



**Contribuciones
desde la
antropología
médica y la
salud pública
para personal
de salud en
regiones
indígenas y
rurales**

**Sergio Meneses Navarro
Graciela Freyermuth Enciso**

EDITORES



**Instituto Nacional
de Salud Pública**

Contribuciones desde la antropología médica y la salud pública
para personal de salud en regiones indígenas y rurales

Contribuciones desde la antropología médica y la salud pública para personal de salud en regiones indígenas y rurales

Primera edición, 2020

D.R. © Instituto Nacional de Salud Pública
Av. Universidad 655, Col. Santa María Ahuacatlán
62100 Cuernavaca, Morelos, México

ISBN 978-607-511-203-9

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Editores: Sergio Meneses Navarro, María Graciela Freyermuth Enciso
Revisión editorial: Sergio Meneses Navarro, María Graciela Freyermuth Enciso
Corrección de estilo: Ana Block
Diseño y formación: Julieta Abeyta Torres
Fotografía de portada: Rafael Josaphat Toledo Cruz
Producción editorial: Juan Pablo Luna

Los derechos de propiedad intelectual sobre los textos que se reproducen en este volumen pertenecen a sus autores.

El proyecto para la elaboración de este libro fue financiado con fondos del Fideicomiso del CIESAS en el marco del proyecto Cátedras CONACYT 771.

Este libro fue preparado antes de las reformas al sistema de salud que dieron lugar a la creación de Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) a partir del 1o de enero del 2020. Sin embargo, su contenido es aplicable a cualquier modelo de atención en salud, independientemente del esquema o estructura vigente, y es de utilidad para reforzar las competencias del personal de salud que atiende en contextos interculturales de gran marginación. Una futura edición de este libro incluirá un capítulo sobre el diseño y reglas de operación del INSABI, la nueva estructura que tendrá el sistema de salud de México y se actualizarán los capítulos en dónde se hace referencia al Sistema de Protección Social en Salud y al Seguro Popular.

Índice

Presentación	11
Blanca Estela Pelcastre Villafuerte (INSP)	
Juan Ángel Rivera Dommarco (INSP)	
Introducción	13
Sergio Meneses Navarro (CONACYT/INSP)	
María Graciela Freyermuth Enciso (CIESAS-Sureste)	

Sistemas y políticas de Salud

1
Parte

CAPÍTULO 1	
¿Cuáles son la estructura y las funciones del Sistema de Salud de México?	20
Sergio Meneses Navarro (CONACYT/INSP)	
CAPÍTULO 2	
¿Cuál es el marco normativo de la salud en México?	42
José Alejandro Meza Palmeros (CONACYT/CIESAS-Sureste)	
CAPÍTULO 3	
¿Cuáles son los programas de salud prioritarios en el país?	52
María Graciela Freyermuth Enciso (CIESAS-Sureste)	
CAPÍTULO 4	
¿En qué consiste la promoción de la salud en el medio indígena y rural?	62
José Alejandro Meza Palmeros (CONACYT/CIESAS-Sureste)	
Sergio Meneses Navarro (CONACYT/INSP)	
CAPÍTULO 5	
¿Qué es y cómo funciona el Seguro Popular de Salud?	72
Sergio Meneses Navarro (CONACYT/INSP)	
CAPÍTULO 6	
¿Qué debo saber sobre el Convenio para la Atención de la Emergencia Obstétrica?	82
María Guadalupe Ramírez Rojas (CONACYT/CIESAS-Sureste)	

Sistemas de Registro de Información

2
Parte

CAPÍTULO 7

- ¿En qué consiste el Sistema Nacional de Información en Salud en México? 96
María Graciela Freyermuth Enciso (CIESAS-Sureste)

CAPÍTULO 8

- ¿En qué consiste el Subsistema de Prestación de Servicios y Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica? 105
José Alejandro Meza Palmeros (CONACYT/CIESAS-Sureste)

CAPÍTULO 9

- ¿Qué debo hacer cuando ocurra un nacimiento en la comunidad donde presto mi servicio? 115
María Graciela Freyermuth Enciso (CIESAS-Sureste)
José Alberto Muños Hernández (CONACYT/CIESAS-Pacífico Sur)

CAPÍTULO 10

- ¿Qué debo hacer cuando ocurra una defunción en la comunidad donde presto mi servicio? 123
Cecilia de la Torre Hernández (ACAS A. C.)
María Graciela Freyermuth Enciso (CIESAS-Sureste)

El servicio social de Medicina

3
Parte

CAPÍTULO 11

- ¿Qué es el servicio social de la carrera de Medicina? 136
José Alejandro Meza Palmeros (CONACYT/CIESAS-Sureste)

CAPÍTULO 12

- ¿Cuáles son los derechos y las obligaciones de los pasantes de la carrera de Medicina? 144
José Alejandro Meza Palmeros (CONACYT/CIESAS-Sureste)

Programas y servicios de salud sexual y reproductiva en el medio rural e indígena



CAPÍTULO 13	
¿Cuáles son los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes en el medio rural indígena?	154
Ana María Gómez Serna (OMM)	
Hilda Eugenia Argüello Avendaño (OMM)	
CAPÍTULO 14	
¿Qué es la consejería anticonceptiva con pertinencia cultural?	167
Sergio Meneses Navarro (CONACYT/INSP)	
David Meléndez Navarro (CPMS)	
José Alejandro Meza Palmeros (CONACYT/CIESAS-Sureste)	
CAPÍTULO 15	
¿Qué es la atención del parto con pertinencia cultural?	191
María Graciela Freyermuth Enciso (CIESAS-Sureste)	
Sergio Meneses Navarro (CONACYT/INSP)	
CAPÍTULO 16	
La detección del VIH y la consejería pre y post prueba en contextos de diversidad cultural	206
Rubén Muñoz Martínez (CIESAS-CDMX)	
CAPÍTULO 17	
Retos de la consejería sobre la detección del virus de papiloma humano y el cáncer cervical en mujeres del medio rural e indígena	225
Sergio Meneses Navarro (CONACYT/INSP)	
Sergio Aarón de la Rosa Cruz (INSP)	
Leith León Maldonado (CONACYT/INSP)	
Betania Allen Leigh (INSP)	

CAPÍTULO 18	
¿Qué debemos saber sobre la NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención?	235
Rosario Valdez Santiago (INSP/OPS)	

Retos y perspectivas en salud intercultural

5 Parte

CAPÍTULO 19	
¿Por qué los prestadores de servicios de salud deben brindar un trato digno a los pacientes durante la atención clínica?	254
Sergio Meneses Navarro (CONACYT/INSP)	
José Alejandro Meza Palmeros (CONACYT/CIESAS-Sureste)	
Blanca Estela Pelcastre Villafuerte (INSP)	

CAPÍTULO 20	
¿Qué es la interculturalidad en salud? Reflexiones desde la antropología médica	269
Enrique Eroza Solana (CIESAS-Sureste)	

Bibliografía	283
Reseña de autores	315
Siglas y acrónimos	320

Presentación

A casi cuatro décadas que se estableció el derecho constitucional a la protección de la salud, no hemos logrado hacerlo efectivo del mismo modo para todos los mexicanos. Como si las adversidades no fueran bastantes para las personas que viven en condiciones de extrema pobreza, ellas experimentan mayores dificultades para el acceso a los servicios de salud, ya sea porque viven lejos de los centros de salud y los hospitales; o porque no cuentan con los recursos económicos para sortear el traslado, pagar la atención médica o comprar las medicinas, sin hablar de la imposibilidad de solventar una intervención hospitalaria de alto costo y larga duración.

Pero además de estas dificultades, el México profundo -como lo denominó Guillermo Bonfil- se enfrenta cotidianamente a la incomprensión cultural, a la discriminación y el racismo en distintos ámbitos de la vida. Estas valoraciones son un rasgo histórico de la estructura social de nuestro país y la ideología en la que se sustenta, y el sistema de salud no está exento de reproducirlas. Por el contrario, frecuentemente las amplifica.

La actual administración del Poder Ejecutivo Federal y la Secretaría de Salud, atinadamente, se han propuesto brindar un trato digno, sin discriminación, racismo ni maltratos, asumiendo una perspectiva intercultural, en la atención de las poblaciones empobrecidas en áreas rurales y a los pueblos indígenas. Una de las estrategias específicas en la materia es la denominada *Médicos del Bienestar*, que pretende que los profesionales de la salud (personal médico, de enfermería, de odontología y promotores de salud)

desarrollen las competencias necesarias para brindar atención en zonas rurales e indígenas de México, desde un modelo de Atención Primaria en Salud.

El libro que ahora presentamos, *Contribuciones desde la antropología médica y la salud pública para personal de salud en regiones indígenas y rurales*, es precisamente una herramienta que pretende ayudar a desarrollar las competencias del personal de salud para laborar y brindar atención en dicho ámbito. Esta obra reúne el trabajo de investigadores del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores (CIESAS), el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y Cátedras CONACYT, en un formato didáctico organizado a partir de preguntas claras que suele plantearse el personal de salud inserto en regiones de gran marginación y situación intercultural, y cuya respuesta sirve de orientación y guía para su práctica.

Este libro es, a su vez, uno de los primeros productos que se inscribe en el *Programa Institucional La Salud de los Pueblos Indígenas. Agenda para la investigación, la docencia y la vinculación* del INSP, que establecimos en el 2019 con el propósito de contribuir a la atención prioritaria de este sector poblacional y que se alinea con la propuesta del actual gobierno. Estamos convencidos de que la obra que tiene usted en sus manos será de referencia obligada y de suma utilidad para mejorar las competencias del personal de salud que tiene la responsabilidad de atender y contribuir al desarrollo de las poblaciones rurales y los pueblos indígenas de México.

Blanca Estela Pelcastre Villafuerte

*Directora del área de Determinantes y Retos de los Sistemas de Salud,
del Centro de Investigación en Sistemas de Salud y coordinadora del
Programa Institucional La Salud de los Pueblos Indígenas*

Juan Ángel Rivera Dommarco

Director General del Instituto Nacional de Salud Pública

Introducción

Sergio Meneses Navarro¹

María Graciela Freyermuth Enciso²

Los prestadores de servicios de atención de la salud –ya se trate de medicina, enfermería, nutrición, odontología, psicología, u otros– enfrentan diversos retos en las distintas etapas de su carrera profesional. Una de las primeras de estas etapas es la del servicio social, que muchas de las veces debe hacerse en alguna zona del país alejada de su lugar de origen o residencia, en unidades que brindan atención primaria ambulatoria, es decir, del denominado primer nivel de atención del sistema de salud.

En el primer nivel de atención –a diferencia de los hospitales en que se formó–, el personal de salud solo cuenta con el equipo básico para integrar un diagnóstico clínico, y un paquete reducido de medicamentos esenciales. No es raro que el único personal disponible en la comunidad donde se encuentra la unidad de salud –y en varias comunidades colindantes– sean los pasantes en servicio social. Es probable que una vez graduados, de no continuar con estudios de especialidad, vuelvan a laborar en estas mismas unidades.

Estas unidades se ubican en su mayoría en el ámbito rural, a menudo en comunidades de difícil acceso, alejadas de las principales ciudades, donde privan rezagos sociales y formas de vida diferentes de la citadina, sobre todo en las regiones indígenas. Es común que dicho contexto le sea ajeno al joven profesionalista

¹ Investigador de Cátedras CONACYT comisionado al Centro de Investigación en Salud Poblacional del Instituto Nacional de Salud Pública.

² Profesora-investigadora de tiempo completo del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social - Sureste.

y no corresponda a sus expectativas para desarrollar su práctica médica.

A veces, el personal de salud recién egresado expresa opiniones negativas sobre su experiencia en el servicio social, y da lugar a prejuicios entre los siguientes pasantes respecto a las comunidades donde habrán de laborar, lo que deviene en valoraciones y prácticas discriminatorias, incluyendo las de racismo y clasismo.

Por otro lado, también es común identificar en las comunidades rurales e indígenas ideas estereotipadas sobre la precariedad y la calidad deficiente de los servicios en el primer nivel de atención, así como sobre la práctica de formas de maltrato por parte del personal de salud. También se registra en ellas, sin embargo, una renovada expectativa de que con la llegada de un nuevo personal –como es el caso de los nuevos pasantes– podría darse un cambio positivo en la calidad de los servicios.

El desarraigo temporal que implica para los profesionistas de la salud laborar en el ámbito rural e indígena, la súbita inmersión en contextos de marginación y pobreza, culturalmente diferentes y cargados de prejuicios, pueden generar en ellos sentimientos de abandono, ansiedad, fracaso e incertidumbre sobre cómo sortear el tiempo que permanezcan en ellos. Entre los profesionistas de origen urbano, orientados a la práctica hospitalaria –los médicos, en particular–, es común que no adquieran durante su formación universitaria todas las competencias necesarias para lograr un desempeño adecuado en dicho ámbito, no solo desde una perspectiva clínica individual, sino con respecto a las condiciones de salud-enfermedad de la población y su atención desde una perspectiva socio-antropológica con fundamentos ético-jurídicos de equidad y justicia.

La antropología médica y la salud pública –campos disciplinarios afines y complementarios de la medicina y otras ciencias de la salud– pueden brindar aportaciones valiosas al personal de salud en el primer nivel de atención, en particular a los médicos pasantes en servicio social, para desempeñar mejor su labor en el ámbito rural e indígena del país. Con ese propósito, un grupo de investigadores de estas disciplinas preparamos el libro *Contribuciones desde la antropología médica y la salud pública para personal de salud en servicio social en regiones indígenas y rurales*. Este libro aspira a ser una guía de apoyo para el personal de salud y otras personas interesadas en la materia, que les ayude a:

- Conocer la estructura y el funcionamiento del sistema de salud, así como su papel en dicho sistema.
- Sortear con conocimiento de causa los sistemas de registro de información en salud.
- Conocer el origen y la razón de ser del servicio social de medicina y otras profesiones de atención de la salud.
- Reconocer las características y los retos de los programas y servicios de salud sexual y reproductiva desde el punto de vista sociocultural y de la salud poblacional.
- Identificar la determinación estructural de las desigualdades y el peso de las diferencias culturales en la relación con los usuarios de los servicios de salud, a fin de brindar mejores servicios y con pertinencia cultural.
- Mejorar la comprensión del contexto social y cultural en que se encuentran insertos.

El propósito del libro es, al final de cuentas, contribuir a mejorar el desempeño del personal de salud en sus labores durante su servicio social y el ejercicio profesional en zonas rurales e indígenas. Esta primera edición del libro *Contribuciones desde la antropología médica y la salud pública para personal de salud en servicio social en regiones indígenas y rurales*, se divide en cinco partes y 20 capítulos, organizados a partir de preguntas guía con implicaciones prácticas para el quehacer cotidiano del pasante y el prestador de servicios.

La primera sección se dedica a la comprensión del *sistema de salud y las principales políticas en la materia*. En seis capítulos se responde a las preguntas: ¿cuáles son la estructura y las funciones del Sistema de Salud de México?, ¿cuál es el marco normativo de la salud?, ¿cuáles son los programas de salud prioritarios en el país?, ¿en qué consiste la promoción de la salud en el medio indígena y rural?, ¿qué es y cómo funciona el Seguro Popular de Salud?, y ¿qué debo saber sobre el Convenio para la Atención de la Emergencia Obstétrica?

Un aspecto particularmente incomprendido por los médicos pasantes se refiere a los sistemas de registro de información y su relevancia. La segunda parte del libro –*Sistemas de Registro de Información*– aborda el tema para responder cuatro preguntas vitales para el quehacer del pasante: ¿en qué consiste el Sistema Nacional de Información en Salud en México?, ¿en qué consiste el subsistema

de prestación de servicios y el sistema único de información para la vigilancia epidemiológica?, ¿qué debo hacer cuando ocurra un nacimiento? y ¿qué debo hacer cuando ocurra una defunción en la comunidad donde presto mi servicio?

La tercera parte analiza los orígenes y razones de *El servicio social de medicina* en sí mismo. Responde qué es el servicio social de la carrera de medicina y cuáles son los derechos y obligaciones de los médicos pasantes.

Dada la relevancia de los servicios de salud sexual y reproductiva, tanto por sus implicaciones en términos de salud pública como por las de índole sociocultural, la cuarta parte del libro dedica seis capítulos al análisis y discusión de los *Programas y servicios de salud sexual y reproductiva en el medio rural e indígena*. A través de ellos se responde a las interrogantes: ¿cuáles son los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes en el medio rural e indígena?, ¿qué es la consejería anticonceptiva con pertinencia cultural?, ¿qué es la atención del parto con pertinencia cultural?, ¿qué debemos saber sobre la NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres?, además de reflexionar sobre las actividades de detección, prevención y consejería para el VIH/SIDA, el virus del papiloma humano (VPH) y cáncer cervical en los contextos de diversidad cultural de las regiones indígenas y rurales.

La última sección del libro cierra con algunas reflexiones sobre la llamada perspectiva intercultural en salud y sus retos. Se define qué es el trato digno en salud, cuáles son sus alcances e implicaciones prácticas durante la atención clínica, y finalmente, el último capítulo, *¿Qué es la interculturalidad en salud?*, brinda un recorrido desde los orígenes y desarrollo de dicho concepto en la antropología médica.

Esperamos que este libro resulte útil para los médicos pasantes en servicio social, el personal de salud que ejerce en regiones indígenas y rurales, estudiantes de salud pública y para todo el público interesado, como apoyo para mejorar su desempeño y atraer su atención a los temas de pensamiento y acción de la salud pública y la antropología médica.





CENTRO DE ATENCIÓN RURAL OBSTÉTRICA

PARTE





Sistema y políticas de salud

Fotografía: Juan Carlos Martínez

CAPÍTULO 1

¿Cuáles son la estructura y las funciones del Sistema de Salud de México?

Sergio Meneses Navarro¹

El objetivo del presente capítulo es que el personal de salud conozca de manera general la estructura, las funciones y los objetivos del sistema de salud de México. Entender el sistema de salud los ayudará a situar los alcances de su quehacer para el desempeño y el cumplimiento de sus propósitos. El capítulo se divide en los siguientes apartados:

- ¿Qué son y qué hacen los sistemas de salud?
- ¿Cómo se estructura el sistema de salud de México?
- ¿Cuál es la cobertura y cuáles son los beneficios del sistema de salud de México?
- ¿Cómo se dirige y se coordina el sistema de salud?
- ¿Cómo se financia el sistema de salud?
- ¿Cuáles son los retos del sistema de salud de México?

¿Qué son y qué hacen los sistemas de salud?

Las sociedades modernas establecen generalmente mecanismos para proteger a sus miembros. Los principales bienes que procuran proteger son la vida, la seguridad y el bienestar de las personas. Esto incluye establecer sistemas de protección de la salud que aspiran a

¹ Investigador de Cátedras CONACYT comisionado al Centro de Investigación en Salud Poblacional del Instituto Nacional de Salud Pública.

brindar iguales oportunidades a todos los individuos para disfrutar del más alto nivel posible de salud (CESCR, 2000).

Todas las actividades organizadas por la sociedad cuyo propósito primordial sea prevenir daños y mantener o promover la salud, forman parte de lo que llamamos sistema de salud (OMS, 2000). Esto incluye implantar organismos de gobierno encargados de proteger la salud de la población, recaudar impuestos para financiar al sector, construir infraestructura hospitalaria, promover la formación de médicos profesionales, generar investigación científica y tecnología biomédica, llevar a cabo campañas de vacunación o consultas clínicas de todo tipo, entre un sinfín de acciones.

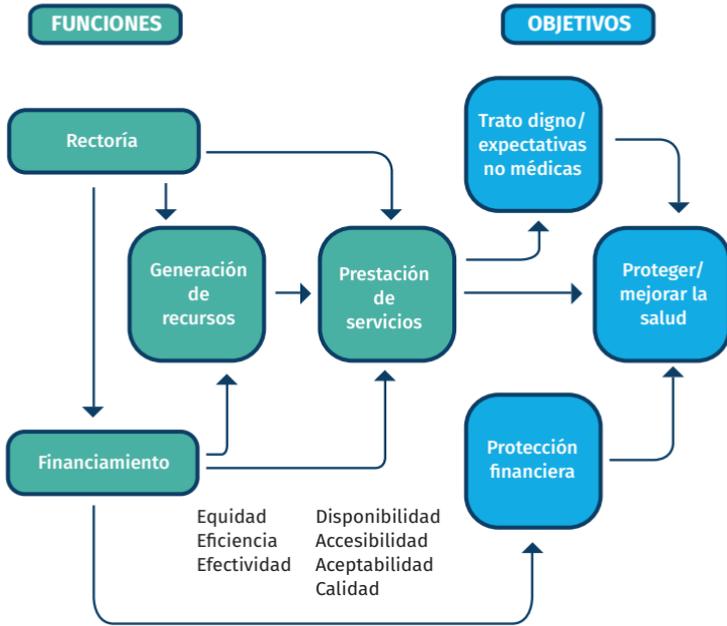
Los sistemas de salud tienen tres objetivos principales (Figura 1):



Proteger y mejorar la salud de las poblaciones implica una serie de servicios preventivos, diagnósticos y terapéuticos que permitan a cada miembro de la sociedad alcanzar el mejor nivel de salud conforme a su condición genética. Pero las personas que entran en contacto con el sistema de salud como usuarios no solo desean que la atención que se les brinde sea segura (que sea inocua y no provoque daños), efectiva (que produzca buenos resultados para su salud) y alivie sus malestares, sino que quieren, además, **recibir un trato respetuoso**. Esperan, por lo tanto, no padecer ninguna forma de maltrato o discriminación, sino que el sistema incluya medidas explícitas para proteger su dignidad, como una atención pronta para que el tiempo de espera no acreciente las molestias ocasionadas por

FIGURA 1.

FUNCIONES, OBJETIVOS Y ATRIBUTOS DE LOS SISTEMAS DE SALUD



Adaptado de OMS, 2000

el padecimiento, la posibilidad de elegir al prestador de servicios con quien tengan más confianza, la salvaguarda de la confidencialidad sobre su condición de salud, el contar con información veraz y oportuna, participar en la toma de decisiones concernientes a su salud, recibir un trato respetuoso de sus creencias y valores, tener acceso a redes de apoyo y a un entorno limpio y seguro (WHO, 2003; Da Silva y Murray, 2000; SSA, 2003; Darby, 2000; Gobierno de Chile, 2013).

El objetivo de **asegurar la protección financiera** tiene un sentido múltiple. Se refiere a contar con un arreglo financiero que proteja la economía de las personas y las sociedades frente a las contingencias de salud, de modo que la pérdida de esta última no implique también la ruina financiera de los individuos y sus familias, o que

la condición económica de las personas impida que tengan acceso a una atención oportuna y de calidad. Tal objetivo involucra, por lo tanto, el diseño de un mecanismo financiero que, mediante una forma justa de recaudación,² permita contar con recursos para producir los servicios precisos y con la calidad apropiada, que se distribuyan equitativamente, a fin de atender las necesidades de cada sector de la población. Para alcanzar este objetivo, se debe asegurar la viabilidad financiera del sistema, su mantenimiento y su crecimiento para afrontar las necesidades y los retos que conlleva la demanda continua de servicios de salud (Moreno, Millet, y Smith, 2011; Ruger, 2012).

El buen desempeño de los sistemas de salud depende del cumplimiento simultáneo de estos tres ámbitos de protección, de manera equitativa, eficiente y efectiva (OMS, 2000). El objetivo del sistema de salud puede sintetizarse, así, como el deber de proteger la salud de todas las personas y sectores sociales por igual según sus necesidades, usando los recursos precisos y sin dispendios para lograr los mejores resultados posibles, al tiempo de brindar un trato digno a las personas durante la atención³ y garantizar la seguridad financiera de los individuos, las familias y la sociedad frente a las necesidades de salud.

Para alcanzar estos objetivos, los sistemas de salud desempeñan cuatro funciones básicas (Figura 1):

- Rectoría del sistema
- Financiamiento
- Generación de recursos (financieros, materiales, humanos y tecnológicos).
- Prestación de servicios

La **rectoría** se refiere a las actividades que van desde el diseño hasta la dirección estratégica, el monitoreo y la evaluación del sistema. Incluye definir las prioridades, emitir las políticas y los programas de salud, la coordinación dentro y fuera del sector, establecer normas y reglas para el funcionamiento de los actores

² Por ejemplo, un esquema donde contribuyan más los que gozan de mejores condiciones como las poblaciones más jóvenes o quienes tienen una mejor situación económica; a esos esquemas se les llama *progresivos*.

³ Véase el Capítulo 19.

del sistema; es decir, regular la atención de la salud y las normas sanitarias de los bienes y servicios. El **financiamiento** hace alusión a la arquitectura financiera y sus procesos para obtener recursos económicos de diversas fuentes, reunirlos en fondos y destinarlos a la compra/producción de servicios de salud.⁴

Pero además de contar con recursos financieros, los sistemas de salud deben **generar otros recursos** necesarios para producir servicios; por ejemplo: infraestructura de consultorios, centros de salud y hospitales, ambulancias, medicamentos, equipo médico, personal especializado, investigación científica para el desarrollo de tecnología médica, etcétera. Producir estos otros bienes también es ocupación del sistema.

Finalmente, la función más reconocida de los sistemas de salud es la de **prestar servicios**, que suelen ser de dos tipos:

- Servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades dirigidos a las personas, conocidos como *servicios personales*.
- Servicios de prevención de enfermedades y promoción de la salud de las poblaciones, conocidos como servicios de *salud pública*.

Como su nombre lo indica, los *servicios personales* son aquellos que se dirigen a una persona en específico en un momento dado. Suponen el uso de recursos de manera exclusiva para la atención de la persona implicada. Ejemplos de servicios personales son la consulta médica general o especializada, la atención del parto, la atención hospitalaria, una cirugía o la aplicación de una vacuna. Estos servicios benefician solo a la persona implicada durante el momento de la atención y no pueden causar beneficios directos a otra persona al mismo tiempo, de modo que existe competencia entre los usuarios para recibir esta clase de servicios.

Los *servicios de salud pública* se dirigen, en cambio, a colectividades o grupos poblacionales; no son individuales. Ejemplos de servicios de salud pública son las actividades de saneamiento ambiental, las políticas para el etiquetado frontal de los alimentos industrializados, las medidas para incrementar los impuestos al

⁴ El apartado *¿Cómo se financia el sistema?*, en este mismo capítulo, explica el tema con detalle.

Funciones básicas de los sistemas de salud



1. Rectoría

Regular la atención de la salud y las normas sanitarias de los bienes y servicios



2. Financiamiento

Arquitectura financiera y sus procesos para obtener recursos económicos de diversas fuentes, reunirlos en fondos y destinarlos a la compra/producción de servicios de salud



3. Generación de recursos

Recursos financieros, materiales, humanos y tecnológicos



4. Prestación de servicios

Servicios personales (dirigidos a las personas) y servicios de salud pública (dirigidos a las poblaciones)

alcohol y el tabaco, las actividades de vigilancia epidemiológica o las campañas preventivas del sobrepeso y la obesidad. Estos servicios benefician simultáneamente a todos los miembros de la colectividad sin que exista rivalidad o competencia alguna entre ellos.

Para que los sistemas de salud se desempeñen de manera apropiada deben cumplir con cuatro atributos (CESCR, 2000):

- Disponibilidad
- Accesibilidad
- Aceptabilidad
- Calidad

La *disponibilidad* se refiere a que se deben tener suficientes recursos para producir los servicios personales y de salud pública a fin de atender las necesidades de la población, desde contar con agua potable o un ambiente saludable, hasta disponer de centros de salud, hospitales, personal médico y medicamentos.

La *accesibilidad* significa que todas las personas pueden utilizar estos recursos y servicios sin barreras, su análisis debe contemplar cuatro dimensiones:

- La no discriminación, en especial de los sectores más vulnerables como el de las mujeres, el de los indígenas o el de las poblaciones empobrecidas.
- La accesibilidad física, es decir, que los recursos y servicios estén al alcance geográfico de las personas.
- La accesibilidad financiera, es decir, que las condiciones económicas de las personas no sean impedimento para obtener los servicios que necesiten.
- El acceso a la información sobre la salud

La *aceptabilidad* apunta específicamente al objetivo de brindar un trato digno. Se define como que los servicios sean:

Respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir, respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate (CESCR, 2000).

Atributos necesarios para el desempeño adecuado de los sistemas de salud



Pero además de la aceptabilidad, los servicios de salud deben ser de *calidad técnica* desde el punto de vista científico y médico. La Figura 1 resume las funciones, los objetivos y los atributos de los sistemas de salud.

¿Cómo se estructura el Sistema de Salud de México?

Si bien en el artículo 4º de la Constitución se establece que todos los mexicanos tienen el mismo derecho a la protección de la salud, en realidad, las condiciones de disponibilidad, acceso y calidad de los servicios son heterogéneas entre los distintos sectores de la sociedad. Esto se debe, en buena medida, a la forma en que se diseñó la estructura del sistema de salud contemporáneo en sus orígenes, en 1943⁵. Desde un comienzo, el sistema de salud estuvo segmentado entre las instituciones de la seguridad social que atendían a los trabajadores asalariados y a sus familias –representadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y los esquemas de seguridad social de sectores como los trabajadores de Petróleos Mexicanos (PEMEX), los militares, los marinos o los electricistas, entre otros– y los servicios de salud proporcionados por la anterior Secretaría de Salubridad y Asistencia –hoy Secretaría de Salud (SSA)– a la población no afiliada a la seguridad social, sector que incorrectamente recibió el mote de *no derechohabiente* –es decir, que carecen del derecho a los servicios de salud– o población abierta (véase Figura 2).

Esta segmentación respondía a un fundamento jurídico constitucional, pues el artículo 123 reconoce la responsabilidad de los empleadores de brindar servicios de salud a sus trabajadores como una prestación laboral, considerando los riesgos inherentes de las actividades propias del trabajo. La aspiración original al establecer esta estructura del sistema no fue, por supuesto, segmentar a la población a partir de la atención de la salud, sino más bien que el desarrollo económico e industrial del país creciera de tal modo que todos los ciudadanos tuvieran un trabajo asalariado –o formaran parte de un hogar con un jefe de familia asalariado– que les permitiera contar con seguridad social y, de este modo, con un seguro médico para la protección de la salud⁶ (Laurell, 2001). Así, la asistencia médica

⁵ En 1943 se creó la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) –hoy Secretaría de Salud–, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el primero de los hospitales de alta especialidad, el Hospital Infantil de México (Frenk y Gómez, 2008).

⁶ Además del seguro de salud, las diversas instituciones de seguridad social incluyen prestaciones como el seguro de maternidad, la guardería, la pensión o el fondo de ahorro para el retiro, el seguro de vida, el crédito para la adquisición o construcción

que brindaba la SSA a los sectores sin seguridad social tendría un papel de menor relevancia, al mismo tiempo que la expansión económica llevaría al aumento de la cobertura de la seguridad social. Sin embargo, el desarrollo económico del país no siguió la ruta prevista y dio lugar, en cambio, a la emergencia de un amplio sector de la población que trabaja por cuenta propia en la economía formal o informal, además de a un grupo variable de desempleados y de personas fuera del mercado de trabajo. Para estos ciudadanos hubo que definir mecanismos financieros y operativos tales que garantizaran la protección de su salud en cuanto derecho ciudadano enmarcado en la constitución, más allá de la prestación laboral⁷.

El sistema de salud de México está compuesto, a grandes rasgos, por dos sectores: el sector público, que se refiere a las instituciones gubernamentales, y el sector privado (Figura 2). El sector público incluye a las instituciones de la seguridad social como el IMSS, el ISSSTE, los servicios médicos para los trabajadores de PEMEX, de los militares y los marinos, además de los servicios de las secretarías de salud federal (SSA) y de los estados (SESA), dirigidos a la población sin seguridad social (Figura 2). El sector privado incluye a las aseguradoras privadas, los hospitales, los consultorios y los prestadores de servicios médicos particulares, ya sean alopáticos o de medicinas alternativas. Estos sectores tienen diversas fuentes de financiamiento que se agregan en diferentes fondos, con proveedores particulares y distintos beneficiarios.

Como puede notarse en el Cuadro 1, la segmentación del sistema de salud de México está basada en las poblaciones que atienden cada subsector y sus instituciones. Las instituciones de la seguridad social atienden a los trabajadores asalariados –es decir, que tienen un patrón–, a los jubilados y a sus familias. Por ejemplo, el ISSSTE atiende a las personas que trabajan en –o se jubilaron de– una institución gubernamental, y el IMSS presta servicios a los trabajadores de las empresas privadas. Para las personas que se autoemplean o están en el sector informal de la economía, desempleados o fuera del mercado de trabajo, existe desde 2004 la posibilidad de que se afilien al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y reciban servicios en los establecimientos de los SESA o del IMSS-Bienestar, en

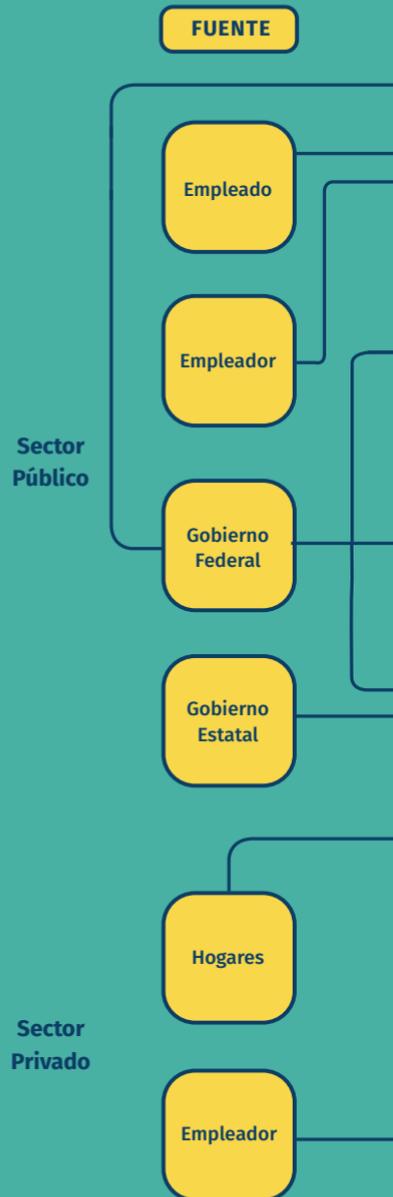
de vivienda, el seguro por invalidez, prestaciones económicas para gastos funerarios, entre otros.

⁷ Véase el Capítulo 5 “¿Qué es y cómo funciona el Seguro Popular de Salud?”

FIGURA 2.
ESTRUCTURA DEL SISTEMA
DE SALUD DE MÉXICO

ACRÓNIMOS

IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
PEMEX	Seguridad social para los trabajadores petroleros
SEDENA	Seguridad social para los militares
SPS	Seguro Popular de Salud
SESA	Servicios Estatales de Salud
IMSS-B	IMSS Bienestar



CUADRO 1.
SEGMENTACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

SECTOR	PÚBLICO		PRIVADO
Instituciones	Instituciones de la Seguridad Social (IMSS, ISSSTE, Pemex, SEMAR y SEDENA)	SSA SESA IMSS-Bienestar	Amplia diversidad
Rectoría	Compartida entre la SSA y las instituciones	Compartida entre la SSA y los SESA	Compartida entre la SSA, los SESA y particulares
Financiamiento	Cada institución cuenta con financiamiento propio	Recursos públicos federales y estatales Gasto de bolsillo de los hogares	Predominantemente mediante gasto de bolsillo de los hogares Seguros privados
Prestación de servicios	Cada institución presta servicios a sus afiliados	SSA, los SESA MSS-Bienestar	Amplia diversidad de prestadores
Beneficiarios	Trabajadores asalariados, jubilados y sus familias	Trabajadores no asalariados y desempleados	Población con capacidad de pago

el marco del Seguro Popular de Salud (SPS), que es el instrumento operativo del SPSS. El SPSS es un mecanismo de aseguramiento en salud que tiene una estructura financiera similar a la de las instituciones de la seguridad social, y permite a las personas sin seguridad social contar con un seguro médico financiado preponderantemente con recursos públicos para recibir atención en establecimientos públicos de salud sin incurrir en gastos de bolsillo al momento de su uso⁸ (Figura 2, Cuadro 1).

Existe, de este modo, una duplicación de funciones entre las diversas instituciones del sistema de salud. Las de la seguridad

⁸ Véase el Capítulo 5.

social tienen sus propias regulaciones para la atención médica, fuentes de financiamiento y formas de fondar sus recursos, así como infraestructura para prestar los servicios, mientras que las instituciones que prestan servicios a la población sin seguridad social tienen otras regulaciones, fuentes de financiamiento e infraestructura. Estas duplicidades implican mayores costos y la consecuente ineficiencia del sistema, además de que dan lugar a inequidades al tratar de un modo diferente a los ciudadanos con seguridad social y sin ella, que experimentan distintas condiciones de acceso y calidad de los servicios.⁹

Por otro lado, el sector privado está compuesto por una amplia diversidad de prestadores de diversas racionalidades médicas y distintos costos: desde prestadores individuales de servicios en pequeñas farmacias, laboratorios o consultorios de medicina alópata, otras especialidades del campo de la salud o terapias alternativas, hasta hospitales privados de alta especialidad. Los costos en el sector privado son muy heterogéneos, las opciones van de bajo costo hasta muy alto. Sin embargo, estos servicios tienen por lo general fines lucrativos y los usuarios los pagan directamente al momento de solicitarlos –lo que se conoce como gasto de bolsillo–, que es la forma más ineficiente de financiar los sistemas de salud. El pago de bolsillo es, a la vez, la forma más injusta de financiar el sistema porque exige a las personas con mayores necesidades –por ejemplo, los más enfermos o los de mayor edad– incurrir en mayores gastos para recuperar su buena salud, lo que genera un círculo vicioso: a mayores problemas de salud y gastos al respecto, menor productividad y mayor pobreza.

Es, pues, innegable la conveniencia de modificar la actual arquitectura segmentada del sistema de salud, en aras de un sistema integrado que garantice un trato equitativo, eficiente y de calidad.

⁹ Por ejemplo, pensemos en una persona residente de la Ciudad de México que por haber trabajado en una institución del gobierno esté afiliada al ISSSTE; si esta persona tuviera una valvulopatía cardíaca y necesitara un reemplazo quirúrgico, tendría mejores posibilidades de acceso a un hospital de tercer nivel para ser atendida por un grupo de especialistas de alta calidad técnica e interpersonal, además de que su seguro médico incluye el reemplazo quirúrgico de válvulas o el trasplante de corazón. Por otro lado, un campesino afiliado al Seguro Popular que reside en una comunidad pobre de Guerrero que necesitara un reemplazo de válvulas cardíacas no solamente afrontaría mayores barreras geográficas para el acceso a un hospital adecuado, sino que su seguro médico no incluye este servicio, de modo que difícilmente podría obtener la atención necesaria.

¿Cuáles son la cobertura y los beneficios del sistema de salud?

A principios del siglo XXI, menos de la mitad de la población mexicana tenía un seguro médico de financiamiento público en el marco de la seguridad social. Más de la mitad de la población dependía de los servicios de la SSA y los SESA con un esquema asistencial.¹⁰ De este modo, no contaban con un paquete explícito en una póliza, es decir, que especificara a qué servicios tenían derecho, y el financiamiento per cápita era considerablemente menor que el destinado a los afiliados a la seguridad social (Knaul, Frenk y Horton, 2007; Gómez, 2005). En 2003 se reformó la Ley General de Salud y se creó el SPSS para brindar un marco jurídico, financiero y operativo que hiciera efectivo el derecho a la protección de la salud de las personas sin seguridad social (SSA, 2004b).¹¹

Hasta 2015, la población que tenía un seguro médico de financiamiento público representaba 82.2% de los mexicanos; el SPS cubría a 49.9%, seguido del IMSS, con 39.2%, el ISSSTE, con 7.7%, y las demás instituciones de la seguridad social, con 1.1%. Ese mismo año, casi 2.3% de la población mexicana contaba con un seguro de salud privado y 17.2% aún no tenía un seguro de salud, ni público ni privado (Cuadro 2) (INEGI, 2015).

¿Cómo se dirige y se coordina el sistema de salud?

La dirección coordinada del sistema de salud es lo que llamamos “rectoría”. Comprende el diseño y la planeación del sistema, su dirección estratégica, la definición de prioridades, la elaboración de políticas y programas, la generación de normas, la coordinación inter e intra institucional, la regulación¹² de la atención de la salud, la regulación sanitaria, y la evaluación y protección de los usuarios

¹⁰ El asistencialismo es una política que llevan a cabo las instituciones –gubernamentales o privadas– con el propósito de prestar auxilio o ayuda a individuos o grupos de personas en condiciones de desventaja social o de vulnerabilidad. Esta política es inspirada en principios de benevolencia y compasión por los débiles y los desvalidos, que se expresan en diversas formas de socorro.

¹¹ Véase el Capítulo 5.

¹² La regulación es el diseño y monitoreo de las reglas de funcionamiento del sistema. La regulación de la atención de la salud se refiere a las reglas de funcionamiento del financiamiento, la generación de recursos y la prestación de servicios de salud. La regulación sanitaria se refiere a las reglas encaminadas a disminuir riesgos para la salud.

CUADRO 2.**COBERTURA DE LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS DE SALUD, 2015**

POBLACIÓN AFILIADA O NO A UN SEGURO PÚBLICO	SUBSISTEMA FINANCIERO	INSTITUCIÓN PRESTADORA	POBLACIÓN CUBIERTA	PORCENTAJE DEL TOTAL NACIONAL
Con un seguro público de salud	SPS	SSA SESA IMSS-Bienestar	59,645,845	49.90
	IMSS	IMSS	46,832,149	39.18
	ISSSTE	ISSSTE	9,215,821	7.71
	PEMEX SEDENA SEMAR	PEMEX SEDENA SEMAR	1,374,603	1.15
	Subtotal		98,015,217	82.18
Sin seguro público de salud		SESA IMSS-Bienestar	20,619,054	17.25
Con un seguro privado	Varios privados	Varios privados	3,908,655	2.27

Fuente: Encuesta Intercensal, 2015, Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).
 Nota: la suma de las personas con seguro público de salud es de más de 82.18% de la población, porque se contabiliza también a personas afiliadas a más de un seguro público.

de los servicios. La rectoría es la función principal de la SSA, con la participación del Consejo de Salubridad General, cuerpos profesionales y organizaciones civiles.

Sin embargo, en el contexto fragmentado del sistema de salud mexicano, la rectoría de la SSA enfrenta dificultades y retos. Cada institución del sistema de salud –sea el IMSS, el ISSSTE, el SPS o los SESA– tiene cierta autoridad para definir e implementar sus políticas y programas, decidir sobre el manejo financiero o establecer mecanismos de coordinación, es decir, ejercer funciones de rectoría al interior de su organización. Ejemplo de lo anterior es que cada institución tiene sus propios programas de salud, no siempre alineados a los programas de acción definidos por la SSA. De este modo, la función rectora de la SSA enfrenta el enorme reto

de integrar una respuesta coherente y eficiente entre las instituciones que componen el sistema de salud, y congruente con –y efectiva ante– las necesidades de la población en general.

Para atender dicho reto, la SSA ha establecido diversos mecanismos de coordinación interinstitucional que permitan dar una respuesta integrada a problemas específicos. Ejemplos de esto son el programa de planificación familiar, el de vacunación y, más recientemente, el convenio interinstitucional entre el IMSS, el ISSSTE y la propia SSA para la atención de emergencias obstétricas, mediante el cual se procura aprovechar la capacidad instalada y ampliar las oportunidades de acceso a los servicios de salud para las mujeres con complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio.¹³

Otra dificultad para la rectoría de este sistema de salud fragmentado está en la regulación de la atención médica, a fin de garantizar una calidad mínima en la prestación de los servicios. Dentro de las actividades de regulación se encuentran las de certificación de los médicos y las enfermeras, y las de acreditación y certificación de las unidades de salud. La certificación de estas unidades se refiere a la evaluación que busca garantizar que cuenten con la infraestructura, el equipamiento y los insumos necesarios para ofrecer una atención de calidad. Sin embargo, el proceso de certificación es opcional –no obligatorio– para los establecimientos de cualquier institución. Dicho proceso es realizado por el Consejo de Salubridad General, no por la SSA. Por otro lado, la acreditación es realizada por el SPS. Se trata de una evaluación obligatoria para las unidades de salud, que busca garantizar la calidad y la seguridad de la atención que estas ofrecen, conforme a las normas establecidas en el marco del SPS. Actualmente la acreditación se hace a las unidades de la SSA, los SESA y algunos IMSS-Bienestar.

¿Cómo se financia el sistema de salud?

El sector público del sistema de salud tiene tres principales formas de financiamiento: las que corresponden a las instituciones de seguridad social, las del SPSS y las de la población sin seguro público. El financiamiento de la seguridad social –el IMSS, el ISSSTE, etc.– tiene una estructura tripartita: el Estado nacional participa

¹³ Véase el Capítulo 6.

con una cuota social igual por cada afiliado de dichas instituciones –que corresponde a la mitad del costo total–, y entre el patrón y el trabajador afiliado cubren el resto del costo del seguro. En el caso del IMSS, el patrón corresponde a las empresas privadas, y en el caso del ISSSTE, el patrón también es el gobierno, ya sea del orden federal o de las entidades federativas. En 2003, el SPS estableció un mecanismo financiero similar al del IMSS y el ISSSTE, incluyendo la misma cuota social (pagada por la federación), una aportación solidaria pagada por el gobierno federal y las entidades federativas y, finalmente, una cuota familiar de acuerdo con el decil de ingresos, con la posibilidad de exención de pago para los dos primeros deciles. De aquí que uno de los propósitos de la reforma de 2003 fuera homologar la arquitectura financiera de la seguridad social y el SPS (estructura tripartita) y así disminuir las inequidades en el financiamiento. Este sería un paso imprescindible en el proceso de integración de un sistema universal de salud.

El sector privado, por su parte, se financia principalmente con los pagos del bolsillo de los usuarios al momento de utilizar los servicios –que es la forma más ineficiente, costosa e injusta de financiar el sistema de salud– y, en menor medida, a través de seguros médicos privados (INEGI, 2015).

Cabe mencionar que la mejor forma de financiar un sistema de salud es con recursos públicos, preferentemente a través de un sistema de seguro público de salud que se anticipe a la enfermedad y la necesidad de la atención. Un sistema con formas de recaudación progresivas en que los individuos aporten de acuerdo con su capacidad de pago, y donde se compartan los riesgos de manera solidaria para que se brinden servicios según las necesidades de salud y no conforme a la capacidad de pago o las condiciones laborales.

¿Cuáles son los retos del sistema de salud de México?

A partir del reconocimiento de los inconvenientes de la segmentación del sistema, en los últimos años se han impulsado reformas para integrar un sistema universal de salud (SSA, 2004b). La segmentación actual del sistema de salud con base en clientelas conlleva inconvenientes en detrimento de la eficacia, la eficiencia y la equidad: permanecen las inequidades en el financiamiento y el acceso a los

servicios de salud entre afiliados de las distintas instituciones y no afiliados, se ensancha el aparato burocrático con el consecuente incremento de los costos y se duplican acciones de prestación de servicios, financiamiento y rectoría.

El sentido de las reformas futuras del sistema de salud se dirige, precisamente, a integrar, en la medida de lo posible, las funciones del sistema entre todos los actores institucionales involucrados, como si se tratara de un sistema único.

Desde la década de 1980 se planteó como propuesta de reforma la creación de un Sistema Nacional de Salud Universal. El principal modelo de organización propuesto consiste en separar las funciones de la SSA y especializarlas, e integrar a toda la población en algún esquema de aseguramiento público (como el del IMSS, el ISSSTE o el SPSS)¹⁴ en que el criterio de acceso sea la sola condición de ciudadanía, y no el estatus laboral (Figura 3). En este modelo, la SSA asumiría fundamentalmente la rectoría del sistema; el financiamiento sería público y de preferencia procedería de impuestos generales y de algunos específicos como los gravámenes al alcohol o al tabaco, y para la prestación de servicios médicos se podría elegir entre una pluralidad de proveedores públicos¹⁵ y, eventualmente, privados. El modelo propone la creación de una función de articulación que podrían asumir organismos públicos o privados, y que consiste en articular la relación entre los usuarios y los proveedores de servicios, velando por el interés de los primeros para garantizar el acceso a –y la calidad de– la atención. Por otro lado, la función articula la relación entre proveedores de servicios y agencias financieras para asegurar el pago oportuno y apropiado por los servicios proporcionados con el contenido y la calidad solicitados.

Quienes proponen este modelo de reforma argumentan que la competencia regulada entre diversos proveedores y agencias articuladoras brindaría a los usuarios la oportunidad de elegir las mejores opciones, incentivaría la competencia y mejoraría la calidad de la atención y la eficiencia del sistema. Esta propuesta de reforma

¹⁴ Este esquema sólo incluye un seguro médico y no el resto de las prestaciones propias de la seguridad social.

¹⁵ El “Acuerdo Nacional hacia la Universalización de los Servicios de Salud” firmado por el secretario de salud, los directores generales del IMSS y el ISSSTE y los gobernadores del Estado de México, Baja California Sur y Oaxaca incluye solo la prestación de servicios en instituciones públicas.

FIGURA 3.
INTEGRACIÓN DEL SISTEMA UNIVERSAL DE SALUD

Rectoría	Secretaría de Salud Federal y SESA
Financiamiento	Seguro Universal de Salud + Fondo de Salud Pública
Articulación	Articuladoras del SPS, el IMSS, el ISSSTE y otros
Prestación de servicios	Red de servicios de IMSS, ISSSTE, SSA, SESAS, IMSS-Bienestar, Pemex, etc.
Beneficiarios	Todos los ciudadanos

incluye la definición de un paquete explícito de intervenciones que sería gradualmente progresivo. Para favorecer la calidad y la convergencia institucional, la SSA ha impulsado la homologación de la atención mediante guías de práctica clínica de observación obligatoria para todas las instituciones del sector. Al mismo tiempo, se han impulsado mecanismos para la portabilidad, como el expediente médico electrónico, con el que los usuarios podrán acudir a distintos proveedores de salud sin dificultades burocráticas por llevar consigo su información y sus antecedentes de salud. Por otro lado, se han llevado a cabo diversas experiencias de prestación y facturación cruzada de servicios específicos entre las principales instituciones públicas de salud como el IMSS, el ISSSTE, la SSA federal y los SESA, tales como el Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, firmado en 2009¹⁶ (Ramírez, Freyermuth y Argüello, 2016).

La estructura actual del sistema de salud aún no garantiza el acceso universal, por lo que persisten inequidades en el acceso y el financiamiento de los servicios, y en la exposición a riesgos y daños a la salud. En las dos últimas décadas se han hecho reformas al sistema de salud para avanzar hacia un sistema universal (SSA, 2004b). La visión actual de las reformas del sistema de salud señala que para 2030:

¹⁶ Véase capítulo 6.

México contará con un sistema de salud integrado con acceso universal para todos los habitantes, con participación pública y privada, regido por la Secretaría de Salud; centrado en la persona, sustentable y basado en la calidad, eficiencia y sensibilidad, enfocado intensamente en la prevención, la atención médica y la solidaridad, con especial atención a grupos vulnerables y que propicia los espacios para la investigación y la formación nacional de los profesionales de la salud (Calderon, 2006).

Para alcanzar esta visión de un sistema de salud integrado, proyecto que data del gobierno de Miguel de la Madrid (1982-1988), y garantizar el uso eficiente y efectivo de sus recursos, es necesario modificar su arquitectura. Como se señala en la Figura 3, los pilares institucionales del sistema deben integrarse por funciones para formar un sistema universal que garantice la protección de todos los mexicanos. Es necesario, por consiguiente, reconfigurar el sistema de salud integrando horizontalmente sus funciones. Esta integración implica contar con una estructura financiera única que sume el financiamiento del IMSS, el ISSSTE y el SPS en un sistema común.

La prestación de servicios sería plural y universal, y comprendería atención tanto ambulatoria como hospitalaria en cualquier establecimiento del sistema, a partir de un paquete explícito de beneficios. De este modo se abatirían las inequidades en el acceso y el financiamiento, además de que se conseguiría la portabilidad de los beneficios. La rectoría debería ser la función principal de la SSA (Figura 3) (Londoño y Frenk, 1997; Soberón y Martínez, 1996; Meneses, 2016).

Las reformas para lograr esta integración funcional implican profundos cambios jurídicos, laborales, presupuestales y operativos que deben discutirse en la búsqueda de consensos políticos que los hagan posibles. Se deben discutir y construir también consensos para alcanzar un equilibrio entre las inversiones destinadas a promover la salud, a controlar los riesgos y prevenir las enfermedades, y a los servicios curativos. Al mismo tiempo, se debe continuar fortaleciendo la capacidad de respuesta del sistema, lo que implica invertir en la calidad técnica e interpersonal, la disponibilidad de recursos y el acceso a servicios de urgencia las 24 horas de todos los días del año.

En el corto plazo es necesario incrementar los esfuerzos dirigidos a disminuir las brechas en salud que afectan a las poblaciones más vulnerables: los pobres, las mujeres, los indígenas y los habitantes de las zonas rurales.

CAPÍTULO 2

¿Cuál es el marco normativo de la salud en México?

José Alejandro Meza Palmeros¹

Introducción

El objetivo del presente capítulo es que los médicos que presten servicios de atención de la salud en unidades médicas de zonas rurales:

- Conozcan el marco conceptual de la protección de la salud de la población como derecho humano, lo que es esencial para ejercer sus funciones.
- Conozcan el marco normativo de la atención de la salud, e identifiquen los principales instrumentos normativos internacionales y nacionales que lo fundamentan.

El capítulo está dividido en tres apartados: en el primero se fundamenta el marco conceptual de la protección de la salud como objeto de estudio y de intervención desde la perspectiva de los derechos humanos. En el segundo se señalan los instrumentos que constituyen el marco normativo de la atención de la salud en el ámbito internacional y en México. Finalmente, en el tercer apartado se explicitan los instrumentos de carácter operativo y técnico que norman las conductas que deben seguirse durante la interacción con los pacientes.

¹ Investigador de Cátedras CONACYT comisionado al Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social - Sureste.

Antecedentes y marco conceptual

Desde una perspectiva socioantropológica y jurídica, toda acción humana sucede en el marco de reglamentaciones sociales, que pueden ser implícitas –como lo son las denominadas normas de cortesía–, o explícitas, como lo son las normas escritas con el propósito de formalizarlas e incrementar su claridad y su cumplimiento en el marco de una sociedad organizada a partir de un Estado y mediante un sistema jurídico (Bobbio, 1989). Para los propósitos del presente capítulo entenderemos por marco normativo la serie de normas que establecen por escrito las conductas que deben seguirse para proteger la salud de la población al interior del Estado Mexicano, así como los actores responsables de su cumplimiento.

Dado que la principal función del médico en servicio es contribuir a proteger y mejorar la salud de la población, es indispensable que se conozca el marco normativo de protección de la salud del país y, por consiguiente, cuál es su tarea en cuanto representante del Estado.

La salud como valor y como derecho

Para autores como Juan Samaja (2004), la salud –al igual que la libertad o la justicia– es un valor social, es decir, algo a lo que la sociedad le otorga una estima o aprecio. De aquí que más que experimentarse –como ocurre con el dolor o la alegría, que se deben a situaciones individuales y variables– se persiga y se proteja colectivamente. En este sentido, implica una construcción social e incluye un conjunto de normas que permiten avanzar en su persecución. Algo similar propone Canguilhem (1989) al señalar que la salud, en cuanto habilidad de un organismo para enfrentar “las infidelidades del medio” (infidelidades que incluyen el estar enfermo), constituye la capacidad de un organismo de ser normativo.

Esta disposición para perseguir y proteger –sobre la base de normas explícitas y escritas– un valor socialmente compartido, lo convierte en un derecho. De aquí que en la Constitución Política Mexicana, que es el pilar de nuestro marco normativo, se hable del derecho a la protección de la salud (DOF, 2017a). La protección de la salud es un derecho que pertenece al marco normativo de los

derechos humanos, se adquiere por el simple hecho de existir y por ningún motivo puede perderse (Carpizo, 2011).

Un marco normativo debe señalar, con relación al derecho que se protege, cuatro elementos: el *qué*, el *cómo*, el *quién* y el *cuándo*. El *qué* se refiere a las propiedades de ese derecho, en este caso a la salud; el *cómo* alude a la forma en que debe protegerse; el *quién* implica tanto al sujeto de derecho (a quien se protege) como al sujeto de obligación (a quien es el responsable de velar por el derecho protegido) (García, 2002). En el caso de la salud, la Constitución establece que el sujeto de obligación es el Estado (en particular sus agentes en el ámbito de la salud, como los prestadores de servicios), mientras que el sujeto de derecho es toda la población sin discriminación alguna.

Finalmente, el *cuándo* es el tiempo en que prescribe una norma o su periodo de vigencia. La vigencia de los derechos humanos y, por consiguiente, del derecho a la protección de la salud es, toda la vida.²

A partir del *qué* y el *cómo* de un derecho, todo marco normativo establece una jerarquización. Hay lineamientos que definen la naturaleza del derecho en cuestión –lineamientos más abstractos, jerárquicamente superiores–, mientras que otros señalan cómo deben protegerse operativamente –lineamientos de menor jerarquía–. Lo que no implica que estos últimos sean menos importantes, sino que definen el contenido del derecho de manera más concreta (García, 2002). Con fines expositivos revisaremos, así, el marco normativo obedeciendo a su jerarquización, es decir, comenzando por los lineamientos más abstractos, que definen la naturaleza del derecho a la protección de la salud, hasta los más concretos, que definen las formas de proteger la salud en situaciones específicas.

El marco normativo de protección de la salud en México

El instrumento de más alto nivel en la jerarquía del marco normativo mexicano es la Constitución Política, cuyo artículo cuarto manifiesta que la salud constituye un valor social protegido por la legislación. Por ello, el Estado se compromete a establecer las medidas necesarias para que su población se acerque lo más posible a gozar de

² Los derechos humanos son universales, inalienables (no pueden retirarse), irrenunciables e indivisibles. <http://www.ohchr.org/SP/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx>

este derecho y remite su operación a la Ley General de Salud y los reglamentos derivados de esta ley (DOF, 2017b).

Con las reformas 2011 a la Constitución Mexicana, los instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos se incluyeron en la jerarquía normativa nacional en el mismo nivel de la Constitución, e incluso superior, si eran más favorables para la persona, siempre y cuando hubieran sido ratificados por el Estado (Sánchez, 2017).

¿Cuáles son los instrumentos internacionales que protegen el derecho a la salud?

La protección de la salud en el marco normativo internacional se desprende del artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que establece que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, a la salud y el bienestar, lo que implica: alimentación, vestido, vivienda y asistencia médica (ONU, 1998). Sobre esta línea, a partir de la protección del principio de dignidad, el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales, y Culturales (PIDESC) señala que toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (ONU, 1966). El pacto establece una serie de medidas que los Estados parte deben adoptar para hacer efectivo este derecho, a saber:

- a)** La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños.
- b)** El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente.
- c)** La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas.
- d)** La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

En las Américas, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos,

Sociales y Culturales –conocido como *Protocolo de San Salvador*– establece la protección de la salud en su artículo 10, señalándola como un bien público fundamental (OEA, 1988).

Dado el carácter abstracto de estos lineamientos, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) emitió la Observación General 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Con ella pretende dar contenido normativo al artículo 12 del PIDESC; es decir, explicitar las medidas que deben adoptar los Estados para garantizar la protección de la salud de sus poblaciones. Este instrumento considera el derecho a la protección de la salud como un derecho indispensable para el cumplimiento de los demás derechos, y su efectividad puede garantizarse con la implementación de determinadas políticas, programas y medidas jurídicas tales como la emisión de leyes (ONU, 2000).

Ahora bien, el derecho a la salud no debe equipararse con el derecho a estar sano, sino con ciertas libertades como el control del propio cuerpo y determinados derechos como el de tener acceso a un sistema de protección de la salud. Un sistema mediante el cual el Estado aplica medidas preventivas, de promoción y de atención médica, y atiende los determinantes de la salud como, por ejemplo, el acceso al agua, el saneamiento y otros derechos también relacionados con la salud, como la vivienda, el trabajo y la alimentación. Lo dicho anteriormente pone de manifiesto la amplitud del derecho a la protección de la salud y su interrelación con los demás derechos humanos, tanto económicos, sociales y culturales, como civiles y políticos.³

La Observación General 14 especifica cuatro elementos indispensables para que el Estado garantice el goce del derecho a la protección de la salud de su población (Figura 1).

De estos cuatro aspectos se desprende que para este mecanismo internacional, la salud se garantiza mediante un sistema que medie entre el Estado y las necesidades de salud de la población.

³ Es frecuente que los derechos humanos se dividan en dos grupos: por un lado, los derechos civiles y políticos, cuya función ha sido considerada tradicionalmente como de protección ante acciones del Estado tales como la tortura o la represión policíaca. Por otro lado, los derechos económicos, sociales y culturales cuya finalidad, al contrario de los derechos del primer grupo, es sancionar las omisiones o inacciones del Estado. Por ejemplo, que no haya insumos para operar un determinado programa de salud. Véase Abramovich y Courtis (2004).

FIGURA 1.
ELEMENTOS INDISPENSABLES PARA EL DERECHO A LA PROTECCIÓN
DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN



¿Cuáles son los lineamientos que determinan el derecho a la protección de la salud en México?

Además de la Constitución Política –que esclarece la naturaleza del derecho protegido–, México dispone de la Ley General de Salud y sus siete reglamentos, que sientan las bases operativas para garantizar

el derecho a la protección de la salud, tal y como se menciona en la propia Constitución (DOF, 2017a).

Ley General de Salud

La Ley General de Salud establece las medidas que el Estado debe tomar para garantizar el derecho a la protección de la salud de la población. Dicho instrumento consta de 18 apartados, de los cuales 11 son prioritarios, desde nuestro punto de vista, para la prestación del servicio.

El **primer apartado** corresponde a las disposiciones generales en donde se establecen las finalidades del derecho a la protección de la salud:

- I. El bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades.
- II. La prolongación de la vida humana y el mejoramiento de su calidad.
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social.
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud.
- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.
- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud.
- VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

Se establecen, además, las características y los objetivos del Sistema Nacional de Salud, que se cumplen mediante siete actividades fundamentales: la prevención de las enfermedades, la promoción de la salud, la atención de la población, la formación de recursos humanos, el diseño

de políticas y programas de salud, y la investigación y la asistencia social⁴ a grupos en situación de vulnerabilidad.

En el **segundo apartado** se señalan los actores involucrados en la protección de la salud y se definen sus competencias: el ejecutivo federal, los gobiernos de las entidades federativas y las autoridades regionales y locales, el Consejo de Salubridad General, la Secretaría de Salud, la Comisión Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios, los trabajadores de la salud, y los usuarios.

En el **tercer apartado** se definen las características de la prestación de los servicios de salud que –de acuerdo con el artículo 24 de la misma ley– se clasifica en tres tipos: de atención médica, de salud pública y de asistencia social. Cabe destacar que en el artículo 27 de esta sección se señala que la asistencia social debe enfocarse en grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad, con especial atención en las poblaciones indígenas.

En el **cuarto apartado** se señalan los recursos humanos para la salud. Para los propósitos de este capítulo, se destacan las especificaciones relativas a los pasantes de servicio social (artículos 84-88).

El **quinto apartado** señala las características de la investigación para la salud. El **sexto** y el **séptimo** tratan sobre la información y la promoción de la salud respectivamente. El **octavo apartado** señala la responsabilidad del Estado en la prevención y el control de enfermedades y accidentes (ahí se encuentran las acciones de vacunación), y el **noveno** aborda la asistencia social y la prevención y la rehabilitación de la discapacidad. El **apartado décimo** reconoce las acciones extraordinarias en materia de salubridad general, como la atención de las epidemias y los desastres naturales y, por último, el **undécimo apartado** especifica las acciones que deben emprenderse ante las adicciones.

Instrumentos de carácter operativo y técnico

El cumplimiento de los programas prioritarios con respecto a la prestación de los servicios señalados por la Ley General de Salud

⁴ La misma ley define, en su artículo 167, la asistencia social como: *el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.*

se orienta por las estrategias y líneas de acción establecidas en los Programas de Acción Específicos. Estas prioridades corresponden a lo estipulado sexenalmente en el Programa Sectorial de Salud. Se cuenta, además, con el conjunto de normas que definen las características de la prestación de los servicios que el Sistema de Salud Nacional debe brindar a la población –tales como las Normas Oficiales Mexicanas y las Guías de Práctica Clínica– y que corresponden al aspecto técnico de la prestación del servicio. Es importante mencionar que además de este conjunto de lineamientos que enmarcan la protección de la salud, distintos pronunciamientos de la Suprema Corte de Justicia de la Nación amplían el marco normativo (Figura 2).

¿Dónde se puede consultar el marco normativo de la salud en México?

Además de las fuentes citadas, se encuentran documentos interesantes respecto al marco normativo de protección de la salud en la página *web* de la ONU, específicamente en el Consejo Económico y Social (ECOSOC):

<https://www.un.org/ecosoc/es>

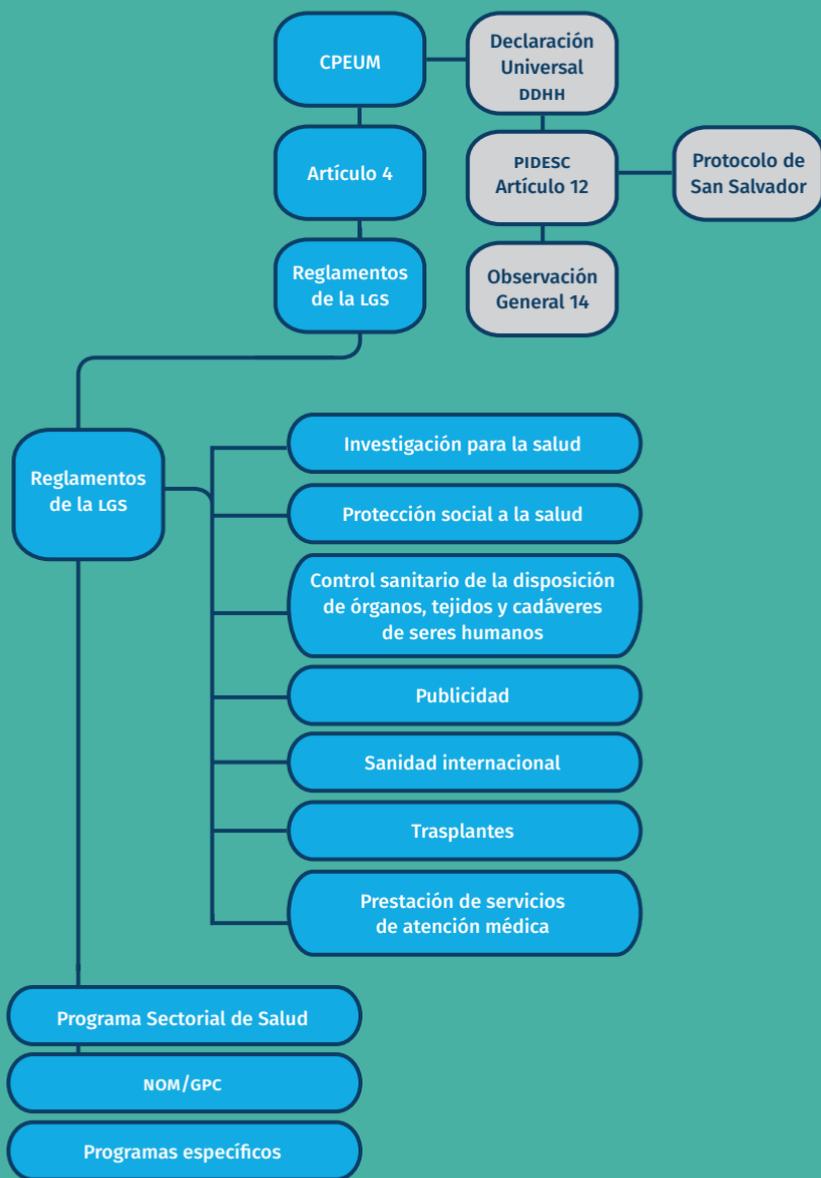
El buscador sobre Derechos Humanos de la Suprema Corte de Justicia de la Nación también es una buena fuente de consulta:

<https://www.scjn.gob.mx/derechos-humanos>

Finalmente, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) tiene herramientas interesantes relacionadas con el derecho a la salud, incluyendo algunos cursos virtuales:

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&id=1178&layout=blog&Itemid=643&lang=es

FIGURA 2.
JERARQUÍA DEL MARCO NORMATIVO DE LA PROTECCIÓN
DE LA SALUD EN MÉXICO



Fuente: Elaboración propia.

CAPÍTULO 3

¿Cuáles son los programas de salud prioritarios en el país?

María Graciela Freyermuth Enciso¹

Introducción

Cuando ingresamos al sistema como trabajadores de la salud, nos preguntamos cómo se definen los programas prioritarios en los que se basa nuestra práctica del día a día, así como la manera en que los médicos y demás personal del sector salud podemos influir en su definición. Este capítulo tiene el propósito de que los médicos en servicio sepan cuáles son y cómo se definen los instrumentos y Programas de Acción Específicos (PAE) en salud, de mayor relevancia en contextos rurales e indígenas. Para ello, este capítulo responde a las siguientes preguntas:

- ¿Cómo se originan los instrumentos?
- ¿Cómo se definen los programas prioritarios?
- ¿En qué consisten los PAE?
- ¿Cuáles son las instancias responsables de los PAE, y cuántos son?
- ¿Cómo están organizados los PAE?
- ¿Cómo puedo tener acceso a los PAE?

¿Cómo se originan los instrumentos?

Son varios los instrumentos de la administración pública que

¹ Investigadora del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social - Sureste.

norman las prioridades en salud en el país. En 1983 se publica la Ley de Planeación que sienta las normas y los principios de la planeación nacional de desarrollo. *La Ley de Planeación marca la necesidad de integrar programas operativos anuales y sectoriales a mediano plazo* (DOF, 1983).

La Ley de Planeación ha tenido varias reformas en lo que va del siglo XXI: en el 2002, 2003, 2011 y 2018, todas ellas relacionadas con las poblaciones de interés o los ámbitos de acción. En 2002 se incluye, así, el medio ambiente como un elemento fundamental de incidencia en la política pública, y en el 2003 se incluye a los pueblos indígenas como sujetos prioritarios del Sistema Nacional de Planeación Democrática (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 2 párrafo 9; DOF, 2018). En 2011, se enfatiza la igualdad de los derechos de hombres y mujeres y, por lo tanto, la equidad de género en la elaboración de los Planes Nacionales de Desarrollo (PND). Es decir, se considera la reducción de las brechas entre hombre y mujeres –lo que denominan “perspectiva de género”–, y entre la población nacional y la indígena.

Esta Ley establece que un gobierno electo tiene la obligación de presentar un Plan Nacional de Desarrollo después de seis meses de instalado, y su duración no ha de exceder el plazo de gobierno que le corresponda, aunque las proyecciones sí pueden ser de más largo plazo (artículo 21). El PND contiene las normas de la política global, sectorial y regional en sus objetivos, estrategias y prioridades, recursos e instrumentos para su ejecución. Este Plan se basa en el establecido en el Sistema Nacional de Planeación Democrática (artículo 21), que propone la participación y la consulta de los diversos grupos sociales, incluyendo a los pueblos indígenas a través de sus representantes y autoridades (artículo 1, DOF 2018). Esta consulta debe ser permanente mediante foros con organizaciones representativas de los distintos sectores de la sociedad (artículo 20). El PND se construye a partir de una planeación democrática al interior de la estructura de gobierno, así como:

Tomando en cuenta las propuestas de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y de los gobiernos de los estados, los planteamientos que se formulen por los grupos sociales y por los pueblos y comunidades indígenas interesados, así como la perspectiva de género (DOF, 2003, artículo 14).

Para elaborar los programas sectoriales debe considerarse el PND y las entidades del sector, los gobiernos estatales y los grupos sociales interesados. De acuerdo con el artículo 30, estos programas deben publicarse seis meses después de la publicación del PND (DOF, 1983: 5). Una vez publicados, tanto el Plan como los programas son de observancia obligatoria para la federación y las paraestatales. Las reformas hechas a la Ley de Planeación en 2018 señalan que debe proponerse a los gobiernos de las entidades federativas o a los órganos constitucionales autónomos que se coordinen mediante los convenios respectivos para ejecutar el Plan y los programas (DOF, 2018, Artículo 32).

En el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud se señaló que este proceso fortalecería al Sistema Nacional de Salud mediante la formulación y el desarrollo de sus programas locales, *y de conformidad con los principios y objetivos del Plan Nacional de Desarrollo [...] La descentralización de los servicios no implicará en medida alguna la desaparición de objetivos y estrategias nacionales en materia de salud, pero sí una nueva forma de relación entre las autoridades federales, entidades federativas y municipios, para el establecimiento de las metas y la consecución de los objetivos* (DOF, Septiembre 25, 1996) y el Programa Sectorial de Salud (PROSESA).

¿Cómo se definen los programas prioritarios?

La entidades del sector salud y de los gobiernos estatales deben participar activamente en el PND y en la elaboración y la ejecución de los programas de acción, y constituir el enlace oficial para facilitar el trabajo de las diferentes instancias del sector salud –y otros sectores–, así como de las autoridades federales, estatales y municipales.

Otras dos instancias relevantes en la coordinación son el Consejo de Salubridad General² –que es un órgano colegiado dependiente del Presidente de la República, con carácter de autoridad sanitaria

² La Organización y su funcionamiento se rigen por su Reglamento Interior, como lo establece el artículo 16 de la Ley General de Salud. Sus integrantes están contemplados en los artículos 15 de la Ley General de Salud, y 3, 4 y 5 del Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General. Las funciones de dicho Órgano Colegiado se localizan en los artículos 17 de la Ley General de Salud, y 9 del Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General.

y funciones normativas, consultivas y ejecutivas–,³ y el Consejo Nacional de Salud –constituido por el Sector Salud y los gobernadores de los 32 estados de la república⁴–. En el Consejo se toman acuerdos en torno a las políticas de salud, y es su deber conjuntar esfuerzos para instrumentar las recomendaciones y emitir normas conforme a los marco regulatorios establecidos en el Programa Nacional de Salud o en el PROSESA (DOF, 2001). En este marco, los programas prioritarios en salud son aquellos que se establecen a partir del PROSESA y están alineados al PND. En estos programas de acción, que desde el 2006 se denominan de acción específicos (PAE), se incluyen las estrategias y líneas de trabajo plasmadas en el PROSESA, y se constituyen en las herramientas de evaluación del desempeño del sector (Figura 1).

En los hechos, este carácter vinculatorio con las entidades federativas se establece cuando los PAE incluyen un programa presupuestario,⁵ ya sea porque hacen transferencias monetarias a las entidades federativas o porque sus normas de operación son obligatorias. Los programas presupuestarios en el Ramo 12 de Salud no están vinculados necesariamente con los PAE; algunos se definen como acciones de prestación de servicios como, por ejemplo, los servicios de asistencia social integral.⁶

Es importante señalar que aunque el fondo de aportaciones (ramo 33) es uno de los presupuestos más importantes para el funcionamiento de los Servicios Estatales Salud, la federación hace transferencias monetarias y de insumos –a través de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPSS) de la SSA–, para fortalecer los PAE. Para ello, año con año se firma un acuerdo marco

³ Las disposiciones que emite son de carácter general y obligatorio en el país

⁴ La Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), la Secretaría de Marina (SEMAR), el Instituto de Servicios y Seguridad Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM), Petróleos Mexicanos (Pemex), el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SEDFI), y los gobernadores de las 32 entidades federativas: Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Coahuila, Colima, Chiapas, Chihuahua, Ciudad De México, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

⁵ En las modalidades: S - Programas con reglas de operación, U - programas de subsidio, o E - Acciones de prestación de servicios públicos cfr. Coneval

⁶ Confrontar CONEVAL, 2018a, Listado de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2018 y Programa de Egresos de la Federación, 2018.

FIGURA 1



denominado Convenio específico de ministración de subsidios para el fortalecimiento de las acciones de salud pública en las entidades federativas (AFASPE).

Estos acuerdos son de gran utilidad porque se inscriben en un sistema de información para la administración en internet (el SIAFFASPE), que permite dar seguimiento tanto a los recursos financieros, como a los insumos y las metas. El sistema tiene como objetivo evitar duplicidades del gasto, por lo que incluye otras fuentes de financiamiento para los mismos programas. Permite, por consiguiente, la rendición de cuentas y la transparencia.

¿En qué consisten los PAE?

Los PAE han sido definidos como los instrumentos rectores en diversos problemas salud, que se elaboran de manera consensuada, basados en las mejores prácticas y en la evidencia científica disponible, con el objetivo de plantear estrategias para la solución de problemas de salud nacionales así como definir la dirección que todas las instituciones y niveles de gobierno deberán seguir para avanzar de manera conjunta y armónica en los principales retos que enfrenta el Sistema Nacional de Salud (SSA, 2008a, 7).

En el siglo XX los Programas de Acción se incluían en el PROSESA. Desde el siglo XXI se definen a partir de los objetivos, estrategias y líneas de acción que especifica el PROSESA, pero no se incluyen en este documento ni su número ni su nombre.

¿Cómo están organizados los PAE?

Cada uno de los PAE contiene una introducción sobre su relevancia; un marco conceptual y jurídico; un diagnóstico del estado de la problemática; su alineación con el PND y con el PROSESA; su organización, sus indicadores y sus metas; la matriz de responsabilidades; la transparencia y los anexos. Todos tienen una misma estructura, y la misma presentación del Secretario de Salud y de los Subsecretarios respectivos, en que señalan su importancia.

FIGURA 2.
ESTRUCTURA DE LOS PAE



¿Cuáles son las instancias responsables de los PAE, y cuántos son?

Las dos instancias responsables de elaborar y ejecutar los PAE en la SSA son:

- La Subsecretaría de Integración y Desarrollo (SID), con cuatro direcciones y un centro para el periodo 2012-2018: la Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED); la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES); la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES); la Dirección General de Información en Salud (DGIS), y Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC).
- La Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS), a través de dos direcciones, dos secretariados técnicos y tres centros: la Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS); la Dirección General de Epidemiología (DGE); el Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental (STCNMS); el Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (STCONAPRA); el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE); el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA); el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGYSR). Ver figura 3.

El número y el tema de los PAE pueden variar de acuerdo con el PND y el PROSESA. En el último sexenio, de 2012 a 2018, la SPPS puso en marcha 36 PAE y la SID cinco, como puede verse en la Figura 3.

¿Cómo puedo tener acceso a los PAE?

No existe un documento con el número total de los PAE. Antes de 2000, estos podían consultarse –como ya señalamos– en el PROSESA. Para saber cuáles son actualmente, es necesario identificar las unidades responsables (Figura 1), o buscar en la página *web* de la SSA por unidad responsable.

Puesto que la SPPS tiene el mayor número de PAE, es posible consultarlos en alguno de los convenios AFASPE, en donde pueden reconocerse sus nombres y las metas y compromisos firmados con cualquiera de las 32 entidades federativas. Una tercera opción es ingresar a la página *web* de la SSA y escribir “Programa de Acción Específico” en el buscador.

FIGURA 3.

PAE DE ACUERDO A LA DIRECCIÓN RESPONSABLE, 2018

CENAPRECE

PAE Prevención Enfermedades Diarreicas Agudas Cólera 2013-2018

PAE Prevención Control Dengue 2013-2018

PAE Eliminación Oncocercosis 2013-2018

PAE Prevención Control Intoxicación Picadura Alacrán 2013-2018

PAE Prevención Control Enfermedad Chagas 2013-2018

PAE Prevención Control Leishmaniasis 2013-2018

PAE Prevención Control Paludismo 2013-2018

PAE Prevención Control Brucelosis 2013-2018

PAE Prevención Control Rabia Humana 2013-2018

PAE Prevención Control Rickettsiosis 2013-2018

PAE Prevención Detección Control Problemas Salud Bucal 2013-2018

PAE Prevención Control Obesidad Riesgo Cardiovascular 2013-2018

PAE Atención Envejecimiento 2013-2018

PAE Prevención Control Diabetes Mellitus 2013-2018

PAE Eliminación Lepra 2013-2018

PAE Prevención Control Enfermedades Respiratorias Influenza 2013-2018

PAE Prevención Control Tuberculosis 2013-2018

PAE Atención de urgencias epidemiológicas y desastres 2013-2018

CNEGYSSR

PAE Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género 2013-2018

PAE Igualdad de Género en Salud 2013-2018

PAE Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018

PAE Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018

PAE Salud Materna y Perinatal 2013-2018

PAE Prevención y Control del Cáncer de la Mujer 2013-2018

Fuente: Elaboración propia con base en los PAE 2013-2018.

<p><u>CENSIA</u></p> <p>PAE Salud para la Infancia y la Adolescencia 2013-2018</p> <p>PAE Vacunación Universal 2013-2018</p> <p>PAE Cáncer en la Infancia y la Adolescencia 2013-2018</p>	<p><u>DGPS</u></p> <p>PAE Alimentación y Actividad Física 2013-2018</p> <p>PAE Promoción de la Salud y Determinantes Sociales 2013-2018</p> <p>PAE Entornos y Comunidades Saludables 2013-2018</p>	
<p><u>CENETEC-Salud</u></p> <p>PAE Evaluación y Gestión de Tecnologías para la Salud 2013-2018</p> <p>PAE 2013-2018 CENETEC-Salud</p>	<p><u>DGCES</u></p> <p>PAE Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica 2013-2018</p>	<p><u>DGE</u></p> <p>PAE Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica 2013-2018</p>
<p><u>STCONAPRA</u></p> <p>PAE Seguridad Vial 2013-2018</p> <p>PAE Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables 2013-2018</p>	<p><u>DGED</u></p> <p>PAE Evaluación del desempeño 2013-2018</p>	<p><u>DGIS</u></p> <p>PAE de la Dirección General de Información en Salud 2013-2018</p>
<p><u>CENSIDA</u></p> <p>PAE Respuesta al VIH, Sida e ITS 2013-2018</p>	<p><u>DGPLADES</u></p> <p>PAE de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud 2013-2018</p>	<p><u>STCNSM</u></p> <p>PAE Salud Mental 2013-2018</p>

CAPÍTULO 4

¿En qué consiste la promoción de la salud en el medio indígena y rural?

José Alejandro Meza Palmeros¹

Sergio Meneses Navarro²

El objetivo del presente capítulo es brindar a los trabajadores de la salud que prestan sus servicios en unidades médicas rurales o en comunidades predominantemente indígenas los elementos necesarios para que puedan reflexionar respecto a la promoción de la salud en esos contextos, lo que constituye una de sus principales responsabilidades. Es decir, se pretende contribuir a que los trabajadores de la salud reflexionen sobre las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es el marco conceptual de la promoción de la salud?
- ¿Cuáles son las actividades que componen la promoción de la salud?
- ¿Cuál es la relevancia de estas actividades para la protección de la salud?

Introducción

La promoción de la salud es tan relevante para proteger la salud de la población como lo son la prevención y la atención de la enfermedad. Es, por consiguiente, una de las principales tareas de los trabajadores de la salud. La Ley General de Salud dedica el título séptimo a definir

¹ Investigador de Cátedras CONACYT comisionado al Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social - Sureste.

² Investigador de Cátedras CONACYT comisionado al Centro de Investigación en Salud Poblacional del Instituto Nacional de Salud Pública.

esta importante tarea, cuya finalidad es “crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva” (DOF, 2017b: 34). De esta descripción se desprende que proteger la salud trasciende el ámbito individual, pues se trata de una aspiración de carácter colectivo que se cumple involucrando a la sociedad.

Podemos reconocer dos acepciones de la promoción de la salud: una reducida, que se centra en la adopción de los comportamientos considerados saludables, como el incremento de la actividad física y el consumo de ciertos alimentos, lo que consiste básicamente en intervenir mediante procesos educativos y de divulgación de información. La segunda acepción, más amplia, considera, además de lo señalado, la aspiración de que la sociedad intervenga en la construcción colectiva de una vida saludable. Con esta acepción, la promoción de la salud entra en el ámbito de la política (Whitehead, 2004).

Para la Ley General de Salud, la promoción comprende las siguientes actividades (DOF, 2017b, artículo 111).

	Actividad	con el objeto de...
I	Educación	Inculcar hábitos saludables en la población, es decir, capacitarla para tomar las decisiones más adecuadas a fin de protegerse de daños potenciales
II	Nutrición	Garantizar una mejor alimentación entre la población
III	Control de los efectos nocivos del ambiente en la salud	Sanear el ambiente y controlar los riesgos que de este se derivan
IV	Salud ocupacional	Minimizar los riesgos laborales
V	Fomento sanitario	Mejorar continuamente los procesos, productos, métodos, instalaciones, servicios o actividades que puedan poner en riesgo la salud de la población

De acuerdo con lo anterior, podemos caracterizar a la promoción de la salud en México en su acepción más amplia. Nos parece relevante, sin embargo, reflexionar sobre la perspectiva internacional y esclarecer la manera en que esta define la promoción de la salud y sus actividades. En un segundo apartado pretendemos aclarar la función de la promoción de la salud en relación con el objetivo general de la protección de la salud.

¿Cuál es el marco conceptual de la promoción de la salud?

De acuerdo con la carta de Ottawa, elaborada a partir de la primera conferencia mundial sobre la promoción de la salud, esta consiste en “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre ella” (OMS, 1986: 1). La carta señala que, dada la trascendencia de la salud como parte del bienestar social, esta no debe restringirse al sector sanitario, e incorpora conceptos que se han vuelto indispensables para entender su promoción –tales como paz, justicia y equidad– y han posibilitado rescatar la idea de la protección de la salud como parte integral de la política³.

Una de las preocupaciones que destacan en esta carta es la de reducir las inequidades en salud, es decir, las diferencias en el estado de salud entre los individuos y los grupos, que pueden explicarse como consecuencia de sus diferencias sociales (étnicas, de clase, género o ubicación geográfica) (Marmot *et al*, 2008). Su propuesta incorpora, en consecuencia, las demandas poblacionales en materia de salud, y la generación de oportunidades y libertades que ayuden a superar las restricciones para decidir de la manera más libre posible (Nussbaum, 2001).

Desde la carta de Ottawa, la participación social constituye un aspecto central de la promoción de la salud, a pesar de las críticas por considerarse un concepto pobremente definido en el ámbito de las políticas en salud (Menéndez y Spinelli, 2006). De acuerdo con dicha carta, la participación de la sociedad para generar ámbitos saludables se posibilita mediante los siguientes cinco pilares, que enfatizan el carácter colectivo y social de la salud:

³ A finales del siglo XIX, diversos pensadores impulsaron la concepción de la salud como parte de los procesos políticos. Uno de los ejemplos más conocidos es el de Virchow y su frase: la política es medicina a gran escala (Rosen, 1985).

1. La generación de una política pública sana. Esto incluye la toma de medidas jurídicas, legislativas y de regulación fiscal. Un ejemplo al respecto son las acciones de diversos grupos activistas en favor de la movilidad de las personas con discapacidad.
2. La creación de ambientes favorables para promover el mejoramiento de espacios tales como la vivienda o el lugar de trabajo.
3. El reforzamiento de la acción comunitaria para impulsar determinadas políticas o incidir en la priorización de diversas medidas públicas. En este sentido, en México la Ley de Planeación señala la posibilidad de que la población participe en el diseño y la evaluación de las políticas sociales.⁴
4. El desarrollo de las aptitudes personales mediante la divulgación de información y estrategias de educación para la salud.
5. La reorientación de los servicios sanitarios para trascender la atención de la salud desde la perspectiva clínica y promover estrategias preventivas y pedagógicas, así como una relación entre la población y los sistemas de salud respetuosa de la diversidad. Un ejemplo al respecto es la reciente preocupación por mejorar el trato que reciben los usuarios del sistema de salud. Esto requiere tanto que los servidores públicos adquieran ciertas competencias comunicativas como la adopción de estándares tales como respetar la autonomía o la privacidad.⁵

Las conferencias internacionales posteriores como las de Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jakarta (1997), Puerto Rico (1998), México (2000), Melbourne (2004), Bangkok (2005), Nairobi (2009), Helsinki (2013) y Shangai (2016), han continuado la propuesta de Ottawa y han seguido más o menos los mismos lineamientos (Chapela, 2007). Ha habido también incorporaciones conceptuales que han enriquecido la propuesta y han ampliado las posibilidades de intervenir colectivamente en la política de salud.

Por ejemplo, en las conferencias de Yakarta y México se incorporó la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y se

⁴ Véase el capítulo 3.

⁵ Véase el capítulo 19.

consideró el diseño de estrategias para abordarlos⁶. En la conferencia de Yakarta se incorporaron, además, conceptos que han sido fértiles para el diseño y la puesta en marcha de programas de promoción, tales como el de apoderamiento⁷ y el de abogacía (Chapela, 2007). De este último han derivado intervenciones y propuestas interesantes que han incorporado la incidencia política,⁸ la aplicación de medidas jurídicas o de mecanismos de coerción política, tales como la denuncia ante comisiones de derechos humanos nacionales o internacionales (Meza *et al.*, 2015).

Otro concepto que se ha incorporado al marco de la promoción de la salud es el de “alfabetismo en salud” (*health literacy*), que consiste en el desarrollo de competencias por parte de la población para adquirir, interpretar y hacer uso de información relacionada con la salud. Este alfabetismo es una consecuencia directa de las estrategias de educación y de difusión o divulgación de información (Nutbeam, 2000; 2008) y del uso de las redes sociales.

Podemos afirmar, en síntesis, que la promoción de la salud en el ámbito internacional tiene tres componentes fundamentales (WHO, 2012):

- La educación para la salud, con lo que se pretende incidir en la adopción de comportamientos considerados “saludables”. Esta educación implica la interacción directa de los individuos y los profesionales de la salud, por ejemplo, durante una consulta médica.
- La regulación sanitaria o una construcción normativa que minimice ciertos daños o promueva entornos saludables. La prohibición de fumar en ciertos espacios es un buen ejemplo al respecto.
- La participación social, es decir, la posibilidad de que los individuos o grupos de individuos influyan en el diseño, la

⁶Se puede tener acceso a todas las conferencias en el vínculo: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/>

⁷ Siguiendo a Chapela (2007), utilizamos este concepto con la connotación del ejercicio de un poder propio o la adquisición de poder, en contraposición al empoderamiento, que implica que dicho poder se adquiera pasivamente porque alguien más se lo transfiera.

⁸ Este concepto hace referencia a los procesos generados por colectivos sociales para influir en las políticas públicas generalmente a través del diálogo directo con tomadores de decisiones.

implementación y la evaluación de políticas públicas. Los observatorios ciudadanos por ejemplo, ejercen esta actividad.

¿Cuáles son las actividades que compone la promoción de la salud?

Como señalamos en el capítulo 1, la protección de la salud constituye un derecho constitucional que es responsabilidad del Estado. La garantía de este derecho establece la interacción del gobierno, en su calidad de garante, y los individuos y colectivos sociales que conforman lo que denominamos población. Pero si bien la protección de la salud trasciende el aspecto sanitario para convertirse en un objetivo transversal de toda política pública –como afirmamos antes–, sí existe una figura mediadora cuya función es lograr la convergencia de diversos programas sociales y el objetivo de interés, que es la protección de la salud. Esta figura es el sistema de salud (DOF, 2017b).

En la figura 1 proponemos un esquema que caracteriza esta interacción. Con éste intentamos esclarecer la relevancia de la promoción de la salud. Se describen de manera pedagógica cada uno de sus aspectos por separado. Vamos a abordar en primer lugar el sistema de salud y posteriormente la promoción de la salud en la población.

Como podemos apreciar en el esquema, el proceso de protección de la salud involucra a tres actores fundamentales: el Estado, responsable de esta protección, y la población beneficiaria o destinataria de todas las medidas implementadas. La relación Estado/población se encuentra mediada por el sistema de salud, que está conformado, a su vez, por tres elementos interdependientes: recursos humanos, insumos –como material o determinado equipo– e infraestructura –como los hospitales o los centros de salud–.

Para cada uno de estos componentes es posible generar estrategias de promoción de la salud, como pueden ser la evaluación, la demanda de su disponibilidad o denunciar que aunque estén disponibles, estos no son accesibles para la población por tener un costo demasiado alto (asequibilidad), estar alejados (accesibilidad geográfica) o no contar con traductores cuando la población y los prestadores de servicios no hablan la misma lengua (accesibilidad cultural) (ONU, 2000).

FIGURA 1.
LA PROTECCIÓN A LA SALUD:
INTERACCIÓN ENTRE EL ESTADO Y LA POBLACIÓN



Elaboración propia.

En la realidad, el contacto entre la población y el sistema de salud no se da en estos términos abstractos, sino por medio de la interacción directa de un individuo particular y un profesional que presta un determinado servicio (una consulta médica, una evaluación socioeconómica o un análisis de laboratorio). Esta interacción debe apegarse a una normativa, ya sea técnica (por ejemplo, las Normas Oficiales Mexicanas) o de trato (calidad interpersonal). Ambos aspectos están incluidos en la promoción de la salud, como aquellas iniciativas que –impulsadas por determinados grupos de la sociedad civil o por actores del sistema de salud– buscan mejorarlos.

Por otra parte, como apreciamos en el esquema, un primer aspecto para que el Estado garantice la protección de la salud con-

siste en *atender* las necesidades de la población. Dichas necesidades pueden diferir según las definan los profesionales de la salud o los individuos. Distinguiamos así, de acuerdo con Donabedian (1988) y Frenk (1994), las *necesidades reales u objetivas* (mortalidad, morbilidad y discapacidad) definidas por profesionistas de la salud, de las *necesidades percibidas* definidas por la población.

Suele haber discrepancias entre ambos tipos de necesidades cuando se trata de enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión arterial. Aunque los médicos las reconozcan como necesidades a las que es apremiante atender, algunos miembros de la población pueden pasarlas por alto. En estos casos, tendrían que ponerse en marcha estrategias de promoción de la salud con acciones educativas que promovieran el reconocimiento de las necesidades objetivas.

En otras ocasiones, aunque la población reconozca las necesidades reales como tales, puede generar estrategias de atención que desde el punto de vista de los profesionales de la salud no son las más convenientes. Por ejemplo, demorar la atención o acudir a terapeutas no profesionales. Esta demanda de atención está determinada por factores sociales y culturales que intervienen de manera compleja, lo que ha sido objeto de diversos estudios (Zola, 1972). Esto ha constituido un verdadero reto para la promoción de la salud, sobre todo cuando median factores interculturales. Las estrategias de promoción han consistido más que nada en acciones educativas que buscan incidir en las creencias y representaciones de la salud y la enfermedad de los grupos poblacionales en cuestión (Foster, 1952; Aguirre, 1995).

¿Cuál es la relevancia de estas actividades para la protección de la salud?

Es inconveniente para un sistema de salud centrar sus esfuerzos en la atención. Cualquier sistema de salud dirigido predominantemente a la atención médica está destinado a colapsar porque las demandas tenderán a incrementar. De aquí que se busque abordar los factores asociados a la aparición de determinadas necesidades. Las estrategias de protección de la salud son, pues, preventivas; la más conocida y quizá la que ha mostrado mayor efectividad a lo largo de la historia es la vacunación.

En el caso que nos ocupa pueden abordarse, sobre todo, los factores que actúan en sentido contrario a la producción de la enfermedad; es decir, los que han mostrado ser protectores. Se emplean, así, estrategias de promoción de la salud. Un ejemplo es fomentar la actividad física como factor protector frente algunas enfermedades o condiciones, como la obesidad.

Por último, se ha reconocido que algunas características –de los individuos o de los grupos– determinadas socialmente, tales como el género, la etnia, la clase social, la escolaridad, la ocupación, o incluso el lugar de residencia, generan una situación de vulnerabilidad o de fortaleza ante la enfermedad, por usar la expresión de Freyermuth (2007). Esto ha llevado a abordar tales determinantes sociales de la salud y la enfermedad, dirigiendo las estrategias a la atención de los determinantes específicos.

En este sentido, la Comisión de los determinantes de la salud distingue dos tipos: los intermedios, es decir, aquellos que definen la posición de un individuo en la sociedad –una mujer indígena campesina guarda una posición diferente de la de un hombre blanco profesionista–; y los estructurales, que son determinantes más alejados de la población y que corresponden a procesos que se definen a más largo plazo, como puede ser la colonización. Las respectivas estrategias de promoción tendrán que ser diferentes. Por ejemplo, una intervención dirigida a mejorar la relación intercultural entre un grupo poblacional y el sistema de salud puede solucionarse simplemente contratando traductores. De diferente grado de intervención será una estrategia dirigida a actuar sobre determinantes estructurales como el acceso a tierra, donde una superficie reducida para cultivar conlleva una situación de desnutrición colectiva.

Un ejemplo interesante de promoción de la salud sobre determinantes estructurales a partir de una estrategia jurídica es la resolución 12/85 del pueblo yanomami contra el Estado de Brasil (OEA, 1985). La población yanomami presentó una denuncia ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos por considerar que el Estado había violado la protección de la salud de la población al permitir la irrupción de una compañía minera. Quienes presentaron la demanda arguyeron que además de la restricción de tierra que esto supuso, se produjeron daños a la salud que se manifestaron en diversas epidemias. La resolución recomendó al

Estado diversas medidas entre las que destaca la delimitación y protección territorial en favor de la población afectada.

Conclusión

La promoción de la salud constituye un proceso fundamental para garantizar el derecho a la protección de la salud de la población y posibilitar –al menos, en su acepción amplia– una gran diversidad de intervenciones en que la población puede jugar un papel activo. Con ello, los miembros de la población adquieren poder, lo que constituye uno de los principales objetivos de la promoción de la salud.

Aunque este proceso se demanda a los prestadores de servicios de salud, es más limitado, pues se enfoca en acciones educativas que no dejan de tener una gran relevancia.

¿Qué es y cómo funciona el Seguro Popular de Salud?

Sergio Meneses Navarro¹

Introducción

En abril del 2003 se reformó la Ley General de Salud (LGS) para establecer el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y su brazo operativo, el Seguro Popular de Salud (SPS), que entró en vigor el 1° de enero de 2004 (Ortiz, 2006; Gómez, 2005). Esta es la reforma más reciente, que modificó la arquitectura financiera y la organización de la atención del Sistema Nacional de Salud. Su propósito fue establecer “las bases para el ejercicio del derecho a la protección de la salud mediante un financiamiento justo, solidario y eficiente” (Ortiz, 2006:9), a fin de alcanzar un sistema de salud más equitativo, de mayor calidad y con protección financiera para todos (Secretaría de Salud, 2002; 2004b).

Actualmente, la mayor parte de los habitantes de las zonas rurales y urbanas marginales y las regiones indígenas en donde los médicos realizan su servicio están afiliados al SPS. El objetivo del presente capítulo es que los médicos conozcan los argumentos que dieron origen al SPS, su contenido, su funcionamiento, sus principales resultados y sus retos futuros. Comprender qué es y cómo funciona el SPS ayudará al médico a juzgar la trascendencia de la reforma que le dio lugar, y su papel –en cuanto prestador de servicios– para que todos los ciudadanos se beneficien con el derecho a la protección de su salud.

¹ Investigador de Cátedras CONACYT comisionado al Centro de Investigación en Salud Poblacional del Instituto Nacional de Salud Pública.

El capítulo se divide en los siguientes apartados:

- ¿Cuál es el origen del SPS?
- ¿En qué consiste el SPS, cómo funciona y cuál es su cobertura?
- ¿Cuáles son los principales resultados y retos del SPS?

¿Cuál es el origen del SPS?

Como explicamos en el Capítulo 1, la segmentación estructural del sistema mexicano de salud llevó a que a principios del presente siglo más de la mitad de la población mexicana –más de 50 millones de ciudadanos– estuviera excluida de la seguridad social convencional. Para la atención de su salud dependían de los servicios públicos que les brindaban la Secretaría de Salud federal (SSA), los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el IMSS-Oportunidades (hoy IMSS-Bienestar) conforme a un esquema asistencial,² o bien de los servicios médicos del sector privado, con los consecuentes gastos de bolsillo en la mayoría de los casos. Esta es la forma más injusta e ineficiente de financiar el sistema de salud. Cada año, tres millones de familias mexicanas incurrieron en gastos catastróficos³ por motivos de salud que los arruinaban económicamente (Knaul, Arreola, y Mendez, 2005).

La segmentación y la fragmentación⁴ del sistema de salud –además de las transiciones demográfica y epidemiológica–⁵ originaron

² El asistencialismo es una política que adoptan las instituciones –gubernamentales o privadas– con el propósito de prestar auxilio o ayuda a individuos o grupos de personas en condiciones de desventaja social o vulnerabilidad. Esta política es inspirada por principios de benevolencia y compasión hacia los débiles y desvalidos, que se expresan en diversas formas de socorro, pero no conforme a un principio de derechos ciudadanos.

³ Los gastos catastróficos son aquellos superiores a 30% de la capacidad de pago, que se refiere al ingreso familiar disponible (descontando los gastos en alimentación). Los gastos empobrecedores son aquellos que, independientemente de su monto, llevan a los hogares por debajo de la línea de pobreza (Gómez, 2005:9).

⁴ Mientras que la *segmentación* hace referencia a la división entre los afiliados a la seguridad social –debido a su condición de trabajadores asalariados– y aquellos no afiliados –debido a su condición de no asalariados–, la *fragmentación* se refiere a la falta de integración y coordinación entre el primero, el segundo y el tercer nivel de atención, además de entre las entidades federativas.

⁵ La transición demográfica hace referencia al cambio en la estructura demográfica, de una alta mortalidad y natalidad a una de menor mortalidad y natalidad, pasando de una población predominantemente joven a una población envejecida. La transición epidemiológica se refiere a un perfil de morbi-mortalidad caracterizada por enfermedades infecciosas y problemas relacionados con la reproducción, a otro

cinco desequilibrios financieros que determinaron un desempeño que no garantizaba la equidad, la eficiencia ni la calidad necesarias. Estos desequilibrios son los siguientes:⁶



De nivel del gasto, caracterizado por una inversión insuficiente de apenas 5.8% del Producto Interno Bruto (PIB) del país en 2003, mientras que países con un nivel de desarrollo similar –como Chile, Colombia o Uruguay– destinaban 7.2, 9.6 y 10.9% del PIB respectivamente, y el promedio latinoamericano era de 6.9%.



De origen de los fondos, pues más de la mitad (55%) del gasto en salud provenía de los hogares, principalmente como gasto de bolsillo que –como ya se comentó– es la forma más injusta e ineficiente de financiar el sistema porque infringe el principio de solidaridad financiera que señala que las personas deben aportar recursos de acuerdo con su capacidad de pago y recibir servicios según sus necesidades de salud. Por esa razón, la mayoría de los países desarrollados –con excepción de Estados Unidos– financian sus sistemas de salud predominantemente con recursos públicos.



De distribución entre los sectores poblacionales y las entidades federativas, pues los afiliados a la seguridad social –al IMSS, al ISSSTE, etc.– recibían 1.5 veces más presupuesto público *per cápita*, que los no afiliados. Al mismo tiempo, los recursos se asignaban de una manera inercial sumamente inequitativa entre las entidades federativas, favoreciendo a las que contaban con

donde predominan las enfermedades crónicas degenerativas, las discapacidades y los problemas de salud mental (Omran, 1998).

⁶ Una de las características de la reforma que dio lugar al SPSS es que se basa en sólidas evidencias científicas, como las que dieron cuenta de los desequilibrios financieros del sistema de salud y de las características de la transición epidemiológica, analizando no solamente las muertes sino también las pérdidas de salud por discapacidad (Frenk, Lozano y González-Block, 1994).



mejores redes de servicios –como los estados del centro y el norte del país– y afectando a las entidades más marginadas y con mayores necesidades en salud –como las del sur–. De hecho, la diferencia entre el estado con mayor gasto federal en salud *per cápita* versus el de menor gasto federal era de 8 a 1.

De esfuerzo estatal, pues a pesar de la descentralización de los servicios estatales de salud, el financiamiento seguía dependiendo principalmente de recursos federales, sin que hubiera reglas claras para la participación estatal. En 2003, la diferencia en la aportación entre las entidades con mayor participación en el financiamiento en salud y aquellas con menor participación era de 119 a 1.

De destino del gasto, pues la mayor parte del financiamiento se dedicaba al pago de la nómina, en detrimento del gasto de inversión en infraestructura y equipo.

El SPSS se propuso contribuir a solucionar los cinco desequilibrios financieros. Para ello, diseñó un esquema progresivo que incrementara el nivel del gasto en salud, principalmente a partir del gasto público, mediante un sistema de prepago basado en los impuestos federales y, en una pequeña proporción, en contribuciones familiares acordes a su nivel de ingresos. De este modo pretendía contrarrestar el predominio del gasto de bolsillo que había lacerado la economía de demasiadas familias.

Por otro lado, mediante la homologación de la arquitectura financiera para la atención de la salud, se buscaba nivelar el gasto *per cápita* entre los afiliados a la seguridad social y los afiliados al SPS, que estaría sustentado en las necesidades de salud y no en la capacidad de pago o en la condición laboral.

La distribución de recursos entre las entidades federativas dejaría de depender de la inercia presupuestal para obedecer al número

de familias afiliadas al sps, además de una fórmula para ajustar el financiamiento en la atención de las necesidades y las desigualdades en salud. Asimismo, la contribución estatal dejaría de ser discrecional, pues la regularían reglas claras a partir del número de familias afiliadas. Finalmente, el gasto corriente y de inversión respondería a un Plan Maestro de Infraestructura en Salud (SSA, 2004b:8).

¿En qué consiste, cómo funciona y cuál es la cobertura del sps?

El sps es un esquema de seguro médico con financiamiento predominantemente público y una estructura financiera tripartita similar a la del IMSS, y está dirigido a las personas que por su condición laboral se encuentran excluidas de la seguridad social convencional⁷. El sps tiene una estructura financiera similar: la misma cuota social pagada por el Estado Nacional, una “aportación solidaria estatal y federal” (en lugar de la cuota patronal)⁸ y, en lugar de las retenciones salariales para la seguridad social, una contribución proporcional a la situación económica de las familias, pero se exenta de pago a los sectores en condiciones de pobreza.

Antes de la reforma que dio lugar al spss, el Estado Nacional solo proporcionaba la cuota social *per cápita* a las personas afiliadas a la seguridad social y no al resto de los pobladores del país, lo que en los hechos significaba un trato discriminatorio de ciudadanos con derechos iguales pero con distinta condición laboral. Con la reforma descrita se pretendió nivelar gradualmente el monto del financiamiento para todos los ciudadanos afiliados a cualquier seguro médico público, ya sea en el marco de la seguridad social o en el del sps, para terminar con ese trato financiero desigual e injusto.⁹

⁷ El sps solo es un seguro médico público y no incluye el resto de las prestaciones laborales que brinda la seguridad social.

⁸ En 2003 la cuota solidaria estatal mínima correspondía a la mitad de la cuota social (1,200 pesos) y la aportación solidaria federal, a 1.5 veces la cuota social (3,600 pesos aproximadamente), por afiliado.

⁹ Otro de los pilares del spss son los valores para hacer frente a los dilemas éticos que planteaba el sistema de salud segmentado. De este modo la reforma hizo explícitos cinco valores que la sustentan:

1. “Inclusión social: todas las personas, independientemente de su estatus socio-económico o laboral, tienen el mismo derecho a la protección en salud, que debe basarse en las necesidades de salud, de tal manera que el sistema sea universal y el derecho a la protección en salud esté vinculado al individuo.

Una innovación del spss fue organizar el financiamiento con relación al tipo de bienes de salud (Cuadro 1), de modo que se crearon fondos para financiar los bienes públicos de salud. La rectoría federal, las actividades de información, la investigación y la formación de recursos humanos corresponderían al Presupuesto de la Secretaría de Salud federal, y los servicios de salud a la comunidad dependerían del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad (FASSC).

Por otro lado, los servicios de salud dirigidos a las personas –ya sean de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico o de rehabilitación– son financiados por el sps y se diferencian dos tipos: los servicios esenciales –que se refieren a los de mayor frecuencia y menor riesgo– y los de alto costo, menos frecuentes pero más delicados (Cuadro 1).

El paquete de servicios esenciales se determinó conforme a criterios explícitos de costo-efectividad y aceptabilidad social, contenidos en el Catálogo Único de Servicios de Salud (CAUSES). En 2004 sumaban 105 las intervenciones –que representaban aproximadamente 90% de los motivos de atención–, financiadas por el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASSP), que se ofrecían de manera descentralizada en centros de salud y hospitales de segundo nivel de los SESA y el IMSS-B (SSA, 2004b). Para 2018, el CAUSES incluye 294 intervenciones de salud y 670 medicamentos e insumos (SSA, 2018).

2. Igualdad de oportunidades: para que todos los miembros de la sociedad puedan acceder a la misma calidad de atención y el mismo conjunto de servicios, seleccionados a través de un proceso explícito de definición de prioridades.
3. Justicia financiera: ya que las familias contribuyen al sistema de salud de acuerdo con su capacidad financiera y reciben servicios de acuerdo con sus necesidades de salud; los servicios son gratuitos en el punto de entrega y el acceso lo define el prepago, lo que genera mejores incentivos para la asignación eficiente de recursos y el establecimiento de precios; y dado que se produce una amplia agregación de recursos financieros, se hace posible la solidaridad entre ricos y pobres, sanos y enfermos, jóvenes y viejos, y población trabajadora y población dependiente.
4. Corresponsabilidad: entre el gobierno y los ciudadanos basada en el principio de subsidiaridad y solidaridad financiera.
5. Autonomía personal: basada en la subsidiaridad, para garantizar que todas las decisiones se tomen en el nivel apropiado de agregación y tan cerca de la fuente de necesidades, que es el individuo, como sea posible; la presupuestación democrática, para garantizar que el dinero siga a la gente, y la rendición de cuentas de las instituciones, que hace que los ciudadanos sean capaces de participar y ejercer su derecho social a la protección en salud dentro de un sistema de salud democratizado” (SSA, 2004b: 32 Y 33).

CUADRO 1.

CORRESPONDENCIA ENTRE LOS TIPOS DE BIENES DE SALUD Y LOS FONDOS

BIENES DE SALUD		FONDOS		REGLAS DE ASIGNACIÓN
Bienes públicos de salud	Rectoría federal	Presupuesto de la Secretaría de Salud Federal		
	Investigación, información y formación de recursos humanos			
	Servicios de salud a la comunidad	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad		Asignación a los estados mediante una fórmula que distribuye el crecimiento del fondo por capitación ajustada por un factor de riesgo sanitario y un índice de eficiencia
Servicios de salud a la persona	Servicios esenciales de salud	Seguro Popular de Salud	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona	Financiamiento tripartito
				Paquete de intervenciones esenciales de primer y segundo nivel
	Servicios para cubrir gastos catastróficos	Seguro Popular de Salud	Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos	Gran parte de la asignación a los estados está basada en una fórmula que considera la afiliación, el rezago en salud y el desempeño
				8% de contribuciones Paquete basado principalmente en costo-efectividad Intervenciones de tercer nivel

Fuente: SSA, 2004b.

Para los padecimientos de alto costo y mayor gravedad, pero de menor frecuencia, se definió el Fondo de Protección contra Gastos

Catastróficos (FPGC), también conforme a criterios de costo-efectividad, perfil epidemiológico y desarrollo tecnológico. Lo administra directamente la federación utilizando hospitales de tercer nivel de atención. Para 2018 incluye 65 intervenciones; entre ellas, la atención de diversas formas de cáncer infantil y de adultos –como leucemia, cáncer de colon, cáncer cervical y de mama–, infarto agudo al miocardio, terapia intensiva neonatal, atención de malformaciones congénitas o adquiridas, tratamiento para el VIH/SIDA y trasplantes de diversos órganos –córnea, riñón, corazón, hígado (SSA, 2018). En 2006 se incorporó al SPS el Seguro Médico Siglo XXI para los recién nacidos, que en 2018 tenía 151 intervenciones neonatales (*Ibidem*) (Cuadro 1).

Cada uno de estos fondos financieros tiene reglas específicas para la asignación de recursos. Por ejemplo, el FPGC se financia con 8% de la cuota social y contribuciones solidarias: aproximadamente 2% de los fondos del sistema se dedican a construir infraestructura sanitaria en regiones prioritarias, y 90% se distribuye a los estados para financiar los servicios esenciales del SPS.

Según la Encuesta Intercensal, en 2015 estaban afiliadas al Seguro Popular de Salud 59 645 845 personas que representaban 49.9% de quienes contaban con un seguro de salud con financiamiento público. Sin embargo, ese mismo año, 20 619 054 ciudadanos mexicanos permanecían aún sin cobertura de algún seguro de salud, público o privado (INEGI, 2015).

¿Cuáles son los principales resultados y retos del SPS?

La puesta en marcha y operación del SPS ha sido una de las políticas sometidas a mayor número de evaluaciones externas¹⁰. Las de impacto muestran que, en efecto, la afiliación al SPS evita que miles de familias pongan en riesgo su estabilidad financiera por cuestiones de salud, tanto en el ámbito urbano como en el rural, y por diferentes motivos de atención (CONEVAL, 2008; 2018b; Sosa, Salinas, y Galárraga, 2016). Sin embargo, una de las críticas que se han hecho a los indicadores de resultados del SPS es que se enfocan

¹⁰ El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) ha encargado más de 16 evaluaciones de diferentes tipos desde su inicio: de Diseño, Consistencia y Resultados; de Desempeño; de Costo-Efectividad; de Impacto; Complementarias y Fichas de Monitoreo y Evaluación (CONEVAL, 2018b).

en la cobertura nominal, más allá de la utilización de los servicios o de los resultados en la salud de la población. De hecho, la utilización de los servicios –ya sea consultas médicas, hospitalización o urgencias– continúa siendo significativamente menor entre los afiliados al SPS frente a los de la seguridad social (CONEVAL, 2018b; Laurell, 2013). Es necesario, por consiguiente, elaborar indicadores que permitan observar tanto la utilización de los servicios y los resultados en la salud, como los mecanismos de transferencias financieras a las entidades basadas en dichos resultados en salud poblacional (CONEVAL, 2018b).

La cobertura del SPS se ha ampliado constantemente desde su puesta en marcha. Sin embargo, la información reportada por el Censo de Población y Vivienda, la Encuesta Intercensal 2015 y el padrón de beneficiarios presenta discrepancias que dificultan su comparación. Por ejemplo, el padrón de beneficiarios reporta para 2017 la misma población atendida y objetivo, las cuales disminuyeron en 2.58% con relación a la reportada en 2016 (CONEVAL, 2018b). Las entidades que reportan mayor cobertura del SPS son el Estado de México, con 13.22%; Veracruz, con 7.57%; Chiapas, con 6.49%; Puebla, con 6.26%, y Jalisco, con 5.63% (*ibidem*).

La Ficha de Evaluación 2017-2018 del SPS, elaborada por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2018b), destaca lo siguiente:



Fortaleza

Es considerada una efectiva intervención en salud pública, que responde tanto a razones económicas como de justicia social, ya que se rige por el principio de universalidad.

.....



Oportunidad

Lograr y mantener la cobertura universal en la afiliación al SPSS de personas sin acceso a las instituciones de seguridad social.

.....



Debilidad

El objetivo no presenta un enfoque de resultados puesto que no refleja totalmente el cambio que se pretende generar en la población; se hace referencia a que se tiene acceso a intervenciones de prevención de enfermedades y otros servicios, más no al cambio que genera en la población.

.....



Amenaza

Posibles cambios en las prioridades de la Política de Desarrollo Social.

Como señala el CONEVAL, el principal reto del SPS es conseguir y mantener la cobertura universal con un seguro público de salud para las personas ajenas a la seguridad social, garantizando un contenido de servicios de alta calidad técnica e interpersonal para sus afiliados. Sin embargo, el indicador de cobertura nominal no basta; hace falta monitorear la utilización de los servicios –sobre todo entre los sectores más vulnerables y con mayores barreras para el acceso (Meneses, González-Block, *et. al.*, 2014)– y el impacto en la salud de los afiliados.

Aún hacen falta mayores esfuerzos para reemplazar el gasto de bolsillo por servicios con financiamiento público; crear una cultura organizacional con mayor capacidad de respuesta y orientada al usuario en los servicios públicos; desarrollar un ambiente competitivo por el lado de la oferta; cambiar el enfoque de los incentivos hacia la demanda, a la vez que fortalecer la oferta; establecer mecanismos de compensación entre los estados y los proveedores sobre la base de la productividad y la calidad; garantizar una mayor portabilidad geográfica e institucional de los seguros públicos (del IMSS, el ISSSTE y el SPS); promover una mayor competencia entre los proveedores del sector público e incrementar la capacidad de elección de los usuarios, y promover una mayor participación, más racional, de los sectores privado y no lucrativo.

Finalmente, un reto aún vigente es mantener la protección de la salud como un derecho ciudadano igual para todos, y no solamente como un derecho laboral en el marco de la seguridad social, pues “la salud (tiene) un sentido más amplio que la mera capacidad de generar ingresos, para concebirse como la capacidad para vivir plenamente y como el fundamento para que toda persona desarrolle al máximo sus potencialidades” (Ortiz y Frenk, 2009:146).

¿Qué debo saber sobre el Convenio para la Atención de la Emergencia Obstétrica?

María Guadalupe Ramírez Rojas¹

¿Qué es el Convenio para la Atención de la Emergencia Obstétrica?

Un indicador clave tanto del acceso a los servicios de salud como de la justicia social es la razón de mortalidad materna, donde se reconoce que la mayoría de las muertes son prevenibles. En el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), 169 países, incluido México, se comprometieron a reducir la razón de mortalidad materna en 75% entre 1990 y 2015. En función de este compromiso, en el país se delinearon diversas estrategias y programas entre los que destacan la búsqueda intencionada de muertes maternas², la estrategia Embarazo Saludable –que incluía la afiliación inmediata de mujeres embarazadas al Seguro Popular de Salud– y, en 2009, el Convenio General de Colaboración para la Atención de las Emergencias Obstétricas (CAEO).

El CAEO constituye un instrumento para eliminar las barreras de la fragmentación³ y la segmentación⁴ del sistema de salud. Su objetivo primordial es brindar atención ante una emergencia obstétrica

¹ Cátedras CONACYT/CIESAS-Sureste.

² En México, cada año mueren en promedio aproximadamente 1000 mujeres.

³ La fragmentación se refiere a la ausencia de una red sanitaria que asegure la continuidad en la prestación de los servicios, lo que condiciona la resolución de los problemas de salud.

⁴ En el sistema de salud en México coexisten distintas instituciones proveedoras de servicios de salud, que atienden a los trabajadores según su inserción laboral. Esto se denomina segmentación del sistema, y determina la variabilidad en las prestaciones de salud y sociales de los derechohabientes.

(EO) de manera inmediata y gratuita a cualquier mujer durante el embarazo, el parto o el puerperio, cubriendo hasta un máximo de diez días, sin importar si está afiliada a alguna institución de salud o no. Incluye intervenciones al neonato durante sus primeros quince días de vida a consecuencia de patologías derivadas de una EO (lo que significa que no cubre anomalías congénitas, por ejemplo). Si la mujer o el neonato ameritan cuidados de terapia intensiva, ambos están cubiertos (Cuadro 1).

Este capítulo tiene el propósito de informar al médico cómo puede contribuir a la utilización de este instrumento en beneficio de la salud de las mujeres.

¿Qué instituciones se encargan de operar el CAEO?

El CAEO es un instrumento de política pública en salud cuya estrategia posibilita el acceso universal a la atención de la emergencia obstétrica (AEO), y opera del siguiente modo: participan las principales instituciones públicas: la Secretaría de Salud (SSA), los Servicios de Salud Estatales (SESA), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), e IMSS-Bienestar (IMSS-B), con un total de 467 unidades médicas con capacidad resolutive en todo el país; es decir, que aseguran la disponibilidad de recursos humanos calificados e insumos médicos y de equipamiento suficientes para la AEO, las 24 horas de los 365 días del año.

Para considerarse resolutivas para la AEO, las unidades médicas deben pasar por un proceso de acreditación⁵ que valide su disponibilidad de recursos suficientes. Por su capacidad resolutive para la AEO, las unidades médicas se dividen en tres categorías: capacidad resolutive básica, media y alta (Figura 1).

Las unidades que no participan en el CAEO se consideran receptoras y tienen la función de estabilizar a la mujer que presente una EO. Si la mujer que presenta la EO necesitara cuidados especializados no disponibles en la unidad receptora, esta está obligada a referirla oportunamente a la unidad médica con capacidad resolutive más cercana. Las referencias podrían ser intrainstitucionales (de la misma

⁵ Proceso avalado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES).

CUADRO 1.
CARACTERÍSTICAS DEL CAEO

Objetivo	Brindar AEO a cualquier mujer o neonato sin importar su afiliación, de manera inmediata y gratuita
Dirigido a	Mujeres con una EO, ya sea durante su embarazo, el parto o el puerperio
Instituciones participantes	La SSA, los SESA, el IMSS, el ISSSTE, IMSS-B. Cada institución decide qué unidades hospitalarias incluir en el Convenio. Para su inclusión deben estar acreditados por el CAEO, con el aval de la DGES
Modo de operación	<p>De las instituciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Podrán brindar atención de manera indistinta y sin costo alguno a las mujeres que cursen una EO • Podrán referir a las mujeres que necesiten cuidados especializados a unidades médicas con capacidad resolutive para la AEO, de manera indistinta <p>De las mujeres:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Podrán acudir a la unidad médica más cercana sin importar su afiliación y recibir la AEO de manera gratuita
Costo	<ul style="list-style-type: none"> • Atención gratuita para las mujeres. • Las instituciones resolutive harán pagos cruzados a las instituciones otorgantes de la AEO dependiendo de la afiliación de la mujer. Los gastos de aquellas sin afiliación institucional serán cubiertos por el Seguro Popular de Salud (SPS)
Unidades médicas participantes	<ul style="list-style-type: none"> • 467 hospitales a nivel nacional (hospitales con capacidad resolutive para la AEO) • Consultar la lista de unidades participantes por institución y entidad federativa en: http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/ANEXO%201%20APROBADO%20EL%2021.01.13.pdf http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/Untitled004.PDF

CUADRO 1.
CARACTERÍSTICAS DEL CAEO

Unidades que no participan en el CAEO	<ul style="list-style-type: none"> • Son consideradas receptoras y su función es estabilizar la AEO • Si la unidad médica receptora tiene los recursos suficientes para brindar la AEO, la mujer debe permanecer en ella • Si la unidad médica receptora no tiene los recursos suficientes para brindar la AEO, es su obligación referir a la mujer o al neonato a la unidad médica con capacidad resolutive más cercana, sin poner en riesgo su bienestar
Intervenciones incluidas	<p>184 para la madre y 75 para el neonato Consultar la lista de intervenciones incluidas:</p> <p>http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/Anexo2.pdf</p>
Tiempo que incluye la cobertura	<p>Diez primeros días para la madre y quince para el neonato</p>
Limitantes	<p>No cubre patologías preexistentes en la madre, en el caso del neonato solo las condicionadas por una AEO</p>

institución) o interinstitucionales (de otra de las instituciones que participan en el CAEO) (Cuadro 1).

¿Qué elementos se deben considerar para utilizar el CAEO?

Antes de referir una EO se debe priorizar el máximo beneficio de la mujer. Para no poner en riesgo su integridad, primero debe estabilizarse. Para minimizar el riesgo, el CAEO sujeta los traslados a las condiciones descritas en el Cuadro 2.

FIGURA 1.
DIVISIÓN DE LAS UNIDADES MÉDICAS SEGÚN
CAPACIDAD RESOLUTIVA PARA LA AEO



1. Capacidad Resolutiva básica

Hospitales rurales básicos, comunitarios o integrales, con capacidad limitada de recursos humanos, físicos y de insumos. Se incluyen en la lista de unidades participantes por su ubicación geográfica estratégica; es decir que no se dispone de ninguna otra unidad con mayor capacidad resolutiva a una distancia igual o mayor a una hora y media de recorrido. Sus funciones abarcan la estabilización de las mujeres y su referencia inmediata a la unidad médica con capacidad resolutiva más cercana

2. Capacidad Resolutiva media

Unidades médicas que disponen de especialidades básicas troncales (ginecoobstetricia, pediatría, anestesiología, medicina interna, cirugía general) y enfermería general, además de banco de sangre o servicio de transfusiones, quirófanos, laboratorio, imagenología y ambulancia

3. Capacidad Resolutiva alta

Unidades médicas que disponen, además de lo enunciado para las unidades médicas de capacidad resolutiva media, de terapia intensiva neonatal o materna, y especialistas en medicina crítica y neonatología

CUADRO 2.

CONDICIONANTES PARA REFERIR O NO A UNA MUJER QUE PRESENTE UNA EO

CUÁNDO <u>SÍ</u> SE PUEDE REFERIR	CUÁNDO <u>NO</u> SE PUEDE REFERIR
La mujer ya se estabilizó Capacidad resolutive más cercana, sin poner en riesgo su bienestar	La mujer no ha pasado por un tratamiento inicial
La mujer tiene dos venas permeables y permite la administración de expansores o hemoderivados	La mujer está inestable hemodinámicamente (tiene una presión venosa central por debajo de seis, o signos vitales inestables)
El traslado se hace de preferencia en una ambulancia y la mujer va acompañada de un médico y un familiar	La valoración neurológica de la mujer en la Escala de Glasgow obtiene un puntaje menor o igual a tres
La unidad médica a la que se va a referir la EO tiene una mayor capacidad resolutive que la unidad de referencia	La unidad tiene terapia intensiva o una capacidad resolutive igual o mayor a la de la unidad a la que se pretende referir la EO
El traslado dura un máximo de hora y media. No es de más de 70 kilómetros	El traslado duraría más de dos horas o sería de más de 70 kilómetros

¿Cuál es el papel del médico ante una EO?

Cada año se reportan aproximadamente 750 000 casos de emergencias obstétricas atendidos en unidades médicas que no están en el CAEO, y tan sólo unos mil atendidos por el CAEO en unidades acreditadas. Puesto que el CAEO es un instrumento que facilita la atención de la EO de manera universal y gratuita, y con una óptima calidad, podría inferirse que las mujeres y los neonatos no están aprovechando sus beneficios.

¿Cuál es el papel del médico frente a una EO? ¿Cómo puede contribuir a la utilización de este instrumento en beneficio de la salud

de las mujeres? A continuación describimos estrategias preventivas y para la AEO inicial y su gestión que el médico debe aplicar:

Estrategias preventivas



Brindar educación en salud a la mujer y sus familiares, enfocada en el reconocimiento inicial de los signos de alarma

El médico debe asegurarse de que la mujer entienda la importancia de la identificación temprana de los signos de alarma y la necesidad, dado el caso, de referirse cuanto antes a la unidad médica con capacidad resolutive más cercana. El médico debe crear un ambiente de confianza y aclarar todas dudas e inquietudes de la mujer y sus familiares.



Elaborar un plan de acción para el caso de una EO

El médico debe integrar dos tipos de acciones: en la unidad médica, y para la mujer y sus familiares.

- **Plan de acción en la unidad médica:** a su llegada a la comunidad, el médico debe hacer un diagnóstico integral que le permita identificar:
 1. Las unidades médicas con capacidad resolutive más cercanas para referir las EO cuando sea necesario.
 2. Los medios de traslado disponibles (ambulancia propia, subrogada o con apoyo municipal).
 3. Los medios de comunicación disponibles para informar a la unidad médica receptora sobre los traslados, a fin de que se tomen las previsiones necesarias, según sea el caso.

El médico debe conseguir –o elaborar– un directorio actualizado con el nombre de la unidad médica con capacidad resolutive más cercana, el teléfono, la dirección y las autoridades responsables por turno laboral.

El plan de acción de la unidad médica debe difundirse entre la población, las autoridades locales (incluyendo a la policía), y los colaboradores comunitarios (las parteras, las vocales de salud, las madrinan obstétricas), así como entre las autoridades institucionales y las demás instituciones de la región, para fortalecer los vínculos de colaboración y evitar demoras en la atención de las mujeres y los neonatos cuando se presenten EO.

- **Plan de acción para la mujer y sus familiares:** el médico debe informar a la mujer que presente una EO y a sus familiares sobre las unidades médicas por las que puede optar para su atención, dando preferencia a las más cercanas (a no más de 70 kilómetros u hora y media de camino).

De haber dos o más unidades médicas con las mismas condiciones, el médico debe explicar a la mujer que, en caso de una EO, se optará por la más apropiada para su atención según su gravedad (por ejemplo, por la que tenga terapia neonatal).

Si la mujer y sus familiares decidieran trasladarse por sus propios medios, deberán apegarse al plan de emergencia elaborado en colaboración con el médico, quien debe asegurarse de que la mujer conoce los beneficios del CAEO.



Determinar los factores de riesgo obstétrico

El médico debe determinar los factores de riesgo obstétrico para identificar a las mujeres que ameriten ser derivadas al segundo o al tercer nivel de atención (por ejemplo, a las mujeres con diabetes gestacional), conforme a lo señalado en la Norma Oficial Mexicana y en las Guías de práctica clínica.



Brindar asesoría a las mujeres que planeen embarazarse

El médico debe asesorar a las mujeres sobre los cuidados que deben tener antes de embarazarse (nutrición, autocuidado, educación para la salud, estudios diagnósticos). Y debe identificar los riesgos obstétricos en las mujeres

con patologías preexistentes (por ejemplo, hipertensión, diabetes, obesidad, etc.), e iniciar la suplementación de ácido fólico al menos tres meses antes del embarazo.

Estrategias para la AEO inicial



Hacer un reconocimiento oportuno de los datos y los signos clínicos de alarma de una EO

El médico debe hacer una búsqueda intencionada de los puntos por evaluar durante cada una de las consultas programadas a la mujer embarazada según el número de semanas de gestación, conforme a las Guías de Práctica Clínica y la Norma Oficial Mexicana, y documentarlo en el expediente clínico.



Informar a la mujer y a sus familiares sobre su estado de salud y su tratamiento

El médico debe explicar detalladamente a la mujer y a sus familiares la situación y el porqué del tratamiento (los diagnósticos, los procedimientos y el estado de salud de la mujer y el neonato) y debe cerciorarse de que lo entiendan. El médico debe tranquilizar a la mujer y comentarle sobre la necesidad de referirla de inmediato a un hospital con capacidad resolutive. Una vez aclaradas las dudas de la mujer y sus familiares, el médico debe solicitarles que firmen el consentimiento informado donde se consigne lo que se les explicó.



Estabilizar de inmediato a la mujer conforme a los protocolos de la AEO

El médico debe procurar estabilizar a la mujer en los primeros quince minutos tras su ingreso a la unidad médica. Después de hacerle una rápida evaluación diagnóstica debe tomar las medidas terapéuticas iniciales y, a la vez, comenzar la gestión de traslado. Si cuenta con personal de apoyo, todos y cada uno deben conocer las acciones por desarrollar en caso de una EO: priorizar

los primeros minutos en la atención médica y, una vez estabilizada la mujer, comenzar la gestión para su traslado.

Estrategias para la gestión de traslado dada una EO



Poner en marcha el plan de acción ante una EO en la unidad médica

El médico debe alertar a las autoridades locales y a sus colaboradores comunitarios sobre la EO, así como a las autoridades institucionales e interinstitucionales en virtud de que se hará una referencia.



Comunicar a la unidad médica con capacidad resolutive más cercana que se realizará una referencia de una mujer con AEO

El médico consignará en la hoja de referencia la fecha, la hora, el nombre y el cargo de la persona que recibió la información del traslado por realizarse.



Llenar la hoja de referencia de la AEO

El médico debe llenar la siguiente hoja tal como se indica en el CAEO y en la Norma Oficial Mexicana. El objetivo es precisar el diagnóstico, las condiciones de la mujer y el neonato por referir, su tratamiento y el tiempo aproximado de traslado.

¿Qué debe considerar el médico en el seguimiento posterior de la mujer y el neonato que cursaron una EO?

Si bien el tratamiento de la mujer o el neonato referidos queda en manos de la unidad médica a la que fueron transferidos, el médico debe dar seguimiento a su estado de salud con las autoridades. Si se dispone del recurso, la unidad médica que refirió a la mujer y al

FIGURA 2.
HOJA DE REFERENCIA DE LA AEO

	Fecha y Lugar
Nombre de Institución que deriva	
Dirección completa	
Indicar la hora de inicio de la atención: Explicar el motivo por el cual acude la paciente a solicitar la atención y sus condiciones en su valoración inicial	
Signos Vitales	
Tratamiento Inicial: Explicar dosis	
Impresión Diagnóstica:	
Nombre Completo del Médico (Nombre y Apellidos) firma	

neonato podrían recogerlos en ambulancia para su egreso (esto es posible, por ejemplo, en algunas unidades de IMSS-B).

El médico debe reforzar en la mujer y sus familiares la importancia de seguir el tratamiento que les hayan prescrito en la unidad médica a la que fueron referidos. Durante el puerperio, debe mantenerse la vigilancia de los signos de alarma en la madre y el neonato para diagnosticar oportunamente cualquier eventualidad. El médico debe también enfatizar los signos de alarma que deberán vigilar en su domicilio.

Notas finales

A manera de ejercicio, el médico debe repasar los procesos de las referencias realizadas por EO, en conjunto con su equipo de salud, los colaboradores comunitarios y las autoridades locales, para analizar el apego al plan de acción y determinar si las acciones desarrolladas fueron oportunas y correctas, y si hubo situaciones perfectibles

para futuras situaciones similares. El proceso de autoevaluación es un paso importante en la búsqueda de calidad en la atención.

El presente documento no pretende ser exhaustivo con respecto al tema tratado. Para profundizar al respecto, recomendamos la siguiente bibliografía alineada con la normativa vigente:

Bibliografía recomendada

- Atención y seguimiento del embarazo y su relación con el virus Zika. Lineamiento técnico. SSA.
- Convenio general de colaboración interinstitucional para la atención de las emergencias obstétricas, firmado por la SSA, IMSS e ISSSTE, con fecha del 28 de mayo de 2009.
- Diabetes y embarazo. Lineamiento Técnico. SSA, 2017.
- Guía de Práctica Clínica: Control prenatal con enfoque de riesgo. Consejo de Salubridad General, 2017.
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
- Prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica. Lineamiento técnico, SSA, 2009c.
- Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal 2013-2018. SSA.
- Triage obstétrico, código mater y equipo de respuesta inmediata obstétrica. Lineamiento técnico. SSA, 2016.



PARTE

2



UNIDAD MEDICA RURAL
Sn. JUAN CANCUC.

Sistemas de Registro de Información

¿En qué consiste el Sistema Nacional de Información en Salud en México?

María Graciela Freyermuth Enciso¹

Introducción

Cuando se estudia medicina, se piensa que la principal tarea del médico es diagnosticar al paciente, administrarle tratamientos y darle seguimiento en su recuperación. Sin embargo, a lo largo de la carrera, cuando hacemos el internado y, después, en el servicio social, nos percatamos de que además de la atención médica, el trabajo en una institución implica el llenado de lo que se ha llamado la *formatería*.

Conforme nos adentramos en el trabajo de un hospital o un centro de salud, nos percatamos de que no solo vamos a llenar expedientes clínicos, sino que vamos a invertir gran parte de nuestro tiempo en llenar distintos formatos –de ingreso, de egreso, de alta, entre otros–. Con frecuencia nos parece que esta tarea está al margen de nuestra profesión y que es una pérdida de tiempo.

Mediante la respuesta a las siguientes siete preguntas, este capítulo se propone explicar en qué consiste y cómo funciona el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). De estas respuestas se infiere la trascendencia de llenar los formatos institucionales:

- ¿En qué consiste el SINAIS?
- ¿Cómo se integra el SINAIS?

¹ Investigadora del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social - Sureste.

- ¿Por qué importa el SINAIS?
- ¿A quiénes está dirigido el SINAIS?
- ¿Qué tipo de información se puede obtener en cada uno de los subsistemas del SINAIS?
- ¿Cómo puedo consultar la información del SINAIS?
- ¿Qué características e insumos básicos necesito para ingresar a la plataforma del SINAIS?

¿En qué consiste el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS)?

En México, el SINAIS tiene como principal objetivo captar, producir y difundir la información de los recursos físicos, materiales, humanos y financieros; de los servicios otorgados; de la morbilidad y la mortalidad hospitalarias, y de la mortalidad general.

La estructura del SINAIS se establece en la Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004 en Materia de Información en Salud (DOF, 2005) y en el Programa de Acción Específico 2007-2012, del Sistema Nacional de Información en Salud (PAESNIS).² Este programa determina los criterios para obtener, integrar, organizar, procesar, analizar y difundir información en salud referente a la población y la cobertura, los recursos disponibles, los servicios otorgados, los daños a la salud y la evaluación del desempeño del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Esta norma es de observancia obligatoria en el territorio nacional “para establecimientos, personas físicas y morales del SNS de los sectores público, social y privado que proporcionen servicios de atención a la salud” (DOF, 2005), y establece los criterios técnicos para captar, procesar y producir la información en salud, conforme al artículo 104 de la Ley General de Salud.

La Secretaría de Salud (SSA) es el órgano normativo y rector del SINAIS, y funge como concentrador de la información que este genera. Coordina estas funciones la Dirección General de Información en Salud (DGIS), y para la información de vigilancia

² El PAESNIS 2007-2012 también está vinculado con el Programa Nacional de Información Estadística y Geográfica (PRONADEIG 2007-2012), en lo que corresponde al Subsistema Nacional de Estadísticas Sociodemográficas, que contempla como líneas de acción armonizar los sistemas de información del sector salud en el marco del Sistema Nacional de Información en Salud, y fortalecer la estructura de los registros administrativos, homogeneizando la información en los sistemas institucionales de este sector.

epidemiológica, la Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGAE), conforme a las disposiciones aplicables y las atribuciones conferidas en el Reglamento Interior de la SSA, en coordinación con los diferentes sectores del SNS.

¿Cómo se integra el SINAIS?

El SINAIS está integrado por los siguientes cinco subsistemas:



Por razones de orden organizativo, el subsistema de evaluación del desempeño es responsabilidad de un área mayor de la SSA, con funciones normativas y de coordinación análogas a las de la DGIS, y sus insumos provienen de los registros administrativos, los datos de las encuestas y las estimaciones sociodemográficas. No obstante, de

acuerdo con el PAESNIS 2007-2012, el SINAIS carece de funcionalidad plena y no ha incorporado los datos del sector privado. Por otra parte, la división del SINAIS en subsistemas de información segmenta sus propósitos generales y no se logra articular las estrategias con un objetivo común.

¿Por qué importa el SINAIS?

El SINAIS importa porque permite disponer de información sobre los principales padecimientos que aquejan a la población; sobre los recursos humanos y la infraestructura para su atención, y sobre el presupuesto en salud y la manera en que se distribuye y se utiliza. Tal información permite identificar los rezagos y a los grupos sociales con mayores problemas de salud, y es necesaria para diseñar, planear y aplicar las políticas y los programas de salud del país.

La información es necesaria para construir indicadores que den cuenta de los avances o los retrocesos en salud de un país, una región, un estado, una jurisdicción sanitaria y una unidad de atención, así como de los avances en el cumplimiento de los compromisos internacionales del Estado. Un sistema nacional de información en salud permite al gobierno mexicano cumplir con la rendición de cuentas y la transparencia en la materia. Y permite al médico general conocer los problemas de salud que va a afrontar al comenzar a trabajar con una población que desconoce. Lo más importante es que todos los prestadores de servicios del SNS construimos este conocimiento a partir del llenado de los formatos institucionales.

¿A quién se dirige el SINAIS?

El SINAIS se dirige al gobierno en todos sus niveles y a la sociedad en su conjunto. Lo utilizan:

- Los directores de los hospitales, los centros de salud y los prestadores de servicios de atención de la salud (médicos, enfermeras y administradores).
- Los académicos y los docentes de las ciencias médicas y de la salud.
- Las organizaciones no gubernamentales que trabajan en el área de la salud y las interesadas en los programas sociales, la

- contraloría social, la transparencia y la rendición de cuentas.
- Los secretarios de salud de las entidades federativas que integran la nación.
- El secretario de salud federal, las subsecretarías de salud que integran la SSA, y los Institutos de Salud, para la planificación a largo, mediano y corto plazo.
- El presidente de la República, para elaborar sus informes de gobierno y, sobre todo, para planear el futuro de la salud en México.

¿Qué tipo de información se puede obtener en cada uno de los subsistemas del SINAIS?

El SINAIS ha puesto en marcha varios subsistemas de registro:

SINAC	Subsistema de Información sobre Nacimientos
SEED	Subsistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones
SAEH	Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios
SAUM	Subsistema Automatizado de Urgencias Médicas
LESIONES Y VIOLENCIA	Subsistema de Lesiones y Causas de Violencia
SIS	Subsistema de Prestación de Servicios
SINERHIAS	Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Salud
CLUES	Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud
SI C U E N T A S	Subsistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal

En toda base de datos se debe identificar de qué tipo de información se trata. El SINAC, SEED, SAEH, SAUM y Lesiones registran variables específicas de cada usuario o fallecido. El SIS, en cambio, solo incluye información de las actividades (Ver cuadro 1). Si consultamos bases de datos con información nominal, podemos reconocer características sociodemográficas de las personas registradas. Pero

CUADRO 1.
CARACTERÍSTICAS DE LOS SUBSISTEMAS DE INFORMACIÓN

EL SUBSISTEMA	CONTIENE INFORMACIÓN...	CON COBERTURA...	DE LAS FUENTES...	CAPTURA INFORMACIÓN DE...
SINAC	nominal (nacimiento)	nacional	Certificado de nacimiento	la madre, el recién nacido, el nacimiento y el certificante
SEED	nominal (defunción)	nacional	Certificado de defunción	el fallecido, la causa de muerte y el certificante
SAEH	nominal (egreso hospitalario)	de la SSA y los SESA	SIS-SS-14P "Hoja de hospitalización"	la unidad hospitalaria y el paciente o el recién nacido
SAUM	nominal (del paciente)	de la SSA y los SESA	SIS-SS-16P "Hoja de urgencias médicas"	la unidad hospitalaria y el paciente
Lesiones y Causas de Violencia	nominal (del paciente)	nacional	SIS-SS-17P-2012 "Hoja de atención por violencia o lesión"	la unidad hospitalaria, el paciente y el agresor en los casos de violencia
SIS	no nominal	nacional	Formatos primarios e Informes mensuales	los servicios y las actividades realizadas en las unidades médicas de la SSA y los SESA, y fuera de ellas
SINERHIAS	nominal (de la unidad médica)	nacional	Unidad médica	el equipo médico, los recursos humanos, físicos y materiales con que cuentan las unidades médicas en operación
Catálogo CLUES	nominal (de la unidad médica)	nacional	Responsable CLUES estatal / institucional	la ubicación, la institución de pertenencia y el tipo de establecimiento
SICUENTAS	mixta	nacional	Agentes públicos y privados de financiamiento	los recursos financieros públicos y privados que se invierten y se gastan en los servicios de salud

Fuente: Elaboración propia a partir de DGIS, Sistema Nacional de Información en Salud SINAIS. Presentación de Aline Gutiérrez al OMM, el 23 de julio 2013.

si consultamos bases como el SIS, podemos saber cuántas consultas de planificación familiar se dieron, aunque no las características de las personas que recibieron el servicio (Cuadro 1).

La base Padrón General de Salud (PGS) va a ser un padrón de beneficiarios del sector salud, de 2013 a la fecha. Está en proceso de conformación y no es pública.

¿Cómo puedo consultar la información del SINAIIS?

Hay tres formas de consultar la información del SINAIIS:

- En las estadísticas³ publicadas periódicamente por la Dirección General de Información en Salud (DGIS), que en su página web 2017 pueden encontrarse en la pestaña de estadísticas: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/estadisticas_gobmx.html.

Los datos están agrupados en cuatro subsistemas:

EL SUBSISTEMA...	CONTIENE INFORMACIÓN DE...
Población y cobertura	las proyecciones de la CONAPO
Recursos humanos físicos y financieros	las series de 2002 hasta dos años antes de la consulta
Servicios otorgados	la salud de la mujer, los egresos hospitalarios, la consulta externa y los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, por entidad federativa y sectorial
Daños a la salud y nacimientos	los nacimientos desde 1990-2012; la información de estos tabuladores está en Excel y es de fácil lectura en las bases de datos en formato estándar (http://www.dgis.salud.gob.mx/conteiaainidos/basesdedatos/estandar_gobmx.html).

- En las bases de datos en formato estándar que se encuentran en: http://www.dgis.salud.gob.mx/conteiaainidos/basesdedatos/estandar_gobmx.html

³ De 2002 a 2012 estas estadísticas se denominaron boletines, de modo que es posible que modifiquen su nombre con los cambios de gobierno.

La página contiene bases de datos de nacimientos, defunciones, egresos hospitalarios, muerte fetal y recursos. La mayoría de estas bases contienen archivos anuales.

LA BASE DE DATOS DE...	CONTIENE DATOS DE (FECHAS)...	CARACTERÍSTICAS
Nacimientos	desde 2008	En 2008 se puso en marcha el certificado de nacimiento. En 2017 está la base de 2016, en formato <i>MS-Access</i> .
Egresos hospitalarios	desde 2000	En 2017 se publicó la de 2015 en formato <i>MS-Access</i> , comprimido ZIP. Incluye una lista de variables en <i>MS-Excel</i> .
Defunciones generales	desde 1998	Formato <i>xBASE-DBF</i> , en archivo comprimido ZIP.
Muertes fetales	de 1998 a 2013	Archivos en formato <i>MS-Access</i> .
Recursos humanos	de 2002 a 2014	Formato <i>Excel</i> , y contiene información.

- En los cubos dinámicos (OLAP por sus siglas en inglés), en http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD_Cubos_gobmx.html

¿Qué características e insumos básicos se necesitan para entrar al SINAIS?

Para utilizar las estadísticas o descargar las bases de datos puede utilizarse cualquier plataforma de internet, buscando en Google “sinais estadísticas” o “SINAIS bases de datos”. Para el acceso a los cubos dinámicos deben instalarse en la computadora ciertos elementos particulares. La dirección puede cambiar con el tiempo, pero se puede buscar en Google “sinais cubos dinámicos”.

Los requisitos para entrar al sitio son:



- 1) Equipo con procesador Intel o compatible (Pentium 133 MHzo superior, Pentium PRO, Pentium II, Pentium III, Pentium 4 o superior).



- 2) Memoria RAM del equipo mínimo de 32 MB, se recomienda 64 MB.



- 3) Espacio libre en el disco duro de 200 MB



- 4) Navegador Internet Explorer versión 9x o superior (No son compatibles con otros navegadores como Safari, Opera, Firefox).



- 5) Microsoft Office 2000 o superior (contar con el paquete instalado).



- 6) Componentes web de MS-Office versión 10 y 11.
Descarga los archivos en los enlaces: OWC10.zip/
OWC11.zip



- 7) Archivo SQLServer2008
Descarga el archivo en el enlace: SQLServer2008_ASOL-
LEDB10.zip

¿En qué consiste el Subsistema de Prestación de Servicios y Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica?

José Alejandro Meza Palmeros¹

Introducción

El objetivo general del presente capítulo es que los médicos conozcan el funcionamiento y la relevancia de los Sistemas de Información en Salud más importantes dentro de su ejercicio: el Subsistema de Prestación de Servicios (SIS) y el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE). Para ello se propone la revisión de los siguientes apartados:

- El marco conceptual y los fundamentos de los Sistemas de Información en Salud.
- El marco operativo del SIS
- El marco operativo del SUIVE

Una de las funciones más importantes del médico en servicio es la de alimentar el sistema de información en salud del primer nivel de atención del país, mediante el registro de sus actividades en la prestación de servicios. Este registro es necesario tanto para conocer la situación epidemiológica del país como para planear las acciones de atención médica y de salud pública que protejan la salud de la población. El registro de estos reportes periódicos alimenta, así, las dos plataformas estadísticas del Sistema Nacional de Salud mencionadas: el SIS y el SUIVE.

¹ Investigador de Cátedras CONACYT comisionado al Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social – Sureste.

Marco conceptual.

¿Qué es un sistema de información en salud?

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2003) un sistema de información en salud “puede definirse como un esfuerzo integrado de acopio, procesamiento, notificación y uso de información y conocimientos sanitarios con objeto de influir en la formulación de políticas, la acción programática y las investigaciones” (p. 129). Dichos sistemas sirven a la necesidad de evaluar y mejorar el desempeño de los trabajadores de la salud, así como del sistema de salud en su conjunto. Sin embargo, la obtención de información –principalmente de regiones dispersas– no es sencilla.

Si bien incorporar reportes fidedignos procedentes del primer nivel de atención constituye un verdadero reto, su recolección y procesamiento correctos pueden producir información muy valiosa para la programación adecuada del presupuesto, el cálculo de los insumos indispensables, el conocimiento de la morbilidad atendida en ese nivel de atención, y las necesidades de mejora y de atención de la población. En un contexto de incremento constante de las necesidades de salud, aunado a las carencias de recursos que enfrenta el país, parte del desabasto de insumos y de la inadecuada planeación radica en la información sanitaria insuficiente o poco fidedigna (OMS, 2003). De aquí la importancia de esta responsabilidad del médico.

¿Cuáles son los componentes y las características de los sistemas de información en salud?

Al hablar de sistemas, nos referimos a sistemas complejos cuyos componentes actúan de manera interrelacionada, de tal manera que el funcionamiento de un sistema dado no puede inferirse del conocimiento de sus componentes por separado (Vidal *et al*, 2016).

El sistema de salud se compone de múltiples elementos –recursos humanos, infraestructura, e insumos– que actúan de manera interdependiente (Frenk, 1994). Por ejemplo, para que pueda darse una consulta médica, es indispensable cierta infraestructura –como un consultorio– y determinados insumos –como un estetoscopio, un termómetro, entre otros muchos–. Pero estos componentes son inútiles a menos que haya recursos humanos –profesionales de la

medicina– que los operen. La disponibilidad de recursos humanos es, a su vez, insuficiente para producir un servicio de atención médica de no disponerse de la infraestructura y los insumos necesarios. Esta interdependencia determina la importancia de capturar información de manera permanente, ya que la información desactualizada respecto a un solo componente afecta el funcionamiento general del sistema.

Los recursos humanos que integran el sistema de salud se conforman, por otra parte, por diversos gremios –médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, personal administrativo, abogados, ingenieros, etc.– que actúan de manera interdependiente, aunque con el mismo objetivo (proteger la salud de la población), y responden a distintas formas de organización, códigos de conducta e intereses (Freidson, 1978).

El sistema de salud –en cuanto conjunto de elementos interrelacionados– es, a su vez, parte de un sistema más amplio, el sistema social. Esta conformación jerárquica (subsistema, sistema, suprasistema), donde cada sistema es parte de otro superior, es una de las características propias de los sistemas complejos (Alazraqui, Mota y Spinelli, 2006).

Esta jerarquización también opera en los sistemas de información en salud que, por un lado, son parte fundamental del sistema de salud, y por el otro, reciben información de diversas clases como, por ejemplo, clínica (personal, de los antecedentes heredofamiliares, del padecimiento actual), epidemiológica (de la morbilidad y la mortalidad) y sociodemográfica (de la ocupación, la escolaridad, etc.), tal como se muestra en la Figura 1.

Elementos de un sistema de información en salud

La información de un sistema dado no solo debe obtenerse, sino también procesarse en diferentes niveles de construcción (Alazraqui, Mota y Spinelli, 2006): En primer lugar, se tiene el dato (D), que es una descripción parcial y aislada de la realidad. Por ejemplo, como podemos observar en la Figura 2, a pesar de que el dato “35 km de distancia” pueda ser una descripción verídica, al estar aislado no constituye ninguna información; es el conjunto de datos referidos a un mismo objeto lo que la constituye. En el mismo ejemplo, el conjunto de datos señalados en la Figura 2 constituyen la información (I) de un hospital determinado.

FIGURA 1.

COMPONENTES DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD



Fuente: elaboración propia.

Si el dato se analiza con relación a un marco de referencia, puede transformarse en conocimiento (C). En el mismo ejemplo, al analizar la información del hospital con relación a conceptos centrales de la salud pública –tales como las necesidades de salud, la disponibilidad, el acceso o la utilización de servicios–, se transforma en un conocimiento relativo a la disponibilidad de recursos con que cuenta el hospital para atender las necesidades de una determinada población.

No obstante, el conocimiento obtenido a partir del análisis de cierta información (con relación a un marco de referencia) no es útil a menos que se establezcan mecanismos de comunicación (C), de manera que este conocimiento pueda derivar en acciones (A) de mantenimiento o de mejoras del sistema de salud. Podemos identificar, así, los elementos de un sistema de información en salud con las siglas: DICCA (Datos, Información, Conocimiento, Comunicación y Acción), tal como se aprecia en la Figura 2.

Ahora bien, el dato, la unidad fundamental de un SIS, se compone, a su vez, de tres elementos (Samaja, 1999): 1) una *variable*, por ejemplo, relativa a la situación demográfica (como la edad); clínica (como la tensión arterial), o relativa a la situación laboral (como la ocupación); 2) la *unidad de análisis*, por ejemplo, si la

FIGURA 2.
ELEMENTOS DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD



Fuente: elaboración propia.

variable se refiere a una población o a un individuo, a un hospital o a centro de salud, y 3) la *unidad de medida*. En el Cuadro 1 se señalan ejemplos en los que podemos ubicar algunos datos referentes a las unidades médicas e información clínica de los individuos y las poblaciones.

El procesamiento de la información para obtener el conocimiento mínimo indispensable para la toma de decisiones es el siguiente:

1. La información es recolectada, en el caso que nos ocupa, por los médicos en servicio en el reporte diario de sus actividades.
2. La información recolectada es validada, es decir, se constata que sea verídica.
3. La información es sistematizada o integrada en una base de datos para que pueda ser ordenada y analizada. Dicho análisis deriva en conocimiento sobre el desempeño de una determinada unidad médica y, por lo tanto, del funcionamiento del sistema de salud en el primer nivel de atención.

El resultado de este proceso orienta la toma de decisiones para mejorar el desempeño del sistema de salud en su conjunto.

¿Qué es el sis?

Este subsistema consiste en el reporte mensual de las actividades –preventivas y para la atención médica– realizadas en los distintos niveles de atención o en las comunidades. Se integra, así, a partir de dos componentes: el institucional –la información recogida en las unidades médicas– y el comunitario. La periodicidad con la que se lleva a cabo la recolección de información es mensual.

¿Cómo se lleva a cabo la recolección de información del sis?

El médico en servicio debe reportar mensualmente todas sus actividades, ya sea directamente en el sistema informático, si es que su unidad cuenta con la infraestructura necesaria para tal efecto, o en un formato que debe llenar y hacer llegar a la jurisdicción sanitaria, cuyo personal integrará en el sistema de la Dirección General de Información en Salud. El instructivo para llenar dicho formato puede consultarse en el siguiente vínculo:

http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sis/sis_formatos.html

La información del sis se conforma por los datos del reporte diario (el registro de las consultas y demás servicios brindados a la población). La información se captura en una base de datos única, lo que permite construir indicadores para evaluar los distintos

CUADRO 1.
DATOS REFERENTES A INFORMACIÓN DE SALUD

UNIDAD DE ANÁLISIS	VARIABLE	UNIDAD DE MEDIDA
Individual	Tensión arterial diastólica	mm Hg
Individual	Peso	kg
Individual	Talla	cm
Individual	IMC	kg/cm
Unidad médica	Recursos humanos de enfermería	Disponible/ No disponible
Unidad médica	Tiempo promedio de espera en urgencias	minutos
Unidad médica	Número de camas	Número absoluto
Poblacional	Número de personas con seguro popular	Número absoluto
Poblacional	Número de muertes maternas	Número absoluto

Fuente: elaboración propia.

Programas de Acción. Dicha base de datos puede consultarse en el siguiente vínculo:

http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_serviciosis.html

Las variables de los datos recabados no son nominales; es decir, la unidad de análisis no es el individuo sino la unidad médica, de modo que la información permite analizar el desempeño de la unidad médica de manera global, a partir de todas las actividades realizadas.

Esto presenta algunos inconvenientes. Por ejemplo, no puede darse seguimiento a un caso en particular, y dificulta evaluar la validez de la recolección (¿cómo se puede saber si la información recogida es verídica?). Algunas de las variables relevantes del sis son las siguientes:

- Usuarios activos de la planificación familiar
- Niños en control de nutrición
- Casos en tratamiento y casos controlados de: diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad y dislipidemias.
- Mujeres embarazadas en control pre natal
- Consultas
- Análisis de laboratorio

Este sistema de información está reglamentado en la Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012 en materia de información en salud, así como en la NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de Información en Salud.

¿Qué es el SUIVE?

El SUIVE pertenece a un subsistema del Sistema Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), cuyo objetivo es producir información epidemiológica de todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

El SUIVE se enfoca en las 114 enfermedades relevantes de la población. De estas, 13 corresponden a enfermedades “de notificación inmediata” por su gravedad, su contagiosidad y, en general, su relevancia epidemiológica.

- Fiebre amarilla
- Peste
- Fiebre recurrente transmitida por piojos
- Tifo epidémico
- Tifo murino
- Fiebre manchada
- Encefalitis equina venezolana
- Meningitis por *Haemophilus influenzae*
- Fiebre del oeste del Nilo
- Efectos indeseables de las vacunas o de sustancias biológicas
- Poliomiелitis
- Meningoencefalitis amebiana primaria
- Intoxicación por picadura de abeja africana

Si bien la mortalidad materna no es una enfermedad infecciosa, también se considera de notificación inmediata.

Además de la notificación de los daños a la salud provocados por estas enfermedades, la información del SUIVE incluye los resultados de pruebas de tamizaje y diagnóstico por laboratorio. Como cualquier sistema de información sanitaria, permite el análisis de información epidemiológica fundamental para conocer el estado de salud de las poblaciones y evaluar las intervenciones dirigidas a atender sus necesidades. El SUIVE posibilita responder de inmediato a las epidemias.

El SUIVE contiene la notificación semanal de los nuevos casos de enfermedad –de acuerdo la Norma Oficial Mexicana, NOM-017-SSA2-2012 para la vigilancia epidemiológica. Dicha notificación informa del comportamiento de las enfermedades epidémicas para identificar oportunamente su presencia o su incremento inusual, así como la aparición de nuevas enfermedades. Este conocimiento epidemiológico es crucial para el diseño de las políticas de salud, para su atención, y especialmente para su prevención.

¿Cómo se recolecta la información del SUIVE?

La notificación semanal de los nuevos casos de enfermedad se recoge en un instrumento diseñado para tal propósito (formato SUIVE 1). La fuente de información es la hoja médica diaria, particularmente el apartado del diagnóstico de casos registrados como de primera vez en todas las unidades del Sistema Nacional de Salud. Una vez que el médico responsable de este proceso vacía la información en el formato SUIVE 1, esta es enviada a la jurisdicción sanitaria en donde se captura en el Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica (SUAVE).

La Dirección de Información Epidemiológica publica los resultados de su sistematización y su análisis en el *Boletín de Epidemiología*, en su versión semanal o mensual. Esta información puede consultarse en la página web de la Dirección General de Epidemiología:

www.dgepi.salud.gob.mx

La información se actualiza semanalmente, pero se conserva el histórico de los boletines que constituyen el insumo principal de la

publicación del anuario de morbilidad, que presenta la información epidemiológica relevante del país.

Un manual muy completo sobre la recolección y sistematización de la información puede consultarse en el siguiente vínculo:

www.ssm.gob.mx/portal/page/vig_epid/1/manuales/28%20Manual%20SUIVE.pdf

El formato SUIVE 1 puede obtenerse en la siguiente liga:

www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/suive/Formato_SUIVE_1%202014.pdf

A diferencia de las variables del SIS, las del SUIVE son nominales y corresponden a información centrada en el individuo. Se trata, sobre todo, del número de casos de las enfermedades sujetas a notificación, por sexo y grupos quinquenales de edad.

¿Qué debo hacer cuando ocurra un nacimiento en la comunidad donde presto mi servicio?

Graciela Freyermuth Enciso¹

José Alberto Muños Hernández²

Introducción

De acuerdo con el Subsistema de Información de Nacimientos (SINAC), en el 2017, 76.9% de los nacimientos ocurrieron en una unidad pública del sistema de salud, 22% en una unidad médica privada, y 1.1%, en la vía pública, el hogar u otro sitio. Pero es en las áreas rurales donde persiste la atención domiciliaria del parto; por ello los médicos de las unidades del primer nivel de atención deben saber que el certificado de nacimiento (CN) es un requisito obligatorio para obtener el acta de nacimiento. Deben conocer también la normativa para expedir un CN cuando lo hace un médico que no atendió el parto. Para llenar el CN es menester saber cómo está organizado y qué información es necesario tener.

El objetivo de este capítulo es dar a conocer al médico el CN y los requisitos asociados con su llenado, y comentar acerca de su utilidad. Para ello, responde a las siguientes siete preguntas:

- ¿Qué es el CN?
- ¿Qué requisitos debe cumplir una mujer –o el familiar responsable– para que se le expida un CN?

¹ Investigadora del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social - Sureste.

² Investigador de Cátedras CONACYT comisionado al Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social – Pacífico Sur.

- ¿Qué apartados tiene el CN?
- ¿Cómo obtengo los CN?
- ¿Quiénes son los destinatarios del CN?
- ¿Dónde puedo obtener información del CN?
- ¿Hay otros elementos que deba considerar?

¿Qué es el CN?

De acuerdo con la definición de la NOM-035-SSA3-2012 (DOF, 2012a):

el Certificado de Nacimiento es un formato único nacional establecido por la Secretaría de Salud, de expedición gratuita y obligatoria, con carácter individual e intransferible, que hace constar el nacimiento de un nacido vivo y las circunstancias que acompañaron el hecho.

Este CN avala las condiciones y el contexto de un nacimiento. Incluye información sobre la atención prenatal, la historia reproductiva de la madre, y datos del recién nacido, del nacimiento y del certificante. En 2013 se agregaron –mediante un Decreto publicado en el DOF– diversas disposiciones a la Ley General de Salud, que establecen que el CN es un documento gratuito y obligatorio, y su presentación en original es necesaria para obtener el acta de nacimiento correspondiente.

Su importancia también radica en que contiene información clasificada como de interés nacional, ya que con ella se calculan los indicadores del Catálogo Nacional de Indicadores, entre ellos: la razón de mortalidad materna (RMM), la tasa de mortalidad infantil (TMI) y la tasa de mortalidad en menores de cinco años (TMM5) (SNIEG, s/f).

¿Qué requisitos debe cumplir una mujer o el familiar responsable para que se le expida un CN?



Cuándo llenar el CN

Según el manual de llenado del CN de la Secretaría de Salud, el personal de salud que atendió al nacido vivo tiene la obligación de expedir el CN dentro de las primeras 24 horas posteriores al hecho (independientemente de la nacionalidad o la situación legal de los padres).



Antes de llenar el CN

Antes de expedir el CN, el certificante debe corroborar el nacimiento, el vínculo madre-hijo(a) y la identidad de la madre mediante una identificación oficial o, en su defecto, con el documento respectivo expedido por la autoridad competente (Autoridad Municipal, Comisariado Ejidal, Consulado, etc.).



Cuando la madre fallece

En caso de fallecimiento de la madre del nacido vivo, el familiar responsable debe presentar una identificación oficial que acredite su persona y la relación con la madre. Debe mostrar, además, el certificado o el acta de defunción de la madre.



Cuando hay adopción o maternidad subrogada

Cuando hay adopción o maternidad subrogada, el CN debe expedirse a nombre de la madre gestante del nacido vivo.

¿Qué apartados tiene el CN?

El CN está dividido en tres apartados para la captura de la información de la madre, del nacido vivo y el nacimiento, y del certificante.

Información de la madre

Deben obtenerse, en primer lugar, los datos sociodemográficos de la madre, como el lugar y la fecha de nacimiento, la edad, la situación conyugal y la residencia habitual (Figura 1).

Al respecto, hay algunas consideraciones. Freyermuth *et al.* (2017) encontraron que la fecha de nacimiento de la madre causa problemas entre los informantes porque en la base de datos del SINAC hay una cantidad considerable de CN en los que falta este dato. Otra información problemática es la relativa a la escolaridad,

FIGURA 1.

APARTADO DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO DONDE SE PREGUNTA POR LOS DATOS DE LA MADRE

DATOS DE LA MADRE	1. NOMBRE		
	Nombre (s) _____		Apellido paterno _____
	Apellido materno _____		
	1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) _____ Se ignora <input type="radio"/> 99		
	2. LUGAR DE NACIMIENTO		
	2.1 Municipio o delegación _____		2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera) _____
	3. FECHA DE NACIMIENTO		
	4. ESTADO CONYUGAL		
	En unión libre <input type="radio"/> 16 Separada <input type="radio"/> 18 Divorciada <input type="radio"/> 13 Viuda <input type="radio"/> 14 Soltera <input type="radio"/> 12 Casada <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99		
	5. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO		
	5.1 Calle y número _____		5.2 Colonia _____
	5.3 Localidad _____		
	5.4 Municipio o delegación _____		5.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____
5.6 Teléfono _____			
6. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) _____ Se ignora <input type="radio"/> 99			
7. NÚMERO DE HIJOS (AS) NACIDOS (AS) MUERTOS (AS) _____ Se ignora <input type="radio"/> 99			
8. NÚMERO DE HIJOS (AS)			
8.1 Nacidos (as) vivos (as) _____ Se ignora <input type="radio"/> 99		8.2 Sobrevivientes _____ Se ignora <input type="radio"/> 99	
8.1 Nacidos (as) vivos (as) (incluye el actual) _____ Se ignora <input type="radio"/> 99		8.2 Sobrevivientes _____ Se ignora <input type="radio"/> 99	
9. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACÍO			
Vivo (as) <input type="radio"/> 1 Muerto (as) <input type="radio"/> 2		9.1 Vive aún <input type="radio"/> 1 del embarazo anterior	
No ha tenido otros hijos (as) <input type="radio"/> 3		9.2 Fecha de nacimiento del hijo (a) anterior _____	
10. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) _____ Se ignora <input type="radio"/> 99			
11. ATENCIÓN PRENATAL			
11.1 ¿Recibió atención? <input type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99		11.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta <input type="radio"/> 1 Primero <input type="radio"/> 2 Segundo <input type="radio"/> 3 Tercero <input type="radio"/> 4 Se ignora <input type="radio"/> 99	
11.3 Total de consultas recibidas _____ Se ignora <input type="radio"/> 99			
12. ¿VIVE LA MADRE? <input type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99			
12.1 En caso negativo, escribe el número de folio del Certificado de Defunción _____			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD			
Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		13.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
14. ESCOLARIDAD			
Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 6 Profesional <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99		Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 7 Posgrado <input type="radio"/> 10	
15. OCUPACIÓN HABITUAL			
Se ignora <input type="radio"/> 99		15.1 Trabaja actualmente <input type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99	

Fuente: Certificado de nacimiento, Dirección General de Información en Salud (DGIS), México.

pues en algunos casos esta no corresponde a la edad de la madre. Por ejemplo, en México los estudios de posgrado se cursan a partir de los 20 años, y en la base se encontraron casos en que la edad del estudiante de posgrado era mucho menor. Es necesario poner atención en que los datos del llenado sean congruentes.

En cuanto a los antecedentes obstétricos y prenatales, y la sobrevivencia, el cuestionario del CN incluye preguntas difíciles para el informante, como la fecha de nacimiento del hijo(a) anterior y el número de embarazos, o la información de los hijos nacidos vivos, muertos y sobrevivientes. Aquí añadiríamos que en el cuestionario del CN no se pregunta, a la fecha, por el número de abortos. Tener este dato ayudaría, entre otras cosas, a complementar la historia reproductiva de la madre.

En este apartado también se debe poner atención en los temas que se refieren a si aún vive el hijo anterior, y cuál es el orden de nacimiento de los hijos. Por ser datos de los hijos anteriores (que pueden estar vivos o no), un informante que no sea la madre podría no conocerlos.

Información del nacido vivo y el nacimiento

En este apartado se obtienen los datos sobre las condiciones generales del nacimiento, la ocurrencia y la atención. Puesto que esta información depende del momento de su captura o su solicitud, se debe llenar después del nacimiento y verificar la información sobre la vacunación y el tamizaje del recién nacido (Figura 2). La mayor dificultad observada en el llenado de este apartado es la de las valoraciones Apgar y Silverman.

También genera conflicto la información de la aplicación de vitaminas y vacunas. A veces la dificultad radica en conseguir la información. La captura de la talla y el peso del recién nacido al nacer también puede generar problemas si no se tiene acceso al registro médico o a la libreta de partos, o cuando el nacimiento ocurre en el hogar.

Información del certificante

En este apartado se obtienen los datos del certificante, es decir, los datos de identificación y localización de la persona que da fe del nacimiento (Figura 3). Este apartado no tiene, por lo general, problemas de captura, aunque los datos que se piden no están disponibles en la base de datos de libre acceso de la página electrónica de la Dirección General de Información en Salud (DGIS), desde donde se pueden descargar las bases de datos para su consulta.

¿Cómo obtengo los CN?

Los Servicios Estatales de Salud (SESA) son los responsables ante la DGIS del control y el uso adecuado de los CN foliados que ésta les asigna en cada dotación. Los SESA están a cargo de entregar los CN y posibilitar la captura, la generación y el intercambio de la información necesaria para expedirlos. También son los responsables de coordinar el retiro de los formatos obsoletos cuando la DGIS así lo indique. Todo establecimiento del SNS, persona o instancia implicada en la distribución de los CN es, a su vez, responsable ante los SESA de su control y su uso.

FIGURA 2.

APARTADO DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO DONDE SE PREGUNTA POR LOS DATOS DEL NACIDO VIVO Y EL NACIMIENTO

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO	16. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO				17. SEXO		18. EDAD GESTACIONAL			
	Día Mes Año Hora Minutos				Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2		Semanas			
	19. TALLA		20. PESO AL NACER			21.1 APGAR (a los cinco minutos)		21.2 SILVERMAN (a los cinco minutos)		
	Centímetros		Gramos							
	22. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS					23. TAMIZ NEONATAL		24. PRODUCTO DE UN EMBARAZO		
	Vitaminas					23.1 Metabólico		23.2 Auditivo		
	22.1 BCG <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2					22.2 Hepatitis B <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		22.3 (A) <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		22.4 (K) <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
	25. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO					23.1 Metabólico <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		23.2 Auditivo <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		24. Único <input type="radio"/> 1 Gemelar <input type="radio"/> 2 Tres o más <input type="radio"/> 3
	a) _____					CLAVE CIE-10				
	b) _____									
26. PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO										
Parto normal <input type="radio"/> 1 Cesárea <input type="radio"/> 2 Fórceps <input type="radio"/> 3 Otro <input type="radio"/> 8 Especifique _____										
27. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO										
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Oportunidades <input type="radio"/> 2 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8										
IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 10										
27.1 Nombre de la unidad médica _____										
27.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____										
28. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO										
Médico <input type="radio"/> 1 Enfermera <input type="radio"/> 2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 3 Partera <input type="radio"/> 4 Otro <input type="radio"/> 8										
Especifique _____										
29. DOMICILIO DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO										
29.1 Calle y número			29.2 Colonia			29.3 Localidad				
29.4 Municipio o delegación					29.5 Entidad federativa					

Fuente: Certificado de nacimiento, Dirección General de Información en Salud (DGIS), México.

¿Quiénes son los destinatarios del CN?

Las instancias y las personas implicadas en la expedición de los CN deben entregar mensualmente, por medio electrónico, a las autoridades de los SESA responsables de su distribución, una lista con el control de los CN foliados que les hayan sido asignados, e indicar el estatus que guarda cada folio (en resguardo, expedido, cancelado, extraviado o robado). Los SESA deben entregar mensualmente a la DGIS, por medio electrónico, el control de los CN foliados correspondiente a su entidad.

El SINAC, por su parte, integra la información de los nacidos vivos en el país, y de las condiciones de su nacimiento –generada en los CN– por cobertura nacional, sectorial y de ocurrencia fuera de una unidad médica. Los datos son de tipo nominal y los CN son la principal fuente de información para su obtención, lo que permite disponer de información mensual parcial, y consolidada cada mes de abril.

FIGURA 3.

APARTADO DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO DONDE SE PREGUNTA POR LOS DATOS DEL CERTIFICANTE

DATOS DEL CERTIFICANTE	30. NOMBRE			
	Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno	
	31. CERTIFICADO POR			
	Médico pediatra <input type="radio"/> 1	Médico gineco-obstetra <input type="radio"/> 7	Otro médico <input type="radio"/> 2	Enfermera <input type="radio"/> 3
	Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	Partera <input type="radio"/> 5	Autoridad civil <input type="radio"/> 6	Especifique
32. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	33. SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUÁL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA?			
Número de cédula profesional	33.1 Nombre de la unidad médica	33.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		
34. DOMICILIO Y TELÉFONO				
34.1 Calle y número	34.2 Colonia	34.3 Localidad		
34.4 Municipio o delegación	34.5 Entidad federativa	34.6 Teléfono		
35. FIRMA	36. FECHA DE CERTIFICACIÓN			
	Dia	Mes	Año	

Fuente: Certificado de nacimiento, Dirección General de Información en Salud (DGIS), México.

¿En dónde puedo obtener información del CN?

La obtención de información sobre el llenado del CN o sobre los folios se hace directamente en los SESA o en línea, desde la página de la DGIS, en donde se localiza el manual de llenado del CN Modelo 2015:

http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/CN_ManualLlenado.pdf

En cuanto a los datos oficiales de los CN, la DGIS dispone de las bases de datos del SINAC con la información anual del CN en dos formatos para consulta en línea: el formato de cubos dinámicos de información en salud, en la dirección electrónica:

http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD_Cubos_gobmx.html,

y el formato de la base de datos estándar, en la dirección:

http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/std_nacimientos_gobmx.html

¿Qué otros elementos debo considerar?

La importancia del CN no solo radica en que contiene información homogénea de los nacimientos, sino también en que –si esta es oportuna y adecuada– se puede utilizar para calcular indicadores

nacionales tales como la tasa de mortalidad infantil, la razón de mortalidad materna y la fecundidad. El CN permite conocer el número de nacimientos en el país de manera oportuna, independientemente de su solicitud para las actas de nacimiento.

De aquí que deban considerarse las dificultades de la oportunidad en el registro de nacimientos, y los problemas que su retraso conlleva en la planeación de los programas de salud y sociales que apoyan a la comunidad.

Por otro lado, es indispensable que los niños tengan un acta de nacimiento para acceder a sus derechos esenciales y esta se obtiene presentando el CN en el plazo estipulado.

No debe haber expedientes incompletos; no debe faltar información difícil de obtener por cuestiones burocráticas, como cuando los trabajadores administrativos no tienen acceso al expediente clínico, o cuando las enfermeras les facilitan la información de la libreta de partos, o no, dependiendo del trato. La información sobre los hijos muertos y los hijos vivos, el orden de los nacimientos, la valoración Silverman o la aplicación de vacunas y vitaminas tiene problemas de captura porque no está en la hoja de egresos o contrarreferencia, donde una buena cantidad de datos de este tipo no se especifican (Freyermuth, *et al.* 2017).

En cuanto las diferentes entidades del país mejoren la captura de la información del CN, esta se va a homogeneizar y se van a hacer evidentes las particularidades de cada municipio o localidad del país, puesto que hay municipios donde presentar ciertos documentos no es obligatorio, o incluso donde la gente no tiene ningún documento de identidad. Poder evaluar estos casos va a permitir mejorar el CN y tener una información más completa de los nacidos vivos en nuestro país.

CAPÍTULO 10

¿Qué debo hacer cuando ocurra una defunción en la comunidad donde presto mi servicio?

Cecilia de la Torre Hernández¹

María Graciela Freyermuth Enciso²

Introducción

Cuando trabajamos en una unidad de salud de primer nivel de atención, es posible que tengamos que expedir un certificado de defunción (CD). Esta es una obligación, aun cuando no hayamos tenido contacto con el paciente. De acuerdo con la normativa vigente, un médico debe expedir el CD de preferencia durante las 24 horas posteriores al fallecimiento. De aquí que deba conocer las características de este documento legal, que permite expedir el acta de defunción.

En la respuesta a las siguientes ocho preguntas, el médico puede conocer los campos del CD, sus características y su importancia:

- ¿Qué es el CD y para qué sirve?
- ¿Desde cuándo el CD es necesario para obtener el acta de defunción?
- ¿Qué campos tiene el CD, cómo está organizado y cuáles son sus apartados?
- ¿Por qué es importante expedir los CD?
- ¿Qué instancias utilizan la información del CD?
- ¿Qué tipo de información se puede obtener en el Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED)?

¹ Investigadora, Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud, A. C.

² Investigadora del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social - Sureste.

- ¿Cómo puedo tener acceso a la información del SEED?
- ¿Qué características e insumos debe tener mi computadora para ingresar al SEED?

¿Qué es el CD y para qué sirve?

El CD es la constancia de un fallecimiento, y es requisito obligatorio para expedir el acta de defunción y para la inhumación. En teoría, ninguna inhumación puede hacerse sin previa autorización de la Oficialía del Registro Civil (Periódico Oficial, 2014). Los deudos necesitan el acta para hacer los trámites legales subsecuentes, como el traslado de bienes, derechos y obligaciones (deudas) a los herederos. El certificado también contiene datos útiles para efectos legales, estadísticos y epidemiológicos.

¿Desde cuándo el CD es necesario para obtener el acta de defunción?

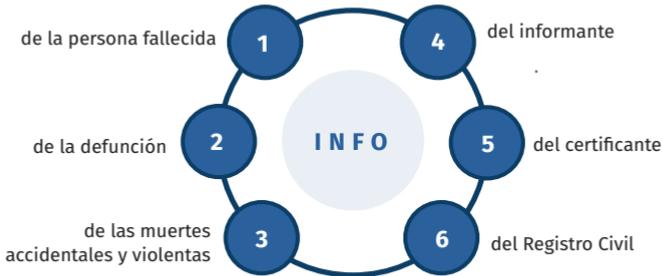
En 1986, el Gobierno de la República decretó que toda defunción era objeto de certificación, y esta debía expedirla un profesional de la medicina u otra persona autorizada por la Secretaría de Salud (SSA). El Registro Civil no puede expedir el acta de defunción sin la certificación (DOF, 1986).

¿Qué campos tiene el CD, cómo está organizado y cuáles son sus apartados?

El CD contiene los siguientes campos y tiene, al reverso, el instructivo de llenado:

- Características sociodemográficas de la persona fallecida
- Características de la defunción
- Información para la muerte accidental y violenta
- Información del informante
- Datos del certificador
- Datos del Registro Civil

El CD está organizado en seis apartados para la información:



1) Información de la persona fallecida

Este apartado reúne datos como el nombre, la edad, el sexo, la nacionalidad, la entidad de nacimiento, la CURP, el estado conyugal, el lugar de residencia habitual (localidad, municipio y entidad federativa), la ocupación, la escolaridad, la afiliación a servicios de salud, y el nombre del padre, la madre y el cónyuge (Figura 1).

2) Información de la defunción

Este apartado reúne datos sobre el sitio de ocurrencia, que puede ser una unidad de salud (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA), el hogar, la calle, un vehículo, u otro; el domicilio en donde ocurrió la defunción, la fecha y la hora, si la persona fallecida recibió atención médica o no, y si le hicieron autopsia, entre otros (Figura 2).

Después de los campos para esos datos, hay dos “partes”:

Parte 1. Causas de la defunción, con los siguientes incisos:

- Causa de la enfermedad, lesión o estado que produjo la muerte.
- Antecedentes de la causa de la muerte
- Causa básica, o causa primaria que desencadenó la muerte, duración de cada uno de los procesos mórbidos que antecedieron la muerte y su clasificación de acuerdo

FIGURA 1.

DATOS DE LA PERSONA FALLECIDA EN EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____	
3. SEXO Masculino <input type="radio"/> 1 Femenino <input type="radio"/> 2 Desconocido <input type="radio"/> 0	5. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Especifique _____
4. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____ Desconocida <input type="radio"/> (consulte el instructivo de llenado)	
5. EDAD CUMPLIDA Para menores de un día: Horas _____ Minutos _____ 5.1 PESO: Gramos _____	6. CURP DEL FALLECIDO(A) Para menores de un mes: _____ Para menores de un año: _____ Para personas de un año o más: _____ Años cumplidos _____
7. ESTADO CIVIL Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 En unión libre <input type="radio"/> 4 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 0	
8. RESIDENCIA HABITUAL (anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)) 8.2 Localidad o Colonia _____ 8.1 Calle y número _____ 8.3 Municipio o Delegación _____	
9. OCUPACIÓN HABITUAL _____	10. ESCOLARIDAD Primaria Incompleta (de 1 a 5 grados) <input type="radio"/> 1 Primaria completa <input type="radio"/> 2 Secundaria Incompleta <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 5 Profesional <input type="radio"/> 6 No aplica <input type="radio"/> 7 Superior <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9
11. INSTITUCIÓN DE DERECHOAHBIENCIA Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 5 SECMAR <input type="radio"/> 6 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
12. NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL O DE AFILIACIÓN _____ Se ignora <input type="radio"/> 00	

Fuente: SSA, 2004c

con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

Nota: la causa básica o desencadenante de los procesos que llevaron a la muerte es la que se publica en las bases de datos oficiales y se utiliza para generar las estadísticas de mortalidad y analizarlas (ssa, 2004c).

Parte 2. Otros estados patológicos relacionados con la muerte

- Reúne información sobre otros estados patológicos que hayan contribuido a la muerte, pero que no están directamente relacionados con la causa básica.

Enseguida hay campos para el registro de información sobre las complicaciones en el embarazo, el parto y el puerperio.

3) Información de la muerte accidental y violenta

Este apartado reúne los datos del fallecimiento cuando es por accidente, homicidio o suicidio (Y35, Y36 y Y89, de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades del CIE-10). Reúne datos sobre el lugar donde ocurrió la defunción, sobre si ocurrió en

FIGURA 2.

DATOS DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Y SUS CAUSAS

13. LUGAR DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 Oportunidades <input type="radio"/> 3 ISSSTE <input type="radio"/> 4 PEMEX <input type="radio"/> 5 Otra unidad pública <input type="radio"/> 6 Otra unidad privada <input type="radio"/> 9		1 Via pública <input type="radio"/> 10 2 Otro lugar <input type="radio"/> 11 3 Se ignora <input type="radio"/> 12	
14. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 14.1 Calle y número _____ 14.2 Localidad o Colonia _____ 14.3 Municipio o Delegación _____ 14.4 Entidad Federativa _____		13.1 Nombre de la unidad médica 1 Hogar <input type="radio"/> 11 2 Se ignora <input type="radio"/> 12	
15. FECHA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____		16. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
15.1 HORA DE LA DEFUNCIÓN Hora _____ Minutos _____		17. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
DE LA DEFUNCIÓN	18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoto una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)		código CIE-10
	PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente Debido a (o como consecuencia de) _____		_____
	Casos, antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa histórica Debido a (o como consecuencia de) _____		_____
	Debido a (o como consecuencia de) _____		_____
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo		_____	
19. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Especie para código CIE-10 _____		20. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER EN EDAD FÉRTIL, ESPECIFIQUE SI LA MUERTE OCURRIÓ DURANTE El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 40 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada durante los 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	
21. ¿LAS CAUSAS ANOTADAS FUERON COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		22. ¿LAS CAUSAS ANOTADAS COMPLICARON EL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	

Fuente: SSA, 2004c

horas laborales, si fue por violencia familiar, si se practicó necropsia, si intervino el ministerio público y, en caso de accidente, del domicilio o el lugar en donde ocurrió (Figura 3).

4) Información del certificador

Reúne los datos del certificador, tales como su nombre y su firma, su domicilio y su teléfono, y la fecha de la certificación (día, mes, año) (Figura 4).

5) Información del informante

Reúne los datos de la persona que informó del fallecimiento, tales como el nombre y su parentesco con la persona fallecida (Figura 5).

6) Información del registro civil

Reúne datos tales como el número de libro y el acta, el lugar y la fecha del registro, datos de la localidad, el municipio y la entidad federativa (Figura 6).

FIGURA 3.
DATOS DEL FALLECIMIENTO SOBRE MUERTES ACCIDENTALES
O VIOLENTAS

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 4	23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3	23.3 Lugar dónde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Institución residencial <input type="radio"/> 1 Áreas deportivas <input type="radio"/> 2 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (granjo o pascual) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	23.4 Violencia familiar ¿El presunto agresor es familiar del fallecido? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3
	23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número _____	23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión _____		
23.7 En caso de accidente de vehículo de motor, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y Localidad o Colonia _____		23.7.2 Municipio o Delegación _____		
		23.7.3 Entidad Federativa _____		

Fuente: SSA, 2004c

FIGURA 4.
DATOS DE LA PERSONA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN

PERSONA QUE CERTIFICAN	25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3	Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	Autoridad civil <input type="radio"/> 5	Otro <input type="radio"/> 6	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____
	27. DATOS DEL CERTIFICANTE 27.1 Nombre y Firma _____		27.2 Domicilio y Teléfono _____		28. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____

Fuente: SSA, 2004c

FIGURA 5.
NOMBRE DEL INFORMANTE Y SU PARENTESCO CON LA PERSONA
FALLECIDA

24. DATOS DEL INFORMANTE 24.1 Nombre _____	24.2 Parentesco con el fallecido(a) _____
---	---

Fuente: SSA, 2004c

FIGURA 6.
DATOS DEL REGISTRO CIVIL EN EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	29. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO Num. _____, Libro Num. _____ 29.1. Acta Num. _____	30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 30.1 Localidad _____ 30.2 Municipio _____ 30.3 Entidad _____ 30.4 Día _____ Mes _____ Año _____
---------------------------	--	---

Fuente: SSA, 2004c

¿Por qué es importante expedir los cd?

La expedición de un CD tiene tres propósitos: el legal, el epidemiológico y el estadístico (ssa, 2004c).



Propósito legal

El certificado permite a los oficiales del Registro Civil tener constancia de la causa y el contexto del fallecimiento, y fundamenta la expedición del acta de defunción, necesaria para poder inhumar a la persona fallecida. También permite a los deudos tramitar el traslado de los bienes, derechos y obligaciones a los herederos.

El certificado debe elaborarse después de verificar que ha ocurrido la muerte, se ha examinado el cadáver y se ha recogido la información disponible respecto a las causas o circunstancias que la provocaron. Lo datos deben ser anotados con apego a la verdad, sin errores y sin omitir alguno a menos que se ignore (SSA, 2004c:6).



Propósito epidemiológico

La información sobre los daños a la salud de la población permite construir los indicadores para el seguimiento de los problemas de salud de interés regional, nacional e internacional.



Propósito estadístico

Las defunciones inciden en indicadores como la tasa de mortalidad general, materna e infantil. El CD aporta información de primera fuente, da cuenta legalmente de una muerte y contribuye al conocimiento de la causalidad de las enfermedades.

En la Era de la información, las actas del Registro Civil son un referente fundamental para el seguimiento de las defunciones y la planeación de las políticas de población, salud y migración, así como de los padrones electorales. Es también una valiosa herramienta de evaluación en el seguimiento de los compromisos gubernamentales nacionales e internacionales.

¿Qué instancias utilizan la información del CD?

Las autoridades administrativas y judiciales utilizan la información del CD. En primera instancia el Registro Civil,³ que se encarga de inscribir, autorizar y dar publicidad a los actos del estado civil de las personas. Se envían copias del certificado a la SSA, al Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, y al Registro Nacional de Población (DOF, 2011b). Estas instituciones se rigen por las disposiciones que emite la Dirección General de Información en Salud (DGIS) de la SSA para recopilar los datos de las defunciones. La DGIS utiliza el CD y las actas de defunción para elaborar las bases de datos en formato estándar y alimentar el Subsistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones.

Esta información es de libre consulta y la utilizan los tomadores de decisiones, los académicos, los organismos gubernamentales y no gubernamentales y el público en general.

¿Qué tipo de información se puede obtener en el Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED)?

El Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED) es un Subsistema del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), de la SSA, que permite capturar, procesar y publicar la información de las defunciones. Esta información puede consultarse en el SINAIS y el SEED en varios formatos: bases de datos, estadísticas y cubos dinámicos (OLAP por sus siglas en inglés).⁴

En el SEED se puede obtener –gracias a los CD– el número de muertes por entidad federativa, por municipio y por jurisdicción, de acuerdo con el perfil sociodemográfico, la causa básica y el lugar de ocurrencia y de su atención médica. Una de las ventajas de analizar las defunciones en cubos en el SEED es que la información se puede exportar a una hoja de *Excel*, lo que permite un fácil manejo de los datos. Las defunciones también pueden analizarse en las bases de datos en formato estándar, aunque para ello el usuario debe conocer el paquete estadístico SPSS, el STATA o el SAS.

³ Artículo 348, Capítulo v Título decimocuarto Donación, trasplantes y pérdida de la vida, de la Ley General de Salud.

⁴ http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD_Cubos_gobmx.html

¿Cómo puedo tener acceso a la información del SEED?

Hay varias formas de acceso a la información del SEED. La primera es en las estadísticas⁵ que publica periódicamente la DGIS. En su página web 2017 pueden encontrarse en la pestaña de estadísticas, agrupadas en cuatro subsistemas:

http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/estadisticas_gobmx.html.

Una segunda forma de acceso a los datos es en las bases de datos en formato estándar:

(http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/estandar_gobmx.html).

La tercera forma de acceso es en los cubos dinámicos (OLAP, por sus siglas en inglés):

(http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD_Cubos_gobmx.html)

¿Qué características e insumos básicos debe tener mi computadora para ingresar al SEED?

Para ingresar al SEED es necesario tener una computadora y acceso a Internet Explorer. Para entrar al sistema, es preciso instalar programas adicionales que permiten manejar el sistema. La plataforma de la DGIS pone a disposición del usuario un paquete de instalación para configurar la computadora, y una guía de instalación. Dispone también de un tutorial y una manual del usuario. Con estos insumos puede tenerse acceso a los datos de las defunciones y exportarlos a un archivo de *Excel* (hoja de cálculo).

Pasos para el acceso al SEED:



- 1) Instalar el software para cubos dinámicos en una computadora que tenga Microsoft Office 2000 o superior, empleando la guía de instalación disponible en la plataforma de la DGIS.

⁵ Del 2002 al 2012 estas estadísticas se denominaron boletines. Es así que es posible que se modifique su nombre con los cambios de gobierno.



- 2) Entrar al vínculo:
http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD_Cubos_gobmx.html



- 3) Dar doble clic sobre el rubro “defunciones”. Este icono da acceso a información sobre: mortalidad general del país, muertes maternas, muertes fetales, así como archivos que describen las variables contenidas en las bases de datos, que facilitan su interpretación.



- 4) Ingresar al apartado de defunciones y desde ahí manipular la lista de variables en la tabla pivote, según las variables definidas para el análisis.



- 5) Exportar a un archivo de *Excel*, en el que se pueden manipular los datos y guardar en cuadros.



A man with dark hair, wearing a light-colored plaid button-down shirt, is crouching outdoors. He is looking down and to the right. The background features a corrugated metal wall and some foliage. The entire image has a teal color cast. The text 'PARTE' is overlaid in white, uppercase letters, positioned above a large white number '3'.

PARTE

3

El servicio social de medicina



¿Qué es el servicio social de la carrera de Medicina?

José Alejandro Meza Palmeros¹

Introducción

El objetivo del presente capítulo es que los médicos que realizan su servicio social en unidades médicas rurales reflexionen acerca de la importancia del servicio social para la protección de la salud de la población del país. Para ello, se expone la función del servicio social de la carrera de Medicina desde una perspectiva normativa. Este capítulo se propone que los médicos conozcan:

- Los antecedentes y el origen del servicio social de la carrera de Medicina en México.
- Las tres funciones del servicio social desde el punto de vista normativo: obligación jurídica, académica y asistencial.

El capítulo está dividido en tres apartados: en el primero se argumenta la relevancia del servicio social de la carrera de Medicina para la prevención y la atención de los problemas de salud del país. Para expresar con mayor claridad esta relevancia, en el segundo apartado se documenta su origen, que explica sus características, mientras que en la tercera sección se profundiza sobre su función en la sociedad.

¹ Investigador de Cátedras CONACYT comisionado al Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social - Sureste.

Antecedentes



La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), define el servicio social como la serie de actividades que los estudiantes realizan en beneficio de la comunidad, a la par de que se forman tanto profesional como cívicamente. Aunque sus orígenes no son recientes, apenas en las pasadas tres décadas su experiencia se extendió a todas las profesiones, particularmente en los países denominados en desarrollo (UNESCO, 1984).



El servicio social de cualquier carrera es una manera de retribuir a la sociedad la contribución que esta hizo en la formación del profesionista. No solo en términos económicos, ya que muchas otras formas de contribución social son ajenas a dichos términos. Un buen ejemplo es el de las profesiones del ámbito de la salud, pues la mayor parte de los pacientes que contribuyen a la formación de estos profesionistas viven en situación de marginación. Esto ha sido muy criticado pero sigue vigente (Menéndez, 2009).



La retribución también tiene una connotación moral, en el sentido de que el profesionista adquirió una deuda social al haber sido privilegiado por la sociedad y sus instituciones –el sistema educativo y el sistema de salud– que son financiadas por la población a costa de otras posibilidades programáticas, como podría ser la financiación de más asilos, por ejemplo.



El servicio social de la carrera de Medicina presenta características peculiares, tales como su extensión temporal (es considerablemente mayor que en otras profesiones), la responsabilidad que implica, o su función social asociada a los sectores de la población a los que dirige su atención. Un aspecto central de este servicio social es el relativo a los derechos y las obligaciones del médico pasante, pues está regulado por dos sistemas: por un lado, el educativo –en tanto que mantiene el estatus de profesional en formación–, y por el otro, el laboral, porque como proveedor de servicios a la población adquiere un estatuto que le otorga ciertos atributos como, por ejemplo, prescribir medicamentos, con las responsabilidades –incluso legales– que esto conlleva.



Estas peculiaridades del servicio social de la carrera de Medicina remiten a aquellas que motivaron su constitución. Debido a la situación de nuestro país en materia de salud, en particular en lo que respecta al acceso a la atención médica de los sectores más marginados, tales como las poblaciones indígenas, la función del servicio social de la carrera de Medicina ha cambiado poco desde que se constituyó a nuestros días.

¿Cuál es el origen del servicio social de la carrera de Medicina?

La concepción de una “extensión universitaria” que vinculara las actividades educativas con la población fue una idea impulsada por Vasconcelos (1922). Esta tensión continuó hasta el periodo de 1924 a 1928, en que hubo desacuerdos entre las autoridades universitarias y el entonces presidente Plutarco Elías Calles, quien también consideraba que la Universidad no respondía a las necesidades de la población. Se le hicieron importantes recortes presupuestales, por lo que los profesores decidieron trabajar gratuitamente por el tiempo que fuera necesario. Más tarde, el entonces rector Alfonso Pruneda consiguió solucionar el problema desarrollando un proyecto de extensión universitaria con la consigna “La Universidad debe acercarse al pueblo”, que incluía diversos servicios gratuitos coordinados por profesores y estudiantes. Las actividades más destacadas fueron campañas de alfabetización y de instrucción cívica, conferencias de cultura general, asesoría jurídica e implantación de dispensarios médicos (Mazón *et al.*, 2015). De esta manera surgió la necesidad del servicio social como una responsabilidad social.

En la década de 1930 confluyeron en el país dos procesos de índole política que fueron relevantes para la constitución del servicio social. En primer lugar, con el propósito de fortalecer la cercanía de la Universidad y la población, en 1934 el entonces rector de la Universidad Nacional, Manuel Gómez Morín, envió al Congreso de Profesionistas una iniciativa para la constitución del servicio social para la comunidad universitaria (Castañón, 2009). Dicha iniciativa hacía eco al espíritu socialista de Cárdenas y su preocupación central por promover una educación solidaria con carácter de “servicio público”, como se ve reflejado en las reformas

que se hicieron artículo 3º de la Constitución Política durante su periodo presidencial (Rangel, 2009).

En segundo lugar, en el ámbito de la asistencia a la salud se crearon, también en 1934, los Servicios Sanitarios Coordinados a fin de estructurar el trabajo de sanidad en el país; servicios cuya organización se mantuvo estable hasta la década de 1960 (Álvarez *et al.*, 1960). A partir de este esfuerzo organizativo, la medicina preventiva y la asistencial se fusionaron, lo que constituyó un paso esencial para consolidar el modelo médico contemporáneo, en que no se hace tal distinción más que con fines pedagógicos. Con fundamento en esta nueva estructura se crearon en algunas zonas del país, en 1935, los servicios de atención sanitaria y asistencial rurales, con una organización financiera cooperativa. Tras la conformación de la Secretaría de Salud y Asistencia, la cobertura de estos servicios rurales fue extendiéndose hasta abarcar áreas rurales poco organizadas –que hacían mantener la estructura cooperativa– y áreas de población indígena (Álvarez *et al.*, 1960).

El objetivo central de la creación de los servicios de asistencia rurales era mejorar las condiciones de salud de la población más desfavorecida, así como prevenir y controlar enfermedades que en ese momento constituían amenazas importantes, como la viruela. Las actividades definidas en estos programas eran: la asistencia médica, la vigilancia epidemiológica, la asistencia materno-infantil, el saneamiento ambiental, la educación en salud y la organización de la comunidad. Estas actividades siguen siendo parte fundamental de la labor de los médicos en servicio.

La confluencia tanto de actores de la Universidad Nacional como de los profesionales de la salud, para mejorar las condiciones de vida de la población fue uno de los factores clave para que en 1936 se celebrara el primer convenio entre el recién creado Departamento de Salubridad Pública y la Escuela Nacional de Medicina de la Universidad, ya para entonces la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)². Es así como en agosto de 1936, sobre la base de la cooperación entre la Secretaría de Comunicaciones y la antigua Beneficencia Pública, partieron los primeros 248 pasantes de la carrera de Medicina a prestar sus servicios en distintas localidades rurales (Mazón *et al.*, 2015).

² La autonomía universitaria se obtuvo en el año 1929 durante la Presidencia de Emilio Portes Gil (González y Guadarrama, 2009).

En 1937, el presidente de México, Lázaro Cárdenas, y el rector de la UNAM, Luis Chico Goerne celebraron un convenio por el cual se dictaminó la obligación de hacer el servicio social para obtener el título universitario (Mazón *et al.*, 2015). Dicha obligación se estableció en el artículo 5° de la Constitución Política en 1942, y en la ley reglamentaria de dicho artículo, en 1945 (Álvarez *et al.*, 1960). La importancia del servicio social para la protección de la salud del país fue reconocida en la Ley General respectiva en 1984 (Título IV, Capítulo II, artículos 84-88) (DOF, 1984).

¿Cuál es la función del servicio social de la carrera de Medicina?

De acuerdo con El Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica (COMAEM), el servicio social tiene dos funciones sustantivas: por un lado, la formación escolar, puesto que este servicio permite al médico pasante conocer la realidad en la que va a ejercer su trabajo profesional, y por el otro, la prestación de sus servicios a la comunidad (COMAEM, 2003). En este sentido, tal y como lo señalan López *et al.*, (2004), el servicio social está integrado –particularmente el de la carrera de Medicina– por dos componentes: el académico y el de la práctica asistencial.

Podemos precisar, entonces, que el servicio social de la carrera de Medicina cumple:

1. *Una obligación jurídica*, puesto que el artículo 5° constitucional (DOF, 2017a) e instrumentos legales tales como la Ley General de Salud señalan que el servicio social es obligatorio y temporal.
2. *Una función académica*, por sus resultados formativos, puesto que los médicos pasantes ponen en práctica habilidades técnicas, de diagnóstico y para la prescripción y el seguimiento clínicos, y desarrollan habilidades para la comunicación con los pacientes, sus familiares y la comunidad, lo que será fundamental en su carrera profesional (SSA, 2009b; Barrientos, Lin y Vásquez, 2011).

3. *Una función asistencial* o formativa en lo que respecta a la conciencia social (López, 2011), puesto que en su transcurso los médicos pasantes conocen la realidad social del país, sobre todo la realidad de las poblaciones más desfavorecidas.

Ahondaremos en la función asistencial por ser esencial para el espíritu del servicio social. Al respecto, daremos al término “asistencia” la connotación que le imprime la Ley General de Salud:

Para los efectos de esta Ley, se entiende por Asistencia Social el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva (LGS, artículo 167).

De este señalamiento se desprende que entre las acciones para mejorar las circunstancias sociales de la población está la de proteger su salud en tres dimensiones: la atención, la prevención y la promoción. La definición de esta Ley precisa también a la población objeto de la asistencia: aquellos que están en desventaja social. En términos de salud serían, así, quienes estén en cualquier situación –ya sea geográfica, económica o educativa– que ponga en riesgo su salud, o que dificulte su acceso a los servicios de información, prevención o promoción de la salud que ofrece el Estado (ONU, 2000).

Como lo señalan Montero y Sánchez (2014), la actual situación social y de la salud del país dista mucho de la que prevalecía en la década de 1930, cuando se origina el servicio social. Estas autoras mencionan, al respecto, grandes cambios en la organización social y política del país, favorecidos por cambios demográficos tales como los fenómenos migratorios y, sobre todo, la transición demográfica (disminución de la tasa de natalidad e incremento de la esperanza de vida). Con relación al sistema de salud, las autoras apuntan cambios en su organización, que han modificado el acceso de los distintos sectores de la población a los servicios. El más reciente de estos cambios es la creación del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular de Salud).

Sin embargo, las diferencias económicas y sociales entre los diversos grupos poblacionales del país se reflejan en desigualdades en sus condiciones de salud. Las poblaciones indígenas –no solo en México sino en el mundo– conforman un grupo demográfico de extrema vulnerabilidad en este renglón. Como lo señalan investigaciones de alcance global, las poblaciones indígenas presentan los peores indicadores de salud, en gran parte debido a su poco o nulo acceso a los servicios preventivos y de atención (Horton, 2006; Motenegro y Stephens, 2006; Gracey y King, 2009; Anderson *et al.*, 2016).

Pero no solo las desventajas sociales mencionadas se traducen en vulnerabilidad. Están también las diferencias en la disponibilidad de recursos para la salud entre las distintas entidades del país: a menor disponibilidad, mayor precariedad social y económica, como lo revela la información oficial (CONAPO, 2010). Por ejemplo, de acuerdo con los Indicadores de Resultado del Sistema de Salud (SSA, 2015a), la tasa de médicos especialistas por cada mil habitantes puede duplicarse entre un estado y otro. Por ejemplo, entre Baja California Sur (1.04) y Chiapas (0.40). Y el número de camas censables por cada mil habitantes es cuatro veces mayor en la Ciudad de México que en Guerrero.

Estas disparidades se reflejan en los indicadores de salud. Por ejemplo, la esperanza de vida en Nuevo León –la entidad donde es la más alta–, alcanza los 76.12 años; en cambio en Chiapas –la entidad donde es más baja– es de 71.62. Otro ejemplo es la tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino, que constituye un indicador muy sensible para determinar la calidad de los servicios preventivos y de atención de la salud, y es el doble en Chiapas que en Nuevo León. La tasa de mortalidad de menores de un año en Nuevo León es de 10.18 por cada mil nacidos vivos mientras que en Puebla alcanza la cifra de 16.70.

Este es el contexto del servicio social de la carrera de Medicina en México. De aquí que la función asistencial del servicio social adquiera relevancia, pues contribuye a cubrir la insuficiencia de recursos humanos para la salud que existe en el país. En la mayoría de los casos, los médicos pasantes son asignados a localidades rurales donde atienden a los sectores más marginados de la población.

Las funciones expuestas pueden resumirse en los objetivos del servicio social señalados por la Secretaría de Salud (DOF, 1984):

- I. Contribuir a conservar la salud de la población del país en los campos de promoción de la salud, prevención y curación de enfermedades, rehabilitación, investigación y docencia.
- II. Colaborar al desarrollo de la comunidad, especialmente en el medio rural, en las zonas asignadas urbanas y en aquellas con mayores carencias de servicio para la salud, propiciando en los estudiantes y profesionistas la formación y fortalecimiento de una conciencia de solidaridad y de compromiso social.
- III. Servir de apoyo a las Instituciones de Educación Superior para la evaluación de la educación que imparten.
- IV. Favorecer la superación académica y práctica de los estudiantes y profesionistas en el área de la salud.

¿Cuáles son los derechos y las obligaciones de los pasantes de la carrera de Medicina?

José Alejandro Meza Palmeros¹

Introducción

En México, el servicio social de la carrera de Medicina constituye una contribución moral y una obligación estipulada en la Constitución Política (artículo 5º), en la Ley General de Salud (LGS) y en reglamentaciones específicas, tales como la Ley reglamentaria del artículo 5º constitucional del ejercicio de las profesiones en la Ciudad de México (DOF, 1945) y el Reglamento para la Prestación del Servicio Social de los Estudiantes de las Instituciones de Educación Superior en la República Mexicana (DOF, 1981).

Las normativas determinan que el médico pasante en servicio social adquiere obligaciones y derechos específicos respecto a su labor. Sin embargo, constituye una figura ambigua ya que se considera personal en formación, a la vez que cumple funciones como trabajador de la salud. Puede no haber claridad en cuanto a las actividades a las que está obligado, así como a sus derechos durante este periodo formativo.

El objetivo del capítulo es que los pasantes de la carrera de Medicina conozcan el marco normativo de su práctica durante el servicio social para lo cual se propone que:

1. Los médicos pasantes conozcan cuáles son sus derechos durante el ejercicio del servicio social.

¹ Investigador de Cátedras CONACYT comisionado al Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social - Sureste.

2. Conozcan cuáles son sus obligaciones establecidas en el marco normativo.

El capítulo está estructurado en dos apartados. En el primero de estos se señala la definición normativa del pasante de servicio social, la cual vincula una serie de derechos que son especificados en tres aspectos: derechos relativos a la calidad de vida, relativos al ámbito laboral y los que protegen el ejercicio de su función.

En la segunda parte, además de señalar el tipo de reglamentación aplicable para el ejercicio del servicio social de la carrera de Medicina, se especifican las obligaciones establecidas en dicha reglamentación.

¿Quiénes son considerados médicos pasantes en servicio social?

Respecto a su definición, la Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA3-2013, *Educación en Salud. "Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para la prestación del servicio social de medicina y estomatología"*, considera como pasante al "estudiante de una institución de educación superior que cumple con los requisitos académicos, administrativos y jurídicos para prestar el servicio social en un campo clínico", y como servicio social al "trabajo de carácter temporal y mediante retribución, que ejecutan y prestan los pasantes en interés de la sociedad y del Estado." (p. 3).

Respecto a la duración del servicio social, la misma ley indica que tendrá una duración no menor de seis meses y no mayor de dos años.

¿Cuáles son los derechos de los pasantes de la carrera de Medicina?

Derechos que protegen la calidad de vida

1. **Derecho a recibir una retribución económica** suficiente para cubrir sus necesidades (Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional 2010). Para el cumplimiento de este derecho se estipula contar con el pago oportuno de la beca y los apoyos que correspondan (DOF, 2014b).

2. **Derecho a condiciones de vivienda digna.** En caso de que la vivienda o el área de descanso comparta el espacio geográfico de la unidad médica en donde el pasante labora, lo cual es un asunto que ocurre con frecuencia, se establece que las unidades médicas donde se presten los servicios deben contar con un área habitación exclusiva para el médico pasante, donde pueda descansar, alimentarse y asearse en condiciones de privacidad y seguridad en el campo clínico o, en su defecto, en un lugar en la localidad, sin costo para el pasante, cuando deba permanecer disponible después del horario de atención de la unidad médica (DOF, 2014b).
3. **Derecho al descanso y a la suspensión de actividades en caso necesario.** En este sentido los pasantes de servicio social tienen derecho al período de vacaciones así como a licencia por gravedad sin que sea suspendida la beca durante estos períodos (DOF, 1982).
4. **Derecho a asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria y medicamentos** para el pasante y los familiares que dependen de él/ella así como contar con seguro de vida (DOF, 2014b).
5. **Ejercer libremente su profesión fuera del horario señalado** para el servicio social. Es decir que fuera del horario estipulado por las autoridades responsables del pasante, éste puede ejercer actividades que le brinden la oportunidad de recibir una contribución económica complementaria (DOF, 1982).

Derechos laborales

6. **Derecho al servicio de guardería** (DOF, 1982).
7. **Derecho a ser tratado en forma atenta y respetuosa y a ser oído por las autoridades** asociadas a su servicio social (DOF, 1982).

Es importante mencionar que al considerarse como personal en formación, aunque se le retribuya económicamente y se adquieran ciertos derechos laborales, el pasante no adquiere la categoría de trabajador por lo que se excluye de otros derechos laborales

como la incorporación a un sindicato o al régimen de pensiones (DOF, 1981).

Derechos que protegen el ejercicio de su función

8. **Derecho a ejercer labores únicamente de su competencia.** En este sentido, los pasantes del servicio social tienen exclusivamente responsabilidades clínicas, de prevención y de promoción a la salud estipuladas en la Ley General de Salud, no siendo de su competencia otro tipo de labores relacionadas con necesidades institucionales distintas a las mencionadas (DOF, 1981).

9. **Disponer tanto de la infraestructura así como los insumos necesarios para el ejercicio de sus actividades** (DOF, 2014b):
 - Medicamentos y material de curación de acuerdo con el Cuadro Básico y el Catálogo de Insumos, según corresponda.
 - Un medio de comunicación externo, que puede ser: un teléfono, un radiocomunicador o un sistema de Internet, cuando en la localidad asignada se disponga de la infraestructura correspondiente.
 - La estructura organizacional y los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos necesarios para el desarrollo de los programas académicos y operativos.

10. **Contar con asistencia legal** en caso de incurrir en alguna responsabilidad con motivo de la prestación del servicio social.

El servicio social es obligatorio

En 1945 se determinó que el servicio social quedaría al cuidado y responsabilidad de las escuelas de enseñanza profesional, conforme a sus planes de estudios, y que los colegios de profesionistas debían contener en sus estatutos las normas generales con arreglo a las cuales sus miembros habrían de prestar el servicio social (DOF, 1945). De aquí se desprende que aunque la Secretaría de Educa-

ción y la Secretaría de Salud son las autoridades responsables del servicio social, lo son desde el punto de vista de rectoría, es decir, que tienen atribuciones regulatorias y normativas, sin embargo en términos operativos son las universidades las responsables directas del funcionamiento del servicio social (CIFRHS, 1992).

Reglamentaciones que rigen el servicio social del médico pasante

Hay una doble reglamentación respecto a la prestación del servicio social: una corresponde al ámbito educativo y la otra a los servicios de salud. De acuerdo con la Ley General de Educación vigente, todos los profesionistas tienen la obligación de presentar el servicio social aun cuando no ejerzan la profesión, y pueden dejar de presentarlo solo por causas de fuerza mayor. La prestación del servicio social es un requisito para obtener el título o el grado académico (DOF, 2017c).² La LGS³ indica, por su parte, que todos los pasantes de las profesiones para la salud y sus ramas deben prestar el servicio social en los términos de las disposiciones legales aplicables en materia educativa.

¿Dónde debe hacerse el servicio social y cuál es su modalidad?

La LGS y la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS) especifican que la participación de los pasantes debe darse en las unidades aplicativas del primer nivel de atención, sobre todo en áreas de menor desarrollo económico y social, y dichos programas deben ser en beneficio de la colectividad. La SSA emite las bases para la instrumentación del servicio social en el territorio nacional. Estas bases especifican que

² La Ley General de Educación, en la última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 22 de marzo de 2017, hace mención de la prestación del servicio social en el capítulo II titulado “Del federalismo educativo”, en cuya Sección 2 llamada “De los servicios educativos”, artículo 24, se indica que “los beneficiados directamente por los servicios educativos deberán prestar servicio social en los casos y términos que señalen las disposiciones reglamentarias correspondientes.

³ En el título cuarto correspondiente a los recursos humanos para los servicios de salud, capítulo II, “Servicio Social de Pasantes y Profesionales”, incluye cinco artículos, del 84 al 88,

el servicio social adopta principalmente la modalidad de asistencia, a fin de conservar la salud de la población del país y colaborar para el desarrollo comunitario del medio rural y de las zonas urbanas con mayores carencias.

¿Cuáles son las obligaciones de los médicos pasantes?

1. Cumplir con el programa del servicio social, lo cual incluye el programa académico, operativo y la prestación de atención médica (DOF, 2014b; 2017b).
2. Asistir a las reuniones convocadas por los jefes inmediatos (DOF, 2017b).
3. Respetar a sus superiores, iguales y subalternos (DOF, 2017b).
4. Hacer un uso adecuado de la infraestructura, el equipo y los insumos del campo clínico (DOF, 2014b).
5. Aplicar el protocolo correspondiente de la institución de salud en caso de presentarse una urgencia médica, y dejar constancia de ello en los registros oficiales de la unidad médica (DOF, 2014b).
6. Colaborar en la actualización del diagnóstico de salud de la comunidad en el área de influencia del campo clínico (DOF, 2017b).
7. Responder por el manejo de documentos, valores y efectos que les confíen con motivo de sus actividades (DOF, 2017b).
8. Informar a las instituciones de salud y de educación superior cuando observen problemas en la infraestructura del campo clínico o deficiencias en el abasto de los insumos al empezar su periodo de servicio social y en su transcurso, así como cualquier otra irregularidad o incidente que afecte la prestación de su servicio social o ponga en riesgo su integridad física. Por su parte, es obligación de las autoridades responsables de las unidades médicas

(jurisdicciones sanitarias) atender de inmediato –en coordinación con las instituciones de educación superior y las autoridades competentes de la localidad– las denuncias o quejas, tanto del pasante como de la comunidad, por actos u omisiones que afecten la prestación del servicio social o pongan en riesgo la integridad física del médico pasante (DOF, 2014b; 2017b).

9.

Entregar un informe de sus actividades al terminar el servicio social. Este informe final es independiente de los informes mensuales y reportes semanales que forman parte de las actividades cotidianas (DOF, 2014b).

10.

Permanecer en el servicio hasta hacer entrega de los fondos, valores o bienes de cuya administración sean responsables (DOF, 1982).

Medidas disciplinarias

Al médico pasante

En cuanto a las sanciones que se aplican a los médicos pasantes se hace referencia a amonestaciones que dependen de la falta cometida y van desde las verbales en privado –a cargo de los directores o responsables de las instituciones de servicio– hasta la cancelación del servicio.⁴

A las instituciones

En el capítulo v, titulado “De las Medidas Disciplinarias”, se establece que cuando las Instituciones de Servicio (unidades médicas) y de Educación Superior (universidades) no cumplan con lo establecido en las bases pactadas, se les deniegue la participación en la designación de pasantes para el ciclo correspondiente.

⁴ De acuerdo con las Bases para la instrumentación del servicio social, son los responsables del programa quienes aplican las sanciones y estas van desde una amonestación hasta la expulsión del servicio.

Es obligación de la autoridad sanitaria responsable de la unidad médica notificar a la institución de educación superior cuando se incurra en alguna de las causales de medidas disciplinarias previstas en los instrumentos señalados.

Conclusiones

Aunque la figura del pasante del servicio social de la carrera de medicina es un tanto ambigua debido a que sus labores y sus responsabilidades están sujetas a reglamentaciones emitidas por la SSA y educativas, lo que se traduce en que su función es al mismo tiempo personal en formación y trabajador, la ley especifica sus derechos y obligaciones. Los primeros se dirigen a garantizar las mejores condiciones de vida, laborales y a proteger el ejercicio de su función, mientras que sus obligaciones garantizan que se preste el servicio de la manera más adecuada, es decir, de acuerdo con la normativa establecida.

A woman with dark hair and bangs is shown in profile, looking upwards and to the right. She is wearing a light-colored jacket. The entire image is overlaid with a semi-transparent blue filter. In the lower-left quadrant, the word "PARTE" is written in white, uppercase letters. Below it is a large, stylized white number "4". At the bottom of the page, there is a decorative pattern of light blue, repeating zigzag or chevron shapes.

PARTE

4



Programas y servicios de salud sexual y reproductiva en el medio rural e indígena

¿Cuáles son los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes en el medio rural indígena?

Ana María Gómez Serna¹

Hilda Eugenia Argüello Avendaño²

Introducción

El objetivo del presente capítulo es que los médicos³ que presten servicios de atención de la salud de las adolescentes en las unidades médicas de zonas rurales indígenas tengan pleno respeto de sus derechos sexuales y reproductivos (DSR). Para ello, se expone el marco conceptual y normativo de los DSR de las adolescentes, y su aplicación en el ámbito de la salud en México. Este capítulo se propone, así, que los médicos:

- Conozcan los antecedentes y el marco conceptual de los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes, y su legislación en México.
- Reflexionen sobre los DSR de las adolescentes en la población rural indígena.
- Identifiquen los principales documentos normativos del campo de la salud que garantizan el ejercicio de los DSR de las adolescentes.

¹ Investigadora del Observatorio de Mortalidad Materna en México.

² Secretaria Técnica del Observatorio de Mortalidad Materna en México.

³ En este documento no utilizamos el lenguaje inclusivo por la necesidad de optimizar su legibilidad (que exige brevedad), a pesar de que consideramos necesario hacer expresamente visibles los sexos femenino y masculino.

El capítulo consta de cuatro apartados: el primero presenta los antecedentes, el marco conceptual y la legislación vigente en materia de DSR en México; el segundo propone una reflexión acerca de los DSR de las adolescentes en el medio rural y el medio indígena. El tercero expone aspectos relevantes de la normativa vigente en salud para proteger los DSR de las adolescentes, principalmente la NOM 047-SSA2-2015 para la atención del grupo etario de 10 a 19 años (en adelante NOM 047) (DOF 2015a), y el apartado final del Modelo de Atención Integral a la Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes (MAISSRA) (SSA 2015b), que ofrece interesantes reflexiones.

Antecedentes y marco conceptual de los DSR, y su legislación en México

En este apartado respondemos a las preguntas:

- ¿Qué son los DSR?
- ¿Cuáles son los DSR de las adolescentes?
- ¿Qué leyes o instrumentos legales los protegen en México?

¿Qué son los DSR?

En la década de 1980, tras los movimientos sociales en favor de los DSR de las mujeres en Estados Unidos, Canadá y Europa, estos se consolidaron, con sus especificidades, en América Latina y el Caribe, Asia y África (Petchesky y Judd, 2006: 42). A principios de la década de 1990, el Grupo Internacional de Investigación y Acción sobre los Derechos Reproductivos (IRRAG, por sus siglas en inglés) llevó a la discusión la universalidad de tales derechos para saber más acerca de cómo las mujeres los negociaban localmente (*ibidem*: 39). El IRRAG evidenció la complejidad de adoptar la expresión derechos reproductivos, pues esta no tiene un equivalente cultural o lingüístico universal (*ibidem*: 49), es decir, no es un término que tengan todas las lenguas y culturas, por lo que es necesario un ejercicio de traducción e interpretación.

Los DSR se incorporan al conjunto de los Derechos Humanos en la década de 1990. En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) –llevada a cabo en El Cairo, Egipto, en 1994– se definió la salud reproductiva como “la capacidad de

1990



El IRRAG evidenció la complejidad de la expresión derechos reproductivos, pues esta no tiene un equivalente cultural o lingüístico universal (*ibidem*: 49)

1990



Los DSR se incorporan al conjunto de los Derechos Humanos

1994



En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo—llevada a cabo en El Cairo, Egipto,— se define el término salud reproductiva

disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia” (ONU, 1995: 37)⁴. Para ello, debía garantizarse el acceso a la información, la educación y los servicios que aseguraran el cumplimiento de las responsabilidades relativas a la salud sexual (véase el Objetivo 7.5, *ibidem*: 38). Los DSR primero se enmarcaron en el derecho a la salud reproductiva, y luego se diferenciaron para separar el ejercicio de la sexualidad y la reproducción. Así, la necesidad de contar con servicios públicos de calidad en este campo se situó en el plano de las políticas de salud, contrarrestando la tendencia dominante hasta entonces en el ámbito de las políticas públicas, centrada en disminuir el crecimiento demográfico (Mesa, Suárez, *et. al.*, 2006). Los DSR se definen como:

Derechos de las mujeres y los hombres a tener control respecto de su sexualidad, a decidir libre y responsablemente sin verse sujetos a la coerción, la discriminación y la violencia; el derecho de todas las parejas e individuos a decidir de manera libre y responsable el número y espaciamiento de sus hijos y a disponer de la información, la educación y los medios para ello, así como a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva (Maoño y Vásquez, S/F).

⁴ Hay antecedentes del reconocimiento del derecho humano fundamental a que las parejas y los individuos decidan libremente el número de hijos, así como su espaciamiento, desde la Conferencia Internacional sobre Derechos Humanos de Teherán, en 1968.

2001



Se establece en la Constitución Política mexicana que ningún grupo de la población debe excluirse de los Derechos Humanos por motivos de edad

2006

La SSA impulsa la estrategia de promover en las unidades médicas los Servicios de Salud Amigables para las adolescentes y los jóvenes

2015



Se publica la Norma Oficial Mexicana 047 y el MAISSRA

En 2001, se estableció en la Constitución Política mexicana que ningún grupo de la población debía excluirse de los Derechos Humanos por motivos de edad. De aquí que Mesa, Suárez, *et. al.* (2006) sostengan que: “Los menores de 18 requieren tener representantes para ejercitar ciertos derechos y contraer obligaciones, principalmente para administrar sus bienes, para trabajar y casarse, para autorizar una intervención quirúrgica y cuando incurrir en un delito, pero no para ejercer su vida sexual” (2006:13).

¿Cuáles son los DSR de los adolescentes?

En la actualidad, la Cartilla de Derechos Sexuales de Adolescentes y Jóvenes (CNDH, 2016)⁵ incluye 13 derechos:

1. A decidir de forma libre sobre mi cuerpo y mi sexualidad
2. A ejercer y disfrutar plenamente mi vida sexual
3. A manifestar públicamente mis afectos
4. A decidir con quien compartir mi vida y mi sexualidad
5. Al respeto de mi intimidad y mi vida privada

⁵ La Cartilla por los derechos sexuales de los jóvenes se publicó en 2001, producto del entonces Comité Promotor de la Campaña “Hagamos un Hecho nuestros Derechos” y de otras organizaciones civiles. En su segunda edición –de 2016– este Comité, ahora Promotor de la Cartilla de los Derechos Sexuales y Reproductivos, estuvo conformado por: Católicas por el Derecho a Decidir, Fundación Mexicana para la Planeación Familiar Mexfam, Salud Integral para la Mujer A. C., Balance Promoción por el Desarrollo y Juventud, Democracia y Sexualidad, DEMYSEX, el Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir A. C., Equidad de Género, Ciudadanía, Trabajo y Familia A. C., y la Fundación IPAS México A. C.

6. A vivir libre de violencia sexual
7. A la libertad reproductiva
8. A la igualdad de oportunidades y a la equidad
9. A vivir libre de toda discriminación
10. A la información completa, científica y laica sobre la sexualidad.
11. A la educación sexual
12. A los servicios de salud sexual y a la salud reproductiva
13. A la participación en las políticas públicas sobre sexualidad

¿Qué leyes o instrumentos legales protegen los DSR en México?

Son diversas las leyes vigentes que contienen los DSR, y las normas que los garantizan, tales como:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
2. Ley General de Población y Reglamento
3. Ley General de Salud y Reglamento
4. Ley Federal de Protección de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes.
5. Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación
6. Norma Oficial Mexicana (NOM-005) de los Servicios de Planificación Familiar
7. Norma Oficial Mexicana (NOM-047) para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años.

Los DSR de las adolescentes en la población rural indígena

En este apartado reflexionamos en torno a las preguntas:

- ¿Qué es la adolescencia y cuál es el papel de las adolescentes en las poblaciones rurales indígenas?
- ¿Las adolescentes de poblaciones rurales indígenas tienen los mismos DSR que los de poblaciones urbanas?

¿Qué es la adolescencia y cuál es el papel de las adolescentes en poblaciones rurales indígenas?

La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como una etapa de la vida del ser humano que comprende un rango de edad de entre los 10 y los 19 años, y distingue entre adolescencia temprana (10 a 13 años), mediana (14 a 16 años) y tardía (17 a 19 años). Tal definición no es un criterio universal; es decir, no integra el concepto de todos y cada uno de los grupos socioculturales de la sociedad porque en dicha etapa de la vida del hombre intervienen elementos propios de las distintas culturas, que obedecen a procesos históricos cambiantes y a coyunturas políticas diversas.

De aquí que el papel de las personas entre los 10 y los 19 años en distintas sociedades pueda ser muy diferente, como se evidencia al contrastar un grupo urbano con otro rural. En uno, las adolescentes pueden ser estrictamente tutelados por su grupo familiar, mientras que en el otro, pueden haberse emancipado y ser incluso jefes de familia. Hay grupos en que las adolescentes están a la mitad del programa escolar, y otros donde la asistencia a la escuela termina a los 12 años. Es decir que en algunos grupos la participación laboral en la comunidad tiene prioridad sobre la adquisición de conocimientos escolarizados, y en otros grupos no es así.

¿Las adolescentes de poblaciones rurales indígenas tienen los mismos DSR que los de poblaciones urbanas?

Los procesos de socialización en el medio urbano son distintos de los del medio rural indígena. En este último el paso de la infancia a la adultez es más rápido y la adquisición de responsabilidades en la familia y la comunidad se da a muy temprana edad. Algunas de estas características contravienen el ejercicio de los DSR, como el derecho a la libre elección de la pareja sexual o del número de hijos y cuándo tenerlos. De ahí la complejidad del reconocimiento jurídico del derecho de los pueblos indígenas a conservar sus prácticas socioculturales (es decir, sus “usos y costumbres”).

Entre los Derechos Humanos los hay individuales –como los DSR– y colectivos, como los derechos socioculturales de los pueblos indígenas. Puesto que la Constitución considera al individuo como

único sujeto de derecho reconocido, los suyos tienen preponderancia sobre los derechos colectivos. Así, en comunidades regidas por normas ancestrales puede ser difícil promover los DSR de las adolescentes y las mujeres. Es necesario conocer a la población para saber cómo brindarle información y promover el respeto de los DSR con el consenso de la comunidad. A veces figuras como, por ejemplo, los comités de salud comunitaria nos pueden ayudar a hablar de los DSR para poder prestar los servicios de salud correspondientes, abatiendo incluso las barreras de la lengua.

En suma, los DSR de las adolescentes en el medio rural indígena y en el medio urbano son los mismos, pero la mayoría de las veces les son negados, por lo que es necesario que trabajemos en su reconocimiento y su aplicación.

Principales documentos normativos del campo de la salud que protegen el ejercicio de los DSR de las adolescentes

En este apartado respondemos a las preguntas.

- ¿Qué son los Servicios de Salud Amigables y cuáles son sus retos?
- ¿Qué es la NOM 047 y cuál es su ámbito de aplicación?
- ¿En qué consiste el MAISSRA?

¿Qué son los Servicios de Salud Amigables y cuáles son sus retos?

Los DSR de las adolescentes implican que los servicios de SSR sean adecuados a sus necesidades. Por ello, la Secretaría de Salud (SSA) ha impulsado desde el sexenio 2001-2006 la estrategia de promover en las unidades médicas los Servicios de Salud Amigables para las adolescentes y los jóvenes. Se trata de un paquete básico de servicios enfocados en la SSR de las adolescentes, quienes pueden pedir asesoría y métodos anticonceptivos (como preservativos, anticoncepción de emergencia) en un ambiente de confidencialidad, con personal calificado.

En su portal oficial, la SSA informa que en 2017 dispone de 1 494 Servicios de Salud Amigables⁶ en el país, lo que resulta insuficiente,⁷ particularmente en el medio rural indígena. A pesar de las acciones emprendidas tanto por el sector salud como por la sociedad civil, la SSR en México sigue afrontando el reto de la cobertura. En 2015, por ejemplo, se concretaron dos proyectos para elaborar la normativa y el marco de acción para hacer exigible la adecuada provisión de servicios en salud sexual y reproductiva para las adolescentes (SSRA) en todas las unidades médicas del país. Uno es la Norma Oficial Mexicana 047 y el segundo es el MAISSRA.

¿Qué es la NOM 047 y cuál es su ámbito de aplicación?

Entre las disposiciones de la NOM-047 para la atención de la SSR de las adolescentes, destacan las siguientes:

- a) **5.14** El personal de salud debe actuar en todo momento dentro del marco del respeto a los derechos humanos de las personas del Grupo Etario, con perspectiva de género y sus servicios deben salvaguardar la intimidad, la confidencialidad, la inclusión y no discriminación, el respeto y el consentimiento libre e informado, de conformidad con las disposiciones aplicables.
- b) **6.8.5** Las personas del Grupo Etario podrán solicitar directamente al personal de salud, consejería en materia de planificación familiar, salud sexual y reproductiva, métodos anticonceptivos, prevención del embarazo no planeado y prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS).
- c) **6.8.6** Durante la consejería las personas del Grupo Etario, podrán hacerse acompañar por su madre, padre, tutor o representante legal o bien manifestar que elige recibir los servicios de consejería sin ese tipo de acompañamiento.

⁶ De acuerdo con la Encuesta Intercensal 2015 en México las adolescentes entre los 10 y los 19 años son 21 908 426, lo que representa 19.4% de la población del país. De este grupo 49.6% son mujeres y 50.4% son hombres (a partir de Luna y Freyermuth, 2017).

⁷ Para mayor información al respecto, consúltese Freyermuth, G, H Argüello y A Zarco (2014).

La manifestación de la elección de la persona del Grupo Etario respecto al acompañamiento, se hará constar a través del formato contenido en el Apéndice “C” Normativo de la presente Norma.

- d) 6.8.7** En el supuesto de que la persona del Grupo Etario elija recibir la consejería sin el acompañamiento al que se refiere el punto 6.8.5 de esta Norma, quien otorgue la consejería, debe solicitar la presencia de al menos otro miembro del personal de salud durante el tiempo que dure la consejería.

- e) 6.8.8** El personal de salud que proporciona atención en salud sexual y reproductiva a la población del Grupo Etario implementará estrategias para dar a conocer al Grupo Etario los beneficios y las alternativas para postergar el inicio de un embarazo y prevenir las ITS, mediante el uso simultáneo de un método anticonceptivo, sexo seguro y protegido, incluyendo el uso correcto y consistente del condón.

- f) 6.8.10** En el caso de embarazo en menores de 15 años se deben buscar factores de riesgo, signos y síntomas para descartar posible violencia y/o abuso sexual y en su caso, el personal de salud debe proceder conforme a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.16 del capítulo de referencias de esta Norma.

La NOM-047 busca garantizar que las adolescentes sean atendidas en las unidades médicas con privacidad y confidencialidad, toda vez que en México suelen ser tratadas como objetos de protección y no como los sujetos de derecho que son. No solo no se respeta su derecho a decidir de manera informada y libre sobre el ejercicio de una sexualidad sin riesgos, sino que se responde a su demanda de información con prejuicios, o se les pide indebidamente que un adulto las acompañe, lo que inhibe su acceso a los servicios de SSRA. La NOM-047 exige, en cambio, que cualquier exploración de la salud de un adolescente se haga en presencia de una tercera persona, parte del personal médico o de enfermería de la unidad o clínica (Disposición 5.6).

FIGURA 1.
APÉNDICE C NORMATIVO DE LA NOM-047

Apéndice C Normativo

Formato para recibir Consejería sobre salud sexual y reproductiva en el Grupo Etario de 10 a 19 años sin acompañamiento

Por este medio, yo _____
_____, del sexo femenino/masculino, de _____ años de edad, quiero manifestar mi elección de recibir consejería sobre salud sexual y reproductiva SIN el acompañamiento al que se refiere el numeral 6.8.6 de la Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad. El personal de salud me ha informado claramente que es mi derecho acceder a estos servicios, independientemente de mi edad, condición social, estado civil o cualquier otra característica.

Lugar y fecha: _____

Nombre y firma de la usuaria/o

Nombre y firma del consejero y personal de salud

Fuente: NOM-047 (DOF, 2015a).

La NOM-047 es un valioso referente para exigir el respeto de los DSR de las adolescentes –en particular el de su acceso oportuno a la SSRA–, que es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para el personal de salud y las instituciones de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud, que presten servicios de salud a las personas de 10 a 19 años.

En la Figura 1 se muestra un extracto del apéndice C de la NOM-047, que debe llenarse para recibir consejería en SSRA sin el acompañamiento de un adulto.

¿En qué consiste el MAISSRA?

El MAISSRA contiene fundamentos, necesidades y propuestas para la adecuada provisión de servicios de SSRA en México. Se trata de un modelo integral que incorpora aspectos poco desarrollados como la participación de las adolescentes en la definición y la puesta en marcha de las políticas y programas que les atañen; las formas de gestión y los canales de que disponen, así como los que deben abrirse, y la formación y habilidades que se deben adquirir al respecto. En el presente libro nos referimos únicamente a la definición y el desarrollo que hace el MAISSRA de los servicios y las modalidades de atención a los que las adolescentes tienen derecho cuando acuden a una unidad médica por cualquier motivo de salud, y en particular para recibir consejería sobre su SSR. El paquete básico de servicios se muestra en la Cuadro 1.

De acuerdo con el MAISSRA, los servicios en SSRA pueden brindarse en la unidad médica (internos) o fuera de ella (externos). Un servicio interno puede ser exclusivo, horizontal o mixto, dependiendo de si se dispone entera o parcialmente de un espacio para ello. El MAISSRA se apoya en tres pilares: la información, la educación y la comunicación. Los servicios para la SSRA deben promover, por consiguiente, el aprendizaje y el diálogo respetuoso y horizontal con los destinatarios del servicio, para así propiciar la toma de decisiones informada. Por consiguiente, para favorecer la elección informada del adolescente de un método anticonceptivo –o su rechazo–, el personal de salud, incluyendo al médico, debe:

- Informarlo de manera sencilla y correcta sobre la gama completa de métodos anticonceptivos, incluyendo sus beneficios y sus riesgos.
- Enfrentarlo a escenarios reales
- Aclarar sus dudas y creencias erróneas
- Promover su confianza en las instituciones de salud

El MAISSRA propone el siguiente protocolo de acciones para una consejería en SSRA:

Se escucha con atención y respeto a quien hace la consulta, sin emitir juicios; se le brinda toda la información que solicita, de manera clara

CUADRO 1.
ACCIONES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES
QUE CONTIENE EL CUADRO BÁSICO

ÁREAS	ACCIONES
Promoción de la salud	Educación para el autocuidado de la salud: <ul style="list-style-type: none"> • Salud sexual y reproductiva • Salud mental – desarrollo emocional y proyecto de vida • Prevención de violencia (física, psicológica, sexual y abandono) • Cáncer
Prevención y control de enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de VIH/SIDA y otras ITS • Aplicación de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH)
Salud reproductiva	Orientación – consejería en: <ul style="list-style-type: none"> • Sexualidad y anticoncepción • Prevención del embarazo no planeado • Prevención del VIH/SIDA e ITS • Uso correcto y consistente del condón masculino
Atención de la adolescente embarazada	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia prenatal • Atención del parto • Vigilancia del posparto (puerperio) • Protección anticonceptiva postevento obstétrico

Fuente: MAISSRA, 2016.

y objetiva, y se resuelven sus dudas y preguntas. Se consideran múltiples opciones para que el/la adolescente tome sus propias decisiones; se incluyen también temas que ayuden a incorporar prácticas para prevenir o saber reconocer las infecciones de transmisión sexual, y darles tratamiento oportuno (SSA, 2015b:169).

Reflexiones finales

En este apartado reflexionamos en torno a las preguntas:

- ¿En dónde puedo consultar la NOM-047 y el MAISSRA para mejorar mi desempeño en la atención a la SSRA?
- ¿Cuáles son las características de las adolescentes que acuden a los servicios médicos que atiendo?

¿En dónde puedo consultar la NOM 047 y el MAISSRA para mejorar mi desempeño en la atención de la SSRA?

Ambos documentos están disponibles en versión digital para su consulta, a fin de profundizar y mejorar las competencias en la atención de la SSRA. Poner en práctica una nueva herramienta es más ágil si se sistematizan sus elementos. Enliste por un lado el aprendizaje, y por el otro las preguntas y las inquietudes sobre el contenido y la aplicación de la NOM-047 y el MAISSRA.

¿Cuáles son las características de las adolescentes que acuden a los servicios médicos que atiendo?

Para responder a esta pregunta, observe con atención y sin prejuicios a las adolescentes en su comunidad. ¿Quiénes son?, ¿cómo es su vida cotidiana? Respondiendo a estas preguntas, se puede establecer la forma más adecuada de darles a conocer sus DSR y los recursos de que disponen para atender su SSR. La observación, evitando victimizar o culpar, es una herramienta imprescindible para desarrollar la empatía, y la apertura necesarias para que una consejería en SSRA sea pertinente y tenga posibilidades de éxito.

¿Qué es la consejería anticonceptiva con pertinencia cultural?

Sergio Meneses Navarro¹

David Meléndez Navarro²

Alejandro Meza Palmeros³

Introducción

Decidir de manera libre, responsable e informada el número de hijos que se desea tener, y su espaciamento, es un derecho humano. Incluye el acceso a la información completa y clara al respecto, y servicios anticonceptivos de óptima calidad. Este derecho de las personas, consagrado en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, debe ejercerse con libertad y sin discriminación de género, edad, pertenencia étnica o de cualquier otra índole. El enfoque de este derecho aplicado a la anticoncepción tiene como objetivo principal mejorar la calidad de vida de la persona, la pareja y la población en general, mediante la disponibilidad, la accesibilidad y la prestación de servicios integrales, aceptables y de calidad.

Hay tres categorías generales de derechos reproductivos en los que se inscribe la anticoncepción (Erdman y Cook, 2008):

- Derechos a la auto determinación para decidir libre y voluntariamente.

¹ Investigador de Cátedras CONACYT comisionado al Centro de Investigación en Salud Poblacional del Instituto Nacional de Salud Pública.

² Secretario Técnico del Comité por una Maternidad Segura en México.

³ Investigador de Cátedras CONACYT comisionado al Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social - Sureste.

- Derechos a la información, a la educación, a los servicios sexuales y reproductivos.
- Derechos a la igualdad y a la no discriminación

La anticoncepción es, además de un derecho humano, una medida de salud pública que contribuye a disminuir la mortalidad materna e infantil y los embarazos adolescentes y no deseados; favorece la equidad de género, y ayuda a reducir la pobreza y a mejorar la calidad de vida y el bienestar de la población (Oona y Graham, 2006). Sin embargo, el alcance y los resultados de las intervenciones para informar sobre la anticoncepción y brindar servicios al respecto se distribuye de un modo desigual entre las distintas poblaciones del país, y son las urbanas marginadas, las rurales y las indígenas las que se benefician en menor medida con ellas, lo que contribuye a ahondar y perpetuar las inequidades en salud (USAID, 2008).

El presente capítulo tiene el propósito de describir qué es la consejería anticonceptiva con pertinencia cultural (CAPC). Para ello, se divide en seis apartados que responden a las siguientes preguntas:

- ¿Qué es la consejería anticonceptiva?
- ¿Por qué es importante brindar CAPC?
- ¿Qué características debe tener la persona que brinda la CAPC?
- ¿Qué características e insumos básicos debe tener el espacio dónde se brinda la CAPC?
- ¿A quiénes se debe dirigir la CAPC?
- ¿Cuáles son los procedimientos y el contenido de una CAPC?

Este capítulo está dirigido a los médicos que brindan servicios de consejería anticonceptiva en contextos urbanos marginales, rurales e indígenas. Con ello se pretende darles las pautas para que lo hagan de manera sistemática y con calidad técnica, que sea culturalmente accesible y efectiva, y respetuosa de los derechos sexuales y reproductivos para decidir libre y voluntariamente la utilización o no de métodos anticonceptivos.

¿Qué es la consejería anticonceptiva?

Este apartado responde a las siguientes preguntas:

- ¿En qué consiste la consejería anticonceptiva y cuál es su propósito?
- ¿Qué características debe tener la consejería anticonceptiva?
- ¿A quiénes debe ofrecerse la CAPC y cuáles son sus condiciones?

¿En qué consiste la consejería anticonceptiva y cuál es su propósito?

La consejería anticonceptiva es un proceso de análisis y comunicación personal entre el médico y la persona usuaria potencial o activa de un método anticonceptivo. La consejería consiste en brindar información, orientación y apoyo educativo a individuos y parejas sobre los beneficios del espaciamiento saludable y oportuno de los embarazos. El propósito es sentar las bases para que puedan identificar sus necesidades reproductivas y tomar decisiones voluntarias, conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva. El proceso de consejería se debe enfocar en explicar cómo funcionan los métodos anticonceptivos y en resolver o aclarar las dudas que se pudieran tener acerca de sus indicaciones, sus efectos no deseados, su seguridad y su efectividad (SSA, 2008a:52).

El término proviene de la palabra *counseling*, que se traduce al español como consejería, pero no con el significado estricto de dar consejos, sino de orientar y acompañar a las personas, para facilitar la toma de decisiones (SSA, 2007).

¿Qué características debe tener la consejería anticonceptiva?

La consejería anticonceptiva debe ser integral, con calidad técnica e interpersonal y pertinencia cultural.

- **Integral** porque aborda otros aspectos relevantes de la salud sexual y reproductiva, entre ellos la prevención de infecciones de transmisión sexual, la atención materno-infantil, la detección del riesgo preconcepcional y la detección oportuna de cáncer cérvico-uterino y de mama, de acuerdo con el momento del ciclo vital de los individuos o las parejas.
- **Calidad técnica** porque debe incluir información completa y basada en evidencia actual sobre los métodos anticon-

ceptivos y otros aspectos médicos de la salud sexual y reproductiva.

- **Calidad interpersonal** o **calidez** porque se preocupa por dar un trato digno y respetuoso de todas las personas a quienes se dirige.
- **Pertinencia cultural** porque parte del reconocimiento y el respeto a la cosmovisión, los valores y las creencias de las personas a quienes se dirige, y se brinda, de preferencia, en el idioma originario de los individuos o las parejas.

¿Por qué es importante brindar CAPC?

En este apartado se responde a las siguientes preguntas:

- ¿Cómo se asocia la CAPC con los derechos humanos y sexuales y reproductivos?
- ¿Por qué es importante la CAPC para la salud pública?
- ¿Cómo se asocia la CAPC con otros valores sociales?
- ¿Qué sesgos en la prestación de servicios afectan el acceso de la población indígena a la anticoncepción?

¿Cómo se asocia la CAPC con los derechos humanos y sexuales y reproductivos?

La importancia de brindar CAPC puede abordarse desde el ámbito de los derechos humanos y sexuales y reproductivos, donde todas las personas tienen derecho a:

- Disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, con la libertad para decidir cuándo y con qué frecuencia procrear.
- Obtener información y consejería anticonceptiva, y tener acceso a los métodos anticonceptivos de su elección de manera segura y eficaz, libre de cualquier tipo de discriminación por género, edad, pertenencia étnica o de cualquier otra índole.

¿Por qué es importante la CAPC para la salud pública?

Desde el ámbito de la salud pública, se debe brindar consejería anticonceptiva porque contribuye a alcanzar resultados en salud y bienestar, tales como la disminución de la muerte materna e



Derechos relativos a la anticoncepción

- A la información
- Al acceso a servicios
- A escoger un método anticonceptivo
- A la seguridad en el uso de una anticoncepción eficaz
- A la privacidad y la confidencialidad
- A la dignidad
- A la comodidad mientras se reciben los servicios
- A la continuidad para recibir insumos anticonceptivos durante el tiempo necesario
- A opinar sobre los servicios e involucrarse en los programas de planificación familiar

infantil, la promoción de la equidad de género y el mejoramiento de la calidad de vida de las mujeres y sus familias, la reducción de la pobreza, y ahorros en los sistemas de salud.

Brindar una CAPC efectiva permite a hombres y mujeres identificar y elegir los métodos de su conveniencia y buscar activamente los servicios, lo cual mejora la cobertura y disminuye la demanda insatisfecha y, a mediano plazo, favorece el logro de los resultados en salud y bienestar para las familias, las comunidades y la sociedad.

¿Cómo se asocia la CAPC con otros valores sociales?

Los principios y valores que enmarcan las actividades de la CAPC son: la *equidad de género*, la *justicia social* y la *interculturalidad en salud*.

- **Equidad de género.** La CAPC fomenta la participación de hombres y mujeres en la toma de decisiones sobre la sexualidad y la reproducción, a la vez que empodera a las mujeres al promover el respeto por las decisiones sobre su cuerpo. Las mujeres que ejercen un mayor control sobre su vida reproductiva tienen más probabilidades de continuar sus estudios,

disminuir los embarazos adolescentes y no planeados, y mejorar sus competencias y oportunidades laborales y sus condiciones de vida.

- **Justicia social.** La CAPC ayuda a disminuir las brechas sociales en educación, salud y pobreza. Que las personas ejerzan plenamente sus derechos y aspiraciones reproductivas favorece el bienestar de todas las personas. Fortalecer las acciones de CAPC entre las poblaciones más rezagadas es, así, un imperativo ético, de derechos humanos y de justicia social.
- **Interculturalidad en salud.** Para asegurar el acceso efectivo a la información y los métodos anticonceptivos es necesario tomar en cuenta el entorno cultural y la cosmovisión de la población a la que se prestan los servicios. La *perspectiva intercultural* implica respetar las diferentes formas de interpretar los procesos de salud-enfermedad, sexuales y reproductivos, y permite un diálogo franco, horizontal y exento de contenido y actitudes prejuiciosas, estereotipadas, discriminatorias y racistas. La *perspectiva intercultural* debe guiar la consejería anticonceptiva, que ha de enfocarse en abatir todo sesgo a la prestación de servicios a las poblaciones, sobre todo indígenas.

¿Qué características debe tener la persona que brinda la CAPC?

En este apartado se responde las siguientes preguntas:

- ¿Quién debe brindar la CAPC?
- ¿Qué debe hacer y qué no debe hacer la persona que brinde la CAPC?

¿Quién debe brindar la CAPC?

La Norma Oficial en materia de planificación familiar y anticoncepción (NOM-005) señala que la consejería debe ser impartida por cualquiera de los integrantes del personal de salud que haya recibido capacitación específica (personal médico, de enfermería, trabajo social, promotor de salud y agente de salud comunitaria).

¿Qué debe hacer y qué no debe hacer la persona que brinde la CAPC?

Cuando el médico brinde la CAPC debe tener:

ACTITUD Y COMPORTAMIENTO

- Comportarse de manera cortés y respetuosa
- Desarrollar empatía
- Reconocer la libre determinación de las personas
- Evitar toda connotación paternalista, autoritaria y coercitiva respecto a la anticoncepción.

CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES

PARA LA COMUNICACIÓN INTERCULTURAL

- Conocer y respetar la identidad cultural de la población indígena local.
- Conocer los aspectos culturales relacionados con la reproducción, anticoncepción y planificación familiar entre la población con la que trabaja.
- Conocer el idioma local.
- Tener habilidad para transmitir información en forma clara y sencilla.
- Saber escuchar, observar y respetar las opiniones, las decisiones y la cultura de los usuarios.
- Utilizar habilidades de comunicación, aprendizaje, escucha y apoyo, para poder ayudar eficazmente en la toma de decisiones de las personas.

CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES TÉCNICAS

- Conocer los diversos aspectos de la sexualidad y la reproducción humana.
- Conocer la tecnología anticonceptiva (la efectividad, el modo de uso, los efectos secundarios, los signos de alarma).
- Reconocer que la consejería implica ofrecer un máximo de posibilidades de elección con información basada en evidencia a partir de lo que dicta la literatura médica reciente.
- Considerar la anticoncepción como un medio para el desarrollo social de las personas, el Estado y el país.

¿Qué sesgos en la prestación de servicios afectan el acceso de la población indígena a la anticoncepción?⁴



⁴ MSH. 2014. Análisis de las prácticas de consejería en anticoncepción y planificación familiar que actualmente se realizan en el contexto indígena, e identificación de los aspectos susceptibles de adecuación intercultural. Chiapas, México

PERCEPCIONES DE LA POBLACIÓN INDÍGENA DE LOS ALTOS DE CHIAPAS



¿Qué insumos básicos debe tener el espacio donde se brinda la CAPC?

En este apartado se responde a las siguientes preguntas:

- ¿Qué valores debe garantizar el espacio donde se brinde CAPC?
- ¿En qué consisten la privacidad y la confidencialidad?
- ¿La CAPC puede brindarse en el hogar de las personas interesadas?
- ¿Qué herramientas educativas debo utilizar?
- ¿Qué métodos anticonceptivos debo promover?

¿Qué valores debe garantizar el espacio donde se brinde la CAPC?

El espacio donde se brinda la CAPC debe garantizar la privacidad y la confidencialidad, el acceso a herramientas didácticas y a métodos anticonceptivos o la efectiva referencia a servicios de apoyo, como en el caso de los métodos de larga duración o definitivos.

¿En qué consisten la privacidad y la confidencialidad?

En las comunidades indígenas y rurales el cuidado de la privacidad y la confidencialidad debe ser mayor porque en ocasiones las personas que se encuentran en la sala de espera o afuera de la unidad médica se conocen. Es posible que alguna persona acuda a consejería por un interés personal que no ha compartido –ni se desea compartir– con la pareja o algún otro miembro de la familia. Por eso es fundamental disponer de un espacio cerrado y confortable en un área que garantice la privacidad. No puede ser un espacio en donde lo que se habla se oiga desde el exterior, ni tampoco un lugar de paso o donde otras personas entren y salgan, por ejemplo, en busca de medicamentos o equipo médico.

La privacidad debe cuidarse desde antes de que la persona reciba la CAPC, evitando llamarla en la sala de espera poniendo en evidencia que la persona acude por un motivo relacionado con la anticoncepción.

¿La CAPC puede brindarse en el hogar de las personas interesadas?

La CAPC también se puede brindar en el hogar de las personas en una visita previamente acordada, si el médico tiene la posibilidad de hacerlo.

¿Qué herramientas educativas debo utilizar?

Es útil contar con herramientas educativas que permitan una mejor consejería.

HERRAMIENTAS	PERMITEN...
Muestrarios de los métodos	Que las personas puedan conocer y tocar los objetos reales
Modelos anatómicos	Explicar el funcionamiento de determinados métodos de barrera como los condones masculino y femenino
Rotafolios y las tarjetas explicativas	Brindar una explicación sencilla y clara sobre cada método y otros temas de interés
Programas multimedia u otros objetos virtuales de aprendizaje	Presentar imágenes y narraciones que ayudan a dar explicaciones más detalladas

¿Qué métodos anticonceptivos debo promover?

El médico debe explicar todos los métodos anticonceptivos y promover aquellos de los que disponga. Debe investigar con anticipación –de manera programada– qué métodos anticonceptivos están disponibles en su unidad médica de acuerdo con su capacidad resolutoria del servicio, de modo que esté en condiciones de satisfacer la demanda de la población.

Cuando la unidad médica no cuente con alguno, el médico debe referir a la persona interesada al establecimiento donde su necesidad sea satisfecha de manera efectiva. El médico también debe referir a las personas que estén interesadas en algún método quirúrgico.

¿A quiénes se debe ofrecer la CAPC?

La consejería anticonceptiva debe ofrecerse a toda persona en edad reproductiva que acuda a los servicios de salud, independientemente de la causa que motive la consulta, en especial a las mujeres y sus parejas. Pero la entrega de otros servicios no puede condicionarse a la elección de métodos anticonceptivos.

Población general

Si bien la consejería anticonceptiva debe ofrecerse a todas las personas en edad reproductiva (hombres, mujeres, adolescentes y adultos) sexualmente activas o no, se debe prestar particular atención a los siguientes grupos e individuos que pueden tener mayores necesidades o representan retos particulares en materia de anticoncepción:

- Adolescentes
- Embarazadas
- Usuarios que solicitan métodos de anticoncepción permanente
- Población con limitaciones al acceso debido a barreras geográficas, lingüísticas, económicas o por baja escolaridad y acceso a información.
- Individuos en situación de discapacidad
- Personas con riesgo reproductivo
- Responsables legales de individuos con limitaciones mentales que afecten su capacidad de decisión.

Es fundamental que los servicios de consejería anticonceptiva se oferten a la población independientemente de sus hábitos y preferencias sexuales, teniendo en cuenta que algunos adolescentes inician sus relaciones a edades más tempranas. Además la oferta debe ser dirigida a buscar a las personas que regularmente no usan los servicios de consulta externa, por ejemplo:

- Quienes se encuentren al margen de programas sociales que incluyen algún tipo de transferencias monetarias.
- No estén afiliados o se haya vencido su afiliación al Seguro Popular.

- No dispongan de documentos de identificación oficial
- Hombres, quienes normalmente no suelen utilizar los servicios de salud.



Riesgo reproductivo

La oferta de anticoncepción con enfoque de riesgo considera la probabilidad de las mujeres de sufrir algún daño en su salud ante la presencia de condiciones como:

- El embarazo en edades extremas de la vida reproductiva
- La concurrencia de enfermedades crónicas degenerativas
- Alteraciones físicas
- Factores sociales y psicológicos que contribuyen a incrementar la morbi-mortalidad materna y perinatal

Poblaciones con condiciones médicas especiales

Existen condiciones de salud que incrementan el riesgo de una mujer de presentar una complicación o morir si se embaraza. En ese sentido, la consejería anticonceptiva no solamente es concebida como un derecho de las usuarias, sino como una intervención para reducir el riesgo al que se encuentra expuesta la mujer. Estas condiciones médicas son (OMS, 2011):

- Cánceres: mama (NOM-041), endometrio, ovario, tumores malignos del hígado (hepatoma), carcinoma hepatocelular y tumores cerebrales.
- Cardiovasculares: hipertensión arterial (NOM-030), cardiopatía isquémica, valvulopatía cardíaca complicada, accidente cerebrovascular y cardiopatía congénita.
- Enfermedades crónicas y degenerativas: diabetes insulino dependiente con enfermedad vascular o de más de 20 años de duración (NOM-015); cirrosis, lupus eritematoso sistémico, leucemia y talasemia.

- Enfermedades infecciosas y parasitarias: infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/SIDA (NOM-010), tuberculosis, esquistosomiasis con fibrosis del hígado.
- Condiciones obstétricas: embarazo previo de alto riesgo, antecedentes de pre-eclampsia o eclampsia, enfermedad trofoblástica gestacional maligna (NOM-007).
- Otras: anemia drepanocítica, epilepsia, mutaciones trombogénicas.

Procedimiento para identificar condiciones médicas especiales

PASO

ACCIÓN



Hacer un censo de mujeres en edad fértil y una búsqueda activa de factores de riesgo



Responder a las siguientes preguntas:

- ¿Cuántas personas en edad reproductiva que residen en mi área de cobertura presentan una necesidad potencial de uso de anticonceptivos, por una condición médica de riesgo?
- ¿A cuántas personas he ofertado el servicio de consejería anticonceptiva?



Exponer la lista de condiciones médicas de riesgo a todo el personal, incluyendo a los auxiliares de salud y a las parteras



Buscar activamente los riesgos reproductivos en la población de responsabilidad



Registrar y vigilar sistemáticamente a las mujeres con riesgos reproductivos asegurando la confidencialidad, particularmente en las que tengan VIH/SIDA



Ofrecer a las mujeres con riesgos reproductivos consejería anticonceptiva por lo menos cada tres meses y mantener especial cuidado en la continuidad del uso de métodos anticonceptivo

¿Cuáles son los procedimientos y el contenido de una CAPC?



ETAPA 1. RECEPCIÓN

Antes de empezar:

- Establezca un ambiente de empatía, seguridad, privacidad y confort.
- Asegúrese de garantizar la privacidad y la confidencialidad

Procedimiento:

PASO	ACCIÓN
1	<p>Salude con cortesía y una actitud amable, respetuosa y relajada, dirigiéndose a su interlocutor por su nombre o de acuerdo con la costumbre local</p> <p>Nota: cuando se atiende a un usuario indígena, el saludo puede incluir una expresión común en el idioma de la región; no importa que usted no lo hable, este esfuerzo es un gesto que muchas personas reconocen como una muestra de respeto y cortesía</p>
2	<p>Preséntese: diga su nombre y describa brevemente su función en el establecimiento</p>
3	<p>Agradezca la disposición de participar en la sesión</p> <p>Por ejemplo: Muchas gracias por su tiempo y su confianza. Esta plática es muy importante para nosotros porque con ella usted podrá conocer los métodos anticonceptivos y decidir si quiere utilizar alguno o no, y si decidiera utilizar alguno, podría seleccionar el que considere más apropiado en este momento</p>
4	<p>Describa el proceso de consejería de manera breve y clara, puntualizando que:</p> <ul style="list-style-type: none">• La sesión se va a ir adaptando a sus necesidades• Usted va a explicarle cómo funciona cada método anticonceptivo• Usted va a explicarle, de ser necesario, aspectos generales de la anatomía y el funcionamiento de los aparatos reproductivos• Usted va a aclarar todas sus dudas y a responder a sus preguntas

ETAPA 2. RECONOCIMIENTO DEL PERFIL DE LA PERSONA INTERESADA

La consejería debe adaptarse al perfil de la persona interesada en función de su sexo, su educación formal, su cultura, su lenguaje, sus condiciones médicas y su situación de usuario o no usuario de los servicios de la unidad médica, para satisfacer sus necesidades.

Antes de empezar: tenga presente lo que debe indagar sobre la persona interesada, y lo que le debe explicar.

Usted debe **indagar** lo siguiente:

- Si desea recibir la consejería de una persona de su mismo sexo
- Cuál es su intención reproductiva:
 - Aún no desea embarazarse
 - Ya tiene uno o más hijos y desea posponer un nuevo embarazo
 - Tiene paridad satisfecha y no desea tener más hijos
 - Desea embarazarse en el corto plazo
- Si hay la necesidad de traducir⁵
- Si sabe leer y escribir
- Su experiencia con métodos anticonceptivos, incluyendo si:
 - Nunca ha utilizado un método anticonceptivo
 - Alguna vez utilizó un método anticonceptivo, pero no ahora
 - Está utilizando un método anticonceptivo
 - Está insatisfecha con el método que está utilizando, o no es el que prefiere.
 - Si en su casa alguien le prohíbe utilizar métodos anticonceptivos

Usted debe **informar** a la persona interesada de lo siguiente:

- La consulta es confidencial; si se trata de jóvenes, aclare que ni sus padres ni ningún familiar tienen por qué enterarse de lo que se hable.
Por ejemplo: puede decir: *Lo que usted diga aquí no se le dirá a nadie más.*
- Para poder ayudarla mejor, necesita preguntarle sobre su sexualidad.

⁵ En regiones indígenas debe disponerse de al menos una persona con formación en salud (técnico, auxiliar, enfermera) que funcione como intérprete.

- La duración aproximada de la sesión es de 20 a 40 minutos
- Usted dispone de herramientas explicativas para facilitar la consejería.

Procedimiento:

PASO	ACCIÓN
1	Asegúrese de que la persona interesada se siente cómoda con usted o si desea que los supla otra persona (por ejemplo, de su mismo sexo) y actúe en consecuencia
2	Comente la posibilidad de que la consejería se traduzca a su idioma
3	Invite a la persona a expresar con libertad y confianza todas sus dudas a lo largo de la conversación
4	Haga las preguntas necesarias para indagar e informar sobre lo que se indica más arriba

Antes de empezar: deje en claro que al final de la sesión se espera que la persona interesada tome la decisión de utilizar o no utilizar un método anticonceptivo, y que cualquiera que sea su decisión será respetada.

ETAPA 3. EXPLICACIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Regla: utilice, en esta etapa, como material de consulta la NOM 005, que explica la presentación, la formulación, los efectos colaterales y la efectividad de cada método.

Procedimiento:

PASO	ACCIÓN
1	<p>Presente los métodos anticonceptivos de uno en uno, de manera general y breve, y ponga énfasis en los que sean del interés de la persona interesada</p> <p>De cada método, precise:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las indicaciones: para quienes se recomienda • Las ventajas y desventajas • La seguridad, los efectos adversos y las precauciones • El uso adecuado, la efectividad y el porcentaje de falla en comparación con otros métodos • Qué hacer si el método falla o no se usa correctamente • Mitos, rumores y tabúes en torno al método <p>Nota: en la explicación de cada método, apóyese en las tarjetas explicativas, el muestrario de métodos y los modelos anatómicos</p>
2	<p>Propicie el diálogo, haga preguntas relevantes, escuche activamente y resuelva sus dudas</p>
3	<p>Comente la disponibilidad de la anticoncepción de emergencia, de acuerdo con la NOM-005</p>

ETAPA 4. ELECCIÓN DEL MÉTODO

Procedimiento:

PASO	ACCIÓN
1	<p>Pregúntele a la persona interesada si desea utilizar alguno de los métodos anticonceptivos de los que platicaron</p>

PASO	ACCIÓN
2	Dele a la persona interesada el tiempo que necesite para tomar su decisión. Dígale que puede tomarla más adelante; no tiene que ser ese día
3	<p>¿La persona interesada le comunica que no desea usar ninguno de los métodos descritos?</p> <p>Sí: dígale que puede regresar cuando lo desee para reforzar la consejería o para solicitar el método de su preferencia</p> <p>No: pase a la etapa 5</p>

ETAPA 5. IDENTIFICACIÓN DE LOS CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD

Regla: utilice como material de consulta el disco de criterios médicos de elegibilidad de la OMS.

Procedimiento:

PASO	ACCIÓN
1	Revise el disco de criterios médicos de elegibilidad para ver si hay alguna condición por la que haya que tomar precauciones en el uso del método que la persona interesada eligió
2	<p>¿Hay alguna precaución que tomar para el uso del método elegido?</p> <p>No: pase a la etapa 6</p> <p>Sí: dé la explicación respectiva y proponga otras opciones. Permita que sea la persona interesada la que elija otro método</p>

PASO	ACCIÓN
<p style="text-align: center;">3</p>	<p>¿La persona interesada elige un método clasificado en el criterio 4 de la directriz de la Organización Mundial de la Salud?</p> <p>No: pase a la etapa 6.</p> <p>Sí: explíquelo que no lo puede utilizar y ofrézcale otras opciones.</p>

ETAPA 6. ENTREGA DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO Y VERIFICACIÓN DE LA COMPRESIÓN DE LA INFORMACIÓN

Regla: antes de realizar un procedimiento de anticoncepción quirúrgica voluntaria, la persona interesada debe firmar su consentimiento informado.

Procedimiento:

PASO	ACCIÓN
<p style="text-align: center;">1</p>	<p>¿La unidad médica tiene en existencia o practica el método elegido?</p> <p>Sí: entrégueselo a la persona interesada (o colóqueselo, si es el DIU o el implante)</p> <p>No:</p> <ul style="list-style-type: none"> - método temporal: dele a la persona interesada una alternativa provisional y cítela cuanto antes para entregarle el que eligió - método quirúrgico: otorgue un método temporal y refiera a la persona interesada a la unidad de salud correspondiente de manera inmediata
<p style="text-align: center;">2</p>	<p>Compruebe que la persona interesada entendió la información que le dio sobre el método que eligió, pidiéndole que le explique cómo se utiliza, los cuidados necesarios, la duración del efecto anticonceptivo y los posibles efectos secundarios</p> <p>Nota: si se trata de condones masculinos, solicite a la persona interesada que demuestre con un modelo anatómico cómo debe colocarse</p>

PASO	ACCIÓN
3	<p>¿Persisten las dudas o hay errores de interpretación?</p> <p>Sí: retome la explicación si persisten las dudas o hay errores de interpretación</p> <p>No: continúe en el paso 4</p>
4	<p>¿El método elegido es quirúrgico?</p> <p>Sí:</p> <ul style="list-style-type: none"> - compruebe que la persona interesada entiende que no podrá tener más hijos - pídale que firme el consentimiento informado <p>No: pase a la etapa 7</p>

ETAPA 7. SEGUIMIENTO

Regla: A toda persona que haya recibido una sesión de consejería anticonceptiva se le debe dar seguimiento, haya decidido utilizar algún método o no.

Procedimiento:

PASO	ACCIÓN
1	<p>¿La persona interesada optó por un método anticonceptivo?</p> <p>No: dele una cita para reforzar la consejería anticonceptiva en el momento que ella lo considere conveniente</p> <p>Sí: deje cita abierta para que acuda en caso de dudas, molestias o efectos secundarios</p> <p>Nota 1: si eligió el DIU o el implante, dele una cita de control para revisar que esté bien colocado y no haya efectos secundarios, conforme a la NOM-005</p> <p>Nota 2: si eligió un método temporal y de barrera (condón, pastillas, parches o inyecciones), dele una cita para el re-abastecimiento</p>

PASO	ACCIÓN
2	<p>¿La persona interesada acudió a su cita?</p> <p>Sí: cumpla el objetivo de la cita y programe la siguiente cita de seguimiento</p> <p>No: cerciórese de que el personal de su unidad le haga una visita domiciliaria para conocer su estado a la fecha.</p>

SEGUIMIENTO DE LAS PERSONAS REFERIDAS A OTRA UNIDAD MÉDICA

Regla: las personas referidas a otra unidad médica para satisfacer su demanda anticonceptiva deben citarse para darles seguimiento.

Procedimiento:

PASO	ACCIÓN
1	<p>¿La solicitud del método anticonceptivo elegido fue satisfecha?</p> <p>Sí: continúe en el paso 1 del procedimiento anterior</p> <p>No: dele opciones temporales y gestione con el responsable jurisdiccional de planificación familiar las medidas necesarias para satisfacer cuánto antes la solicitud</p>
2	<p>¿La persona interesada acudió a su cita?</p> <p>Sí: cumpla el objetivo de la cita y programe la siguiente cita de seguimiento</p> <p>No: cerciórese de que el personal de su unidad le haga una visita domiciliaria para conocer su estado a la fecha</p>

Brindar consejería anticonceptiva permitirá a las personas ejercer con conocimiento de causa y autonomía su derecho humano de decidir el número y espaciamiento de sus hijos, pero además contribuirá a disminuir la morbi-mortalidad materna y neonatal y a mejorar las condiciones de bienestar de estas poblaciones.

¿Qué es la atención del parto con pertinencia cultural?

Graciela Freyermuth Enciso¹

Sergio Meneses Navarro²

Introducción

Uno de los grandes retos que México afronta hoy en día es el de reducir las desigualdades en la atención de la salud materna e infantil. A fin de abatir la mortalidad materna, se han emitido leyes, normas, planes y programas encaminados a mejorar la calidad de la atención y a ampliar el acceso de las mujeres más vulnerables a los servicios de salud. En este contexto, han surgido modelos de atención del parto con una perspectiva intercultural, iniciativas que la mayoría de los países de Latinoamérica han traducido en estrategias diversas, como incluir estándares de calidad, brindar atención oportuna y con buen trato; fortalecer la capacidad de decisión de las mujeres y sus familias, y contribuir a la aceptabilidad de los servicios de salud. En México y otros países de Latinoamérica, adecuar el parto desde una perspectiva cultural pretende incrementar la calidad en la atención del parto en las instituciones de salud y la aceptación de la prestación de servicios de atención calificada por parte de las mujeres, particularmente las indígenas, quienes han estado al margen de la atención médica institucional (CEPAL, 2013, Gobierno de la República, 2013, 2014; SSA, 2013a,

¹ Investigadora del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social – Sureste.

² Investigador de Cátedras CONACYT comisionado al Centro de Investigación en Salud Poblacional del Instituto Nacional de Salud Pública.

2013b). Sin embargo, la pertinencia cultural puede aplicarse en la atención de cualquier mujer durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el puerperio.

Por medio de siete preguntas, este capítulo presenta recomendaciones para la atención del parto con pertinencia cultural:

- ¿En qué consiste la atención del parto con pertinencia cultural?
- ¿Por qué es importante atender un parto con pertinencia cultural?
- ¿Cómo debe ser el médico para prestar atención de la salud con pertinencia cultural?
- ¿Qué elementos debe considerar el médico para lograr competencia cultural en la práctica médica?
- ¿A quién se dirige la atención del parto con pertinencia cultural?
- ¿Qué características e insumos básicos debe tener el espacio donde se brinde atención del parto con pertinencia cultural?
- ¿Cuál es el contenido y cuáles las fases de la atención de un parto con pertinencia cultural y seguro?

¿En qué consiste la atención del parto con pertinencia cultural?

El propósito de brindar atención con pertinencia cultural tiene varias implicaciones. En primer lugar, se considera pertinente lo que corresponde a –o lo que viene a propósito de– las necesidades o intereses de las mujeres. En segundo lugar, la cultura importa en la prestación del servicio; una atención con pertinencia cultural identifica las necesidades de las mujeres durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio. Estas necesidades están permeadas por la cultura, es decir, por las creencias sobre lo que las mujeres y sus familias consideran las mejores prácticas. Tomar en cuenta las prácticas culturales pone a las mujeres en condiciones de confort y seguridad.

La atención del parto con pertinencia cultural no es tal que homogeneice los servicios, sino que se centra en la mujer y su familia, lo que implica su participación activa en la planificación, la prestación y la evaluación de la atención (OMS, 1985). La unidad médica debe contar con diversas formas de atención del parto,

considerando las prácticas locales. El médico debe informar a las mujeres sobre sus posibilidades de tomar decisiones sobre la forma de atención que prefieren, con quién atenderse, dónde hacerlo, con el apoyo de quiénes, y en qué posición parir.

La atención del parto con pertinencia cultural implica formas de relación equitativas y respetuosas entre la mujer parturienta y el personal de salud. Las parteras tradicionales, en cuanto agentes de salud locales, son un recurso fundamental para que el personal de salud se inicie en las prácticas de la atención del parto (OMS, 1985). Por ello, los sistemas de atención perinatal locales deben coexistir con el sistema oficial, conforme a los principios que aseguran relaciones de reciprocidad (OPS, 1998). El sistema oficial debe, así:

- **Establecer un diálogo con las comunidades, las familias y las mujeres**, que se fundamente en el respeto a la diferencia; la tolerancia conduce a la solidaridad.
- **Fortalecer la democracia cultural**, que implica la participación mediante la representación, la consulta, el consenso y la convergencia de objetivos que son, en este caso, la salud de la mujer parturienta y de su recién nacido.

La prestación de servicios públicos de salud con pertinencia cultural considera las prácticas, los valores y la cosmovisión de la población que los recibe, sea indígena, afroamericana o mestiza, para adaptarse a la forma de vida de la población y, así, respetarla.

Para lograr la aceptabilidad de la atención, se han generado políticas públicas que si bien no siempre son culturalmente pertinentes, sí buscan la adecuación cultural de los servicios para la atención de la mujer embarazada o parturienta. Esta adecuación se basa en la experiencia de los responsables de la toma de decisiones relativas a los servicios de salud, y en su relación con algunas poblaciones, sobre en lo que se considera adecuado en un determinado contexto cultural.

Los servicios de salud se organizan, así, sobre la base de referentes que pueden aplicarse a una población más amplia. Por ejemplo: resolver en un tiempo razonable el problema por el que se solicitó la atención; prácticas y actitudes de buen trato, como llamar a la usuaria por su nombre y hablarle de usted; mejorar la comunica-

ción, lo que incluye hablarle a la usuaria en su idioma materno, tanto al atenderla como para explicarle clara y ampliamente los procedimientos que intervienen en su atención, de manera que su consentimiento sea bien informado y se fortalezca la autonomía de la mujer y su familia (o su capacidad de decisión).

¿Por qué es importante atender un parto con pertinencia cultural?

Con la firma de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en 2000, México se comprometió no solo a disminuir la mortalidad materna, sino a mejorar las condiciones de vida de las mujeres más vulnerables (Presidencia de la República, 2005). La mortalidad materna –por ser, en principio, evitable– da cuenta de las desigualdades en términos tanto del acceso a los servicios de salud, como de la discriminación por sexo, edad y étnica (OPS, 2013). Estas desigualdades son profundas en un país donde el disfrute de los servicios de salud por parte de las mujeres indígenas sigue siendo una asignatura pendiente, no solo por la inaccesibilidad cultural y geográfica, sino también por la subordinación a la que son sometidas. De aquí que las mujeres indígenas tengan el doble de posibilidades de fallecer durante el parto que las mujeres no indígenas (Freyermuth, 2015).

En 2015, 19% de las muertes maternas en México ocurrieron por hemorragia (SSA, 2015a). Las complicaciones por hemorragia en el parto y el posparto inmediato requieren una atención expedita y oportuna; de aquí que una de las estrategias para enfrentar la mortalidad materna se haya centrado en el acceso a la atención de las urgencias obstétricas por personal calificado y al acceso libre de pago de los servicios de atención obstétrica. Para prevenir la muerte materna en caso de hemorragia, esta debe atenderse en un hospital con capacidad resolutive, que esté a no más de dos horas de distancia de la comunidad.

Los modelos culturalmente pertinentes de atención del parto surgen, así, con el propósito de empoderar a las mujeres y mejorar su acceso a los servicios de salud. Las mujeres indígenas afrontan sistemáticamente mayores barreras para el acceso a la atención institucional del parto en comparación con otros grupos poblacionales, además de que los servicios suelen ser de menor calidad. De

este modo, para mejorar la aceptabilidad de estos servicios, uno de los retos principales es garantizar partos seguros, con pertinencia cultural y altos estándares de calidad (SSA, 2014).

En este sentido, países como Perú, Brasil, Colombia, Bolivia, Ecuador, Guatemala y Nicaragua han desarrollado iniciativas que vinculan –desde una perspectiva intercultural– la atención del parto por personal calificado, con la calidad, sin menoscabo de la capacidad de decisión de las mujeres.³ Pertinencia cultural y un parto seguro con altos estándares de calidad son los retos que se deben afrontar para lograr la aceptación de los servicios por parte de las mujeres indígenas, quienes no suelen solicitar la atención institucional del parto.

¿Cómo debe ser el médico para prestar atención de la salud con pertinencia cultural?

La cultura puede definirse, a grandes rasgos, como el conjunto de experiencias –espirituales, materiales, intelectuales y afectivas– que comparte una población dada, y que se traducen en hechos simbólicos particulares que proyectan una visión del mundo. La cultura (este conjunto de experiencias) no es algo estático, sino un proceso cambiante determinado por el contexto histórico, político y social.

En otras palabras, la manera de estar en el mundo de una población dada define su forma de experimentar e interpretar el proceso salud-enfermedad-atención en general. En este sentido, los hechos simbólicos particulares son aquellos con que la población –en el tema que nos atañe, las mujeres– interpreta la experiencia de la maternidad. De tal modo que la pertenencia étnica, la condición migratoria, la clase social, la edad, la religión, la discapacidad, la escolaridad y la orientación sexual son todos factores que pueden

³ Entre estas iniciativas destacan referentes normativos que han guiado experiencias focalizadas, como es el caso de la Norma Técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural (Ministerio de Salud, 2005), de los Protocolos de Atención materna y neonatal culturalmente adecuados (Ministerio de Salud y Deportes, 2006), de La Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado (Ministerio de Salud Pública, 2008) y del Manual de Adecuación Cultural del Parto Natural/Vertical y sus distintas posiciones en el Marco Multicultural de Guatemala (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2011). En México, las Casas de Salud de la Mujer Indígena se apegan a este modelo de atención.

determinar la experiencia del embarazo, el parto y el puerperio. Los proveedores de servicios de salud no deben considerar, por consiguiente, que por compartir un origen étnico, las mujeres tienen las mismas necesidades de atención.

Los resultados de la atención de la salud también dependen, entonces, de la habilidad del médico para comunicarse –y empatizar– con la población a la que atiende (ssa, 2009a). Para lograrlo en un contexto multicultural, el médico pasante debe tener competencias culturales, lo que implica:

- Construir una ideología que fomente los valores, la práctica y la actitud propios de las relaciones respetuosas, equitativas e incluyentes.
- Establecer relaciones de equidad con las personas de culturas diferentes.
- Establecer relaciones de poder compartido
- Valorar las diferentes culturas y, por consiguiente, eliminar el racismo.
- Combatir las relaciones asimétricas, excluyentes y discriminatorias.

Reconocer que las usuarias de los servicios de atención de la salud interpretan de manera particular sus experiencias en la salud y la enfermedad, y que estas interpretaciones son diversas, es el primer paso para convertirse en un prestador de servicios con pertinencia cultural (OPS, 1998). Esta conversión implica mantener la mente abierta con relación a otras prácticas y representaciones del proceso salud-enfermedad-atención, así como reflexionar sobre los propios prejuicios, perspectivas y conocimientos respecto de las usuarias y su cultura.

¿Qué elementos debe considerar el médico para lograr competencia cultural en la práctica médica?

El modelo propuesto por Fazio y Ruiz-Contreras (1998) puede ser de utilidad para adquirir prácticas médicas con pertinencia cultural (Figura 1).

FIGURA 1.

MODELO PROPUESTO POR FAZIO Y RUIZ-CONTRERAS

1

**ANALICE SUS SUPOSICIONES SOBRE
LA POBLACIÓN CON LA QUE TRABAJA**

Las suposiciones son las ideas o pensamientos que consideramos verdaderos, que pueden no basarse en experiencias o en información documental. Las suposiciones se traducen en estereotipos y desviaciones o falta de comunicación.

2

**IDENTIFICAR LAS CREENCIAS Y LAS IDEAS
COMPARTIDAS SOBRE LA MATERNIDAD DE
LAS MUJERES DE LA COMUNIDAD ATENDIDA**

Debe tenerse en cuenta que las creencias que el grupo comparte pueden ser falsas o verdaderas y que no necesariamente todos los individuos del grupo las comparten. Una creencia puede ser –por poner un ejemplo de los Altos de Chiapas– que, si se coloca el cordón umbilical en un árbol alto, el niño será valiente. Conocer esta creencia permite al médico valorar el significado del cordón umbilical para los familiares, pero debe recordar que no necesariamente tiene el mismo valor para todas las mujeres tsotsiles o tseltales de la región.

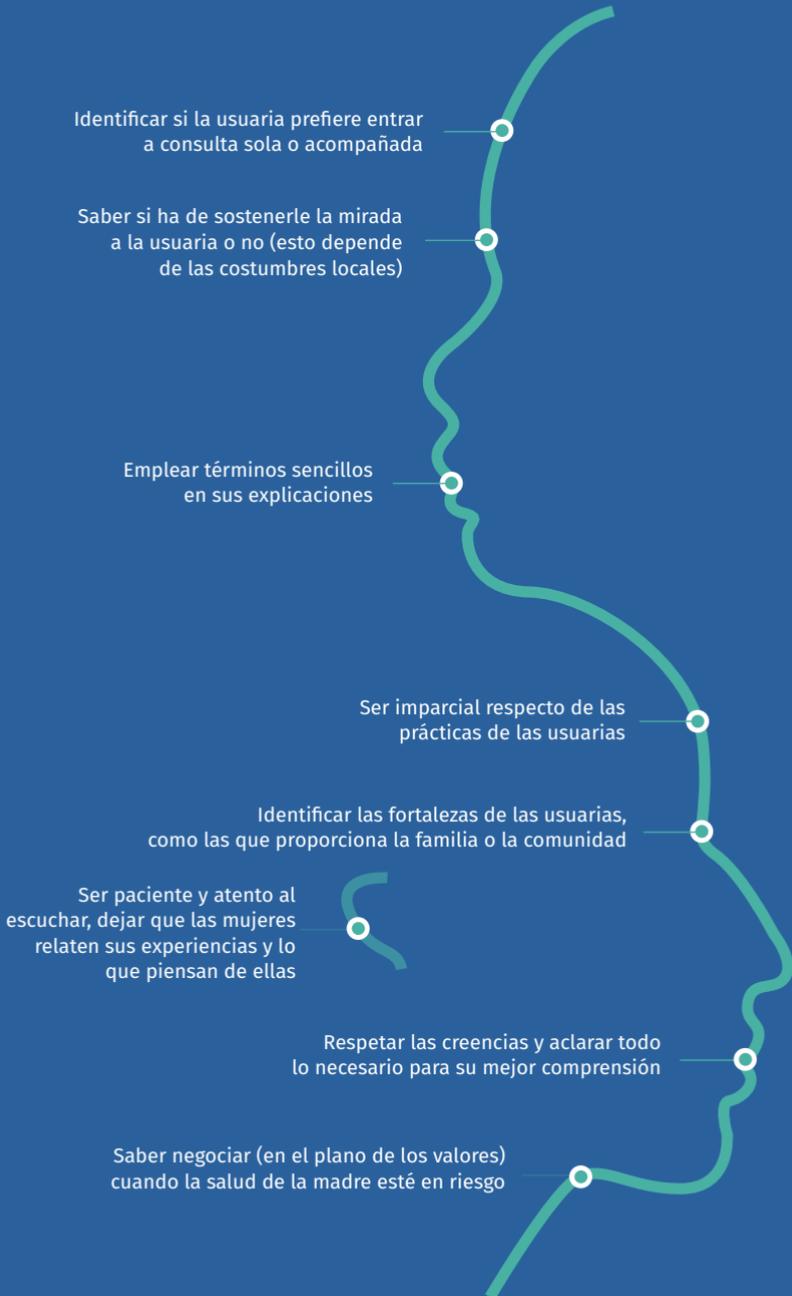
3

MEJORE SU CAPACIDAD DE COMUNICACIÓN

La comunicación –en dos vías– entre los prestadores de servicios y las usuarias es fundamental para compartir la información que unos y otras consideran estratégica para la salud materna. Los supuestos y las creencias sobre las prácticas en torno a la maternidad son barreras potenciales para la comunicación. El desconocimiento de la lengua materna de las usuarias es uno de los obstáculos más importantes en la comunicación para la atención de la población indígena. Para mejorar la comunicación, quien presta los servicios debe:

FIGURA 2.

RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA CAPACIDAD DE COMUNICACIÓN



Para mejorar la comunicación en un contexto multicultural conviene que una persona de confianza elija las palabras más apropiadas. De haber una persona que traduzca, debe ser de preferencia originaria de otra localidad para resguardar la privacidad de la paciente. Y se deben identificar sus suposiciones y creencias. Cuando se dan instrucciones importantes, es necesario asegurarse de que la intención de la acción terapéutica y su explicación fueron comprendidas y aceptadas. Esto puede lograrse solicitando a la usuaria que repita las instrucciones. La traducción en apoyo de la consulta médica requiere entrenamiento, es decir que el médico no puede improvisarla (SSA, 2014; 2016).

Entre las mujeres de una misma comunidad hay diferencias que deben considerarse, más allá de reconocer sus creencias comunes. Por ejemplo, una mujer embarazada que sufre violencia doméstica está en mayor riesgo que otra mujer que cuenta con el apoyo de su pareja; o si una mujer es testigo de Jehová y sufre una hemorragia, es muy probable que no acepte que se le haga una transfusión sanguínea.

Reconocer que los receptores de los servicios de atención de la salud tienen poder de decisión, y que es mejor conocer sus valores –y no imponerles los del personal de salud– para que puedan evaluar las recomendaciones terapéuticas que se les hacen es posible solo si el prestador de dichos servicios se convierte en un escucha.

¿A quién se dirige la atención del parto con pertinencia cultural?

Llamamos interculturalidad a la relación entre personas o grupos sociales de diversas culturas (lo que implica valores, creencias, costumbres y experiencias en torno a la maternidad), tal como ocurre en el encuentro de los médicos y las usuarias (Albó, 2004: 65), ya sea en la comunidad, en la consulta o en la unidad médica. Podemos señalar, así, que el encuentro médico es *per se* intercultural.

La profesionalización de la medicina dota a quienes la practican de una cultura diferenciada de difícil acceso para quienes no trabajan en ese sector. Los términos y las clasificaciones propias del sector salud son difíciles de entender para las usuarias. Por ello, para que la prestación de servicios tenga pertinencia cultural, debe reconocer las diferencias tanto entre los prestadores de servicios

como entre las usuarias. Esta interacción afecta los resultados de la atención y puede reflejar las suposiciones, las actitudes y las conductas de ambas partes.

Si bien la atención con pertinencia cultural se ha dirigido tradicionalmente a las mujeres indígenas, cada día más mujeres urbanas de distintas clases sociales o étnicas buscan una atención centrada en sus necesidades y las de sus familias; es decir, una atención con pertinencia cultural, “humanizada” o “respetada”. La atención del parto con pertinencia cultural tiene cabida, así, siempre que las mujeres tengan necesidades específicas en la atención del trabajo de parto y el posparto (SSA, 2014).

¿Qué características e insumos básicos debe tener el espacio dónde se brinde atención del parto con pertinencia cultural?

El espacio donde se brinden los servicios de atención del parto y el puerperio con pertinencia cultural debe:

- Cumplir con altos estándares de calidad e higiene
- Asegurar la privacidad sonora y visual de la consulta o de la atención del parto.
- La sala de espera debe aislar el frío, la lluvia y el calor
- El espacio de atención del parto debe tener una atmósfera cálida, color e iluminación conforme a las preferencias de las mujeres de la localidad.
- Disponer del mobiliario adecuado a las costumbres regionales: bancos de parto vertical, lazos, barras, colchonetas, material desechable (botas y batas) para el acompañante, palanganas para lavados genitales, disponibilidad de agua caliente y los insumos médicos necesarios.
- El espacio destinado a las duchas debe disponer de regaderas con agua caliente y fría.
- Los baños deben tener condiciones sanitarias adecuadas; debe haber agua, jabón y papel higiénico disponibles.

En algunos hospitales o centros de atención se han instalado casas maternas o de espera, adecuadas para albergar a mujeres que provienen de localidades lejanas y podrían necesitar atención hos-

FIGURA 3.

CARACTERÍSTICAS E INSUMOS BÁSICOS QUE DEBE TENER EL ESPACIO DÓNDE SE BRINDA LA ATENCIÓN DEL PARTO CON PERTINENCIA CULTURAL



pitalaria. De ahí pasan a las instalaciones para el trabajo de parto. Las casas maternas o de espera están diseñadas de acuerdo con la distribución de las habitaciones en las casas del lugar y disponen de una cocina para preparar alimentos (SSA, 2016; SSA, 2014; SSA, 2010) (Figura 3).

¿Cuál es el contenido y cuáles son las fases de la atención de un parto con pertinencia cultural y seguro?

La atención con pertinencia cultural se enfoca en la mujer y su familia. Sus características pueden clasificarse en cuatro rubros: a) atención oportuna, b) comunicación y trato, c) autonomía de las mujeres, y d) participación comunitaria (DOF, 2016b; SSA, 2014; SSA/CNPSS, 2014; SSA, 2005; 2013a).



a) Atención Oportuna

El sistema de salud considera que las necesidades médicas deben ser atendidas con la rapidez y la adecuación cultural suficientes para que la espera no implique una molestia adicional al problema de salud. Por consiguiente:

- Las mujeres deben poder ingresar a los servicios de salud de la unidad con sus acompañantes (acceso sin barreras).
- Las mujeres que acuden al servicio no deben esperar más de 30 minutos para recibir atención.
- Las mujeres en trabajo de parto deben tener fácil acceso al área de consultorios o de urgencias.
- Las mujeres que necesiten servicios de urgencia en una unidad de mayor capacidad resolutoria deben tener acceso inmediato (en menos de 15 minutos) a un medio de transporte adecuado.
- El personal de salud debe poder comunicarse con unidades de segundo nivel o con un enlace para avisar del traslado de urgencia de las usuarias.
- Los horarios de consulta de la unidad deben considerar la rutina de la población (por ejemplo, los días de plaza).
- Los horarios de las visitas domiciliarias de la unidad deben considerar la rutina de la población.



b) Comunicación y trato

El sistema de salud es incluyente y abierto; investiga, reconoce, respeta y aplica concepciones y prácticas

de salud de otras culturas. Garantiza un trato amable, con patrones de comunicación respetuosos; los servicios se proveen en el idioma local.

El personal de salud:

- Conoce las normas locales para dirigirse a una mujer embarazada.
- Se informa sobre las ideas y creencias locales relativas a los cuidados de la salud, la reproducción y la alimentación.
- Se presenta con la usuaria en consulta (da su nombre y su cargo).
- Se dirige a la usuaria por su nombre y le habla de usted.
- Evita el uso de diminutivos para dirigirse a la usuaria (“señito”, “doñita”, “mujercita”, “chiquita”), o expresiones que aludan a relaciones de parentesco (“hijita”, “madrecita”, “mamita”, “mami”, “abuelita”).
- Atiende a la usuaria en el idioma que ella prefiera.
- Asegura la confidencialidad de la información que la usuaria le proporciona.
- Emplea un lenguaje sencillo y no técnico para comunicarse con la usuaria y sus familiares.
- Brinda información comprensible y detallada acerca de los signos de alarma, las condiciones de salud de la madre y el bebé, los estudios indicados o practicados y los medicamentos prescritos.
- Utiliza material culturalmente apropiado para mejorar su capacidad de comunicación.
- Escucha con atención y respeto la experiencia de las mujeres.
- Explica cualquier procedimiento que vaya a aplicarle a la mujer embarazada y le solicita su permiso para hacerlo.

La unidad de salud:

- Cuenta con personal contratado hablante de la(s) lengua(s) local(es).
- Cuenta con un sistema de señalización en la(s) lengua(s) local(es).



c) Autonomía de las mujeres

El sistema de salud promueve el ejercicio del derecho de las mujeres a decidir. Es consciente y comprensivo de la cultura y los problemas locales en materia de salud materna. Se organiza para prestar servicios apropiados y busca soluciones consensuadas para mejorar la salud de la mujer.

La mujer indígena elige para el trabajo de parto, el parto y el posparto:

- Quién la acompaña
- La ropa que desea utilizar
- Los elementos simbólicos o religiosos que desea portar
- Las bebidas que desea tomar
- Los alimentos que desea ingerir
- Las posiciones que desea adoptar (se puede incluir esta decisión en el Plan de parto, para que sea respetada sin importar quien la atienda).
- El destino de la placenta y el cordón umbilical, de acuerdo con sus costumbres (el médico debe preguntarle sobre el manejo adecuado del cordón umbilical).
- El tipo de baño, conforme a las prácticas culturales
- El acercamiento precoz y el alojamiento de madre-hijo/a
- Si se le efectúan o no procedimientos diagnósticos o terapéuticos, tales como el tacto vaginal durante el trabajo de parto o el seguimiento del avance mediante el uso de procedimientos clínicos alternos.



d) Participación comunitaria

El sistema de salud promueve la participación de la comunidad incorporando su representación y la consulta en aspectos diversos (ssa, 2005), como:

- La población y las autoridades locales promueven la conformación de comités de usuarios que den seguimiento a la calidad de la atención y apoyen acciones para mejorarla.

- Las autoridades de salud y las autoridades locales sostienen las casas maternas o de espera para albergar a las mujeres de comunidades alejadas de los servicios, que requieran atención hospitalaria.
- Las mujeres y los agentes comunitarios de salud (parteras y promotores) son consultados sobre las modificaciones necesarias para la humanización y la adecuación cultural de los servicios de atención de la salud, o sobre la instalación de las casas maternas.
- El personal de salud mantiene vínculos de colaboración con los médicos tradicionales en distintas actividades.

El objetivo del sistema de salud es otorgar una atención que resuelva los problemas de salud partiendo de las necesidades de las mujeres y cuidando su economía. La atención segura, oportuna y respetuosa del parto tiene cabida en cualquier servicio de salud. Esta implica una atención centrada en la mujer, que considere la intimidad, que observe la autonomía de la mujer a fin de permitirle que adopte durante el trabajo de parto y el parto las posturas que le resulten más adecuada para su confort, que asegure una comunicación que reconozca las necesidades especificadas de cada usuaria y que posibilite el acompañamiento a la parturienta de una persona de su confianza. Todo esto posibilitará la comodidad de las usuarias, la desmedicalización del parto, y la atención oportuna de las complicaciones maternas en un futuro.

La detección del VIH y la consejería pre y post prueba en contextos de diversidad cultural

Rubén Muñoz Martínez¹

Introducción

Este capítulo está dirigido a médicos pasantes y otros prestadores de servicios para la salud que trabajan en contextos indígenas y rurales de México. Su tema central es la provisión del servicio de detección del VIH desde la perspectiva del respeto de la diversidad cultural, la calidad y la empatía en el trato profesional. Su propósito es desarrollar tres competencias:

- Problematicar la mirada universalista que no considera que la vulnerabilidad ante el VIH y su prevención y detección pueden afectar de forma específica y diferenciada a las personas indígenas respecto a las que no son indígenas.
- Conocer algunas de las formas en que operan el estigma y la discriminación² por esta condición de salud en las comuni-

¹ Investigador del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social – Ciudad de México.

² Según Goffman (2006) el estigma social es un atributo profundamente desacreditador (por ejemplo, la etnicidad o la condición social) que, en un intercambio social, produce la separación del “estigmatizable” de los “normales” e impide su aceptación por considerar que existe una “indeseable diferencia”. En este sentido, el estigma se construye a partir de una teoría y una ideología que expliquen la inferioridad de una persona o un grupo, y “den cuenta” del peligro que representa para los “normales”. Para que esto pueda llevarse a cabo son necesarias las prácticas discriminatorias en situaciones de asimetría de poder, como por ejemplo entre el médico y el paciente. La estigmatización implica cinco procesos: 1) el etiquetaje, 2) la asignación de

dades rurales indígenas, con relación a la demanda de –y el acceso a– medidas de prevención y detección de la infección.

- Conocer cómo deberían desarrollarse las consejerías pre y post prueba de detección del VIH en los servicios de salud, y su adecuación a los usuarios conforme a su contexto.

El organismo rector de los lineamientos de los programas de acción específicos para la prevención, la atención y el seguimiento oportuno del VIH y el SIDA en México es el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA (CENSIDA). En su página oficial³ se pueden encontrar programas, acciones y documentos respecto a este y otros temas de interés para el prestador de servicios.

¿A quiénes afecta el VIH y cómo los afecta?

El VIH es una condición de salud que afecta a la población mundial de diversas formas. Por un lado, por su carácter crónico, que implica la necesidad de tomar el medicamento antirretroviral de por vida; por el otro, por ser una condición estigmatizada en las sociedades actuales.

Su estigmatización suele implicar la discriminación de las personas que lo padecen en ámbitos diversos como el familiar, el laboral y el médico institucional, y tiene grandes repercusiones en sus vidas por dificultar el ejercicio de derechos tales como los sexuales o los reproductivos, entre otros.

Una de las características críticas de esta condición de salud es que su estigmatización utiliza las diferencias que existen entre las personas para convertirlas en desigualdades sociales (Aggleton y Parker, 2002).

¿A qué responde la estigmatización de las personas con VIH?

La estigmatización de esta condición de salud tiene que ver con la forma de adquirir el virus, que es mayoritariamente por la vía sexual, si bien se dan otras formas como la vertical de la madre al hijo o

estereotipos, 3) la separación, 4) la pérdida de estatus, y 5) la discriminación (Link y Phelan, 2001).

³ <https://www.gob.mx/censida>

la intravenosa. Tiene que ver también con su incurabilidad. En el marco de la medicina suele explicarse, por la forma en que se transmite, con juicios de valor sobre “la moralidad” del comportamiento sexual de la persona afectada.

Se llega a atribuir la transmisión del virus también a otros medios –que no están científicamente comprobados– como, por ejemplo, la picadura de un mosquito (por la sangre), los besos y el compartir platos (por la saliva), o el saludo de mano (por el sudor).

¿Hay casos de VIH en las poblaciones indígenas?

Entre las primeras preguntas que los médicos se hacen al abordar el VIH en los servicios de prevención, detección o atención entre la población indígena en México están: ¿hay casos de VIH en las comunidades indígenas?, y si los hay, ¿el virus afecta la vida de las personas de la misma forma que afecta la vida de las personas no-indígenas de las zonas rurales? Solemos hacernos estas preguntas desde una visión estereotipada de las personas indígenas, y también del VIH. Lo mismo ocurre con otras preguntas, como: ¿qué significa ser indígena?, ¿dónde viven las poblaciones indígenas?, ¿cómo viven?, ¿cómo es su sexualidad? (Núñez y Ponce, 2015).

Las dificultades de la población indígena para acceder a recursos y servicios tales como la atención de la salud se potencian cuando se vive con VIH. El virus se articula así, a otros motivos de discriminación, tales como la identidad étnica y la pobreza. Es decir, si a esto le sumamos la identidad sexual o genérica y la orientación sexual (por ejemplo no ser heterosexual) las discriminaciones se yuxtaponen creando condiciones mayores de vulnerabilidad social y desigualdad en el acceso a recursos como los servicios de salud.

Entre otros estereotipos, predomina el de que las personas indígenas viven en lugares alejados de la “modernidad” y, por lo tanto, al margen de la influencia de sus problemas. Se cree, así, que el VIH aparece solo en las áreas urbanas. Pero el VIH ha afectado a las poblaciones indígenas igual que a las demás poblaciones en el mundo entero. Las poblaciones indígenas de México viven también en zonas urbanas –no solo rurales– y participan en procesos globales como los migratorios, que conllevan situaciones de vulnerabilidad.

Los hombres, por ejemplo, pueden tener encuentros sexuales sin usar preservativo y adquirir el virus, y al regresar a sus comunidades, infectan –muchas veces sin saberlo– a sus mujeres.

¿Cómo afecta el virus la vida de las personas indígenas?

Al preguntarnos por la sexualidad de las personas indígenas también respondemos con estereotipos: por un lado, damos por sentado que son heterosexuales –y que su sexualidad se asocia a la reproducción–, y por el otro, atribuimos la epidemia del VIH a la homosexualidad e inferimos que si no hay homosexualidad, tampoco hay riesgo de infección (Núñez y Ponce, 2015). Al igual que en todas las culturas del mundo, en las comunidades indígenas hay diversidad sexual y genérica; es decir que hay personas transgénero y hombres que tienen sexo con hombres. Y también en estas comunidades el miedo a la diferencia se expresa como rechazo a las personas cuya orientación sexual no es heterosexual, y como estigmatización de las personas que viven con VIH (Ponce, Muñoz y Stival, 2017).

Si bien hoy se sabe que el VIH nos afecta a todos por igual –homosexuales y heterosexuales–, y la epidemia está dejando de asociarse exclusivamente a la homosexualidad, en diversos ámbitos de la sociedad mexicana la homosexualidad sigue siendo sancionada, y su estigmatización implica prácticas de riesgo que vulneran a las personas con esta orientación sexual. Ahora bien, sabemos que esta epidemia afecta también a la población indígena y tendemos a pensar que lo hace de la misma forma que a otras poblaciones que viven en zonas rurales. Pensamos, por consiguiente, que las políticas, protocolos y prácticas de atención vigentes bastan para atenderla. Sin embargo, las investigaciones indican que no es así (Muñoz 2014; Muñoz, Ponce y Stival, 2018), como se comenta en este capítulo, al responder con una serie de preguntas a los siguientes temas:

- Consideraciones sobre las prácticas de prevención y detección del VIH cuando se trata de usuarios indígenas.
- La prueba de detección del VIH
- Procedimientos y entrega de resultados de la prueba de detección del VIH.

- Consejerías pre y post prueba de detección del VIH
- Servicios adecuados de la consejería pre y post prueba a las comunidades rurales e indígenas.
- Elementos que deben considerarse para adecuar la consejería pre y post prueba en las regiones rurales e indígenas.

Consideraciones sobre las prácticas de prevención y detección del VIH cuando se trata de usuarios indígenas

¿Cómo afecta el racismo a la vulnerabilidad en la adquisición del VIH?

En México, la condición étnica es un factor de vulnerabilidad en la adquisición del VIH por varias razones asociadas al racismo⁴ prevaleciente: a) la marginación económica que ha extremado la pobreza en estas comunidades y que las ha orillado a la migración nacional e internacional; b) la marginación social y la segregación del sistema de salud y del educativo, que restringe el acceso a la información pertinente sobre las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) –entre las que se encuentra el VIH– y sobre los métodos para su prevención y su detección oportuna; c) la subordinación política y cultural que impide el pleno ejercicio de sus derechos humanos y sus derechos colectivos; d) la discriminación cotidiana, que afecta la vida familiar, social, emocional, afectiva y sexual (Núñez y Ponce, 2015), (véase el Capítulo 19 de este libro).

Cuando las personas indígenas buscan atención médica, por ejemplo, en las unidades médicas de las regiones rurales del país, para informarse sobre el virus y saber si son portadores, se pueden encontrar con varios obstáculos:

- La discriminación y el estigma asociados al VIH
- La falta de adecuación de los servicios de salud a contextos

⁴ Según Wiewiorka (1994), el racismo tiene dos formas de expresarse: 1) considerar que “el otro” es biológicamente inferior y, tratando de sustentarse en la ciencia, justifica las situaciones de desigualdad en las que vive, y 2) rechazar las otras culturas en nombre de la especificidad y superioridad de la propia. En la primera forma, “el otro” tiene cabida en la sociedad, nación o imperio con la condición de ser aminorado y explotado en las relaciones de producción. En la segunda, “el otro” constituye un peligro para la sociedad o la nación y hay que mantenerlo apartado, expulsado y, en casos extremos, hay que destruirlo.

multiculturales para ofrecer una atención efectiva y respetuosa de los derechos humanos.

- El temor a ser identificado por algún vecino o conocido

¿Qué consecuencias puede tener el descuido de la confidencialidad?

Cuanto menor sea una localidad, mayor es el miedo de la persona que acude a una unidad médica del primer nivel a pedir información sobre el VIH o a hacerse la prueba de detección. Un miedo justificado, puesto que de ser escuchada por algún familiar, vecino o conocido –o si un miembro del personal de salud comentara al respecto– las consecuencias podrían ser funestas para ella y darían lugar a su alejamiento del servicio de salud o a su rechazo de toda atención médica.

¿Cómo puede protegerse la confidencialidad?

La confidencialidad y el trato digno deben asegurarse en diversos planos: en el espacio de la consulta, que debe estar aislado de otros cubículos y pasillos tanto a la vista y como a la escucha. Las competencias técnicas adecuadas para la provisión de información, la consejería, y las pruebas y sus resultados juegan también un papel importante respecto al trato digno.

El médico debe garantizar el anonimato de toda persona que solicite la prueba de detección del VIH, con independencia de si el resultado es positivo o negativo. Debe garantizar también la confidencialidad respecto de terceras personas que acudan con el usuario a la consulta o, de las que tenga información o conocimiento por estar posiblemente afectadas por la infección, si la hubiera.

¿A qué se refiere el trato digno frente a una persona que sospecha tener VIH?

Las personas que sospechan ser portadoras del virus y acuden a hacerse una prueba suelen sentirse frágiles emocionalmente. Si, además, perciben en el médico miedo o rechazo al VIH, podrían interpretarlo como un rechazo personal. Un trato digno es el que considera y respeta –con empatía y profesionalismo– esa fragilidad

emocional desde el saludo, al preguntarle sobre su sexualidad y al ofrecerle información (Muñoz, Ponce y Stival, 2018).

¿Cómo cruzar el puente en la comunicación cuando la población no habla español?

Uno de los grandes problemas que afronta el médico que trabaja en regiones indígenas o rurales es el desconocimiento tanto de la lengua de la población a la que atiende, como de sus formas de explicar las enfermedades y buscar atención. Cuando no hay intérpretes o traductores, algunos médicos les piden su ayuda a compañeros de la unidad médica que hablen la lengua local, o a los acompañantes del usuario. Si bien este recurso puede ser útil en ciertas consultas, no lo es cuando se trata de la detección del VIH, pues se violaría el derecho a la confidencialidad.

¿Sirve la ayuda de un traductor?

Es bien sabido que un traductor nunca es neutral; el proceso mismo de traducir implica interpretar la información, con lo que muchas veces se modifica. Este riesgo se agrava cuando se trata de temas estigmatizados, como el del VIH y su forma de transmisión. De aquí que la traducción pueda no ser confiable, sobre todo si la hace un familiar (Muñoz, 2014), por ejemplo, para el consentimiento informado para hacerse la prueba de detección del virus o para dar a conocer los resultados.

Otro riesgo de modificar el mensaje en la traducción tiene que ver con particularidades culturales; es decir, que las palabras pueden tener significados muy diferentes en contextos culturales distintos. Por otra parte, el sexo de los participantes, incluyendo al traductor, puede mediar en la transmisión del mensaje, especialmente cuando este tiene que ver con la sexualidad (Muñoz, Ponce y Stival, 2018).

A estos problemas se suma que en ocasiones las unidades médicas del primer nivel en regiones rurales no tienen pruebas de detección del VIH o su personal no sabe hacerlas, o no las considera prioritarias, y los usuarios no tienen los recursos económicos para acudir a las unidades médicas de las ciudades a solicitarlas. Uno de los objetivos del médico en estos contextos es facilitar la existencia

de pruebas de VIH, y que estas se realicen de forma adecuada, acorde a los protocolos y a las demandas del usuario.

¿Por qué debe brindarse consejería antes de hacer la prueba de VIH y firmar el consentimiento informado?

La Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010 para la prevención y el control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (DOF, 2010a) señala que el consentimiento informado para la realización de la prueba de detección del VIH es un derecho del usuario de los servicios de salud. Antes de hacer la prueba debe darse una consejería, y otra al entregar los resultados.

Como se dijo antes, el espacio donde se dé la consulta y se haga la prueba debe ser tal que asegure la confidencialidad (debe estar aislado a la vista y la escucha). El médico debe darle al solicitante información clara y completa, y debe resolver todas sus dudas. El consentimiento informado y las consejerías pre y post prueba se tienen que dar en cada prueba de detección, ya sea que el usuario haya acudido al centro de salud con una solicitud expresa, o que la prueba se ofrezca como parte de un protocolo de atención, como se hace, por ejemplo, a las mujeres embarazadas para evitar la transmisión vertical. A continuación veremos en qué consisten estos procedimientos y algunas de sus características y posibles adecuaciones en contextos rurales e indígenas.

La prueba de detección del VIH

¿A quiénes se les debe hacer la prueba de detección del VIH?

Según la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010 para la prevención y el control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (en su apartado 6.3.6) (DOF, 2010a), es obligación de todos los servicios de salud que integran el Sistema Nacional de Salud de México ofrecer la prueba de detección del VIH a todas las personas, de manera voluntaria y confidencial, y en especial a las mujeres embarazadas para prevenir la infección materno-infantil.

Hay tres tipos de personas que solicitan la prueba de detección del VIH:

- Aquellas que son conscientes del tema y conocen su riesgo de exposición al VIH.
- Aquellas que presentan signos y síntomas cuya posible vinculación con la etapa de SIDA debe descartarse, y para ello son referidas desde un centro de salud al segundo nivel de atención.
- Aquellas a las que se les debe ofrecer una prueba de VIH por protocolo como, por ejemplo, las mujeres embarazadas.

La mencionada Norma Oficial Mexicana señala, en el apartado 6.3.8, que ninguna autoridad puede exigir a nadie pruebas de detección de VIH, o sus resultados, sin presentar una orden judicial.

¿La prueba de detección del VIH es siempre la misma?

Hay dos tipos de pruebas de detección del VIH, que corresponden a dos etapas:



Todas las pruebas de detección del VIH deben hacerse con base en los lineamientos de las buenas prácticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de los *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC).

¿Cuándo y cómo se les hace la prueba de detección del VIH a las mujeres embarazadas que no la solicitan?

El médico en regiones rurales e indígenas va a encontrarse, sobre todo, con la oferta de la prueba a mujeres embarazadas.⁵ La prueba de detección del VIH se les debe ofrecer en la primera consulta prenatal aclarándoles que es voluntaria. Si acepta hacerse la prueba y el resultado es:



Negativo, el escenario ideal es ofrecer su repetición en el tercer trimestre y en el parto (OPS, 2010).



Positivo, se le debe ofrecer consejería respecto al tratamiento antirretroviral y la prevención de la transmisión materno-infantil, se le debe ofrecer la prueba serológica a los contactos sexuales de la gestante (*ibidem.*).

Cuando una mujer acude a ser atendida en el parto y no tiene los resultados de las pruebas anteriores, se le debe ofrecer consejería y la prueba rápida en el parto o después del nacimiento a fin de brindarle el apoyo necesario para prevenir la transmisión materno-infantil (por ejemplo, en la lactancia).

Procedimientos y entrega de resultados de la prueba de detección del VIH

¿Qué debe tomar en cuenta el médico antes de hacer una prueba rápida de detección del VIH?

Antes de hacer una prueba rápida de detección del VIH, el médico debe considerar (CENSIDA, 2006):

- *La presentación.* Cuando reciba al usuario, el médico debe tener presente que de la primera impresión –por lo que haga y lo que diga– dependen su confianza en el servicio y su cooperación. El médico debe ser amable, respetuoso,

⁵ A las mujeres embarazadas se les deben ofrecer también las pruebas de detección de sífilis para evitar la sífilis congénita (OPS, 2010)

considerado y discreto al abordar a una persona. El saludo es igualmente importante en la bienvenida y en la despedida.

- *La garantía del anonimato y la confidencialidad de la información.* El médico debe explicarle al usuario la necesidad de que le proporcione algunos datos personales, y su compromiso de garantizar la confidencialidad de la información que reciba y del resultado de la prueba.
- *Una atmósfera de discreción y confianza.* El médico debe crear un clima de absoluta discreción y confianza que favorezca la participación del usuario en la toma de la prueba rápida.
- *La seguridad de los participantes.* El médico debe explicarle al usuario que su participación es voluntaria. En ningún caso se aplicará una prueba rápida sin el consentimiento informado por escrito del usuario.

¿Qué debe tomar en cuenta el médico al entregar el resultado de una prueba de detección del VIH?

La entrega del resultado de la prueba de detección del VIH debe hacerse en forma individual por personal capacitado, en una sesión de consejería, con independencia de si el resultado es negativo o positivo (NOM-010, 6.4). En su defecto, el resultado debe enviarse en un sobre cerrado al médico tratante que solicitó el estudio (NOM-010, 6.4.1).

No debe informarse del resultado –ya sea positivo o negativo– en listas públicas, ni comunicarlo a terceras personas sin la autorización expresa del interesado, excepto cuando se trate de menores de edad o de personas con discapacidad mental o incapacidad legal, en cuyo caso se debe informar a los padres, a quienes ejerzan la patria potestad o, a falta de estos, al tutor (NOM-010, 6.4.2).

Consejerías pre y post prueba de detección del VIH

¿A quiénes se brinda consejería y con qué objeto?

Todas las personas que soliciten una prueba de detección del VIH

tienen derecho a una consejería previa y a otra al recibir el resultado (NOM-010, 6.3.7). La consejería previa tiene por objetivo evaluar el riesgo de exposición y, de resultar positivo, la segunda consejería se propone reducir el nivel de angustia y el impacto psicológico negativo (CENSIDA, 2006).

¿Qué debe hacer y qué no debe hacer el médico al brindar consejería?

Las consejerías deben:

- Hacerse en un espacio que garantice la confidencialidad
- Ofrecerse cara a cara y explicar la confidencialidad

Durante las consejerías, el médico debe:

- Enfocarse en un solo tema
- Dar información veraz y suficiente de acuerdo con las necesidades y los conocimientos del usuario.
- Propiciar un ambiente que invite al diálogo (no debe ser directivo).
- Crear una atmósfera de cordialidad y respeto (no debe juzgar ni regañar al usuario) (*ibidem.*).

Las consejerías no consisten en dar consejos o en persuadir a la persona para que haga lo que consideramos correcto. Tampoco se trata de una entrevista en donde se brinda información, ni de una charla entre amigos (CENSIDA, 2006).

¿Qué temas debe cubrir el médico en la consejería pre-prueba, y que más debe hacer?

En la consejería previa, el médico debe cubrir los siguientes temas:

- Formas de transmisión y de prevención
- Periodo de ventana (entre la infección y su detectabilidad)
- Significado de un resultado positivo, negativo o intermedio
- Síntomas característicos de las ITS

El médico que brinda la consejería debe:

- Identificar los antecedentes del usuario: prácticas sexuales sin protección, riesgo ocupacional, trabajo sexual, uso de drogas inyectables y no inyectables, mujeres embarazadas, algún familiar infectado, una pareja serodiscordante (que no tiene VIH y el usuario sí) y otras infecciones de transmisión sexual (*ibídem.*).
- Informar sobre el tiempo de entrega del resultado y sobre la consejería post prueba.

¿Qué temas debe cubrir el médico en la consejería post-prueba, y que más debe hacer?

En la consejería que el médico le brinde al usuario al entregarle el resultado de la prueba, debe hacerlo consciente de:

- La necesidad de reforzar el autocuidado para evitar futuras infecciones o reinfecciones del VIH o de cualquier ITS.
- La conveniencia de informar a las personas a las que pudiese haber puesto en una situación de riesgo (NOM-010, 6.4.3).
- Sus opciones para recibir atención médica integral de calidad, incluyendo el acceso a medicamentos (NOM-010, 6.5).

¿La consejería post-prueba depende del resultado?

La consejería post-prueba varía en función de si el resultado es negativo o positivo.



Si el resultado es negativo, el médico que brinde al usuario la consejería debe:

- Considerar la información que se recabó en la consejería pre-prueba y si no se hizo, abordarla.
- Entregarle directamente el resultado
- Aclararle que un resultado negativo no implica invulnerabilidad ni inmunidad a una futura infección del VIH si se realizan prácticas de riesgo (CENSIDA, 2006).
- Preguntarle por su interés en reducir las prácticas de riesgo

a la exposición del VIH y ofrecerle información al respecto (uso de condón, drogas inyectables, etc.).



Si el resultado es positivo, el médico que brinde al usuario la consejería (de preferencia quien brindó la consejería inicial) debe:

- Considerar la información que se recabó en la primera consejería, en que evaluó la expectativa del resultado y el estado anímico del usuario.
- Hablarle de la importancia de recibir atención psicológica
- Recomendarle reservar su resultado hasta haberlo procesado
- Invitarlo a participar en un grupo de autoapoyo, terapia psicológica y prevención secundaria (CENSIDA, 2006).
- Preguntarle sobre sus redes de apoyo (familia, amigos, etc.)
- Informarlo sobre la conveniencia de que su(s) pareja(s) sexual(es) se haga(n) la prueba, así como los hijos menores de 5 años, cuando se trate de una mujer.
- Recomendarle que informe a su(s) pareja(s) actual(es) o futura(s) sobre las formas de prevenir la infección.
- Informarlo sobre los recursos existentes para la atención médica especializada y el seguimiento oportuno, incluyendo el tratamiento antirretroviral.
- Informarlo sobre el Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) y el Servicio de Atención Integral Hospitalaria (SAIH)⁶ que le corresponda en función de su lugar de residencia, y sobre el proceso de derivación desde el primer nivel de atención.
- Evaluar la posible existencia de comorbilidades como la tuberculosis y la necesidad de exámenes de detección y tratamientos específicos.

¿En qué consiste la consejería a las mujeres embarazadas?

Se debe brindar consejería a toda mujer embarazada con el propósito de:

⁶ <https://www.gob.mx/censida/acciones-y-programas/centros-de-atencion-sais-y-capasits>

- Promover la detección voluntaria, temprana y oportuna de la infección por el VIH.
- Informarla sobre el riesgo de transmisión y las alternativas de tratamiento y de atención integral para ella y su hijo, si lo llegara a necesitar.

Las instituciones de salud deben respetar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres VIH positivas, y garantizar la adecuada atención y el acceso al tratamiento antirretroviral para la madre y el hijo (NOM-010, 6.10.13).

¿En qué consiste la consejería a las víctimas de violencia sexual y relaciones de alto riesgo?

En el caso de la prevención de la infección por VIH en víctimas de violencia sexual, relaciones de alto riesgo (definidas epidemiológicamente como grupos clave de población) o de alta exposición al virus (como los accidentes ocupacionales), el médico que brinde la consejería debe proporcionar:

- Información con relación a la posibilidad de adquirir la infección por VIH.
- El esquema de quimioprofilaxis post-exposición,⁷ cuando no hayan transcurrido más de 72 horas de la exposición al riesgo.

En los casos de violencia sexual, la consejería incluye –además de la información y el acceso a este tratamiento–, derivar a la víctima a una agencia especializada en delitos sexuales, como lo señala el Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual de la Salud (NOM-010, 5.3.7).

⁷ La quimioprofilaxis post-exposición es un esquema de tratamiento con medicamentos antirretrovirales que se toma en los casos mencionados para evitar la infección por VIH. Este esquema debe de comenzar lo antes posible, preferentemente dentro de las 36 horas posteriores a la exposición, y no superar las 72 horas. El tratamiento debe durar al menos 28 días para ser efectivo (véase SSA, 2004a).

Consejería pre y post prueba en las comunidades rurales e indígenas

La adecuada consejería pre y post prueba en los contextos rurales e indígenas beneficia al conjunto de los habitantes. Entre los beneficiarios destacan las personas cuyo resultado de la prueba es positivo y son acompañadas en su proceso emocional, y asesoradas sobre los recursos de atención, el seguimiento de la infección y la prevención de posibles transmisiones –por ejemplo, de la madre al niño en las mujeres embarazadas– y coinfecciones.

Brindar información sobre cómo prevenir la transmisión del VIH, promover el autocuidado, fomentar la confianza en los servicios de salud y respetar la confidencialidad del usuario tiene los siguientes beneficios:

- Propicia en la población un mayor aprecio de las unidades de salud.
- Mejora la accesibilidad de las personas interesadas en recibir este servicio, que no acudían por desconfianza.
- Disminuye el estigma y la discriminación de las personas VIH positivas y, por extensión, de sus parejas, sus hijos y otros familiares.

¿Qué elementos deben considerarse para adecuar la consejería pre y post prueba en las regiones rurales e indígenas?

La consejería pre y post prueba en las regiones rurales e indígenas debe adaptarse a las barreras compartidas por la mayor parte de la población del país, y a las propias de la población indígena.

¿Cómo afrontar las barreras propias de la población rural y la población indígena, además de las que comparten con la población del resto del país?



LA BARRERA DE LA FALTA DE PRIVACIDAD

El espacio en el que se hace la prueba y se brindan las consejerías debe de ser apropiado para proteger

el derecho a la confidencialidad del usuario. Si no se dispone de este espacio en la consulta se recomienda buscarlo en otra sala de la unidad médica.



LA BARRERA DE LA LENGUA

Dadas las dificultades en la comunicación entre el médico y el usuario, y la ausencia de traductores en la unidad de salud, debe considerarse el riesgo de la ruptura de la confidencialidad al utilizar ciertos recursos. Por ejemplo, cuando el médico solicita la ayuda de algún colega o algún familiar del paciente sin tener la certeza de que respetarán este derecho. Por eso, antes de solicitar ayuda a alguien, el médico debe asegurarse de que el usuario es consciente de las implicaciones que puede tener la participación de terceros en la traducción de las explicaciones sobre el procedimiento que se va a realizar (consejería y prueba de detección del VIH), y debe pedirle su consentimiento para ello.

El desafío con los usuarios que no hablan español está en transmitir esta condición para poder dar la consulta, y obtener el consentimiento del usuario sin tener control sobre lo que los familiares traducen. Lo ideal para afrontar la barrera de la lengua es que el médico adquiera competencias lingüísticas básicas en la lengua de la comunidad.

Compartir la misma lengua en un encuentro clínico no implica necesariamente que los interlocutores interpreten los términos o explicaciones de la misma forma. En algunas consultas, la diversidad cultural explica las diferencias entre las interacciones de los participantes y sus concepciones de la enfermedad, la prevención, la atención y el seguimiento oportuno (Muñoz, 2013). En este sentido, las explicaciones que el médico ofrece en la consejería – sobre la transmisión del VIH y su tratamiento– tienen un trasfondo cultural. Esto es, se produjeron en un contexto cultural específico –al que el médico pertenece– al que corresponden determinadas consideraciones sobre, por ejemplo, la causalidad de la enfermedad y su atención.



LA BARRERA DE LOS PREJUICIOS DEL MÉDICO

El médico no debe juzgar al usuario por desconocer las explicaciones científicas o por defender otra explicación. Debe, en cambio, confiar en que el usuario puede percibir una buena explicación como útil e incorporarla en su vida; puede aceptar varias explicaciones sobre un mismo evento, y estas ser complementarias. Por ejemplo, un resultado VIH positivo puede interpretarse como un castigo divino y asociarse, al mismo tiempo, a una práctica sexual en la que no se usó preservativo.

Conocer la diversidad de las explicaciones locales sobre las causas de las enfermedades es importante para la práctica médica consciente y eficaz. Estas explicaciones no deben tratarse como algo exótico y ajeno, sino más bien como formas de dar sentido al infortunio y hacer entendibles –o al menos explicables– para el individuo o la comunidad sentimientos como el miedo, la incertidumbre y la culpa.

La mayor parte de los prejuicios del médico se deben a su consideración del usuario indígena como parte de una minoría étnica vista como “un conjunto”, a diferencia de los demás pacientes, que son vistos como “individuos”, de donde deriva que todos los indígenas actúan de la misma manera. El médico funda, así, sus juicios y sus actos en ideas erróneas. Por ejemplo, tiende a creer que las mujeres indígenas VIH positivas evitan sistemáticamente tener al bebé por cesárea, o que las personas indígenas seropositivas sustituyen la toma del medicamento antirretroviral por el uso de plantas, en lugar de combinar ambos tratamientos (Muñoz, 2014 y Muñoz, Ponce, Stival 2017).



LA BARRERA DEL SEXO DEL MÉDICO

El sexo del médico, hombre o mujer, puede ser una barrera en la demanda de la prueba y de información durante la consejería. Para abordar en consulta temas relativos a la sexualidad, algunas mujeres llegan a poner como condición que el marido esté presente. Otras –ya sea que acudan solas o acompañadas– evitan abordar el tema, lo que impide dar una consejería eficaz sobre la prevención del VIH o su atención. En tales casos, para

evitar esta barrera el médico debe solicitar la ayuda –adecuada, capacitada y respetuosa del anonimato del paciente– de un colega o una colega, según sea el caso.

Conclusión

A lo largo de este texto hemos visto algunas de las características de la detección del VIH y las consejerías pre y post prueba dirigidas a la población general, y las especificidades en los contextos de diversidad cultural en los que el médico, en regiones rurales e indígenas, trabaja. El objetivo ha sido desarrollar tres competencias. La primera, problematizar la mirada universalista que impide ver cómo el VIH incide de una forma específica y diferenciada en la población indígena. La segunda, conocer cómo opera el estigma y la discriminación en la demanda y acceso a medidas de prevención y detección de la infección. Y la tercera, conocer cómo deberían desarrollarse las consejerías pre y post prueba de VIH y su adecuación al contexto del usuario.

Considerar que la mirada y práctica médica son formas culturales de explicar la enfermedad y de brindar atención ayudará a aproximarse a otras explicaciones y abordajes de una manera respetuosa y horizontal, en este caso respecto a temas complejos como el VIH y su gran impacto social y en la salud. A partir de una reflexión crítica sobre los prejuicios del médico, al considerarse como portador de valores y experiencias concretas que influyen en su práctica clínica, adoptar una mirada de aprendizaje social y cultural respecto a los usuarios con los que trabaja, y sus contextos de vida, permitirá mejorar la eficacia de su quehacer profesional generando empatía y reconocimiento mutuo.

Retos de la consejería sobre la detección del virus de papiloma humano y el cáncer cervical en mujeres del medio rural e indígena

Sergio Meneses Navarro¹

Sergio Aarón de la Rosa Cruz²

Leith León Maldonado³

Betania Allen Leigh⁴

Introducción

El propósito del presente capítulo es identificar los retos que afrontan los prestadores de atención de la salud en el medio rural e indígena para brindar consejería sobre la detección del virus del papiloma humano (VPH), a partir de la evidencia científica reciente. Esta consejería es relevante para el programa de prevención y control del cáncer cervical: prevención tanto primaria (vacunación contra VPH) como secundaria (detección oportuna o tamizaje) (SSA, 2013c).

El capítulo responde a las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son los principales retos identificados en la literatura científica reciente respecto a la consejería para la prevención y detección del VPH en el medio rural e indígena?

¹ Investigador de Cátedras CONACYT comisionado al Centro de Investigación en Salud Poblacional del Instituto Nacional de Salud Pública.

² Asistente de investigación en el Centro de Investigación en Salud Poblacional del Instituto Nacional de Salud Pública.

³ Investigadora de Cátedras CONACYT comisionada al Centro de Investigación en Salud Poblacional del Instituto Nacional de Salud Pública.

⁴ Investigadora del Centro de Investigación en Salud Poblacional del Instituto Nacional de Salud Pública.

- ¿Con qué acciones podemos afrontar los retos de la consejería para la prevención y detección del VPH?
- ¿A qué conclusiones podemos llegar?

¿Cuáles son los principales retos identificados en la literatura científica reciente respecto a la consejería para la prevención y detección del VPH en el medio rural e indígena?

Además de ser relevante para la salud individual y colectiva, lo concerniente a la sexualidad forma parte de sistemas de ideas y significados de índole moral determinados socialmente, que suelen dar lugar a inquietudes y debates. Así ocurre, por ejemplo, con respecto al cuerpo y sus usos; a los placeres y su formalización, moderación o reglamentación; al amor y las relaciones de pareja; al deseo y los sentimientos de vergüenza o de culpa; a lo “normal” y lo “anormal”; a los comportamientos “correctos” o “buenos” y los “incorrectos” o “malos”, y, por supuesto, con respecto a la salud y la enfermedad (Foucault, 1976; 1984).

De este modo, la vida sexual implica creencias y valores de los individuos, las parejas, las familias y las comunidades que –en apego al marco del derecho– los prestadores de atención de la salud tienen la obligación de respetar, así como de evitar cualquier forma de discriminación o desprecio al respecto⁵, sobre todo en los contextos de mayor desigualdad, con poblaciones marginadas que sufren violencia estructural⁶ y entre quienes, además, se amplían las diferencias culturales. Tal es el caso de las poblaciones indígenas y rurales en el mundo, incluyendo nuestro país; de aquí que los prestadores de atención de la salud deban tener especial cuidado al abordar los temas relativos a la sexualidad y la reproducción.

En años recientes se han explorado las dificultades para hacer la prueba del VPH para la detección de cáncer cervical entre las mujeres indígenas de México (Torres *et al.*, 2008; León *et al.*, 2014;

⁵ Acciones en este sentido implican la intervención de una institución pública –a través de los prestadores de servicios de salud– en el ámbito de la vida privada de la usuaria. Esto, además de vulnerar los derechos de la mujer, desincentiva el uso de los servicios y se erige como una barrera para el acceso y su aceptación.

⁶ Véase capítulo 19.

Campero *et al.*, 2014; Maxwell *et al.*, 2015; León *et al.*, 2016; Allen *et al.*, 2017; Saldaña y López, 2017, y Eroza *et al.*, 2017). El estudio de la percepción que tienen las propias mujeres del VPH y de los servicios de prevención y detección⁷ permite identificar cinco principales problemas para la prestación adecuada de los servicios respectivos y su aceptación:

- La desinformación de las mujeres, y la existencia de creencias sin sustento empírico y de prejuicios sobre el VPH.
- Las dificultades de comunicación entre los prestadores de servicios y las usuarias, sobre todo la poca o nula transmisión efectiva de información basada en evidencia.
- La “participación pasiva” y las limitadas posibilidades de las mujeres para tomar decisiones preventivas y diagnósticas.
- La falta de espacios y procedimientos que garanticen la privacidad y la confidencialidad.
- La percepción de las mujeres sobre las consecuencias en forma de violencia doméstica que se generan al participar en este tipo de estudios.

Desinformación, creencias sin sustento empírico y prejuicios entre las mujeres usuarias

Diversos estudios han documentado, en general, la poca o nula información que tienen las mujeres indígenas sobre las infecciones de transmisión sexual –incluyendo el VIH/SIDA–, y sobre la causa del VPH y sus consecuencias, específicamente, el cáncer cervical (León *et al.*, 2014; León *et al.*, 2016; Eroza *et al.*, 2017). Estos trabajos evidencian, no obstante, que las mujeres suelen relacionar el VPH tanto con una infección de transmisión sexual como con la toma de la muestra para la prueba de Papanicolaou (León *et al.*, 2014; Eroza *et al.* 2017). Sin embargo, no están al tanto de las opciones para el diagnóstico, en particular de las pruebas moleculares distintas del Papanicolaou (León *Op. cit.* 2014).

⁷ Es conveniente advertir que estos estudios han explorado en menor medida la percepción de los prestadores de servicios; sin embargo, es notoria la ausencia del estudio de las prácticas durante la atención, de la percepción de los hombres indígenas y de enfoques que partan de la influencia de las estructuras sociales productoras de desigualdades en salud (Torres, *et al.*, 2008)

León *et al.* (2016) identificaron cierta confusión entre las mujeres al interpretar el adjetivo “positivo” cuando se les informa del resultado del examen; algunas lo entienden como señal de que su condición de salud es positiva, es decir, de que no hay evidencia del VPH. Por otro lado, prevalecen prejuicios respecto a la práctica de la prueba misma. Algunas mujeres expresaron recelo por pensar que la prueba podría ser dolorosa (Allen *et al.*, 2017); otras señalaron que la adquisición del VPH es evidencia de una infidelidad sexual de la pareja o de la propia mujer, lo que puede suscitar conflictos en la familia y la comunidad, que es preferible evitar (León *et al.*, 2014; Allen *et al.*, 2017; Eroza *et al.*, 2017).

Debido a la falta de información y a la prevalencia de prejuicios respecto al VPH y la prueba para su detección, las mujeres sienten miedo, angustia y ansiedad ante la posibilidad o la necesidad de hacerse la prueba, en el marco de la corresponsabilidad en salud que significa el programa *Prospera –hoy Bienestar–* (León *et al.*, 2016; Allen *et al.*, 2017), y se genera un estigma entre las mujeres que obtienen resultados positivos y sus parejas (Eroza *Op. cit.*)

Cabe mencionar que en ocasiones los propios prestadores de atención responsables de brindar la consejería están desinformados, y tienen creencias sin sustento y prejuicios respecto a la infección por el VPH y la sexualidad en general. De aquí que sea fundamental que los prestadores de atención se aseguren de contar con la información técnica correcta y precisa que les permita brindar una consejería apropiada en la materia.

Dificultades en la comunicación entre los prestadores de servicios y las usuarias, y la poca o nula transmisión efectiva de información basada en evidencia

Hablar del VPH y su relación con el cáncer cervical u otros tipos de cáncer no es sencillo en ningún contexto. Se trata de temas delicados: por un lado, los relativos a la sexualidad, las relaciones de pareja, el amor, la confianza y la fidelidad; por otro, imaginarios de la gravedad o la fatalidad asociados al cáncer (Sontag, 1977). Así, abordar el tema con sencillez y claridad siempre es un reto, pero en el medio rural o indígena –donde la lengua y la cultura son otras– el desafío puede ser mayúsculo.

La lengua constituye una de las principales barreras documentadas. Con frecuencia las mujeres indígenas hablan solo la lengua local, que los prestadores de atención de la salud desconocen (Campero *et al.*, 2014; Maxwell *et al.*, 2015; Saldaña y López 2017; Allen *et al.*, 2017; Erosa *et al.*, 2017). Por otra parte, las representaciones sociales de la sexualidad suelen estar vedadas, y se mencionan mediante arreglos particulares que aluden a ellas de un modo esquivo y sobrentendido. Así, otro de los retos que se afrontan al brindar consejería sobre el VPH es la falta de claridad al hablar de la vida sexual de las usuarias y sus parejas.

Un problema de comunicación más es la demora en la notificación de los resultados (Campero *et al.*, 2014) y la poca o nula información que se brinda a las usuarias al momento de entregárselos (Allen *et al.*, 2017; León *et al.*, 2014). No obstante, León *et al.* (2016) identificaron que las usuarias de los servicios esperan que se les explique de manera clara, completa y comprensible la naturaleza exacta del VPH, su relación con el cáncer cervical, y sus formas de prevención y de detección.

“Participación pasiva” y las limitadas posibilidades de las mujeres para tomar decisiones preventivas o diagnósticas

Las mujeres indígenas que acuden a los servicios de prevención y detección del VPH no suelen tener las condiciones para ser usuarias empoderadas y activas; por ende, su comportamiento puede terminar siendo pasivo. Muchas de ellas acuden porque así lo demandaba su afiliación a programas de desarrollo y salud –como *Prospera* o el *Seguro Popular*– que implicaban la corresponsabilidad de las madres de familia para usar los servicios de atención de la salud.⁸ De aquí que las mujeres afiliadas a estos programas puedan asumir la obligación de hacerse las pruebas de detección del VPH o de aplicar la vacuna a sus hijas, aunque quizá sin convicción.

De este modo, se registra poca o nula participación activa de las mujeres en la elección de la prueba que han de hacerse –la citología

⁸ Con el cambio de gobierno en diciembre de 2018 se anunció la desaparición de los programas *Prospera* y *Seguro Popular*. Al momento de escribir este capítulo no se sabe si continuarán las actividades de corresponsabilidad por parte de las usuarias de los servicios de salud.

o la molecular– ya que ni siquiera se les proporciona información sobre las diferencias y ventajas comparativas (León *et al.* 2014). En algunos testimonios tanto de las mujeres como en los de los prestadores de servicios se ha identificado que hay mujeres que deben tener el “permiso del esposo” para acudir a las revisiones para la detección del VPH (Saldaña y López, 2017; Allen *et al.*, 2017). En otros casos, las parejas masculinas apoyan la realización de la prueba de VPH o les es indiferente (Allen *Op. cit.*).

Las usuarias no solo participan pasivamente en la elección de opciones para obtener el diagnóstico. A pesar de que en los estudios se ha identificado su preferencia por ser atendidas por mujeres –pues manifiestan una mayor incomodidad al ser atendidas por hombres (Campero *et al.*, 2014)– no tienen la posibilidad de elegir el sexo del prestador de atención (Saldaña y López, 2017; Campero *Op. cit.*, 2014).

Falta de espacios y procedimientos que garanticen la privacidad y la confidencialidad

Aparte de advertir tardanza en la entrega de los resultados, los testimonios de los prestadores de servicios y de las usuarias mencionan la falta de espacios y procedimientos adecuados que aseguren su privacidad durante la atención, y la confidencialidad de la información de los servicios de detección del VPH (Campero *et al.*, 2014). Respecto a la privacidad, resalta la ausencia de espacios físicos que garanticen el aislamiento a la vista o la escucha de otras personas al hacer la exploración física. Respecto a la confidencialidad, en ocasiones la entrega de resultados se hace de manera pública: se anuncian en una lista impresa colocada en algún espacio público del establecimiento de salud –como puede ser un mural– o se notifican en voz alta frente a otras personas.

Percepción de diversas formas de violencia contra las mujeres

Algunos prestadores de servicios así como algunas usuarias reportan sufrir –o tener la percepción de que podrían sufrir– violencia por parte de sus parejas debido a la inspección genital, sobre todo si la prueba de detección es practicada por un hombre (Allen *et al.*, 2017).

¿Con qué acciones podemos afrontar los retos de la consejería para la prevención y detección del VPH?

¿Qué es la consejería sobre el VPH?

La consejería sobre el VPH es un procedimiento comunicativo entre los prestadores de servicios y las usuarias en un ambiente de empatía, confianza y respeto. Su objetivo es proporcionar a la usuaria información verídica, clara y comprensible que le permita reconocer el VPH, sus formas de transmisión, sus efectos en la salud a corto y largo plazo, así como los procedimientos diagnósticos y terapéuticos correspondientes. La consejería se propone aclarar todas las dudas y brindar apoyo emocional a la usuaria en caso de que reciba un resultado positivo (León *et al.*, 2014).

¿Cuál es el propósito de la consejería sobre el VPH?

La consejería sobre el VPH debe contribuir a resolver los principales problemas de la entrega y la aceptación de los servicios preventivos y de detección. Con sesiones sistemáticas de consejería se logra disminuir la desinformación y la persistencia de prejuicios sobre el VPH, sobre los servicios de prevención y detección, y sobre otros aspectos de la sexualidad con relación a la salud.

¿Cuál es el contenido de la consejería sobre el VPH?

El contenido de la consejería incluye, sobre todo, los siguientes mensajes:



El VPH es la infección de transmisión sexual más común en el mundo y la probabilidad de contraerlo alguna vez en la vida es muy alta, aun cuando se tengan relaciones sexuales con una sola persona, si bien el riesgo aumenta mientras más parejas se tengan. No obstante, el 95% de las infecciones remite espontáneamente.



Existen diversos tipos de vph. En su mayoría no causan ningún problema de salud ni se manifiestan síntomas;

algunos pueden provocar la aparición de verrugas en los genitales, y otros, ciertos tipos de cáncer como el cervical después de varios años de tener el vph.



Si la infección por el vph se identifica en sus comienzos, ya sea en el estudio citológico (Papanicolaou) o en la prueba molecular (prueba de vph), es posible darle seguimiento y tratar las lesiones precursoras, y así evitar la aparición de cáncer.



Si ya hay cáncer, puede tratarse para su curación, lo que es más efectivo si se detecta en etapas tempranas. Por eso la revisión periódica es muy importante.



La infección por el vph se puede prevenir con la vacuna, esto es especialmente importante en las niñas y las adolescentes, aunque la vacuna es útil también para las mujeres adultas y hombres.



La muestra para el análisis molecular se puede obtener de dos formas: lo puede hacer un prestador de servicios o la propia mujer (autotoma).

¿Cómo hacer efectiva la comunicación en comunidades que no hablan español?

Las barreras de la lengua –en las comunidades donde el español no es la primera lengua– pueden abatirse con el apoyo de personal bilingüe que conozca el tema del vph y esté capacitado para dar consejería. Es decir, que tenga información clara, basada en evidencia sobre la naturaleza del vph y los procedimientos para su prevención y detección, y pueda evitar que se refuercen los posibles prejuicios de las usuarias. En ocasiones se cuenta con enfermeras, auxiliares o promotoras de salud que hablan el idioma local y con

quienes es probable que las usuarias se sientan más cómodas y en confianza para hablar de su sexualidad.

Debemos asegurar que ese personal conozca los principios de la consejería, tales como el trato respetuoso⁹ –que implica no juzgar las creencias, los valores o las prácticas de los demás–, y la privacidad y la confidencialidad de la información compartida. Este personal puede ser clave para prestar los servicios de consejería sobre el VPH y realizar las actividades para su detección.

La consejería debe fomentar la autonomía de las mujeres y su participación en la toma de decisiones relativas a la prevención y la detección del VPH, incluyendo la posibilidad de que sean atendidas por una prestadora de servicios o la posibilidad de hacerse la autotoma de la muestra para la prueba, ya sea en el establecimiento de salud o en donde ella se sienta más cómoda.

Para llevar a cabo las actividades de consejería y detección del VPH en los establecimientos de salud, es necesario disponer de espacios que garanticen la privacidad, es decir, aislados de la vista y la escucha de otras personas. De otro modo, conviene promover la autotoma de la muestra, que puede hacerse en casa y luego llevarse o enviarse al establecimiento de salud para que sea procesada. Hay que tomar en cuenta que en hogares de una sola habitación y sin baño, la autotoma puede no ser una opción conveniente (Allen *et al.*, 2017). Esta estrategia ha probado ser más aceptable, sobre todo entre las mujeres indígenas, pues permite evitar las resistencias ante la inspección genital, o a ser atendidas por un hombre, y el posible disgusto del esposo (Lazcano *et al.*, 2011; Allen *et al.*, 2017). De aquí que convenga informar también a los hombres de la comunidad sobre el VPH y sus posibles consecuencias en la salud de las mujeres. Debe enfatizarse la posibilidad de desarrollar cáncer cervical, que compromete la vida de la mujer.

¿A qué conclusiones podemos llegar?

De acuerdo con León *et al.* (2016), las propias mujeres indígenas desean recibir explicaciones amplias y claras sobre el VPH, las formas de prevenirlo y detectarlo, y de evitar complicaciones, lo que facilita que el personal de salud brinde consejería en la materia.

⁹ Véase capítulo 19.

También se ha reconocido que para hablar de su sexualidad, las mujeres se comunican mejor con el personal auxiliar o de enfermería que con los médicos (Allen *et. al.*, 2017). De modo que hacer equipo con estas trabajadoras puede ayudar a mejorar la comunicación con las usuarias y su aceptación de los servicios.

La mejor aceptación entre las mujeres indígenas de la autotoma de muestra vaginal o cervical, hace deseable que se disponga de esta opción (Allen *et al.*, 2017). No obstante, aún en caso de no disponer de la prueba de autotoma de VPH, el elemento más importante de la atención es proporcionar una consejería que brinde información suficiente, clara y basada en evidencia. Así mismo, dicha consejería debe orientarse a la promoción de la participación activa e informada de las mujeres (León *et al.*, 2016).

¿Qué debemos saber sobre la NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención?

Rosario Valdez Santiago¹

El presente capítulo tiene como objetivo dar a conocer al médico el contenido de la NOM-046-SSA2-2005 *Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención* (DOF, 2016a), sus antecedentes, y algunas sugerencias para identificar y atender a las personas que sufren o han sufrido alguna forma de violencia familiar o sexual.

Este capítulo está integrado por cuatro apartados que responden a las siguientes preguntas:

- ¿En qué se diferencian la violencia familiar y la violencia sexual?
- ¿Qué pasó antes de que se emitiera la NOM-046-SSA2-2005 *Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención*?
- ¿A qué obliga la NOM-046 al personal de salud, y qué desafíos deben afrontarse al respecto?
- ¿Qué acciones puede llevar a cabo el médico en el tratamiento de personas afectadas por violencia sexual?

¹ Directora del Centro Colaborador OMS/OPS de investigación en Lesiones y Violencia. Investigadora del Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública.

¿En qué se diferencian la violencia familiar y la violencia sexual?

La violencia familiar se nombra de diversas formas, y cada una tiene implicaciones conceptuales particulares cuya discusión queda fuera del alcance de este capítulo. Nos limitamos a mencionar las tres formas más comunes de nombrarla:

- *Violencia doméstica*, en referencia al lugar donde suele ocurrir (Valdez y Ruíz, 2009).
- *Violencia familiar o intrafamiliar*, en alusión a que en toda relación familiar puede haber violencia, con independencia de su direccionalidad (Gelles & Straus, 1979).
- *Violencia de pareja*, que se refiere al abuso en la relación de pareja (Krug, et. al., 2002).

Este capítulo versa sobre la *violencia familiar* tal como la define la NOM-046-SSA2-2005²:

La violencia familiar comprende el acto u omisión, único o repetido, cometido por una persona en contra de otra(s) con quien(es) se tiene una relación de parentesco por consanguinidad, civil o de hecho, esto incluye a la pareja, hijos, padres, hermanos. Esta situación puede ocurrir en el hogar o fuera del mismo, lo que caracteriza a la violencia familiar es la relación existente entre los involucrados, no el sitio donde ocurre. La violencia familiar adopta diferentes tipos, que son: física, psicológica, sexual, económica, y abandono; los que pueden presentarse simultáneamente. Los receptores más frecuentes de la violencia familiar son niños, niñas, mujeres, adultos mayores y personas con discapacidad. Con la expresión violencia sexual se alude al uso de poder para inducir u obligar a otra persona a realizar prácticas sexuales no deseadas, es decir, en contra de su voluntad. Estas prácticas pueden ir desde presenciar actos de contenido sexual, manosear u obligar a tocar el cuerpo, incluyendo los genitales, hasta tener relaciones sexuales.

² Las normas oficiales mexicanas (NOM) son las regulaciones técnicas que contienen la información, los requisitos, las especificaciones, los procedimientos y la metodología que permiten a las distintas dependencias del Estado mexicano establecer parámetros evaluables para evitar riesgos a la población, a los animales y al medio ambiente. A estas NOM deben sujetarse todas las instituciones públicas, sociales y privadas. La lista de las NOM en materia de salud puede consultarse en línea.

La *violencia familiar* –en cualquiera de sus formas y grados de severidad– afecta todas las dimensiones de la vida de quien la padece, además de su entorno familiar, social y laboral. Estas afecciones van desde problemas de salud y en el rendimiento y el desarrollo laboral o escolar, y en las emociones inmediatas y acumulativas –lo que puede derivar en problemas psiquiátricos–, hasta la muerte a manos del agresor o como suicidio; las familias que viven relaciones violentas pueden verse involucradas en el homicidio, ya sea de las víctimas o de quien ejerce la violencia (Murray, 1986).

¿Cómo se define la violencia cuando la víctima es un menor?

Toda relación sexual de un adulto con un menor de edad se considera como abuso sexual ya que el menor no tiene la capacidad para consentir libremente y oponerse a la voluntad del adulto.³ El maltrato o la vejación de menores abarca todas las formas de maltrato físico y emocional, abuso sexual, descuido, negligencia, explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial en la salud del niño, para su supervivencia, para su desarrollo o en su dignidad, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder (OMS, 2003).

¿Qué resultados han tenido los estudios de la violencia familiar en los códigos penales en México?

En México, a lo largo de casi tres décadas de estudio del problema de la violencia familiar (CECOVID, 1992; Ramírez y Uribe, 1993), se ha generado evidencia sólida –tanto cuantitativa como cualitativa– de que se trata de un problema de salud pública, social y de derechos humanos, que afecta a todas las clases sociales en todos los niveles educativos, aunque sus expresiones varían según el tipo de población (INSB, 2003; INEGI, 2003).

Tanto la violencia familiar como la violencia sexual son delitos que están tipificados en los códigos penales de todas las entidades del país. De ahí que sea obligatorio que la persona responsable de la unidad médica informe de los hechos a la agencia del Ministerio

³ NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

Público (MP), mediante el formato “Aviso al Ministerio Público” incluido como Apéndice Informativo de la NOM-046-SSA2-2005⁴.

¿Qué pasó antes de que se emitiera la NOM-046-SSA2-2005 *Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención?*

Desde la década de 1980 las organizaciones de la sociedad civil presionaron al Gobierno mexicano para que respondiera a los acuerdos internacionales que lo obligaban a rendir cuentas sobre sus acciones para combatir la violencia hacia las mujeres, y favorecer a la infancia. Entre las manifestaciones de violencia contra las mujeres, quizá las más frecuentes sean la violencia de pareja y la violencia doméstica o familiar, que afectan no solo a la mujer, sino a todos los integrantes de la familia, incluyendo al agresor.

La NOM-046-SSA2-2005 tiene como antecedente no solo otras NOM de salud, sino otras leyes y normas que el Estado mexicano implementó para responder a su obligación de preservar el bienestar de la población, así como a los acuerdos internacionales firmados y ratificados por México.

La NOM 190-SSA1-1999

La NOM 190-SSA1-1999 –antecedente inmediato de la NOM-046-SSA2-2005– legitimó por primera vez la participación del sector salud en la atención de las víctimas de la violencia familiar en las unidades de salud. Sin embargo, el personal de salud no ha asumido, a la fecha, las responsabilidades estipuladas en la NOM-046, sobre todo porque no la conocen, porque el tema no se ha incorporado en su formación profesional, y también debido al estigma que responsabiliza a las personas cuyas relaciones familiares son violentas y a quienes viven la experiencia –única o repetida– de abuso sexual.

⁴ http://www.inm.gob.mx/static/Autorizacion_Protocolos/SSA/Violencia_familiar_sexual_y_contra_las_mujeres_criterios_par.pdf

Momentos clave en el ámbito internacional y en el nacional

A continuación, se señalan los momentos clave en el ámbito internacional y nacional, producto del activismo y estrategias del movimiento feminista y del movimiento en favor de los derechos de la infancia, a los que el Estado mexicano ha respondido con cambios legislativos y normas oficiales.

Momentos claves en el ámbito internacional

Los siguientes son los momentos clave en ámbito internacional hasta 1996:

1975

Año internacional de la mujer; comienza el decenio de Naciones Unidas para la Mujer; año de la primera Conferencia Mundial, celebrada en México.

1980

Año de la segunda Conferencia Mundial sobre la Mujer, en Copenhague

1985

Año de la tercera Conferencia Mundial sobre la Mujer, en Nairobi. México participó con delegadas oficiales y de la sociedad civil.

1993

Se celebra la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, en Viena, en que se reconoce que los derechos humanos de las mujeres y las niñas son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales. Ahí se afirmó que la violencia y todas las formas de acoso y explotación sexual, en particular las derivadas de prejuicios culturales y de la trata internacional de personas, son incompatibles con la dignidad y la valía de la persona humana y deben eliminarse.

En la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, se reconoce que la violencia contra la mujer se produce tanto en la vida pública como en la vida privada.

1994

En la IV Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo, se sugiere que los países adopten medidas para habilitar a las mujeres, eliminar la desigualdad con los hombres y eliminar la violencia contra ellas.

En la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, de Belém do Pará, los estados parte definen la violencia contra la mujer como “cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”.

1995

Año de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) y el Foro Mundial de Organizaciones No Gubernamentales, Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, en Copenhague. Los preparativos para las reuniones previas a la conferencia dotaron de recursos a los grupos de mujeres, lo que permitió el surgimiento de nuevas organizaciones.

1996

La 49a Asamblea Mundial de la Salud reconoce que la violencia es un grave problema de salud pública (Resolución WHA49.25).

Momentos claves en el ámbito nacional

1989

Se crea el COAPEVI, el primer centro gubernamental de atención a las personas violadas, se abren tres agencias especializadas en delitos sexuales en el Distrito Federal, y se reforma el Código Penal del DF, hoy Ciudad de México, en materia de delitos sexuales.

1996

La Asamblea Legislativa del DF aprueba la primera Ley sobre violencia familiar. En ella no se tipifica la violencia en la familia como hecho delictivo. Se trata de una Ley de Asistencia y Conciliación.

1997

El Poder Ejecutivo Federal propone modificaciones al Código Penal del DF, en que tipifica la violencia familiar y la violación en el matrimonio como delitos.

1998

Se incorporan a la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar del DF, hoy Ciudad de México, los daños de las relaciones interpersonales pasadas y presentes. Se incluye la violencia en la familia en el Código Civil Federal como causal de divorcio necesario; se limita la patria potestad del cónyuge agresor.

1999

Se emite la Norma Oficial Mexicana NOM 190-SSA1-1999 para atender en las unidades de salud a las personas involucradas en situaciones de violencia familiar y para contribuir a su prevención (DOF, 1999). En ella se establecen los criterios que han de observarse en la atención médica y la orientación de las personas involucradas en situaciones de violencia familiar.

2002

Se agrega en el artículo 200 del Código Penal del DF, hoy Ciudad de México, la prohibición para el agresor de habitar en la residencia donde se llevaron a cabo los hechos violentos. Se especifica la sanción de 30 a 40 días de multa a los funcionarios que no apliquen esta ley, y se establecen 24 horas como máximo para solicitar a la autoridad administrativa o judicial respectiva que se tomen las medidas necesarias para salvaguardar a las víctimas.

2005

El Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) establece la creación del Programa de Apoyo a las Instancias de Mujeres en las Entidades Federativas, para Elaborar el Diagnóstico sobre la Violencia contra las Mujeres (PAIMEF), dentro del Ramo Administrativo 20, Desarrollo Social como Programa sujeto a Reglas de Operación.

2006

Se aprueba la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (LGIMH), para regular y hacer efectivo el derecho a la igualdad jurídica de mujeres y hombres, y proponer los lineamientos y mecanismos institucionales que orienten a la nación hacia el cumplimiento de la igualdad sustantiva en los ámbitos público y privado, promoviendo el empoderamiento de las mujeres. Este ordenamiento faculta a la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), a partir de una reforma a su ley, para la observancia en el seguimiento, la evaluación y el monitoreo de la política nacional en materia de igualdad entre mujeres y hombres.

2007

Se crea la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV). Se trata de un instrumento jurídico con disposiciones y condiciones legales que permitan brindar garantías para la seguridad y la integridad física de las mujeres, para un desarrollo igualitario entre mujeres y hombres, y para garantizar el ejercicio de la libertad de las mujeres en el territorio nacional.

2014

Se crea la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, y se reforman diversas disposiciones de la Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil (https://www.unicef.org/mexico/spanish/LeyGeneral_NNA.pdf).

¿A qué obliga la NOM-046 al personal de salud, y qué desafíos deben afrontarse al respecto?

La NOM-046-SSA2-2005 establece que las instituciones de salud –ya sean públicas, privadas o sociales– deben elaborar un manual de procedimientos de atención a la violencia familiar y sexual, y tenerlo al alcance de su personal de salud.

¿Qué debe saber y qué debe hacer el médico en la atención de personas afectadas por este tipo de violencia?

El médico que preste atención a personas afectadas por este tipo de violencia debe:

- Estar capacitado y ser capaz de empatizar con ellas.
- Apegarse en sus actividades a los criterios de oportunidad, calidad técnica e interpersonal, confidencialidad, honestidad, y respeto a la dignidad y a los derechos humanos.
- Conocer las leyes aplicables en su entidad federativa. Cabe señalar, al respecto, que las instituciones federales se rigen por disposiciones federales.

Si bien es obligación de las instituciones de salud capacitar al personal a su cargo, y de los profesionales de la salud mantenerse

actualizados en la materia, esto representa un constante desafío. Por ello, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGYSR) asigna recursos para que el personal de salud esté capacitado, sea capaz de empatizar con la población que atienda, y de realizar todas las acciones que contempla la NOM-046-SSA2-2005. No obstante, podemos afirmar que estas medidas son insuficientes para garantizar que lo estipulado en la NOM se cumpla efectivamente.

¿Cuáles son los criterios que establece la NOM-046-SSA2-2005?

La NOM-046-SSA2-2005 establece los siguientes criterios específicos para prevenir y atender la violencia familiar y sexual, desde la perspectiva de la salud pública, a saber:



Estos criterios definidos por la NOM demandan esfuerzos que no pueden depender exclusivamente del personal de salud, y menos aún del médico. Es por ello que en este capítulo ponemos énfasis en las acciones que sí están al alcance de los médicos.

La promoción de la salud y prevención de la violencia

La norma estipula que el personal de salud debe:

- Diseñar y aplicar programas educativos para prevenir la violencia familiar y sexual, dirigidos a la población en general. Semejante tarea abarca un amplio espectro de temas, desde la equidad de género al interior de las familias hasta el respeto a la diversidad sexual.
- Impulsar acciones comunitarias para:
 - Promover el derecho de las personas a vivir una vida libre de violencia.
 - Solucionar pacíficamente los conflictos
- Detectar y canalizar los casos identificados de personas en situación de violencia.

Detección de posibles casos y diagnóstico

Puesto que las personas que sufren o han sufrido algún tipo de violencia, ya sea familiar o sexual, con frecuencia no solicitan directamente atención en las unidades de salud, resulta indispensable aplicar un cuestionario que permite identificar a las mujeres o menores que estén sufriendo violencia, este instrumento está contemplado en el Manual Operativo para su utilización en los tres niveles de atención, sin embargo se reconoce que el sistema actual de registro de la información en la SSA es escaso por diversas razones, tales como:

- Ni las mujeres ni los menores de edad hablan espontáneamente del problema en los servicios de salud.
- El médico no pregunta, ya sea porque no conoce el tema, porque no lo considera de su ámbito profesional o porque teme ser requerido en procedimientos penales.

- El médico responsable de la unidad o servicio no conoce el formato para hacer el registro, y no sabe llenarlo ni clasificarlo por tipo de violencia.⁵
- El personal médico no sabe cuál es el sentido y utilidad de llenar los registros y que constituyen un insumo básico para el Sistema Nacional de Información en Salud.⁶

Para aplicar la estrategia de tamizaje, toda entrevista clínica y de exploración física debe hacerse de manera rutinaria, creando un ambiente de confianza, sin prejuicios y, sobre todo, garantizando la confidencialidad.

Cuando se atiende a una mujer embarazada, es indispensable indagar directamente si el personal de salud, ya sea de enfermería, medicina, trabajo social o psicología, tiene sospechas de violencia. Diversos estudios han demostrado que las mujeres que padecen violencia durante el embarazo tienen el riesgo de sufrir una violencia más severa después del parto, que aquellas que no son maltratadas durante el embarazo (McFarlane J, *et al.*, 1999).

Tratamiento y rehabilitación

Si bien la OMS reconoce que la atención psicológica es fundamental en estos casos, en la realidad de nuestro sistema de salud no se puede garantizar que todas las personas identificadas con la estrategia de tamizaje logren tener acceso a servicios psicológicos especializados, de calidad y con calidez.

⁵ Manual Operativo del Modelo Integrado de Prevención y Atención a la Violencia Familiar y Sexual. www.gob.mx/salud/cnegsr

⁶ Al explorar la página web del sistema, se señala que “La información sobre lesiones y violencias permite conocer la atención brindada a pacientes víctimas de accidentes, agresiones, eventos auto infligidos o trata de personas, además de que brinda apoyo para comprender y dar respuesta efectiva a las condiciones bajo las que se están presentando y atendiendo los problemas de salud de causa externa para administración y planeación de los servicios de salud. Se presenta información sobre las lesiones y violencias reportadas por las unidades médicas de la Secretaría de Salud, durante los años 2010, 2014, 2015 con cifras definitivas, del presente año son cifras preliminares, que se presentan de forma anual” (http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_lesiones_gobmx.html)

El *Manual Operativo del Modelo Integrado de Prevención y Atención a la Violencia Familiar y Sexual* distingue dos tipos de atención:

- **Esencial**, que incluye: detección activa; contención y manejo de crisis; atención médica a lesiones leves; atención básica a violencia sexual; orientación y consejería, y referencia y seguimiento. Estos servicios deben estar disponibles en cualquier unidad de salud.
- **Especializada**, que incluye: atención médica-quirúrgica para lesiones leves y graves, especialidades médicas incluyendo psiquiatría; tratamiento para violencia sexual; tratamiento psicológico especializado, y orientación y consejería. Estos servicios deben estar disponibles en las unidades del segundo nivel de atención.

Tratamiento de la violación sexual

Este es uno de los aspectos más relevantes y a la vez más de desafiantes de la NOM-046, según la cual la violación sexual es una urgencia médica y requiere atención inmediata; puesto que implica violencia severa, necesita atención psicológica especializada inmediata.

El médico debe informar a la persona afectada sobre la oferta de servicios especializados en su localidad para garantizar que sea atendida oportunamente. Esta información no siempre está disponible en las unidades médicas, por lo que se debe pedir la lista de los servicios disponibles en la comunidad a las autoridades responsables del programa estatal de violencia familiar. Estos servicios pueden incluir albergues para mujeres maltratadas y sus familias.⁷ En algunas localidades, sobre todo en el ámbito rural y en las comunidades indígenas, no hay servicios especializados disponibles. Sin embargo, una escucha atenta y libre de prejuicios ya es una intervención importante.

⁷ <http://www.rednacionalderefugios.org.mx/contacto.html>

¿Qué acciones puede llevar a cabo el médico en el tratamiento de personas afectadas por violencia sexual?

Lo que el médico sí puede hacer en estos casos es lo siguiente:

- Estabilizar a la persona afectada, reparar daños y tratar las lesiones físicas conforme al *Manual Operativo* citado.
- Prevenir complicaciones tales como las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, mediante quimioprofilaxis post-exposición. Este tratamiento debe iniciarse dentro de las primeras 72 horas (tres días) posteriores al contacto sexual sin protección. Las especificaciones de los medicamentos y las dosis pueden consultarse en la *Guía para la atención médica a las personas violadas*.⁸
- Ofrecer anticoncepción de emergencia o anticoncepción hormonal post-coito de manera inmediata y hasta 120 horas después de ocurrida la agresión, ya que la probabilidad de embarazo después de un contacto sexual sin protección es alta (entre 8 y 10%), mientras que si se utiliza este método anticonceptivo, disminuye a menos de 1.5%.⁹ Las indicaciones sobre las dosis recomendadas y los efectos secundarios de la anticoncepción de emergencia pueden consultarse en la NOM-005-SSA2-1993 de los servicios de planificación familiar.
- Registrar en el expediente clínico las evidencias médicas de la violación, previo consentimiento de la persona afectada. Si la persona afectada quisiera emprender una acción penal, el expediente clínico le serviría como prueba.

Las niñas y las mujeres pueden quedar embarazadas –en el caso de no haber recibido en esa unidad o en otra la anticoncepción de emergencia–, en cuyo caso está en su derecho de solicitar la interrupción legal del embarazo, de acuerdo con la legislatura de las 32 entidades del país. Por consiguiente, las unidades médicas públicas deben prestar servicios de aborto médico siempre y cuando:

⁸ Disponible en la página electrónica del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva www.gob.mx/salud/cnegsr

⁹ Disponible en la página electrónica del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva www.gob.mx/salud/cnegsr

- Sea a solicitud de la mujer interesada; si es menor de edad, a solicitud de su padre o de su madre, y a falta de estos, de su tutor, conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.
- Se haya autorizado por la autoridad competente en los términos de la legislación aplicable.

¿Cómo notificar al MP?

Puesto que la violencia familiar y sexual es delito, las instituciones de salud están obligadas a dar parte al MP conforme a los siguientes lineamientos:

- La persona responsable de la unidad médica debe utilizar el formato “Aviso al Ministerio Público”, llenarlo y enviarlo de manera institucional, en los términos que señala el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Atención Médica (artículos 18 y 19).
- La información que se asiente en el formato “Aviso al Ministerio Público” deber ser lo más descriptiva posible y apearse a lo reportado por la persona afectada, sin valoración personal ni supuestos del personal médico. Debe describir las condiciones de salud física y mental que se encuentran en el momento de la valoración clínica. Establecer la ocurrencia de un delito o negarla no le corresponde al personal médico sino a la instancia de procuración de justicia.
- Debe darse parte de inmediato al MP, o incluso solicitar su presencia en la unidad de salud, cuando se considere que la integridad o la vida de la persona esté en peligro.
- Debe notificarse –además de al MP– a la instancia de procuración de justicia correspondiente cuando la persona afectada sea menor de edad o sea incapaz legalmente de decidir por sí misma. En el caso de los menores de edad debe notificarse también a la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), de la entidad.

La notificación al MP no es una denuncia ni sustituye la voluntad de la persona afectada. Cuando los posibles delitos cometidos en agravio de la persona afectada no se persigan de oficio en la

entidad, le corresponde al personal médico informarla sobre el derecho que la asiste de presentar su denuncia, en caso de que así lo decidiera. Debe señalarse que el propio MP puede utilizar la información contenida en el formato de aviso y en el expediente clínico en el proceso penal, conforme a la legislación aplicable en cada entidad federativa.

Consejería y seguimiento

Afrontar las abrumadoras narraciones de violencia que una persona puede relatar en la consulta, así como al pedir asesoría sobre qué hacer o dónde acudir, puede ser muy difícil para el médico, sobre todo si no recibió el entrenamiento para ello en su formación profesional.

Sin embargo, una parte esencial del proceso de orientación es evaluar el riesgo en que se encuentra la persona afectada y la peligrosidad del agresor. Está documentado que la persona inmersa en una relación de violencia –cualquiera que sea su tipo– pierde la noción del riesgo de su situación, y esto empeora cuando la persona afectada es menor de edad.

Una persona está en riesgo cuando su pareja:

- a) Ha intentado asfixiarla
- b) La ha amenazado con armas blancas o de fuego
- c) La ha obligado a tener relaciones sexuales
- d) La ha golpeado durante el embarazo
- e) Le ha causado lesiones severas como, por ejemplo, mordeduras, fracturas, luxaciones.

Estas son señales de alarma que dan la pauta para proponerle a la persona afectada la necesidad de elaborar un plan de seguridad por si la situación empeorara. Deben establecerse también los mecanismos de seguimiento del caso.

Los prestadores de servicios tienen la obligación de brindar información objetiva sobre las diferentes alternativas de atención según el grado de severidad de la violencia que reportan, por lo que debe tener un directorio de los servicios especializados disponibles en la localidad, incluyendo los albergues para mujeres maltratadas y sus familias¹⁰ ya mencionados. Es fundamental no perder contacto

¹⁰ <http://www.rednacionalderefugios.org.mx/contacto.html>

con la persona y continuar con el seguimiento médico, psicológico y de trabajo social.

A manera de reflexión final

Es preciso recordar que para las personas inmersas en relaciones de violencia familiar no es fácil salir de ellas. La mayoría de las ocasiones deben intentarlo varias veces antes de lograr poner fin a historias de años de abuso.

El mayor desafío para el personal de salud es vencer sus propios prejuicios respecto a la violencia familiar y sexual; prejuicios que los llevan a culpar a las mujeres de provocar la violencia masculina y a justificar el comportamiento violento de los hombres.





PARTE

5

Retos y perspectivas en salud intercultural



¿Por qué los prestadores de servicios de salud deben brindar un trato digno a los pacientes durante la atención clínica?

Sergio Meneses Navarro¹

Alejandro Meza Palmeros²

Blanca Estela Pelcastre Villafuerte³

Introducción

Como ha quedado asentado desde los orígenes de la medicina moderna, la relación entre el médico y el enfermo es de muy distinta naturaleza con respecto a cualquier otra prestación de servicios, ya que involucra un bien de valor inestimable: la atención de ese elemento intangible y universal que llamamos salud. De aquí que desde la antigüedad se haya velado por la relación –tan estrecha y cargada de significado– entre el médico y el paciente (Gadamer, 2011). Es de notar, al respecto, que uno de los principios más conocidos del profesional de la medicina sea el “ante todo no dañar” del juramento hipocrático.

Sin embargo, el desarrollo de la medicina ha venido aparejado de una compleja organización, con lo que la relación médico paciente se ha integrado en un sistema de salud conformado tanto por elementos tangibles –por ejemplo, los recursos humanos: profesionales de la medicina y de la enfermería, trabajadores sociales, administradores, directores–, como por elementos intangibles, –por ejemplo, los principios que rigen la conducta para garantizar el bien, no solo del enfermo sino de la población en su totalidad.

¹ Investigador de Cátedras CONACYT comisionado al Centro de Investigación en Salud Poblacional del Instituto Nacional de Salud Pública.

² Investigador de Cátedras CONACYT comisionado al Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social – Sureste.

³ Directora del área de determinantes y retos de los sistemas de salud, Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública.

Algunos de estos elementos intangibles, como los principios morales, éticos y humanísticos que subyacen tras las motivaciones de la profesión médica, se han ido asentando en el marco normativo de la salud, es decir, en un conjunto de normas que dictan cómo deben actuar los profesionales de este sector.⁴

A partir de este marco, es posible afirmar que en la interacción cara a cara con la población, particularmente al atender al usuario, el médico debe proteger tres elementos: 1) la calidad técnica, que se refiere a que cada una de las decisiones diagnósticas y terapéuticas debe apegarse a los conocimientos científicos; 2) la seguridad del paciente, lo que implica tomar medidas para evitar cualquier daño, desde una infección adquirida en el proceso de la atención –como las denominadas infecciones nosocomiales– un accidente o incluso una reacción adversa a un medicamento, y 3) la dignidad de la persona –o el valor esencial que tiene cada quien por el simple hecho de existir–, principio difícil de definir, pero que constituye el pilar de cualquier marco normativo, y es el motivo de discusión del presente capítulo.

Este capítulo presenta una propuesta para brindar un trato digno al prestar servicios de salud, mediante acciones específicas en ocho dimensiones básicas, a fin de contrarrestar los efectos perniciosos de las estructuras de desigualdad de género, etnia y clase.

A pesar de que la protección de la dignidad de las personas es fundamental en la relación médico paciente –y, por lo tanto, en la relación entre el sistema de salud y la población–, innumerables acciones ejercidas por los médicos son verdaderos atentados contra la dignidad de la persona. Al respecto, es útil revisar las recomendaciones generales de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH)⁵.

Los motivos por los que los médicos atentan contra la dignidad de aquellos a quienes se pretende proteger, violando así uno de

⁴ El marco normativo se comentó en el Capítulo 2 de este libro.

⁵ En particular las siguientes:

- 4 (2002). Derivada de las prácticas administrativas que constituyen violaciones a los Derechos Humanos de los miembros de las comunidades indígenas respecto de la obtención de consentimiento libre e informado para la adopción de métodos de planificación familiar;
- 9 (2004). Sobre la situación de los Derechos Humanos de los internos que padecen trastornos mentales y se encuentran en centros de reclusión de la República Mexicana;
- 15 (2009). Sobre el derecho a la protección de la salud y
- 31 (2017). Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud.

sus más importantes principios, han sido estudiados desde distintas disciplinas (Freidson, 1978). Más allá de las condiciones que atentan, a su vez, contra la dignidad de estos profesionales –como los horarios extenuantes, la saturación de los servicios, la falta de recursos, y demás condiciones bien documentadas–, existe el consenso de que muchos de los atentados contra la dignidad ejercidos por los médicos responden a construcciones sociales y culturales de naturalización de las desigualdades, tales como el racismo, el clasismo y el sexismo, que favorecen el maltrato durante la atención.

Es importante mencionar que estas manifestaciones de la distribución desigual del poder no son privativas del ámbito de la salud, sino que son estructurales, es decir, corresponden a la manera en que se conforma una sociedad. Por ello, hemos decidido denominarlas *estructuras de la desigualdad*. Hacemos una mención especial de ellas en este texto.

El propósito del presente capítulo es que el personal de salud en regiones indígenas y rurales sepan que, además de asegurar la calidad técnica y proteger la seguridad de las personas al brindarles atención médica, deben también proteger su dignidad.

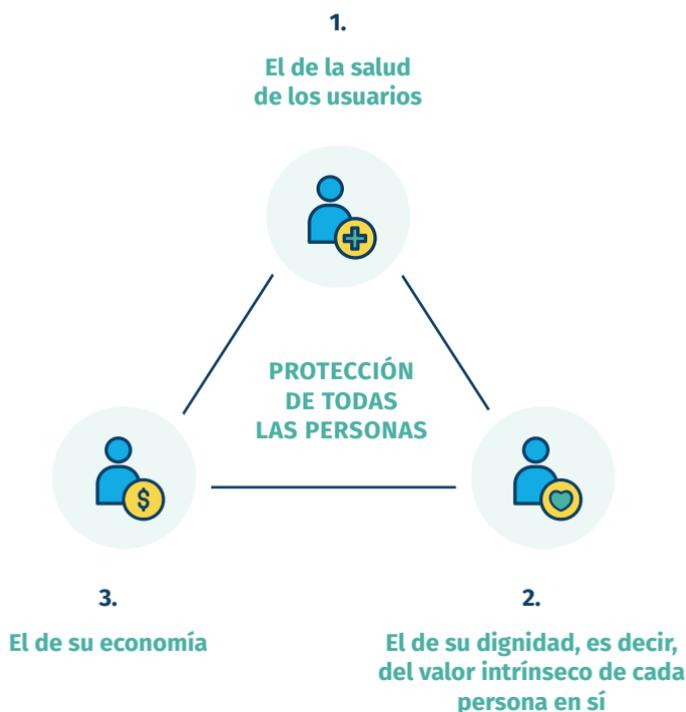
Este capítulo se propone responder a las siguientes preguntas:

- ¿Por qué los médicos deben proteger la dignidad de las personas al brindarles atención?
- ¿Cuáles son y cómo funcionan algunas de las estructuras de la desigualdad que afectan la dignidad de las personas al brindarles atención?
- ¿Qué es el trato digno en el marco de la prestación de servicios de salud y qué acciones prácticas deben tomarse en cuenta en la consulta médica para garantizarlo?

¿Por qué los médicos deben proteger la dignidad de las personas en su trato?

Nuestro país aspira a construir un sistema universal de salud en el que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios seguros, integrales, efectivos y oportunos, que garanticen tres ámbitos de protección (Gobierno de la República, 2013; OMS, 2000)⁶:

⁶ Para una descripción más amplia de las funciones, los objetivos y las características



La Constitución establece la obligación de las autoridades de promover y proteger los derechos humanos. Con respecto a los funcionarios públicos –grupo que incluye a los trabajadores de los servicios públicos de salud– este artículo señala su obligación de cuidar los derechos humanos de las personas que solicitan sus servicios, y agrega la prohibición de cualquier forma de discriminación y de acciones que atenten contra la dignidad de las personas:

Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas (artículo 1°).

del Sistema Nacional de Salud, véase el Capítulo 1.

Por otro lado, el dolor y la enfermedad amenazan el bienestar y la vida, y colocan a las personas en situación de vulnerabilidad. El deber del médico es contribuir a aliviar el dolor y recuperar la salud y, al mismo tiempo, procurar no incrementar las molestias y afrentas que conlleva de suyo la enfermedad. Esto incluye no incurrir en ninguna forma de maltrato o discriminación.

Los servicios que brinden el personal de salud deben proteger, por consiguiente, tanto la salud como la dignidad de las personas en un ambiente exento de discriminación. Esto adquiere particular relevancia en el ámbito rural e indígena, en dónde se exhiben con mayor severidad los efectos de las estructuras sociales que determinan la desigualdad y la inequidad.

Entre estos efectos está el más difícil acceso a los servicios de salud, y su menor calidad, porque en ellos se reproducen formas de discriminación y malos tratos que dañan la dignidad de las personas durante la atención médica.

¿Cuáles son y cómo funcionan las estructuras determinantes de la desigualdad que pueden afectar la dignidad de las personas durante la atención médica?

Pese a las aspiraciones de igualdad y justicia asentadas en el marco constitucional, la sociedad mexicana se caracteriza por marcadas desigualdades socioeconómicas y numerosas expresiones de discriminación (Conapred, 2011; Navarrete, 2016; 2017; Coneval, 2017). Estas desigualdades son determinadas por estructuras sociales que provocan diferencias sistemáticas entre los diversos sectores poblacionales, colocando a algunos en condiciones privilegiadas y dificultando a otros el acceso a los recursos (económicos o socio-culturales) que les permitan ejercer –en mayor o menor grado– sus derechos y alcanzar mejores condiciones de bienestar. Ejemplos de estos recursos son la escolaridad, el empleo bien remunerado, los servicios de salud, la autonomía personal o una alimentación suficiente y saludable, por mencionar algunos.

Si bien las estructuras sociales que producen estas desigualdades son múltiples y están arraigadas, no son ineludibles; por el contrario, se pueden evitar mediante la acción social derivada de las políticas públicas. Un primer paso para transformar estas estruc-

turas de desigualdad es identificarlas. En esta sección se analizan brevemente tres estructuras que determinan inequidades sociales que afectan sistemáticamente sobre todo a las mujeres indígenas, y que pueden estar presentes en los servicios de salud durante la atención médica. Nos referimos a:

- Las formas de discriminación y violencia contra las mujeres.
- El racismo por el que se discrimina a las poblaciones indígenas
- El clasismo por el que se discrimina a los sectores sociales empobrecidos.

Las estructuras de desigualdad consisten en ciertos principios – generalmente tácitos– de ordenamiento jerárquico de los miembros de una colectividad para configurar una organización política, económica y social estratificada, en donde el poder se distribuye de manera diferenciada sobre la base de determinados aspectos como el género, la pertenencia étnica, la clase social, la raza o atributos fenotípicos como el color de la piel. A partir de dichos principios –sobrentendidos o manifiestos–, a algunos miembros de esa colectividad les toca estar en una posición de poder sobre los demás y, en consecuencia, en mejores condiciones de acceso a los recursos que les permitan conseguir un mayor bienestar. Y a otros miembros de esa misma sociedad les toca estar en una posición menos poderosa, de subordinación o de opresión, que les impide el acceso a los medios que les permitan tener una vida mejor.

Los miembros de una sociedad suelen interiorizar estas estructuras de desigualdad, e incorporarlas como esquemas de pensar, actuar y sentir a partir de la posición social en que se encuentran. Las valoraciones y las prácticas de los individuos operan, así, en un plano pre racional y relacional, de modo que no necesariamente son conscientes de su posición ni de las formas de dominación, subordinación, violencia y discriminación dadas en la sociedad a la que pertenecen. La desigualdad y la inequidad social, así como las formas de dominación y discriminación, se normalizan y aceptan como algo dado, hechos de sentido común. Aunque, por supuesto, el orden establecido por dichas estructuras sociales no está exento de conflictos, contradicciones, críticas y resistencias.

En una sociedad patriarcal y machista como la que prevalece en México, se manifiestan valoraciones y prácticas de discriminación

sistemática de las mujeres debidas a su género. Las mujeres tienen menos poder que los hombres para acceder a ciertos recursos y ejercer algunos derechos. Por ejemplo, tienen menor control sobre su cuerpo y su sexualidad –ámbitos frecuentemente supeditados a la intervención masculina–, y un acceso más restringido a la educación escolar o a empleos con la misma remuneración que los varones. En este tipo de sociedades, las mujeres están más expuestas a diversas formas de violencia en la familia, en las relaciones de pareja y en la comunidad en general. Esta condición de menos poder entre las mujeres, y de valoraciones y prácticas de discriminación y violencia contra ellas, también puede estar presente en las instituciones públicas, incluyendo las de salud durante la atención médica.

Una de las formas de violencia contra las mujeres que se ha identificado en la atención médica es la que se presenta durante el embarazo, el parto o el puerperio, y que está directamente relacionada con la violación de sus derechos sexuales y reproductivos: la llamada violencia obstétrica (Sadler *et al.*, 2016). Este tipo de violencia se ejerce no solo cuando se hacen intervenciones médicas excesivas durante la atención obstétrica, sino también cuando, por ejemplo, el personal de salud expresa juicios negativos sobre la vida sexual de la mujer, toma decisiones relativas a su reproducción sin consultarla, o hace mofa de sus “usos y costumbres” o de su “ignorancia”, etcétera (*Ibid*; Freyermuth y Meneses, 2017). Por eso, es necesario que los trabajadores de la salud seamos conscientes de la existencia de estas estructuras de desigualdad y formas de violencia que afectan a las mujeres, y ejerzamos una estricta auto-vigilancia para evitar cualquier valoración o práctica en este sentido.

En México también es frecuente identificar valoraciones y prácticas de discriminación y racismo dirigidas a las poblaciones indígenas, rurales y en condiciones de pobreza⁷ (Navarrete,

⁷ El 43.6% de los mexicanos –53.4 millones de personas– se encuentran en condiciones de pobreza y 7.6% –9.3 millones– en condiciones de pobreza extrema. Sin embargo, 38% de los indígenas subsisten en pobreza extrema, es decir que superan cinco veces el promedio nacional de esta forma inaceptable de miseria. Los estados con mayor concentración de población indígena son los más pobres: Chiapas con 77.1% y 28.1%, Oaxaca con 70.4% y 26.9%, y Guerrero con 64.4% y 23% de población en pobreza y pobreza extrema respectivamente (Coneval, 2017). Por otro lado, solo 1% de la población mexicana concentra 21% de la riqueza que genera el país (Esquivel, 2015).

2016; Gall, 2004). A grandes rasgos, las ideas racistas atribuyen los rezagos sociales que padecen las poblaciones indígenas a su condición “primitiva” en términos culturales, de desarrollo social y evolución biológica (Navarrete, *op. cit.*). Las personas indígenas son representadas como inferiores desde el punto de vista cultural, social, biológico e incluso en el ámbito moral. Así, prevalecen estereotipos que señalan al indígena como estúpido, holgazán, vicioso, violento y degenerado; o bien como persona imposibilitada física, mental y moralmente, como desposeído o de condición humilde, dependiente y sumisa (*Ibid*).

Estas ideas racistas no tienen, por supuesto, ningún sustento científico. Por el contrario, la evidencia que proveen tanto las ciencias sociales como las biológicas refutan contundentemente los argumentos racistas (Gall, *op. cit.*). No obstante, estas ideas forman estructuras de desigualdad dominantes en nuestra sociedad y son rasgos constitutivos del modelo médico hegemónico (Menéndez, 1992).

La relación médico paciente es intrínsecamente jerárquica y autoritaria (Freidson, 1978; Nishijima y Schraiber, 2016). El mayor grado de poder lo tiene el médico, pues se considera que tiene una mayor autoridad y más conocimientos sobre los asuntos de la salud, la enfermedad y la atención. Por otro lado, ser paciente implica una situación de mayor vulnerabilidad y menos poder, toda vez que se reconoce la necesidad de buscar la atención de un profesional –y someterse a su autoridad– que ayude a proteger o recuperar la salud, a contrarrestar la enfermedad o a aliviar el dolor. En el marco de esta relación desigual, el médico debe evitar cualquier forma de uso autoritario del poder que le confiere su condición, en especial las diversas formas de discriminación, violencia o acciones que atentan contra la dignidad de las personas, ya sea por su género, por su pertenencia étnica, por su condición social y económica o por cualquier otra característica.

Para construir un sistema universal de salud justo, debemos tomar medidas que reconozcan dichas estructuras de desigualdad y violencia para evitar reproducir las valoraciones, las prácticas y el trato que atentan contra la dignidad de las personas. Por esta razón es importante reflexionar sobre cómo brindar un trato digno durante la atención médica.

¿Qué es el trato digno en el marco de la prestación de servicios de salud y qué acciones deben tomarse en cuenta en la consulta médica para garantizarlo?

El objetivo planteado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de mejorar la calidad en el trato al brindar atención médica, particularmente en los servicios obstétricos, ha suscitado un intenso debate (WHO, 2003; 2014; Darby, 2000; Da Silva y Murray, 2000; Sadler, *et al.*, 2016; Freyermuth y Meneses, 2017). Se han planteado diversas propuestas orientadas a brindar un trato humanizado y respetuoso, con pertinencia cultural, que responda a las expectativas no médicas de los usuarios, mejore la capacidad de respuesta del sistema de salud y evite cualquier forma de violencia y discriminación. Algunos autores e instituciones –entre ellos la Secretaría de Salud de México– han propuesto el concepto de “trato digno” para referirse a la dimensión interpersonal de la calidad en la atención de la salud (SSA, s/f; SSA, 2003; WHO, 2003; Gobierno de Chile, 2013).

Aunque no hay una propuesta única, se reconocen, en general, ocho dimensiones del trato digno en la atención de la salud, cuatro relativas a los derechos humanos y otras cuatro orientadas a la satisfacción de los usuarios en cuanto consumidores de servicios médicos (SSA, s/f; 2003) (Cuadro 1).

A continuación se definen las ocho dimensiones del trato digno, así como las acciones que lo garantizan.



Trato respetuoso

El trato respetuoso significa tratar a todos los usuarios de los servicios como personas iguales en dignidad. No debe haber valoraciones ni actitudes que discriminen, humillen o impliquen otras formas de violencia, como la infantilización y el regaño. El trato debe estar exento de cualquier forma de discriminación por género, pertenencia étnica, condición social, religión, preferencia sexual, nacionalidad o singularidad de cualquier otra índole.

El trato respetuoso implica mostrar aprecio por las personas, sus creencias, sus valores y sus preferencias. Algunas acciones con

CUADRO 1.**DIMENSIONES DEL TRATO DIGNO EN SALUD****Fundamentadas en los derechos humanos:**

Trato respetuoso

Comunicación

Autonomía

Confidencialidad

Orientadas a la satisfacción de las usuarias:

Atención pronta

Calidad de las instalaciones y los servicios adicionales

Acceso a redes sociales de apoyo durante la hospitalización

Elección del proveedor de servicios

que el médico pasante puede dar cuenta del trato respetuoso al brindar atención de la salud son:

- Saludar a los usuarios y darles la bienvenida conforme a las convenciones de la sociedad a la que se pertenecen.
- Presentarse por su nombre y describir brevemente sus funciones.
- Dirigirse a los usuarios por su nombre, utilizar el usted y evitar el tuteo.
- Evitar el uso de diminutivos (“chiquita”, “mujercita”, “madrecita”) o expresiones paternalistas (“hijita”, “hijo”) que menoscaban la dignidad de la persona.
- Evitar regañar a nadie
- Respetar las creencias, los valores y las preferencias de los usuarios.

**Comunicación**

La comunicación se refiere a garantizar el derecho de los usuarios a recibir toda la información sobre su situación de salud –diagnóstico, pronóstico y opciones terapéuti-

cas- de manera oportuna, clara, completa y veraz, y en un lenguaje comprensible. Cuando los usuarios son indígenas, esto puede implicar que la información se brinde en su lengua materna.

Algunas acciones con las que el médico pasante puede mejorar la comunicación con los usuarios son:

- Preguntarle al usuario cuál es su lengua materna
- Dar la información en la lengua del usuario, si así lo prefiere
- Usar un lenguaje sencillo, sin tecnicismos.
- Usar material didáctico o auxiliar para facilitar la comunicación y las explicaciones.
- Comprobar que la comunicación fue clara, invitar al usuario a repetir la explicación en sus palabras, y preguntarle si tiene alguna duda.



Autonomía

La autonomía se refiere a la capacidad de los usuarios para asumir la toma de decisiones concernientes a su salud, como, por ejemplo, las relativas a los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que se le propongan.

El ejercicio de la autonomía en salud conlleva retos significativos, sobre todo en contextos con desventajas sociales y económicas, como lo es el ámbito rural e indígena. Implica que la persona tome sus decisiones de manera libre e intencionada (que sea esa, y no otra, la disposición deseada por ella), con información suficiente y conocimiento de causa (es decir, sabiendo qué razones o motivos la justifican o explican) y sin intervenciones o presiones externas (Beauchamp y Childress, 1994).

Debemos tomar en cuenta, sin embargo, que los usuarios de los servicios de salud no tienen, por lo general, la información o el conocimiento suficiente sobre cuestiones médicas, de modo que necesitan antecedentes para fundamentar sus decisiones. Por otro lado, como explica Eroza en el Capítulo 20 de este libro, entre ciertos grupos indígenas es común que las decisiones se discutan y se tomen en el seno familiar, con la participación preponderante de los varones (esposos o padres de las personas enfermas). Garantizar el derecho de las personas a la autonomía en salud es, por lo tanto,

un desafío que debemos afrontar. Algunas acciones específicas para procurar la autonomía son:

- Explicarle clara e íntegramente el procedimiento diagnóstico o terapéutico al usuario y pedirle su autorización para realizarlo.
- Preguntarle al usuario su opinión sobre su situación de salud y sobre las opciones diagnósticas o terapéuticas.
- Pedirle al usuario su consentimiento informado para hacerle pruebas diagnósticas o terapéuticas.
- Respetar la decisión del usuario en cualquier caso, incluyendo cuando se rehúse a someterse a algún procedimiento diagnóstico o terapéutico.
- Permitir que el usuario elija quien lo acompañe cuando reciba la atención, qué posiciones adoptar, qué elementos simbólicos o religiosos portar, así como su vestimenta y su dieta, entre otros aspectos que le procuren protección, confort y seguridad.



Confidencialidad y privacidad

La confidencialidad y la privacidad aluden al derecho de los usuarios a decidir quién puede y quién no puede tener acceso a la información relativa a su salud. Esto incluye la privacidad de la consulta médica, es decir que solo quién el usuario determine puede presenciar el interrogatorio y la exploración clínica, y tener acceso a la información de su expediente.

Algunas acciones que garantizan este derecho son:

- Expresarle al usuario la posibilidad de asistir a la consulta médica solo o acompañado de la persona que elija.
- Garantizar las condiciones físicas que aseguren la privacidad (a la vista y al oído) de la consulta.
- Hacer explícito al usuario que la información derivada de la consulta es confidencial.



Atención pronta

La atención pronta se refiere a que en casos de urgencia debe darse de inmediato, y cuando no haya urgencia, en un tiempo razonable. Al respecto, la OMS señala que “las necesidades médicas deben ser atendidas con la rapidez suficiente para que la espera no represente una molestia adicional al problema de salud”.

Algunos indicadores de atención pronta son:

- Accesibilidad geográfica, financiera u organizativa (por ejemplo, horarios apropiados).
- Disponibilidad de recursos (infraestructura, humanos, materiales, farmacológicos, financieros).
- Ausencia de barreras físicas para solicitar la atención; por ejemplo, puertas bajo llave o porteros que restrinjan el acceso a las instalaciones.
- Tiempo de espera razonable para recibir la atención
- Uso de sistemas de referencia y contra-referencia eficaces



Calidad de las instalaciones y los servicios adicionales

La buena calidad de las instalaciones y los servicios adicionales –como la alimentación o el albergue– contribuye a generar un sentimiento de seguridad y confort en los usuarios.

Aunque esto no depende, de hecho, del personal que presta la atención médica, los siguientes son algunos aspectos que deben tomarse en cuenta al respecto:

- Las instalaciones deben permitir aislar el frío, el calor, la lluvia o los rayos del sol.
- Las instalaciones deben estar limpias
- El amueblado debe ser el adecuado y estar limpio
- La ventilación y la iluminación deben ser las convenientes
- La alimentación debe ser saludable y apetecible
- El agua potable debe estar disponible

- Los servicios sanitarios deben estar limpios y tener agua, jabón y papel higiénico.
- El lavabo para las manos debe tener agua limpia



Acceso a redes sociales de apoyo durante la hospitalización

El acceso a redes sociales de apoyo durante la hospitalización se refiere a la posibilidad de que los usuarios hospitalizados reciban el apoyo de sus familiares y amigos. Algunas acciones que fomentan este apoyo son:

- Permitir que una persona acompañe en todo momento al usuario hospitalizado.
- Permitir el acompañamiento durante el parto de quienquiera que la mujer elija.
- Facilitar la provisión de alimentos y líquidos que no estén proscritos por los criterios médicos.
- Permitir las prácticas religiosas que no alteren el funcionamiento del hospital ni afecten a otros usuarios.



Elección del proveedor de servicios

La elección del proveedor de servicios implica tanto el establecimiento como al personal de salud. Algunos usuarios tienen preferencias respecto al sexo o la edad del prestador de servicios. Por ejemplo, una mujer indígena joven que acude a consulta por motivos relativos a su sexualidad puede preferir ser atendida por una médica que, de preferencia, hable su propia lengua.

La posibilidad de ajustar los servicios a las necesidades, las preferencias y las expectativas de los usuarios también contribuye a brindar un trato digno en salud.

Conclusiones

Proteger la dignidad de las personas al brindarles atención médica es un objetivo central de la práctica de los trabajadores de la salud,

y no está sujeto a su benevolencia. El marco normativo nos exige su cumplimiento.

Sin embargo, en nuestra sociedad persisten estructuras determinantes de desigualdad asociadas a la pertenencia de género, étnica y de clase social. Estas estructuras implican que algunos grupos sociales afronten sistemáticamente barreras en el acceso a los recursos que les permitan ejercer sus derechos humanos y alcanzar un mejor bienestar. Al respecto, las mujeres indígenas están en condiciones de suma vulnerabilidad estructural, lo que se plasma en diversas formas de discriminación y maltrato, y define sus condiciones materiales de vida.

Las estructuras sociales determinantes de desigualdad atraviesan a las instituciones de salud de tal manera que estas adoptan sus rasgos, sus características y sus formas de organización estructurales; es decir, internalizan y normalizan las jerarquías sociales y la distribución desigual del poder. En otras palabras, las prácticas, valoraciones y actitudes determinadas por las estructuras de desigualdad se reproducen al interior de las instituciones y dan lugar a actos y actitudes de discriminación y violencia, sobre todo contra las mujeres, los indígenas y las personas en condiciones de pobreza.

Por esta razón el personal de salud –particularmente los médicos pasantes en servicio social en regiones indígenas y rurales– debemos estar atentos durante la atención médica con respecto a estas estructuras sociales de desigualdad y sus efectos perniciosos para poder evitarlos.

CAPÍTULO 20

¿Qué es la interculturalidad en salud? Reflexiones desde la antropología médica

Enrique Eroza Solana¹

Introducción

En las últimas tres décadas se ha venido empleando en el campo de la salud el concepto de “interculturalidad en salud”. Sin embargo, no siempre se precisa a qué se refiere e incluso da la impresión de tener distintos sentidos.

Este capítulo, dirigido a médicos, es una reflexión personal, producto de 25 años de quehacer antropológico en Chiapas, en torno a diversos temas que considero constituyen lo que se ha dado en llamar “interculturalidad en salud”. Es decir, temas relativos a la convivencia –en parte contradictoria, en parte complementaria– entre la medicina científica y las distintas formas de entender la salud y la enfermedad, y de responder ante ella, por parte de grupos humanos e individuos pertenecientes a diferentes contextos culturales. Para efectos de este capítulo, el interés se centra en la interacción entre los representantes de la propia medicina científica, y las concepciones y prácticas de atención a la salud de las personas originarias de contextos rurales e indígenas. Se trata de una interacción que a los profesionales de la salud les ha planteado una amplia gama de retos en su quehacer cotidiano.

¹Investigador del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social – Sureste.

Preámbulo

Resulta casi una regla que cuando un joven médico es asignado a cubrir su pasantía en un contexto rural o indígena, se enfrenta de manera abrupta a una serie de situaciones que rompen muchos de los esquemas teóricos y prácticos propios de su formación académica y profesional. Ello tiene que ver, en gran parte, con el hecho de que los usuarios de los servicios de salud no suelen actuar conforme a lo esperado, y esto da lugar en los médicos a desconcierto y ansiedad. Estados de ánimo que, con el paso del tiempo, pueden tornarse en frustración y conflictos emocionales que generan la sensación de ser un verdadero extraño en un entorno cultural que, ciertamente, puede serles desconocido y ajeno.

Esta problemática no es exclusiva de los médicos, también es común en diversos contextos, sobre todo públicos, de atención de la salud en que el contacto con miembros de minorías étnicas es cotidiano. Está presente, por ejemplo, en países en desarrollo como los de América Latina, África y Asia, o bien en países desarrollados de Europa, Norteamérica y Oceanía, cuya población inmigrante, originaria de países empobrecidos, es numerosa y creciente. Ante este panorama mundial se explica –y hasta cierto punto se justifica– que la interculturalidad en salud sea un tema de gran actualidad.

Retomando la problemática relacionada con el comportamiento de los miembros de las poblaciones rurales e indígenas en materia de salud, digamos que para comenzar a pensar desde una perspectiva intercultural es necesario adoptar una actitud empática y una postura analítica e indagatoria. Esto permitirá comenzar a entender por qué las cosas no funcionan como “tendrían que hacerlo”. Como podrá apreciarse a lo largo del capítulo, las razones son múltiples y de muy diversa índole. Encontraremos que hay una serie de factores de orden práctico que deben tomarse en cuenta, los cuales se enuncian en el siguiente apartado.

Determinantes estructurales

En la categoría de los determinantes estructurales se incluyen las condiciones materiales de vida que favorecen u obstaculizan el uso de los servicios médicos. En la falta de apego a las medidas preven-

tivas y de cuidado a la salud que promueven las instituciones en un contexto económico, geográfico y sociocultural dado, pueden mediar, por ejemplo, las condiciones de posibilidad de las personas para adherirse a ellas o no.



Las barreras geográficas (la distancia, los caminos intransitables)

Se puede hablar, en primer término, del aislamiento y las distancias que algunas personas deben cubrir para dirigirse desde sus comunidades o rancherías a la unidad de salud más cercana. A esto habría que sumar los recursos económicos y materiales con que cuentan para hacerlo. Nos referimos, por ejemplo, a la disponibilidad de infraestructura carretera y otras vías de comunicación, de medios de transporte y de dinero para cubrir el costo de los traslados; a las condiciones climáticas, etc. De tal suerte, aunque los programas de salud se dirigen a la población abierta, afiliada al Seguro Popular o beneficiaria del programa Prospera, lo cierto es que tales condicionantes marcan grandes diferencias en la posibilidad de seguir las pautas de comportamiento estipuladas por las instituciones de salud.

Aun cuando la infraestructura en salud se ha venido incrementando en los últimos años, sigue siendo insuficiente y, en su mayoría, solo dispone de servicios de atención primaria. Esto implica que para recibir atención de complicaciones de salud de mayor gravedad, es necesario trasladarse a centros de población en los que sí se brinda atención especializada.



La influencia de las condiciones ambientales

En la falta de apego a las medidas preventivas –como a las prescripciones y los tratamientos médicos– media, en gran medida, la dificultad de mantener o recuperar la salud en condiciones ambientales desfavorables, dado el deterioro que han sufrido los entornos en donde residen estas comunidades.

Determinantes institucionales



Las barreras burocráticas

Se suma a esta problemática el hecho de que las personas se ven condicionadas también por criterios burocráticos en función del organismo al que se está afiliado (Seguro Popular, Prospera, IMSS-Bienestar, etc.)²; criterios con que las instituciones de salud deciden si alguien tiene derecho a ser atendido. Se trata de criterios que si bien el personal que labora en las unidades de salud da por descontado, difícilmente lo hacen los usuarios de los servicios en estos contextos. Incluso, es común que personas que no están afiliadas al Seguro Popular o a algún programa de desarrollo como Prospera consideren que no tienen derecho a recibir atención en los servicios públicos.

Por otra parte, el bajo nivel de educación formal que prevalece en estos mismos contextos, y lo que ello conlleva ante la necesidad de tramitar la afiliación institucional, complica aún más la posibilidad de que las personas emprendan una gestión eficaz en favor de su salud.



La barrera de la insuficiencia de recursos

En la reticencia de los miembros de las poblaciones rurales e indígenas a tomar las medidas preventivas, de atención y de cuidado promovidas por las instituciones, media también un gran recelo hacia los establecimientos y los profesionales de la salud, en particular de las instituciones públicas. Esto se debe, en parte, a que con frecuencia quienes ejercen en comunidades rurales o indígenas están ausentes aun en horas –y hasta días– en que deberían estar disponibles en su centro de trabajo. El problema se agrava en poblados donde la única opción médica disponible es un centro de salud o una unidad médica rural, que por regla general solo dispone de un médico o una médica y una enfermera o un enfermero.

² A partir del 1º de diciembre de 2018 el nuevo Gobierno de la República ha anunciado la desaparición del *Seguro Popular* y la modificación del IMSS-Bienestar. Sin embargo, al momento de escribir este capítulo no se tiene clara la configuración de estas instituciones en el Sistema de Salud.

En cuanto a la medicación y el tratamiento, la falta de apego suele relacionarse con la falta de recursos económicos para comprar medicamentos o para llevar, por ejemplo, una dieta indicada. En contraste, de modo paradójico, debido a la estratificación social que ha tenido lugar durante las últimas décadas en contextos indígenas, hay quienes por disponer de los recursos económicos, optan por recurrir a servicios privados de salud.



La barrera del desconocimiento de la cultura local y el racismo

En estos contextos, además del burocratismo que caracteriza al personal institucional de salud por doquier, el mal trato a los pacientes expresa como trasfondo el desprecio a sus condiciones de pobreza y a su escasa o nula educación, así como –cuando se trata de poblaciones indígenas– una postura racista que juzga a sus miembros ignorantes, obstinados y hasta supersticiosos por su sola condición étnica y sus formas propias de entender las causas de los problemas de salud. El trato es, así, despótico, autoritario y unilateral o, en su defecto, condescendiente y paternalista, justificado en supuestos estereotipados de lo étnico, tales que hablar de usos y costumbres e incluso de cultura, resulta una forma maquillada de referirse a la ignorancia y la obstinación.

El concepto de cultura y la interculturalidad en salud

Una vez expuestos los determinantes estructurales e institucionales, es preciso problematizar lo que se debe entender por cultura. Uno de los primeros temas que vienen a colación al respecto es el de la lengua, que en varios contextos es un obstáculo en la comunicación entre el personal de salud y los usuarios indígenas de los servicios médicos. Ciertas unidades médicas cuentan con personal que opera como intérprete, pero esta medida permite superar solo de manera parcial y limitada el escollo. Sin embargo, este es solo el más obvio entre todos los problemas vinculados a la comunicación intercultural en salud.

El enfoque y la pertinencia interculturales

Uno de los discursos vigentes sobre el diseño de políticas públicas en salud se refiere a la necesidad de elaborar programas con enfoque y pertinencia intercultural. Esto quiere decir que se deben idear y ejecutar programas que den cuenta de un diálogo horizontal entre el personal de salud y las poblaciones a las que atiende, y que, en consecuencia, respondan a sus necesidades conforme a las problemáticas particulares de salud que afrontan en sus contextos y las formas en que responden ante ellas, o bien, las formas que las propias poblaciones proponen. De tal suerte, en la actualidad es común oír hablar de espacios de atención intercultural en salud en los que los terapeutas tradicionales y el personal de salud interactúan de manera incluyente y complementaria.

La integración de servicios tradicionales en unidades institucionales

No se trata, en realidad, de un enfoque nuevo; desde la década de 1970, las instituciones han producido esta clase de tentativas, particularmente en los contextos indígenas. Desde entonces se crearon en unidades médicas institucionales, áreas donde médicos indígenas ofrecían sus servicios. Se promovió también la formación de organizaciones de terapeutas tradicionales, para las que se llegaron a construir centros de atención.

Esta clase de espacios no tuvieron, sin embargo, resultados significativos, ni como opciones de atención por parte de las poblaciones locales, ni mucho menos en cuanto a la integración de las prácticas médicas tradicionales y las de los médicos institucionales. Por ejemplo, las denominadas casas maternas –espacios para la atención del embarazo y el parto operados teóricamente por parteras– que se han construido como parte de la infraestructura médica institucional no suelen ser utilizadas por las mujeres de las comunidades. En esto intervienen varios factores.

Desde la perspectiva del personal de salud –especialmente de los médicos– las concepciones y las prácticas en torno a la salud y la enfermedad de la gente de estos contextos no han dejado de considerarse ineficaces, e incluso riesgosas, para las mujeres embarazadas y en trabajo de parto.

Como ejemplo, la integración de las parteras tradicionales en el sistema institucional

En términos generales, la relación que los médicos han sostenido con los terapeutas tradicionales ha sido desigual e incluso autoritaria. Un ejemplo claro al respecto lo constituye el vínculo que el sistema de salud ha mantenido durante las últimas décadas con las parteras. Si bien éstas son consideradas necesarias a la hora de mediar con las mujeres de las comunidades para promover la salud materna, sus saberes y prácticas de atención al embarazo y el parto se consideran inapropiadas. El papel que las instituciones de salud les otorgan es, por consiguiente, el de promotoras de las medidas de control médico del embarazo y el parto, tal como lo estipulan las instituciones de salud en los espacios en que las parteras operan.

En realidad, los diseñadores de esta política no terminan de entender el papel de las parteras en sus comunidades, más allá del de la atención del embarazo y el parto, como resulta por ejemplo, la atención a otros miembros de la familia de la parturienta durante el postparto. Tampoco parecen entender los motivos por los que las mujeres en gestación y en trabajo de parto prefieren ser atendidas por parteras en sus propios hogares, en donde todos los miembros de la familia pueden participar en tal evento. Esta posibilidad contrasta radicalmente con la atención en las unidades médicas, en donde además de restringir la participación de los familiares, se llevan a cabo prácticas que a muchas mujeres les resultan violentas en varios sentidos.

Por lo demás, resulta patente que no ha habido entre el personal de salud, ni mucho menos entre los políticos que han promovido esta clase de políticas, una comprensión de lo que significan las concepciones y las prácticas médicas de las comunidades rurales o indígenas en el ámbito sociocultural en el que tienen lugar.

Experiencias pasadas de interculturalidad en la atención de la salud

Primeras experiencias de interculturalidad en salud: los promotores indígenas

El contacto de los pueblos rurales e indígenas con la medicina científica no es un fenómeno reciente. En década de 1950, se comenzó a

introducir programas institucionales de salud en las comunidades y a promover la adopción de prácticas de higiene mediante diversas estrategias, entre ellas la educación. Para lograr dicho cometido, las instituciones capacitaron a personas indígenas como promotores de salud para que incidieran desde adentro de su cultura en el comportamiento de las poblaciones en materia de salud. Se puede decir que ellos fueron las primeras personas que trabajaron combinando referentes tradicionales de la salud y la enfermedad con los de la medicina científica de manera espontánea, inaugurando así en México, lo que hoy podríamos llamar interculturalidad en salud.

Por ejemplo, les asignaron a los medicamentos de patente calidades frías o calientes por sus características y sus efectos, y se atribuyó a las inyecciones el poder de contrarrestar los efectos de la brujería. El suministro de vitaminas, sobre todo inyectadas, se volvió una práctica común para fortalecer el cuerpo.

Los significados socioculturales de las concepciones de la salud y la enfermedad, así como de las prácticas médicas

Contribución antropológica

El papel de algunos antropólogos en la promoción de programas interculturales en salud ha sido también influyente, puesto que han hecho visible la importancia de los significados que las poblaciones rurales e indígenas les confieren a sus problemas de salud y al carácter de sus prácticas médicas. Han revelado, así, la necesidad de que el personal de salud conozca tales significados a la hora de interactuar con esas poblaciones. Sin embargo, la lectura simplista que ha tendido a hacerse de los mismos, dista de dar cuenta de su complejidad.

Posibles limitaciones de la interpretación y la traducción

Con “lectura simplista” nos referimos a toda una diversidad de conceptos que algunos antropólogos y médicos con intereses antropológicos equiparan erróneamente, vis a vis, con categorías médicas, asignándoles una etiología totalmente limitada. Por ejemplo, conceptos como el susto, los nervios, la tiricia, el embrujo, etcétera,

aluden a una variedad de experiencias personales y socioculturales, que se expresan en diversos malestares y dolencias con un componente emocional. Con frecuencia se asocian a creencias religiosas relacionadas con las causas de la enfermedad. Es un error, por lo tanto, atribuir esta clase de padecimientos a una causa común a todos los casos que pudiesen reportarse con el mismo nombre.

Sin embargo, tales asociaciones no dejan de ser útiles en la medida en que arrojan luz sobre las experiencias que afectan la salud de las personas desde un plano emocional, así como sobre las razones por las que estas comunidades entienden y viven sus problemas de salud con una lógica particular. Nos hacen notar, además, que los problemas de salud no solo constituyen procesos fisiológicos; se relacionan también con los aspectos afectivos y emocionales que son parte de la vida cotidiana y un componente indisoluble de la enfermedad.

Cómo debe responder el médico en la consulta ante estos significados diferentes

El médico no debe considerar que la atención de esta clase de padecimientos sea asunto exclusivo de los curanderos. Debe procurar, en cambio, entender el sentido que la gente otorga a sus males y actuar en consecuencia. Es decir, no debe dar consultas impersonales en que se limite a atender cuestiones fisiológicas y a prescribir de manera rutinaria. Los usuarios de los servicios médicos piden, por lo general, ser escuchados y entendidos. Está comprobado que la sola escucha es terapéutica y favorece el apego de los pacientes a la atención médica y sus recomendaciones.

Concepciones en torno al cuerpo y su funcionamiento

La imagen y la funcionalidad del cuerpo como signo de bienestar o malestar es un tema relevante en la comunicación intercultural en salud.

Los signos de enfermedad y sus referentes en contextos indígenas

Entre algunas poblaciones rurales e indígenas prevalece la idea de que la robustez u obesidad es signo de salud y bienestar en un

sentido amplio. Una persona obesa goza, así, de salud fisiológica y también de un estatus social favorable que posibilita que esté bien nutrida y fuerte. La capacidad de un cuerpo de mantenerse activo es igualmente un signo de salud.

Este tema ha de tenerse en mente en la interacción con cierto tipo de usuarios como, por ejemplo, los diabéticos. Hay referencias del desconcierto que les causa a los enfermos el que aun habiendo estado obesos (es decir, saludables), se vieran afectados por la enfermedad. Este desconcierto se repite cuando se les indica que deben observar una dieta y ejercitarse, sobre todo si se les informa que la finalidad es reducir el peso y la masa corporal.

Ese mismo desconcierto se da en contextos indígenas donde el maíz se valora como fuente de energía, es decir, como lo que fortalece el cuerpo y lo mantiene vivo. La prescripción médica de evitar el consumo de alimentos elaborados con maíz causa no solo desconcierto, sino resistencia a seguir las recomendaciones de los médicos. En los pacientes diabéticos, las prescripciones alimentarias aumentan el estrés emocional.

Los nombres de las partes del cuerpo y sus referentes en contextos indígenas

En estos contextos, las personas suelen nombrar ciertas partes del cuerpo, como el corazón y la cabeza, sin que ello signifique que aluden necesariamente lo que nosotros entendemos por tales partes del cuerpo. Es posible que al hablar de la cabeza, el usuario aluda a sensaciones que tiene en el cuello y en los hombros,³ y en lo que concierne al corazón, más que referirse al órgano, las personas pueden estarse refiriendo al área que va del abdomen al pecho. Para hacer aún más complejas las cosas, en ocasiones estos conceptos no aluden solo a partes anatómicas, sino a sus conexiones con el ámbito espiritual, tanto desde una perspectiva religiosa, como desde determinadas concepciones culturales de la integridad de la persona.

De aquí que el médico no deba dar por sentado que sabe de qué se está hablando cuando una persona se refiera a alguna parte de su anatomía. Debe, en cambio, explorar qué es lo que la persona le está diciendo en realidad.

³ Un ejemplo como este me fue referido en 1993 por un médico pasante que para entonces laboraba en la comunidad chol de Tumbalá.

De manera similar, las personas indígenas pueden decir “frío” y “caliente” para aludir a estados saludables o patológicos. De acuerdo con ciertas ideologías debe haber en el cuerpo un balance entre el frío y el calor como condición para que este saludable. El cuerpo puede exponerse en exceso a muy diversos factores ambientales, alimentarios, sobrenaturales y morales (asociados al comportamiento normado de los individuos), y perder el balance del frío y el calor. Al decir una de estas palabras (frío o caliente), la persona atendida puede estar aludiendo a la fuente de un malestar. Se trata de categorías que pueden utilizarse para describir y explicar incluso síntomas y dolencias asociadas a enfermedades médicamente definidas y diagnosticadas.

Ideas sobre el origen de las enfermedades

Es común que al preguntarle a una persona indígena por lo que le pasa y por la causa de su problema de salud, nos hable de experiencias que no parecen guardar relación alguna con lo que le preguntamos.

En la población en general

Por ejemplo, al preguntarle a una persona con diabetes cómo empezó su padecimiento, puede describir síntomas como la sed extrema y la necesidad de orinar con mucha frecuencia. Pero habrá quienes se remontan en el tiempo y digan que todo empezó con una fuerte impresión, un disgusto o una tristeza recurrente debido a cuestiones interpersonales a veces perdurables. Esto nos habla de la presencia de problemas de la vida cotidiana difíciles de controlar, que por propiciar emociones inconvenientes tienen un papel relevante en nuestros problemas de salud. Habrá también quienes hablen de sus sueños como detonadores de sus males; sueños que quizá guarden relación con situaciones que les generan tensión en su vida cotidiana. Los sueños pueden ser por sí solos fuentes de tensión emocional y repercutir negativamente en la salud.

En las comunidades indígenas

En las comunidades indígenas es común atribuir el origen de las enfermedades a castigos divinos o a actos de brujería. Estas

explicaciones suelen derivarse de preocupaciones por el propio comportamiento o de conflictos interpersonales –reales o imaginarios– que nutren la sospecha de que alguien les hizo o les está haciendo daño. Puede ocurrir que sea el propio curandero quien sugiera una relación con la brujería, lo que puede devenir en fuente de malestar emocional con repercusiones en la salud.

En las comunidades indígenas, estos temas se tratan en consulta con los curanderos. Las consultas se hacen con reserva y a menudo en secrecía. De aquí que la idea de que los curanderos podrían tratar a sus pacientes en espacios compartidos con los médicos está condenada al fracaso, dadas sus implicaciones en la convivencia social de las personas.

Otra costumbre asociada al tratamiento de las enfermedades entre las poblaciones indígenas es que a la vez que una persona sigue un tratamiento prescrito por un médico, se somete a prácticas rituales (rameadas, sahumadas, limpias con huevo y rezos) o las emprende ella misma. Si bien a nuestro parecer estas prácticas pueden carecer de sentido, lo que por regla general se busca con ellas es erradicar o contrarrestar la influencia de la fuente del mal, lo que es independiente de los signos de la enfermedad, así se haya diagnosticado médicamente.

El médico debe considerar que no solo en los contextos rurales e indígenas tienen peso las perspectivas culturales y sus prácticas en torno a la salud y la enfermedad. Si reflexionamos un momento en nuestro entorno, podemos percatarnos de que también las hay y que determinan nuestro marco de referencia.

Lo importante para el médico es, a fin de cuentas, entender el significado que se le puede otorgar a la enfermedad desde el marco de una determinada perspectiva cultural. Entender las respuestas a la enfermedad entre la población a la que debe atender. Es también relevante que el médico se percate de que las experiencias sociales y la forma en que las vivimos pueden ser fuentes de ansiedad y repercutir en la salud.

De lo anterior se infiere la necesidad de considerar la cultura con relación a la salud y la enfermedad. Aunque no se trata de enunciar una lista de variables de lo que juzgamos ser cultural y organizarla taxonómicamente, a la manera de la elaborada por la medicina científica.

El fin del proyecto de los promotores de salud y su influencia en nuestros días

Con el tiempo, dados los cambios de los planes y las políticas públicas al término de cada periodo político, muchos promotores indígenas de salud quedaron desempleados y optaron por poner sus propias farmacias y convertirse, así, en una opción para recibir atención de la salud en la comunidad. Hoy día su presencia y su influencia en las prácticas de atención de la salud en las comunidades constituyen un componente por derecho propio de lo que podríamos visualizar como la interculturalidad en salud.

En la actualidad es común que los terapeutas tradicionales se sirvan de la farmacopea en la elaboración de muchos de sus medicamentos y en sus prescripciones. También se utiliza en las prácticas de auto-atención, donde participan, además, la herbolaria y una gran variedad de recursos.

La interculturalidad en la actualidad

En la interculturalidad en salud conviven actores de distinta índole, tales como los hierbateros y los curanderos –entre los que hay también de diversas clases–; espiritistas, iglesias y ministros religiosos de diversas denominaciones; empleados de farmacias, vendedores de suplementos alimenticios; médicos privados con diferentes especialidades; miembros de organizaciones civiles y de instituciones públicas; redes sociales de personas que buscan recursos para proteger o mejorar su salud y constituyen una fuente de consejería médica sobre el uso de la herbolaria y los medicamentos, sobre la conveniencia de recurrir a determinados actores relacionados con la atención de la salud.

Si bien en teoría estos recursos –en particular los actores que están detrás– compiten entre sí y se descalifican mutuamente, esta no es la regla pues siempre hay lugar para su convivencia. Pero son más bien las personas en busca de recursos para la salud quienes articulan –conforme al curso de sus padecimientos– las diferentes opciones. El que el padecimiento no se supere o se agrave determina la trayectoria de esa búsqueda. Es de obviar que en tales decisiones intervienen prácticamente todos los temas que se han expuesto a lo largo del capítulo.

Si bien se supone que cada alternativa de medicación o de atención se sustenta, en principio, en una lógica propia, en lo que compete a quien las incorpora en su búsqueda de recursos para proteger o mejorar la salud, todas se armonizan en su experiencia como enfermo.

El uso combinado o alternativo de todos estos recursos da cuenta de un diálogo tenso y contradictorio, pero también complementario, entre referentes viejos y nuevos. Este diálogo revela cambios y continuidades en las concepciones y las prácticas de la salud que no dejan de sorprendernos.

Reflexión final

Habiendo hecho este recorrido que dista de ser exhaustivo, a través de temas que resultan relevantes al hablar de interculturalidad en salud, resta preguntarnos cómo ponderar la calidad de los proveedores de atención médica, particularmente en los contextos aquí abordados. Si en un primer momento se tendió a pensar que la acción paralela de terapeutas tradicionales y médicos formados en la academia era posible, algunos de los temas discutidos nos dicen que no es así.

Si bien dentro de su marco de referencia los terapeutas tradicionales mantienen su eficacia, es necesario problematizar ciertos aspectos de su participación, como por ejemplo, el que propicien con sus diagnósticos conflictos sociales y emocionales en las personas enfermas. Sus prácticas rituales operan, sin embargo, positivamente, por su eficacia simbólica, en el manejo de la ansiedad que los padecimientos y las experiencias desafortunadas generan en los pacientes. Es de destacar, asimismo, la efectividad de la herbolaria, que forma parte de su acervo de conocimientos.

Se puede concluir, por consiguiente, que ante la necesidad de pensar en todo cuanto implica la interculturalidad, la primera y más importante recomendación para los médicos es que se despojen de toda rigidez, cuestionen lo que dan por descontado desde el marco de su disciplina, y comiencen a hacerse preguntas cuyas respuestas pueden no ser las mismas que ya se conocen.

Bibliografía

A

Abramovich Víctor y Courtis Christian

2004 *Los Derechos Humanos como derechos exigibles*, Madrid, Trotta.

Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)

2008 *Estudio de barreras para el acceso a la planificación familiar de la población indígena*, Guatemala, Proyecto de Políticas de Salud y Aprofam.

Aggleton Peter y Parker Richard

2002 “Estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA: un marco conceptual e implicaciones para la acción. Sexualidad, Salud y Reproducción”, *Documentos de trabajo*, núm. 9, pp. 3-40.

Aguirre Beltrán, Gonzalo

1995 *Programas de salud en la situación intercultural*. Instituto Nacional Indigenista. México

Alazraqui, Mauricio, Eduardo Mota y Hugo Spinelli

2006 “Sistemas de Información en Salud: de sistemas cerrados a la ciudadanía social. Un desafío en la reducción de desigual-

dades en la gestión local”, *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 22, núm. 12 pp. 2693-2702. Consultado el 4 de junio de 2018. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001200018&lng=en&nrm=iso>.

Albó, Xavier

2004 “Interculturalidad y Salud”, en Fernández-Juárez G (coord.), *Salud e Interculturalidad en América Latina, Cooperación España Bolivia*, Quito, Abyla Yala, Universidad de Castilla Mancha.

Allen-Leigh, Betania, Patricia Uribe-Zúñiga, Leith León-Maldonado, Brandon Brown, Attila Lőrincz, Jorge Salmerón y Eduardo Lazcano-Ponce.

2017 Barriers to HPV self-sampling and cytology among low-income indigenous women in rural areas of a middle-income setting: A qualitative study. *BMC Cancer*, 17(1), 1–11. Consultado el 12 de enero de 2019. Disponible en <https://doi.org/10.1186/s12885-017-3723-5>

Álvarez Amezcúta José, Miguel E. Bustamante, Antonio López Picazos y Francisco Fernández

1960 *Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México*, 4 tomos, México D.F., Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Anderson, Ian, Bridget Robson, Michelle Connolly, Fadwa Al-Yaman, Espen Bjertness, Alexandra King, y et. al.

2016 “Indigenous and tribal peoples health: a population study”, *The Lancet*, vol. 388, pp. 131-157.

B

Barrientos Gómez, Ma. Del Carmen, Dolores Lin Ochoa y Eliza Vásquez Rodríguez

2011 “El servicio social en la carrera de medicina como una estrategia de formación para los estudiantes”, *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad* [en línea], vol. 2, num. 1, pp. 1-15, consultado el 20 de agosto de 2018. Disponible en

<http://cienciasdelasaluduv.com/site/images/stories/2_1/2_1ServicioSocial.pdf>

Beauchamp, Tom y James Childress

1994 *Principles of Biomedical Ethics*, London, Oxford University Press.

Bobbio, Norberto

1989 *Estado, gobierno y sociedad*, México, Fondo de Cultura Económica.

C

Calderon, Felipe

2006 *México 2030: proyecto de gran visión*, México, Presidencia de la República.

Campero, Lourdes, Erika Atienzo, Eréndira Marín, Elvia de la Vara-Salazar, Blanca Pelcastre-Villafuerte y Guillermo González.

2014 Detección temprana de cáncer de mama y cervicouterino en localidades con concentración de población indígena en Morelos. *Salud Publica de Mexico*, 56(5), 511–518.

Canguilhem, Georges

1989 *Lo normal y lo patológico*, México, Siglo XXI.

Carpizo, Jorge

2011 “Los derechos humanos: naturaleza, denominación y características”, *Cuestiones constitucionales*, vol. 25, 3-29, consultado el 25 de julio de 2018. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/cconst/n25/n25a1.pdf>

Castañón Hernández, Maricela

2009 *El servicio social como prestigio oculto de la universidad: el caso de la UPN*, México, Universidad Pedagógica Nacional.

Centro de Investigación y Lucha contra la Violencia Doméstica (CECOVID)

1992 *Aún la luna a veces tiene miedo*, México

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA (CENSIDA)

- 2006 *Manual de consejería en VIH/SIDA e ITS*, consultado el 28 de agosto de 2018. Disponible en <<http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/OtrasPublicacionesdeinteres-relacionadosconelVIH/CENSIDA/manualconsejeria.pdf>>.

Chapela, María del Consuelo

- 2007 “Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria”, en: Jarillo, E.; Guinsberg, E. (Eds.). *Temas y desafíos en salud colectiva*. Lugar Editorial. Buenos Aires pp.347-73.

Comisión Económica para América Latina (CEPAL)

- 2013 “Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos: clave para el Programa de Acción de El Cairo después de 2014”, *Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe*, Montevideo, 12 a 15 de agosto de 2013, consultado el 23 de septiembre de 2016. Disponible en <<http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2013/9232.pdf?view=1>>.

Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS)

- 1992 *Recomendaciones para la Instrumentación del Servicio Social de las Profesiones de la Salud a que podrán sujetarse las Instituciones de Educación Superior*, México.

Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH)

- 2016 *Cartilla de los Derechos Sexuales y Reproductivos, 2ª ed.*, Ciudad de México, consultado el 5 de noviembre de 2017. Disponible en <<http://www.eligered.org/wp-content/uploads/2017/02/Cartillajun2017.pdf>>.
- s.f. *Recomendaciones generales*, consultado el 24 de mayo 2018. Disponible en <http://www.cndh.org.mx/Recomendaciones_Generales>.

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR)

- 2000 *Observación General 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, Ginebra, Organización de las Naciones Unidas (ONU).

Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED)

- 2011 *Encuesta Nacional sobre Discriminación en México*, México, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL)

- 2008 *Evaluación de efectos del Seguro Popular de Salud*, México, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.
- 2017 *Medición de la pobreza 2016*, México, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.
- 2018a *Listado de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2018 y Programa de Egresos de la Federación*, México, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.
- 2018b *Seguro Popular. Ficha de monitoreo 2017-2018*, México, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.

Consejo de Salubridad General

- 2017 *Guía de Práctica Clínica: Control prenatal con enfoque de riesgo*. México

Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica (COMAEM)

- 2003 *Glosario de términos utilizados en el Sistema Nacional de Acreditación COMAEM*, México, COMAEM, consultado el 20 de septiembre de 2018. Disponible en <<http://www.comaem.org.mx/joomla/images/5.%20Glosario.pdf>>.

Consejo Nacional de Población (CONAPO)

- 2010 *Índice de Marginación por Entidad Federativa y Municipio 2010. Anexo B: Índices de marginación por municipio, 2010*, Conapo, consultado el 27 de septiembre de 2018.

Disponible en <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Indices_de_Marginacion_2010_por_entidad_federativa_y_municipio>.

D

Da Silva, Amala y Christopher Murray

2000 *A framework for measuring responsiveness*, Geneva, World Health Organization.

Darby, Charles

2000 *World Health Organization: strategy on measuring responsiveness*, Geneva, World Health Organization.

Diario Oficial de la Federación (DOF)

- 1945 Ley Reglamentaria del Artículo 5o. Constitucional, Relativo al ejercicio de las profesiones en la Ciudad de México, México, 26 de mayo.
- 1981 Reglamento para la prestación del servicio social de los estudiantes de las instituciones de educación superior en la República Mexicana, México, 30 de marzo.
- 1982 Bases para la instrumentación del servicio social de las profesiones de la salud. México, 2 de marzo.
- 1983 Decreto Ley de Planeación, México, consultado el 5 de enero de 2018. Disponible en <<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lplan.htm>>.
- 1984 Ley General de Salud, México, 14 de noviembre.
- 1986 Decreto por el que se da a conocer la forma de los certificados de defunción y de muerte fetal, México, consultado el 21 de noviembre de 2108. Disponible en <http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4819380&fecha=21/11/1986>.
- 1996 Acuerdo Nacional de Descentralización, México, consultado el 25 de septiembre de 2018. Disponible en <<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lplan.htm>>.
- 2001 Programa Nacional de Salud 2001-2006, México, consultado el 21 de septiembre de 2018. Disponible en <<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lplan.htm>>.
- 2002 Decreto por el que se reforman los artículos 2, párrafo

- primero y fracción III; 3; 8, párrafo segundo; 9, párrafo primero; 16, fracciones I y III; 17, fracciones I y II; 21, párrafo segundo; 27; 40, párrafo primero y 41 de la Ley de Planeación, México, consultado el 23 de mayo de 2018. Disponible en <<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lplan.htm>>.
- 2003 Decreto por el que se reforman y adicionan diversos artículos de la Ley de Planeación, México, consultado el 13 de junio de 2018. Disponible en <<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lplan.htm>>.
- 2004 Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar, México, 21 de enero.
- 2005 Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en Materia de Información en Salud, México, 28 de septiembre.
- 2009 Convenio general de colaboración interinstitucional para la atención de las emergencias obstétricas, firmado por la SSA, IMSS e ISSSTE, México, 28 de mayo.
- 2010a Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, México, consultado el 3 de enero de 2018. Disponible en <<http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/dhrhumanos/NOM-010-SSA2-2010.pdf>>.
- 2010b Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus, México, 23 de noviembre.
- 2010c Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial, México, 31 de mayo.
- 2011a Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley de Planeación, México, consultado el 20 de junio de 2018. Disponible en <<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lplan.htm>>.
- 2011b Acuerdo que modifica el diverso por lo que la Secretaría de Salud da a conocer los formatos de certificado de defunción y de muerte fetal, México, 30 de enero.
- 2011c Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama, México, 9 de junio
Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, en materia

- de información en salud, México, consultado el 30 de noviembre de 2018. Disponible en <http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5280848&fecha=30/11/2012>
- 2012b Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, México, 30 de noviembre.
- 2012c Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud, 30 de noviembre.
- 2013a Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica, 19 de febrero.
- 2013b Decreto por el que se adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, México, consultado el 15 de enero de 2018. Disponible en <http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5296986&fecha=24/04/2013>.
- 2014a Acuerdo que modifica el diverso por el que se dan a conocer los modelos que se utilizarán como formatos para la expedición del certificado de nacimiento, México, consultado el 27 de agosto de 2018. Disponible en <http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5389286&fecha=17/04/2015>.
- 2014b Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA3-2013, Educación en Salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para la prestación del servicio social de medicina y estomatología, México, consultado el 28 de julio de 2018. Disponible en <http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5354092&fecha=28/07/2014>
- 2015a Norma Oficial Mexicana NOM-047 para la atención de la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años, México, consultado el 12 de agosto de 2018. Disponible en <http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5403545&fecha=12/08/2015>.
- 2015b Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, México, 29 de septiembre.
- 2016a Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, México, 26 de marzo.

- 2016b Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, México, 7 de abril.
- 2017a Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, México, 1 de noviembre.
- 2017b Ley General de Salud, México, 16 de febrero.
- 2017c Ley General de Educación, México, 22 de marzo.
- 2018 Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley de Planeación, México, consultado el 16 de febrero de 2018. Disponible en <<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lplan.htm>>.

Dirección General de Información en Salud (DGIS)

- s.f. *Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC)*, consultado el 30 de abril de 2018. Disponible en <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/s_sinac.html> <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/std_nacimientos_gobmx.html>.

Donabedian, Avedis

- 1988 *Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*. Fondo de Cultura Económica, México.

E

Erdman, Joanna and Rebecca Cook

- 2008 *Reproductive Rights. International Encyclopedia of Public Health*, Oxford, Academic Press, pp. 532–538.

Eroza, Enrique, Mónica Carrasco y Graciela Freyermuth

- 2017 “El virus del papiloma humano y el cáncer cervicouterino desde la perspectiva de los derechos humanos: la voz de mujeres indígenas migrantes en Chiapas”, en Graciela Freyermuth (coordinadora), *El Derecho a la Protección de la Salud de las Mujeres Indígenas en México: análisis nacional y de casos desde una perspectiva de derechos humanos*, Comisión Nacional de Derechos Humanos, CIESAS, México.

Esquivel, Gerardo

- 2015 *Desigualdad extrema en México. Concentración del poder económico y político*, México, Oxfam.

F

Fazio John y Anita Ruiz-Contreras

- 1998 “Módulo II, Violencia doméstica: Competencia cultural en los servicios de salud”, en Anne L. Ganley, *Mejorando la respuesta del sistema de salud hacia la Violencia intra-familiar: Manual para facilitadores/* Estados Unidos de América, Family Violence Prevention Fund.

Foster, George M.

- 1952 “Relationships between theoretical and applied anthropology: a public health program analysis”, *Human Organization*, 11(3), 5-16.

Foucault, Michelle

- 1976 *Historia de la sexualidad: la voluntad del saber*, Fondo de Cultura Económica, México
- 1984 *Historia de la sexualidad: el uso de los placeres*, Fondo de Cultura Económica, México.

Freidson, Eliot

- 1978 *La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado*, Barcelona, Península.

Frenk, Julio

- 1994 *La salud de la población: Hacia una nueva salud pública*, México, Fondo de Cultura Económica.

Frenk, Julio y Octavio Gómez Dantés

- 2008 *Para entender el sistema de salud de México*, México, Nostra Ediciones.

Frenk, Julio, Rafael Lozano y Miguel Ángel González-Block

- 1994 *Economía y salud: propuestas para el avance del sistema de salud de México*, México, Fundación Mexicana para la Salud.

Freyermuth Enciso, Graciela

- 2007 “Realidad y disimulo: complicidad e indiferencia social en Chiapas frente a la muerte femenina”, en Mercedes Olivera (Coordinadora), *Violencia feminicida en Chiapas. Razones visibles y ocultas de nuestras luchas, resistencias y rebeldías*. UNICACH, México
- 2015 *La partería en México desde el punto de vista de las usuarias*, Asesoría capacitación y asistencia en salud A. C., CIESAS.

Freyermuth Enciso, Graciela, Hilda Argüello Avendaño y Ángel Zarco Mera

- 2014 “Monitoreo de la atención de la salud sexual y reproductiva en adolescentes indígenas”, México, CIESAS/INMUJERES, disponible en <<http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/Resumen%20FINAL%20SSRA%20CIESAS-INMUJERES,%20dic.%2015,%202014.pdf>>.

Freyermuth Enciso, Graciela, María del Pilar Ochoa Torres y José Alberto Muños Hernández

- 2017 “El Subsistema de Información sobre Nacimientos. Estudio de caso en una región indígena de Chiapas, México”, *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 32, num. 3, pp. 451-486.

Freyermuth Enciso, Graciela y Sergio Meneses Navarro

- 2017 *Atención del parto con pertinencia cultural. Guía para médicos*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

G**Gadamer, Hans-Georf**

- 2011 *El estado oculto de la salud*, Editorial Gedisa.

Gall, Olivia

- 2004 “Identidad, exclusión y racismo: reflexiones teóricas y sobre México”, en *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 66, num. 2, pp. 221-259.

García Máynez, Eduardo

2002 *Introducción al estudio del derecho*, México, Porrúa.

Gelles, Richard J. and Murray A. Straus

1979 “Determinants of Violence in the Family: Towards a Theoretical Integration”, en: Burr, W. R., Hill, R., Nye, F. I. and Reiss, I. L. (eds.), *Contemporary Theories About The Family*, vol. 1, New York, Free Press.

Gobierno de Chile

2013 *¿Qué es el trato digno para los pacientes? Elementos que componen el trato digno*, Santiago, Gobierno de Chile.

Gobierno de la República

2012 Programa Sectorial de Salud 2013-2018, México.

2013 Plan Nacional de Desarrollo 2013- 2018, México, consultado el 19 de julio de 2018. Disponible en <<http://pnd.gob.mx/wp-content/uploads/2013/05/PND.pdf>>

2014 Programa Nacional para la Igualdad y No Discriminación 2014-2018, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, consultado el 19 de julio de 2018. Disponible en <http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Pronaind%202014-2018_WEB_ACCSS.pdf>.

Goffman, Erving

2006 *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires, Amorrortu.

Gómez Dantés, Octavio

2005 *Seguro Popular de Salud: siete perspectivas*, Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública.

González, Luis Raúl y Enrique Guadarrama

2009 *Autonomía universitaria y universidad pública el autogobierno universitario*, México, UNAM.

Gracey, Michael y Malcolm King

2009 “Indigenous health part 1: determinants and disease patterns”, *The Lancet*, vol. 374, num. 9683, pp. 65-75.

H**Horton, Rirchard**

2006 “Indigenous peoples: time to act now for equity and health”, *The Lancet*, vol. 367, num. 9524, pp. 1705-1707.

I**Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)**

2003 *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2003*, Aguascalientes

2015 *Encuesta Intercensal 2015*, Aguascalientes

Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)

2003 *Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003*, Cuernavaca

K**Knaul, Felicia Marine, Julio Frenk y Richard Horton**

2007 “La reforma del sistema de salud mexicano”, *Salud Pública de México*, vol. 49, núm. 1, pp. 1-4, disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/106/10609101.pdf>

Knaul, Felicia Marine, Héctor Arreola-Ornelas y Óscar Méndez

2005 *Protección financiera en salud: México, 1992 a 2004*, *Salud Pública México*, vol. 47, núm. 6, pp.430-439, [en línea], consultado el 18 de mayo de 2018. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342005000600007&lng=es&nrm=iso>.

Krug Etienne G., Linda L. Dahlber, James A. Mercy,Anthony B. Zwi, y Rafael Lozano (eds.)

2002 *World Report on Violence and Health*, Geneva, World Health Organization, consultado el 14 de mayo de 2018. Disponible en <<http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545615.pdf>>

L

Laurell, Asa Cristina

- 2001 *Mexicanos en defensa de la salud y la seguridad social*, México, Planeta.
- 2013 *Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano*, Buenos Aires, CLACSO.

Lazcano-Ponce, Eduardo, Attila Lőrincz, Aurelio Cruz-Valdez, Jorge Salmerón, Patricia Uribe, Eduardo Velasco-Mondragón, et. al.

- 2011 “Self-collection of vaginal specimens for human papiloma testing in cervical cancer prevention (MARCH): a community-based randomized controlled trial”, *Lancet*, 378(9806):1868-1873

León-Maldonado, Leith, Betania Allen-Leigh y Eduardo Lazcano-Ponce

- 2014 Consejería en la detección de VPH como prueba de tamizaje de cáncer cervical: un estudio cualitativo sobre necesidades de mujeres de Michoacán, México. TT- [Counseling for HPV detection when used to screen for cervical cancer: a qualitative study on the. *Salud Publica Mex*, 56(5), 519–527. Consultado el 15 de enero de 2019. Retrieved from [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&lng=pt&pid=S0036-36342014000500019](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&lng=pt&pid=S0036-36342014000500019%0Ahttp://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&lng=pt&pid=S0036-36342014000500019)

León-Maldonado, Leith, Emily Wentzell, Brandon Brown, Betania Allen-Leigh, Leticia Torres-Ibarra, Jorge Salmerón, James Thrasher, Eduardo Lazcano-Ponce

- 2016 Perceptions and Experiences of Human Papillomavirus (HPV) Infection and Testing among Low-Income Mexican Women. *PloS One*, 11(5), e0153367. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153367>

Link, Bruce y Phelan, Jo

- 2001 “Conceptualizing stigma”, *Annual Review of Sociology*, vol. 27, pp. 363-385

Londoño, Juan Luis y Julio Frenk

1997 *Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*, Washington D. C., Banco Interamericano de Desarrollo.

López Bárcena, Joaquín, Marcela González de Cossío y Mónica Velasco Martínez

2004 “Servicio Social de medicina en México, factibilidad del cumplimiento académico en el área rural”, *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM* [en línea], vol. 47, num. 5, pp. 181-186, consultado el 22 de marzo de 2018. Disponible en <<http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un045b.pdf>>.

López Meza, Luz María

2011 “La importancia del Servicio Social Universitario”, *El Siglo de Torreón*, consultado el 22 de marzo de 2018. Disponible en <<https://www.elsiglodetorreon.com.mx/noticia/677849.la-importancia-del-servicio-social-universitario.html>>.

Luna, Marisol y Graciela Freyermuth

2017 *Población hablante de lengua indígena en México: indicadores sociodemográficos 2015* [versión electrónica], México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, consultado el 12 de enero de 2018. Disponible en <http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/Indicadores_HLI_24julio.pdf>.

M**Maoño, Cristina y Vásquez, Norma**

s.f. “Derechos Sexuales y Reproductivos. Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación para el Desarrollo”, en *Diccionario de Acción Comunitaria y Cooperación al Desarrollo* [en línea], consultado el 4 de noviembre de 2018. Disponible en <<http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/66>>.

Marmot, Michael, Sharon Friel, Ruth Bell, Tanja A. Houweling, Sebastian Taylor y Commission on Social Determinants of Health

2008 “Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health”, *The Lancet*, 372(9650), 1661-1669

Maxwell, Annette E., Sandra Young, Roena Rabelo Vega, Reggie T. Cayetano, Catherine M. Crespi y Roshan Bastani

2015 “Building Capacity to Address Women’s Health Issues in the Mixtec and Zapotec Community”, *Women’s Health Issues*, 25(4), 403–409. Consultado el 17 de noviembre de 2018. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.whi.2015.03.010>

Mazón, Juan, Abel Delgado, Genara Sánchez y Alonso Serret

2015 *El Servicio Social Médico*, México, Universidad Autónoma de México.

McFarlane, Judith, Jacquelyn Campbell, Susan Will, Carolyn Sachs, Yvonne Ulrich y Xiao Xu

1999 “Stalking and intimate. Partner femicide”, *Homicide Studies*, 3(4):300-316

Menéndez, Eduardo

2009 *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*, Buenos Aires, Lugar Editorial.

1992 “Modelo Médico Hegemónico, Modelo Alternativo Subordinado y Modelo de Autoatención. Caracteres Estructurales”: en Eduardo Menéndez comp. *La antropología médica en México*, México, Universidad Autónoma Metropolitana, pp. 60-80

2016 “Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos”, *Ciencias & Saúde Colectiva* vol. 21, núm, 1, pp. 109-118

Menéndez, Eduardo L., y Hugo G. Spinelli

2006 *Participación social: ¿para qué?* Lugar editorial, Buenos Aires

Meneses Navarro, Sergio

2016 *Elementos conceptuales para comprender la propuesta de*

reforma del sistema nacional de salud de México, México, Observatorio de Mortalidad Materna, consultado el 25 de julio de 2018. Disponible en: http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/Elementos_conceptuales.pdf

Meneses Navarro, Sergio, Gonzáles Block, Miguel Ángel, Quezada, David y Freyermuth Enciso, Graciela

2014 “Evolución de la equidad en el acceso a servicios hospitalarios según composición indígena municipal en Chiapas, México: 2001 a 2009”, en Jaime Page (ed.), *Enfermedades del rezago y emergentes desde las ciencias sociales y la salud pública*, Ciudad de México, UNAM, pp. 17-35

Mesa, Alicia, Claudia Suárez, Gabriela Rodríguez, Beatriz Magón y Elsa Santos

2006 *Marco Internacional y Nacional de los Derechos Sexuales de Adolescentes*, México, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, consultado el 11 de junio de 2018. Disponible en <https://www.afluentes.org/wpcontent/uploads/2009/11/DSALibrocompletoDEF.pdf>.

Meza, Alejandro, Sandra Mancinas, Sergio Meneses y David Meléndez

2015 “Exigibilidad del derecho a la protección de la salud en los servicios de obstetricia en México”. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 37, 360-364.

Ministerio de Salud

2008 *Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado*, Ecuador, Sistema Nacional de Salud

Ministerio de Salud Pública

2005 *Norma Técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural*, Perú, Dirección General de Salud de las Personas

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

2011 *Manual de Adecuación Cultural del Parto Natural/ Vertical y sus distintas posiciones en el Marco Multicultural de Guatemala*, Guatemala, Departamento de Regulación de

los Programas de Atención a las Personas; Programa de Medicina Tradicional y Alternativa.

Ministerio de Salud y Deportes

2006 *Protocolos de Atención materna y neonatal culturalmente adecuados*, Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes.

Montenegro, Raúl A. y Carol Stephens

2006 “Indigenous health in Latin America and the Caribbean”, *The Lancet*, vol. 367 num. 9525, pp. 859-1869.

Montero, Elda y Marcelina Cruz Sánchez

2014 “Servicio social de medicina en el primer nivel de atención médica: de la elección a la práctica”, *Revista de la educación superior*, vol.43, num. 172, pp. 79-99.

Moreno Serra, Rodrigo, Cristopher Millet y Peter C. Smith

2011 *Towards Improved Measurement of Financial Protection in Health*, PLoS Med, vol. 8, núm. 9, pp. e1001087, [en línea], consultado el 1 de noviembre de 2018, disponible en: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001087#references>

Management Sciences for Health (MSH)

2014 *Análisis de las prácticas de consejería en anticoncepción y planificación familiar que actualmente se realizan en el contexto indígena e identificación de aspectos susceptibles de adecuación intercultural*, Chiapas, México.

Muñoz, Rubén

2013 “Mediación intercultural frente a la desigualdad en el acceso y disfrute a la atención sanitaria. Algunas propuestas y problemáticas de sus praxis en Bélgica y España”, *Migraciones*, núm. 33, pp. 97-125.

2014 “Cultura organizacional de cuidados médicos violencia institucional y desadherencia al tratamiento antirretroviral de las personas indígenas que viven con VIH -Sida en Los Altos de Chiapas”, *Revista LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, vol. XII, núm 2, pp. 46-66.

Muñoz, Rubén, Patricia Ponce y Matías Stival

- 2017 “VIH, culturas médicas y discriminaciones étnicas: el acceso al tratamiento antirretroviral y la atención médica de las poblaciones indígenas de Latinoamérica”, *Actualizaciones en SIDA e Infectología*, vol. 25, num. 94, pp. 22-31.
- 2018 “La epidemia del VIH en Pueblos originarios de México: Panorama nacional y un estudio de caso etnográfico en los Altos de Chiapas”, *Revista Entrediversidades*, num. 10, pp. 155-187.

Murray Straus

- 1986 “Domestic Violence and homicide antecedents”, *Bull. N.Y. Acad. Med.*, vol. 62, num. 5, pp. 446-465

N**Navarrete, Federico**

- 2016 *México Racista*, Grijalbo, México.
- 2017 *Alfabeto del racismo mexicano*, Malpaso, México.

Nishijima, Yuri y Lilia Bilma Schraiber

- 2016 “El poder médico y la crisis de los vínculos de confianza en la medicina contemporánea”, *Salud Colectiva*, vol. 12, num. 1, pp. 9-21.

Núñez Noriega Guillermo y Patricia Ponce

- 2015 “Pueblos indígenas: Sexualidad, Diversidad Sexual y Genérica” *Revista Facultad Nacional de Salud Pública Iniciativas por la salud pública*, Medellín, Universidad de Antioquia, pp. 57-75.

Nussbaum, Martha C.

- 2001 *Women and human development: The capabilities approach* (Vol. 3). Cambridge University Press.

Nutbeam, Don

- 2000 “Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication

- strategies into the 21st century”, *Health promotion international*, 15(3), 259-267.
- 2008 “The evolving concept of health literacy”, *Social science & medicine*, 67(12), 2072-2078.

O

Omran, Abdel R.

- 1998 “The epidemiologic transition theory revisited thirty years later”, *World Health Stat Q*, vol. 51, núm. 2, pp. 99-119, consultado el 1º de septiembre de 2018. Disponible en: <https://www.ponline.org/node/527048>

Organización de las Naciones Unidas (ONU)

- 1966 *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, Nueva York, consultado el 8 de mayo de 2018. Disponible en <<http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>>
- 1995 *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994*, en Naciones Unidas, Nueva York, consultado el 8 de mayo de 2018. Disponible en <<http://www.un.org/es/development/devagenda/population.shtml>>.
- 1998 *Declaración universal de derechos humanos*, Nueva York
- 2000 *Observación General 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, New York, consultado el 8 de mayo de 2018. Disponible en <<http://www.acnur.org/fileadmin/scripts/doc.php?file=fileadmin/Documentos/bdl/2001/1451>>.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)

- 1984 *El Servicio Social Universitario. Un Instrumento de Innovación en la Enseñanza Superior*, París, UNESCO, consultado el 20 de marzo de 2018. Disponible en <<http://unesdoc.unesco.org/images/0005/000594/059477so.pdf>>.

Organización de los Estados Americanos (OEA)

- 1988 *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre*

Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Washington, consultado el 11 de septiembre de 2018. Disponible en <<http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>>.

- 1985 Resolución 12/85. Pueblo yanomami contra Brasil, consultado el 21 de octubre de 2018. Disponible en https://www.es-cr-net.org/sites/default/files/CIDH_-_Informe_No_12-85.html

Organización Mundial de la Salud (OMS)

- 1985 “Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento, Declaración de Fortaleza”, *The Lancet* núm. 2, pp. 36-437, consultado el 21 de noviembre de 2018. Disponible en <<http://www.durga.org.es/webdelparto/images/oms-fortaleza.pdf>>.
- 1986 Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, en *Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: Hacia un nuevo concepto de la Salud Pública*. Ginebra
- 2000 *Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*, Ginebra.
- 2003 *Informe sobre la salud en el mundo 2003: Forjemos el futuro*, Ginebra
- 2011 *Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores*, Baltimore

Organización Panamericana de la Salud (OPS)

- 1998 *Incorporación del enfoque intercultural de la salud en la formación y desarrollo de recursos humanos*. Washington D. C.
- 2010 *Guía clínica para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe*, Washington D. C.
- 2013 *Declaración de Panamá. Una promesa renovada para las Américas: Reducir las inequidades en salud reproductiva, materna e infantil*, Panamá, consultado el 4 de mayo de 2018. Disponible en <http://www.unicef.org/lac/media_25942.ht>.

Ortiz, Mauricio

- 2006 *El Seguro Popular. Una crónica de la democracia mexicana*, México, Fondo de Cultura Económica.

Ortiz, Mauricio y Julio Frenk

2009 *Camino y destino. Una visión personal de las políticas públicas de salud*, México, Ortega y Ortíz Editores.

Oona Campbell y Wendy Graham

2006 “Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works”, *The Lancet*, vol. 368, núm. 9543, pp.1284-1299, consultado el 20 de abril de 2018. Disponible en: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(06\)69381-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(06)69381-1/fulltext)>

P

Periódico Oficial

2014 Código Civil del Estado de Chiapas. Tuxtla Gutiérrez, 27 de noviembre.

Petchesky, Rosalind y Karen Judd (comp.)

2006 *Cómo negocian las mujeres sus derechos en el mundo*, México, El Colegio de México, 560 pp.

Ponce, Patricia, Rubén Muñoz y Matías Stival

2017 “Pueblos indígenas, VIH y políticas públicas en Latinoamérica”, *Salud Colectiva*, vol.13, n.3, pp.537-554.

Presidencia de la República

2005 *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de Avances*, 2005, México, Presidencia de la República.

R

Ramírez-Rodríguez, Juan Carlos y Griselda Uribe Vázquez

1993 “Mujer y violencia: un hecho cotidiano”, *Salud Pública de México*, vol. 35, pp. 148-160.

Ramírez Rojas, Gudalupe, Graciela Freyermuth Enciso y Hilda Argüello Avendaño

2016 *Acuerdos y convenios interinstitucionales como ejes unificadores del Sistema Nacional de Salud en México*, Ciudad de

México, Observatorio de Mortalidad Materna. Consultado el 10 de noviembre de 2018. Disponible en: http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/Acuerdos_y_convenios.pdf

Rangel Hernández, Ernesto

2009 *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Reformas de 1917 a junio de 2009*, México, Secretaría de Servicios Parlamentarios.

Rosen, George

1985 *De la policía médica a la medicina social: ensayos sobre la historia de la atención a la salud*. Siglo XXI México

Ruger, Jennifer Prah

2012 “An Alternative Framework for Analyzing Financial Protection in Health”, *PLoS Med*, vol. 9, núm. 8, pp. e1001294 [en línea], consultado el 1º de noviembre de 2018. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001294>

S

Sadler, Michelle, Mário JDS Santos, Dolores Ruiz-Berdún, Gonzalo Leiva Rojas, Elena Skoko, Patricia Guillen, y Jette A Clause

2016 “Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence”, *Reproductive Health Matters*, vol. 24, num., 47, pp. 47-55.

Saldaña, Minerva y María López

2017 “Barreras percibidas por el personal de salud para la toma de la citología cervical en mujeres zapotecas de Juchitán, Oaxaca”, *Psicooncología*, 14 (2-3): 343-64.

Samaja, Juan

1999 *Epistemología y metodología: elementos para una teoría de la investigación científica*, Buenos Aires, EUDEBA.

2004 *Epistemología de la salud*, Buenos Aires, Lugar Editorial.

Sánchez Cordero, Olga

- 2017 “Interés legítimo en la nueva ley de amparo”, en Mac-Gregor, E. F., y García, A. H. (eds.), *El juicio de amparo en el centenario de la Constitución mexicana de 1917: pasado, presente y futuro*, México, Universidad Nacional Autónoma de México.

Secretaría de Salud (ssa)

- s.f. *Programa de Acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud*, Secretaría de Salud, México.
- 2002 *La salud en la reforma del estado: hacia un sistema universal de salud*. México, D. F., Secretaría de Salud.
- 2003 *Trato adecuado en México: respuesta a las expectativas no médicas de los usuarios de los servicios de salud*, México, Secretaría de Salud.
- 2004a *Atención Médica a Personas Violadas*, México, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, consultado el 10 de noviembre de 2018. Disponible en <http://vidasinviolecia.inmujeres.gob.mx/sites/default/files/pdfs/sistema_nacional/modelos/atencion/Atencion%20Medica%20personas%20violadas.pdf>.
- 2004b *Financiamiento justo y protección social universal. La reforma estructural del sistema de salud de México*, México, D. F., Secretaría de Salud.
- 2004c *Guía para el llenado del certificado de defunción y el certificado de muerte fetal*, México, Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades, consultado el 5 de marzo de 2018. Disponible en <<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7761.pdf>>.
- 2005 *Síntesis Ejecutiva. Trato Adecuado en México: Respuesta a las Expectativas no Médicas de los Usuarios de Servicios de Salud*, México, Secretaría de Salud.
- 2007 *Manual de consejería en cáncer cérvico-uterino*, México, Secretaría de Salud.
- 2008a *Programa de Acción Específico 2007-2012, Planificación Familiar y Anticoncepción*, México, Secretaría de Salud.
- 2008b *Programa de Acción Específico 2007-2012, Interculturalidad en salud*, Secretaría de Salud, México.
- 2009a *Competencias Interculturales para el Personal de Salud*, México, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud.

- 2009b *Dirección General de Enseñanza y Calidad: Información General del Servicio Social de Medicina*, Secretaría de Salud Pública, Gobierno del estado de Sonora, consultado el 8 de abril de 2018. Disponible en <<http://www.salud.gob.mx/unidades/dgecsonora/ensenanza/ServSocMed.php>>.
- 2009c *Prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica. Lineamiento técnico*, México, Secretaría de Salud.
- 2010 *Modelos de recursos para la planeación de unidades médicas de la Secretaría de Salud*, México, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud.
- 2013a *Programa de Acción Específico Planificación Familiar y Anticoncepción, 2013-2018*, México, Secretaría de Salud
- 2013b *Programa de Acción Específico. Salud Materna y Perinatal 2013-2018*, México, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, consultado el 2 de junio de 2018. Disponible en <http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/SaludMaternayPerinatal_2013_2018.pdf>.
- 2013c *Programa de acción específico: prevención y control del cáncer de la mujer*, Secretaría de Salud, México.
- 2014 *Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro*, México, Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Cultural.
- 2015a *Indicadores de resultado del sistema de salud*, México, Secretaría de Salud, consultado el 20 de septiembre de 2018. Disponible en <<https://www.gob.mx/salud/documentos/indicadores-de-resultado-de-los-sistemas-de-salud?state=published>>.
- 2015b *Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes*, consultado el 21 de noviembre de 2017, disponible en <http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SSRA/ModeloAISSRA/web_ModAtnIntSSRA.pdf>.
- 2016 *Triaje obstétrico, código mater y equipo de respuesta inmediata obstétrica. Lineamiento técnico*, México, Secretaría de Salud.
- 2017 *Diabetes y embarazo. Lineamiento Técnico*, México, Secretaría de Salud.
- 2018 *Catálogo Universal de Servicios de Salud 2018*, México, Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

Secretaría de Salud (SSA), Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS)

2014 *Inducción al Enfoque Intercultural en la Atención a la Salud de la Población Indígena*, México.

Secretaría de Salud (SSA), Dirección General de Información en Salud (DGIS)

2013 *Programa de acción específico: prevención y control del cáncer de la mujer*, Secretaría de Salud, México

2015 *Cubos dinámicos de muertes maternas 2002-2015*, México, consultado el 15 de diciembre de 2018. Disponible en <<http://pda.salud.gob.mx/cubos/cmateras.html>>.

2015 *Cubos dinámicos. Recursos en Salud. Sectorial (SINAIS) 2012-2015, plataforma*, México, consultado el 15 de diciembre de 2018. Disponible en: <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_recursos_gobmx.html>.

Secretaría de Salud (SSA), Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (SIDSS), Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC)

2013 *Programa de Acción Específico Evaluación y Gestión de Tecnologías para la Salud 2013-2018*, México [versión electrónica].

2013 *PAE 2013-2018 (CENETEC-Salud)*, México [versión electrónica].

Secretaría de Salud (SSA), Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (SIDSS), Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCE)

2013 *Programa de Acción Específico Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica 2013-2018*, México, [versión electrónica].

Secretaría de Salud (SSA), Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (SIDSS), Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED)

2013 *Programa de Acción Específico Evaluación del desempeño 2013-2018*, México [versión electrónica].

Secretaría de Salud (ssa), Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (SIDSS), Dirección General de Información en salud (DGIS)

2013 *Programa de Acción Específico de la Dirección General de Información en salud 2013-2018*, México [versión electrónica].

Secretaría de Salud (ssa), Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (SIDSS), Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DEGEPLADES)

2013 *Programa de Acción Específico de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud 2013-2018*, México [versión electrónica].

Secretaría de Salud (ssa), Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPSS), Dirección General de Epidemiología (DGE)

2013 *Programa de Acción Específico Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica 2013-2018*, México [versión electrónica].

Secretaría de Salud (ss), Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPSS), Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental (STCNSM)

2013 *Programa de Acción Específico Salud Mental 2013-2018*, México [versión electrónica].

Secretaría de Salud (ssa), Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPSS), Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE)

2013 *Programa de Acción Específico Prevención Enfermedades Diarreicas Agudas Cólera 2013-2018*, México [versión electrónica].

2013 *Programa de Acción Específico Prevención Control Dengue 2013-2018*, México [versión electrónica].

2013 *Programa de Acción Específico Eliminación Oncocercosis 2013-2018*, México [versión electrónica].

2013 *Programa de Acción Específico Prevención Control Intoxicación Picadura Alacrán 2013-2018*, México [versión electrónica].

2013 *Programa de Acción Específico Prevención Control Enfermedad Chagas 2013-2018*, México [versión electrónica].

- 2013 *Programa de Acción Específico Prevención Control Leishmaniasis 2013-2018, México [versión electrónica].*
- 2013 *Programa de Acción Específico Prevención Control Paludismo 2013-2018, México [versión electrónica].*
- 2013 *Programa de Acción Específico Prevención Control Brucelosis 2013-2018, México [versión electrónica].*
- 2013 *Programa de Acción Específico Prevención Control Rabia Humana 2013-2018, México [versión electrónica].*
- 2013 *Programa de Acción Específico Prevención Control Rickettsiosis 2013-2018, México [versión electrónica].*
- 2013 *Programa de Acción Específico Prevención Detección Control Problemas Salud Bucal 2013-2018, México [versión electrónica].*
- 2013 *Programa de Acción Específico Prevención Control Obesidad Riesgo Cardiovascular 2013-2018, México [versión electrónica].*
- 2013 *Programa de Acción Específico Atención Envejecimiento 2013-2018, México [versión electrónica].*
- 2013 *Programa de Acción Específico Prevención Control Diabetes Mellitus 2013-2018, México [versión electrónica].*
- 2013 *Programa de Acción Específico Eliminación Lepra 2013-2018, México [versión electrónica].*
- 2013 *Programa de Acción Específico Prevención Control Enfermedades Respiratorias Influenza 2013-2018, México [versión electrónica].*
- 2013 *Programa de Acción Específico Prevención Control Tuberculosis 2013-2018, México [versión electrónica].*
Programa de Acción Específico Atención de urgencias epidemiológicas y desastres 2013-2018, México [versión electrónica].

Secretaría de Salud (ssa), Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (spss), Centro Nacional de Equidad de Género en Salud Sexual y Reproductiva (cnegyssr)

- 2013 *Programa de Acción Específico Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género 2013-2018, México [versión electrónica].*
- 2013 *Programa de Acción Específico Igualdad de Género en Salud 2013-2018, México [versión electrónica].*

- 2013 *Programa de Acción Específico Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018*, México [versión electrónica].
- 2013 *Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018*, México [versión electrónica].
- 2013 *Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal 2013-2018*, México [versión electrónica].
- 2013 *Programa de Acción Específico Prevención y Control del Cáncer de la Mujer 2013-2018*, México [versión electrónica].

Secretaría de Salud (SSA), Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPSS), Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH Sida (CENSIDA)

- 2013 *Programa de Acción Específico Respuesta al VIH, Sida e ITS 2013-2018*, México [versión electrónica].

Secretaría de Salud (SSA), Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPSS), Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia (CENSIA)

- 2013 *Programa de Acción Específico Salud para la Infancia y la Adolescencia 2013-2018*, México [versión electrónica].
- 2013 *Programa de Acción Específico Vacunación Universal 2013-2018*, México [versión electrónica].
- 2013 *Programa de Acción Específico Cáncer en la Infancia y la Adolescencia 2013-2018*, México [versión electrónica].

Secretaría de Salud (SSA), Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPSS), Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS)

- 2013 *Programa de Acción Específico Alimentación y Actividad Física 2013-2018*, México [versión electrónica].
- 2013 *Programa de Acción Específico Promoción de la Salud y Determinantes Sociales 2013-2018*, México [versión electrónica].
- 2013 *Programa de Acción Específico Entornos y Comunidades Saludables 2013-2018*, México [versión electrónica].

Secretaría de Salud (SSA), Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPSS), Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (STCONAPRA)

- 2013 *Programa de Acción Específico Seguridad Vial 2013-2018*, México [versión electrónica].

- 2013 *Programa de Acción Específico Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables 2013-2018*, México [versión electrónica].

Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica (SNIEG)

- s.f. *Catálogo Nacional de Indicadores*, México, Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica (SNIEG), disponible en <<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/cni/>>

Soberón, Guillermo y Gregorio Martínez

- 1996 “La descentralización de los servicios de salud en México en la década de los ochenta”, *Salud Pública de México*, v. 38, n. 5, p. 371-378, consultado el 16 de enero de 2018. Disponible en: <<http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5947/6754>>

Sontag, Susan

- 1977 *La enfermedad y sus metáforas*, Punto de lectura, España.

Sosa, Sandra, Arón Salinas Rodríguez y Omar Galárraga

- 2016 “Impacto del Seguro Popular en el gasto catastrófico y de bolsillo en el México rural y urbano, 2005–2008”, *Salud Pública de México*, vol.53, suppl.4, pp.425-435, consultado el 8 de enero de 2018. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011001000006>

T

Torres-Poveda, Kirvis J., Armando Arredondo-López y María Beatriz Duarte-Gómez

- 2008 “La mujer indígena, vulnerable a cáncer cérvicouterino: Perspectiva desde modelos conceptuales de salud pública”, *Salud en Tabasco*, 14(3):807-815.

V

Valdez-Santiago Rosario y Myriam Ruíz- Rodríguez

- 2009 “Violencia doméstica contra las mujeres: ¿cuándo y cómo

surge como problema de salud pública?”, *Salud Pública de México*, vol.51, núm.6, pp.505-511

Vasconcelos, José

1922 Orientaciones del pensamiento en Méjico, Córdoba, A. Biffignandi.

Vidal Ledo María Josefina, Myrtha Obregón Martín, Ana María Gálvez González, Ana Morales Valera, Héctor Gómez de Haz y Frank Quesada Espinosa

2016 “La Salud Pública: Sistema complejo”, *Información para directivos de salud, INFODIR* [en línea], consultado el 20 de abril de 2018. Disponible en <<http://www.revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/312>>.

W

Whitehead, Deborah

2004 “Health promotion and health education: advancing the concepts”, *Journal of advanced nursing*, 47(3), 311-320.

Wierviorka, Michel y Danielle Zaslavski

2014 “Racismo y exclusión”, *Estudios sociológicos*, 12 (34): 11-30.

World Health Organization (WHO)

2003 “Technical consultation on concepts and methods for measuring the responsiveness of health system”, en C. Murray y D. Evans (eds.), *Health Systems Performance Assessment. Debates, methods and empiricism*, Geneva.

2012 *Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies: a foundation document to guide capacity development of health educators*, Geneva.

2014 *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*, Geneva.

Z

Zola, Irving Kenneth

1972 “Studying the decision to see a doctor”, *Psychosocial Aspects of Physical Illness* Vol. 8, pp. 216-236.

Páginas de internet consultadas

Cubos dinámicos

Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud, consultados el 15 de diciembre de 2018. Disponible en <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD_Cubos_gobmx.html>

Estadísticas

Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud, consultados el 15 de diciembre de 2018. Disponible en <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/estadisticas_gobmx.html> http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/estandar_gobmx.html

Reseña de autores

Betania Allen Leigh

ballen@insp.mx

BA Latin American Studies (University of California), Maestra y Doctora en Antropología (UAM-I), Investigadora del Centro de Investigación en Salud Poblacional del Instituto Nacional de Salud Pública. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores nivel 1.

Hilda Eugenia

Argüello Avendaño

hildaomm@gmail.com

Médica cirujana (UAM-X), Maestra en Antropología Social (CIESAS-Sureste), Master en Antropología de la Medicina y Salud Internacional (Universitat Rovira i Virgil), candidata a Doctora en Antropología Social y Comunicación (Universitat Rovira i Virgil). Es Secretaria Técnica del Observatorio de Mortalidad Materna en México.

Sergio Aarón

de la Rosa Cruz

sergio.delarosac@hotmail.com

Licenciado en Nutrición (UAM-X), Maestro en Ciencias en Sistemas y Políticas de Salud (ESPM/INSP). Asistente de investigación en el Centro de

**Cecilia De la Torre
Hernández**
torrece@gmail.com

Investigación en Salud Poblacional del
Instituto Nacional de Salud Pública.

**José Enrique
Eroza Solana**
enriquesol@yahoo.com.mx

Licenciada en Economía (UNACH),
Maestra en Gestión y Gerencia de los
Sistemas de Salud (CEMESAD/UNACH),
asistente de investigación en Asesoría,
Capacitación y Asistencia en Salud, A. C.

**María Graciela
Freyermuth Enciso**
gfreyermuth54@hotmail.com

Licenciado en etnología (ENAH) y
Doctor en Antropología Social (Uni-
versidad de Brunuel). Es profesor
investigador en CIESAS-Sureste.

**Ana María
Gómez Serna**
anamariagomezomm@gmail.com

Médica cirujana (UNAM), Maestra
en Medicina Social (UAM-X), Doc-
tora en Antropología Social (UNAM).
Investigadora y profesora de tiempo
completo en CIESAS-Sureste. Es
miembro del Sistema Nacional de
Investigadores nivel 2. Fundadora
y consultora académica del Consejo
Nacional de Evaluación de la Polí-
tica Social y Medición de la Pobreza
(2006-2010). Ha sido Secretaria Eje-
cutiva del Comité Promotor Por una
Maternidad Segura y del Observatorio
de Mortalidad Materna en México.
Fundadora de Asesoría, Capacitación
y Asistencia en Salud A. C.

Licenciada en Antropología (Uni-
versidad Veracruzana), Maestra en
Investigación Educativa (Universi-
dad de Barcelona). Es responsable

**Leith Soledad
León Maldonado**
soledad.leon@insp.mx

de monitoreo e incidencia en salud sexual y reproductiva de adolescentes del Observatorio de Mortalidad Materna en México.

Ingeniera Química por la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Maestra en Salud Pública con área de concentración en Salud Ambiental y Doctora en Salud Pública por la Escuela de Salud Pública de México (INSP). Investigadora de Cátedras CONACYT adscrita al Centro de Investigaciones en Salud Poblacional. Pertenece al Sistema Nacional de Investigadores nivel 1.

**David Mariano
Meléndez Navarro**
davidmn10@gmail.com

Médico cirujano (UAM-X). Secretario Técnico del Comité Promotor por una Maternidad Segura en México.

**Sergio
Meneses Navarro**
smenesesnavarro@gmail.com

Médico cirujano (UAM-X), Maestro en Antropología Social (CIESAS-Sureste), Doctor en Ciencias de la Salud con área de concentración en Sistemas de Salud (INSP). Investigador de Cátedras CONACYT adscrito al Centro de Investigación en Salud Poblacional del Instituto Nacional de Salud Pública. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores nivel 1.

**José Alejandro
Meza Palmeros**
alefijomp@gmail.com

Médico cirujano (Universidad La Salle), Maestro en Salud Internacional y Medicina Tropical (Universidad

**José
Muñoz Hernández**
kasteblok@yahoo.com.mx

Autónoma de Barcelona), Doctor en Ciencias en Ecología y Desarrollo Sostenible (ECOSUR). Investigador de Cátedras CONACYT adscrito al Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Sureste. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores nivel 1.

**Rubén
Muñoz Martínez**
rubmuma@hotmail.com

Matemático (UAM-1), Maestro en Demografía (COLMEX), Doctor en Ciencias de la Salud con área de concentración en Sistemas de Salud (INSP). Investigador de Cátedras CONACYT adscrito al Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS-Pacífico Sur). Miembro del Sistema Nacional de Investigadores nivel 1. Ha sido investigador en ciencias médicas nivel A en el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y colaborador en el cálculo de indicadores para el Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM).

Sociólogo (Universidad Complutense de Madrid) y Antropólogo Social (Universidad Nacional de Educación a Distancia, UNED), Maestro y Doctor en Antropología Social (Universidad Autónoma de Madrid). Actualmente es investigador titular en CIESAS Ciudad de México. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores nivel 1. Ha realizado estancias como postdoctorante o investigador invitado en

**Blanca Estela
Pelcastre Villafuerte**
blanca.pelcastre@insp.mx

CIESAS Sureste, FLACSO Ecuador, Universidad de California (San Diego), Universidad Libre de Bruselas y UNAM.

**María Guadalupe
Ramírez Rojas**
amairanai@gmail.com

Psicóloga (UNAM), Maestra y Doctora en Psicología Social (Universidad Autónoma de Barcelona), Directora del área de determinantes y retos de los sistemas de salud. Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores nivel 2.

**Rosario
Valdez Santiago**
rosario.valdez@insp.mx

Médica cirujana (UNAM) y Especialista en Medicina Familiar (UAEMEX), Maestra y Doctora en Ciencias de la Salud Pública con área de concentración en Sistemas de Salud (INSP). Cátedras CONACYT/CIESAS-Sureste.

Licenciada en Psicología (UNAM), Maestra en Antropología (CIDHEM), Doctora en Ciencias de la Salud con área de concentración en Sistemas de Salud (INSP). Es profesora investigadora del Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública y Directora Centro Colaborador de Investigación en Lesiones y Violencia de la OMS/OPS. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores nivel 1.

Siglas y acrónimos

A

AFASPE	Acuerdo para el Fortalecimiento de las Acciones en Salud Pública en las entidades federativas
AOE	Atención obstétrica de emergencias

C

CAEO	Convenio General de Colaboración para la Atención de las Emergencias Obstétricas
CAPASITS	Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual
CAPC	Consejería Anticonceptiva con Pertinencia Cultural
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud
CECOVID	Centro de Investigación y Lucha contra la Violencia Doméstica A. C.
CENAPRECE	Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades
CESCR	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU
CD	Certificado de Defunción
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América

CENETEC	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
CENSIA	Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia
CENSIDA	Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición
CIFRHS	Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud
CIPD	Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo, 1994
CLUES	Clave Única de Establecimientos de Salud
CN	Certificado de Nacimiento
CNDH	Comisión Nacional de los Derechos Humanos
CNEGySR	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
COMAEM	Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica A. C.
CONACYT	Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
CPEUM	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

D

DDHH	Derechos Humanos
DEMYSEX	Democracia y Sexualidad A. C.
DGCES	Dirección General de Calidad y Educación en Salud
DGE	Dirección General de Epidemiología
DGED	Dirección General de Evaluación del Desempeño
DGIS	Dirección General de Información en Salud
DGPS	Dirección General de Promoción de la Salud
DGPLADES	Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud
DIU	Dispositivo intrauterino
DOF	Diario Oficial de la Federación

DSR	Derechos sexuales y reproductivos
E	
ECOSOC	Consejo Económico y Social de la ONU
EO	Emergencia obstétrica
F	
FASSC	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad
FASSP	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona
FPGC	Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos
G	
GPC	Guías de Práctica Clínica
I	
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
IMSS-B	Instituto Mexicano del Seguro Social-Bienestar
IMSS-P	Instituto Mexicano del Seguro Social-Prospera
IRrag	Grupo Internacional de Investigación y Acción sobre los Derechos Reproductivos
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
L	
LGAMVLV	Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia
LGIMH	Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres
LGS	Ley General de Salud

M

MAISSRA	Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes
MP	Ministerio Público

N

NOM	Norma Oficial Mexicana
------------	------------------------

O

OEA	Organización de los Estados Americanos
OMM	Observatorio de Mortalidad Materna
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud

P

PAE	Programas de Acción Específicos
PAESNIS	Programa de Acción Específico 2007-2012, del Sistema Nacional de Información en Salud
PAIMEF	Programa de Apoyo a Instancias de Mujeres en las Entidades Federativas
PEF	Presupuesto de Egresos de la Federación
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PGS	Padrón General de Salud
PIB	Producto Interno Bruto
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
PND	Programa Nacional de Desarrollo
PRONADEIG	Programa Nacional de Desarrollo de Estadística y de Información Geográfica
PROSESA	Programa Sectorial de Salud
PROSPERA	Programa de Inclusión Social PROSPERA

R

RMM	Razón de mortalidad materna
------------	-----------------------------

S

SAEH	Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios
SAIH	Servicios de Atención Integral Hospitalaria
SAUM	Sistema Automatizado de Urgencias Médicas
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEED	Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones
SEMAR	Secretaría de Marina
SESA	Servicios Estatales de Salud
SIASFASPE	Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas
SICUENTAS	Subsistema de Cuentas en Salud
SID	Subsecretaría de Integración y Desarrollo
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SINAC	Subsistema de Información sobre Nacimientos
SINAIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SINERHIAS	Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud
SNIEG	Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica
SPS	Seguro Popular de Salud
SPPS	Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
SSA	Secretaría de Salud
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
SSRA	Salud Sexual y Reproductiva para los Adolescentes
STCNSM	Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental
STCONAPRA	Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes
SUAVE	Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica
SUIVE	Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica

T

TMI	Tasa de mortalidad infantil
TMM5	Tasa de mortalidad en menores de cinco años

U

UAM	Universidad Autónoma Metropolitana
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

V

VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
------------	--------------------------------------



**Contribuciones desde
la antropología médica
y la salud pública
para personal de salud
en regiones indígenas y rurales**

Se terminó de imprimir en abril de 2020.

La edición consta de 1 000 ejemplares y estuvo al cuidado
de la Subdirección de Comunicación Científica y Publicaciones
del Instituto Nacional de Salud Pública.

