

EDITORIAL

## Intercambio de información acerca de salud sexual y reproductiva en la frontera México-Estados Unidos: un buen ejemplo de cooperación

Dra. Patricia Uribe Zúñiga

*Cita sugerida para este artículo:* Uribe Zúñiga P. Intercambio de información acerca de salud sexual y reproductiva en la frontera de México-Estados Unidos: un buen ejemplo de cooperación. *Prev Chronic Dis* 2008;5(4). [http://www.cdc.gov/pcd/issues/2008/oct/08\\_0080\\_es.htm](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2008/oct/08_0080_es.htm). Visitado [fecha].

La salud pública es un derecho que trasciende fronteras, sin embargo está definida por diferencias socioeconómicas, demográficas y culturales. En otras palabras, está conectada al desarrollo de una nación. México y los Estados Unidos comparten una frontera de 3.326 kms., que incluye cuatro estados fronterizos estadounidenses y seis mexicanos, más de 20 puntos de cruces fronterizos, y un intercambio comercial, económico y cultural (1). Se requieren esfuerzos binacionales concertados para preservar y mantener las mejores condiciones posibles para proteger la salud de nuestros ciudadanos.

La disposición para compartir información técnica acerca de la salud sexual y reproductiva, especialmente en el área de salud materna e infantil en localidades clave en nuestra frontera compartida ofrece oportunidades para intercambiar experiencias y así mejorar el perfil epidemiológico de nuestros residentes fronterizos de ambas naciones. Estas oportunidades surgen a través de la asimilación y adopción de experiencias exitosas así como del aprendizaje de errores ocasionales y de obstáculos documentados para programas operacionales.

La región de la frontera México-Estados Unidos es un área de marcadas diferencias demográficas, sociales y culturales, una zona de transición entre un país desarrollado

y otro en vías de desarrollo, caracterizado por los distintos perfiles de salud. El mosaico de los temas de salud pública y la dinámica demográfica, epidemiológica y socioeconómica que necesitan atenderse en esta región son amplios. Los temas de salud sexual y reproductiva son de interés especial y el atenderlos es una prioridad, dada la naturaleza de los factores de riesgo, la complejidad de los enfoques requeridos, así como del alto costo de consecuencias.

En el lado mexicano de la frontera, la alta tasa de nacimientos a la par de la pobreza y migración dan por resultado problemas operacionales en el área del cuidado de la salud sexual y reproductiva. Esta situación requiere intervenciones preventivas para ambos países, tomando en consideración las diferencias económicas, políticas y culturales.

El Proyecto para la Salud de la Mujer de las Comunidades Hermanas de Matamoros–Brownsville (BMSCP, por sus siglas en inglés) surgió de esta necesidad. El proyecto fue conceptualizado considerando los 14 pares de ciudades hermanas, los 44 condados fronterizos estadounidenses, y los 80 municipios mexicanos en la región. El objetivo era promover estrategias para prevención y protección de la salud en la frontera. Las comunidades en la región comparten muchas características incluyendo un flujo migratorio constante que necesariamente lleva un número de determinantes sociales que afectan en forma negativa a la salud, en particular la salud sexual y reproductiva.

El gobierno de México ha establecido una política materna y perinatal sólida a través de la instrumentación del programa “Arranque Parejo en la Vida”. Este programa

hace uso de prácticas con base en las mejores evidencias para mejorar la salud materna y perinatal, y ha probado que es eficaz a nivel local. Las estrategias del programa incluyen capacitación técnica y manejo de actitudes para el personal de salud responsable del cuidado de la salud, promoción permanente de la participación comunitaria, y la creación de una red de servicios para el cuidado de la salud y apoyo social en salud materna y perinatal. Además, el análisis inmediato y permanente de las muertes maternas reportadas nos permite obtener información detallada sobre las causas que contribuyen en el deceso, facilitando decisiones con base en evidencias para prevenir futuras muertes asociadas con factores de riesgo similares.

La política de salud pública mexicana define también la atención prioritaria sobre el período perinatal con el fin de prevenir discapacidades congénitas y de otro tipo que han afectado a la salud materna y perinatal. La cruzada que ha establecido México para evitar discapacidades al nacimiento empezó con intervenciones sencillas tales como la promoción de la lactancia, toma de suplementos de ácido fólico, tamiz neonatal, así como resucitación neonatal.

El Centro Nacional para la Equidad de Género y Salud Reproductiva es responsable de la definición de políticas públicas para la prevención, control y tratamiento de cáncer cérvico-uterino y para promover la planeación familiar nacional y la anticoncepción. Estos programas son asistidos por planes de acción específicos que combinan prácticas con base en evidencias y estrategias innovadoras que han probado su efectividad a nivel local.

En esta edición de la publicación de *Prevención de Enfermedades Crónicas* (PCD, por sus siglas en inglés), presenta los resultados del BMSCP con un conjunto de reportes científicos que reflejan los problemas de salud existentes y los resultados benéficos de las intervenciones efectivas. Un ejemplo es la promoción exclusiva de la lactancia, lo que genera beneficios inmediatos y a largo plazo para la salud de las madres y de los infantes. Esta política de salud ha logrado importantes avances a México, como la regulación de la competencia desleal por parte de las empresas productoras de sucedáneos de la leche materna y apego inmediato. Sin embargo, requerimos resaltar estrategias para aumentar el número de recién nacidos que son amamantados. De acuerdo con el Estudio Nacional Sobre Salud y Nutrición 2006, el nivel de lactancia es ligeramente mayor del 90% en México, con una media de duración de 5,5 meses a nivel nacional (2).

Debemos continuar avanzando en este tema, asegurando condiciones favorables en los lugares de trabajo para las madres que trabajan, y aumentando el conocimiento y apoyo de los hombres.

El estudio también ha evaluado el acceso a pruebas prenatales para la detección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que de manera sencilla y costo efectiva permiten la detección y tratamiento oportunos de las infecciones por VIH en mujeres embarazadas y la posible prevención de infección perinatal por VIH. El número de infecciones por VIH asociadas con la transmisión perinatal debe ser inferior en México, dado el hecho de que México ha garantizado el libre acceso a terapias anti-retrovirales para cualquier persona que las necesite. El acceso de mujeres embarazadas que carecen de seguro médico a pruebas de detección de VIH sin costo se ha incrementado. Sin embargo, dos obstáculos para prevenir la transmisión del VIH perinatal en México son la baja percepción del riesgo entre las mujeres y la baja cobertura de la prueba de detección del VIH debido a que inicialmente la política establecida recomendaba la detección únicamente para mujeres embarazadas que hubieran tenido un resultado positivo de la prueba de detección por sífilis. (La política se cambió en 2008).

A la fecha del BMSCP (2005), cuando las tasas de pruebas prenatales de VIH en Matamoros, México, y en el condado de Cameron, Texas se compararon, México todavía no tenía una política universal para detección del VIH. Como resultado de ello, fue difícil elaborar una estrategia contundente y articulada para prevenir la transmisión de VIH de madres a hijos. México ha mejorado sus estrategias para prevenir la transmisión perinatal del VIH y ahora considera la atención de los factores culturales, sociales y económicos que puedan afectar la concientización y el comportamiento del personal del sector salud que disminuyen la aplicación de pruebas para VIH a todas las mujeres embarazadas. El compartir la experiencia exitosa del condado de Cameron en esta área puede contribuir a mejorar las acciones en la frontera mexicana.

La tasa de mortalidad asociada con el cáncer cervical en México es 2,5 veces más alta que la de mujeres hispanas que viven en los Estados Unidos (3,4). El BMSCP estimó que mujeres mexicanas de 25 años de edad o más jóvenes tienen una frecuencia inferior en la prueba de Papanicolaou. Este hallazgo es consistente con la recomendación que se establece en la Norma Oficial Mexicana

y por la Organización Mundial de la Salud que promueven la detección en mujeres de 25 años de edad o más (5). Por este motivo la prevalencia aumenta de 43,7% en mujeres de 20 a 24 años de edad hasta 73,1% en las de 25 a 29 años (6).

Considerando la visión y misión del Centro Nacional para Equidad de Género y Salud Reproductiva, yo estoy segura que este intercambio de información enriquecerá a ambas naciones debido a que dará origen a formas para generar nuevas estrategias de salud para mejorar las ya existentes. Agradezco la oportunidad de contribuir a este proyecto y creo que esta actividad de investigación continuará y se extenderá a otras fronteras.

## Reconocimientos

Mirna Pérez, MTS, fungió como punto de enlace entre el personal del *PCD* y la autora. Un agradecimiento especial a la Comisión de Salud Fronteriza México – Estados Unidos por proporcionar la traducción del inglés al español de esta editorial.

## Información de la Autora

Dra. Patricia Uribe Zúñiga, Directora General, Centro Nacional para la Equidad de Género y Salud Reproductiva, Subsecretaría de Promoción y Prevención de Salud, Secretaría de Salud, DG Homero No. 213, 7° Piso, Col. Chapultepec Morales, Deleg. Miguel Hidalgo, México, D.F. C.P. 11570. Teléfono: 55-5263-9128, Ext. 3028. E-mail: puribe@salud.gob.mx.

## Referencias

1. Comisión de Salud Fronteriza México - Estados Unidos (CSFMEU), Sección México. Verónica Anzures, Miguel Hidalgo (MX): CSFMEU. <http://www.saludfronteriza.org.mx/>. Visitado 3 de marzo de 2008.
2. Componente de oportunidades de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006. Santa María, Cuernavaca (MX): Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigaciones en Nutrición y Salud; 2006. <http://www.insp.mx/ensanut/>. Visitado 3 de marzo de 2008.
3. Secretaría de Salud. Mortalidad por cáncer cérvico

uterino en México. México, D.F., (MX): Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

4. US Cancer Statistics Working Group. United States cancer statistics: 1999–2004 cancer incidence and mortality data. Atlanta (GA): U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention and National Cancer Institute; 2007. <http://apps.nccd.cdc.gov/uscs/>. Visitado 3 de marzo de 2008.
5. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2nd ed. Geneva (CH): World Health Organization; 2002. pp 59–62.
6. Planificación y aplicación de los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino: manual para gestores. Seattle (WA): Alianza para la Prevención del Cervicouterino; 2006. pp 27.