



PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA
ADOLESCENTES
2013-2018

PROGRAMA SECTORIAL
DE SALUD

Versión electrónica, en proceso su
publicación impresa

ÍNDICE GENERAL

DIRECTORIO	5
MENSAJE DE LA C. SECRETARIA DE SALUD	7
MENSAJE DEL C. SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD	9
INTRODUCCIÓN	11
I. MARCO CONCEPTUAL	13
II. MARCO JURÍDICO	17
III. DIAGNÓSTICO.....	23
III.1 Antecedentes	25
III.2 Situación Actual y Problemática	26
III.3 Avances 2006-2012	43
III.4 Retos 2013-2018	44
III.5 Objetivos de Desarrollo del Milenio	44
IV. ALINEACIÓN CON LAS METAS NACIONALES	47
IV.1 Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018	49
IV.2 Alineación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018.....	50
V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA.....	51
V.1 Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción	53
V.2 Estrategias Transversales.....	56
VI. INDICADORES Y METAS.....	57
VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD	67
VIII. TRANSPARENCIA	77
BIBLIOGRAFÍA	81
ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS.....	83
GLOSARIO DE TÉRMINOS	85
ANEXOS	89

DIRECTORIO

SECRETARÍA DE SALUD

María de las Mercedes Martha Juan López
SECRETARIA DE SALUD

Eduardo González Pier
SUBSECRETARIO DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

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

Marcela Guillermina Velasco González
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

Fernando Gutiérrez Domínguez
COORDINADOR GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS Y DERECHOS HUMANOS

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

Manuel Mondragón y Kalb
COMISIONADO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES

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

Nelly Aguilera Aburto
TITULAR DE LA UNIDAD DE ANÁLISIS ECONÓMICO

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

José Meljem Moctezuma
COMISIONADO NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

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

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

Leobardo Ruíz Pérez
SECRETARIO DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

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

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

José Antonio González Anaya

DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Sebastián Lerdo de Tejada Covarrubias

DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y
SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

Laura Ibernía Vargas Carrillo

TITULAR DEL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Emilio Ricardo Lozoya Austin

PETRÓLEOS MEXICANOS

Salvador Cienfuegos Zepeda

SECRETARIO DE LA DEFENSA NACIONAL

Vidal Francisco Soberón Sanz

SECRETARIO DE MARINA

MENSAJE DE LA C. SECRETARIA DE SALUD

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dra. María de las Mercedes Martha Juan López

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dr. Pablo Antonio Kuri Morales

INTRODUCCIÓN

Para atender los retos y desafíos que se enfrentan en el campo de la salud sexual y reproductiva para adolescentes, se elaboró este programa de acción en el cual se han integrado las recomendaciones y observaciones de instituciones públicas de salud, organizaciones de la sociedad civil, instituciones académicas, investigadores, población usuaria de los servicios y personas interesadas en el tema. El primer acercamiento se obtuvo a través del “Foro Nacional de Consulta para la elaboración de los Programas de Acción Específico (PAE) 2013-2018”, efectuado en la Ciudad de México el día seis de noviembre del 2013.

El Programa de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018, reconoce los avances alcanzados hasta la fecha y plantea lograr hacia el término de la Administración tres objetivos específicos para atender los principales rezagos en este campo de la salud pública: 1) Favorecer el acceso universal a información, educación y orientación en salud sexual y reproductiva para adolescentes; 2) Reducir embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual (ITS) en adolescentes, mediante el acceso efectivo a servicios de calidad específicos para esta población, y 3) Incidir en los determinantes que impiden el ejercicio pleno de la sexualidad y salud reproductiva de la población adolescente.

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

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



I. MARCO CONCEPTUAL

I. MARCO CONCEPTUAL

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS),¹ la adolescencia se divide en dos etapas: la adolescencia temprana, que abarca de los 10 a los 14 años de edad y la adolescencia tardía, que comprende de los 15 a los 19 años.

En la adolescencia, la salud y el desarrollo físico, psicológico y social están estrechamente interrelacionados entre sí. Los cambios sexuales y corporales que se producen durante la adolescencia se acompañan de importantes cambios psicosociales, por lo que esta etapa es decisiva en el camino hacia la edad adulta.²

Áreas de desarrollo del adolescente:

1. Desarrollo físico: pubertad, desarrollo sexual y desarrollo cerebral;
2. Desarrollo psicológico:
 - Desarrollo cognitivo: cambios en la manera de pensar;
 - Desarrollo afectivo: sentimientos negativos o positivos relacionados con experiencias e ideas; constituye la base de la salud mental;
3. Desarrollo social: relaciones con la familia, los compañeros y el resto de las personas.

Resulta difícil separar estas distintas áreas del desarrollo porque están estrechamente vinculadas entre sí. Por ejemplo, los cambios físicos provocan cambios cognitivos y en la pubertad, se registra un desarrollo tanto físico como emocional.

La adolescencia es una construcción social creada en el contexto de la modernidad con la finalidad de establecer una etapa de preparación y maduración para que las personas se inserten en la vida productiva.³

Para la OMS, la sexualidad es un aspecto central del ser humano a lo largo de la vida que incluye el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción, la cual es vivida y expresada con pensamientos, fantasías,

deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, roles y relaciones. Mientras que la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas siempre son vividas o expresadas.⁴ Estos ámbitos y dimensiones de la sexualidad son plenamente sociales e históricamente constituidos.

Michel Foucault en su planteamiento de la construcción social de la sexualidad, llama la atención sobre tres ejes⁵: "la información de los saberes que a ella se refieren, a los sistemas de poder que regulan su práctica y las formas según las cuales los individuos pueden y deben reconocerse como sujetos de esa sexualidad (sujetos sexuales)". En la "Historia de la Sexualidad", Foucault muestra cómo estos tres ejes se articulan en diferentes momentos de la historia de Occidente en particulares tecnologías de saber-poder y en la emergencia de "la sexualidad", es decir, la idea de que cada persona tiene una "sexualidad" que es también una "verdad" profunda que define todo su ser, en el horizonte cultural de la modernidad.

Por otra parte en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en 1994 en El Cairo Egipto, se definió la salud sexual como el estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad, y no solamente la ausencia de enfermedad. Asimismo, se definió a la salud reproductiva como el estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos; es decir, la capacidad de los individuos y sus parejas de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad para decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de los hijos.

Para que la salud sexual y reproductiva se logre y se mantenga desde una visión integral, es imprescindible que se base en un estado de derecho, donde los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud. Todas las personas, incluyendo adolescentes, deben tener acceso a la información completa y a la educación integral de la sexualidad, así como a los servicios de salud sexual y reproductiva en todo el ciclo de vida.

En otras palabras, para asegurar el desarrollo de una sexualidad saludable, los derechos sexuales deben ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por la sociedad en su conjunto. Aunque en ocasiones los derechos sexuales se relacionan con los derechos reproductivos, no necesariamente la sexualidad se vincula con la reproducción, particularmente entre la población adolescente.

Con base en lo anterior, las políticas de salud dirigidas a la población adolescente, deben promover una cultura de respeto a los derechos sexuales y reproductivos entre la población general del país, así como conductas responsables, saludables e informadas en cuanto a la sexualidad y la reproducción entre la población adolescente. Ello contribuirá a la reducción de embarazos e ITS en la adolescencia.



II. MARCO JURÍDICO

II. MARCO JURÍDICO

En México la atención de la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, está respaldada en un marco jurídico nacional, así como en acuerdos y tratados internacionales. En el terreno nacional, el principal sustento legal de las acciones en esta materia es la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, mientras que la prestación de los servicios se proporciona con base en el marco jurídico y normativo vigente que a continuación se señala.

Legislación nacional

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley General de Salud y su Reglamento.
- Ley General de Población y su Reglamento.
- Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.
- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.
- Ley General de Educación.

Convenios y compromisos internacionales

- Declaración Universal de los Derechos Humanos.
- Convención Internacional sobre los Derechos del Niño.
- Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).
- Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, de El Cairo, Egipto.
- Declaración y Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (CMM), Beijing, 1995.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos⁶

En el Artículo 1º, quinto párrafo establece que: “Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico

o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.”

El Artículo 4o establece que el varón y la mujer son iguales ante la Ley y que toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos.

Ley General de Salud⁷

En el Artículo 67 se menciona que la planificación familiar tiene carácter prioritario. En sus actividades se debe incluir la información y orientación educativa para adolescentes y jóvenes. Asimismo, señala que para contribuir a disminuir el riesgo reproductivo, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien después de los 35, así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número; todo ello, mediante una correcta información anticonceptiva a la pareja, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa.

También señala que los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos con pleno respeto a su dignidad.

El Artículo 68 establece que los servicios de planificación familiar incluyen la promoción del desarrollo de programas de comunicación educativa en materia de planificación familiar y educación sexual, la atención y vigilancia de los usuarios, la asesoría, supervisión y evaluación de la prestación de los servicios, el apoyo y fomento de la investigación, la existencia de los métodos anticonceptivos y de otros insumos necesarios, y la recopilación, sistematización y actualización de la información necesaria para el adecuado seguimiento de las actividades desarrolladas.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica⁸

El Artículo 118 establece que será obligación de las instituciones de los sectores público, social y privado proporcionar de manera gratuita, dentro de sus instalaciones, los servicios en los que se incluye información, orientación y motivación respecto a la planificación familiar, de acuerdo con las normas oficiales mexicanas que emita la Secretaría de Salud.

Reglamento de la Ley General de Población⁹

El Artículo 16 refiere que la información y los servicios de salud, educación y demás similares, que estén relacionados con programas de planificación familiar, serán gratuitos cuando sean prestados por dependencias y organismos del sector público.

El Artículo 17 señala que los programas de planificación familiar incorporarán el enfoque de género e informarán de manera clara y llana sobre fenómenos demográficos y de salud reproductiva, así como las vinculaciones de la familia con el proceso general de desarrollo, e instruirán sobre los medios permitidos por las leyes para regular la fecundidad.

El Artículo 18 indica que la educación e información sobre planificación familiar deberán dar a conocer los beneficios que genera decidir de manera libre y responsable sobre el número y espaciamiento de los hijos y la edad para concebirlos. Asimismo, deberán incluir la orientación sobre los riesgos a la salud que causan infertilidad y las estrategias de prevención y control. El Consejo pondrá especial atención en proporcionar dicha información a jóvenes y adolescentes.

El Artículo 20 expone que los servicios de salud, salud reproductiva, educativos y de información sobre programas de planificación familiar garantizarán a la persona la libre decisión sobre los métodos que para regular su fecundidad desee emplear.

También señala que queda prohibido obligar a las personas a utilizar contra su voluntad métodos de regulación de la fecundidad. Cuando las personas opten por el empleo de algún método anticonceptivo permanente, las instituciones o dependencias que presten el servicio deberán responsabilizarse de que las y los usuarios reciban orientación adecuada para la adopción del método, así como de recabar su consentimiento, mediante la firma o la impresión de la huella dactilar en los formatos correspondientes.

Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes¹⁰

El Artículo 28 señala que Niñas, Niños y Adolescentes tienen derecho a la salud. También se menciona que las autoridades federales, del Distrito Federal, estatales y

municipales en el ámbito de sus respectivas competencias, se mantendrán coordinados a fin de:

- Establecer las medidas tendientes a prevenir embarazos tempranos.
- Establecer las medidas tendientes a que en los servicios de salud se detecten y atiendan de manera especial los casos de infantes y adolescentes víctimas o sujetos de violencia familiar.
- Atender de manera especial las enfermedades endémicas, epidémicas, de transmisión sexual y del VIH/SIDA, impulsando programas de prevención e información sobre ellas.

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación¹¹

En el Artículo 9 fracción VI se menciona que se considera como discriminación, entre otras, negar o limitar información sobre derechos sexuales y reproductivos o impedir el libre ejercicio de la determinación del número y espaciamiento de los hijos e hijas.

Ley General de Educación¹²

En el Artículo 2 se hace referencia al derecho de todo individuo a recibir educación de calidad.

En su Artículo 7 fracción X, se señala que la educación que imparte el estado tendrá como fin, el desarrollar actitudes solidarias en los individuos, y crear conciencia sobre la preservación de la salud, el ejercicio responsable de la sexualidad, la planeación familiar y la paternidad responsable, sin menoscabo de la libertad y del respeto absoluto a la dignidad humana.

Adicionalmente, el Artículo 8 entre otras consideraciones, indica que la educación impartida deberá basarse en los resultados del progreso científico, y luchará contra la formación de estereotipos y discriminación y violencia, especialmente la ejercida contra las mujeres.

Convenios y compromisos internacionales

Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo¹³

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo, Egipto en 1994, tuvo como objeto elaborar un Programa de Acción para disminuir inequidades y promover el desarrollo de la población. En su programa de acción, se propuso mejorar la salud sexual y reproductiva en todo el mundo, incluyendo la salud sexual y reproductiva de la población adolescente.



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. Asimismo señala que 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, además los hijos e hijas de madres jóvenes tienen niveles más elevados de morbilidad y mortalidad.

La CIPD planteó la necesidad de proteger y propiciar los derechos de las y los adolescentes a información y servicios de salud reproductiva. Los Estados Parte se comprometieron a asegurar que los programas y las actitudes de los prestadores de servicios de salud no limiten el acceso de las y los adolescentes a los servicios y a la información que necesitan, así como a salvaguardar sus derechos a la intimidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento basado en una información correcta.

Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (CDN)¹⁴

La CDN efectuada en Nueva York, Estados Unidos, en 1989 puso énfasis en la necesidad de que los Estados Parte ofrezcan información a las y los adolescentes sobre salud sexual y reproductiva, incluyendo planeación familiar y métodos anticonceptivos, los peligros del embarazo temprano, la prevención del VIH/SIDA y la prevención y el tratamiento de las ITS. En suma, los Estados Parte deben asegurar que la población adolescente tenga acceso a información adecuada, independientemente de su estado civil, con o sin el consentimiento de sus padres o tutores.

Tratados internacionales vinculantes

- Declaración Universal de Derechos Humanos, por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948. Referente ético de la constitución nacional, otros documentos de la ONU y documentos regionales de derechos humanos como:
- Convención Americana sobre Derechos Humanos Pacto de San José de Costa Rica, 1969.
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1979.
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Entrado en vigor en México en 1981.
- Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESyC). Entrado en vigor en México en 1981.

- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Protocolo de San Salvador. 1988. Vinculante.
- Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), 1990.
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer, en Belem Do Para en 1994.
- Cuarta Conferencia Mundial sobre Mujer, en Beijing en 1995 (y sus procesos +5 y +10).
- Declaración del Milenio, por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2000.
- Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe 2007, Consenso de Quito.
- Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes (CIDJ), 2008.
- Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, agosto 2013.

Marco Normativo

Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, De los servicios de planificación¹⁵

Su aplicación tiene como objeto unificar los principios, criterios de operación, políticas y estrategias para los servicios de planificación familiar en México dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos, basada en la aplicación del enfoque de salud reproductiva.

Entre sus disposiciones se establece brindar orientación-consejería, particularmente a adolescentes. Señala que la prescripción de métodos anticonceptivos temporales está indicada para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas o multíparas, incluyendo a adolescentes.

NOM-046-SSA2-2005, Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres. Criterios para la Prevención y Atención¹⁶

Si bien cualquier persona puede ser susceptible de sufrir agresiones por parte del otro, las estadísticas apuntan hacia niños, niñas y mujeres como sujetos que mayoritariamente viven situaciones de violencia familiar y sexual. En el caso de niños, niñas y adolescentes, ésta es una manifestación del abuso de poder en función de la edad, principalmente, mientras que en el caso de las mujeres, el trasfondo está en la inequidad y el abuso de poder en las relaciones de género. La violencia contra la

mujer, tanto la familiar como la ejercida por extraños, está basada en el valor inferior que la cultura otorga al género femenino en relación con el masculino y la consecuente subordinación de la mujer al hombre.

El reto es coadyuvar a la prevención, detección, atención, disminución y erradicación de la violencia familiar y sexual, principalmente en la población infantil y adolescente.

NOM-010-SSA-1993, Para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana¹⁷

En su apartado 5.3.3., se señala que se debe instruir a la población acerca de las medidas personales para prevenir esta infección, con énfasis en los grupos vulnerables, especialmente los adolescentes.

NOM-039-SSA-2002, Para la Prevención y Control de la Infecciones de Transmisión Sexual¹⁸

En el inciso 6.6 en materia de vigilancia epidemiológica, se señala que las y los adolescentes son una población vulnerable y por lo tanto se considera una prioridad evitar la deserción y la falta de adhesión al tratamiento.



III. DIAGNÓSTICO

III. DIAGNÓSTICO

III.1 Antecedentes

A partir de la “Declaración de Monterrey” efectuada en 1993, la Secretaría de Salud sentó las bases para iniciar el Programa de Atención a la Salud Integral en Adolescentes, con énfasis en salud reproductiva. Un año después, dentro de las unidades de la Secretaría de Salud, inició el funcionamiento de servicios de atención para adolescentes denominados “Módulos Amigables”. La meta principal era proporcionar consejería y orientación sobre planificación familiar, prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazos no planeados, así como otorgar atención a adolescentes embarazadas. De la misma manera, se lanzó una campaña de información, educación y comunicación con el lema “En Buen Plan, Planifiquen”.

En 1995, se instaló el Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva (GISR), constituido por las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud y organizaciones de la sociedad civil.

Entre el año 2000 y 2001 se llevó a cabo el proyecto “Estrategias para el Mejoramiento de la Salud Reproductiva en Comunidades Indígenas”, en colaboración con el Instituto Nacional Indigenista. Como resultado de este proyecto se llevó a cabo el “Primer encuentro estatal de brigadas juveniles y talleres de información para la promoción de la salud reproductiva en comunidades indígenas”, los cuales se continuaron como Talleres de Capacitación-Sensibilización en Salud Sexual y Reproductiva, cuyo objetivo consistía en promover un acercamiento cultural y de participación entre los distintos terapeutas tradicionales y el personal de salud institucional, y es a través de éstos que se logra la integración de las “Brigadas Juveniles” dirigidas a la población adolescente de las comunidades indígenas, con el propósito de capacitar a dicha población en temas de salud sexual y reproductiva para apoyar la educación entre pares.

A partir de la creación del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) en el 2003, se implementó el programa de “Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes” con la misión de contribuir a incorporar la perspectiva de género en salud y a mejorar la salud sexual y reproductiva de la población a través de acciones sustentadas en evidencias científicas, con un sentido humanitario y de compromiso social.

En 2004 se realizó un diagnóstico situacional de los servicios amigables en las 32 entidades federativas. Como resultado, se reestructuró el modelo de atención modificando horarios de atención, integración del equipo multidisciplinario, así como cambios en el área física. Aunado a esto, se realizó una evaluación externa del “Modelo Educativo para la Atención de la Salud Sexual y Reproductiva en Comunidades Indígenas”, en el cual se identifica como una estrategia innovadora el trabajo que desarrollan las Brigadas Juveniles.

Durante 2007, con la finalidad de responder a las cada vez mayores necesidades de la población adolescente mexicana, la Secretaría de Salud por primera vez convocó a las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud y a las Organizaciones de la Sociedad Civil y a otros sectores expertos en la materia, a participar en la elaboración del PAE de Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes 2007-2012, en el cual se establecieron objetivos, metas, estrategias y líneas de acción que todas las instituciones deberían observar para su aplicación. Para promover la participación de la población adolescente urbana, rural e indígena, se convocó al “Primer Premio Nacional de Brigadistas y Promotores/ras Juveniles 2007”, cuyo objetivo fue reconocer y estimular el trabajo de participación comunitaria, el trabajo con los Servicios Amigables, así como el intercambio de experiencias entre las y los participantes.

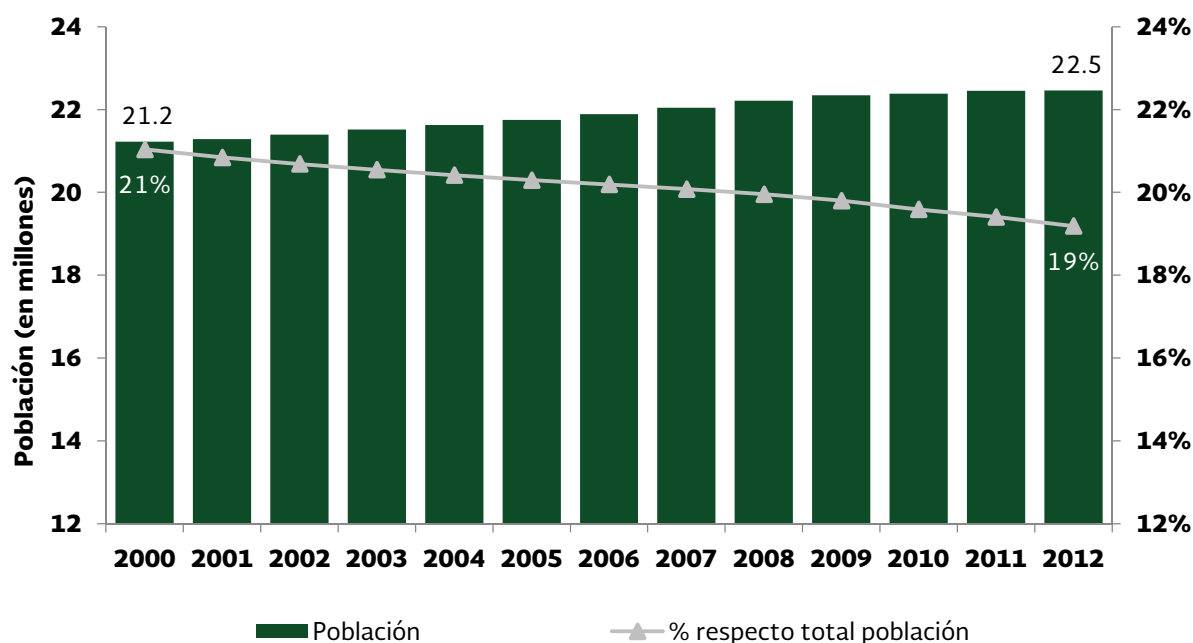
En 2009 se estableció el “Grupo de Atención a la Salud de la Adolescencia” (GAIA) conformado por diversas dependencias pertenecientes a la Subsecretaría de Prevención y Promoción a la Salud. Su objetivo fue la coordinación de diversas acciones de salud dirigidas a la población adolescente. En 2013 se comenzó la institucionalización del Modelo de Atención Integral para la Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes.

III.2 Situación Actual y Problemática

La OMS refiere que en el año 2010 el número de adolescentes de 10 a 19 años en el mundo era de aproximadamente 1,200 millones, cifra que representaba el 18% de la población mundial de ese año.¹⁹

En México, de acuerdo con las proyecciones de población del Consejo Nacional de Población (CONAPO), el número de adolescentes ascendió a cerca de 22.5 millones en el año 2012, lo que representa el 19.1 por ciento de la población total del país en ese año (117.1 millones).²⁰ El número de adolescentes en el país aumentó de 21.2 millones en el año 2000 a 22.5 millones en el 2012 (Gráfica 1), lo que representa un incremento de 5.5%. Se estima que este grupo llegará a 22.2 millones en el 2018. Destaca el hecho de que en los últimos años, el número de hombres es discretamente mayor al de mujeres. (Cuadro 1)

Gráfica 1. Población adolescente de 10 a 19 años de edad. Nacional 2000-2012



Fuente: CONAPO; Proyecciones de la población de México 1990-2030.

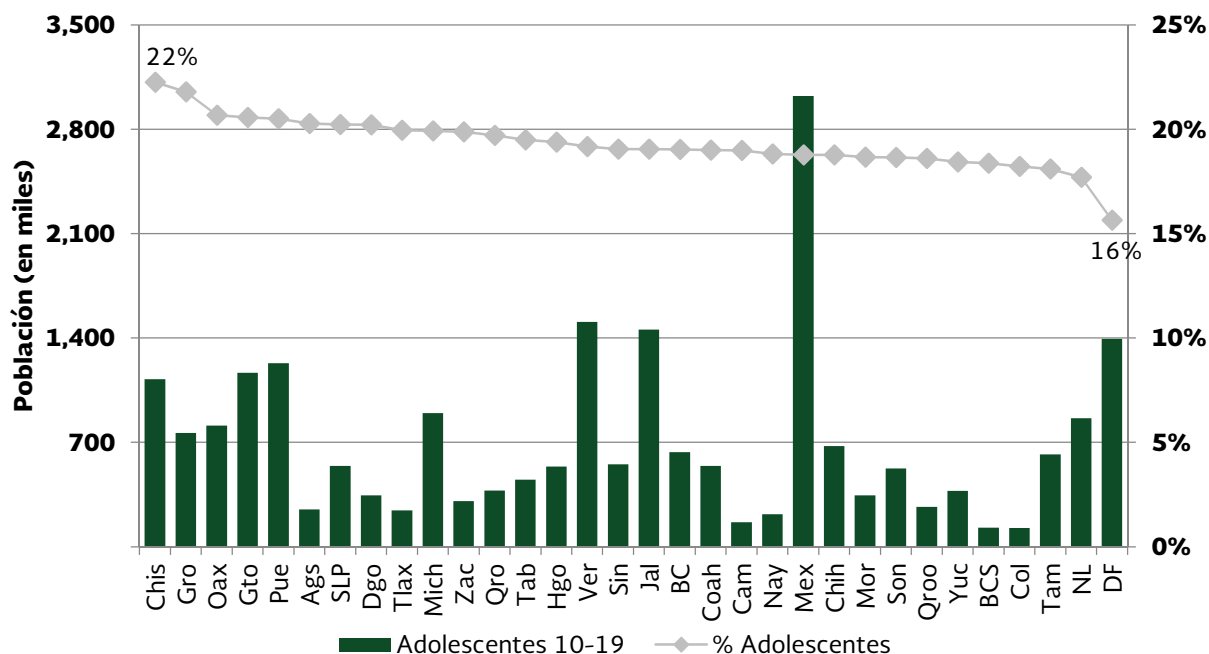
Al interior del país, el Estado de México es la entidad federativa con mayor número de adolescentes (más de tres millones), le siguen en importancia Veracruz y Jalisco con alrededor de 1.5 millones de adolescentes. No obstante, el peso relativo de la población adolescente respecto a la población total de cada entidad federativa varía significativamente. Así, mientras en Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Guanajuato y Puebla, la población adolescente representa más del 20% de la población total del estado, en el Distrito Federal la población de 10 a 19 años de edad representa solo el 16% de la población total en la entidad. (Gráfica 2)

Cuadro 1. Población adolescente de 10 a 19 años de edad por sexo y peso relativo respecto a la población total del país, 2000-2012

Año	Población adolescente de 10 a 19 años de edad						Población nacional	
	Hombres		Mujeres		Total		Total (millones)	Porcentaje de población adolescente
	Absoluto (millones)	Porcentaj e	Absoluto (millones)	Porcentaj e	Absoluto (millones)	Porcentaj e		
2000	10.6	49.8	10.7	50.2	21.2	100.0	100.9	21.0
2001	10.6	49.8	10.7	50.2	21.3	100.0	102.1	20.8
2002	10.7	49.8	10.7	50.2	21.4	100.0	103.4	20.7
2003	10.7	49.8	10.8	50.2	21.5	100.0	104.7	20.5
2004	10.8	49.9	10.8	50.1	21.6	100.0	106.0	20.4
2005	10.9	49.9	10.9	50.1	21.7	100.0	107.2	20.3
2006	10.9	50.0	11.0	50.0	21.9	100.0	108.4	20.2
2007	11.0	50.1	11.0	49.9	22.0	100.0	109.8	20.1
2008	11.1	50.2	11.1	49.8	22.2	100.0	111.3	20.0
2009	11.2	50.3	11.1	49.7	22.3	100.0	112.9	19.8
2010	11.3	50.3	11.1	49.7	22.4	100.0	114.3	19.6
2011	11.3	50.5	11.1	49.5	22.4	100.0	115.7	19.4
2012	11.4	50.6	11.1	49.4	22.5	100.0	117.1	19.2

Fuente: CONAPO; Proyecciones de la población de México, 2000-2050

**Gráfica 2. Población adolescente de 10 a 19 años de edad por entidad federativa, 2012
(en orden de mayor a menor peso porcentual)**



Fuente: CONAPO; Proyecciones de la población de México 2000-2050

Características sociodemográficas

El análisis de la población adolescente según características sociodemográficas permite orientar las políticas públicas, de acuerdo con su condición y necesidades específicas.

Según el Censo de Población y Vivienda 2010, la población de 10 a 19 años representa cerca del 20% de la población total del país, con una estructura semejante tanto en hombres como en mujeres. (Cuadro 2) Casi 75% de la población adolescente radica en áreas urbanas y poco más del seis por ciento habla alguna lengua indígena.

Un aspecto que llama la atención es que más del 35% de este sector de la población no cuenta con servicios de salud. En el grupo de 15 a 19 años de edad este indicador representa alrededor del 40%, tanto en hombres como en mujeres. (Cuadro 2)

Cuadro 2. Características sociodemográficas de la población adolescente por grupos de edad y sexo, 2010

	Hombres		Mujeres		Total
	10 –14 años	15 - 19 años	10 –14 años	15 - 19 años	
Población absoluta	5,547,613	5,520,121	5,392,324	5,505,991	21,966,049
Porcentaje respecto a la población total del país	4.9 %	4.9 %	4.8 %	4.9 %	19.5 %
Lugar de residencia					
Área urbana	72.9 %	74.2 %	72.9 %	74.3 %	73.6 %
Área rural	27.2 %	25.8 %	27.1 %	25.7 %	26.4 %
Condición de habla de lengua indígena					
Hablan	6.3 %	6.2 %	6.4 %	6.3 %	6.3 %
No hablan	93.1 %	93.3 %	93.1 %	93.2 %	93.2 %
No especificado	0.6 %	0.5 %	0.5 %	0.5 %	0.5 %
Servicios de salud					
Con servicios	67.6 %	59.0 %	67.5 %	61.3 %	63.8 %
Sin servicios	32.1 %	40.6 %	32.1 %	38.4 %	35.8 %
No especificado	0.3 %	0.4 %	0.3 %	0.4 %	0.3 %

Con respecto al estado civil, destaca que en adolescentes de 12 a 19 años de edad, el 8.31% de las mujeres declaró en el 2010 estar casada o en unión libre, cifra que desciende a 3.98% en el caso de los hombres. (Cuadro 3)

Cuadro 3. Distribución porcentual de la población de 12 a 19 años de edad por sexo y estado conyugal. Nacional, 2010

	Hombres	Mujeres
Solteros	95.12	88.56
Casados	0.93	0.91
En unión libre	3.05	7.40
Separados	0.10	0.56
Divorciados	0.01	0.03
Viudos	0.01	0.04
No especificados	0.78	2.50

Fuente: INEGI; Censo de Población y Vivienda 2010

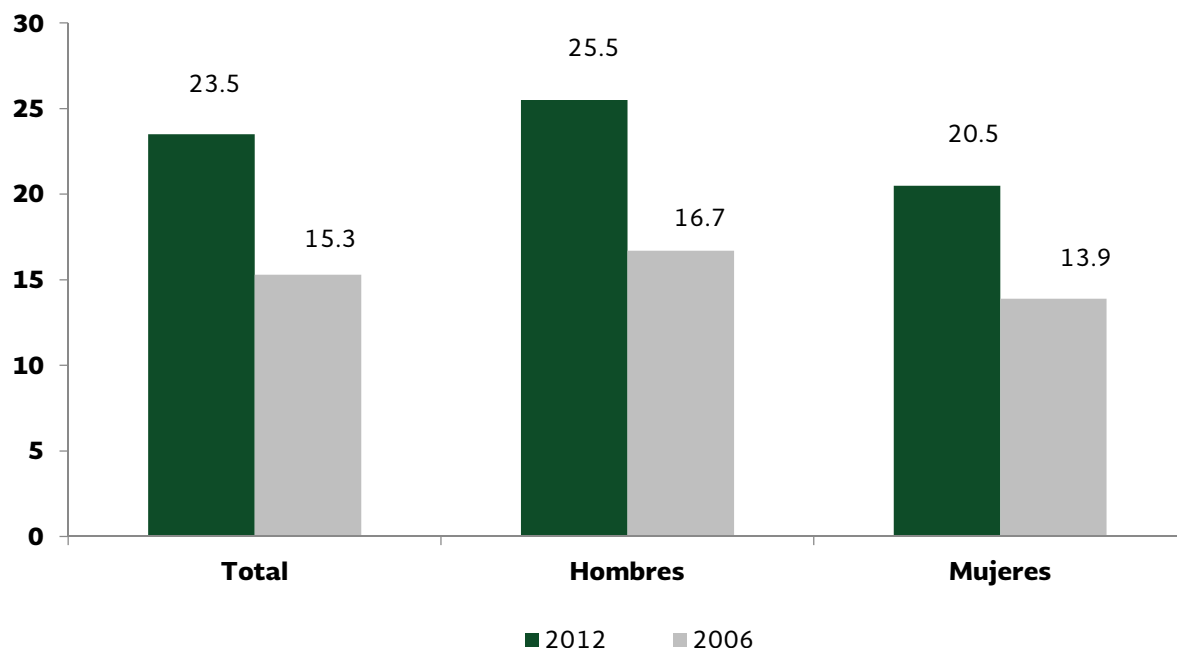
Conocimiento de métodos anticonceptivos

El conocimiento de anticonceptivos representa una condición necesaria para contribuir a una vida sexual responsable y protegida entre adolescentes. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT)²¹ el 90%, del total de adolescentes de 12 a 19 años de edad a nivel nacional manifestó conocer o haber escuchado hablar de algún método anticonceptivo. Por su parte, el 78.5% señaló que sabe de la utilidad del condón masculino, tanto para evitar un embarazo como para prevenir infecciones de transmisión sexual.

Inicio de la vida sexual activa

El inicio de las relaciones sexuales influye trascendentalmente en el proyecto de vida de la población adolescente²². En 2012, el porcentaje de población adolescentes de 12 a 19 años que declaró haber tenido relaciones sexuales fue de 23.5% a nivel nacional, (Gráfica 3) con diferencias importantes por sexo (25.5% en hombres y 20.5% en mujeres).²¹

Gráfica 3. Porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años de edad que han tenido relaciones sexuales, según sexo. Nacional 2006 y 2012



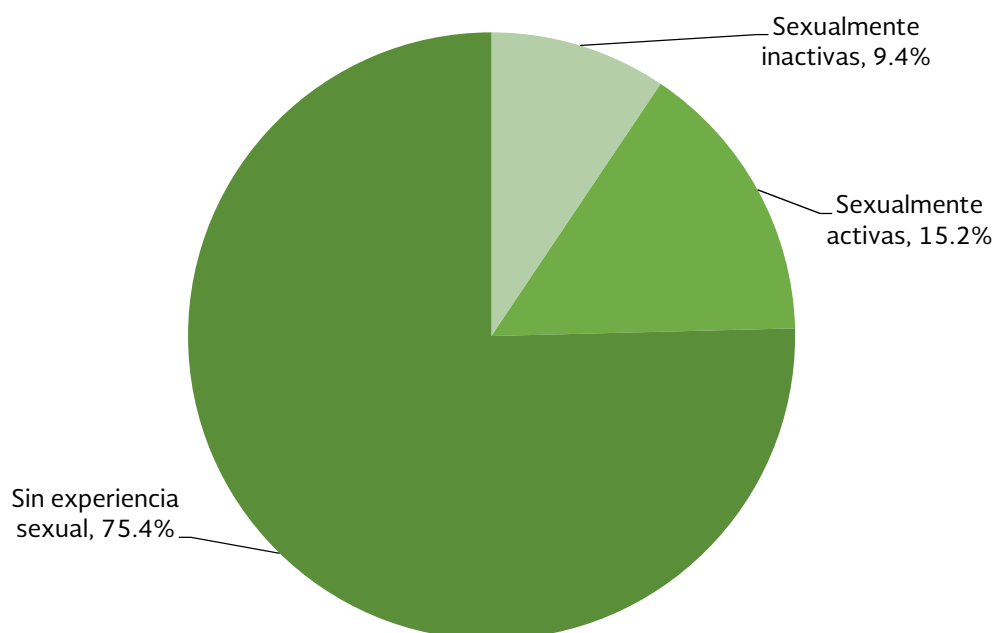
Fuente: SALUD/ INSP; ENSANUT 2012.

La ENSANUT 2012 reveló además que tres de cada diez mujeres adolescentes de 15 a 19 años ya habían iniciado su vida sexual.²³

Por otra parte, la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009 (ENADID) documentó que la edad promedio al inicio de las relaciones sexuales en las mujeres adolescentes es de 15.9 años, y que la mitad de estas adolescentes iniciaron su vida sexual antes de los 15.4 años²⁴, lo que indica la necesidad de intensificar las acciones de información orientadas a favorecer el ejercicio responsable, informado y protegido de la sexualidad, desde edades muy tempranas.

La ENADID 2009 también permitió conocer que entre el total de las mujeres adolescentes de 15 a 19 años, el 24.6% declaró haber tenido ya una experiencia sexual. Sin embargo sólo el 15.2% tienen una vida sexual activa. (Gráfica 4)

Gráfica 4. Distribución porcentual de mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad según condición de actividad sexual. Nacional, 2009



Fuente: CONAPO; ENADID 2009

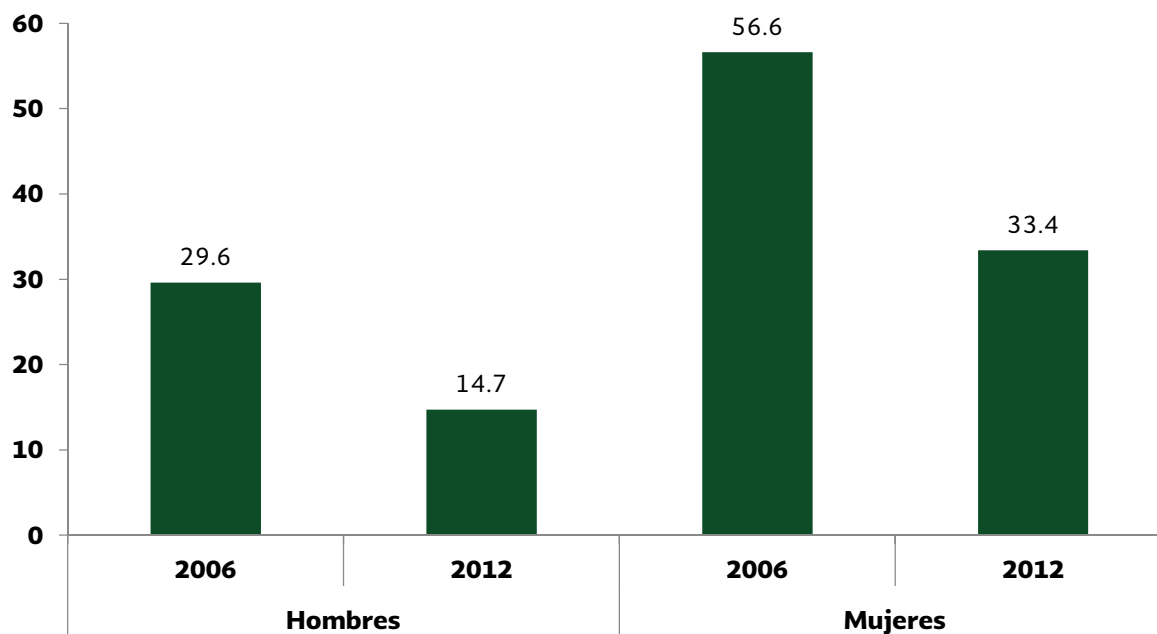
Uso de métodos anticonceptivos entre adolescentes

De acuerdo con la ENADID 2009, la prevalencia de uso de anticonceptivos entre mujeres unidas de 15 a 19 años de edad fue de 44.4%, cifra ligeramente inferior a 1997 (45.0%). Se trata del grupo de edad con la menor prevalencia de uso de anticonceptivos en mujeres en edad fértil unidas, y el único que presenta un descenso en este indicador entre 1997 y 2009.

Por otra parte, entre hombres de 12 a 19 años de edad que son sexualmente activos, 14.7% señalaron en 2012²¹ que no utilizaron un método anticonceptivo en su primera relación, indicador que se incrementa a 33.4% para el caso de las mujeres del mismo grupo de edad, lo que revela la importancia de intensificar las acciones de información y orientación dirigidas a la práctica del sexo seguro y protegido, con enfoque de género e interculturalidad.

Es importante señalar, sin embargo, que en comparación con 2006²⁵, se observa un descenso importante en el porcentaje de adolescentes que no utilizan un método anticonceptivo en su primera relación sexual, tanto en hombres como en mujeres. (Gráfica 5)

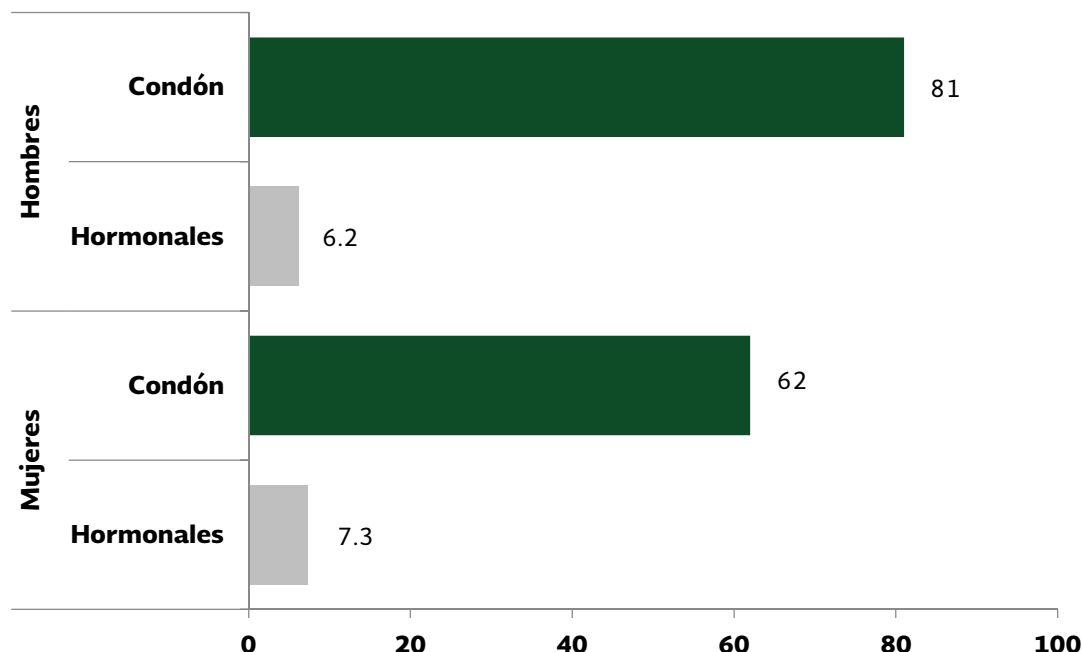
Gráfica 5. Porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años de edad con vida sexual activa que no utilizaron algún método anticonceptivo en su primera relación según sexo. Nacional 2006 y 2012



Fuente: SALUD/INSP; ENSANUT 2006 y 2012.

Entre adolescentes que ya iniciaron su vida sexual, el condón es el método más utilizado, el 81% de los hombres declararon que lo usaron en su primera relación sexual, cifra que disminuye a 62% en el caso de las mujeres. (Gráfica 6)

Gráfica 6. Porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años de edad que utilizaron algún anticonceptivo en su primera relación sexual por tipo de método según sexo. Nacional 2012



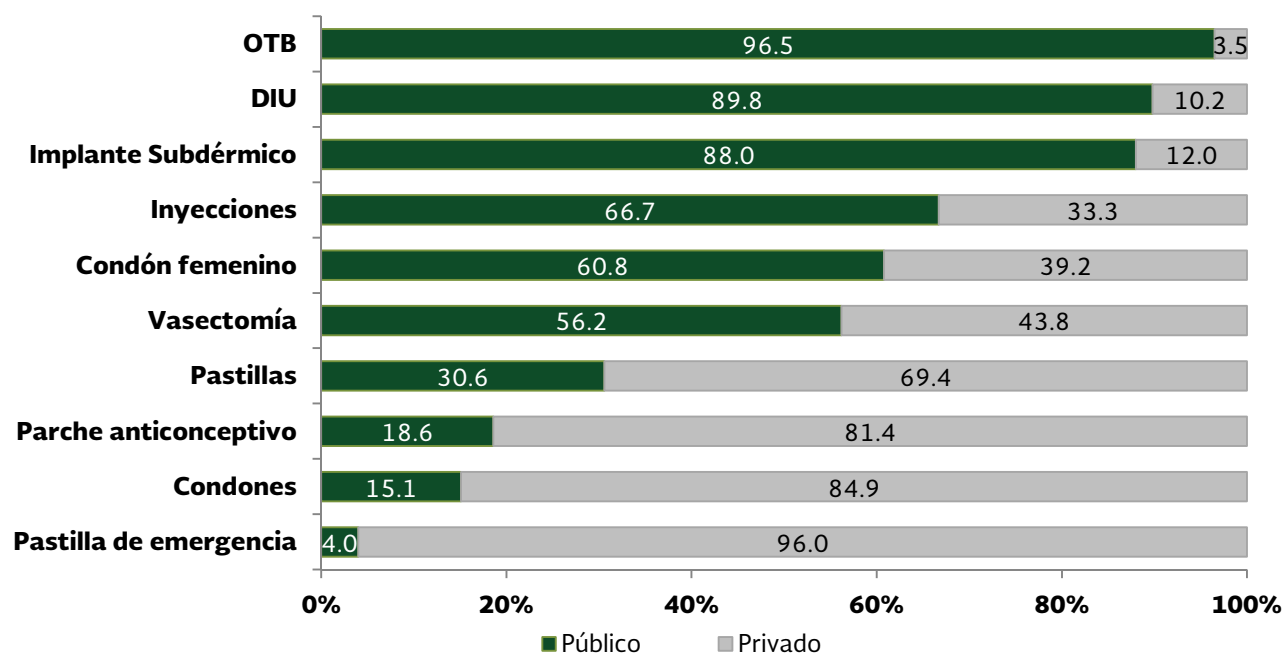
Fuente: SALUD/INSP; ENSANUT 2012.

Es importante resaltar que sólo 32.7% de los adolescentes que usan condones señalaron que los han recibido en forma gratuita, por lo que 67.3% han tenido que recurrir a comprarlos en algún establecimiento o farmacia.

De manera particular, entre las adolescentes de 15 a 19 años que son sexualmente activas, sólo el 54.6 % utiliza algún método anticonceptivo para regular su fecundidad, por lo cual 45.4% está expuesta a un embarazo y/o a una infección de transmisión sexual.²⁴ Entre las usuarias adolescentes de este grupo de edad, 39.1% usa el condón; 23.2% el dispositivo intrauterino (DIU); 10.4% los hormonales orales, 10.4% las inyecciones; 5.7% el implante subdérmico; el 7.7% métodos tradicionales y el 3.6% restante, algún otro método. Llama la atención que el 0.8% usa la anticoncepción de emergencia como método anticonceptivo.²⁶

Vale la pena resaltar que las adolescentes usuarias de oclusión tubaria bilateral (OTB), DIU, implante subdérmico, inyecciones y el condón femenino obtienen el método principalmente en el sector público, el resto de los métodos se obtienen en gran medida en el sector privado, particularmente en el caso de la pastilla de emergencia, condón masculino, pastillas y parche anticonceptivo (Gráfica 7).

Gráfica 7. Distribución porcentual de mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad sexualmente activas que usan algún anticonceptivo según tipo y lugar de obtención del método. Nacional, 2009



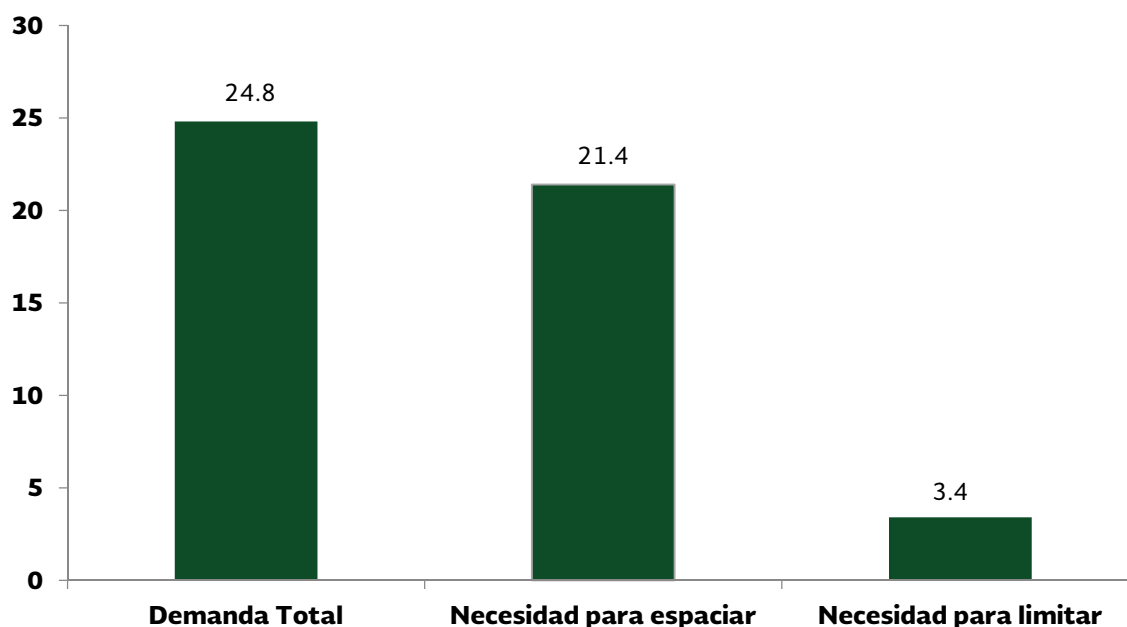
Fuente: CONAPO; ENADID 2009

Necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos

De acuerdo con la ENADID 2009, entre las adolescentes de 15 a 19 años de edad casadas o unidas, que no desean tener hijos durante un tiempo o no desean tener hijos nunca más en su vida, el 24.8% no usa ningún método anticonceptivo, lo que coloca a este grupo de mujeres con el porcentaje más alto de demanda insatisfecha de anticonceptivos. (Gráfica 8)

La demanda no satisfecha para espaciar el siguiente nacimiento es de 21.4% en este grupo de mujeres, mientras que la demanda no satisfecha para limitar el tamaño de la familia es de 3.4%, lo que señala el reto de intensificar las acciones de información y prestación de servicios de anticoncepción dirigidos a este grupo de la sociedad.

Gráfica 8. Porcentaje de adolescentes unidas de 15 a 19 años de edad con demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos. Nacional 2009



Fuente: CONAPO; ENADID 2009

Fecundidad en adolescentes

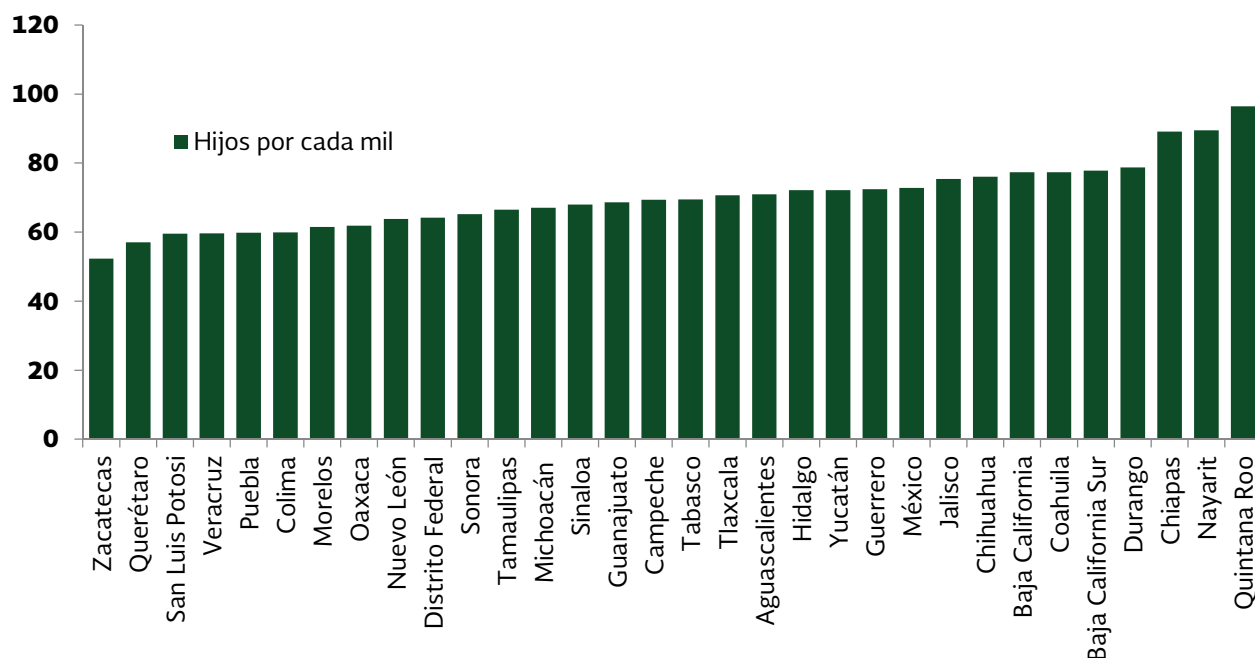
La tasa específica de fecundidad en adolescentes a nivel nacional fue de 69.5 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 19 años de edad en 2009 (ENADID), lo que representa una reducción de 14.7% respecto al valor estimado en 1992 (81.4 nacimientos por cada mil mujeres) de este grupo de edad. A pesar de que la fecundidad adolescente muestra un descenso importante en las últimas décadas, la reducción es menor a la observada en otros grupos de edad.

La ENADID 2009 reveló también que entre las adolescentes de 15 a 19 años que tuvieron un hijo o una hija, el 27.4% reportó no haber planeado su embarazo y el 12.9% no haberlo deseado, lo que indica la necesidad de reforzar las acciones de información orientadas a la prevención de embarazos en adolescentes.²⁶

Las entidades federativas que presentaron las tasas más altas de fecundidad en adolescentes en ese año, son Quintana Roo con 96.4, Nayarit con 89.5 y Chiapas con 89.1. (Gráfica 9) Por el contrario, los estados con la fecundidad adolescente más baja son San Luis Potosí, Querétaro y Zacatecas respectivamente con 59.5, 57.0 y 52.3 nacimientos por cada mil adolescentes de 15 a 19 años de edad.²⁶

Por otra parte, de acuerdo con la ENSANUT 2012, del total de las adolescentes de 12 a 19 años de edad que habían tenido relaciones sexuales, el 51.9% mencionó que alguna vez en su vida ha estado embarazada.²¹

Gráfica 9. Tasa de fecundidad en mujeres adolescentes de 15 a 19 años por entidad federativa, 2009



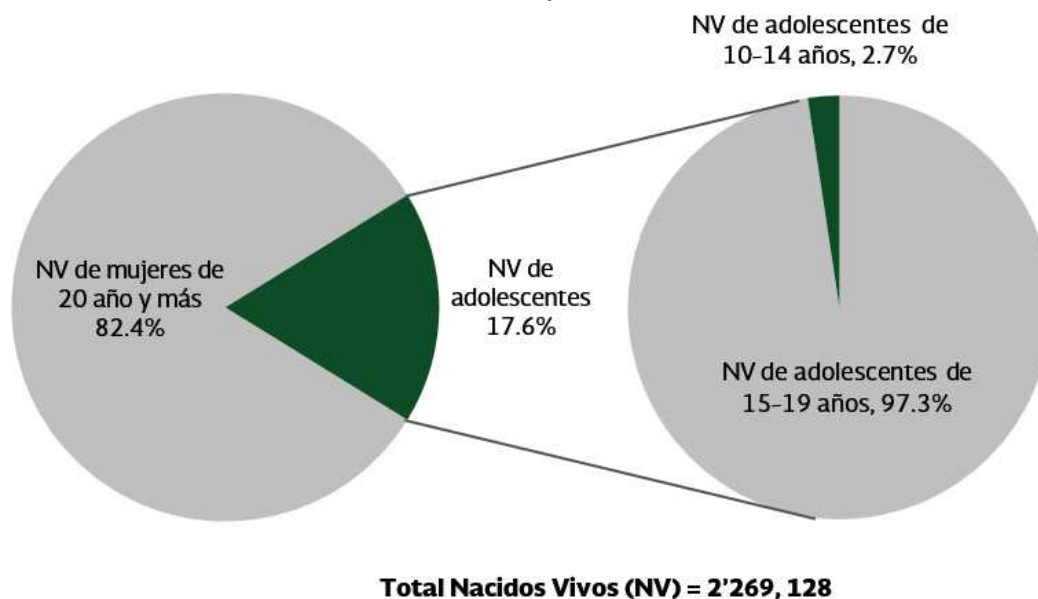
Fuente: CONAPO; ENADID 2009.

Nacimientos registrados de madres adolescentes

Del total de nacimientos registrados en el país en 2012, 400 mil fueron de madres adolescentes de 10 a 19 años,²⁷ lo que representa el 17.6% del total nacional. De los cuales el 2.6% se registraron en madres menores de 15 años. (Gráfica 10)

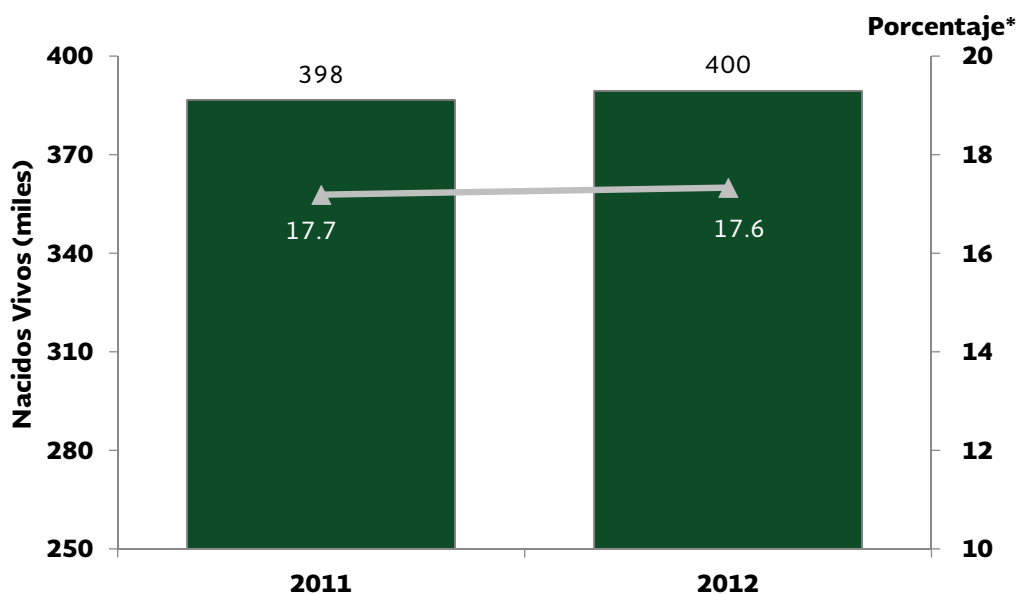
Es importante destacar que no hubo cambios significativos durante 2011 y 2012, en cuanto a la tendencia de los nacimientos registrados en las adolescentes de 15 a 19 años de edad. (Gráfica 11)

Gráfica 10. Nacidos vivos registrados de madres adolescentes de 10 a 19 años de edad. Nacional, 2012



Fuente: SALUD/ DGIS; SINAC 2012. Incluye ajuste por sub-registro.

Gráfica 11. Nacidos vivos de madres adolescentes de 15 a 19 años de edad y su tasa de fecundidad. Nacional, 2011-2012

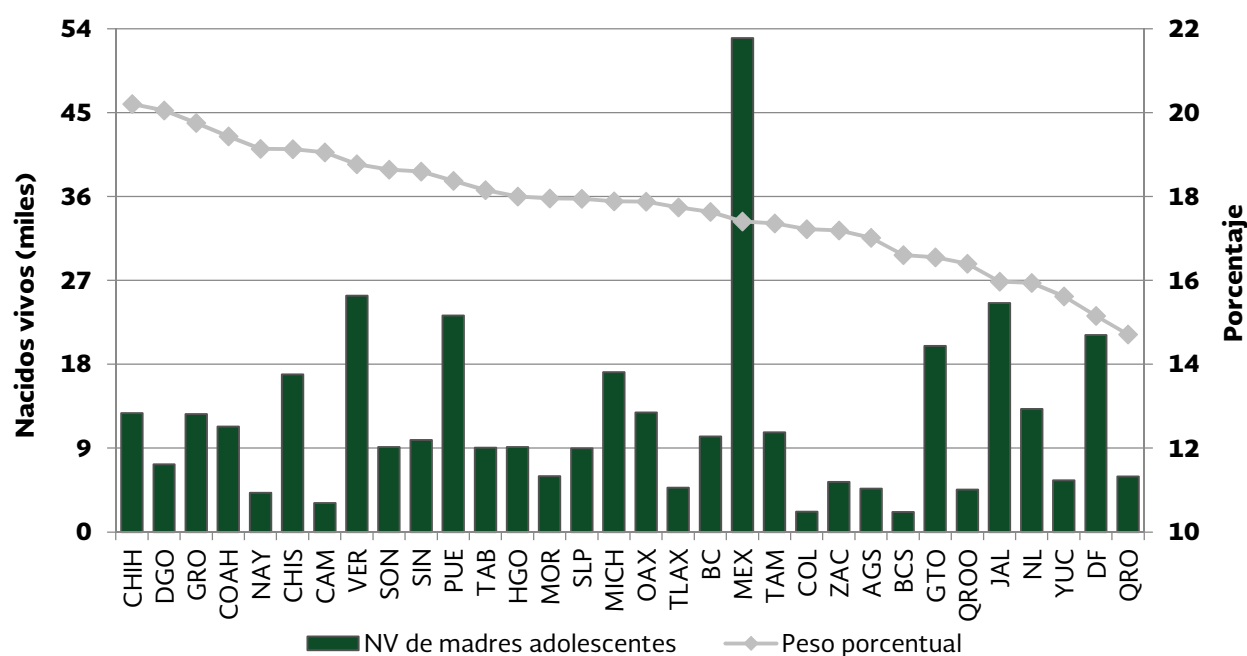


*/ Porcentaje de nacimientos en madres adolescentes respecto al total de nacimientos registrados en el país.

Fuente: SALUD/ DGIS; SINAC 2013

El Estado de México es la entidad federativa donde se registra el mayor número de nacimientos (cerca de 54 mil). Sin embargo, en Chihuahua, Durango, Guerrero, Coahuila, Nayarit, Chiapas y Campeche, más del 19% del total de nacimientos registrados en cada entidad fueron de madres adolescentes. Por el contrario en Nuevo León, Yucatán, Distrito Federal y Querétaro, este indicador es inferior a 16%. (Gráfica12)

Gráfica 12. Nacidos vivos (NV) de madres adolescente de 10 a 19 años de edad y su porcentaje respecto al total de NV por entidad federativa, 2012



Fuente: SALUD/DGIS; SINAC, 2012.

Cuadro 4. Principales ITS en población adolescente de 10 a 19 años de edad; número de casos nuevos y tasa de incidencia. Nacional 2006 y 2012

ITS	Casos nuevos		Tasa de Incidencia *	
	2006	2012	2006	2012
Linfogranuloma Venéreo	31	21	0.14	0.09
Hepatitis B	24	52	0.11	0.23
Chancro	62	78	0.28	0.35
SIDA	173	168	0.79	0.75
Infección Asintomática VIH	167	365	0.76	1.63
Infección Gonocócica	141	172	0.64	0.77
Herpes Genital	122	231	0.56	1.03
Sífilis Adquirida	279	289	1.27	1.29
VPH	1,097	1,789	5.01	7.97
Tricomoniasis Urogenital	11,399	10,617	52.08	47.27
Total	13,495	13,782	61.66	61.36

Fuente: SALUD/DGE; SUIVE, 2006 y 2012.

SALUD/CENSIDA; casos nuevos de SIDA 2006 y 2012.

*Incidencia de casos por cada 100 mil adolescentes de 10 a 19 años de edad.

Incidencia de ITS en adolescentes

De acuerdo con la OMS, diariamente más de un millón de personas en todo el mundo adquiere una ITS, lo que representa un problema de salud pública.^{28 y 29}

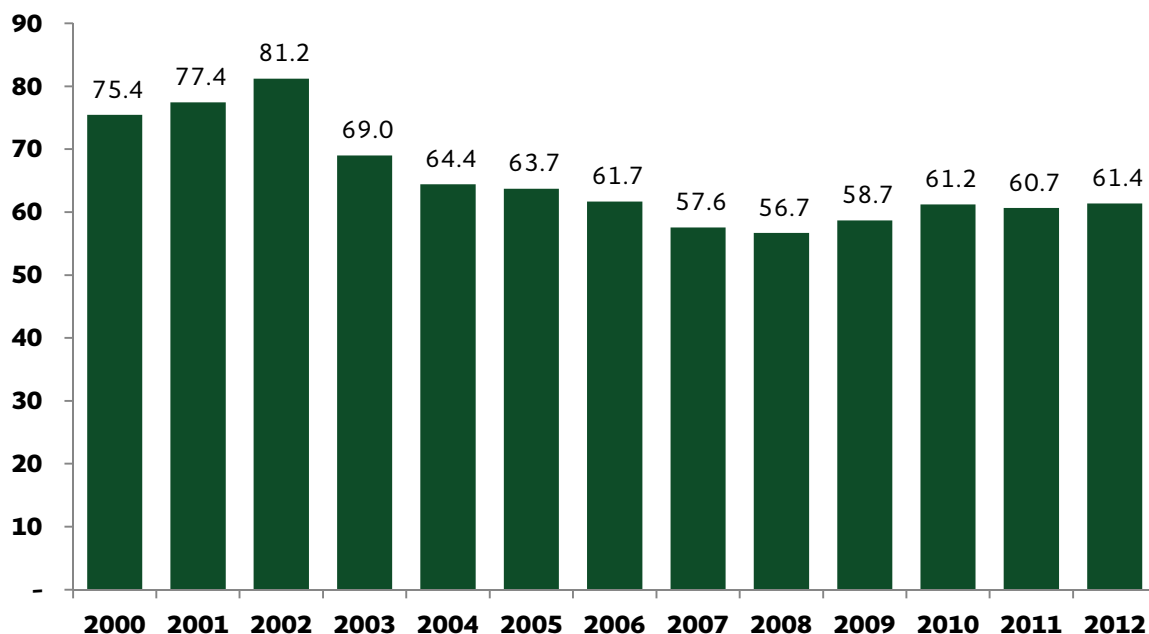
En México, las ITS ocupan los primeros lugares de demanda de consulta en el primer nivel de atención médica y se ubican entre las primeras causas de morbilidad en la población en edad reproductiva, lo que afecta el ejercicio de la actividad sexual de mujeres y hombres.¹⁸

El grupo de adolescentes es uno de los más vulnerables para adquirir este tipo de infecciones, dada la inmadurez genital, el riesgo de abuso sexual, y ciertas condiciones socioculturales.

En 2012 se registraron en el país 13 mil 782 casos nuevos de ITS en adolescentes de 10 a 19 años de edad, predominando la tricomoniasis urogenital y el VPH, con tasas de incidencia de 47.27 y 7.97, respectivamente, por cada 100 mil adolescentes. En términos generales, para las 10 causas exhibidas en el Cuadro 4, se estimó una tasa de incidencia de 61.36 infecciones por cada 100 mil adolescentes, nivel semejante al observado en 2006.

De 2000 a 2012, la tasa de incidencia de ITS en el país disminuyó de 75.4 a 61.4 casos por cada 100 mil adolescentes de 10 a 19 años de edad. No obstante, en los últimos tres años la tasa de incidencia se ha mantenido en alrededor 61 puntos. (Gráfica 13)

Gráfica 13. Tasa de incidencia de principales ITS en población adolescente de 10 a 19 años de edad. Nacional 2006 y 2012



Fuente: SALUD/DGE; SUIVE, 2000 a 2012.

SALUD/CENSIDA; casos nuevos de SIDA 2000-2012.

*Incidencia de casos por cada 100 mil adolescentes de 10 a 19 años de edad.

Al interior del país, el impacto de las ITS en la población adolescente ha sido variable. Veracruz, Puebla, Estado de México y Tamaulipas, registraron en 2012 el mayor número de casos nuevos de ITS, concentrando un tercio del total de casos registrados en el país (Gráfica 14). Mientras que los estados que presentaron las menores cifras de casos nuevos de ITS fueron Baja California Sur, Campeche, Colima y Querétaro.

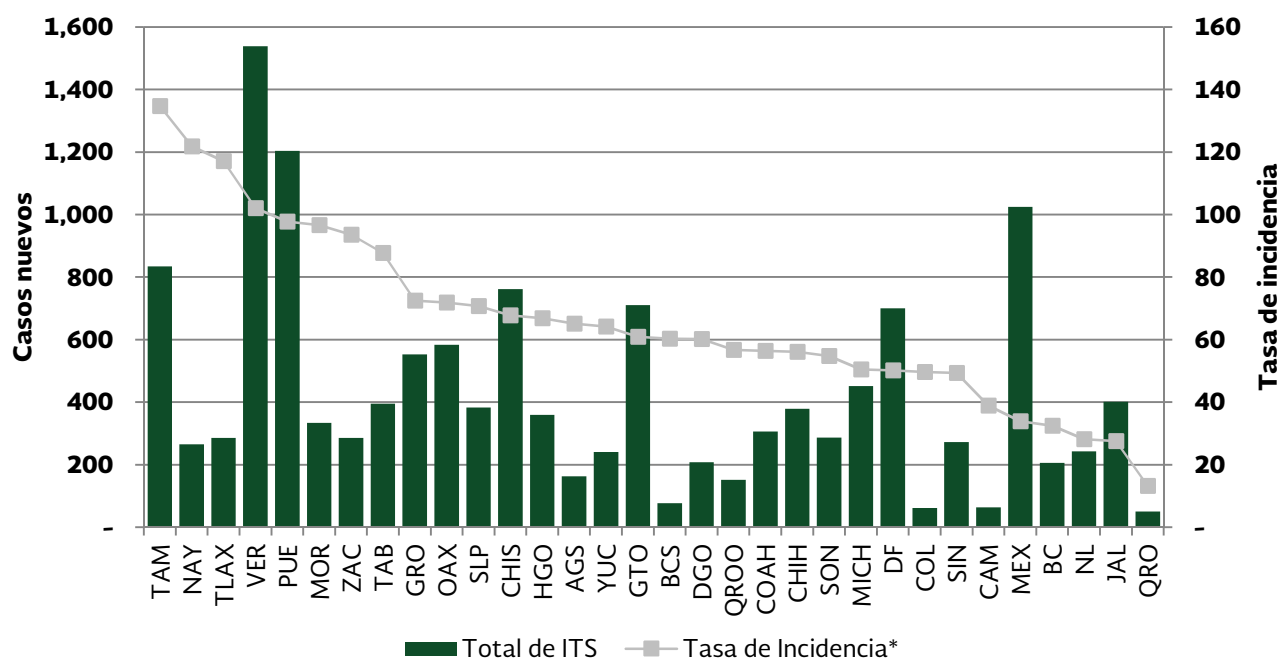
Por su parte, Tamaulipas, Nayarit, Tlaxcala y Veracruz presentaron las tasas de incidencia de ITS más altas, con valores por encima de 100 casos nuevos por cada 100 mil adolescentes. Por el contrario, Nuevo León, Jalisco y Querétaro, presentaron tasas por debajo de 30 casos de ITS por cada 100 mil adolescentes (Gráfica 14).

Considerando la tasa de incidencia de ITS a nivel nacional en 2012 (61.4), la mitad de las entidades federativas se ubican por arriba de este valor.

El análisis de la información por sexo evidencia una mayor vulnerabilidad para las mujeres (Cuadro 5). Mientras que la tasa de incidencia de ITS fue de 8.86 casos nuevos por cada 100 mil hombres de 10 a 19 años de edad en 2012, este indicador ascendió a 115 en el caso de las mujeres del mismo grupo de edad, particularmente por el alto número de casos de VPH y tricomoniasis urogenital. Una situación muy parecida se observó en 2006.

Por tipo de ITS, el incremento más significativo en hombres correspondió a las infecciones asintomáticas de VIH, al aumentar la tasa de incidencia de 0.90 a 2.01 casos por cada 100 mil adolescentes masculinos. Ello muestra la necesidad de reforzar las acciones de información y educación, orientadas al uso del condón y evitar conductas sexuales de riesgo.

Gráfica 14. Casos nuevos y Tasa de incidencia de ITS en población adolescente de 10 a 19 años de edad por entidad federativa, 2012



Fuente: SALUD/DGIS; SUIVE 2012.

SALUD/CENSIDA; casos nuevos de SIDA 2012.

* Tasa por cada 100 mil adolescentes estimados por CONAPO (Proyecciones de la Población de México 2010-2050).

En el caso de las mujeres, el VPH fue la ITS que presentó el mayor incremento en la tasa de incidencia, al pasar de 9.5 casos nuevos por cada 100 mil adolescentes de 10 a 19 años de edad en 2006 a 15.0 en 2012. Es por ello que resulta imprescindible fomentar la vacunación contra VPH a edades tempranas, así como el tamizaje con Papanicolaou en adolescentes con vida sexual activa a efecto de disminuir el riesgo de desarrollar en el futuro un cáncer cérvico uterino.

Como se puede apreciar en el Cuadro 5, el VPH en las mujeres y el VIH en los hombres son las ITS con mayor incidencia en la adolescencia, por lo que es importante instrumentar y/o reforzar las acciones de promoción y prevención en esta población. Así como el acceso efectivo a servicios de calidad oportunos para el diagnóstico y tratamiento oportuno de este tipo de infecciones.^{30,31}

Cuadro 5. Tasa de Incidencia de ITS en adolescentes de 10 a 19 años de edad según sexo. Nacional 2006 y 2012

ITS	Tasa* 2006		Tasa* 2012	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Linfogranuloma Venéreo	0.16	0.12	0.11	0.08
Hepatitis B	0.10	0.12	0.11	0.35
Chancro	0.27	0.29	0.40	0.30
SIDA	0.44	0.65	0.50	0.94
Infección Asintomática VIH	0.63	0.90	1.23	2.01
Infección Gonocócica	0.53	0.76	0.89	0.64
Herpes Genital	0.58	0.54	1.20	0.86
Sífilis Adquirida	2.06	0.48	1.82	0.77
VPH	9.48	0.54	15.01	1.07
Tricomoniasis Urogenital	101.44	2.66	93.75	1.83
Total	115.70	7.06	115.01	8.86

Fuente: SALUD/DGE; SUIVE 2006 y 2012.

SALUD/CENSIDA; casos nuevos de SIDA 2006 y 2012.

* Tasa de Incidencia por cada 100 mil adolescentes de 10 a 19 años de edad.

III.3 Avances 2006-2012

En este periodo se instrumentó por primera vez en México un programa de acción específico en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, el cual se orientó a contribuir al desarrollo y bienestar de este grupo de la población, así como a disminuir los embarazos no planeados, y las infecciones de transmisión sexual, promoviendo el respeto y el ejercicio de sus derechos humanos, en particular sus derechos sexuales y reproductivos.

La Secretaría de Salud aumentó de 731 a 1,095 el número de servicios amigables para la atención de la salud sexual y reproductiva para adolescentes, lo que representó un incremento de 49.8%. Además, con la valiosa participación del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), se diseñó el Modelo de Atención Integral a la Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes,

consensuado en las distintas instituciones del sector salud, el cual establece los criterios mínimos de atención en este rubro y se encuentra en su fase piloto de ejecución en los estados de Oaxaca, Puebla, Querétaro y San Luis Potosí.

Las acciones se orientaron a crear y preservar medios permanentes de comunicación acordes con las preferencias de las y los adolescentes. De esta forma se implementó la página electrónica www.yquesexo.com.mx diseñada para proveer información sobre sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, métodos anticonceptivos, prevención del embarazo, violencia y abuso sexual, entre otros temas relacionados. Destaca en este periodo el trabajo coordinado con la SEP para favorecer la prevención de embarazos en la adolescencia y contribuir a la disminución de la muerte materna.

En la Secretaría de Salud también se impulsó la Estrategia Operativa en Salud Sexual y Reproductiva para Comunidades Indígenas, mediante la integración de Brigadas Juveniles que apoyan como agentes promotores en sus propias localidades. Durante el periodo 2007-2012 esta estrategia se implementó en 109 localidades de 50 municipios en siete entidades federativas: Hidalgo, Estado de México, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla y Quintana Roo. En total se formaron como brigadistas juveniles, con enfoque intercultural, 2,665 adolescentes.

En el IMSS-Oportunidades el número de Centros de Atención Rural al Adolescente (CARAS) se incrementó a 3,609 en el 2012, lo que representa un ligero incremento de 1.49% en el periodo 2006-2012³². Cabe mencionar que en cada Unidad Médica Rural (UMR) y en cada Hospital Rural (HR), por norma tiene que haber un espacio amigable para adolescentes en el medio rural e indígena.

El impacto logrado a través de estas acciones se refleja en el incremento de la prevalencia de uso de anticonceptivos en adolescentes de 15 a 19 años de edad sexualmente activas, independientemente de su condición de unión, que paso de 30.2% en 2006 a 54.9% en 2009.

III.4 Retos 2013-2018

La atención a la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes requiere dirigir mayores esfuerzos y recursos para poner en marcha un programa de acción que atienda las necesidades específicas de este grupo de la sociedad. Asimismo es fundamental impulsar un cambio cultural en general, con el propósito de que las y los adolescente sean verdaderos protagonistas en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

Quizá el reto más importante en esta materia es prevenir el embarazo en la adolescencia, para lo cual se requiere promover la equidad de género y el acceso a métodos anticonceptivos, impulsar el uso de tecnologías de información y comunicación de vanguardia y mejorar la calidad de los servicios.

Para asegurar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente, también se deben abordar los siguientes retos:

- Impulsar estrategias integrales para la reducción del embarazo en la adolescencia, en la que participen todos los actores del sector público, social y privado involucrados con este tipo de población.
- Difundir el marco legal en el que se sustenta la atención a la salud sexual y reproductiva de la población adolescente, a efecto de contrarrestar prejuicios que prevalecen al interior de las diferentes instancias gubernamentales (federales, estatales, municipales y locales).
- Desarrollar alianzas interinstitucionales, así como con organizaciones de la sociedad civil, para establecer estrategias de información, educación y comunicación acordes a las necesidades de salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, así como para aumentar la cobertura del programa en poblaciones o áreas con mayor rezago, principalmente en comunidades rurales e indígenas.
- Incentivar la participación activa de las y los adolescentes en el diseño y operación de estrategias diferenciadas para atender sus necesidades específicas en materia de salud sexual y reproductiva..
- Eliminar los factores que impiden el ejercicio pleno de la sexualidad y de la salud reproductiva de la población adolescente particularmente en áreas rurales e indígenas.

III.5 Objetivos de Desarrollo del Milenio

Las acciones del PAE de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018, contribuyen a lograr la Meta 5 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), específicamente la Meta 5B: Lograr para el año 2015 el acceso universal a la salud reproductiva.

A través de este Programa de Acción, se conducirán acciones que permitan reducir la fecundidad en la población adolescente para 2018, por debajo de 65 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 19 años de edad.

Objetivos de Desarrollo del Milenio
Meta 5.B. Lograr para el año 2015 el acceso universal a la salud reproductiva

Indicador	Línea base	1995	2000	2005	2012	Meta 2015
Tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años (Nacidos vivos por cada 100 mujeres)	81.4	78.0	ND	ND	69.5 (2009)	Reducir

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



IV. ALINEACIÓN CON LAS METAS NACIONALES

IV. ALINEACIÓN CON LAS METAS NACIONALES

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

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

De manera particular, para lograr un México Incluyente se requiere garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales de la población, entre los cuales se encuentra la salud. La salud sexual y reproductiva es un derecho de la población y, de manera particular, de la población adolescente, por lo cual las estrategias y líneas de acción de este programa, contribuirán a lograr un México Incluyente y están perfectamente alineadas a su objetivo 2.3 (Cuadro 6).

Cuadro 6. Alineación con el PND 2013-2018

Meta Nacional	Objetivo de la Meta Nacional	Estrategias del Objetivo de la Meta Nacional	Objetivos del PAE
2. México Incluyente	2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud.	2.3.2. Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud.	1. Favorecer el acceso universal a información, educación, orientación y servicios en salud sexual y reproductiva para adolescentes. 2. Reducir embarazos no planeados e ITS en adolescentes, mediante el acceso efectivo a servicios de calidad específicos para esta población. 3. Incidir en los determinantes que impiden el ejercicio pleno de la sexualidad y salud reproductiva de la población adolescente.

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

El Programa Sectorial de Salud (PROSESA) fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de diciembre de 2013 y plantea alcanzar seis objetivos:¹⁷

1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.
2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.
3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida.

4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.
5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud.
6. Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

Aun cuando el PAE de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes contribuye a lograr los objetivos 1, 2, 4 y 6 del Programa Sectorial de Salud 2013-2018, está directamente alineado al objetivo 1, tal como se describe en el siguiente cuadro:

Cuadro 7. Alineación con el PROSESA 2013-2018

Objetivo del PROSESA	Estrategias del PROSESA	Líneas de acción del PROSESA	Objetivos del PAE
1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.	1.5. Incrementar el acceso a la salud sexual y reproductiva con especial énfasis en adolescentes y poblaciones vulnerables.	1.5.1. Diseñar estrategias de comunicación en salud sexual y reproductiva.	1. Favorecer el acceso universal a información, educación, orientación y servicios en salud sexual y reproductiva para adolescentes. 2. Reducir embarazos no planeados e ITS en adolescentes, mediante el acceso efectivo a servicios de calidad específicos para esta población. 3. Incidir en los determinantes que impiden el ejercicio pleno de la sexualidad y salud reproductiva de la población adolescente.
		1.5.2. Promover acciones para prevenir el embarazo adolescente.	
		1.5.3. Coordinar con el sector educativo del nivel básico y medio superior una educación integral de la sexualidad.	
		1.5.4. Promover la salud sexual y reproductiva responsable, así como la prevención del VIH y otras ITS.	
		1.5.5. Garantizar abasto y oferta de métodos anticonceptivos e insumos para la prevención del VIH y otras ITS.	
		1.5.7. Incrementar el acceso y utilización de servicios de salud sexual y reproductiva en mujeres y hombres.	



V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA

V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA

V.1 Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción

Tomando como base los retos y rezagos que se presentan en el diagnóstico y en estricta consonancia con las metas nacionales y los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, así como con los objetivos y estrategias del Programa Sectorial de Salud, 2013-2018, este Programa plantea tres objetivos a efecto de contribuir a la salud sexual y reproductiva de la población adolescente.

Objetivos:

1. Favorecer el acceso universal a información, educación, orientación y servicios en salud sexual y reproductiva para adolescentes.
2. Reducir embarazos no planeados e ITS en adolescentes, mediante el acceso efectivo a servicios de calidad específicos para esta población.
3. Incidir en los determinantes que impiden el ejercicio pleno de la sexualidad y salud reproductiva de la población adolescente.

Objetivo 1. Favorecer el acceso universal a información, educación, orientación y servicios en salud sexual y reproductiva para adolescentes.

La población adolescente del país inicia su vida sexual en promedio a los 15.9 años²⁴; sin embargo, aun cuando la mayoría de este grupo conoce, o ha oído hablar sobre los métodos anticonceptivos, 14.7% de los hombres sexualmente activos señalaron en 2012, que no utilizaron un método anticonceptivo en su primera relación sexual, indicador que se incrementa a 33.4% en el caso de las mujeres. Ello indica que las acciones preventivas y de atención deben estar plenamente enfocadas a cubrir necesidades específicas de las y los adolescentes, a efecto de que adquieran los conocimientos y las habilidades necesarias para tomar decisiones informadas, libres y

responsables respecto a su sexualidad y salud reproductiva.

Para lograrlo se deben impulsar estrategias de coordinación para la promoción, información y difusión con particular énfasis en las comunidades de difícil acceso (rurales e indígenas), con la participación de todas las personas, comunidades, instituciones y organizaciones que trabajan para y por los adolescentes. En esta tarea es fundamental la participación de padre de familia y profesores.

Estrategia 1.1. Impulsar acciones de información, educación y comunicación sobre sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, con enfoque intercultural.

Líneas de acción:

- 1.1.1. Difundir los derechos sexuales y reproductivos y el respeto a la diversidad sexual de la población adolescente.
- 1.1.2. Promover la educación integral en sexualidad en coordinación con diversas instancias de la Secretaría de Educación Pública.
- 1.1.3. Realizar y difundir campañas para prevenir embarazos e infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA, en población adolescente.
- 1.1.4. Establecer coordinación con instituciones de salud y educación para homologar los contenidos educativos en la materia.
- 1.1.5. Implementar tecnologías de información y comunicación de vanguardia para la difusión de mensajes educativos entre la población adolescente.

Estrategia 1.2. Diseñar y/o instrumentar intervenciones focalizadas para población adolescente de áreas rurales e indígenas.

Líneas de acción:

- 1.2.1. Implementar campañas de información, educación y comunicación sobre salud sexual y reproductiva que atiendan las necesidades particulares de adolescentes.
- 1.2.2. Promover la formación de redes comunitarias de promotores juveniles en materia de salud sexual y reproductiva.
- 1.2.3. Diseñar e instrumentar un modelo de atención en salud sexual y reproductiva para adolescentes indígenas, con perspectiva intercultural.
- 1.2.4. Fomentar la coordinación con OSC para prevenir embarazos no planeados e ITS, incluyendo el VIH en áreas rurales e indígenas.

Objetivo 2. Reducir embarazos no planeados e ITS en adolescentes, mediante el acceso efectivo a servicios de calidad específicos para esta población.

La salud sexual y reproductiva en la adolescencia es un componente de gran trascendencia en la vida de las personas, pues las primeras experiencias sexuales en la mayoría de los casos han acontecido, sin información y orientación, dando como resultado embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH/SIDA, complicaciones que son evidentemente prevenibles con estrategias de información, educación y comunicación mediante el acceso a servicios de salud de calidad.

Como respuesta a este desafío, las estrategias y líneas de acción de este objetivo están orientadas a promover comportamientos sexuales y reproductivos protegidos, para ello es de gran relevancia facilitar el acceso a servicios específicos en los que prevalezca una relación adolescente-prestador de servicios de confianza, privacidad, confidencialidad, con pleno respeto a los derechos sexuales y reproductivos de la población y bajo un ambiente amigable, que permita al adolescente sentirse en un ambiente de comodidad y en confianza, para atender sus necesidades específicas de salud.

Estrategia 2.1. Impulsar el acceso efectivo a servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes.

Líneas de acción:

- 2.1.1. Generar diversas modalidades para brindar servicios específicos de atención a la salud sexual y reproductiva de la población adolescente.

- 2.1.2. Reducir las barreras institucionales y culturales que limitan el acceso efectivo de adolescentes a servicios de salud sexual y reproductiva.
- 2.1.3. Promover la disponibilidad de servicios específicos de salud sexual y reproductiva para adolescentes en todas las instituciones públicas de salud.
- 2.1.4. Desarrollar estrategias comunitarias para ampliar la cobertura del programa.
- 2.1.5. Fortalecer la coordinación institucional, interinstitucional e intersectorial, así como con OSC, en materia de salud sexual y reproductiva para adolescentes.

Estrategia 2.2. Mejorar la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes

Líneas de acción:

- 2.2.1. Fortalecer la competencia técnica y humanista del personal que proporciona servicios específicos de salud sexual y reproductiva para adolescentes.
- 2.2.2. Fomentar la oferta de un paquete básico de salud sexual y reproductiva en los servicios de atención a adolescentes.
- 2.2.3. Impulsar la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes en instituciones públicas de salud.
- 2.2.4. Mejorar el abasto de anticonceptivos y ampliar la gama de opciones, incluyendo anticoncepción de emergencia, para prevenir embarazos e ITS.
- 2.2.5. Promover la atención del embarazo en adolescentes como embarazo de alto riesgo, particularmente en menores de 15 años.
- 2.2.6. Fortalecer la infraestructura de servicios específicos para este tipo de población.
- 2.2.7. Promover la prueba de VIH entre mujeres con factores de riesgo y fortalecer la orientación consejería en este tema.

Estrategia 2.3. Instrumentar sistemas de evaluación, seguimiento y rendición de cuentas en materia de salud sexual y reproductiva para adolescentes.

Líneas de acción:

- 2.3.1. Impulsar la implementación de sistemas de información institucionales homogéneos para monitorear y dar seguimiento a las acciones del programa.
- 2.3.2. Favorecer la rendición de cuentas, así como la evaluación y seguimiento de compromisos nacionales e internacionales en la materia.
- 2.3.3. Gestionar el desarrollo de proyectos de investigación para apoyar la toma de decisiones basadas en evidencia científica.
- 2.3.4. Establecer mecanismos de supervisión y asesoría continua a los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes.
- 2.3.5. Elaborar informes periódicos sobre la operación y avance del programa.

Objetivo 3. Incidir en los determinantes que impiden el ejercicio pleno de la sexualidad y salud reproductiva de la población adolescente.

Como se ha destacado en este documento, en México aún existen importantes barreras para asegurar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente. Entre otros aspectos, prevalecen prejuicios y aspectos ideológicos que limitan el acceso a información adecuada sobre sexualidad, así como servicios de salud con calidad. En otros casos se niega la atención a adolescentes.

Para lograr un cambio sustancial, en este Programa se proponen estrategias y líneas de acción orientadas a incidir en los determinantes que impiden el ejercicio pleno de la sexualidad y la salud reproductiva de la población adolescente. Entre otras cosas, se impulsarán procesos de sensibilización y capacitación dirigidas a personal docente y de salud, respaldadas en el conocimiento científico y del marco jurídico en el que se sustenta la prestación de los servicios, con el propósito de fomentar una cultura de respeto a los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente.

Asimismo, se participará en acciones intersectoriales enfocadas a identificar con oportunidad casos de abuso y violencia sexual en adolescentes, así como a brindar atención personalizada según las necesidades, incluyendo el acceso a métodos anticonceptivos, a la anticoncepción de emergencia y la atención del aborto médico legal³³. En todos los casos se promoverá la aplicación de la normatividad vigente en esta materia.

Estrategia 3.1. Fomentar una cultura de respeto a los

derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente.

Líneas de acción:

- 3.1.1. Sensibilizar a actores clave de la población para favorecer el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes.
- 3.1.2. Capacitar al personal de salud en aspectos técnicos basados en evidencia científica y en las mejores prácticas.
- 3.1.3. Difundir el marco jurídico y normativo de los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente.
- 3.1.4. Favorecer la aplicación de leyes que regulan los usos y costumbres que transgreden los derechos humanos de la población adolescente.
- 3.1.5. Colaborar en acciones interinstitucionales para propiciar el desarrollo económico y social de la población adolescente.
- 3.1.6. Impulsar la implementación de normas oficiales y lineamientos técnicos en la atención a la salud sexual y reproductiva de adolescentes.

Estrategia 3.2. Participar en acciones intersectoriales para erradicar la violencia sexual en contra de adolescentes.

Líneas de acción:

- 3.2.1. Fomentar la capacitación de docentes y personal de salud para identificar y referir casos de abuso y violencia sexual entre adolescentes.
- 3.2.2. Propiciar el acceso oportuno a métodos anticonceptivos y anticoncepción de emergencia a toda adolescente en situación de violencia sexual.
- 3.2.3. Establecer procedimientos institucionales para la realización del aborto médico, de conformidad con lo previsto en la ley.
- 3.2.4. Incentivar la búsqueda intencionada de casos de violencia sexual en toda adolescente embarazada, principalmente en menores de 15 años de edad.
- 3.2.5. Impulsar la aplicación de la normatividad sobre violencia, en unidades que proporcionan servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes.
- 3.2.6. Promover la investigación sobre las formas de violencia sexual contra adolescentes.

V.2 Estrategias Transversales

Perspectiva de género

En estricta consonancia con el Plan Nacional de Desarrollo, este PAE contribuye a avanzar en la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres. Para tal efecto, se pondrá especial atención en que las estrategias y líneas de acción se realicen con perspectiva de género, a efecto de satisfacer las necesidades exclusivas de la población, de acuerdo con su edad, sexo y preferencias reproductivas.

De manera particular, se establecerán las acciones necesarias para que en todos los centros de atención y servicios amigables para adolescentes se otorgue atención para satisfacer las necesidades específicas de mujeres y hombres, indistintamente de sus preferencias sexuales. Asimismo, se instrumentarán las acciones conducentes para que las actividades de información, educación y comunicación se realicen con enfoque de género. La capacitación al personal de salud con esta perspectiva será fundamental para asegurar el ejercicio de los derechos sexuales reproductivos.

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



VI. INDICADORES Y METAS

VI. INDICADORES Y METAS

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

Elemento	Características					
Indicador 1	Porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años de edad que no usan algún método anticonceptivo en su primera relación sexual.					
Objetivo del PAE	Favorecer el acceso universal a información, educación, orientación y servicios en salud sexual y reproductiva para adolescentes.					
Descripción general	El indicador se refiere al porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años de edad que expresaron no haber utilizado algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, respecto al total de adolescentes que iniciaron su vida sexual activa.					
Observaciones	Este indicador es una medida del impacto de las acciones de información y educación orientadas a lograr una vida sexual responsable e informada en adolescentes. Se obtiene el indicador a través de encuestas demográficas y de salud.					
Periodicidad	Variable. El indicador se obtiene a través de Encuestas de Salud o Sociodemográficas.					
Fuente	Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENSANUT).					
Referencias adicionales	La ENADID 2009 generó una medida del porcentaje de mujeres de 15 a 19 años de edad que no usaron un método anticonceptivo en su primera relación sexual (38.5%). No obstante, esta encuesta sólo se aplica a mujeres.					
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018	
	13.1%	12.4%	11.6%	10.8%	10.0%	
	29.6%	27.7%	25.8%	23.9%	22.0%	
Línea base 2012			Meta sexenal			
Hombres: 14.7% Mujeres: 33.4% (ENSANUT 2012)			Reducir en el año 2018 a 10.0% el porcentaje de hombres de 12 a 19 años de edad que no utilizaron un método anticonceptivo en su primera relación sexual. Reducir en el año 2018 a 22.0% el porcentaje de mujeres de 12 a 19 años de edad que no utilizaron un método anticonceptivo en su primera relación sexual.			

Elemento	Características					
Indicador 2	Porcentaje de servicios específicos para adolescentes que otorgan un paquete básico de servicios de salud sexual y reproductiva.					
Objetivo del PAE	Favorecer el acceso universal a información, educación, orientación y servicios en salud sexual y reproductiva para adolescentes.					
Descripción general	Este indicador corresponde al porcentaje de servicios específicos para adolescentes que otorgan un paquete básico de servicios de salud sexual y reproductiva acreditados conforme a un lineamiento técnico.					
Observaciones	Este indicador es una forma de asegurar que la población adolescente pueda acceder a servicios de salud sexual y reproductiva acordes a sus necesidades específicas.					
Periodicidad	Anual.					
Fuente	Registros institucionales de salud.					
Referencias adicionales	CNEGSR IMSS-Oportunidades.					
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018	
	-	25%	40%	70%	90%	
Línea base 2012			Meta sexenal			
No disponible			Asegurar que al menos el 90% de los servicios específicos para adolescentes otorgue un paquete básico de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes, acreditados conforme a la normatividad oficial.			

Elemento	Características					
Indicador 3	Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres unidas de 15 a 19 años de edad.					
Objetivo del PAE	Reducir embarazos no planeados e ITS en adolescentes mediante el acceso efectivo a servicios de calidad específicos para esta población.					
Descripción general	El indicador se refiere al porcentaje de mujeres de 15 a 19 años de edad que utilizan (o cuya pareja está usando) algún método anticonceptivo para regular su fecundidad.					
Observaciones	Este indicador es una medida del impacto de las acciones de salud reproductiva en el país dirigidas específicamente a adolescentes. Permite la comparación entre diferentes países.					
Periodicidad	Anual. El indicador se calcula a partir de la disponibilidad de una encuesta demográfica donde se pregunta por el uso de métodos anticonceptivos. La encuesta periódica más regular en este campo se levanta cada 5 años, pero pueden existir otras encuestas sobre el tema. Se pretende dar estimaciones preliminares anuales a partir de logros de los programas de Planificación Familiar.					
Fuente	Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID 2009), y próxima a realizarse en 2014. Estimaciones preliminares anuales a partir de registros administrativos del sector salud.					
Referencias adicionales	CONAPO CNEGSR					
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018	
	50.1%	52.4%	54.6%	56.9%	59.3%	
Línea base 2009			Meta sexenal			
44.4 %			Incrementar en el año 2018 a 59.3 por ciento la prevalencia de uso de anticonceptivos entre mujeres unidas de 15 a 19 años de edad.			

Elemento	Características					
Indicador 4	Tasa específica de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años de edad.					
Objetivo del PAE	Reducir embarazos no planeados e ITS en adolescentes mediante el acceso efectivo a servicios de calidad específicos para esta población.					
Descripción general	La tasa se refiere al número de nacidos vivos de madres adolescentes (15 a 19 años de edad) por cada mil mujeres de este grupo de edad.					
Observaciones	Este indicador es una medida del impacto de las acciones de salud reproductiva en el país dirigidas específicamente a adolescentes. Permite la comparación entre diferentes países.					
Periodicidad	Anual.					
Fuente	CONAPO: Estimaciones de población.					
Referencias adicionales	SSA, DGIS: Sistema de Información sobre Nacimientos. CONAPO: Estimaciones de nacimientos. CNEGSR					
Metas intermedias (por mil)	2014	2015	2016	2017	2018	
	65.7	65.5	65.4	65.2	65.0	
Línea base 2013			Meta sexenal			
66.0			Reducir la tasa específica de fecundidad en adolescentes a 65 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 19 años de edad.			

Elemento	Características					
Indicador 5	Tasa de incidencia de ITS en adolescentes de 10 a 19 años de edad.					
Objetivo del PAE	Reducir embarazos no planeados e ITS en adolescentes mediante el acceso efectivo a servicios de calidad específicos para esta población.					
Descripción general	Se refiere al número de casos nuevos de Infecciones de Transmisión Sexual por cada 100 mil adolescentes de 10 a 19 años de edad.					
Observaciones	Este indicador es una medida del impacto de las acciones de salud sexual y reproductiva en el país dirigidas específicamente a la reducción de ITS entre la población adolescente.					
Periodicidad	Anual.					
Fuente	SSA, Dirección General de Epidemiología; Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE).					
Referencias adicionales	SSA, CONASIDA. Registro de casos de Sida CONAPO: Estimaciones de Población. CNEGSR					
Metas intermedias (por cien mil)	2014	2015	2016	2017	2018	
	60.0	59.3	58.6	57.9	57.2	
Línea base 2012			Meta sexenal			
61.4			Reducir el ritmo de crecimiento en la tasa de incidencia en adolescentes, de ITS a 57.2 casos nuevos por cada 100 mil adolescentes de 10 a 19 años de edad.			

Elemento	Características					
Indicador 6	Porcentaje del personal de salud capacitado respecto al programado.					
Objetivo del PAE	Incidir en los determinantes que impiden el ejercicio pleno de la sexualidad y la salud reproductiva de la población adolescente.					
Descripción general	Se refiere al número de personas capacitadas (personal médico, de enfermería, trabajo social, psicología, entre otros), en temas de salud sexual y reproductiva durante un año específico, respecto al número programado de personal a capacitar en ese año (personal médico, de enfermería, trabajo social, psicología, entre otros).					
Observaciones	Este indicador permite valorar los esfuerzos que se realizan en cada institución para mejorar la capacidad técnica del personal que participa en el Programa de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes.					
Periodicidad	Anual.					
Fuente	Sistemas de información de las instituciones públicas de salud.					
Referencias adicionales	SSA Instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud. CNEGSR					
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018	
	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	
Línea base 2013			Meta sexenal			
No aplica			Capacitar en temas de salud sexual y reproductiva anualmente en al menos el 90.0% del personal programado.			

Elemento	Características					
Indicador 7	Porcentaje de adolescentes menores de 15 años de edad con búsqueda intencionada de casos de violencia.					
Objetivo del PAE	Incidir en los determinantes que impiden el ejercicio pleno de la sexualidad y la salud reproductiva de la población adolescente.					
Descripción general	Se refiere al porcentaje de mujeres de 10 a 14 años de edad que están embarazadas o que tuvieron un evento obstétrico en el año, a las cuales se les realizó búsqueda intencionada de casos de violencia sexual.					
Observaciones	Este indicador es una medida para contribuir a erradicar la violencia sexual entre adolescentes menores de 15 años de edad. Numerador: Mujeres de 10 a 14 años de edad embarazadas o atendidas de un evento obstétrico, a las cuales se les realizó búsqueda intencionada de casos de violencia. Denominador: Mujeres de 10 a 14 años de edad embarazadas o atendidas de un evento obstétrico durante el año. El resultado se multiplica por 100.					
Periodicidad	Anual.					
Fuente	Registros institucionales de las instituciones públicas de salud.					
Referencias adicionales	SSA. Sistema de Información en Salud (SIS). Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH). CNEGSR					
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018	
	ND	15.0%	30.0%	50.0%	60.0%	
Línea base 2013			Meta sexenal			
No disponible			Incrementar en el 2018 la búsqueda intencionada de casos de violencia sexual en al menos el 60.0% de las adolescentes menores de 15 años de edad que tuvieron un evento obstétrico durante el año.			



VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD

VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD

Matriz de Corresponsabilidad Externa

Objetivo 1		Favorecer el acceso universal a información, educación, orientación y servicios en salud sexual y reproductiva para adolescentes.								
Indicador 1		Porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años de edad que no usan un método anticonceptivo en su primera relación sexual.				Meta 1		Hombres 10.0% Mujeres 22.0%		
Indicador 2		Porcentaje de servicios específicos para adolescentes que otorgan un paquete básico de servicios de salud sexual y reproductiva.				Meta 2		90%		
Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
1.1.1.	Difundir los derechos sexuales y reproductivos y el respeto a la diversidad sexual de la población adolescente.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
1.1.2.	Promover la educación integral en sexualidad en coordinación con diversas instancias de la Secretaría de Educación Pública.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
1.1.3.	Realizar y difundir campañas para prevenir embarazos e infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA, en población adolescente.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
1.1.4.	Establecer coordinación con instituciones de salud y educación para homologar los contenidos educativos en la materia.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
1.1.5.	Implementar tecnologías de información y comunicación de vanguardia para la di-fusión de mensajes educativos entre la población adolescente.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES

Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
1.2.1.	Implementar campañas de información, educación y comunicación sobre salud sexual y reproductiva que atiendan las necesidades particulares de adolescentes.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
1.2.2.	Promover la formación de redes comunitarias de promotores juveniles en materia de salud sexual y reproductiva.	✓	✓		✓			✓		
1.2.3.	Diseñar e instrumentar un modelo de atención en salud sexual y reproductiva para adolescentes indígenas, con perspectiva intercultural.	✓	✓		✓			✓		
1.2.4.	Intensificar la coordinación con OSC para prevenir embarazos no planeados e ITS, incluyendo el VIH, en áreas rurales e indígenas.	✓	✓		✓			✓		

Objetivo 2		Reducir embarazos no planeados e ITS en adolescentes mediante el acceso efectivo a servicios de calidad específicos para esta población.								
Indicador 3	Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos entre adolescentes de 15 a 19 años de edad con vida sexual activa.	Meta 3		59.3						
Indicador 4	Tasa específica de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años de edad.	Meta 4		65.0						
Indicador 5	Tasa de incidencia de ITS en adolescentes de 10 a 19 años.	Meta 5		57.2						
Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
2.1.1.	Generar diversas modalidades para brindar servicios específicos de atención a la salud sexual y reproductiva de la población adolescente.	✓	✓		✓			✓		
2.1.2.	Reducir las barreras institucionales y culturales que limitan el acceso efectivo de adolescentes a servicios de salud sexual y reproductiva.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
2.1.3.	Promover la disponibilidad de servicios específicos de salud sexual y reproductiva para adolescentes en todas las instituciones públicas de salud.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
2.1.4.	Desarrollar estrategias comunitarias para ampliar la cobertura del programa.	✓	✓		✓			✓		
2.1.5.	Fortalecer la coordinación institucional, interinstitucional e intersectorial, así como con OSC, en materia de salud sexual y reproductiva para adolescentes.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES

Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
2.2.1.	Fortalecer la competencia técnica y humanista del personal que proporciona servicios específicos de salud sexual y reproductiva para adolescentes.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
2.2.2.	Fomentar la oferta de un paquete básico de salud sexual y reproductiva en los servicios de atención a adolescentes.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
2.2.3.	Impulsar la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes en instituciones públicas de salud.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
2.2.4.	Mejorar el abasto de anticonceptivos y ampliar la gama de opciones, incluyendo anticoncepción de emergencia, para prevenir embarazos e ITS.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
2.2.5.	Promover la atención del embarazo en adolescentes como embarazo de alto riesgo, particularmente en menores de 15 años.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
2.2.6.	Fortalecer la infraestructura de servicios específicos para este tipo de población.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
2.2.7.	Promover la prueba de VIH entre mujeres con factores de riesgo y fortalecer la orientación consejería en este tema.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
2.3.1.	Impulsar la implementación de sistemas de información institucionales homogéneos para monitorear y dar seguimiento a las acciones del programa.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
2.3.2.	Favorecer la rendición de cuentas, así como la evaluación y seguimiento de compromisos nacionales e internacionales en la materia.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
2.3.3.	Gestionar el desarrollo de proyectos de investigación para apoyar la toma de decisiones basada en evidencia científica.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
2.3.4.	Establecer mecanismos de supervisión y asesoría continua a los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
2.3.5.	Elaborar informes periódicos sobre la operación y avance del programa.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES

Objetivo 3		Incidir en los determinantes que impiden el ejercicio pleno de la sexualidad y salud reproductiva de la población adolescente.								
Indicador 6		Porcentaje del personal de salud capacitado respecto al programado.						Meta 6	90.0 %	
Indicador 7		Porcentaje de adolescentes menores de 15 años de edad con búsqueda intencionada de casos de violencia.						Meta 7	60.0 %	
Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
3.1.1.	Sensibilizar a actores clave de la población para favorecer el respeto de los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
3.1.2.	Capacitar al personal de salud basada en la evidencia científica y en las mejores prácticas.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
3.1.3.	Difundir el marco jurídico y normativo de los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
3.1.4.	Favorecer la aplicación de leyes que regulan los usos y costumbres que transgreden los derechos humanos de la población adolescente.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
3.1.5.	Colaborar en acciones interinstitucionales para propiciar el desarrollo económico y social de la población adolescente.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
3.1.6.	Impulsar la implementación de normas oficiales y lineamientos técnicos en la atención a la salud sexual y reproductiva de adolescentes.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
3.2.1.	Fomentar la capacitación de docentes y personal de salud para identificar y referir casos de abuso y violencia sexual entre adolescentes.	✓	✓	✓	✓			✓	✓	
3.2.2.	Propiciar el acceso oportuno a métodos anticonceptivos y anticoncepción de emergencia a toda adolescente en situación de violencia sexual.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
3.2.3.	Establecer procedimientos institucionales para la realización del aborto médico, de conformidad con lo previsto en la ley.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES

Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
3.2.4.	Incentivar la búsqueda intencionada de casos de violencia sexual en toda adolescente embarazada, principalmente en menores de 15 años.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
3.2.5.	Impulsar la aplicación de la normatividad sobre violencia, en unidades que proporcionan servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
3.2.6.	Promover la investigación sobre las formas de violencia sexual contra adolescentes.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	



VIII. TRANSPARENCIA

VIII. TRANSPARENCIA

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

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

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud, La Salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad. Informe de un grupo de estudio de la OMS acerca de los Jóvenes y la "Salud Para Todos En El Año 2000". Ginebra, OMS, 1986 (Serie de Informes Técnicos número 731).
2. J.J. Casas Rivero, M.J. Ceñal González Fierro "Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales" Unidad de Medicina del Adolescente. Servicio de Pediatría. Hospital de Mostoles, revista de Pediatría Integral, Madrid 2005.
3. Vizcarra M, Villaseñor M "Jóvenes, género y salud en tapatilandia", Género y salud, Instituto Municipal de las Mujeres, Guadalajara, México. 2008.
4. Román R, "Del primer vals al primer bebé. Vivencias del embarazo en las jóvenes", Instituto Mexicano de la Juventud, México, 2000.
5. Foucault M, Historia de la Sexualidad, Vol. I: la voluntad de saber. 15ª.ed. México: Editorial siglo XXI; 1987.
6. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Disponible en línea. <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf>
7. Ley General de Salud. Art. 3., Art.67. Diario Oficial de la Federación (DOF) Última reforma publicada DOF 02-04-2014, Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>
8. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Capítulo VI Art.118. DOF 05-04-2004, Última reforma publicada DOF 24-03-2014
9. Reglamento de la Ley General de Población Sección II del Capítulo Segundo. Art.16. DOF 14-04-2000, Última reforma publicada DOF 28-09-2012
10. Ley Federal de Protección de los derechos del niño, niñas y adolescentes 2000.
11. Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación. Art. 9 Frac. VI. Diario Oficial de la Federación (DOF). 11 de junio de 2003, Última reforma publicada DOF 20-03-2014 Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/262.pdf>
12. Ley General de Educación. Artículos 2,7 y 8. Diario Oficial de la Federación (DOF) última reforma del 20 de mayo de 2014, Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/137.pdf>
13. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 1994, Disponible en: http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd_spa.pdf
14. Convención Internacional sobre los Derechos del Niño 1989, Disponible en: http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/Programas/Discapacidad/Conv_DNi%C3%B1o.pdf
15. Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar. México: Secretaría de Salud; 2004. Disponible en línea: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssa23.htm
16. Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, Violencia Familiar, Sexual y Contra las Mujeres. Criterios para la Prevención y Atención. México: Secretaría de Salud; 2009. Disponible en línea: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/046ssa23.htm
17. Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, Para la Prevención y Control de la Infección de la Inmunodeficiencia Humana. México: Secretaría de Salud; 1995. Disponible en línea: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/010ssa23.htm

18. Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA-2002, Para la Prevención y Control de la Infecciones de Transmisión Sexual. México: Secretaría de Salud; enero 2003.
19. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Progreso para la Infancia. Un boletín sobre los adolescentes. Abril 2012, Número 10 En línea: http://www.unicef.org/lac/progress_for_children_10_SP.pdf Consejo Nacional de Población. Proyecciones de la población de México 1990-2030. En línea: <http://pda.salud.gob.mx/cubos/>
20. Consejo Nacional de Población. Proyecciones de la población de México 1990-2030. En línea: <http://pda.salud.gob.mx/cubos/>
21. Gutierrez JP, Rivera Dommarco J, Shamah Levy T y col. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, Mexico: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012. <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
22. Campero Cuenca L, Atienzo E, Suárez López Leticia, Hernandez Prado Bernardo, Villalobos Hernandez Aremis. Salud Sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas. Gaceta Médica de México. 2013; 149: 299-307.
23. Allen-Leigh B, Villalobos-Hernández A, Hernández-Serrato MI, Suárez L, De la Vara E, De Castro F, Schiavon-Ermani R. Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México. Salud Publica Mex 2013;55 supl 2:S235-S240.
24. Consejo Nacional de Población. La situación actual de los jóvenes en México. Serie de Documentos Técnicos. México, D.F., 2010 Disponible en: http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/cuadro_3.pdf
25. Olaiz Fernández G, Rivera Dommarco J, Shamah Levy T y col. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ensanut2006.pdf>
26. Consejo Nacional de Población. Perfiles de Salud Reproductiva. República Mexicana. México, D. F., 2011. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Republica_Mexicana_Perfiles_de_Salud_Reproductiva
27. Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de Certificado de Nacimientos ocurridos en el 2012. Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). Secretaría de Salud. México. Disponible en: <http://pda.salud.gob.mx/cubos/>
28. World Health Organization. Sexual transmitted infections. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/>.
29. López Uribe, Domínguez Miguel, Pérez Pérez G et al. Infecciones de transmisión sexual en un grupo de adolescentes embarazadas, Revista de la Facultad de Medicina, UNAM Vol. 51 No 4.
30. World Health Organization. Sexually transmitted infections among adolescents: The need for adequate health services, Mrs Joy Phumaphi Assistant Director-General Family and Community Health, Geneva, Switzerland.1-78p.
31. A. De Schryver & A. Meheus. Epidemiology of Sexually transmittes diseases: the global picture. Reviews /Analyses. WHO Bulletin OMS. Vol. 68 1990.
32. Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud. SIS
33. Schiavon R., Troncoso E, Polo G. Aportes para el debate sobre la despenalización del aborto, IPAS México, 2007. Disponible en: <http://www.ipas.org/es-mx/resources/ipas%20publications/aportes-para-el-debate-sobre-la-despenalizacion-del-aborto.aspx>

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

CARAS	Centro de Atención Rural al Adolescente
CDI	Convención sobre los Derechos de la Infancia
CDN	Convención sobre los Derechos del Niño
CEDAW	Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Hacia la Mujer
CENSIDA	Centro Nacional para la Prevención y Control de VIH y el Sida
CIDI	Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes
CIPD	Conferencia Internacional de la Población y el Desarrollo
CMM	Conferencia Mundial sobre la Mujer
CNEGSR	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
CONAPASE	Consejo Nacional de Participación Social en Educación
CONAPO	Consejo Nacional de Población
DGE	Dirección General de Epidemiología
DGIS	Dirección General de Información en Salud
DIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
ENADID	Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
GAIA	Grupo de Atención a la Salud de la Adolescencia
GISR	Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva
HR	Hospital Rural
IEC	Información, Educación y Comunicación
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía

ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
NOM	Norma Oficial Mexicana
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil
PAE	Programa de Acción Específico
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PIDESyC	Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PROSESA	Programa Sectorial de Salud
RMM	Razón de la Mortalidad Materna
SAEH	Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEMAR	Secretaría de Marina
SEP	Secretaría de Educación Pública
SESA	Servicios Estatales de Salud
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIS	Sistema de Información en Salud
SSA	Secretaría de Salud
SUIVE	Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica
UMR	Unidad Médica Rural
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Abuso sexual. Es el ejercicio del poder, en una relación de subordinación real de la víctima frente al agresor en los ámbitos laboral y/o escolar. Se expresa en conductas verbales, físicas o ambas, relacionadas con la sexualidad de connotación lasciva.

Acceso efectivo a los servicios de salud. Se refiere a la definición operativa de la cobertura universal en salud. Esto es, que una persona presenta una condición de salud y que identifique necesidad de atención, pueda acudir sin restricciones financieras, geográficas o de oportunidad a un servicio de salud con capacidad resolutive.

Adolescentes. La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como el período de los 10 a 19 años de edad. Se divide en dos etapas: Adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años de edad) y adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años de edad). Durante este periodo de la vida ocurren una serie de cambios en los campos biológicos, psicológicos y sociales de las personas, culminando con la maduración sexual.

Atención de la salud reproductiva. Se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de infecciones de transmisión sexual.

Calidad de la atención en salud. Atención que el sistema de salud otorga y que cumple con seis dimensiones: efectiva (mejora en resultados de salud individual y comunitaria, basada en sus necesidades), eficiente (con el mejor uso de los recursos), accesible (oportuna, geográficamente razonable y con los recursos y competencias apropiadas a las necesidades en salud), aceptable/centrada en él y la paciente (con base en las preferencias y expectativas de las y los usuarios y la cultura de las comunidades), equitativa (homogénea por género, raza, etnicidad, localización geográfica o nivel socioeconómico) y segura (con los mínimos riesgos y daño a los usuarios).

Calidad técnica de los servicios. El grado en que los servicios de salud para las personas y poblaciones aumentan la probabilidad de resultados deseados en salud y son consistentes con el conocimiento actual.

Calidad interpersonal. Atención a la salud que cumple con las expectativas de las y los usuarios y las normas oficiales y profesionales, en términos de beneficios y riesgos para la salud.

Cobertura de anticoncepción post evento obstétrico. Porcentaje de mujeres que aceptan un método anticonceptivo antes de su egreso hospitalario y durante los 42 días del puerperio, con relación al total de mujeres atendidas por algún evento obstétrico (parto, cesárea o aborto) en las unidades médicas de Salud.

Consejería. Proceso de comunicación mediante el cual alguien recibe ayuda para identificar sus necesidades de salud sexual y reproductiva, así como para tomar las decisiones apropiadas acerca de cómo satisfacerlas. La consejería se caracteriza por un intercambio de información e ideas, análisis y deliberación.

Comportamientos sexuales responsables. Se expresa en los planos personal, interpersonal y comunitario. Se caracteriza por autonomía, madurez, honestidad, respeto, consentimiento, protección, búsqueda de placer y bienestar. La persona que practica un comportamiento sexual responsable no pretende causar daño y se abstiene de la explotación, acoso, manipulación y discriminación. Una comunidad fomenta los comportamientos sexuales responsables al proporcionar la información, recursos y derechos que las personas necesitan para participar en dichas prácticas.

Coordinación intersectorial o interinstitucional. Es la que se establece entre instituciones con distinto carácter y formas de funcionamiento, pero que sus políticas, programas, atribuciones y responsabilidades son compatibles al intervenir en una problemática de salud o social determinada, incluyen organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, instituciones académicas, centros de apoyo e instituciones privadas.

Demanda insatisfecha. También como necesidad insatisfecha de anticonceptivos. Se define como el porcentaje de mujeres en edad fértil unidas que no usa anticonceptivos a pesar de manifestar su deseo expreso de no querer tener hijos por un tiempo (necesidad para espaciar) o nunca más (necesidad para limitar).

Derechos reproductivos. Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas y personas a decidir libre y responsablemente el número de hijos e hijas, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y los medios para ello y el derecho de alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.

Derechos sexuales. Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto a las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen el respeto y el consentimiento recíproco y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual.

Determinantes sociales de la salud. Son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

Discriminación. Se refiere a un tratamiento desigual, injusto, parcial o prejuiciado sobre la base de la pertenencia a grupos o categorías particulares de personas que han sido socialmente estigmatizadas.

Educación de la sexualidad. Es el proceso vital mediante el cual se adquieren y transforman, formal e informalmente, los conocimientos, las actitudes y los valores respecto de la sexualidad en todas sus manifestaciones, que incluyen desde los aspectos biológicos y aquellos relativos a la reproducción, hasta todos los asociados al erotismo, la identidad y las representaciones sociales de los mismos. Es especialmente importante considerar el papel que el género juega en este proceso.

Educación integral en sexualidad. Comprende una amplia perspectiva basada en los derechos humanos y en el respeto a los valores de una sociedad plural y democrática en la que las familias y las comunidades se desarrollan plenamente. Esta educación incluirá aspectos éticos, biológicos, emocionales, sociales, culturales y de género, así como temas referentes a la diversidad de orientaciones e identidades sexuales conforme al marco legal de cada país, para así generar el respeto a las diferencias, el rechazo a toda forma de discriminación y para promover entre los jóvenes la toma de decisiones responsables e informadas con relación al inicio de sus relaciones sexuales.

Equidad. Concepto que se refiere al principio conforme al cual mujeres y hombres acceden con justicia e igualdad al uso, control y beneficio de los bienes, servicios, recursos y oportunidades de la sociedad, así como a la toma de decisiones en todos los ámbitos de la vida social, económica, política, cultural y familiar.

Erotismo. Es la capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas del placer.

Estereotipo. Imagen o idea aceptada comúnmente por un grupo o sociedad con carácter inmutable. Frecuentemente, los estereotipos van acompañados de prejuicios, esto es, de una predisposición favorable o desfavorable hacia cualquier miembro de la categoría en cuestión. Cumplen funciones individuales (ayudan a defender o preservar el sistema de valores) y sociales (contribuyen a la creación y mantenimiento de ideologías de grupo que explican y justifican diversas acciones sociales), ayudan a conservar y crear diferencias valoradas positivamente en un grupo con respecto de otros grupos sociales.

Género. El género es una categoría utilizada para analizar cómo se definen, representan y simbolizan las diferencias sexuales en una determinada sociedad. Por tanto, el concepto de género alude a las formas históricas, económicas y socioculturales en que mujeres y hombres construyen su identidad, interactúan y organizan su participación en los grupos, en la sociedad. Estas formas varían de una cultura a otra y se transforman a través del tiempo.

Identidad de género. Define el grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina o alguna combinación de ambos. Es el marco de referencia interna, que permite a la persona organizar un auto concepto y a comportarse socialmente en relación a la percepción de su propio cuerpo.

Indicador. Parámetro que permite calificar la dimensión de alguna característica o la intensidad de un evento. Se expresa como promedio, porcentaje, tasa o razón.

Interculturalidad en Salud. Es un proceso respetuoso de relación horizontal entre el personal de salud y las personas usuarias que permite comprender la forma de percibir la realidad y el mundo del otro, fomentando el diálogo, el reconocimiento y el respeto a sus particularidades culturales.

Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Documento normativo que establece los propósitos y lineamientos que contribuyen a mejorar el acceso y la calidad de la atención en salud sexual y reproductiva dirigidos a la población adolescente desde una perspectiva de género e interculturalidad con pleno respecto a sus derechos humanos, incluidos los derechos sexuales y reproductivos. Es interinstitucional e incluye las recomendaciones internacionales relacionadas con la prestación de estos servicios, para su aplicación en el Sistema Nacional de Salud.

Orientación sexual. Es la organización específica del erotismo y/o el vínculo emocional de una persona en relación al género de la pareja involucrada en la actividad sexual. La orientación sexual puede manifestarse en forma de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales, o en una combinación de estos elementos.

Paquete Básico de Servicios en Salud Sexual y Reproductiva. Incluyen otorgamiento y/o prescripción de métodos anticonceptivos, orientación consejería en sexualidad y salud reproductiva, anticoncepción de emergencia, manejo de la embarazada como de alto riesgo, anticoncepción de emergencia, vigilancia prenatal y puerperal. Adicionalmente incluye pláticas informativas, talleres y cursos sobre sexualidad y salud reproductiva, ferias y exposiciones de la salud.

Perspectiva de género. Es una visión analítica y política utilizada para mostrar que las diferencias entre mujeres y hombres no sólo en su determinación biológica, sino también en las diferencias culturales asignadas a los seres humanos, las cuales han generado desigualdades de trato, acceso y oportunidades. Esta perspectiva ayuda a comprender más profundamente tanto la vida de las mujeres como la de los hombres y las relaciones que se dan entre ellos.

Prácticas sexuales protegidas. Son prácticas sexuales que incluyen la protección con condón, sexy pack, dique o dedal, para evitar el intercambio de fluidos corporales en boca, ano, vagina y pene a fin de disminuir el riesgo de embarazos no deseados, Infecciones de Transmisión Sexual, incluyendo el VIH y el VPH, entre otros.

Práctica sexual segura. Son las prácticas sexuales como la masturbación, el autoerotismo, las fantasías, los tocamientos que no involucran penetración y/o intercambio de flujos corporales.

Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas que están ella o su pareja, usando algún método anticonceptivo (natural o moderno), en un momento y lugar específicos. Incluye todas las fuentes de obtención. Sector Público y Sector Privado. Solo se puede estimar a través de encuestas.

Relaciones sexuales. Es el conjunto de comportamientos que realizan al menos dos personas con el objetivo de dar o recibir placer sexual. Las relaciones sexuales pueden incluir muchas prácticas.

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

Roles. Conjunto de comportamientos sociales considerados apropiados para las personas por su pertenencia a un género determinado. Formado por el conjunto de normas, principios y representaciones culturales que dicta la sociedad sobre el comportamiento masculino y femenino.

Salud integral. Comprende el bienestar físico, mental y social de los jóvenes acorde a su cultura y el desarrollo de su máxima potencialidad.

Salud reproductiva. Estado general de bienestar físico-mental y social, de las personas de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad para decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, y de decidir tenerlos o no.

Salud sexual. Es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen.

Servicio amigable. Es la atención en salud sexual y reproductiva que se brinda a la población adolescente, en un espacio que permite la privacidad y confidencialidad; por personal capacitado en la oferta del paquete básico de servicios, que sea empático y sensibilizado, para un trato digno, cordial, equitativo y respetuoso de sus derechos humanos, que contribuye a la toma de decisiones informadas.

Sexo. Se refiere al conjunto de características biológicas, fisiológicas y orgánicas que definen a la persona como hembra o macho.

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

Sistema Nacional de Salud. Constituido por dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.

Tasa Específica de Fecundidad en mujeres adolescentes de 15 a 19 años. Es el número promedio de nacimientos en mujeres de 15 a 19 años de edad por mil mujeres de la misma edad.

Usuaría activa. Persona que adoptó un método anticonceptivo proporcionado por la institución y que al efectuarse un corte en la información tiene un registro vigente en la unidad médica o comunidad rural como usuaria del servicio.

Violencia sexual. Es cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o la sexualidad de la víctima y, por tanto, que atenta contra su libertad, dignidad e integridad física. Es una expresión de abuso de poder que implica la supremacía masculina sobre la mujer, al denigrarla y concebirla como objeto.

Vulnerables por carencias sociales. Población que presenta una o más carencias sociales, pero cuyo ingreso es superior a la línea de bienestar. Las carencias sociales son: carencia por rezago educativo, carencia de acceso a los servicios de salud, carencia de acceso a la seguridad social, carencia por la calidad y espacios de la vivienda, carencia por servicios básicos en la vivienda y carencia de acceso a la alimentación.

Vulnerables por ingresos. Población que no presenta carencias sociales y cuyo ingreso es inferior o igual a la línea de bienestar.

ANEXOS

Anexo 1. Consulta Ciudadana

En apego a la fracción IV del capítulo Primero de la Ley de Planeación, el CNEGSR llevó a cabo el "Foro Nacional de Consulta para la elaboración de los PAE 2013-2018" el día 6 de noviembre del 2013. Para la consulta del PAE de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, el Foro se desarrolló en tres mesas en las que participaron 12 panelistas y 96 asistentes, con un total de 108 participantes, con la siguiente agenda de trabajo:

Mesas de Trabajo	Paneles
Retos y Perspectivas en Salud Sexual y Reproductiva de las y los Adolescentes	El ayer, el hoy y el mañana de la salud sexual y reproductiva para adolescentes en México.
	El Rol de las Organizaciones de la Sociedad Civil en la salud sexual y reproductiva para adolescentes.
	La atención institucional de la salud sexual y reproductiva para adolescentes en México.
	La percepción juvenil de la salud sexual y reproductiva para adolescentes en México.
Perspectivas: Determinantes de la Salud Sexual y Reproductiva de las y los Adolescentes	La salud sexual y reproductiva para adolescentes en México desde la visión de los Organismos Internacionales.
	Sexualidad y jóvenes en México. Encuesta Nacional de la Juventud 2010.
Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes en situación de Alta Vulnerabilidad	Estrategias en salud sexual y reproductiva en población adolescente de alta vulnerabilidad.
	La interculturalidad de la salud sexual y reproductiva para adolescentes en la población indígena.
	La expresión de la diversidad sexual en salud sexual y reproductiva para adolescentes.
	Estrategias para la prevención del embarazo en adolescentes.

Asimismo, con el propósito de elaborar el programa rector se recabaron e integraron las propuestas consensuadas como resultado de los foros de consulta, donde se reunieron a reconocidas personalidades de las diferentes Instituciones del Sistema Nacional de Salud, organizaciones de la sociedad civil, organizaciones de profesionales de la salud, representantes de los servicios de salud de diversas entidades federativas y la población en general, así como instituciones académicas que han contribuido al avance de las acciones en este campo.

Instituciones del Sistema Nacional de Salud

- Secretaría de Salud
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
- Instituto Mexicano del Seguro Social
- IMSS/Oportunidades
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida, CENSIDA
- Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, CeNSIA

Instituciones de la Administración Pública Federal

- Consejo Nacional de Población, CONAPO
- Secretaría de la Defensa Nacional, SEDENA
- Secretaría de Marina, SEMAR
- Instituto Nacional de Lenguas Indígenas, INALI
- Instituto Nacional de la Juventud, INJUVE
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, DIF
- Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, CDI
- Secretaría de Educación Pública, SEP

Instituciones Académicas

- El Colegio de México A.C, COLMEX
- Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO
- Universidad Autónoma Metropolitana, UAM

Organizaciones de la Sociedad Civil

- Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A.C., MEXFAM
- Católicas por el Derecho a Decidir, A.C., CCD
- Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos en México, A.C., IMSR
- Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C., GIRE
- Centro de Orientación para Adolescentes A.C., CORA
- Salud Integral para la Mujer A.C. SIPAM
- Consultoría Multidisciplinaria en Desarrollo Humano
- Sociedad Mexicana de Salud Pública
- Democracia y Sexualidad, A.C.
- Asociación Mexicana para la Salud de la Adolescencia, A.C.
- Consultoría Multidisciplinaria en Desarrollo Humano
- Kinal Antzetik, A.C.

Organismos de Cooperación Internacional

- Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA

Servicios Estatales de Salud

También participaron en los Foros, líderes del Programa de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes de los Servicios Estatales de Salud que se han destacado por sus acciones para enriquecer y mejorar los programas en sus áreas de trabajo: Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Distrito Federal, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala y Yucatán.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA
ADOLESCENTES

PROGRAMA SECTORIAL
DE SALUD 2013-2018

Primera edición, xxx 2014

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