

Indicadores de salud reproductiva

Gregorio Pérez-Palacios*, Yolanda Varela**, Angel Catalán***, Arturo Vega****, Josué Garza-Flores*****

Resumen

El Programa de Salud Reproductiva para el periodo 1995-2000 se implementó como una acción sustantiva y prioritaria de la Reforma del Sector Salud. Para evaluar de una manera cuantitativa el avance e impacto del programa en los últimos cinco años, se analizaron ocho Indicadores de Resultado que consideran los diferentes componentes de la salud reproductiva. Los resultados mostraron logros que han contribuido durante el periodo de estudio, a disminuir la fecundidad y armonizar el ritmo de crecimiento natural de la población, así como a mejorar la atención a la salud perinatal y la salud de la mujer en su etapa posreproductiva. Las metas de estos indicadores programadas para el año 2000 serán alcanzadas en una gran proporción. Los avances, aunque aún insuficientes, han permitido institucionalizar el concepto integral de salud reproductiva, con absoluto respeto a la libre decisión de toda la población.

Palabras clave: salud sexual y reproductiva, planificación familiar, salud perinatal, salud de la mujer, perspectiva de género.

Summary

The Reproductive Health Program for the period 1995-2000 was implemented as a high priority action of the Reform Process of the Health Sector in Mexico. To evaluate the accomplishments and goals of this program in the last 5 years, eight quantitative indicators comprising the diverse components of reproductive health were analyzed. The results demonstrated important advances, which have contributed to a significant diminution of total fecundity and population growth rates during the study period, as well as in the improvement of maternal and child and women's health care. The goals established in this program for the year 2000 will be, to a great extent, accomplished. The holistic approach of reproductive health has been institutionalized in our country.

Key words: Sexual and reproductive health, Family planning, Perinatal health care, Women's health, Gender perspective.

* Director General de Salud Reproductiva, DGSR, SSA.

** Directora de Capacitación y Fomento, DGSR, SSA.

***Director de Salud Perinatal, DGSR, SSA.

****Director de Salud de la Mujer, DGSR, SSA.

*****Director de Planificación Familiar, DGSR, SSA.

Introducción

La reforma del sector salud considera a la salud reproductiva como uno de sus programas sustantivos y prioritarios.¹ El Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000 tiene como objetivo brindar información y servicios a toda la población para contribuir a que los individuos y las parejas disfruten de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad para decidir de una manera responsable y bien informada sobre el número y el espaciamiento de los hijos.² Las acciones del programa se definen y vinculan a través de tres componentes: planificación familiar, salud perinatal y salud de la mujer, todos ellos con una clara perspectiva de género.³ El programa articula sus estrategias con los Programas Nacionales de Población y de la Mujer.

La planificación y evaluación del programa se realiza a través de una serie de indicadores de proceso, resultado e impacto, los cuales se construyen con base en diversas fuentes de información, incluyendo estadísticas de servicios, sistemas de vigilancia epidemiológica, encuestas nacionales, estadísticas vitales y censos de población. En este artículo se presentan ocho indicadores de resultado que permiten evaluar cuantitativamente el avance e impacto de las acciones en salud reproductiva emprendidas durante la presente administración pública federal, señalando las metas establecidas en cada indicador para el año 2000.

Planificación familiar

En el nuevo contexto de salud reproductiva, la planificación familiar encontró nuevos espacios, oportunidades y puntos de encuentro con los otros componentes del programa.⁴ Para incrementar la cobertura y calidad de los servicios se introdujeron nuevas opciones anticonceptivas,⁵ se estableció el programa de atención a la salud sexual y reproductiva de la población adolescente⁶, y se fortalecieron las estrategias dirigidas al área rural y poblaciones indígenas.⁷ Particular énfasis se ha dado a la capacitación del personal para garantizar los derechos de la población usuaria y la prestación de servicios en estricto apego a la normatividad oficial.⁸

La prevalencia nacional de uso de métodos anticonceptivos se expresa como el porcentaje de mujeres unidas, en edad fértil, que utilizan un método de regulación de la fertilidad. Durante el periodo 1995-1999 se observó un incremento significativo acorde a lo planificado, como se muestra en la figura 1. En 1994 este indicador se estimó en 65% y en 1999 ascendió a 70.1%. Con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica de 1997 se prevee que la meta establecida para el año 2000 será superada. Actualmente, cerca de 11 millones de parejas utilizan un método anticonceptivo, indicando que el número de usuarias/usuarios del programa se incrementó en dos millones (20%) durante los últimos cinco años.⁹

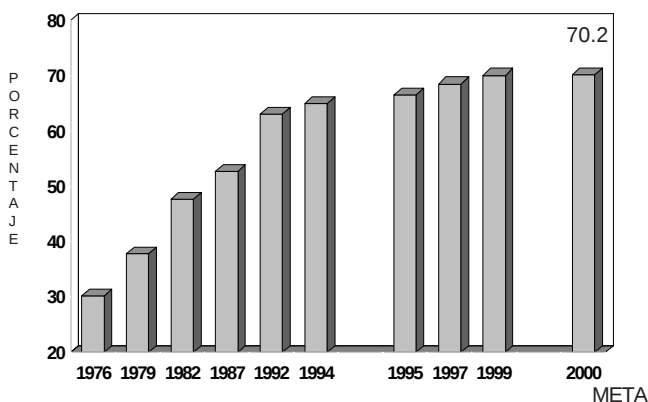


Figura 1. Porcentaje de mujeres unidas, en edad fértil, que utilizan un método de regulación de la fertilidad.

Nota: Este indicador se construye con base en encuestas nacionales sociodemográficas y estimaciones del Consejo Nacional de Población. De acuerdo a la tendencia observada, la meta programada de 70.2% para el año 2000 será superada.

La heterogeneidad regional y estatal de este indicador continuó disminuyendo debido, en parte, a la descentralización efectiva de los servicios de salud. Actualmente en 20 entidades federativas del país la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos es ya superior a 70% y en 15 de ellas se ha alcanzado la meta programada para el año 2005.¹⁰ En cuatro estados de la República la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos aún es inferior a 60%, por lo que se han intensificado las acciones programáticas en el área rural de esas entidades. La introducción del Paquete Básico de Servicios de Salud ha contribuido a incrementar la práctica de la planificación familiar en las zonas rurales, como se muestra en la figura 2, panel A. De acuerdo con las

encuestas nacionales, en tan sólo cinco años el uso de métodos anticonceptivos en el área rural se incrementó en nueve puntos porcentuales. Es indudable que el nivel educativo de la población es un factor determinante en la decisión del uso de métodos anticonceptivos como se muestra en la figura 2, panel B. El avance del programa se ha observado en todos los núcleos de la población, independientemente de su escolaridad, con incrementos muy significativos entre mujeres sin escolaridad o con instrucción primaria incompleta, lo que denota el impacto de las estrategias de promoción, comunicación social y educación informal en planificación familiar.¹¹

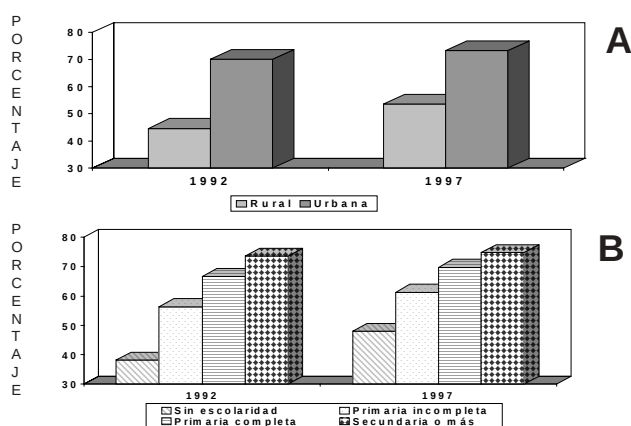


Figura 2. Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos.

Nota: La prevalencia de uso de métodos anticonceptivos se incrementó en los últimos años, particularmente en la población que reside en el área rural (Panel A). El incremento en la práctica de la planificación familiar ha sido importante entre la población sin escolaridad o con instrucción primaria incompleta (Panel B), lo que señala el impacto de la promoción y comunicación social del programa.

La planificación familiar ha sido un factor fundamental en la reducción de la fecundidad, en el mejoramiento de la salud de la población y en la prevención del aborto inducido.¹² De acuerdo con estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) la tasa bruta de natalidad se redujo de 25.6 nacimientos por mil habitantes en 1994 a 22.6 en 1999, como se muestra en la figura 3. Simultáneamente, la tasa global de fecundidad que expresa el promedio de hijos por mujer a lo largo de su vida reproductiva, disminuyó de 2.93 a 2.48 en los últimos cinco años (Figura 4). México iniciará el tercer milenio con una tasa global de fecundidad de 2.4,¹³ y será factible alcanzar la tasa de reemplazo

intergeneracional de 2.1 hijos por mujer para el año 2005. El impacto del Programa de Planificación Familiar⁹ en sus primeros 25 años puede evaluarse al considerar que de no haberse modificado la tasa global de fecundidad de los años setenta, en 1999 hubieran ocurrido cerca de 6.4 millones de nacimientos, en lugar de los poco menos de 2.2 millones que ocurrieron en ese año, lo que haría necesario triplicar la infraestructura instalada y el personal del sector salud para satisfacer las demandas de atención prenatal, obstétrica y pediátrica de la población.

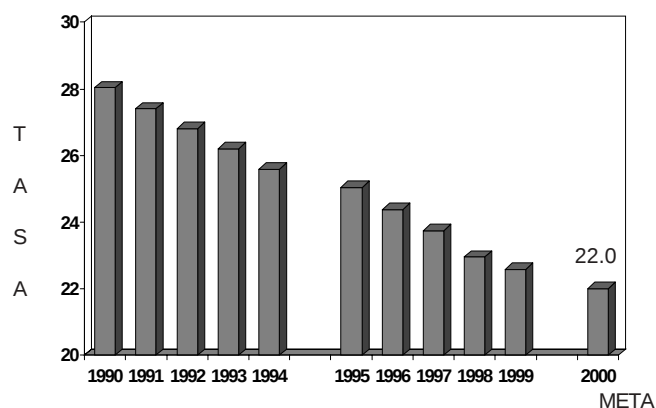


Figura 3. Tasa bruta de natalidad en México, durante el periodo 1990-1999.

Nota: El indicador expresa el número de nacimientos por 1 000 habitantes. De acuerdo a las estimaciones del Consejo Nacional de Población, la tasa en 1999 fue de 22.6 y por tanto es factible alcanzar la meta establecida para el año 2000.

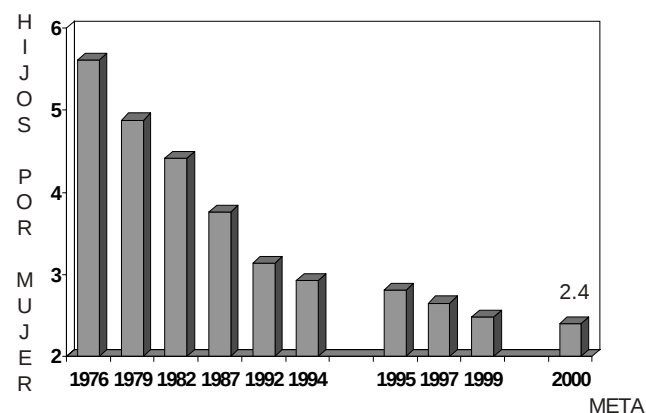


Figura 4. Tasa global de fecundidad.

Nota: La tasa global de fecundidad ha disminuido significativamente en los últimos años por las acciones del Programa de Planificación Familiar. En el año 2000 se estima que la tasa será de 2.4 hijos por mujer.

Como resultado de la transición demográfica que experimenta nuestro país, la población adolescente (10-19 años de edad) se ha duplicado en las últimas tres décadas; actualmente se estima en alrededor de 21 millones, lo que representa 21% de la población total. Las demandas de este grupo etéreo en información y servicios de salud sexual y reproductiva condujeron al establecimiento de un programa de cobertura nacional con la participación del sector público y la sociedad civil. El programa tiene como objetivos la prevención del embarazo no planificado, de enfermedades de transmisión sexual y de adicciones. Las acciones del Programa muestran ya un impacto inicial, en los últimos cinco años el número de nacimientos en madres menores de 20 años se ha reducido gradualmente al igual que la tasa específica de fecundidad (Figura 5); sin embargo, el embarazo en las adolescentes continúa siendo un reto muy importante.

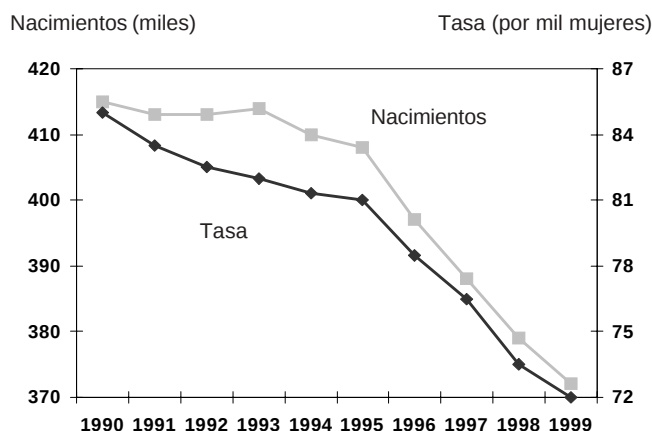


Figura 5. Tasa específica de fecundidad para la población adolescente. Nota: La tasa específica de fecundidad para la población adolescente ha disminuido gradualmente en los últimos años, aunque el número anual de nacimientos en madres menores de 20 años, estimado en 372 000 en 1999, constituye un reto importante para el Programa de Salud Reproductiva.

Se estima que hoy en día tres de cada cuatro parejas que regulan su fertilidad reciben orientación y servicios en instituciones del sector público. La amplia gama de métodos anticonceptivos disponibles permite a la población usuaria optar por los más convenientes de acuerdo a sus circunstancias y etapas de su ciclo reproductivo.¹⁴ El Programa de Planificación Familiar ha tenido avan-

ces importantes, que ciertamente son aún insuficientes.¹⁵ La demanda insatisfecha, que expresa el porcentaje de mujeres unidas en edad fértil que desean limitar o espaciar su descendencia y no usan métodos anticonceptivos, ha disminuido progresivamente como se muestra en la figura 6. La demanda insatisfecha se estima actualmente en 11.3%, por lo que es necesario redoblar esfuerzos para lograr el acceso universal del programa.

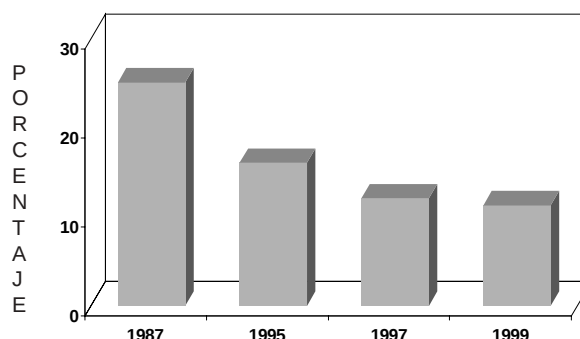


Figura 6. Demanda insatisfecha en planificación familiar.

Nota: La demanda insatisfecha en planificación familiar expresa el porcentaje de mujeres que, deseando regular su fertilidad por diversos factores, no utilizan métodos anticonceptivos. Este indicador ha disminuido en los últimos años y actualmente se estima en 11.3 por ciento.

Salud perinatal

La salud perinatal es un pilar fundamental de la salud reproductiva, y sus objetivos son garantizar que la maternidad sea saludable y sin riesgos y contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.² La atención prenatal en la Secretaría de Salud se ha incrementado en los últimos años; en 1994 se otorgaba un promedio de 2.5 consultas por embarazada y ascendió a 2.85 en 1998, por lo que se estima que se alcanzará la meta programada para el año 2000 (Figura 7). En 13 entidades federativas del país se ha superado ya el promedio de tres consultas prenatales y en otras 13 este promedio se alcanzará en el año 2000. En los seis estados con rezago en este indicador se han reforzado las estrategias de promoción. Más importante que el aspecto cuantitativo de este indicador lo es la calidad de la atención y el reconocimiento temprano de síntomas y signos del embarazo de riesgo,¹⁶ por lo que se integraron equipos

estatales de capacitación continua en los diferentes niveles de atención y en algunas entidades se incorporó el elemento de gratuidad en la atención del parto en mujeres que han cumplido con un control prenatal adecuado. Además, en coordinación con un organismo de la sociedad civil,¹⁷ se han instalado puestos móviles de atención y referencia para embarazadas en lugares de afluencia pública en estados prioritarios y se elaboró una campaña de medios para promover la atención prenatal.

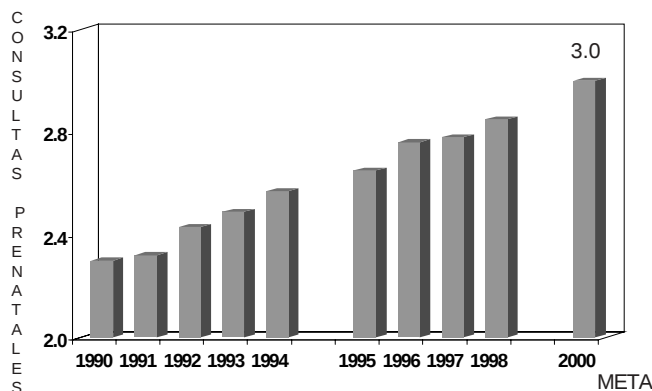


Figura 7. Incremento en el promedio de consultas que se otorgan por embarazada en los hospitales y unidades de servicios de la Secretaría de Salud.

El porcentaje de nacimientos por cesárea es un indicador institucional cuyo objetivo es prevenir los riesgos asociados al uso injustificado de esta intervención quirúrgica. Indudablemente que la operación cesárea es un recurso muy valioso en la resolución de un gran número de eventualidades obstétricas. Sin embargo, en esta década su uso se incrementó considerablemente en las instituciones de los sectores público y privado.¹⁸ El programa de capacitación de la Secretaría de Salud se ha reorientado al uso racional e indicaciones precisas de la operación cesárea, incorporando la estrategia de la doble opinión,¹⁹ lo que ha contribuido a desacelerar la tendencia a la alza del indicador en los últimos tres años, como se muestra en la figura 8. De acuerdo con la meta establecida para el año 2000 se estima que los nacimientos por cesárea en la institución se mantendrán por debajo del 25%. En el Sistema Nacional de Salud, el uso de la operación cesárea es más alto, con valores alrededor de 30%, por lo que la Secretaría de Salud ha convocado a todas las instituciones a redoblar esfuerzos en la vigilancia y control de este indicador.

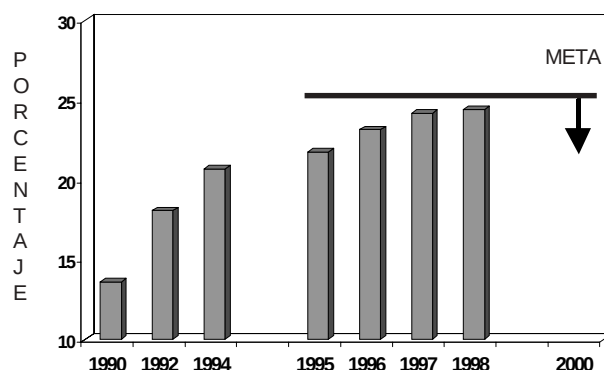


Figura 8. El porcentaje de nacimientos por operación cesárea en las unidades de atención obstétrica de la Secretaría de Salud se ha estabilizado por debajo de 25% en los últimos años.

La mortalidad materna representa un problema de salud pública y constituye un desafío al Sistema Nacional de Salud; de origen multifactorial está relacionada por una parte con la cobertura y calidad de los servicios de salud y, por otra, con factores socioeconómicos y culturales, incluida la condición nutricional y sanitaria de la población. La razón de mortalidad materna es un indicador que expresa el número de defunciones maternas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, ocurridas anualmente en el país por cada 10,000 nacidos vivos registrados. En las últimas dos décadas este indicador ha mostrado una tendencia descendente (Figura 9); sin embargo, no reflejaba la magnitud real del problema por existir un alto subregistro estimado en cerca de 50%,^{20,21} aunado a deficiente calidad y precisión en la dictaminación de las causas de las defunciones maternas. La Secretaría de Salud y las instituciones del sector tomaron la iniciativa de adecuar el certificado de defunción en los años 1994 y 1998, así como implementar estrategias orientadas a la búsqueda intencionada de muertes maternas, realización de autopsias verbales y funcionamiento ágil de los comités de estudio nacional, estatal, jurisdiccional e institucional.²² Actualmente existen en el sector 801 comités para el estudio de la mortalidad materna en hospitales y unidades de salud con atención obstétrica y 232 comités en jurisdicciones sanitarias. El conjunto de estas acciones mejoraron considerablemente en los últimos años el registro de las muertes maternas y la calidad en la dictaminación; el indicador, por tanto, no se ha estabilizado y el impacto de las estrategias institucionales aún no son apreciables.

aunque ciertamente la tendencia es hacia la disminución, como se muestra en la figura 9. Un gran número de defunciones maternas ocurre en regiones del país con altos índices de marginación (Figura 10).

Es interesante señalar que 61% de la atención de eventos obstétricos se realiza en unidades del sector público; el sector privado contribuye con cerca de 22% y el resto se lleva a cabo a nivel domiciliario,²³ mientras que casi la mitad de las defunciones maternas ocurren fuera de las unidades del Sistema Nacional de Salud. El nuevo certificado de defunción permitirá precisar el sitio de las defunciones.

La principal causa de muerte materna continúa siendo la eclampsia, seguida por hemorragia obstétrica, sepsis puerperal y complicaciones del aborto.²⁴ La complejidad del problema requiere de un abordaje multisectorial, para lograr un equilibrio entre acciones de prevención y de intervención terapéutica en las complicaciones de la gestación. El sector salud ha elaborado una serie de lineamientos técnicos para la prevención y el control de las principales causas de muerte materna, ha incorporado el uso de equipos rojos con los medicamentos necesarios para el manejo de la eclampsia,²⁵ ha introducido la técnica de aspiración manual endouterina para el manejo del aborto y sus complicaciones,²⁶ y ha fortalecido la capacitación en obstetricia intensiva y urgencias, así como la instrucción a parteras tradicionales. Las intervenciones del Programa de Ampliación de Cobertura y PROGRESA contribuirán a disminuir la mortalidad materna.

Para mejorar la atención neonatal²⁷ se han capacitado cerca de 8,000 prestadores de servicios en procedimientos de reanimación cardiopulmonar neonatal. Hoy se cuenta por lo menos con una persona capacitada en cada unidad hospitalaria. Además, se consolidó el componente de prevención de retraso mental secundario a hipotiroidismo congénito.²⁸ En 1999 se realizó el tamiz neonatal en 90% de los recién nacidos atendidos en las unidades médicas de la Secretaría de Salud, y se elaboró el proyecto de Norma Oficial para la prevención y control de los defectos al nacimiento.

Más de 90% de los hospitales y unidades de atención obstétrica del sector público ha sido debidamente certificado como Hospital Amigo del Niño

y de la Madre, de acuerdo a estándares internacionales (OMS/UNICEF) y la normatividad oficial. Esta iniciativa constituye una estrategia gerencial que vincula los diferentes componentes de la salud reproductiva.

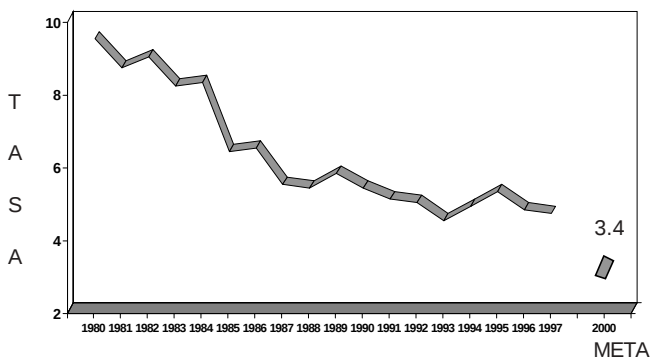


Figura 9. La razón de mortalidad materna en México ha mostrado una tendencia descendente en las últimas décadas.

Nota: En los últimos años se ha mejorado el registro y la dictaminación de las defunciones maternas, por lo que el impacto de las acciones del Sector Salud aún no se pueden apreciar. (Fuente INEGI.)



Figura 10. Razón de mortalidad materna.

Nota: La tasa de mortalidad materna es más alta en las regiones con mayores índices de marginación social. 13 entidades federativas contribuyen con cerca de 76% de las defunciones maternas. (Fuente INEGI.)

Salud de la mujer

El componente de salud de la mujer establece como prioritarias las acciones de prevención y control de los cánceres cérvico uterino y mamario, y la atención al climaterio y posmenopausia.² La tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino muestra una discreta disminución en los últimos años, pero continúa siendo la primera causa de mortali-

dad por enfermedades neoplásicas en mujeres de 25 años y más (Figura 11). En 1998 se registraron 4,526 muertes por cáncer cérvico uterino, lo que señala la magnitud del problema.

En 1997 se reorientaron las acciones de este Programa en el sector, se instalaron comités nacionales y estatales,²⁹ se elaboró la Norma Oficial Mexicana,³⁰ se fortaleció la infraestructura de todas las instituciones, incluyendo laboratorios de citología, clínicas de displasias y centros oncológicos, se crearon centros regionales de capacitación para el personal; se instaló un sistema de vigilancia epidemiológica y un esquema de control de calidad externo. Además, se instrumentó una campaña intensiva de promoción en medios masivos y se estableció la gratuidad del tratamiento en las clínicas de displasia. En 1998 se realizaron en el sector casi cinco millones de citologías cervicales, 42% más que en 1997. En la SSA 42% de estas pruebas correspondió a mujeres que se le practicaron por primera vez. Las acciones de esta institución permitieron en 1998 detectar 7,600 casos de cáncer y 51,590 lesiones premalignas. Por la prioridad del Programa, en 1999 se creó en la Secretaría de Salud una Coordinación General.

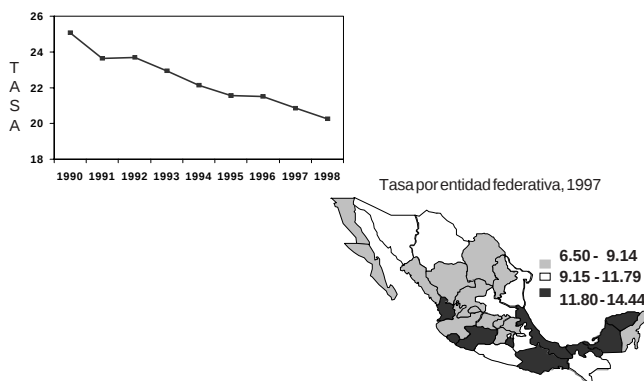


Figura 11. Tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino a escala nacional y desagregada por entidad federativa en 1997. Nota: Este indicador expresa el número de defunciones por cáncer cérvico uterino por cada 100 000 mujeres de 25 años y más. (Fuente INEGI.)

El cáncer mamario constituye la segunda causa de muerte por enfermedades noplásicas en mujeres de 25 años y más. La tasa de mortalidad por esta neoplasia mostró una tendencia al alza en los años noventa con un comportamiento prácticamente estable en los últimos cuatro años como se observa en la figura 12. En 1998 se registraron 3,370 muertes,

lo que corresponde a una tasa de 15 defunciones por 100 mil mujeres de 25 años y más, con niveles más altos en las entidades del norte del país y el Distrito Federal. La reorientación reciente del Programa ha incluido la promoción y capacitación en autoexploración y exploración clínica de las mamas, producción de material didáctico y apoyos audiovisuales y fortalecimiento de la infraestructura instalada; actualmente la SSA cuenta con 45 equipos de mastografía y personal capacitado. El proyecto de Norma Oficial para este Programa se encuentra en su fase final de revisión y se exploran actualmente estrategias diagnósticas y/o de detección de riesgo, de fácil acceso y bajo costo.

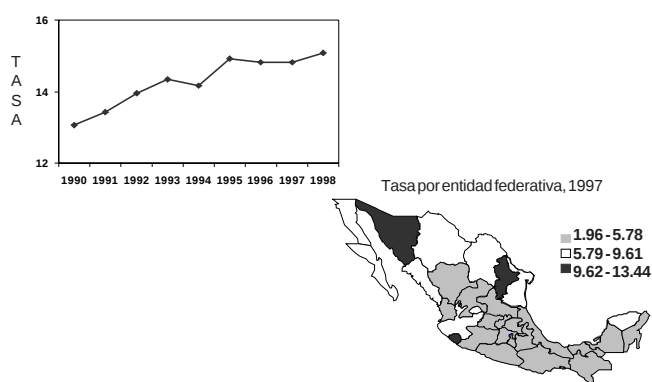


Figura 12. Tasa de mortalidad por cáncer mamario a escala nacional y desagregada por entidad federativa en 1997.

Nota. Este indicador expresa el número de defunciones por cáncer mamario por cada 100 000 mujeres de 25 años y más. (Fuente INEGI.)

La atención al climaterio y menopausia se ha convertido en una prioridad, por el incremento de la esperanza de vida al nacimiento de las mexicanas. Con base en las recomendaciones del Consenso Nacional, se ha elaborado el proyecto de Norma Oficial Mexicana y la definición de estrategias programáticas desde el primer nivel de la atención. Las acciones del Programa de Salud Reproductiva orientadas a la atención de la mujer, recientemente se han fortalecido con un elemento innovador: la *Cartilla Nacional de Salud de la Mujer*,³¹ instrumento que favorece la vinculación de los componentes de salud reproductiva, así como la promoción y autocuidado de la salud integral de las mujeres. La Cartilla es un elemento muy valioso para dar seguimiento a la condición de salud de las mexicanas, por lo que se han distribuido gratuitamente entre la población femenina de 13 años y más.

Por último, se puede señalar que el concepto integral de salud reproductiva adoptado por la Secretaría de Salud en esta administración pública, ha logrado permear en todos los segmentos de la sociedad, y sus acciones y estrategias se han institucionalizado en el país.

Agradecimientos

Los autores desean expresar su agradecimiento al Dr. Miguel Ángel Lezana, Director General de Estadística e Informática, SSA y al Dr. Rodolfo Tuirán, Secretario General del Consejo Nacional de Población, por la información proporcionada y muy productivas discusiones para la elaboración de este manuscrito.

Referencias

1. **Secretaría de Salud.** Programa de Reforma del Sector Salud, 1995-2000. México, D.F. Diario Oficial de la Federación, 11 de marzo de 1996, pp 2-64.
2. **Secretaría de Salud.** Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, 1995-2000. México, D.F. Diario Oficial de la Federación. 13 de septiembre de 1996, pp 20-43.
3. **Dirección General de Salud Reproductiva, SSA.** La Perspectiva de Género en la Salud Reproductiva; México, D.F. 1996
4. **Pérez-Palacios G, Goitia AM, Gil F.** Organizational framework for the implementation of the ICPD programme of action in Mexico. In: Institutionalizing reproductive health programmes. Innovations ICOMP (Satia J, Mathews P, Lin AT (Editors) Vols. 7-8. 1999 (In press).
5. **Garza-Flores J, Pérez-Palacios G, Morales del Olmo A, et al.** Introduction of cyclofem once-a-month injectable contraceptive in Mexico. *Contraception* 1998;58:7-12.
6. **Dirección General de Salud Reproductiva, SSA.** La salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes. Una estrategia preventiva. México, D.F. Editores de Buena Tinta. 1999.
7. **Dirección General de Salud Reproductiva, SSA.** La salud reproductiva en comunidades indígenas. Una propuesta institucional. México, D.F. Editores Buena Tinta. 1999.
8. **Dirección General de Salud Reproductiva, SSA.** Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar. México, D.F. Diario Oficial de la Federación, 30 de mayo de 1994; pp 26-53.
9. **Consejo Nacional de Población.** La situación demográfica de México, México, D.F. 1999.
10. **Consejo Nacional de Población.** Proyecciones de la Población de México, 1996-2050. México, D.F. 1998.
11. **Dirección General de Salud Reproductiva, SSA.** La comunicación en salud reproductiva. Una estrategia prioritaria en la implementación del programa. Policromía Impresora, S.A. de C.V. México, D.F. 1999.
12. **Van Look PFA, Pérez-Palacios G.** Contraceptive research and development 1984 to 1994. The road from Mexico City to Cairo and beyond. Oxford University Press, Bombay. 1994.
13. **Consejo Nacional de Población, Comité Técnico para la Revisión de Avances CIPD+5.** Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Informe de México presentado ante el Foro de Población de la Haya. México, D.F. 1999.
14. **Dirección General de Salud Reproductiva, SSA.** El derecho a la libre decisión... La planificación familiar en el contexto de la salud reproductiva. México, D.F. Policromía Impresora, S.A. de C.V. 1998.
15. **Pérez-Palacios G, Garza-Flores J, Varela Chávez Y, Larrea F, Tuirán R.** Salud reproductiva, población y desarrollo en la antesala del tercer milenio. En: La salud en México: Hacia el Siglo XXI. Aréchiga H, De la Fuente JR, García Sainz M, Wolpert E. (Eds). Siglo XXI Editores. México, 1999, (en prensa)
16. **Schwarcz R, Díaz AG, Fescina R, De Mucio B, Belitzky R, Delgado LR.** Atención prenatal y del parto de bajo riesgo. Publicación científica No. 1234 del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Montevideo, 1991.
17. **Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México.** Puestos de Salud para Mujeres Embarazadas. México, D.F. 1998.
18. **Narro-Robles JR, Camus R, Deliens C, Gutiérrez E.** Tendencia de los embarazos terminados por cesárea en el Distrito Federal. *Salud Pública Mex.* 1984; 26:381-388.
19. **Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano.** Estudio Latinoamericano de Cesáreas, 1998-2000. Protocolo de Investigación y Fundamentos de la Segunda Opinión. Montevideo, 1998.
20. **World Health Organization.** Maternal mortality ratios and rates: A tabulation of available information. Geneva, 1991. (WHO/FHE/MSM/91.6).
21. **WHO/UNICEF/UNFPA.** Americas Region Consultation on Maternal Mortality Estimates, Washington, DC. April, 1998.
22. **Sistema Nacional de Salud.** Manual de Organización y Procedimientos de los Comités para el Estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal. Dirección General de Salud Reproductiva, SSA. México, 1997.
23. **Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.** Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica México 1997.
24. **Dirección General de Estadística e Informática, SSA.** Mortalidad. 1997. México, 1999.
25. **Dirección General de Salud Reproductiva, SSA.** Lineamiento técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la preeclampsia/eclampsia. México, D.F. Policromía Impresora, S.A. de C.V. 1999.
26. **Yordy L, Johnson S, Winkler J.** Aspiración manual endouterina: Manual para capacitación. publicaciones del International Project Assistance Service. North Carolina, USA, 1996.
27. **Bloom RS, Cropley C.** Textbook of Neonatal Resuscitation. The American Heart Association and the American Academy of Pediatrics, 1987. (Versión adaptada al español en 1995).
28. **Vela M, Gamboa S, Loera-Luna A, Aguirre BE, Pérez-Palacios G, Velázquez A.** Neonatal screening for

- congenital hypothyroidism in Mexico: experience, obstacles and strategies. *J Med Screen* 1999;6:77-79.
29. **Secretaría de Salud.** Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional para la Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino y Mamario. México, D.F. Diario Oficial de la Federación. 6 de octubre de 1997, pp. 17-18.
 30. **Dirección General de Salud Reproductiva, SSA.** Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino. México, D.F. Diario Oficial de la Federación. 6 de marzo de 1998, pp. 29-45.
 31. **Dirección General de Salud Reproductiva, SSA.** Decreto por el que se establece la Cartilla Nacional de Salud de la Mujer. México, D.F. Diario Oficial de la Federación. 6 de marzo de 1998, pp. 28-29.