sobre el tema. Se pretende dar estimaciones preliminares a partir de logros de los programas de Planificación Familiar.</p>					
Fuente	ENADID. Preliminares anuales a partir de registros administrativos del Sector Salud.					
Referencias adicionales	CONAPO CNEGSR					
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018	
	7.9%	7.6%	7.3%	7.0%	6.7%	
Línea base 2013			Meta sexenal			
8.3% (estimada)			Reducir a 6.7% la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos en MEFU.			

Elemento	Características					
Indicador 4	Brecha existente entre la prevalencia anticonceptiva de MEFU de áreas urbanas y MEFU de áreas rurales.					
Objetivo del PAE	Atender las necesidades específicas de planificación familiar y anticoncepción, particularmente en grupos en situación de desventaja social.					
Descripción general	Este indicador se refiere a la diferencia en puntos porcentuales entre la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos de MEFU con residencia habitual en áreas urbanas y la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos de MEFU residentes en áreas rurales.					
Observaciones	Este indicador es una medida de impacto de las acciones de planificación familiar en el país en su conjunto, así como al interior del mismo. La meta establecida para 2018 podrá modificarse como producto de los resultados que se obtengan a partir de la ENADID 2014.					
Periodicidad	Bienal. El indicador se calcula a partir de la disponibilidad de una encuesta probabilística donde se pregunta por el uso de métodos anticonceptivos. La encuesta periódica más regular en este campo se levanta cada cinco años, pero pueden existir otras encuestas sobre el tema. Se pretende dar estimaciones preliminares a partir de logros de los programas institucionales de Planificación Familiar.					
Fuente	ENADID. Preliminares a partir de registros administrativos del Sector Salud.					
Referencias adicionales	CONAPO CNEGSR					
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018	
	7.9 pp	7.4 pp	6.9 pp	6.4 pp	5.9 pp	
Línea base 2013			Meta sexenal			
8.4 puntos porcentuales (estimada)			Reducir a 5.9 puntos porcentuales la brecha de prevalencia anticonceptiva existente entre las MEFU de áreas urbanas (79.4%) y rurales (73.5%).			

Elemento	Características					
Indicador 5	Brecha existente entre la prevalencia anticonceptiva de MEFU indígenas y MEFU no indígenas.					
Objetivo del PAE	Atender las necesidades específicas de planificación familiar y anticoncepción, particularmente en grupos en situación de desventaja social.					
Descripción general	Este indicador se refiere a la diferencia en puntos porcentuales entre la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos de las MEFU de población indígena y la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en anticonceptivos de las MEFU de población no indígena.					
Observaciones	Este indicador es una medida del impacto de las acciones de planificación familiar en el país en su conjunto, así como al interior del mismo. Se consideran indígenas las mujeres que hablan alguna lengua indígena.					
Periodicidad	Bienal. El indicador se calcula a partir de la disponibilidad de una encuesta probabilística donde se pregunta por el uso de métodos anticonceptivos. La encuesta periódica más regular en este campo se levanta cada cinco años, pero pueden existir otras encuestas sobre el tema. Se pretende dar estimaciones preliminares a partir de logros de los programas de Planificación Familiar.					
Fuente	ENADID, a realizarse en 2014.					
Referencias adicionales	CONAPO CNEGSR					
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018	
	12.7 pp	12.2 pp	11.7 pp	11.2 pp	9.3 pp	
Línea base 2013			Meta sexenal			
13.2 puntos porcentuales (estimada)			Reducir a 9.3 puntos porcentuales la brecha de prevalencia anticonceptiva existente entre las MEFU indígenas (70.5%) y las MEFU no indígenas (79.8%).			

Elemento	Características				
Indicador 6	Brecha existente entre la prevalencia anticonceptiva en MEFU de las cinco entidades federativas con prevalencias más altas y las MEFU de las cinco con prevalencias más bajas.				
Objetivo del PAE	Atender las necesidades específicas de planificación familiar y anticoncepción, particularmente en grupos en situación de desventaja social.				
Descripción general	Este indicador se refiere a la diferencia en puntos porcentuales entre el promedio de la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en MEFU de las cinco entidades federativas con prevalencias más altas y el promedio de la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en MEFU de las cinco entidades federativas con las prevalencias más bajas en el país.				
Observaciones	Este indicador es una medida del impacto de las acciones de planificación familiar en el país en su conjunto, así como al interior del mismo.				
Periodicidad	Bienal. El indicador se calcula a partir de la disponibilidad de una encuesta probabilística donde se pregunta por el uso de métodos anticonceptivos. La encuesta periódica más regular en este campo se levanta cada cinco años, pero pueden existir otras encuestas sobre el tema. Se pretende dar estimaciones preliminares anuales a partir de la cobertura de los programas de planificación familiar en el Sector Salud.				
Fuente	ENADID. Preliminares anuales a partir de registros administrativos del Sector Salud.				
Referencias adicionales	CONAPO CNEGSR				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	16.8 pp	15.3 pp	13.9 pp	12.4 pp	11.0 pp
Línea base 2013			Meta sexenal		
18.3 puntos porcentuales (estimada)			Reducir a 11.0 puntos porcentuales la brecha de prevalencia anticonceptiva existente entre MEFU de las cinco entidades federativas con prevalencias más altas (82.2%) y las cinco con prevalencias más bajas (71.2%).		

Elemento	Características						
Indicador 7	Tasa de vasectomías en hombres de 20 a 64 años de edad en el Sector Salud.						
Objetivo del PAE	Incentivar la paternidad activa y elegida, así como la responsabilidad del hombre en la planificación familiar y la anticoncepción.						
Descripción general	Este indicador es una medida del resultado de las acciones de sensibilización enfocadas a la población masculina. Representa el número de hombres que aceptan un método definitivo de planificación familiar para regular su fecundidad por cada 10,000 hombres de 20 a 64 años de edad.						
Observaciones	Este indicador es una medida de resultado de las acciones de planificación familiar en el país en su conjunto, así como al interior del mismo.						
Periodicidad	Anual. El indicador se calcula a partir de los datos registrados en los sistemas institucionales de información.						
Fuente	Sistemas institucionales de información. Estimaciones de población del CONAPO.						
Referencias adicionales	CONAPO CNEGSR						
Metas intermedias	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
	12.3	12.7	13.1	13.4	13.8	14.2	
Línea base 2012				Meta sexenal			
11.8				Incrementar a 14.2 la tasa de vasectomías en hombres de 20 a 64 años de edad.			

Elemento	Características					
Indicador 8	Participación masculina en el uso de métodos anticonceptivos.					
Objetivo del PAE	Incentivar la paternidad activa y elegida, así como la responsabilidad del hombre en la planificación familiar y la anticoncepción.					
Descripción general	Se refiere al porcentaje de MEFU usuarias de métodos anticonceptivos que refieren que participa su pareja, a través de la vasectomía, condón masculino y métodos tradicionales (ritmo y retiro).					
Observaciones	Este indicador es una medida del impacto de las acciones de planificación familiar en el país en su conjunto, así como al interior del mismo.					
Periodicidad	Anual. El indicador se calcula a partir de la disponibilidad de una encuesta donde se pregunta por el uso de métodos anticonceptivos. La encuesta periódica más regular en este campo se levanta cada 5 años, pero pueden existir otras encuestas sobre el tema. Se pretende dar estimaciones preliminares anuales a partir de logros de los programas de Planificación Familiar (PF), sin contar métodos tradicionales.					
Fuente	ENADID, a realizarse en 2014. Preliminares anuales a partir de registros administrativos del Sector Salud.					
Referencias adicionales	CONAPO CNEGSR					
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018	
	20.2%	21.3%	22.4%	23.5%	24.6%	
Línea base 2013			Meta sexenal			
19.1%			Aumentar a 24.6% la participación masculina en el uso de métodos anticonceptivos.			



VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD

VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD

Para lograr los objetivos que se plantean en este Programa de Acción, se requiere fortalecer la coordinación interinstitucional e intersectorial.

La siguiente matriz de corresponsabilidad permitirá fortalecer la coordinación técnica para llevar a cabo cada una de las estrategias y líneas de acción que se plantean en el Programa.

Matriz de Corresponsabilidad Externa

Objetivo 1		Incrementar el acceso efectivo a servicios de planificación familiar y anticoncepción y mejorar la calidad de la atención.													
Indicador 1		Cobertura de anticoncepción post-evento obstétrico en instituciones públicas de salud.										Meta 1		70.0%	
Indicador 2		Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en MEFU.										Meta 2		76.7%	
Indicador 3		Necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos en MEFU.										Meta 3		6.7%	
Línea de acción		SSA/CNEGSR	CONAPO	CNPSS	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SEMAR	OSC	DIF	INMUJERES	Observaciones
No.	Descripción														
1.1.1.	Impulsar acciones de información, educación y comunicación dirigidas a la población, a líderes de opinión y a tomadores de decisiones.	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	
1.1.2.	Promover los derechos sexuales y reproductivos de la población, tomando en cuenta la diversidad cultural y sexual.	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
1.1.3.	Establecer coordinación con los sectores público, social y privado para promover la planificación familiar en áreas prioritarias del país.	✓	✓		✓										
1.1.4.	Impulsar el desarrollo de encuestas y estudios de investigación para apoyar la toma de decisiones basada en evidencia.	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	

PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ANTICONCEPCIÓN

Línea de acción		SSA / CNEGRS	CONAPO	CNPSS	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SEMAR	OSC	DIF	INMUJERES	Observaciones
No.	Descripción														
1.1.5.	Fortalecer los sistemas institucionales de información para monitorear y dar seguimiento a la operación y resultados del Programa.	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	
1.1.6.	Incentivar la evaluación y seguimiento de compromisos nacionales e internacionales en la materia.	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
1.1.7.	Impulsar la transparencia y la rendición de cuentas en el ejercicio de los recursos y el avance del Programa.	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
1.2.1.	Diseñar e implementar procedimientos efectivos para la adquisición de insumos anticonceptivos que permitan satisfacer las necesidades de la población.	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		
1.2.2.	Monitorear permanentemente el abasto adecuado y oportuno de anticonceptivos modernos en todos los centros de atención.	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		
1.2.3.	Fortalecer las competencias del personal de salud en materia de planificación familiar y derechos reproductivos de la población.	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	
1.2.4.	Actualizar la normatividad y difundir las bases jurídicas del Programa en todos los niveles administrativos y operativos del mismo.	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		

Línea de acción		SSA / CNEGSR	CONAPO	CNPSS	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SEMAR	OSC	DIF	INMUJERES	Observaciones
No.	Descripción														
1.2.5.	Propiciar el acceso oportuno a métodos anticonceptivos a toda mujer en situación de violencia sexual.	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	
1.2.6.	Intensificar las acciones de orientación-consejería y la calidad de los servicios de anticoncepción post-evento obstétrico.	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	
1.2.7.	Fortalecer las acciones de planificación familiar y anticoncepción para satisfacer las necesidades de cada etapa de la vida reproductiva.	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	
1.3.1.	Formalizar e incentivar la coordinación interinstitucional en planificación familiar y anticoncepción a nivel federal y estatal.	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	
1.3.2.	Estrechar la colaboración con organizaciones de la sociedad civil en materia de salud sexual y reproductiva.	✓	✓		✓							✓		✓	
1.3.3.	Implementar acciones interinstitucionales para la prestación de servicios de planificación familiar de calidad y con absoluto respeto a la población.	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		
1.3.4.	Incentivar el intercambio de experiencias exitosas y buenas prácticas a nivel nacional e internacional.	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ANTICONCEPCIÓN

Objetivo 2	Atender las necesidades específicas de planificación familiar y anticoncepción, particularmente en grupos en situación de desventaja social.															
Indicador 4	Brecha existente entre la prevalencia anticonceptiva de MEFU de áreas urbanas y MEFU de áreas rurales.	Meta 4	5.9 puntos porcentuales. (Área urbana: 79.4%, área rural: 73.5%).													
Indicador 5	Brecha existente entre la prevalencia anticonceptiva de MEFU indígenas y MEFU no indígenas.	Meta 5	9.3 puntos porcentuales. (Indígenas: 70.5%, no indígenas: 79.8%).													
Indicador 6	Brecha existente entre la prevalencia anticonceptiva en MEFU de las cinco entidades federativas con prevalencias más altas y las MEFU de las cinco con prevalencias más bajas.	Meta 6	Brecha 2018: 11.0 puntos porcentuales. (Promedio entre las cinco entidades federativas con las prevalencias más altas: 82.2%, promedio entre las cinco entidades federativas con las prevalencias más bajas: 71.2%).													
Línea de acción		SSA/CNEGSR	CONAPO	CNPSS	CDI	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SEMAR	OSC	DIF	INMUJERES	Observaciones
No.	Descripción															
2.1.1.	Concertar acciones con autoridades de salud y organizaciones de la sociedad civil a nivel estatal, jurisdiccional y municipal.	✓			✓	✓		✓					✓		✓	
2.1.2.	Impulsar acciones intensivas de promoción y difusión en radiodifusoras locales y otros medios de comunicación.	✓	✓		✓	✓	✓	✓						✓	✓	
2.1.3.	Establecer programas de capacitación continua para personal prestador de servicios.	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		

Línea de acción		SSA/CNEGRS	CONAPO	CNPSS	CDI	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SEMAR	OSC	DIF	INMUJERES	Observaciones
No.	Descripción															
2.1.4.	Monitorear el abasto de insumos anticonceptivos, particularmente en centros de atención de alta demanda y de difícil acceso.	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
2.1.5.	Incentivar y supervisar el desarrollo y la operación del Programa en las entidades federativas con mayor rezago.	✓				✓										
2.2.1.	Incentivar la formación y capacitación de líderes sociales en salud sexual y reproductiva en áreas rurales e indígenas.	✓			✓	✓		✓								
2.2.2.	Favorecer la disponibilidad de traductores en centros de salud que atienden población predominantemente indígena.	✓			✓	✓		✓								
2.2.3.	Fomentar que la prestación de servicios se realice con enfoque intercultural y respeto a la cosmovisión de pueblos indígenas.	✓			✓	✓										
2.3.1.	Fortalecer la competencia técnica y humanista del personal que proporciona servicios de salud sexual y reproductiva.	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		
2.3.2.	Mejorar la accesibilidad y calidad de servicios para personas en situación de desventaja social, en colaboración con las instancias correspondientes.	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		
2.3.3.	Prevenir embarazos en mujeres con alto riesgo reproductivo.	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		
2.3.4.	Implementar acciones de mercadeo social para responder a las demandas específicas de la población.	✓				✓		✓								

PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ANTICONCEPCIÓN

Objetivo 3		Incentivar la paternidad activa y elegida, así como la responsabilidad del hombre en la planificación familiar y la anticoncepción.													
Indicador 7		Tasa de vasectomías en hombres de 20 a 64 años de edad en el Sector Salud.	Meta 7		14.2 por cada 10 mil hombres de 20 a 64 años de edad.										
Indicador 8		Participación masculina en el uso de métodos anticonceptivos.	Meta 8		24.6%										
Línea de acción		SSA/CNEGSR	CONAPO	CNPSS	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SEMAR	OSC	DIF	INMUJERES	Observaciones
No.	Descripción														
3.1.1.	Elaborar y difundir materiales de información, educación y comunicación específicos para hombres.	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		
3.1.2.	Promover el uso de condones masculinos y femeninos para prevenir embarazos no planeados e ITS.	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	
3.1.3.	Fomentar la aceptación de métodos definitivos entre la población masculina con paternidad satisfecha.	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	
3.2.1.	Favorecer la participación activa del hombre en consultas de salud sexual y reproductiva, mediante la atención con enfoque de género.	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		
3.2.2.	Incrementar la eficiencia de los servicios de vasectomía sin bisturí, con enfoque de atención integral en salud sexual y reproductiva.	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		
3.2.3.	Fortalecer la capacidad técnica del personal prestador de servicio que otorga servicios de vasectomía.	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		
3.2.4.	Aumentar la oferta de los servicios de vasectomía sin bisturí.	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		



VIII. TRANSPARENCIA

VIII. TRANSPARENCIA

El monitoreo y evaluación de los Programas contribuye a la gobernabilidad mediante el fortalecimiento de rendición de cuentas y de transparencia en la gestión. Asimismo, impulsa el desarrollo de la cultura del desempeño en la administración pública capaz de sustentar una mejor formulación de políticas y una más eficiente toma de decisiones presupuestarias. En las últimas décadas nuestro país ha tenido una transición progresiva de la sociedad civil que han participado e intervenido para que esto suceda como agentes de cambio; no obstante aún quedan retos por resolver.

Para dar cumplimiento al acceso a la sociedad civil sobre el logro de metas, existen diversas fuentes de información de libre acceso disponibles en la página de la Secretaría de Salud: www.salud.gob.mx, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud: www.spps.gob.mx, del CNEGRS: <http://cnegrs.salud.gob.mx> y a través del enlace de contacto en el sitio web.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Nota descriptiva No 351, Mayo de 2013. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es>
2. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). La promesa de igualdad, Equidad de género, Salud Reproductiva y Objetivos de Desarrollo del Milenio. Estado de la población Mundial 2005, abril 2014, 117 (33) Disponible en: http://www.unfpa.org/swp/2005/pdf/sp_swp05.pdf
3. Cleland, John et al, Family planning: The unfinished agenda. The Lancet, Vol. 368, 9549(18-24), November 2006; pp1810-1827.
4. Singh, Susheela and Jacqueline E. Darroch. 2012. Adding it Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services-Estimates for 2012. New York: Guttmacher Institute and United Nations Population Fund. Disponible en: <http://www.guttmacher.org/pubs/AIU-2012-estimates.pdf>
5. Cleland, John, et al. Family Planning 2: Contraception and health. The Lancet, Vol. 380, July 2014; p.p. 149-156.
6. UNFPA. Sí a la opción, no al azar. Planificación de la familia, derechos humanos y desarrollo. Estado de la Población Mundial 2012, abril 2014, 97(71) Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/portadas/EdoPoblacionMundial_2012.pdf
7. Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA. Family Planning and Poverty Reduction, Benefits for Families and Nations. Disponible en: https://www.unfpa.org/rh/planning/mediakit/docs/new_docs/sheet4-english.pdf
8. Singh, S., Darroch J.E., Adding it Up: Costs and Benefits of contraceptive services estimates for 2012, New York; Guttmacher Institute and United Nations Population Fund UNFPA, June 2012.
9. Rodríguez, María I.; Say, Lale; Temmerman, Marleen, Family planning versus contraception: what's in a name? The Lancet Global Health; Early Online Publication 01 de marzo 2014 (Vol. 2, Número 3, Páginas E131-E132).
10. Naciones Unidas, Programme of Action of the United Nations International Conference on Population and Development, Nueva York, Naciones Unidas, 1994.
11. Ley General de Población. Art.3 Fracción II. Diario Oficial de la Federación (DOF) del 7 de enero de 1974, Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgp/LGP_orig_07ene74_ima.pdf
12. Ley General de Salud. Art. 3., Art.67. Diario Oficial de la Federación (DOF) Última reforma publicada DOF 02-04-2014, Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/14_2.pdf
13. Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación. Art. 11. Diario Oficial de la Federación (DOF). 11 de junio de 2003, Última reforma publicada DOF 20-03-2014 Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/26_2.pdf
14. Reglamento de la Ley General de Población Sección II del Capítulo Segundo. Art.16. Diario Oficial de la Federación (DOF). 14 de abril de 2000, Última reforma publicada DOF 28-09-2012 Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGP.pdf
15. Reglamento de la Ley General de Salud. Art.17. Art. 16 a 20 Diario Oficial de la Federación (DOF). 5 de abril de 2004, Última reforma publicada DOF 08-06-2011 Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSS.pdf
16. Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA2-1993 De los Servicios de Planificación Familiar, publicada en el DOF [en línea] con nota aclaratoria el 16 de enero del

PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ANTICONCEPCIÓN

2004. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005sa23.html>
17. Norma Oficial Mexicana NOM 007-SSA2-1993 Para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Recién Nacido, publicada en el DOF [en línea] el 6 de enero de 1995. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007sa23.html>
18. Norma Oficial Mexicana NOM 010-SSA2-1993 para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, modificación publicada en el DOF 10 de noviembre de 2010 en el DOF Disponible en: <http://dof.gob.mx/normasOficiales.php>
19. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999. 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. Fecha de publicación en el DOF [en línea] 16 de abril de 2009. Disponible en: <http://dof.gob.mx/normasOficiales.php>
20. Norma Oficial Mexicana NOM 014-SSA2-1994 para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer Cérvico uterino cérvico uterino, actualizada en 2007 y publicada en el DOF [en línea] 31 de mayo de 2007. Disponible en: <http://dof.gob.mx/normasOficiales.php>
21. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011 para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama, actualizada en 2011 y publicada en el DOF [en línea] 09 de junio de 2011. Disponible en: <http://dof.gob.mx/normasOficiales.php>
22. Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2012 para la Prevención y Control de Enfermedades en la Perimenopausia y Postmenopausia de la Mujer. Criterios para brindar la atención médica. Publicada en el DOF [en línea] 7 de enero de 2013. Disponible en: <http://dof.gob.mx/normasOficiales.php>
23. Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2002 para la Prevención y Control de Defectos al Nacimiento. Publicada en el DOF [en línea] el 27 de octubre de 2003. Disponible en: <http://dof.gob.mx/normasOficiales.php>
24. Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012. Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud. Publicada en el DOF [en línea] 30 de noviembre de 2012. Disponible en: <http://dof.gob.mx/normasOficiales.php>
25. Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico, para quedar como NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. Publicada en el DOF [en línea] 15 de octubre de 2012. Disponible en: <http://dof.gob.mx/normasOficiales.php>
26. Valdéz, Luz María. Hacia una nueva Ley General de Población; el reloj demográfico avanza. UNAM, México, 2013.
27. Consejo Nacional de Población (CONAPO). La Situación Demográfica de México 2010, México 2010. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/La_Situacion_Demografica_de_Mexico_2010
28. INEGI. Indicadores sociodemográficos de México 1930-2000, México, 200. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/indisociodem/2001/indi2001.pdf
29. Ley General de Población. Art.5. Diario Oficial de la Federación (DOF) del 7 de enero de 1974, Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgp/LGP_orig_07ene74_ima.pdf
30. Martínez Manautou, Jorge. La Revolución Demográfica de México 1970-1980. Instituto Mexicano del Seguro Social, México, D.F., 1985.
31. Secretaría de Salud, El derecho a la libre decisión... La planificación familiar en el contexto de la salud reproductiva; Primera edición 2002. p.17-18
32. Pérez-Palacios, Gregorio, et al. El Cambio de Paradigmas. De la Planificación Familiar a la Salud Reproductiva. Secretaría de Salud, México 2000.
33. CONAPO. Proyecciones de la Población de México, Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>
34. INEGI. Perfil sociodemográfico, Estados Unidos Mexicanos, Censo de Población y Vivienda 2010. México, 2013.

-
35. INEGI. Informativo oportuno, conociéndonos todos. Vol. 1, No. 4, Julio 2011.
 36. Consejo Nacional de Población (CONAPO). La Situación Demográfica de México 2013, México 2013. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/1727/1/images/La_Situacion_Demografica_de_Mexico_2013_COMPLETO.pdf
 37. INEGI. Perfil sociodemográfico de los Estados Unidos Mexicanos, México 2013.
 38. CONAPO. Perfiles de la Salud Reproductiva. República Mexicana, México, 2011.
 39. Bankole A. and Singh S. 1998. Couples' fertility and contraceptive decision-making in developing countries: hearing the man's voice, International Family Planning Perspectives, 1998, 24(1): 15–24.
 40. Secretaría de Salud. Programa Sectorial de Salud, 2013–2018. Diario Oficial de la Federación, Diciembre 12, 2013. México, Distrito Federal. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/indicadores1318/pdf/programa.pdf>

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

APEO	Anticoncepción Post-evento Obstétrico
CEDAW	Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
CIPD	Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo
CNPSS	Comisión Nacional de Protección Social en Salud
CONAPO	Consejo Nacional de Población
DGIS	Dirección General de Información en Salud
DIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
DIU	Dispositivo Intrauterino
DOF	Diario Oficial de la Federación
EMF	Encuesta Mexicana de Fecundidad
ENADID	Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica
ENFES	Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud
IMSR/Ipas	Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos en México, A.C.
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INCMNSZ	Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LGP	Ley General de Población
MEF	Mujeres en Edad Fértil
MEFU	Mujeres en Edad Fértil Unidas
NOM	Norma Oficial Mexicana
ODM	Objetivos del Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud

PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ANTICONCEPCIÓN

ONU	Organización de las Naciones Unidas
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil
OTB	Oclusión Tubaria Bilateral
PAE	Programa de Acción Específico
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PF	Planificación Familiar
PND	Programa Nacional de Desarrollo
PROSESA	Programa Sectorial de Salud
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEMAR	Secretaría de Marina
SESA	Servicios Estatales de Salud
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIS	Sistema de Información en Salud
SSA	Secretaría de Salud
UNFPA	Fondo de las Naciones Unidas
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Anticoncepción post-evento obstétrico. Estrategia que permite a la mujer en el periodo de puerperio posponer un nuevo embarazo o finalizar su vida reproductiva, mediante un método anticonceptivo temporal o permanente, adoptado antes de que abandone la unidad médica de atención del evento obstétrico o durante los 40 días posteriores al evento obstétrico, lo que contribuye a incrementar el intervalo intergénésico y por ende, a reducir el riesgo obstétrico.

Consejería. Es un proceso de análisis y comunicación personal entre los prestadores de servicios y los usuarios potenciales y/o activos, mediante el cual se brinden información, orientación y apoyo educativo a individuos y parejas, que les permitan tomar decisiones conscientes, informadas y voluntarias, acerca de su vida sexual y reproductiva, así como para elegir el anticonceptivo más adecuado a sus necesidades y asegurar el uso correcto y satisfactorio del método.

Demanda insatisfecha. Proporción de mujeres expuestas a un embarazo que no hacen uso de método anticonceptivo alguno, a pesar de su deseo expreso de querer limitar o espaciar su descendencia.

Desarrollo social. Es un proceso de promoción del bienestar de las personas en conjunción con un proceso dinámico de desarrollo económico, que conduce al mejoramiento de las condiciones de vida de toda la población en diferentes ámbitos (salud, educación, nutrición, vivienda, empleo, salarios, etc.). En este proceso, es decisivo el papel del Estado como promotor y coordinador del mismo, con la activa participación de actores sociales, públicos y privados.

Empoderar. El concepto de empoderamiento se relaciona con el poder entendido, no como dominación sobre los demás, sino como capacidad de las mujeres de aumentar su auto-confianza e influir en los cambios. En Beijing +15, entre otras resoluciones se aprobó trabajar por el empoderamiento económico de las mujeres.

Fecundidad. Capacidad de procreación efectiva (hijos nacidos vivos) de una mujer, pareja o población.

Grupos vulnerables. Son aquellos grupos de la población o comunidades que, por circunstancias de pobreza, origen étnico, estado de salud, edad, género o discapacidad, se encuentran en una situación de mayor indefensión para hacer frente a los problemas que plantea la vida y no cuentan con los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades básicas. La vulnerabilidad coloca a quien la padece en una situación de desventaja en el ejercicio pleno de sus derechos y libertades.

Igualdad de género. Es un principio constitucional que estipula que hombres y mujeres son iguales ante la ley (artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos), lo que significa que todas las personas, sin distinción alguna tienen los mismos derechos y deberes frente al Estado y la sociedad en su conjunto.

Indicador. Es un instrumento para medir el logro de los objetivos de los programas y un referente para el seguimiento de los avances y para la evaluación de los resultados alcanzados.

Interculturalidad. Es un proceso de intercambio y diálogo entre actores provenientes de culturas diferentes. El enfoque intercultural en las políticas públicas entonces contribuye a mejorar los términos de este intercambio al facilitar que los esquemas e instrumentos de políticas sean más sensibles a la diversidad cultural y estén mejor adecuados a las necesidades diferenciadas de una ciudadanía plural en términos de raza, etnia y género.

Métodos anticonceptivos. Son aquellos que se utilizan para limitar la capacidad reproductiva de un individuo o de una pareja, en forma temporal o permanente.

Mortalidad. Fenómeno demográfico mediante el cual desaparece una población a lo largo del tiempo, que en combinación con la fecundidad, determinan el crecimiento natural de la población. Se estudia a partir de las defunciones registradas y según características como edad, sexo, causas de muerte, lugar de ocurrencia o residencia, entre otras.

Muerte materna. Es la que ocurre a una mujer durante su embarazo, parto o dentro de los 42 días posteriores a la terminación del mismo, independientemente de la duración y lugar del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.

Paternidad responsable. Es asumir responsabilidad en el cuidado de hijos e hijas, no sólo en responder a necesidades económicas, como se ha entendido la paternidad (padre-proveedor). Debe brindar calidad de vida en términos afectivos, involucrarse desde el momento de la procreación y contribuir activamente en la educación de los hijos e hijas, así como en el cuidado de la salud. Implica no solamente dar un apellido y reproducir el esquema de ser hombre y padre, sino que debe replantearse dicho rol a funciones orientadoras, educadoras, ser amigo solidario y acompañante en el proceso de crecimiento, roles que tradicionalmente son asignados a la madre. Se trata de que los padres estén más atentos a las necesidades vitales de la vida de un ser humano.

Perimenopausia. Periodo comprendido desde el inicio de los eventos biológicos, endocrinológicos, clínicos y psicológicos que preceden a la menopausia hasta la terminación del primer año después de la misma

Perspectiva de género. Herramienta conceptual que busca mostrar que las diferencias entre mujeres y hombres se dan, más que por su determinación biológica, por las diferencias culturales asignadas a los seres humanos.

Planificación familiar. Derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener el respecto, la información específica y los servicios idóneos. El ejercicio de este derecho es independiente del género, la preferencia sexual, la edad y el estado social o legal de las personas.

Posparto. Período asociado a la condición fisiológica de la mujer, después de la resolución, por vía vaginal, de embarazo de 20 semanas o más

Postmenopausia. Etapa iniciada a partir del último periodo menstrual, ya sea por menopausia inducida o natural.

Prevalencia de uso de métodos. Es el porcentaje de mujeres en edad fértil casadas o en unión consensual que declaran estar usando, ellas o sus parejas, un método anticonceptivo para limitar o espaciar su descendencia.

Aportación masculina en el uso de anticonceptivos. Es el aporte relativo de métodos anticonceptivos en cuyo uso interviene el hombre: la vasectomía, condón masculino y métodos tradicionales (ritmo y retiro).

Pronatalista. La política de un gobierno, sociedad o grupo social encaminada a aumentar el crecimiento de la población tratando de incrementar el número de nacimientos.

Puerperio. Periodo que sigue al alumbramiento y en el cual los órganos genitales maternos y el estado general vuelven a adquirir las características anteriores a la gestación y tiene una duración de 6 semanas o 42 días. Comprende tres periodos: inmediato, las primeras 24 horas; mediato del segundo al séptimo día; y tardío, desde el octavo hasta el cuadragésimo segundo días posparto.

Riesgo reproductivo. Probabilidad que tienen, tanto la mujer en edad fértil como su producto potencial, de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de presentarse un embarazo.

Salud reproductiva. Es el estado general de bienestar físico, mental y social, de los individuos y de las parejas de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad para decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos.

Salud sexual. La salud sexual es un estado general de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; y no la mera ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso a la sexualidad y a las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coacción, discriminación y violencia. Para alcanzar y mantener la salud sexual, deben respetarse, protegerse y satisfacerse los derechos sexuales de todas las personas.

Sexualidad. Se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano: Basado en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales.

Tasa de crecimiento poblacional. Razón a la cual crece en promedio anualmente una población por cada 100 habitantes de un lugar y tiempo definidos. Se trata de un indicador resumen, pues en él se concentran los efectos de los principales componentes de la dinámica demográfica: fecundidad, mortalidad y migración neta.

Tasa global de fecundidad. Es el número de hijas e hijos nacidos vivos que tendría una mujer al final de su vida reproductiva, de acuerdo con un patrón de fecundidad prevaleciente en un año determinado y en ausencia de mortalidad.

ANEXOS

Anexo 1. Consulta Ciudadana

En apego a la fracción IV del capítulo Primero de la Ley de Planeación, el CNEGSR llevó a cabo el "Foro Nacional de Consulta para la elaboración de los Programas de Acción Específicos 2013-2018" los días 5 y 6 de noviembre del 2013. Para la consulta del PAE de Planificación Familiar y Anticoncepción, el Foro se desarrolló el 5 de noviembre en tres mesas de trabajo en las que participaron 15 panelistas y 75 asistentes, con un total de 90 participantes, según la siguiente agenda de trabajo:

Mesas de Trabajo	Paneles
Retos y perspectivas en Planificación Familiar. Parte 1	Nuevas políticas de Planificación Familiar en México
	Las aportaciones de la sociedad civil a la planificación familiar
	Avances y retos en calidad de la prestación en Planificación Familiar
	El papel de la promoción en el reposicionamiento de la planificación familiar
Retos y perspectivas en Planificación Familiar. Parte 2	Avances y desafíos de la planificación familiar desde la perspectiva de las agencias de cooperación internacional
	Estrategias integrales en la atención de Planificación Familiar
	Fuentes de información para la evaluación y seguimiento del Programa de planificación familiar
	La Planificación Familiar un factor de transición social
Planificación Familiar y Salud Reproductiva en Grupos Específicos de la Población: Avances y Retos	La inclusión de las personas con discapacidad en la planificación familiar
	Atención a la demanda insatisfecha en comunidades indígenas
	Atención Integral de la salud sexual y reproductiva en la peri y posmenopausia. Avances y retos
	La participación del Hombre en la Planificación Familiar

En el Foro de Consulta se contó con la participación de representantes de las siguientes instituciones y organizaciones:

Instituciones del Sistema Nacional de Salud

- Secretaría de Salud, SSA
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, CNEGSR

- Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS
- Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de Personas con Discapacidad, CONADIS
- Instituto Nacional de Perinatología, INPER
- Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, INCMNSZ
- Hospital Juárez de México

Instituciones de la Administración Pública Federal

- Consejo Nacional de Población, CONAPO
- Secretaría de la Defensa Nacional, SEDENA
- Secretaría de Marina, SEMAR
- Instituto Nacional de Lenguas Indígenas, INALI
- Secretaría de Educación Pública, SEP

Instituciones Académicas

- Colegio de México A.C., COLMEX
- Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO

Organizaciones de la Sociedad Civil y Agencias de Cooperación Internacional

- Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA
- Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A.C. .MEXFAM
- Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología A.C., FEMECOG
- Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos en México, A.C., IMSR/Ipas
- Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C., GIRE
- Centro de Orientación para Adolescentes A.C. CORA.
- Salud Integral para la Mujer A.C.
- Consultoría Multidisciplinaria en Desarrollo Humano
- Sociedad Mexicana de Salud Pública
- Democracia y Sexualidad, A.C.
- Asociación Mexicana para la Salud de la Adolescencia, A.C.
- Consultoría Multidisciplinaria en Desarrollo Humano
- Kinal Antzetik, A.C.

Servicios de Salud Estatales

Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Distrito Federal, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala y Yucatán.



PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ANTICONCEPCIÓN

PROGRAMA SECTORIAL
DE SALUD 2013-2018

Primera edición, xxx 2014

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