



PROGRAMA INTERSECTORIAL PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES ESTADO DE CHIHUAHUA

INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE LA MUJER



GOBIERNO
FEDERAL



Vivir Mejor

“Este material se realizó con recursos del Programa de Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de Género, empero el Instituto Nacional de las Mujeres no necesariamente comparte los puntos de vista expresados por las (los) autores del presente trabajo”



Un **embarazo** antes de los 20 años tiene mayores **riesgos** para tu **salud**



DIRECTORIO

LIC. CÉSAR HORACIO DUARTE JÁQUEZ
GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL ESTADO DE CHIHUAHUA

LIC. EMMA SALDAÑA LOBERA
INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE LA MUJER

DR. SERGIO PIÑA MARSHALL
SECRETARIO DE SALUD

PROFR. JORGE MARIO QUINTANA SILVEIRA
SECRETARIO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTES

DR. JAVIER LOZANO HERRERA
DIRECTOR GENERAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD
DEL ESTADO DE CHIHUAHUA

MC. JESÚS ENRIQUE SEÁÑEZ SÁENZ
RECTOR DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA

PROFRA. MARIA DOLORES PORTILLO DÍAZ
DIRECTORA
PROGRAMA ESTATAL DE EDUCACION PARA LA PREVENCION DEL SIDA

LIC. CRISTOPHER DANIEL JAMES BAROUSE
DIRECTOR INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE LA JUVENTUD

C.P. JOSE ANTONIO GARCIA AGUIRRE
DELEGADO ESTATAL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

PROFR. JESÚS AGUILAR BUENO
DELEGADO ESTATAL
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

“Este material Se realizó con recursos del *Programa de Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de Género*, empero el Instituto Nacional de las Mujeres no necesariamente comparte los puntos de vista expresados por las (los) autores del presente trabajo”

“Este programa es público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este Programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este Programa deberá ser denunciado y sancionado de acuerdo con la ley aplicable y ante las autoridades competentes”.

INDICE

Introducción

Capítulo Primero: “El Embarazo en Adolescentes y su Situación Actual”.

- 1.1 El Estado de Chihuahua. Antecedentes e información general.
- 1.2 Situación Actual del embarazo en adolescentes en el Estado de Chihuahua.
- 1.3 Justificación jurídica del Programa

Capítulo Segundo: “Prevención y Atención del Embarazo en Adolescentes”.

- 2.1 Metodología para la Elaboración del Programa.
- 2.2 Objetivo General.
- 2.3 Objetivos Específicos.
- 2.4 Alternativas de Solución propuestas.
- 2.5 Planteamiento de los compromisos
- 2.6 Plan propuesto. Estrategias y acciones
 - 2.6.1. Prevenir
 - 2.6.2 Disminuir
 - 2.6.3. Coadyuvar a la erradicación
 - 2.6.4. Transversalidad
- 2.7. Seguimiento y Evaluación.
 - 2.7.1. Metas para el Seguimiento y Evaluación.
 - 2.7.2. Recursos para dar seguimiento al PIPEA.

Anexos:

- Compromisos establecidos en las metas del milenio.
- Avances de los compromisos establecidos en las metas del milenio.
- Acrónimos.
- Glosario de términos.
- Bibliografía.

INTRODUCCIÓN

Concepto de adolescencia¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como un período de transición entre la infancia y la juventud que se ubica entre los 10 y 19 años de edad. Esta etapa del desarrollo humano comprende una serie de cambios biológicos y corporales que implican, inicialmente, el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios (pubertad) y el pleno desarrollo de la capacidad reproductiva; así como notorias transformaciones psicológicas y sociales, el inicio de las relaciones sexuales y un proyecto de vida propios que preparan para la juventud y la vida adulta. Esta experiencia puede estar influida por el contexto social, cultural y económico.

Del libro: "Significados de la salud y la sexualidad en jóvenes", editado por el ICHMUJER, se recopilan respuestas de las adolescentes a la siguiente pregunta:

¿Por qué se embarazan las adolescentes?²

- Valores culturales.
- Condiciones de género.
- Relaciones de Poder.
- Por Amor.
- No lo decidió.
- No utilizan o fallan los métodos anticonceptivos.

La minoría de edad: ¿un obstáculo?

En el caso de las mujeres y hombres menores de 18 años de edad y su posibilidad de recibir servicios de anticoncepción, incluidos los de emergencia, la Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar (NOM), fundamentada en el artículo 4º Constitucional, ha sido clara al establecer que todas las personas en edad reproductiva pueden y deben recibir consejería y prescripción anticonceptiva con el propósito específico de proteger su salud y evitar embarazos no planeados o riesgosos. Existe soporte legal en la Norma antes citada, para establecer que los servicios de planificación familiar deben estar a disposición de las y los adolescentes menores de edad.

La sexualidad ha sido tema importante en los últimos años. Los embarazos no planeados y las infecciones sexualmente transmisibles van formando parte de una juventud mal informada. La educación sexual es también un factor de importancia vital cuando se debe ayudar a la juventud a informarse y a tomar decisiones relacionadas con el sexo. Debido a esto, es un compromiso gubernamental, social y familiar el crear acciones donde los jóvenes reciban de manera veraz y con oportunidad la información que le permita construir una vida sexual sana tanto física como psicológicamente.³

La fecundidad en jóvenes de 15 a 19 años es considerado un asunto de salud pública debido a los riesgos que representa tanto para la madre como para el bebé, además de que generalmente se trata de embarazos no deseados.

¹ Organización Mundial de la Salud.

² Significados de la Salud y la Sexualidad en Jóvenes / Instituto Nacional de las Mujeres.

³ Plan Estatal de Desarrollo 2010-2016.

Esta problemática se extiende a ámbitos socioeconómicos y culturales, pues las adolescentes embarazadas tienen menos probabilidades de concluir sus estudios, sus hijas e hijos tienden a sufrir más riesgos de salud y están más propensas a ubicarse en el empleo informal, así como en la reproducción intergeneracional de la pobreza.

La Organización Panamericana de la Salud estima que en América Latina y el Caribe, 45 por ciento del número de muertes son provocadas por abortos inseguros en las mujeres menores de 24 años.

En 2010 la preeclampsia, enfermedad que se manifiesta mediante la elevación súbita de la presión arterial durante el embarazo, fue la principal causa de muerte materna en nuestro país. Las adolescentes y mujeres mayores de 35 años son más susceptibles a desarrollarla, según informes de la Secretaría de Salud.

Para contribuir con la prevención de embarazos no planificados en la adolescencia es necesario fortalecer las políticas públicas que permitan el acceso oportuno a los servicios de salud, a información y a métodos de planificación familiar, que además tienen un impacto en la reducción de muertes maternas y las complicaciones durante el embarazo, parto y abortos inseguros.

El Instituto Nacional de las Mujeres está convencido que se requiere transversalizar la perspectiva de género para propiciar una verdadera corresponsabilidad y empoderamiento de las y los adolescentes durante esta etapa tan importante de la vida.

Para prevenir embarazos adolescentes no planificados e impulsar cambios en la conducta de la población juvenil es necesario fomentar habilidades que permitan contar con un proyecto de vida, autoestima, toma de decisiones, sentido de responsabilidad y cuidado de la salud; con el fin de contar con la capacidad de negociación en sus relaciones sexuales y evitar sean desprotegidas o forzadas e incrementar el acceso y la utilización de los servicios de salud.

Es necesario construir sinergias intersectoriales e interinstitucionales en el ámbito público, de la iniciativa privada y con las organizaciones de la sociedad civil, para fomentar una adolescencia integral, propositiva y saludable a fin de establecer pautas específicas que respeten, protejan y aseguren la aplicación de sus derechos humanos y promover la equidad de género en las políticas y programas.

Derechos Sexuales de los Adolescentes⁴

1. Derecho a decidir de forma libre sobre mi cuerpo y mi sexualidad.
2. Derecho a ejercer y disfrutar plenamente mi vida sexual.
3. Derecho a manifestar públicamente mis afectos.
4. Derecho a decidir con quién compartir mi vida y mi sexualidad.
5. Derecho al respeto de mi intimidad y mi vida privada.
6. Derecho a vivir libre de violencia sexual.
7. Derecho a la libertad reproductiva.
8. Derecho a la igualdad de oportunidades y a la equidad.
9. Derecho a vivir libre de toda discriminación.
10. Derecho a la información completa, científica y laica sobre la sexualidad.
11. Derecho a la educación sexual.
12. Derecho a los servicios de salud sexual y a la salud reproductiva.
13. Derecho a la participación en las políticas públicas sobre sexualidad.

⁴Comisión Nacional de Derechos Humanos 2010.

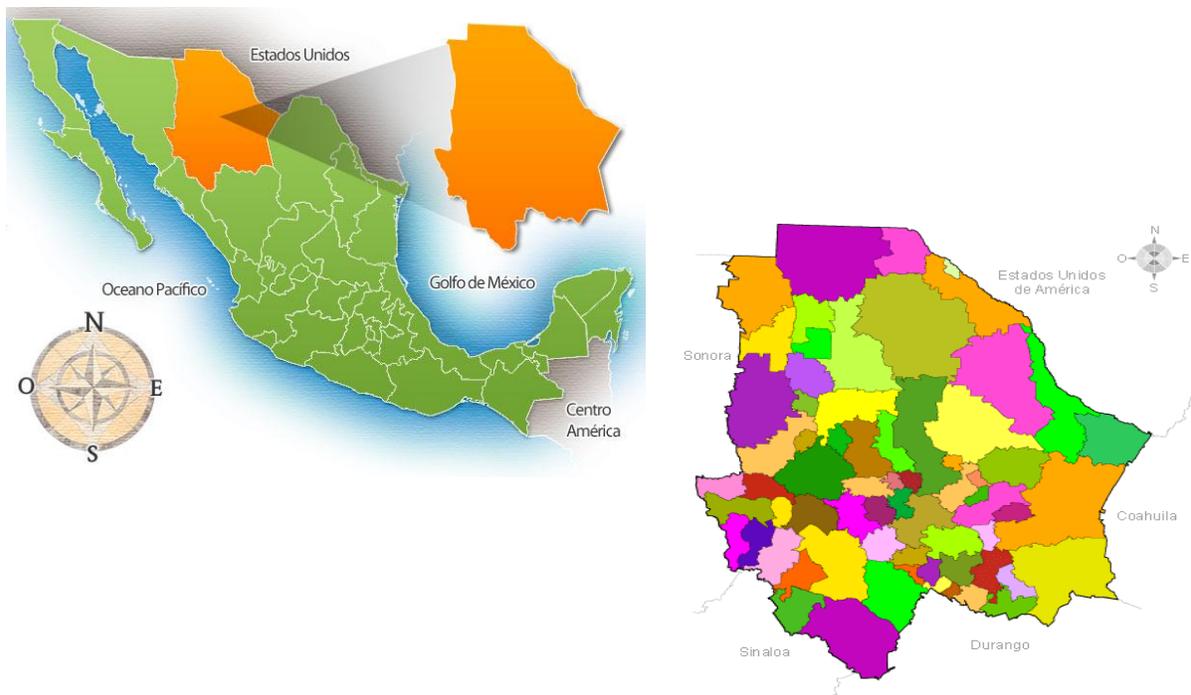
Capítulo Primero

“El Embarazo en Adolescentes y su Situación Actual”

1.1 El Estado de Chihuahua. Antecedentes e Información General.

El Estado de Chihuahua cuenta con una multiculturalidad que le otorga una importante posición en el contexto nacional, debido a que confluye una serie de culturas y tradiciones indígenas, mexicanas y del país vecino.

Se localiza al Norte de México y tiene una superficie territorial de 247,455.29 km². Limita al norte con los Estados Unidos de América (frontera con los Estados de Nuevo México y Texas), al oeste con las Entidades Federativas de Sonora y Sinaloa, al sur con Durango y al este con Coahuila⁵.

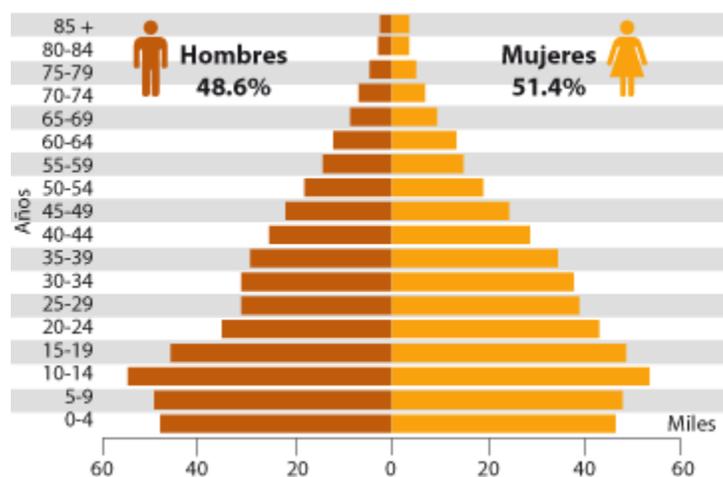


Los últimos decenios han sido testigos de notables cambios en la dinámica demográfica del país, y Chihuahua no ha sido la excepción. El crecimiento de la población ha disminuido gradualmente, al pasar de una tasa de crecimiento total anual de 1.12 por ciento a 0.87 por ciento en el 2010, y se estima que la tasa siga disminuyendo. No obstante, en términos absolutos, el número total de habitantes continúa aumentando.

En la Entidad el número total de personas que habitan es de 3 millones 406 mil 465, de los cuales 1'713'920 son mujeres y 1'692'545 son hombres⁶.

⁵ Mapa sobre División Municipal del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2010.

⁶ Instituto Nacional de Estadística y Geografía, “Censo de Población y Vivienda 2010”, INEGI, México, 2010.



Información estadística⁷

Población total y edad desplegada según sexo

Entidad federativa	Municipio	Edad desplegada	Población total ¹	Sexo	
				Hombres	Mujeres
Chihuahua	Total	10 años	70,119	36,041	34,078
Chihuahua	Total	11 años	63,512	32,187	31,325
Chihuahua	Total	12 años	65,841	33,494	32,347
Chihuahua	Total	13 años	61,643	31,031	30,612
Chihuahua	Total	14 años	63,546	31,996	31,550
Chihuahua	Total	15 años	65,101	32,716	32,385
Chihuahua	Total	16 años	62,804	31,719	31,085
Chihuahua	Total	17 años	66,643	33,723	32,920
Chihuahua	Total	18 años	67,223	34,070	33,153
Chihuahua	Total	19 años	60,263	30,260	30,003

¹ Incluye una estimación de población a nivel estatal de 101,196 personas que corresponden a 33,732 viviendas sin información

Población femenina de 12 a 19 años, total y promedio de hijos nacidos vivos, situación conyugal y grupos quinquenales de edad de la mujer

⁷Instituto Nacional de Estadística y Geografía, "Censo de Población y Vivienda 2010", INEGI, México, 2010

Entidad federativa	Municipio	Situación conyugal	Grupos quinquenales de edad de la mujer	Población femenina de 12 años y más ¹	Hijos nacidos vivos	
					Total	Promedio
Chihuahua	Total	Total	Total	1,245,876	2,889,661	2.32
Chihuahua	Total	Total	12-14 años	88,412	331	0.00
Chihuahua	Total	Total	15-19 años	153,325	30,927	0.20
Chihuahua	Total	En unión libre	Total	214,577	546,436	2.55
Chihuahua	Total	En unión libre	12-14 años	502	130	0.26
Chihuahua	Total	En unión libre	15-19 años	22,198	17,693	0.80
Chihuahua	Total	Casada civil y religiosamente	Total	284,008	924,218	3.25
Chihuahua	Total	Casada civil y religiosamente	12-14 años	61	30	0.49
Chihuahua	Total	Casada civil y religiosamente	15-19 años	1,048	679	0.65
Chihuahua	Total	Casada sólo por el civil	Total	190,428	531,890	2.79
Chihuahua	Total	Casada sólo por el civil	12-14 años	50	18	0.36
Chihuahua	Total	Casada sólo por el civil	15-19 años	4,097	3,465	0.85
Chihuahua	Total	Casada sólo religiosamente	Total	7,751	25,287	3.26
Chihuahua	Total	Casada sólo religiosamente	12-14 años	37	0	0.00
Chihuahua	Total	Casada sólo religiosamente	15-19 años	148	81	0.55
Chihuahua	Total	Viuda	Total	83,357	447,440	5.37
Chihuahua	Total	Viuda	12-14 años	7	4	0.57
Chihuahua	Total	Viuda	15-19 años	176	209	1.19
Chihuahua	Total	Divorciada	Total	38,742	108,324	2.80
Chihuahua	Total	Divorciada	12-14 años	5	3	0.60
Chihuahua	Total	Divorciada	15-19 años	114	115	1.01
Chihuahua	Total	Separada	Total	53,155	165,780	3.12
Chihuahua	Total	Separada	12-14 años	26	21	0.81
Chihuahua	Total	Separada	15-19 años	1,565	1,693	1.08
Chihuahua	Total	Soltera	Total	372,791	138,848	0.37
Chihuahua	Total	Soltera	12-14 años	87,375	125	0.00
Chihuahua	Total	Soltera	15-19 años	123,822	6,983	0.06
Chihuahua	Total	No especificado	Total	1,067	1,438	1.35
Chihuahua	Total	No especificado	12-14 años	349	0	0.00
Chihuahua	Total	No especificado	15-19 años	157	9	0.06

¹ Excluye a las mujeres que no especificaron si han tenido hijos ya alas que sí han tenido pero no especificaron el total de ellos

Población total, sexo y grupos quinquenales de edad según condición de derechohabencia a servicios de salud y tipo de institución

Entidad federativa	Municipio	Sexo	Grupos quinquenales de edad	Población total ¹	Condición de derechohabencia a servicios de salud									
					Derechohabiente ²								No derechohabiente	No especificado
					Total	IMSS	ISSSTE	ISSSTE estatal	Pemex, Defensa o Marina	Seguro Popular o para una Nueva Generación ³	Institución privada	Otra institución ⁴		
Chihuahua	Total	Total	Total	3,406,465	2,489,301	1,539,986	139,507	11,131	10,575	607,803	72,261	142,860	798,970	118,194
Chihuahua	Total	Total	10-14 años	324,661	249,178	146,987	12,047	1,133	984	70,193	7,097	14,663	74,065	1,418
Chihuahua	Total	Total	15-19 años	322,034	225,889	128,248	12,552	1,118	767	64,988	7,042	14,370	94,710	1,435
Chihuahua	Total	Hombres	Total	1,692,545	1,201,937	758,456	62,756	4,879	5,543	281,136	36,288	68,879	431,278	59,330
Chihuahua	Total	Hombres	10-14 años	164,749	126,642	74,715	6,074	553	489	35,574	3,623	7,582	37,363	744
Chihuahua	Total	Hombres	15-19 años	162,488	111,254	66,019	6,381	554	418	28,390	3,681	7,354	50,492	742
Chihuahua	Total	Mujeres	Total	1,713,920	1,287,364	781,530	76,751	6,252	5,032	326,667	35,973	73,981	367,692	58,864
Chihuahua	Total	Mujeres	10-14 años	159,912	122,536	72,272	5,973	580	495	34,619	3,474	7,081	36,702	674
Chihuahua	Total	Mujeres	15-19 años	159,546	114,635	62,229	6,171	564	349	36,598	3,361	7,016	44,218	693

¹ Incluye una estimación de población a nivel estatal de 101,196 personas que corresponden a 33,732 viviendas sin información de ocupantes.

² La suma de los derechohabientes en las distintas instituciones de salud puede ser mayor al total por aquella población que tiene derecho a este servicio más de una institución de salud.

³ Incluye al sistema de Protección Social en Salud (SPSS) que coordina la Secretaría de Salud (SSA).

⁴ Incluye instituciones de salud públicas o privadas.

Población de 12 a 19 años, sexo y grupos quinquenales de edad, según nivel de escolaridad y grados aprobados en secundaria y en estudios técnicos o comerciales con primaria terminadas.

Entidad federativa	Municipio	Sexo	Grupos quinquenales de edad	Población de 12 años y más	Nivel de escolaridad												
					Sin escolaridad	Educación básica				Estudios técnicos o comerciales con primaria terminada				Educación posbásica ¹	No especificado		
						Preescolar	Primaria	Secundaria		terminada		No especificado					
								1 grado	2 grados	3 grados	No especificado	1 grado	2 grados	3 y 4 grados	No especificado		
Chihuahua	Total	Total	Total	2,511,664	100,012	8,013	802,659	84,460	110,789	623,964	7,397	2,222	4,059	22,939	1,138	824,305	19,597
Chihuahua	Total	Total	12-14 años	191,030	1,936	724	95,053	50,608	32,191	8,797	830	31	10	6	13	0	831
Chihuahua	Total	Total	15-19 años	322,034	4,109	459	40,416	10,741	31,403	82,092	973	271	156	225	32	148,189	2,968
Chihuahua	Total	Hombres	Total	1,238,463	47,955	4,303	403,172	44,344	58,127	249,948	3,472	914	1,282	5,898	383	409,023	9,642
Chihuahua	Total	Hombres	12-14 años	96,521	984	375	49,750	25,008	15,290	4,215	417	18	6	2	9	0	447
Chihuahua	Total	Hombres	15-19 años	162,488	2,017	252	23,035	6,320	16,818	40,622	486	151	85	116	18	71,173	1,395
Chihuahua	Total	Mujeres	Total	1,273,091	52,057	3,710	398,487	40,116	52,662	274,016	3,925	1,308	2,777	17,041	755	415,282	9,955
Chihuahua	Total	Mujeres	12-14 años	94,509	952	349	45,303	25,600	16,901	4,582	413	13	4	4	4	0	384
Chihuahua	Total	Mujeres	15-19 años	159,546	2,092	207	17,381	4,421	14,585	41,470	487	120	71	109	14	77,016	1,573

¹ Incluye la población que tiene al menos un grado aprobado en estudios técnicos o comerciales con secundaria terminada, preparatoria o bachillerato, normal básica, estudios técnicos o comerciales con preparatoria terminada, profesional (licenciatura, normal superior o equivalente), maestría o doctorado.

Antecedentes e Información General⁸

⁸ Instituto Nacional de las Mujeres.

En el ámbito internacional, los programas de planificación familiar surgieron como una respuesta al elevado crecimiento poblacional que presentaban particularmente los países subdesarrollados del mundo. Por otra parte, la planificación familiar también permitió a las mujeres separar la reproducción de la sexualidad y tomar las decisiones sobre su propio cuerpo.

En 1974, el número promedio de hijos(as) por mujer en México era de siete. En la actualidad, según estimaciones del Consejo Nacional de Población, el promedio de hijos e hijas es de 2.1. Varios factores permitieron esta transformación en la familia y sociedad mexicana: se modificó la Ley General de Población y el artículo 4º constitucional, reconociendo la igualdad del hombre y la mujer ante la ley, así como el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de las y los hijos. En 1976 se creó el Primer Plan Nacional de Planificación Familiar y en 1977 la Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar.

A casi cuatro décadas se han presentado avances importantes pero también se enfrentan desafíos relevantes: La cobertura anticonceptiva de métodos de planificación familiar en mujeres unidas, desde sus inicios, se ha quintuplicado de 15 a 72.5 por ciento, entre 1973 y 2009. El uso de métodos anticonceptivos, entre 1973 y 1987 se triplicó, no obstante en los últimos diez años (2000-2010), solamente se incrementó en seis por ciento.

Cabe destacar que en 2004, con la actualización de la "NOM-005-SSA2, 1993 de los Servicios de Planificación Familiar", se incorporaron nuevos avances tecnológicos en metodología anticonceptiva, como el condón femenino y la anticoncepción de emergencia. Posterior a la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, realizada en el Cairo en 1994, se adoptó el concepto de salud sexual y reproductiva que incorporó el enfoque de género, de derechos y de la salud sexual de las y los adolescentes.

Los servicios de planificación familiar tienen una contribución vital en la prevención de embarazos no deseados y de alto riesgo de mortalidad perinatal, de aborto y enfermedades de transmisión sexual.

Según datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID 2009), la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos se presentó de manera distinta en los diversos grupos de mujeres unidas: en las áreas urbanas, alrededor de 75.1 por ciento de las mujeres usa anticonceptivos y en áreas rurales el porcentaje correspondiente es 63.7 por ciento; el 28.8 por ciento de las mujeres sin hijos usaba anticonceptivos para retrasar la llegada del primero; 84.9 de las mujeres con tres hijos usa anticonceptivos, la mayoría para limitar su descendencia.

Asimismo, el 60.1 por ciento de las mujeres en edad fértil sin instrucción usa anticonceptivos, mientras que el 74.4 por ciento de las que tienen estudios postbásicos usa anticonceptivos.

Los métodos definitivos son los de mayor frecuencia relativa, la operación femenina u oclusión tubaria bilateral y la vasectomía, en su conjunto, representan el 53.2 por ciento de los métodos utilizados (50.1 y 3.1 por ciento, respectivamente); 13.6 por ciento de las usuarias utiliza métodos hormonales; 26.1 por ciento métodos no hormonales y siete por ciento usa métodos tradicionales.

De las mujeres que han tenido relaciones sexuales, 61.8 por ciento de las adolescentes de 15 a 19 años no usaron ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual; el porcentaje correspondiente a las mujeres de generaciones anteriores (45 a 49 años) fue de 90.8 por ciento.

El grupo de mujeres que tienen entre 40 y 44 años presentan la mayor prevalencia de uso (71.9%). Se observa una diferencia importante entre mujeres unidas y no unidas: las unidas de ese grupo

de edad tienen una prevalencia del 81.1 por ciento y las, alguna vez unidas o solteras de 41.6 por ciento.

A pesar de los progresos realizados en México, en relación a los derechos reproductivos se requiere firmeza y fortalecimiento de estrategias de información, educación y comunicación; crear una demanda calificada de los servicios y asegurar la disponibilidad de una amplia gama de opciones anticonceptivas. El acceso a salud y anticoncepción de las mujeres jóvenes y las mujeres indígenas son retos particulares.

La población adolescente registra los mayores niveles de demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos. El uso de medidas preventivas para evitar embarazos no planeados o enfermedades de transmisión sexual sigue siendo limitado, por lo que se requiere consolidar una cultura preventiva de las infecciones de transmisión sexual y del Sida.

La salud sexual y reproductiva constituye un elemento intrínseco del bienestar y calidad de vida de hombres y mujeres, por lo que se debe continuar la lucha por ella.

Si bien se ha logrado una importante reducción en la mortalidad materna de nuestro país, aún se está lejos de cumplir la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en la materia, reconoció Mónica Orozco Corona, directora general de Evaluación y Desarrollo Estadístico del Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES).

Durante la Novena Reunión Nacional de las Instancias de las Mujeres en las Entidades Federativas del Sistema Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, la funcionaria federal indicó que se estima que la razón de mortalidad materna para este año sea de 47.1 por cien mil nacidos vivos.

México, como país miembro de la ONU, se comprometió en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio a reducir, entre 1990 y 2015, en tres cuartas partes la mortalidad materna. En nuestro país, este compromiso implica disminuir la razón de mortalidad materna de 89 en 1990 a 22 en 2015.

De acuerdo al Programa "Arranque Parejo en la Vida", se estima que en 1990 la razón de muerte materna era de 89 por cien mil nacidos vivos, cifra que disminuyó a 72.6 en 2000 y a 60.0 en 2006, correspondiendo a una reducción de 32.6 por ciento en 17 años. En el año 2008, el número de muertes maternas fue de mil 115, con una razón de 57.0. Por ello, cabe destacar que para alcanzar la meta del 2015 se requiere registrar un descenso mucho más acelerado que el obtenido hasta ahora.

Como parte de las estrategias para alcanzar las metas programadas deberá ponerse énfasis en la atención a la población adolescente y otros grupos vulnerables para evitar los embarazos no deseados y no planeados, con absoluto respeto a los derechos sexuales y reproductivos de cada persona. Lo anterior debido a que la fecundidad en adolescentes aporta de manera importante en los altos niveles de mortalidad materna. La formación de parteras profesionales técnicas y su integración junto con enfermeras obstetras, como proveedoras de atención obstétrica básica es parte de las estrategias dirigidas a la reducción de la mortalidad materna, especialmente en países en los que, por razones culturales, las mujeres siguen siendo atendidas por parteras tradicionales.

Lo anterior forma parte del fortalecimiento de la atención médica a la salud reproductiva de las mujeres que incluye un enfoque intercultural. Mónica Orozco subrayó que las principales estrategias en salud materna, durante 2006-2010, han sido: establecer la salud materna y perinatal

como un tema de política pública prioritaria; acelerar la reducción de la mortalidad materna mediante el modelo de las tres demoras de la atención obstétrica; eliminación de barreras económicas mediante la afiliación inmediata al Seguro Popular de las mujeres embarazadas; universalización de la atención de la emergencia obstétrica mediante el convenio interinstitucional para la atención de las emergencias obstétricas entre IMSS, ISSSTE y la Secretaría de Salud; y el Sistema de Notificación Inmediata de la Muerte Materna que permite su detección oportuna y un mayor nivel de intervención. Asimismo, recordó que en marzo del presente año se lanzó el Observatorio de Mortalidad Materna, que pretende contribuir a la disminución de la mortalidad materna en México a través de la conformación de un sistema de indicadores, mediante el cual sea posible el monitoreo y la vigilancia sistemática de los resultados de políticas públicas, programas, estrategias y servicios dirigidos a reducir la mortalidad materna; un sistema de monitoreo de políticas públicas que permita el análisis de las políticas, programas, estrategias y servicios dirigidos a disminuir la mortalidad materna y el seguimiento a los presupuestos destinados a ese rubro; una estrategia de comunicación que difunda información esencial, derivada del sistema de indicadores y del monitoreo de políticas públicas, así como recomendaciones que contribuyan a la reducción de la mortalidad materna.

1.2 Situación Actual del embarazo en adolescentes en el Estado de Chihuahua.

Análisis de la situación problemática.

El estado de Chihuahua tiene un alto índice de embarazos en adolescentes (Figura: 1), ¿la razón?, el 55% de las jóvenes empiezan a tener relaciones sexuales a temprana edad (Figura: 2.1). De las y los jóvenes que tienen relaciones sexuales, solo un poco menos de la mitad utiliza métodos anticonceptivos.

Según datos de la Coordinación Delegacional de Salud Reproductiva del IMSS, se están atendiendo embarazos en niñas hasta de 11 años.

En el estudio Influencia de la educación sexual en mujeres adolescentes embarazadas, de María Leticia Leal Tapia y Bertha Medel Pérez/Facultad de Enfermería y Nutriología/Universidad Autónoma de Chihuahua Revista Synthesis, se muestra que solo el 23.5% de las y los adolescentes utilizan el preservativo. Entre los motivos que las adolescentes mencionan las llevaron a tener relaciones coitales, se encuentran: un 39.2% refirió que por amor, un 23.5% por curiosidad y el 19.6% por deseo.

Por otro lado, los embarazos en las adolescentes aumenta el riesgo de morir por una complicación tanto para la madre como para el producto. Además, las relaciones sexuales y la maternidad precoz, se asocian con una escasa o nula atención médica [Coordinación Delegacional de salud reproductiva IMSS (CIMAC)]. Posteriormente estas madres adolescentes tienen una disminución en las posibilidades de continuar sus estudios y muchas de ellas entran al mercado laboral dedicando poco tiempo a sus hijos lo cual aumenta la morbimortalidad infantil.

Por otra parte, en el estado de Chihuahua en el año 2008 se registraron 216 muertes por SIDA, 82.9% fueron de varones y 17.1% de mujeres y el número de casos registrados es de 5200. La mayor proporción de personas que muere por esta enfermedad, tiene un nivel educativo bajo, ya que 7 de cada 10 personas, no tenían estudios o únicamente contaban con educación básica,

mientras que una de cada diez personas que fallecieron por esta causa se encontraban estudiando la preparatoria e igual número, la educación profesional⁹.

El 34 por ciento de las adolescentes han tenido relaciones sexuales y de estas solo el 43 % se protegió con condón en su primera relación sexual, lo cual es un parámetro en cuanto a la utilización subsecuente del mismo (VIH/SIDA en México al 2008). Otras enfermedades no menos importantes como la hepatitis, que puede conducir a la muerte de la persona infectada, así como clamidia y gonococo; la sífilis, el herpes, que altera notablemente la calidad de vida y el virus papiloma humano que está relacionado íntimamente con el cáncer cervicouterino. Hay muchas más enfermedades como el linfogranuloma venéreo, cancroide e inclusive la salmonella, todas ellas tienen en común que se transmiten por actividad sexual.

Hay que tomar en cuenta que estas infecciones generalmente se presentan en forma combinada es decir, es frecuente observar personas que tienen una infección por gonorrea y al mismo tiempo clamidia, VIH/SIDA o cualquier otra.

Una de las consecuencias que más duele a la sociedad, es el de los menores, al padecer sus padres alguna enfermedad de las mencionadas anteriormente y habérsela transmitido como es el caso de los nacidos VIH/SIDA positivos.

De igual manera es aún más doloroso el que niños pequeños pierdan a alguno de sus padres que fallecen como consecuencia de alguna de las enfermedades mencionadas anteriormente, en especial las madres que fallecen por VIH/SIDA o por cáncer Cervicouterino.

Figura: 2 Descripción del inicio temprano de vida sexual activa.

⁹Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Chihuahua Chih., 1 Diciembre 2010.

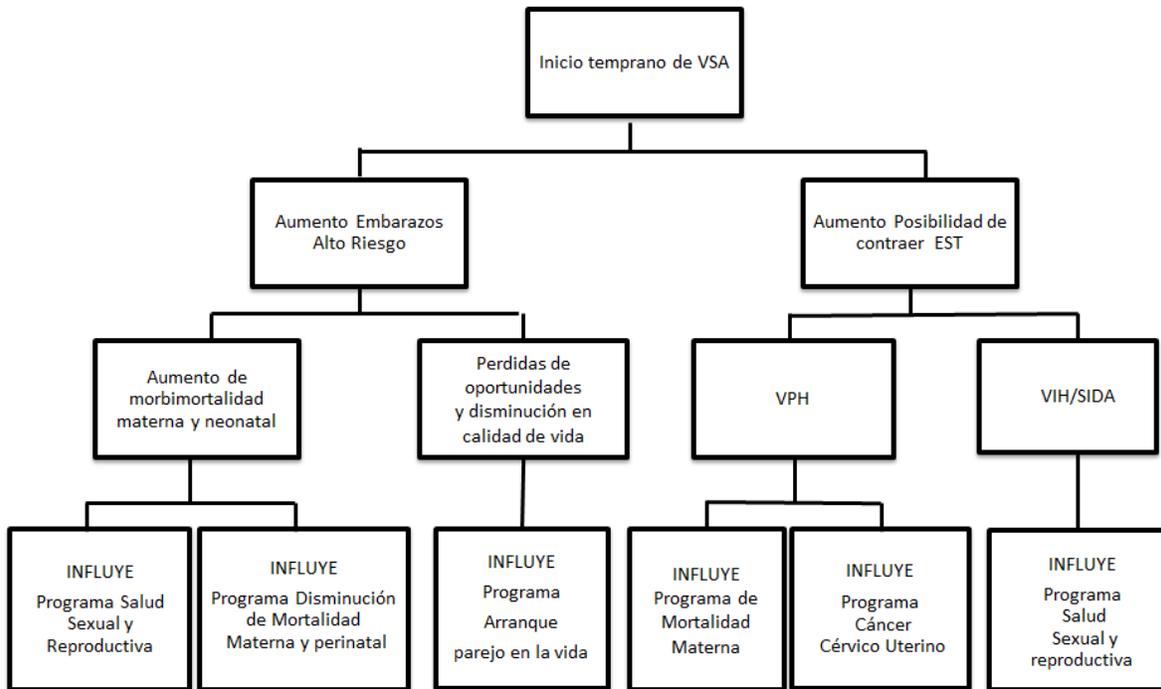
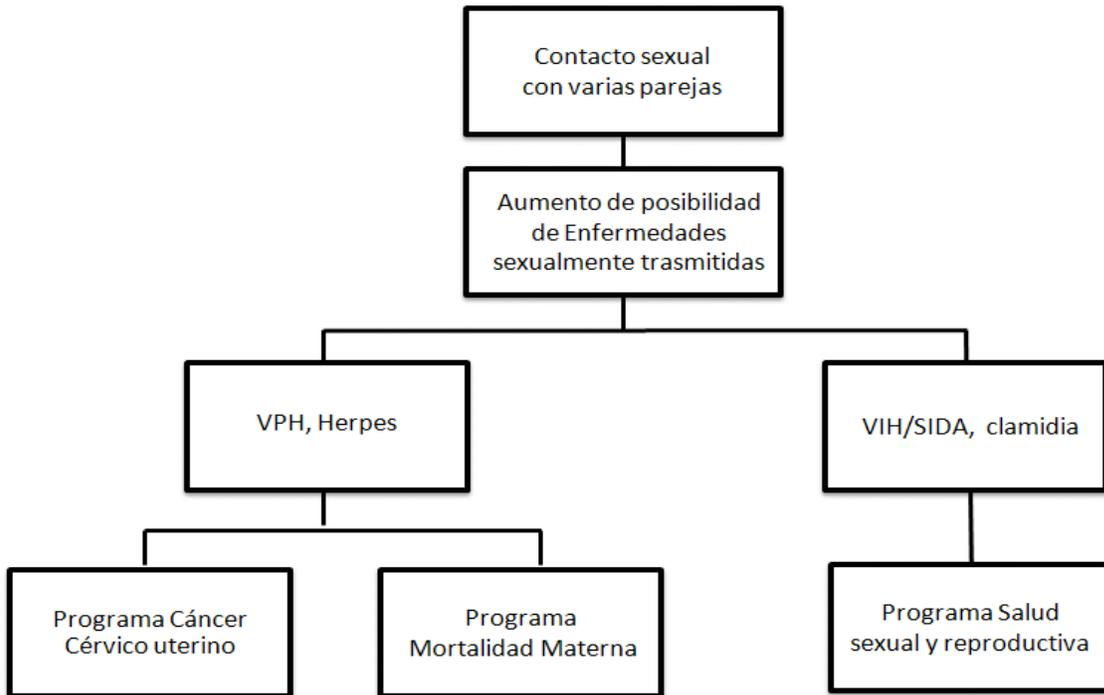


Figura 3: Programas que atienden el problema derivado del contacto sexual con varias parejas



En cuanto a las madres adolescentes se está apoyando en los programas institucionales de Salud reproductiva en la cual se enfatiza sobre los temas de prevención del embarazo con el uso adecuados de métodos anticonceptivos en especial del uso de anticonceptivos orales incluyendo la píldora del día siguiente y en el uso del DIU en especial en el postparto.

En cuanto al VIH/SIDA se efectúan campañas que incluyen el uso del condón y la mayor atención educativa a los grupos de riesgo como son las personas trabajadoras del sexo, los usuarios de drogas inyectables y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

Las enfermedades sexualmente transmitidas como clamidia, gonorrea etc. se da información preferentemente en cuanto al condón y se continúa manejando el término sexo seguro sabiendo que ayuda notablemente a evitar la propagación de las infecciones sexualmente transmitidas pero no al 100%. De igual manera se maneja el sexo seguro pero no se aclara lo relativo al VPH y Herpes genital en que el condón es de muy poca eficacia.

En relación al cáncer cervicouterino y cáncer de mama las tasas de mortalidad registradas fueron de 9.2 y 16.7, respectivamente. La tasa de mortalidad por éste último, es casi seis unidades mayores que la media nacional. Algo similar ocurre con la tasa de mortalidad por SIDA en el caso de los varones, donde la tasa estatal 22.1 está 6 unidades por encima del promedio nacional. Para las mujeres, la tasa de mortalidad por esta causa es de 3.1 (INEGI, 2010b). Con respecto a las personas que padecen cáncer cervicouterino que es uno de los principales cánceres en las mujeres en nuestra entidad, poco se hace para prevenir la adquisición del VPH que la política está enfocada en la detección oportuna de pacientes que lo padecen.

Dentro de las estrategias que se siguen, se encuentran además programas referentes a la salud reproductiva, salud sexual salud de la infancia, arranque parejo en la vida, programa de prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer cérvico uterino los cuales se manejan de forma independiente.

Existen asimismo programas educativos en los que se pone de manifiesto situaciones importantes como el abordaje de la sexualidad, género, violencia, pobreza y el estigma por preferencias personales así como la discriminación de grupos los cuales son muy importantes.

El inicio de la vida sexual temprana condiciona el embarazo en adolescentes, pero si se protegen del embarazo con lo más efectivo que existe para ese grupo de edad como lo son las pastillas anticonceptivas no se protegen contra enfermedades sexualmente transmitidas como lo hace, en un porcentaje elevado aunque no total el condón y, en ciertas infecciones virales como el VPH y Herpes genital prácticamente no tienen utilidad en relación con las otras enfermedades sexualmente transmitidas.

En los programas para evitar el VIH/ SIDA se enfatiza sobre el condón pero este no es el método de elección para evitar el embarazo.

En los programas de cáncer cervicouterino el énfasis está en detección temprana de VPH pero no en la forma de evitar el contagio del mismo y;

En los programas de tuberculosis se contempla su asociación con VIH/SIDA pero no con las causas del contagio de los mismos.

En resumen los programas se llevan a cabo de forma adecuada pero no integrada al no tomar en cuenta la relación natural existente entre ellos y dejando de actuar efectivamente sobre la ausencia de riesgo en prevención de embarazo y transmisión de enfermedades sexualmente transmitidas y enfatizando solo en la disminución del mismo.

Como se puede observar en el cuadro y la gráfica siguientes de la Evaluación 2006-2011 el porcentaje de embarazos atendidos en adolescentes (desarrollo del embarazo) en los años 2007 a 2010 prácticamente se han mantenido en el mismo intervalo de 37 a 41% y la tendencia hacia el cierre del año 2011 apunta en el mismo orden, denotando con ello un bajo impacto en los diferentes programas encaminados a prevenir y/o reducir estos embarazos.

Con relación a los eventos obstétricos (partos) la información muestra un compartamiento semejante durante el mismo período (32 a 37%).

EVALUACION 2006-2011						
Año	Embarazos Atendidos			Eventos Obstétricos		
	Todas Edades	Adolescentes	%	Todas Edades	Adolescentes	%
2006	19,058	5422	28.4	11,100	3,646	33
2007	22,050	8,181	37	9,620	3,116	32
2008	32,086	15,791	41	19,908	4,723	37
2009	38,980	15,791	41	19,908	4,273	37
2010	40,753	15,092	37	11,264	4,147	37
2011*	29,937	7,539	25.1	5,428	1,976	36

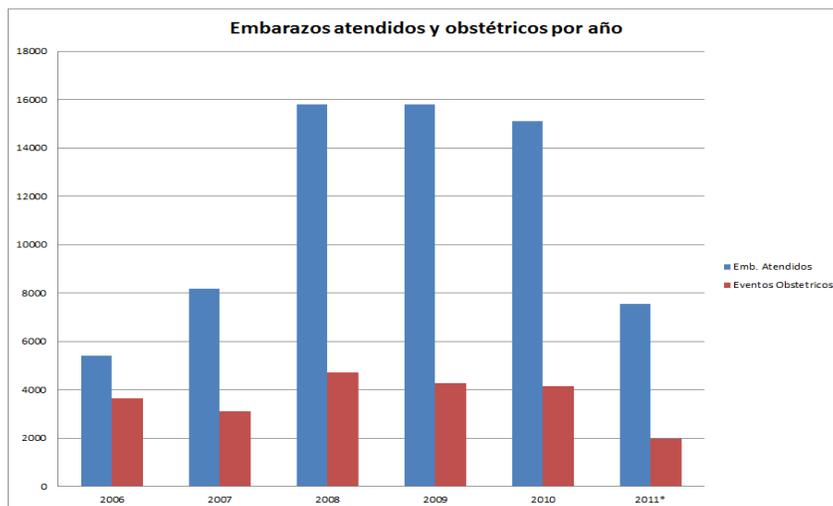
Fuente: SIS

*Enero a Junio 2011

Los efectos obvios del embarazo en esta etapa de la vida de las y los adolescentes, son afectaciones tales como: no concluir sus estudios secundarios y/o nivel medio superior, quebranto económico para ellos

y sus familias, integración a la fuerza laboral de manera temprana y teniendo una remuneración baja por su trabajo debido a la carencia de preparación, maduración con un impacto muy acelerado, probabilidad de integrar familias disfuncionales, entre otros.

Fig. 1: Gráfica de embarazos atendidos y obtétricos por año en el Estado de Chihuahua¹⁰



En la siguiente tabla y gráfica podemos apreciar que en los años 2009 a 2011 se sigue manteniendo en el grupo de edad de entre 15 a 19 años un alto índice de mortalidad materna,

¹⁰SIS / Enero a Junio 2011.

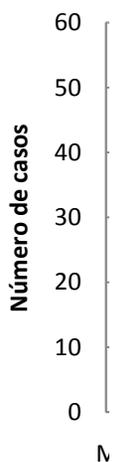
al cierre del 2011 es posible esperar un repunte que arroje una cifra similar a la alcanzada en el año 2009.

La anterior situación es preocupante ya que denota, nuevamente, que a pesar de los esfuerzos de las diferentes instituciones encaminadas a reducir éstos índices no es posible alcanzar aún una reducción significativa; es por ello la necesidad de reinventar las acciones que actualmente se están llevando a cabo y trabajar de manera coordinada entre las diferentes instancias encargadas de trabajar en pro de la prevención de este gran problema.

Mortalidad Materna por grupo de edad y por año			
Edad	2009	2010	2011*
Menor 15	0	0	1
15-19	13	9	8
20-24	16	7	6
25-29	6	7	7
30-34	12	5	6
35-39	4	8	3
40-44	1	1	1
45 y más	1	1	0
Total	55	38	32

Fuente Certificados de Defunción

* Preliminar a Septiembre 2011



El Instituto Chihuahuense de la Mujer (ICHMUJER) realizó el siguiente el siguiente trabajo que llevó a la instalación de la mesa intersectorial para la prevención del embarazo en adolescentes:

Importancia. En Chihuahua una gran cifra de mujeres menores de edad embarazadas son registradas año con año, especialmente en las zonas serranas, así como algunos municipios como son Camargo y Cuauhtémoc, por lo que es recomendable tomar medidas responsables pues existen numerosos riesgos para la mujer y el bebe. Ser madre a temprana edad no es solo un problema social, económico y familiar, sino también médico. Una adolescente que no ha llegado al tope de su desarrollo físico tiene mayores probabilidades de presentar complicaciones durante la gestación y el parto.

El embarazo en la adolescencia es casi sinónimo de mortalidad tanto para la madre debido a problemas tales como anemia grave, toxemia (hipertensión inducida por el embarazo), placenta previa (la placenta crece más abajo del útero y cubre parte o todo el cuello uterino) o un embarazo prematuro.

En cuanto al bebé, éste tiene más posibilidades de nacer con un peso más bajo que el de una madre mayor de 20 años debido a lo prematuro de su desarrollo y al retraso del cuello intrauterino, que hace que el feto no pueda gestarse de manera normal.

Problemática o Situación actual Como problemas percibidos se identifican los siguientes: Incremento de adolescentes con VIH/SIDA y otras ETS's., alto índice de embarazos en adolescentes, acciones preventivas aisladas, campañas de previsión no eficaces, porcentaje considerable de deserción de mujeres adolescentes por motivo de embarazo e Índices considerables de muerte materna en adolescentes.

Efectos o Resultados Contar con un Programa Intersectorial para prevenir el embarazo adolescente desde el enfoque de la perspectiva de género que permita disminuir los índices de muerte materna y deserción escolar.

Debido a lo anterior y a instancia de la convocatoria lanzada por el ICHMUJER, se procedió a realizar el trabajo sintetizado en el presente documento y que se fue generando de la siguiente manera:

Una vez instalada la mesa de trabajo intersectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, se planteó el argumento de iniciar con lo que ya se está haciendo en algunas dependencias del Sector Salud en el Estado, para abatir el problema que se presenta a la mesa intersectorial según las Estadísticas anteriores. Después de un breve análisis, se concluyó que el tema es precisamente, que no se tiene conocimiento de lo que se está haciendo en torno a esta materia en las diferentes instancias, de ahí la importancia de trabajar todas en la misma línea, a fin de no duplicar actividades y sumar esfuerzos para poder alcanzar las metas planteadas, como ejemplo a esto se mencionó lo que sucede con la SSCH, ellos tienen los grupos que se le llaman GAPS y están encaminados a algo similar que lo que hacen los promotores de PEEPSIDA, el hecho es que para acceder a las escuelas es más fácil para PEEPSIDA, al igual que para la SSCH es más fácil con los servicios de salud.

Se confirma la conveniencia de que todos deben tener la misma información si se quiere generar un impacto significativo y se debe tener un control de la misma que permita evaluar las acciones y dar seguimiento a los compromisos.

El realizar una dinámica sobre el trabajo en equipo se generó el siguiente aprendizaje que deberán las dependencias integrantes de la mesa intersectorial, considerar para lograr resultados efectivos:

- Cuando se trabaja en forma individual no se logra la meta en común.
- Hay que aprovechar la experiencia de la persona o instancia que la tiene para lograr el objetivo.
- Que las fortalezas de uno cubre las debilidades de otro.
- Que todos pueden aprender de todos.
- Que el trabajo en equipo rinde frutos.

Esquema que muestra las acciones conjuntas emprendidas en el Estado de Chihuahua en Pro de los Adolescentes Sanos



1.3 Justificación jurídica del Programa

Existen acuerdos internacionales que ha firmado el gobierno de México, así como leyes y normas que permiten que el personal de salud brinde información y servicios de anticoncepción a las y los adolescentes cuando éstos los soliciten.

Este conjunto de documentos representa un marco legal para el ejercicio de los derechos que tienen las personas de estas edades a recibir información y servicios anticonceptivos de calidad.

En el ámbito internacional

La conferencia internacional de población y desarrollo (CIPD)

Convocada por la Organización de las Naciones Unidas, ONU, la CIPD fue celebrada en El Cairo, Egipto en septiembre de 1994, y tuvo como objeto elaborar un Programa de Acción para mejorar la salud sexual y reproductiva en todo el mundo.

La CIPD definió el concepto de salud reproductiva como: "un estado general de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos".

La salud reproductiva entraña la capacidad de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia. El hombre y la mujer tienen el derecho a obtener información y acceso a métodos seguros, eficaces, accesibles y aceptables de su elección para la regulación de la fecundidad, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud sexual que permitan los embarazos y los partos sin riesgos.

En la CIPD, los gobiernos de los países, entre ellos el de México, avalaron los documentos oficiales que ahí emanaron y se comprometieron a desarrollar acciones para promover y defender los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes, como una estrategia clave para mejorar su salud sexual y reproductiva.

El Programa de Acción de la CIPD reconoce que los servicios de salud reproductiva existentes han pasado por alto las necesidades de las y los adolescentes.

El embarazo a edad temprana sigue siendo un impedimento para mejorar la condición educativa, económica y social de las adolescentes en todas partes del mundo, situación que entraña un riesgo de muerte materna muy superior a la media mientras que también los hijos/as de madres jóvenes tienen niveles más elevados de morbilidad y mortalidad.

La Convención de los Derechos de la Infancia establece la facultad de los menores de 18 años a tomar decisiones críticas para su vida a partir de lo que se ha denominado capacidades evolutivas "evolving capacities". Así, a lo largo de la Convención, se reconoce que toda persona menor de 18 años tiene derechos, y que tiene capacidad para ejercerlos de acuerdo a la evolución de sus capacidades. Esta Convención invita a los tutores a actuar consistentemente con esta evolución.

El "poder" de los padres sobre sus hijos menores se ve limitado cuando las y los adolescentes desarrollan sus capacidades no sólo para tomar decisiones, sino también para anticipar y prevenir responsablemente las consecuencias de las mismas al solicitar un método para prevenir un embarazo (Cook y Dickens, 2000).

Este concepto es particularmente importante en el área de atención a la salud sexual y reproductiva, porque muchas veces en el proceso de atención a la salud de las y los jóvenes menores de 18 años se viola el derecho a la confidencialidad, aludiendo a la "incapacidad" e "inmadurez" de él o la menor para tomar decisiones sobre su vida y su cuerpo (iniciar su vida sexual, utilizar algún método anticonceptivo, interrumpir un embarazo, etc.).

En México, a través de los instrumentos legales nacionales y las convenciones y conferencias firmadas y ratificadas, se reconoce que las y los adolescentes menores de 18 años de edad pueden adquirir, a través de la evolución de sus capacidades, la suficiente madurez para responsabilizarse de sus decisiones, pudiendo acudir a un servicio de planificación familiar y

solicitar un método anticonceptivo en igualdad de condiciones que una persona adulta, sin ser necesaria la presencia de los padres y tutores, respetándose así su derecho a la confidencialidad.

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, celebrada en Belém Do Pará, Brasil, en 1996, señala en su artículo 12.1:

“Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación”.

En México

Los servicios de anticoncepción para adolescentes se enmarcan dentro del Programa Nacional de Salud 2007-2012 y en el Programa de Acción: Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud, SS, y tienen sus fundamentos jurídicos en:

El artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos,

El 3º de la Ley General de Población,

El 3º de la Ley General de Salud

Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar (NOM), cuya resolución, publicada en enero de 2004, modifica los contenidos de la misma para incluir la anticoncepción de emergencia y el condón femenino como métodos anticonceptivos que tienen que estar disponibles para la población en general.

La Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar (NOM)

En este documento normativo se encuentran tanto disposiciones generales como especificaciones técnicas para la prestación de los servicios de anticoncepción en México.

La NOM tiene como objetivo: "uniformar los criterios para la prestación de los servicios de planificación familiar en México, dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos y posterior a un proceso sistemático de consejería, basado en la aplicación del enfoque integral de la salud reproductiva."

Las acciones de salud sexual y reproductiva para adolescentes, entre ellas las de proporcionarles anticonceptivos, tienen su antecedente inmediato en la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993 de los Servicios de Planificación Familiar, que elimina las restricciones al uso de cualquiera de los anticonceptivos temporales, basadas en exclusivos criterios de edad o paridad.

Para cada uno de estos métodos, así enuncia: "...están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nulíparas, nulíparas o multiparas, incluyendo adolescentes."

Cabe subrayar que esta importante modificación normativa refleja la falta de contraindicaciones médicas debidas a la edad. La resolución, publicada en enero de 2004, modifica los contenidos de la NOM para incluir la anticoncepción de emergencia y el condón femenino como métodos anticonceptivos.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

El Artículo 4º Constitucional indica: "Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos."

La reglamentación de este artículo se encuentra en la Ley General de Población; y los aspectos específicos de los temas de planificación familiar en la Ley General de Salud.

La Ley General de Población

En el Artículo 3º, párrafo segundo de esta Ley se indica que: "La Secretaría de Gobernación dictará y ejecutará, o en su caso promoverá ante las dependencias componentes o entidades correspondientes, las medidas necesarias para: Realizar programas de planeación familiar a través de los servicios educativos y de salud pública de que disponga el sector público y vigilar que dichos programas y los que realicen organismos privados, se lleven a cabo con absoluto respeto a los derechos fundamentales del hombre (sic) y preserven la dignidad de las familias, con el objeto de regular racionalmente y estabilizar el crecimiento de la población, así como lograr el mejor aprovechamiento de los recursos humanos y naturales del país."

La Ley General de Salud

El Artículo 27º de la Ley General de Salud reconoce que la planificación familiar es parte de los servicios básicos de salud y expresión del ejercicio del derecho a la protección de la salud del individuo y de la sociedad en general.

El Artículo 67º, indica que: "la planificación familiar es prioritaria e incluye información y orientación educativa para las y los adolescentes, los jóvenes e información a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años de edad y la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser proporcionada de manera oportuna, eficaz y completa a la pareja".

El Programa Nacional de Salud y el Programa de Acción: Salud Reproductiva 2007-2012

Estos programas representan el marco de política pública que orienta los programas y acciones de promoción y atención a la salud en los niveles municipal, estatal y federal en México.

En estos documentos, la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS, y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, ISSSTE, consideran a las y los adolescentes como un grupo prioritario de atención de la salud sexual y reproductiva, porque "las decisiones que se tomen durante esta etapa de la vida tienen una gran trascendencia individual y social".

Los objetivos del Programa son:

- a. Promover el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos tomando en cuenta su diversidad cultural;
- b. Disminuir la incidencia de entre las personas de estas edades;
- c. Disminuir la demanda insatisfecha de los servicios de planificación familiar mediante la oferta sistemática de metodología anticonceptiva, de información veraz y oportuna, de la identificación y eliminación de barreras culturales y la mejoría de la calidad de los servicios.

Plan Estatal de Desarrollo 2010-2016

Objetivo 1. Brindar atención médica de calidad a los diferentes grupos de edades de la población mediante una serie de programas de salud eficientes y efectivos.

1.2 Diseñar programas de salud que permitan mejorar la salud materna y de las mujeres en las diferentes etapas de su vida.

- Implementar un programa específico para la detección oportuna y tratamiento del cáncer cervicouterino y del cáncer de mama en las mujeres
- Impulsar un programa de atención prenatal en los servicios de salud proporcionados por el Gobierno Estatal.
- Impulsar un programa de salud para asegurar que un mayor número de partos sean atendidos por personal sanitario especializado.
- Implementar un programa de divulgación de uso de anti-conceptivos en la Red de Hospitales y Centros de Salud del Gobierno del Estado.
- Realizar campañas de concientización sobre las consecuencias de embarazos prematuros en adolescentes.
- Impulsar la realización de una mayor cantidad de estudios de tamiz neonatal en las mujeres embarazadas.
- Impulsar la realización de programas que refuercen la autoestima y la capacidad de auto-determinación de las mujeres que han sido víctima de algún tipo o modalidad de violencia.
- Realizar programas de salud bajo una perspectiva de género, haciendo énfasis en los derechos de las mujeres.
- Crear terapias intensivas en todos los Hospitales de Gineco-obstetricia para evitar pérdida de tiempo en el traslado de pacientes graves que requieran una mayor resolución de su problema.
- Crear redes de servicio bien estructuradas para el traslado de mujeres embarazadas, además de identificar lugares de referencia para obviar tiempos.

1.5 Establecer programas médicos para la atención de problemas emergentes como VIH-SIDA, entre otros.

- Realizar y actualizar los indicadores de las enfermedades, desagregados por sexo y edad, principalmente, para identificar la incidencia y mejorar la prevención.
- Fortalecer la campaña permanente sobre información y concientización del VIH-SIDA, origen, causas y tratamiento de la enfermedad.
- Brindar atención médica en los Hospitales Estatales a los pacientes con infección avanzada con VIH garantizando el acceso a los medicamentos antirretrovirales.
- Análisis de factibilidad para el establecimiento de un Centro de Atención Integral para la Tuberculosis en el Estado de Chihuahua, así como Unidades Móviles para el tratamiento de pacientes.
- Establecer planes de contingencia sanitarios ante accidentes y desastres naturales.
- Impulsar el fomento sanitario en los hospitales, centros de salud y la comunidad en general con la finalidad de reducir los riesgos sanitarios y de enfermedades como el cólera, el virus del oeste del Nilo y el dengue.

1.6 Implementar Programas de Salud para la Atención de Personas en Situación de Vulnerabilidad.

- Desarrollar un Programa de Promoción de la Salud Indígena con folletos en la lengua autóctona de las cuatro etnias que conforman el Estado de Chihuahua: Tarahumaras, Pimas, Guarijíos y Tepehuanes del norte.

- Impulsar un Programa de Atención Médica para las personas menonitas y mormones que habitan en la entidad.
- Realizar unidades de validación de los recursos terapéuticos indígenas y las unidades de socorro comunitario bilingüe.
- Iniciar la construcción del Sistema de Salud para la Detección y Tratamiento Oportuno de la Discapacidad.

Las Conferencias Internacionales sobre los Derechos Humanos de las Mujeres.¹¹

En otro sentido, desde la creación de la ONU, se han realizado cuatro conferencias internacionales sobre los derechos humanos de las mujeres, constituyendo foros más relevantes para plantear sus problemas, analizar la discriminación de que aún son objeto e identificar los obstáculos que les impiden el pleno goce de sus derechos. Además los Estados Miembros de la ONU se comprometen a adoptar, en sus respectivos territorios, políticas públicas que contribuyan a mejorar la situación de las mujeres.

En forma paralela a las conferencias gubernamentales se organizaron otras reuniones convocadas por organizaciones de la sociedad civil, con el objetivo de influir en los temas a debate, en las conclusiones de las conferencias y en los tratados y convenciones internacionales.

La Primera Conferencia Mundial sobre la condición jurídica y social de las mujeres se realizó en la Ciudad de México en el año 1975. En la Declaración Política emanada de la Conferencia, los gobiernos subrayaron que las mujeres y hombres de todos los países deben tener iguales derechos y deberes, y que incumbe a todos los Estados crear las condiciones necesarias para que aquéllas los alcancen y puedan ejercerlos, toda vez que la utilización insuficiente del potencial, de aproximadamente la mitad de la población mundial, es un grave obstáculo para el desarrollo económico y social.

El Plan de Acción Mundial identificó tres objetivos básicos que debían ser alcanzados en el período 1975-1980, a saber la plena igualdad entre hombres y mujeres y la eliminación de la discriminación por motivos de sexo; la plena participación y la integración de las mujeres al desarrollo; y la contribución de las mujeres al fortalecimiento de la paz mundial.

Asimismo, de las conclusiones de la Conferencia surgió la iniciativa de elaborar una Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

En la Segunda Conferencia de la Mujer celebrada en Copenhague, Dinamarca, en 1980, se expresa en su consenso que los gobiernos y la comunidad internacional habían logrado avanzar hacia la consecución de algunas de las metas establecidas en México, particularmente en lo relativo a la modificación de leyes y la creación de políticas orientadas al desarrollo económico y social de las mujeres.

La Conferencia de Copenhague reconoció que había disparidad entre los derechos garantizados y la capacidad de las mujeres para ejercer dichos derechos. Es decir, en muchos países se había logrado la igualdad jurídica, pero no la igualdad en la práctica, en la vida cotidiana. Al respecto, en su Programa se reconoció, por primera vez, que la violencia contra las mujeres, incluyendo la violencia doméstica, constituye una violación a sus derechos humanos y es un asunto de orden público. Antes de la Conferencia, el tema se trataba generalmente como un asunto del ámbito privado donde el Estado no podía intervenir.

La Tercera Conferencia Internacional de las Mujeres, realizada en Nairobi en el año de 1985, se señala que desde la Conferencia de México, los Estados habían reunido un cúmulo de información importante. Las estadísticas desagregadas por sexo revelaban que las mejoras en la situación jurídica y social de las mujeres y los esfuerzos para reducir la discriminación que se habían alcanzado como resultado del Decenio de las Naciones Unidas no eran suficientes, y habían beneficiado únicamente a una pequeña minoría de mujeres.

¹¹Programa Interinstitucional para Garantizar el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia 2011 -2016.

Se reconoce que los tres objetivos del decenio: igualdad, desarrollo y paz, estaban indisolublemente ligados a los tres subtemas: empleo, salud y educación. En el ámbito legislativo, seguían vigentes en muchos países disposiciones discriminatorias en la esfera política, económica y social, especialmente en los códigos civil, penal, de justicia, de comercio y en algunos reglamentos y normas administrativas.

En esta Conferencia se reconoció que la violencia hacia las mujeres, particularmente la violencia doméstica, era un problema extendido y en aumento y que representa un obstáculo para la equidad entre los géneros y una ofensa a la dignidad humana. Para contribuir a superar este problema, se pidió a los gobiernos intensificar sus esfuerzos para establecer programas y medidas específicas que permitieran a las mujeres el acceso a formas de defensa efectivas.

La Conferencia sobre Población y Desarrollo, celebrada en 1994, en su Programa de Acción, estableció una coordinación entre las políticas demográficas y el desarrollo. Entre los objetivos señalados en el Programa se encuentran: el crecimiento económico sustentable; la educación; la igualdad entre los sexos; la reducción de la mortalidad neonatal, infantil y materna; la erradicación de la violencia contra las mujeres y el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva.

En la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, en Beijing, China, celebrada en el año de 1995, una de las 12 esferas de especial preocupación de la Plataforma de Acción de Beijing (PAB), es la violencia contra las mujeres, por medio de la cual se señala que viola y menoscaba o impide su disfrute de los derechos humanos y las libertades fundamentales.

La Plataforma de Acción amplió la definición de violencia incluida en la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, especificando que la expresión “violencia contra la mujer se refiere a todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada”.

Por consiguiente, la violencia contra las mujeres puede tener, entre otras, las siguientes manifestaciones:

- “La violencia física, sexual y psicológica en la familia, incluidos los golpes, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital y otras prácticas tradicionales que atentan contra la mujer, la violencia ejercida por personas distintas del marido y la violencia relacionada con la explotación;”
- “La violencia física, sexual y psicológica al nivel de la comunidad en general, incluidas las violaciones, los abusos sexuales, el hostigamiento y la intimidación sexuales en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros ámbitos, la trata de mujeres y la prostitución forzada;” y
- “La violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, donde quiera que ocurra”¹²

Capítulo Segundo.

“Programa Intersectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes”.

2.1 Metodología para la Elaboración del Programa.

¹²Flores Romualdo, Deysi Magaly y Rannauro Melgarejo Elizardo, Op. Cit.Tomo III, págs. 391-584.

La metodología para llevar a cabo la elaboración del “Programa Intersectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes”2011-2016, se diseñó de manera participativa y se incorporaron al trabajo y desarrollo del mismo, a todas y cada una de las dependencias y organismos convocados por el Instituto Chihuahuense de la Mujer.

Se llevaron a cabo 8 reuniones de trabajo con el Comité Técnico de la mesa de trabajo, integrado por:

Lic. Pamela Rodríguez Barrera
Asistente de Coordinación General / ICHMUJER.

Dr. Elías Valenzuela Corral
Coordinador de Vinculación de Organismos Descentralizados de la Secretaría de Salud.

Lic. Amira Pacheco Márquez
Coordinadora de Programa Servicios Estatales de Salud de Chihuahua.

Profra. Carmen Julia Aguirre Santana
Jefa del Departamento de Investigación de la Secretaría de Educación, Cultura y Deporte.

Lic. Leticia Ledezma Arroyo
Coordinación de Políticas Públicas del Gobierno del Estado de Chihuahua

Dr. Roberto Contreras García
Académico Titular “C” de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Chihuahua

Lic. Lilia Rosa Ávila Meléndez
Jefa del Departamento de Extensión de la Universidad Autónoma de Chihuahua

Lic. Marcela Núñez
Coordinadora de Comunicación del Programa Estatal de Educación para la Prevención del Sida

MCAlberto Enríquez Bailón
Coordinador de Salud e Inclusión del Instituto Chihuahuense de la Juventud

Dr. Juan Centeno López
Coordinador Auxiliar de Salud Reproductiva y Materno Infantil del Instituto Mexicano del Seguro Social

Enf. Dora María Domínguez V.
Coordinadora Delegacional de Enfermería en Salud Reproductiva del Instituto Mexicano del Seguro Social

Dra. Edna Rocío Moya Luna
Jefa de Primer Nivel del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

2.2 Objetivo General

El objetivo general del Programa es: Plantear acciones efectivas encaminadas a lograr un verdadero impacto en cuanto a la problemática de prevenir el embarazo en adolescentes y disminuir las enfermedades sexualmente transmitidas, así como erradicar la mortalidad materna (adolescentes-infantil), a través de la coordinación intersectorial.

2.3 Objetivos Específicos

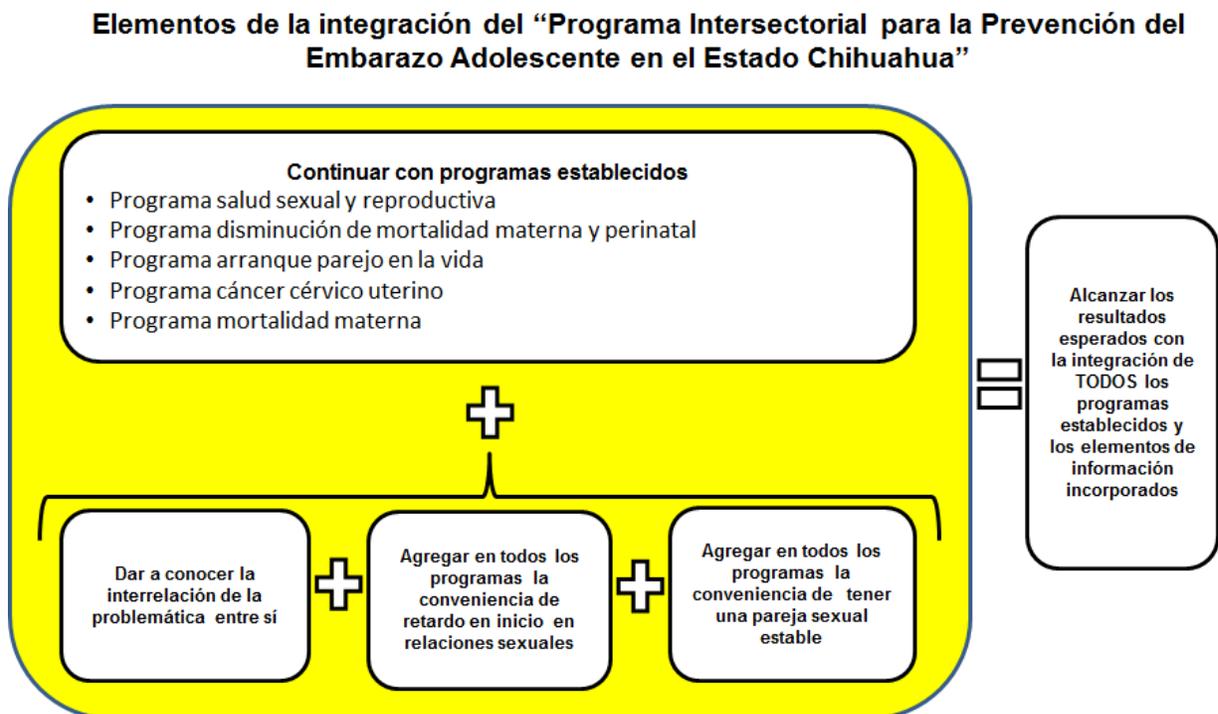
- a. Establecer una mesa interdisciplinaria que atienda de manera integral la prevención del embarazo en adolescentes y la disminución de las enfermedades sexualmente transmitidas
- b. Establecer acciones efectivas para contribuir a la erradicación de la mortalidad materna (adolescentes-infantil), trabajando de manera conjunta con los integrantes de la mesa.
- c. Establecer un mecanismo para dar seguimiento y evaluación al planteamiento de los compromisos establecidos en el programa (2.5)

2.4 Alternativas de solución propuestas

1. Educación e información a adolescentes en todos los programas invitando a considerar las ventajas de postergar el inicio de la vida sexual activa en las y los adolescentes para evitar la adquisición de enfermedades sexualmente transmitidas y en las mujeres, riesgo obstétrico en embarazo.
2. En todos los programas de salud dar información correcta y educación sobre la forma de evitar las infecciones sexualmente transmitidas reduciendo la exposición al riesgo usando condón, enfatizando, que el mismo protege pero desafortunadamente no siempre ni de todas las enfermedades sexualmente transmitidas, ni del embarazo y que el sexo seguro solo lo es cuando no hay riesgo y no hay posibilidad de transmisión de ningún agente causal, es decir cuando no hay relaciones sexuales sobre todo en época crítica como lo es la adolescencia (ver punto 1) o cuando se hace únicamente entre dos personas no contagiadas.
3. Integrar, de manera armoniosa los diferentes programas de salud existentes, desde los encaminados a los menores como el de arranque parejo en la vida y demás de salud infantil pasando por los de Salud sexual y Salud reproductiva y el de prevención de enfermedades infectocontagiosas así como el del VIH/SIDA y el de Tuberculosis además del manejo de la mujer embarazada y del Cáncer ya que existe una relación franca entre ellos e instruir en todas las campañas lo sugerido en los puntos 1 y 2.
4. Llevar a cabo todos los programas con un total respeto a los derechos humanos especialmente a los grupos vulnerables, tomando en cuenta siempre la libertad de la persona, es decir que tomen sus propias decisiones libremente y de manera responsable después de una información correcta y concreta sin presión u hostigamiento de cualquier tipo.

- Integrar en la mesa de trabajo intersectorial la presencia de las y los adolescentes para escuchar su voz de manera directa.¹³

Figura 4. Elementos de la integración del PIPEA



2.5 Planteamiento de los compromisos

Planteamiento de los compromisos			
Acuerdo	Tipo de acuerdo	Responsable	Indicadores
Convocar por parte del ICHMUJER la aplicación de este Programa, previamente aprobado por la mesa de trabajo.	Convocar	ICHMUJER	<ul style="list-style-type: none"> • La convocatoria generada
Se incluirán en agendas de las próximas reuniones, presentaciones breves sobre	Continuar presentaciones	ICHMUJER	<ul style="list-style-type: none"> • Grado de conocimiento

¹³Plan estatal de desarrollo 2010-2016 objetivos 2.1 y 3.1).

programas o acciones que cada institución está realizando para conocer el trabajo de las demás instancias.	como generador de conocimiento.		adquirido
Se deberá generar un plan de capacitación y un programa de impartición común enfocado a la problemática que ayude abatir el índice actual de embarazos.	Trabajo en equipo	ICHMUJER	<ul style="list-style-type: none"> • Contar con el plan y el programa. • % de cumplimiento al programa.
PEEPSIDA canalizará a los jóvenes que requieren información y atención en materia de salud sexual y reproductiva a los Servicios Amigables, (se encuentran en todos los centros de salud) y al Instituto Chihuahuense de la Juventud.	Reforzar información	PEEPSIDA , SSA (SES) ICHIJUV	<ul style="list-style-type: none"> • No. de jóvenes canalizados que requieren mayor información/mes • No. de jóvenes canalizados que requieren atención/mes
Reforzar el programa de escuela para padres de la SECyD con la finalidad de fortalecer valores familiares y autoestima.	Incluir los temas de la mesa	SECyD	<ul style="list-style-type: none"> • No. de temas incluidos en relación a prevención de embarazos adolescentes.
Buscar estrategias para propiciar la vinculación efectiva entre los programas GAPS (grupo adolescente de promotores) de SSCH, promotores juveniles del PEEPSIDA y el Inst. Chihuahuense de la Juventud.	Coordinación	PEEPSIDA, SSCH ICHIJUV	<ul style="list-style-type: none"> • % de incremento de estrategias de vinculación.
Integrar en el Grupo de Atención Integral al Adolescente (GAIA) para lograr interrelación entre los diferentes programas de prevención del embarazo en adolescentes al: “Programa Intersectorial para la Prevención del Embarazo Adolescente en el Estado Chihuahua” <i>Coordinar de mejor manera las actividades a fin de no duplicar o triplicar los esfuerzos.</i>	Trabajo en equipo	ICHMUJER e integrantes del programa	<ul style="list-style-type: none"> • % de incremento de estrategias de vinculación.
Proponer la elaboración de un diagnóstico prospectivo para detectar las causas del por qué están quedando embarazadas las adolescentes, obtener recurrencias de patrones	Trabajo en equipo	ICHIMUJER e integrantes del programa	<ul style="list-style-type: none"> • Contar con diagnóstico

para direccionar los programas intersectoriales.

Que el programa generado trabaje de manera transversal en todas las Instituciones que participan	Trabajo en equipo	ICHIMUJER e integrantes del programa	<ul style="list-style-type: none">• No. de acciones transversales trabajadas.• % de reducción de embarazos en adolescentes.
Establecer estrategia integral de difusión para sensibilización y concientización de la prevención del embarazo en adolescentes, en medios de comunicación y redes sociales.	Trabajo en equipo	ICHIMUJER e integrantes del programa	<ul style="list-style-type: none">• Contar con la estrategia.

2.6 Plan propuesto

En este Programa Intersectorial se establecen acciones que deben cumplir las dependencias de conformidad con el Plan Estatal de Desarrollo 2010-2016 para Prevenir el embarazo en adolescentes, Disminuir las enfermedades de transmisión sexual y Contribuir a la erradicación de la mortalidad materna (adolescentes-infantil), en el Estado de Chihuahua.

Para esto se establecen cuatro objetivos específicos, los cuales establecen estrategias, líneas de acción, indicadores y metas que se deberán observar y cumplir durante el periodo comprendido del año 2011 al 2016, según el periodo del Gobierno Constitucional del Estado de Chihuahua.

Los objetivos y estrategias de este Programa Intersectorial para Prevenir el Embarazo en Adolescentes 2011 – 2016, en el que se incluyen entre otras acciones; homologar la información pertinente sobre el tema de embarazo en adolescentes entre las diversas instancias involucradas en el Programa, capacitar a todos los participantes en brindar atención e información sobre los diversos elementos de la integración del “Programa Intersectorial para la Prevención del Embarazo Adolescente en el Estado Chihuahua”, intensificar las campañas publicitarias existentes adecuándolas con enfoque de género y sin descuidar el grupo vulnerable al cual vayan dirigidas, brindar, y formación del personal al servicio público a través de talleres, cursos, conferencias, entre otros, incluidas en las siguientes estrategias que se deberán llevar a cabo con un total respeto a los derechos humanos y atención a la diversidad, tomando en cuenta siempre la libertad de la persona, es decir que tomen sus propias decisiones libremente y de manera asertiva después de una información correcta y concreta sin presión u hostigamiento de cualquier tipo.

Estrategias y Acciones

Estrategia #1: Prevención.

Establecer un conjunto de medidas dirigidas para generar cambios conductuales y en las relaciones sociales entre las personas y en la comunidad en materia de embarazo en adolescentes.

Acción 1. Asegurar el seguimiento para lograr la aplicación de éste programa con la participación de todas las dependencias involucradas.

Acción 2. Educar e informar a las y los adolescentes en todos los programas enfatizando las ventajas de retardar el inicio de la vida sexual activa para evitar en las mujeres riesgo obstétrico en el embarazo y la adquisición de enfermedades sexualmente transmitidas.

Acción 3. Dar información correcta y educación en todos los programas de salud sobre la forma de evitar las infecciones sexualmente transmitidas reduciendo la exposición al riesgo.

Acción 4. Reforzar el programa de escuela para padres de la SECyD con la finalidad de fortalecer valores familiares y autoestima para las y los hijos.

Acción 5. Elaborar un diagnóstico prospectivo para detectar las causas del por qué están quedando embarazadas las adolescentes, obtener recurrencias de patrones para direccionar los programas intersectoriales.

Acción 6. Establecer estrategia integral de difusión para sensibilización y concientización de la prevención del embarazo en adolescentes, en medios de comunicación y redes sociales.

Estrategia #2: Disminución.

Incorporar acciones conjuntas para lograr un abatimiento en las enfermedades sexualmente transmitidas. (Figura 4)

Acción1. Articular y converger de manera armoniosa los diferentes programas de salud existentes, desde los encaminados a las y los niños como el de arranque parejo en la vida y demás de salud infantil pasando por los de Salud sexual y Salud reproductiva y el de prevención de enfermedades infectocontagiosas así como el del VIH/SIDA y el de Tuberculosis además del manejo de la mujer embarazada y del Cáncer cérvico-uterino ya que existe una relación franca entre ellos e instruir en todas las campañas

Acción 2. Generar un plan de capacitación y un programa de impartición común enfocado a la problemática que ayude a abatir el índice actual de embarazos.

Acción 3. Canalizar a los jóvenes que requieren información y atención en materia de salud sexual y reproductiva a los Servicios Amigables. Nota: se encuentran en todos los centros de salud.

Acción 4. Buscar estrategias para propiciar la vinculación efectiva entre los programas GAPS (grupo adolescente de promotores) de SSCH, SECyD, promotores juveniles del PEEPSIDA y el Instituto Chihuahuense de la Juventud.

Estrategia #3: Coadyuvaren la erradicación.

Contribuir a la búsqueda permanente de evitar las muertes adolescentes – infantil como parte de las Metas del Milenio comprometidas por el estado mexicano.

Acción 1. Integrar en la mesa de trabajo intersectorial la presencia de las y los adolescentes para escuchar su voz de manera directa. (Plan estatal de desarrollo 2010-2016 objetivos 2.1 y 3.1).

Acción 2. Integrar en el **Grupo de Atención Integral al Adolescente (GAIA)** para lograr interrelación entre los diferentes programas de prevención del embarazo en adolescentes al: **“Programa Intersectorial para la Prevención del Embarazo Adolescente (PIPEA)”** *Coordinar de mejor manera las actividades a fin de no duplicar o triplicar los esfuerzos.*

Estrategia #4. Transversalidad.

Interrelacionar las estrategias del PIPEA a fin de conectar fácilmente los programas actuales, así como la información que los enriquezca, experiencias y resultados en acciones globales que contribuyan a la solución de la problemática del embarazo en las adolescentes.

Acción 1. Aprovechar acciones, grupos y escenarios de educación, formación y comunicación para incorporar la temática del PIPEA en el sentido amplio.

Acción 2. Incluir en las reuniones de trabajo, presentaciones breves sobre programas o acciones que cada institución está realizando para conocer el trabajo de las demás instancias.

2.6.1. Prevenir

Establecer un conjunto de medidas dirigidas para generar cambios conductuales y en las relaciones sociales entre las personas y en la comunidad en materia de embarazo en adolescentes.

Acción1. Convocar por parte del ICHMUJER la aplicación de este Programa, previamente aprobado por la mesa de trabajo.

Actividad	Indicador	Meta	Medios de Verificación	Dependencias y Entidades.
2.1 Convocar para la ejecución del Programa.	Convocatoria emitida.	Una convocatoria.	Documento de convocatoria.	ICHMUJER.

Acción 2. Educar e informar a las y los adolescentes en todos los programas enfatizando las ventajas de retardar el inicio de la vida sexual activa para evitar en las mujeres riesgo obstétrico en el embarazo y la adquisición de enfermedades sexualmente transmitidas.

Actividad	Indicador	Meta	Medios de Verificación	Dependencias y entidades
2.1 Estructurar e implementar campañas enfocadas a retardar el inicio de la vida	Número de campañas de información realizadas / Número de	5 Campañas publicitarias anuales a través: Radio,	<ul style="list-style-type: none"> • Oficinos de distribución de material gráfico. • Material 	Todas las Secretarías de Estado

<p>sexual activa en las y los adolescentes para evitar la adquisición de enfermedades sexualmente transmitidas.</p> <p>Nota: Identificar un cantante joven de moda para la integración de la campaña publicitaria</p>	<p>campañas planeadas.</p> <p>Número de visitas al medio electrónico</p>	<p>Televisión Local y Prensa escrita y electrónica.</p> <p>50,000 visitas al medio electrónico</p>	<p>fotográfico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spots radiofónicos. • Promos de televisión. • Elementos digitales. 	
	<p>Campaña de educación implementada.</p>	<p>Una campaña permanente de educación a través de los diferentes programas educativos.</p>	<p>Existencia de la campaña.</p>	<p>Todas las Secretarías de Estado.</p>
	<p>Número de foros en el Estado/ Número de foros planeados.</p>	<p>De uno a tres foros (talleres, concursos, obras de teatro y conferencias) por municipio. Cobertura al 100% de los municipios.</p>	<p>Fotografías, presentaciones utilizadas, listas de asistencia, entre otros.</p>	<p>Secretarías de Fomento Social, Educación, Cultura y Deporte, ICHMUJER e ICHIJUV.</p>
<p>2.2 Estructurar e implementar campañas enfocadas al riesgo obstétrico en el embarazo en adolescentes, en medios tradicionales y electrónicos.</p> <p>Nota: Identificar un cantante joven de moda para la integración de la campaña publicitaria</p>	<p>Campañas efectivas realizadas sobre el riesgo obstétrico en las mujeres/ Número de campañas planeadas.</p> <p>Número de visitas al medio electrónico.</p>	<p>5 Campañas publicitarias anuales a través: Radio, Televisión Local y Prensa escrita y electrónica.</p> <p>50,000 visitas al medio electrónico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Oficinos de distribución de material gráfico. • Material fotográfico. • Spots radiofónicos. • Promocional es de televisión. • Elementos digitales. 	<p>Todas las Secretarías de Estado.</p>

Acción 3. Dar información correcta y educación en todos los programas de salud sobre la forma de evitar las infecciones sexualmente transmitidas reduciendo la exposición al riesgo.

Actividad	Indicador	Meta	Medios de Verificación	Dependencias y entidades
3.1 Estructurar e implementar campañas que	Número de campañas de información	5 Campañas publicitarias anuales a	<ul style="list-style-type: none"> • Oficinos de distribución de material 	Todas las Secretarías de Estado.

proporcionen información correcta y educación en todos los programas de salud, sobre la forma de evitar las infecciones sexualmente transmitidas.	realizadas / Número de campañas planeadas.	través: Radio, Televisión Local y Prensa escrita y electrónica.	gráfico • Material fotográfico • Spots radiofónicos • Promocionales de televisión.	
Nota: Las campañas deberán enfatizar que el condón protege en un 85 %, pero no de todas las enfermedades sexualmente transmitidas, ni del embarazo.	Campaña de educación implementada.	Una campaña permanente de educación a través de los diferentes programas educativos.	Existencia de la campaña.	Todas las Secretarías de Estado.

Acción 4. Reforzar el programa de escuela para padres de la SECyD con la finalidad de fortalecer valores familiares y autoestima para las y los hijos.

Actividad	Indicador	Meta	Medios de Verificación	Dependencias y entidades
4.1 Reforzar el programa de escuela para padres de la SECyD. Nota: buscar la integración de los padres en conjunto con las y los hijos en las actividades y dinámicas.	Elementos integrados al programa para reforzarlo.	67 municipios	Número de municipios visitados. Listas de asistencia. Fotografías. Informe final.	SECyD
4.2 Elaborar elementos didácticos para lograr mayor efectividad en la impartición del programa.	Elementos didácticos elaborados.	Un elemento didáctico innovador o de impacto.	Documento fortalecido.	SECyD

Acción 5. Elaborar un diagnóstico prospectivo para detectar las causas del por qué están quedando embarazadas las adolescentes, obtener recurrencias de patrones para direccionar los programas intersectoriales.

			Medios de	Dependencias y
--	--	--	-----------	----------------

Actividad	Indicador	Meta	Verificación	entidades
5.1 Diseñar diagnóstico (desglosar por sexo, edad y condición social, para conocer el por qué están quedando embarazadas las adolescentes).	% de avances en el diseño.	1 Diseño de diagnóstico	Documento de Diagnóstico sobre el por qué están quedando embarazadas las adolescentes.	ICHMUJER, Secretaria de Salud, Secretaria de Fomento Social, Secretaría de Educación, Cultura y Deporte. ICHIJUV
5.2 Aplicar diagnóstico considerando sexo, edad y condición social, para conocer el por qué están quedando embarazadas las adolescentes	% de aplicación del diagnóstico de acuerdo a la meta de confiabilidad del 95%	100% de aplicación del diagnóstico de acuerdo al grado de confiabilidad determinado.	Instrumentos aplicados.	ICHMUJER, Secretaria de Salud, Secretaria de Fomento Social, Secretaría de Educación, Cultura y Deporte. ICHIJUV
5.3 Incorporar los hallazgos del diagnóstico del por qué están quedando embarazadas las adolescentes en las acciones del Programa Intersectorial.	% de avance en la incorporación de hallazgos relevantes a integrar.	100% de hallazgos relevantes incorporados al Programa Intersectorial	Listado de hallazgos relevantes incorporados al Programa	ICHMUJER, Secretaria de Salud, Secretaria de Fomento Social, Secretaría de Educación, Cultura y Deporte. ICHIJUV

Acción 6. Establecer estrategia integral de difusión para sensibilización y concientización de la prevención del embarazo en adolescentes, en medios de comunicación y redes sociales.

Actividad	Indicador	Meta	Medios de Verificación	Dependencias y entidades
6.1 Diseñar estrategia integral de difusión para la sensibilización y concientización de la prevención del embarazo en adolescentes.	% de avances en el diseño.	1 Diseño de estrategia integral	Documento de la estrategia integral sobre la sensibilización y concientización de la prevención del embarazo en adolescentes.	ICHMUJER, Secretaria de Salud, Secretaria de Fomento Social, Secretaría de Educación, Cultura y Deporte. ICHIJUV
6.2 Difundir la estrategia integral de difusión para la sensibilización y concientización de la prevención del embarazo en	% de difusión de la estrategia integral	67 Municipios	<ul style="list-style-type: none"> • Oficinas de distribución de material gráfico • Material fotográfico • Spots radiofónicos 	Todas las Secretarías de Estado.

adolescentes.			<ul style="list-style-type: none"> • Promos de televisión. • Medios digitales. 	
6.3 Incorporar a las y los jóvenes destacados (becarios) de todos los niveles educativos en acciones de difusión.	Número de campañas con incorporación de las y los jóvenes destacados / Número de campañas.	100% de las campañas.	<ul style="list-style-type: none"> • Oficios de distribución de material gráfico • Material fotográfico • Spots radiofónicos • Promocionales de televisión. • Medios digitales. 	Todas las Secretarías de Estado.

2.6.2 Disminuir

Incorporar acciones conjuntas para lograr un abatimiento en las enfermedades sexualmente transmitidas. (Fig. 4)

Acción1. Articular y converger de manera armoniosa los diferentes programas de salud existentes, desde los encaminados a las y los niños como el de arranque parejo en la vida y demás de salud infantil pasando por los de Salud sexual y Salud reproductiva y el de prevención de enfermedades infectocontagiosas así como el del VIH/SIDA y el de Tuberculosis además del manejo de la mujer embarazada y del Cáncer cérvico-uterino ya que existe una relación franca entre ellos e instruir en todas las campañas.

Actividad	Indicador	Meta	Medios de Verificación	Dependencias y entidades
1.1 Articular y converger los diferentes programas de salud existentes para incorporarlos en todas las campañas	Número de ejemplares de difusión distribuidos/ Total de ejemplares disponibles.	10,000 ejemplares	Ejemplares con información que integre los diferentes programas de salud	Secretaria de Salud.
	Campañas de comunicación y publicidad que incorporan los diferentes programas de salud cuidando la armonía entre ellos./ No. total de campañas.	Entre una y tres campañas publicitarias	Campañas publicitarias con medio impreso o electrónico, que incorporan los diferentes programas de salud cuidando la armonía entre ellos.	Secretaria de Salud.
	Número de	Entre una y	Documentos de las	Secretaria de

	acciones coordinadas	tres acciones.	acciones.	Salud.
--	----------------------	----------------	-----------	--------

Acción 2. Generar un plan de capacitación y un programa de impartición común enfocado a la problemática que ayude a abatir el índice actual de embarazos.

Actividad	Indicador	Meta	Medios de Verificación	Dependencias y entidades
2.1 Desarrollar un plan de capacitación para el equipo que difunda la información, enfocado al problema del alto índice de embarazo en adolescentes.	Curso, taller o diplomado diseñados.	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño de un Diplomado sobre el alto índice de embarazo en adolescentes. • Diseño de un taller de capacitación. • Diseño de un curso de capacitación en materia de embarazo en adolescentes. 	Documentos de cursos, talleres y diplomado.	Secretaría de Salud, ICHMUJER, ICHIJUV, Secretaría de Fomento Social, Secretaría de Educación, Cultura y Deporte
2.2 Implementar el programa que ayude a abatir el índice actual de embarazos	<p>Personas asistentes por curso, taller o diplomado/ total de personas programadas a asistir por curso, taller o diplomado.</p> <p>Talleres, Diplomados y Curso realizados/ talleres</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un Diplomado sobre el alto índice de embarazo en adolescentes. • Un taller de capacitación por escuela y/o lugar para reunir jóvenes. • Un curso de capacitación en materia de embarazo en adolescentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cursos impartidos a adolescentes. • Listas de asistencia. • Presentaciones en power point. • Evaluaciones de entrada y salida. • Ejercicios practicados 	Secretaría de Salud, ICHMUJER, ICHIJUV, Secretaría de Fomento Social, Secretaría de Educación, Cultura y Deporte.

	diplomados y cursos planeados impartir.			
--	---	--	--	--

Acción3.Canalizar a los jóvenes que requieren información y atención en materia de salud sexual y reproductiva a los Servicios Amigables. Nota: se encuentran en todos los centros de salud.

Actividad	Indicador	Meta	Medios de Verificación	Dependencias y entidades
3.1 Canalizar a los jóvenes que requieren información y atención en materia de salud sexual y reproductiva a los Servicios Amigables.	<ul style="list-style-type: none"> No. de jóvenes canalizados que requieren mayor información/ mes. No. de jóvenes canalizados que requieren atención/mes 	<ul style="list-style-type: none"> 100% de los jóvenes que requieren mayor información. 100% de los jóvenes canalizados que requieren atención. 	Registros de información y atención brindada a jóvenes.	PEEPSIDA, SSA (SES), ICHIJUV.

Acción 4.Buscar estrategias para propiciar la vinculación efectiva entre los programas GAPS (grupo adolescente de promotores) de SSCH, SECyD, promotores juveniles del PEEPSIDA y el Instituto Chihuahuense de la Juventud.

Actividad	Indicador	Meta	Medios de Verificación	Dependencias y entidades
4.1 Propiciar la vinculación efectiva entre los programas GAPS (grupo adolescente de	<ul style="list-style-type: none"> % de programas que cuentan con vinculación efectiva. 	100% de programas susceptibles de vincularse efectivamente.	Resultados de la vinculación efectiva.	SSCH, SECyD, PEEPSIDA e ICHIJUV.

promotores) de SSCH, SECyD, promotores juveniles del PEEPSIDA y el Instituto Chihuahuense de la Juventud	<ul style="list-style-type: none"> No. de estrategias implementadas /No. total de estrategias a implementar. 			
--	---	--	--	--

2.6.3. Coadyuvar a la erradicación

Contribuir a la búsqueda permanente de evitar las muertes adolescentes – infantil como parte de las Metas del Milenio comprometidas por el estado mexicano.

Acción1. Integrar en la mesa de trabajo intersectorial la presencia de las y los adolescentes para escuchar su voz de manera directa. (Plan estatal de desarrollo 2010-2016 objetivos 2.1 y 3.1).

Actividad	Indicador	Meta	Medios de Verificación	Dependencias y entidades
1.1 Participar en la mesa de trabajo intersectorial las y los adolescentes del ICHIJUV para escuchar su voz de manera directa.	% de asistencia a las reuniones de la mesa Intersectorial.	100% de las reuniones.	Listas de asistencia.	Secretarías de Estado.

Acción2. Integrar en el **Grupo de Atención Integral al Adolescente (GAIA)** para lograr interrelación entre los diferentes programas de prevención del embarazo en adolescentes al: **“Programa Intersectorial para la Prevención del Embarazo Adolescente (PIPEA)”** *Coordinar de mejor manera las actividades a fin de no duplicar o triplicar los esfuerzos.*

Actividad	Indicador	Meta	Medios de Verificación	Dependencias y entidades
2.1 Interrelacionar entre los diferentes programas de prevención del embarazo en adolescentes.	% de avance en la integración de las estrategias del PIPEA dentro del GAIA	100% de estrategias integradas.	<ul style="list-style-type: none"> Propuesta de integración de estrategias del PIPEA 	Secretarías de Estado

2.6.4. Transversalidad

Interrelacionar las estrategias del PIPEA a fin de conectar fácilmente los programas actuales, así como la información que los enriquezca, experiencias y resultados en acciones globales que contribuyan a la solución de la problemática del embarazo en las adolescentes.

Acción 1. Aprovechar acciones, grupos y escenarios de educación, formación y comunicación para incorporar la temática del PIPEA en el sentido amplio.

Actividad	Indicador	Meta	Medios de Verificación	Dependencias y entidades
1.1 Coordinar acciones de manera efectiva para incorporar la temática del PIPEA.	Número de acciones efectivas coordinadas/ Número total de acciones emprendidas.	100% de las acciones comunes.	Listas, fotografías, documentos.	Secretarías de Estado, dependencias municipales y descentralizados.

Acción 2. Incluir en las reuniones de trabajo, presentaciones breves sobre programas o acciones que cada institución está realizando para conocer el trabajo de las demás instancias.

Actividad	Indicador	Meta	Medios de Verificación	Dependencias y entidades
1.1 Realizar presentaciones sobre programas o acciones que cada institución está realizando.	Número de presentaciones	Al menos una por institución.	Documento de presentación.	Todas las instituciones participantes.

2.7. Seguimiento y Evaluación

La evaluación de este Programa Intersectorial se realizará durante las reuniones de trabajo de la mesa del PIPEA, las cuales darán inicio desde el año 2012 al año 2016 y con los resultados logrados, en años subsecuentes.

Acción 1. Evaluar el cumplimiento de los objetivos propuestos en el propio programa.

Actividad	Indicador	Meta	Medios de Verificación	Dependencias y entidades
1.2 Evaluar las acciones implementadas para prevenir el embarazo en adolescentes, así como realizar la efectiva adecuación y aplicación para la disminución del mismo.	% de embarazo en adolescentes. % de las enfermedades sexualmente transmitidas en adolescentes. % de mortalidad materna (adolescentes-infantil).	Al menos 5% de disminución anual	Revisar los diversos programas sectoriales, institucionales y especiales para observar el avance en la prevención de embarazos, disminución de enfermedades de transmisión sexual y erradicación de embarazos en adolescentes.	Secretaría de Salud, ICHIMUJER Secretaría de Fomento Social, SECyD, ICHIJUV

2.7.1. Metas para el Seguimiento y Evaluación.

El Mecanismo de trabajo: a través de las reuniones periódicas programadas, se deberá dar seguimiento y evaluar para que en su caso, sean tomadas las acciones correctivas pertinentes a fin de alcanzar las metas comprometidas que se establecen en el PIPEA.

Corto Plazo (2012)	Mediano Plazo (2013 - 2016)
Dar inicio a las estrategias del PIPEA.	10 al 15 % de reducción en el índice de muertes maternas en adolescentes. Grupo intersectorial consolidado e

	institucionalizado.
Informaren las reuniones de la mesa Intersectorial los avances a los indicadores de seguimiento y evaluación.	Ajustar las acciones establecidas en el PIPEA de conformidad a los informes emitidos por las dependencias.

2.7.2 Recursos para dar seguimiento al PIPEA. Con la finalidad de dar continuidad al presente Programa durante el siguiente año, se deberá contar con los siguientes recursos:

Cantidad	Descripción del recurso
1	Realizar el diagnóstico para conocer el por qué están quedando embarazadas las adolescentes.
1	Facilitador para manejar las reuniones de seguimiento.
1	Personal operativo para dar seguimiento a la convocatoria de las reuniones, seguimiento al envío de información, presentaciones, compromisos, entre otras.
1	Espacio de trabajo; escritorio, silla, material de oficina y papelería, espacio de físico.
1	Computadora
1	Conexión a internet
1	Integración de una base de datos para administrar la información generada.
12	Doce refrigerios para el trabajo de los integrantes de la mesa del PIPEA (uno por mes)

Anexos.

Compromisos establecidos en las metas del milenio¹⁴

Objetivos del Milenio ONU:

Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre.

Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal.

Objetivo 3: Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.

Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil.

Objetivo 5: Mejorar la salud materna.

Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.

Objetivo 7: Garantizar la sustentabilidad del medio ambiente.

Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

¹⁴ Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México / Gobierno Federal.

Avances de los compromisos establecidos en las metas del milenio¹⁵

INDICADOR ^{A/}	LÍNEA BASE 1990 ^{B/}	1995	2000	2005	2010 ^{B/}	META	¿CÓMO VA MÉXICO? ^{C/}
OBJETIVO 4. REDUCIR LA MORTALIDAD DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS							
META 4.A. REDUCIR EN DOS TERCERAS PARTES, ENTRE 1990 Y 2015, LA MORTALIDAD DE LOS NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS							
4.1. TASA DE MORTALIDAD EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS (POR CADA MIL NACIDOS VIVOS)	47.1	32.6	23.2	20.4	17.3 (2009)	15.7	✓
4.2. TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (POR CADA MIL NACIDOS VIVOS)	39.1	27.9	19.9	17.3	14.6 (2009)	13.0	✓
4.3. PROPORCIÓN DE NIÑOS DE UN AÑO DE EDAD VACUNADOS CONTRA EL SARAPIÓN	75.3	89.9	95.9	96.3	95.9 (2009)	INDICADOR DE SEGUIMIENTO	✓
OBJETIVO 5. MEJORAR LA SALUD MATERNA							
META 5.A. REDUCIR, ENTRE 1990 Y 2015, LA MORTALIDAD MATERNA EN TRES CUARTAS PARTES							
5.1. RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA (DEFUNIONES POR CADA 100 MIL NACIDOS VIVOS ESTIMADOS) ^{D/}	89.0	83.2	72.6	61.8	53.5 ^{E/}	22.3	👉
5.2. PROPORCIÓN DE PARTOS CON ASISTENCIA DE PERSONAL SANITARIO CAPACITADO	76.7	81.8	87.1	91.1	91.7 (2006)	INDICADOR DE SEGUIMIENTO	✓
META 5.B. LOGRAR, PARA EL AÑO 2015, EL ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD REPRODUCTIVA							
5.3. PREVALENCIA DE USO DE ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES UNIDAS EN EDAD FÉRTIL ^{D/}	63.1 (1992)	68.4 (1997)	ND	70.9 (2006)	72.5 (2009)	INDICADOR DE SEGUIMIENTO	✓
5.4. TASA DE FECUNDIDAD EN MUJERES DE 15 A 19 AÑOS (POR CADA MIL MUJERES DE 15 A 19 AÑOS)	81.4	78.0	ND	ND	69.5 (2007)	INDICADOR DE SEGUIMIENTO	✓
5.5. PROMEDIO DE CONSULTAS PRENATALES POR EMBARAZADA ATENDIDA EN LAS INSTITUCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	4.44 (2000)	ND	4.44	4.83	4.79 (2009)	INDICADOR DE SEGUIMIENTO	✓
5.6. NECESIDAD INSATISFECHA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	25.1 (1987)	12.2 (1997)	ND	12.0 (2006)	9.8 (2009)	INDICADOR DE SEGUIMIENTO	✓

¹⁵ Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México / Informe de Avances 2010 / Gobierno Federal.

OBJETIVO 6. COMBATIR EL VIH/SIDA, EL PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES							
META 6.A. HABER DETENIDO Y COMENZADO A REDUCIR, PARA EL AÑO 2015, LA PROPAGACIÓN DEL VIH/SIDA							
6.1. PREVALENCIA DE VIH EN POBLACIÓN ADULTA (15 A 49 AÑOS) ^{D/}	0.146	0.196	0.251	0.317	0.378	DETENER Y COMENZAR A REDUCIR	
6.2. PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE USÓ PRESERVATIVO EN LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON OTROS HOMBRES ^{D/C/}	79.2 (2001)	ND	79.2 (2001)	80.6 (2006)	63.6 (2009)	INDICADOR DE SEGUIMIENTO	
META 6.B. LOGRAR, PARA EL AÑO 2010, EL ACCESO UNIVERSAL AL TRATAMIENTO DEL VIH/SIDA DE TODAS LAS PERSONAS QUE LO NECESITAN							
6.5. PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN PORTADORA DE VIH CON INFECCIÓN AVANZADA QUE TIENE ACCESO A MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRALES	79.4 (2008)	ND	ND	ND	82.3 (2009)	100.0	
META 6.C. HABER DETENIDO Y COMENZADO A REDUCIR, PARA EL AÑO 2015, LA INCIDENCIA DEL PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES GRAVES							
6.6. TASA DE INCIDENCIA ASOCIADA AL PALUDISMO (POR 100 MIL HABITANTES)	53.0	8.1	7.5	2.9	1.1	3.0	META CUMPLIDA
6.8. PROPORCIÓN DE TRATAMIENTOS OTORGADOS A CASOS CONFIRMADOS DE PALUDISMO EN MENORES DE 5 AÑOS, PARA LA PREVENCIÓN, CONTROL Y ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL PLASMODIUM VIVAX ^{D/}	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	INDICADOR DE SEGUIMIENTO	
6.9.A. TASA DE INCIDENCIA ASOCIADA A LA TUBERCULOSIS (TODAS LAS FORMAS) POR 100 MIL HABITANTES	17.2	22.8	18.7	16.8	16.7 (2009)	HABER DETENIDO Y COMENZADO A REDUCIR	META CUMPLIDA
6.9.B. TASA DE MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS (TODAS LAS FORMAS), DEFUNCIONES POR CADA 100 MIL HABITANTES	7.6	5.3	3.5	2.6	2.1 (2009)	HABER DETENIDO Y COMENZADO A REDUCIR	META CUMPLIDA
6.10. PROPORCIÓN DE CASOS NUEVOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR QUE CURAN AL TERMINAR EL TRATAMIENTO	70.7 (2000)	ND	70.7	77.5	85.3 (2009)	INDICADOR DE SEGUIMIENTO	

Acrónimos

Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD)

Dispositivo Intrauterino (DIU)

Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID)-INEGI

Enfermedades Sexualmente Transmitidas (EST)

Grupo Adolescente de Promotores (GAPS)

Grupo de Atención Integral al Adolescente (GAIA)

Instituto Chihuahuense de la Mujer (ICHMUJER)

Instituto Chihuahuense de la Juventud (ICHIJUV)

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI)

Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES).

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

Norma Oficial Mexicana (NOM)

Organización Mundial de la Salud (OMS)

Organización de las Naciones Unidas (ONU)

Programa Estatal de Educación y Prevención del SIDA (PEEPSIDA)

Programa Intersectorial para la Prevención del Embarazo Adolescente (PIPEA)

Secretaría de Educación Cultura y Deportes (SECyD)

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

Sistema de Información en Salud (SIS)

Secretaría de Salud de Chihuahua (SSCH)
Secretaría de Salud (SS)
Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)
Virus del Papiloma Humano (VPH)
Vida Sexual Activa (VSA)

Glosario de Términos

Adolescencia: Período de transición entre la infancia y la juventud que se ubica entre los 10 y 19 años de edad.

Clamidia: Es una enfermedad de transmisión sexual (ETS) frecuente, causada por la bacteria *Chlamydia trachomatis*, que puede afectar los órganos genitales de la mujer.

DIU: Método anticonceptivo reversible más frecuentemente usado en el mundo. Son dispositivos pequeños y flexibles hechos de metal y/o plástico que previenen el embarazo al insertarse en el útero a través de la vagina.

Género: Conjunto de ideas, creencias y atribuciones sociales construidas en cada cultura y momento histórico, tomando como base la diferencia sexual; a partir de lo cual se construyen los conceptos de masculinidad y feminidad, determinando las relaciones entre hombres y mujeres.

Gonorrea: Es una enfermedad de transmisión sexual (ETS), causada por la *Neisseria gonorrhoeae*, una bacteria que puede crecer y multiplicarse fácilmente en áreas húmedas y tibias del aparato reproductivo, incluidos el cuello uterino (la abertura de la matriz), el útero (matriz) y las trompas de Falopio (también llamadas oviductos) en la mujer, y en la uretra (conducto urinario) en la mujer y el hombre. Esta bacteria también puede crecer en la boca, la garganta, los ojos y el ano.

Intersectorial: Pertenciente o relativo a dos o más sectores entre sí.

Interinstitucional: Pertenciente o referido a dos o más instituciones relacionadas entre sí.

Obstetricia: Parte de la medicina que trata de la gestación, el parto y el puerperio.

Oclusión tubaria bilateral: Método anticonceptivo permanente para la mujer que consiste en la ligadura y corte de las trompas uterinas para impedir que los espermatozoides alcancen al óvulo con el fin de evitar la fertilización.

Perspectiva de Género: Visibilizar la condición y posición de las mujeres con respecto a los hombres.

Preeclampsia: Enfermedad que se manifiesta mediante la elevación súbita de la presión arterial durante el embarazo.

Salud reproductiva: Estado general de bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos.

SIDA: Enfermedad viral consistente en la ausencia de respuesta inmunitaria.

Sinergia: Acción de dos o más causas cuyo efecto es superior a la suma de los efectos individuales.

Vasectomía: Sección quirúrgica de un vaso o conducto, especialmente de los deferentes en el aparato genital masculino.

Bibliografía

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

Diccionario de la Real Academia Española.

Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica.

Estrategias OMS contra el VIH /Sida para el 2011-2015. 63 Asamblea Mundial de la Salud WHA

Flores Romualdo, Deysi Magaly y Rannauro Melgarejo Elizardo, Op. Cit.Tomo III, págs. 391-584.

Halperin DT, et al. The time has come for common ground on preventing sexual transmission of HIV **The Lancet**. London: Nov 27-Dec 3, 2004.Vol.364. Iss. 9449; pg1913

Instituto Mexicano de la Propiedad Industrial www.impi.gob.mx

Instituto Nacional de las Mujeres www.inmujeres.gob.mx

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2010 www.inegi.org.mx

Ley General de Población

Ley General de Salud

Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993.

Organización Mundial de la Salud

Organización Panamericana de la Salud

Plan Estatal de Desarrollo 2010-2016.

Programa Nacional de Salud 2007-2012.

Servicios Estatales de Salud de Chihuahua

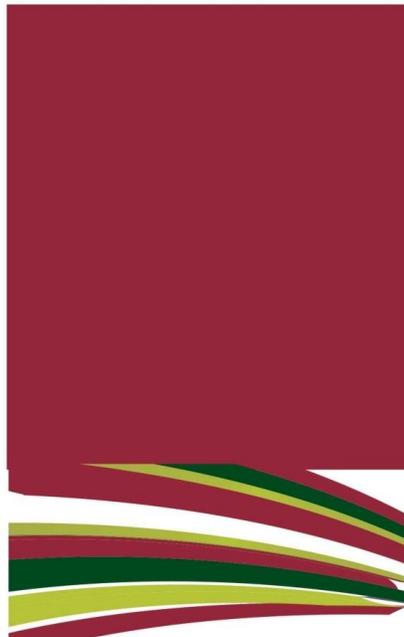
Sistema de Información en Salud

Significado de la Salud y la sexualidad en jóvenes / Instituto Nacional de las Mujeres.

<http://www.geosalud.com>

<http://www.cdc.gov>

www.peepsida.com.mx



**PROGRAMA INTERSECTORIAL
PARA LA PREVENCIÓN DEL
EMBARAZO EN ADOLESCENTES
ESTADO DE CHIHUAHUA**

INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE LA MUJER