



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MEXICO
UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL NEZAHUALCÓYOTL
LICENCIATURA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

***EL PROGRAMA “SALUD SEXUAL EN LOS
ADOLESCENTES” Y SU IMPLEMENTACIÓN EN EL
MUNICIPIO DE NEZAHUALCÓYOTL***

Tesina

que presenta

SAIRA BERENICE FRUTIS VALLADARES

para obtener el título de

LICENCIADA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Asesora

Dra. en C.S.C. Georgina Contreras Landgrave

Nezahualcóyotl Estado de México, febrero 2014.

INDICE

	Pág.
RESUMEN	11
ABSTRACT	12
ÍNDICE DE TABLAS Y ESQUEMAS	
Esquema 1 Principales determinantes de la salud.....	46
Tabla 1 Principales determinantes de la salud paquete básico de salud.....	50
Esquema 1..Estructura sistema del Nacional Salud.....	68
Esquema 2. Estructura del Sistema Estatal de Salud.....	69
Esquema 3. Estructura modelo la Jurisdicción Sanitaria.....	71
ABREVIATURAS	13
INTRODUCCIÓN	14

PRIMERA PARTE

PRESENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
II. APORTACIONES DE INVESTIGADORES	22
III. OBJETIVOS	26
IV. JUSTIFICACION	27
V. MARCO METODOLÓGICO	28

SEGUNDA PARTE

DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

CAPITULO 1. ASPECTOS BIOLÓGICOS DE LA SAUD SEXUAL

1.1 El adolescente y la sexualidad.....	37
1.2 El adolescente y su salud.....	40
1.3 La sexualidad.....	41
1.4 Enfermedades transmisión sexual.....	42

1.5 Métodos de planificación familiar.....	43
CAPITULO 2. ASPECTOS SOCIALES DE LA SALUD SEXUAL	
2.1 Determinantes de la salud.....	45
2.2 Clasificación de Lalonde.....	46
2.3 Clasificación de Dallaren y Whitehead.....	46
CAPITULO 3. NORMATIVIDAD NACIONAL SOBRE SALUD SEXUAL	
3.1 Programa Nacional de Salud 2007-2012.....	49
3.2 Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.....	52
3.3 Norma Oficial Mexicana 005 de los servicios de planificación familiar.....	54
3.4 Ley General de Salud.....	56
3.5 Paquete Básico de Servicios de Salud.....	59
3.6 El Programa de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes.....	61
CAPITULO 4. NORMATIVIDAD ESTATAL SOBRE SALUD SEXUAL	
4.1 Programa Estatal de Salud 2005-2011.....	63
4.2 Plan Estatal de Desarrollo 2011-2017.....	64
4.3 Servicios Amigables de Salud para adolescentes	66
CAPITULO 5. ESTRUCTURA DE SALUD	
5.1 Estructura Nacional de Salud.....	68
5.2 Estructura de Salud del Estado de México.....	69
5.3 La Jurisdicción Sanitaria.....	71
CAPITULO 6. ACTIVIDADES EN LA JURISDICCIÓN NEZAHUALCÓYOTL.....	
CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES.....	
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	
VII. ANEXOS.....	
	81

RESUMEN

Objetivo.

Un problema que aqueja a la población mexicana actual es la presencia de embarazos no planificados en adolescentes, debido a las repercusiones en salud y sociales que representa, si bien existe normatividad nacional y en todas las entidades federativas para brindar los servicios de salud sexual a la población, las estadísticas siguen en aumento en todo el territorio mexicano. El interés que se generó, permitió plantear como objetivo general el describir la implementación de la normatividad emitida a nivel nacional y estatal sobre la salud sexual en la Jurisdicción Nezahualcóyotl. Planteando para su cumplimiento tres objetivos específicos: conocer la normatividad emitida a nivel nacional en materia de Salud Sexual; conocer la normatividad emitida a nivel estatal en materias de Salud Sexual e Identificar las actividades que se realizan en la Jurisdicción Sanitaria Nezahualcóyotl para la implementación del Programa salud sexual y reproductiva para adolescentes.

Material y métodos.

La metodología fue la revisión de los diferentes documentos emitidos a nivel nacional y a nivel estatal del Estado de México sobre la salud sexual. Documentos que sirven de marco normativo para ser implementados los programas y acciones en los diversos servicios de salud a través de las Jurisdicciones Sanitarias.

Resultados.

Los resultados arrojados muestran que existe una coherencia entre las normatividades emitidas en ambos niveles pero no se cumple al pie de la letra lo especificado en ellos por lo que se representan en vacíos operacionales con la repercusión manifiesta en el incremento de los embarazos no planificados en adolescentes.

Conclusiones.

Se puede concluir que se requiere mayor seguimiento en los procesos operacionales entre la Jurisdicción Sanitaria (en este caso de Nezahualcóyotl) y los servicios prestadores de salud.

Palabras clave.

Embarazos adolescentes no planificados, marco normativo nacional, marco normativo estatal, Jurisdicción Sanitaria Nezahualcóyotl.

ABSTRACT

Objective.

One problem plaguing current Mexican population is the presence of unintended pregnancy in adolescents due to the impact on health and social accounting, while there is national legislation, and in all states to provide health services sexual to population statistics continue to increase in all of Mexico. The interest it generated, led to proposing the general aim to describe the implementation of regulations issued national and state data on sexual health in the Jurisdiction Nezahualcoyotl. Posing for compliance three specific objectives: to know the regulations issued nationally on Sexual Health; know the regulations issued state wide Sexual Health matters and identify the activities performed in the Jurisdiction Nezahualcoyotl Health Program for the implementation of sexual and reproductive health for adolescents.

Material and methods.

The methodology consisted of reviewing the various documents issued at the national and state level in the State of Mexico on sexual health. Documents that provide regulatory framework for implementation of programs and actions in the various health services through the Health Jurisdictions.

Results.

The result shows that there is a consistency between normativity issued at both levels but not fulfilled to the letter specified in them so they are represented in the impact operational gaps evident in the increase in unplanned pregnancies among adolescents.

Conclusions.

We conclude that increased monitoring is required in operational processes between the Sanitary District (in this case of Nezahualcoyotl) and health services providers.

Key words.

Unplanned teenage pregnancies, national regulatory framework, State regulatory framework, jurisdiction health Nezahualcoyotl.

ABREVIATURAS

CENSIIDAD:	CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEVIH / SIDA
CONAPO:	CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN
DGIS:	DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD
DIU:	DISPOSITIVO INTRAUTERINO
ENADID:	ENCUESTA NACIONAL DELA DINAMICA DEMOGRAFICA
ENSAR:	ENCUESTA NACIONAL DE SALUD REPRODUCTIVA
ETS:	ENFERMEDAD DE TRASMISION SEXUAL
EDO:	ENFERMEDADES DECLARACIONES OBLIGATORIAS
INEGI:	INSTITUTO NACIONAL ESTADISTICA GEOGRAFICA
MEXFAM:	FUNDACION MEXICANA PARA PLANIFICACION FAMILIAR
OMS:	ORGANIZACIÓN MUNDIAL SALUD
ONUSIDA:	PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE ELVIH/SIDA
OPS:	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD
PABSS:	PAQUETE BÁSICO DE SERVICIOS DE SALUD
RMM:	RAZA MORTALIDAD MATERNA
SSA:	SECRETARIA DE SALUD
SESA:	SERVICIOS ESTATALES DE SALUD
UNICEF:	FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA

INTRODUCCIÓN

En el documento emitido en la Conferencia Internacional sobre población y desarrollo realizada en El Cairo en 1994, se asienta en el capítulo VII “Derechos Reproductivos y Salud Reproductiva” que la salud reproductiva es *“un estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias... entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia”*. Esta normatividad fue emitida ante la problemática de embarazos no planificados y enfermedades de transmisión sexual que ha ido en aumento a nivel mundial actualmente.

En México este problema también se vive, específicamente en el Estado de México, la sexualidad adolescente es un tema que ha llamado la atención del aparato de gobierno, en el municipio de Nezahualcóyotl las estadísticas han despuntado con lo que respecta al número de embarazos no planificados, así como la presencia de enfermedades de transmisión sexual como el SIDA. Lo anterior motivó a realizar la presente investigación la cual pretende hacer un recorrido sobre el Marco Normativo en salud que fundamenta la implementación de las acciones en los servicios de salud.

Este documento es parte del marco normativo del Estado de México para la acción que ha orientado las políticas públicas como en la jurisdicción sanitaria Nezahualcóyotl y los programas de salud dirigidos a los adolescentes. Por lo anterior, la investigación es una tesina y se divide en dos apartados. En la primera se hace una presentación de la investigación donde se presenta el planteamiento del problema, las aportaciones de investigadores, los objetivos de investigación, la justificación y el marco metodológico. La segunda parte está comprendida por siete capítulos descritos a continuación:

En el Capítulo 1 “Aspectos biológicos de la salud sexual”, se exhiben definiciones sobre el adolescente y la sexualidad, el adolescente y su salud, la sexualidad, enfermedades transmisión sexual, y métodos de planificación familiar.

El Capítulo 2 “Aspectos sociales de la salud sexual” se retoman las aportaciones sobre los determinantes de la salud, la clasificación de Lalonde y la clasificación de Dallaren y Whitehead

Después se aborda el aspecto normativo en el Capítulo 3 “Normatividad nacional sobre salud sexual”. Aquí se presentan documento emitidos como el Programa Nacional de Salud 2007-2012, el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, la Norma Oficial Mexicana 005 de los servicios de planificación familiar, la Ley General de Salud, el Paquete Básico de Servicios de Salud, y el Programa de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. De manera complementaria y dado que la investigación se realizó en el Estado de México en el Capítulo 4 denominado “Normatividad estatal sobre salud sexual” se retoma el Programa Estatal de Salud 2005-2011, el Plan Estatal de Desarrollo 2011 – 2017, y el programa “Servicios Amigables de Salud”.

Para conocer la implementación del contenido en los documentos anteriores se presenta la Estructura Nacional de Salud, la Estructura de Salud del Estado de México y la Jurisdicción Sanitaria en el Capítulo 5 “Estructura de salud”. Ya en el Capítulo 6 “Actividades en la Jurisdicción Nezhualcóyotl” se presentan las acciones que se desarrollan en este nivel el cual se caracteriza por que la normatividad emitida y convertida en programas operativos se vincula con los servicios de salud. Finalmente en el capítulo 7 de la tesina se presentan las Conclusiones.

En la última parte del documento se encuentra las referencias bibliográficas y los anexos utilizados.

PRIMERA PARTE

PRESENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar de los beneficios que los métodos anticonceptivos han tenido y su impacto social, los embarazos no deseados se siguen presentando, sobre todo en la población de los adolescentes de nivel secundario y bachillerato, aunado a esto se presenta las infecciones de transmisión sexual como el Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirido.

A nivel mundial, más del 33% de la carga de la enfermedad y cerca del 60% de las muertes prematuras en adultos están asociadas a conductas que inician en la adolescencia como el tabaquismo, consumo de alcohol y prácticas sexuales riesgosas, entre otras (OMS, 2002).

Los embarazos en adolescentes, en la mayor parte del mundo, son el resultado directo de la condición inferior de la mujer cuyo papel en la sociedad está devaluado (Bruce, 1989).

La OMS estima que todos los años se producen 340 millones de casos nuevos de infecciones bacterianas de transmisión sexual, como la clamidias y la gonorrea, entre la población de edades comprendidas entre los 15 y los 49 años. Muchos de esos casos no son tratados por falta de acceso a servicios adecuados. Cada año se producen millones de casos de infecciones víricas, incluida la infección por VIH (OMS, 2006).

Nivel internacional se ha planteado la urgente necesidad de establecer políticas públicas dirigidas a contribuir a la reducción de los embarazos en adolescentes, disminuir las infecciones de transmisión sexual y sus complicaciones potenciales, así como promover conductas saludables y responsables alrededor de la sexualidad y la reproducción. Se ha planteado el fortalecimiento de los servicios de salud dirigidos a ellos, diseñando estrategias para facilitar el acceso a los mismos y promover una cultura institucional de respeto a sus derechos sexuales y reproductivos (OMS, 2002).

Se han realizado varios estudios en Canadá y en los países escandinavos los cuales han demostrado que integrando la Educación Sexual y el acceso a la anticoncepción se puede reducir de forma considerable el número de embarazos no deseados y de abortos entre las mujeres jóvenes (Jaccard, 1975).

Las consecuencias del embarazo no deseado en los jóvenes son múltiples: en primer lugar, carecen de modelos morales de referencia para guiar sus conductas; muchos de los roles adultos se transfieren tempranamente a las jóvenes (Pérez, 2000).

En México los jóvenes inician tempranamente su vida sexual. En las mujeres la Edad media es de 15.9 años en promedio, con prácticas generalmente no protegidas. Esto las predispone a infecciones de transmisión sexual, embarazos no planeados, aborto y un riesgo elevado de complicaciones para la salud de la madre y del recién nacido asociados al embarazo a edades tempranas (OMS, 2002).

En el país, el número de adolescentes de 10 a 19 años, casi se duplicó de 11.7 millones en 1970 a 22.2 millones en el año 2006, representando el 21% de la población total. De acuerdo a los datos de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ENSAR) 2003, 20% de las adolescentes de 15 a 19 años son sexualmente activas observándose además un adelanto en la edad de inicio de la actividad sexual. Por lo que respecta al VIH/Sida cada año 11000 personas adquieren el VIH, es decir, alrededor de 30 personas por día, de las cuales más del 50% son jóvenes de 15 a 24 años de edad (CENSIDA, 2005).

La edad de la primera unión ha sido retrasada en las nuevas generaciones; a nivel rural de 16 a 23 años y urbano de 18 a 25 años, pero la edad de inicio de relaciones sexuales lo cual el intervalo entre el inicio de relaciones y la unión se ha prolongado, con mayor exposición a embarazos no planeados o deseados (ENSAR, 2003).

Los cambios en los jóvenes están siendo experimentados en edades muy tempranas, por lo que interrumpen la etapa de preparación y formación que representa la juventud, de ahí que se requieran políticas integrales que atiendan las

necesidades de los jóvenes e impulsen su desarrollo y proceso personal (CONAPO, 2006).

Muchos de estos embarazos no son planeados, ocurren por una demanda insatisfecha o por falla del método anticonceptivo usado. Algunos estudios estiman que su frecuencia es del 40 al 60% (MEXFAM, 2000).

Desde los noventa, la proporción de nacimientos en mujeres menores de 20 años, se ha mantenido sin grandes cambios, de 18% del total de nacimientos en 1990 a 17.4% en el año 2005 (INEGI, 2006).

En relación con la proporción de adolescentes y jóvenes sexualmente activos, una encuesta realizada en la Ciudad de México informó que 44% de los hombres y 13% de las mujeres de 15 a 19 años de edad eran sexualmente activos (Morris, 1993).

En el caso de egresos hospitalarios por aborto, entre 2001 y 2005 ocurrieron más de 400 mil. De estos, 22.5% correspondió a mujeres adolescentes entre 10 y 19 años. La razón de mortalidad materna (RMM) en el 2006 en mujeres adolescentes en el país fue de 66 por 100,000 nacidos vivos, que comparado con la RMM de mujeres de 20 a 24 años de 43 por 100,000 nacidos vivos, nos señala que existe más de un 60% de riesgo de fallecer cuando una mujer se embaraza en la adolescencia (DGIS, 2006).

El inicio de la etapa reproductiva muestra diferencias entre grupos sociales, ya que 31.1 por ciento de las jóvenes de zonas rurales ya han tenido su primer hijo a los 18 años; y entre mujeres indígenas lo ha hecho el 50.8 por ciento. En tanto que en las jóvenes que viven en áreas urbanas, sólo 23.3 por ciento ha adquirido las responsabilidades adultas de la formación de un hogar. Por otra parte, la unión y el nacimiento del primer hijo son eventos que ocurren casi de manera simultánea; la edad promedio a la que ocurre la primera unión es a los 20.9 años, en tanto que la edad al nacimiento del primer hijo es de 21.9 años (ENADID, 2006).

Nueve de cada diez mujeres en esta etapa de la vida, tuvieron su primera relación sexual sin protección, a pesar de que alrededor del 66% de ellas refirió haber iniciado su vida sexual sin la intención de embarazarse, lo cual se refleja en

una alta demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos entre este grupo de mujeres, que continúa siendo la más alta de todos los grupos de edad, 36% en 2006 y que representa el triple con respecto al valor estimado para todas las mujeres de 15 a 49 años de edad, de 12% (ENADID, 2006).

Se estima que durante el 2006, ocurrieron en el país cerca de 321 mil nacimientos de madres de 15 a 19 años, lo que representa el 16.1% del total de nacimientos. A pesar de que durante los últimos seis años se redujo en más de 20% la prevención de embarazo no planeado en la adolescencia, continúa siendo uno de los principales desafíos en el área de salud sexual y reproductiva. En cuanto al Instituto Mexicano del Seguro Social el programa "Oportunidades" que ofrece cuenta con 3,609 servicios denominados Centros de Atención Rural al Adolescente (Caras, 2006).

Los embarazos en adolescentes, en la mayor parte del mundo, son el resultado directo de la condición inferior de la mujer cuyo papel en la sociedad está devaluado (BRUCE, 1989).

La mortalidad de adolescentes asociada al aborto presentó el siguiente comportamiento entre 1990 y 2004, se reportaron 1 444 muertes por abortos realizados en condiciones inseguras², lo que representa el 7% del total de las muertes maternas en ese período, y el 13.2% correspondió a muertes de mujeres menores de 19 años (ENSAR, 2004).

En el año 2000, el Instituto Mexicano de la Juventud indicó que 60% de los hombres y 51% de las mujeres del grupo 15-29 años de edad, se declararon sexualmente activos (Sánchez, 2001).

La salud reproductiva está directamente relacionada con la calidad de vida, la sexualidad y la familia; representa el ejercicio de la sexualidad responsable y sin riesgos; el bienestar de la madre, del niño en gestación, de los infantes y de los adolescentes se extiende más allá del período reproductivo. Tiene que ver con las relaciones interpersonales, con percepciones y con valores; su cuidado evita enfermedades, abuso, embarazos no planeados y la muerte prematura. Pocas decisiones son más importantes en la vida que seleccionar con quién formamos

pareja, elegir cuándo y cuántos hijos tener y cómo mantener la salud y gozar la sexualidad en la etapa postre productiva (ENDES, 1997).

Para atender las diferentes necesidades de salud del país al inicio de cada administración federal se emite el Programa Nacional de Salud, documento que expresa las acciones que realizará la administración entrante durante su gobierno. De este documento la Secretaría de Salud del país diseña diferentes programas los cuales se convierten en acciones para ser implementados por los integrantes del Sistemas de Salud.

En el Estado de México, se han reflejado en diferentes programas específicos en donde para su implementación se incorpora a otros sectores de la sociedad, como lo es el sector educativo.

En los planteles educativos mexiquenses existe un programa emitido en el año 2007 denominado “Salud sexual y reproductiva para adolescentes” el cual está indicado que con apoyo del Sector Salud llegue a toda la población de adolescentes de la entidad mexiquense, por lo que debe existir una colaboración estrecha entre ambos sectores. Para que esto se lleve a cabo existen las Jurisdicciones Médicas las cuales son estructuras administrativas que dan seguimiento a la implementación de las diferentes acciones establecidas en el programa referido.

A pesar de estos esfuerzos, los datos estadísticos siguen en aumento, por lo que la presente investigación se pregunta ¿cuál es el proceso de implementación que lleva a cabo la Jurisdicción de Nezahualcóyotl para que se ejecute el programa de educación sexual y reproductiva para adolescentes en los planteles educativos en el Municipio de Nezahualcóyotl? Para responder esta pregunta surgen otras adicionales: ¿cuál es la normatividad emitida a nivel nacional en materia de Salud Sexual? ¿Cuál es la normatividad emitida a nivel estatal en materias de Salud Sexual?, ¿cuáles son las actividades que se realizan en la Jurisdicción Sanitaria Nezahualcóyotl para la implementación del Programa salud sexual y reproductiva para adolescentes?

La respuesta a estas preguntas guía la presente investigación.

II. APORTACIONES DE INVESTIGADORES

En este capítulo se presentan las aportaciones que varios investigadores han realizado sobre el tema.

Gayet y colaboradores en México (2002) hicieron una investigación acerca de “con quién hablan los adolescentes mexicanos sobre el SIDA” donde su objetivo es Establecer si ciertas características de los jóvenes influyen en la elección de las personas con quienes hablan sobre el SIDA. Concluyeron que se sugiere diseñar estrategias diferenciadas de educación en salud sexual de acuerdo con las características de las subpoblaciones.

Araya (Costa Rica, 2003) realizó una investigación acerca del “Perspectiva sexual de los adolescentes”. El objetivo fue describir los conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de adolescentes, con el fin de establecer el abordaje apropiado de las necesidades relacionadas con la sexualidad en este grupo de jóvenes. Como conclusión sugiere la implementación de programas de educación sexual integral, a padres que inician la formación de una familia, a padres de niños en edad escolar y adolescentes, a los estudiantes de preescolar, primaria y secundaria, a los adolescentes en general y a los adultos principalmente educados.

Bancet y colaboradores hicieron una investigación en ese mismo año de 2003 en México acerca “sexualidad y embarazo adolescente en México”, con el objetivo de identificar las acciones dirigidas a mejorar la salud reproductiva de los adolescentes, se olvidan de que la maternidad temprana en nuestro país, responde a un económico, social y cultural. Mediante el uso de algunas encuestas demográficas con representatividad nacional, en este trabajos profundiza en esta asociación; el resultados lo que hace que las adolescentes de estos grupos sociales sean más vulnerables al embarazo y a las enfermedades de transmisión sexual. Ciertamente, la inequidad de género y otros aspectos Socioculturales relacionados con las

condiciones de desigualdad de las mujeres se agravan en un contexto de pobreza y falta de oportunidades. Concluyeron que el trabajo comprueba que se requieren mayores investigaciones para obtener un diagnóstico preciso de los complejos factores y dimensiones que intervienen en la salud reproductiva de los jóvenes en nuestro país. Se mostró que el embarazo de las mujeres más jóvenes ha experimentado una disminución importante en fechas recientes. Por otro lado, los resultados indican que el embarazo adolescente en México responde primordialmente a un contexto social. El modelo estadístico relaciona directamente el embarazo adolescente con la unión conyugal, la edad y el nivel educativo.

En ese mismo año Díaz y colaboradores (Cuba) hicieron una investigación acerca de “Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia. Un enfoque integral de promoción de salud “donde su Objetivo es esclarecer los puntos más vulnerables, hacia los que debe orientarse el trabajo de promoción de salud, de manera que se abarque el adolescente como individuo, su familia, el grupo escolar y el contexto socioeconómico en que ocurre el comportamiento no saludable y Concluyendo que la responsabilidad compartida entre las organizaciones sociales, el sistema de salud, el sistema educacional, las familias y los individuos, para favorecer un comportamiento sexual que contribuya a disminuir el embarazo y el aborto en las adolescentes.

Vásquez y colaboradores (Colombia, 2005) hicieron una investigación acerca de educación y el ejercicio responsable de la sexualidad en adolescentes” con el objetivo de evaluar el impacto de una intervención educativa encaminada a dar poder a los(as) adolescentes en sus derechos deberes sexuales y reproductivos Concluyendo que es importante investigar las vivencias de los(as) adolescentes durante la intervención para descubrir lo que le llevó a la actividad sexual genital. La automedicación de anovulatorios y la falta de seguimiento de las instituciones de salud durante el uso de los mismos fue un hallazgo importante que sugiere mejorar el acceso a los servicios de planificación familiar para las adolescentes.

También en México Pérez y colaboradores (2006) hicieron una investigación acerca de “Conducta Sexual Protegida en Adolescentes Mexicanos” en donde su

objetivo fue identificar predictores psicosociales de conducta sexual protegida adolescentes. La muestra estuvo constituida por 113 hombres y 65 mujeres mexicanos estudiantes bachillerato, entre los 14-20 años de edad. Se aplicaron una serie de instrumentos a saber: conocimientos creencias sobre sexualidad, habilidades para la toma de decisiones, comunicación asertiva y conducta protegida: el resultado obtenido mostró que la habilidad de comunicación asertiva es el mejor productor conducta, en el caso de relaciones sexuales con una pareja regular; seguido por los conocimientos; productor con la pareja ocasional, son las creencias. También identifican la necesidad de desarrollar programas educación sexual que faciliten la comunicación asertiva con la pareja sexual y que proporcionen información objetiva que desmitifique creencias, mediante el conocimiento detallado y práctico sobre sexualidad, y uso de anticonceptivos.

En 2007 igualmente en México Sánchez y colaboradores hicieron una investigación acerca de “Significaciones de la sexualidad y salud reproductiva en adolescentes”. Marcaron como objetivo describir y comprender los significados que tiene la sexualidad en los adolescentes, y cómo se construyen influyen en sus prácticas sexuales y salud reproductiva. Con los resultados que obtuvieron llegaron a la conclusión que la construcción cultural que se hace de la diferencia sexual –el género– marca los significados que se dan a la sexualidad en los grupos estudiados y establece formas de interactuar con su entorno social. Las mujeres relacionan la sexualidad con el ejercicio reproductivo y la viven como una experiencia negativa. Para los varones existe la posibilidad positiva y placentera de la sexualidad, enmarcada en un contexto que los impulsa a tener relaciones sexuales como forma de sustentar su masculina.

En Cuba García y colaboradores (2007) hicieron una investigación acerca “La sexualidad en los adolescentes algunas consideraciones”, con el objetivo de exponer algunas consideraciones de la sexualidad en los adolescentes. Los resultados obtenidos fueron datos procesados de forma automatizada donde se empleó estadística descriptiva. La edad predominante en ambos sexos fue de 13-15 años (64.2 %), 42.8 % realizó las primeras relaciones sexuales entre los 13 y14 años,

fundamentalmente los varones (59 %). La mayoría de los adolescentes tuvo relaciones sexuales y reconoció la vía de transmisión de las infecciones de transmisión sexual. Con lo anterior Concluyen que los adolescentes tuvieron su primer contacto sexual entre los 13 y 14 años, la principal información recibida sobre educación sexual fue a través de los padres y que los conocimientos que tienen sobre las vías de transmisión de las infecciones de transmisión sexual son Insuficientes.

Por su parte Pinilla y colaboradores en Colombia (2008) hicieron una investigación acerca de “Servicios de salud sexual y reproductiva según los adolescentes varones” donde su objetivo era caracterizar las necesidades básicas y las expectativas de los adolescentes varones en Bucaramanga, Colombia, desde su percepción, con respecto a los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR). Concluyendo que pesar de las diferencias culturales y socioeconómicas, los jóvenes concuerdan en sus Percepciones, necesidades y expectativas acerca de la sexualidad y los servicios de SSR. El análisis final mostró cuatro categorías: experiencias sobre servicios de SSR, ideales sobre servicios de SSR, pornografía y sexualidad. Conclusiones: es evidente la invisibilidad de los servicios de SSR y la percepción no favorable, desde la experiencia de los que la conocen. No obstante lo anterior, los adolescentes consideran necesario contar con esta clase de servicios. Esta investigación conduce a la reflexión sobre el desconocimiento del adolescente varón desde su ser, su sentir y su querer ser.

González (Colombia, 2009) realizó una investigación acerca del “Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre la Sexualidad en una Población Adolescente escolar, donde su objetivo es estimar la relación entre conocimientos, actitudes y prácticas comportamientos De riesgo en la sexualidad juvenil y la estructura y percepción de funcionalidad familiar, Concluyendo Es más importante la percepción de función familiar que la estructura como factor de riesgo en la sexualidad de los joven

III. OBJETIVOS

GENERAL

Describir la implementación de la normatividad emitida a nivel nacional y estatal sobre la salud sexual en la Jurisdicción Nezahualcóyotl.

ESPECÍFICOS

- Conocer la normatividad emitida a nivel nacional en materia de Salud Sexual.
- Conocer la normatividad emitida a nivel estatal en materias de Salud Sexual.
- Identificar las actividades que se realizan en la Jurisdicción Sanitaria Nezahualcóyotl para la implementación del Programa salud sexual y reproductiva para adolescentes.

IV. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se justifica ya que los resultados de la investigación porque los sistemas de salud cada día les resulta más difícil tener que dar atención a salud por los altos costos que representar al presentar la ciudadanía enfermedades con procesos de atención más caros y complejos, por lo que resulta indispensable identificar y establece los mecanismos indispensables para dar atención pero en etapas tempranas de la enfermedad, pudiendo ser hasta en etapas preventivas.

Si bien la normatividad establece las estrategias para atender la salud sexual de la población desde la etapa inicial y tiene un enfoque integral de equidad de género y ejercicio de derechos sexuales y reproductivos enfocándose en el fortalecimiento de la capacidad institucional y de los actores del sistema general de seguridad social en salud y la promoción de la participación activa de los y las jóvenes en el diseño de programas de salud y salud sexual, ajustados a sus características y necesidades, las estadísticas en salud refieren que es necesario hacer una revisión de los procesos de implementación pero partiendo desde la normatividad establecida, para identificar los “vacíos” existentes, sobre todo a nivel jurisdicción sanitaria donde es el espacio donde se convierten la normatividad, estrategias y programa en acciones.

Finalmente se considera que la presente investigación enriquece al campo del conocimiento de la Licenciatura en Educación para la Salud ya que al formar profesionistas con una visión de interdisciplinariedad, tienen en cuenta las contribuciones del campo del conocimiento del área de la salud, de las ciencias sociales y de la pedagogía, como es el caso de esta investigación que se realiza un análisis sobre la implementación del Marco Normativo en salud donde se sustenta la prevención de la enfermedad y muy específicamente la Educación para la Salud.

V. MARCO METODOLÓGICO

- **Diseño de la investigación**

La presente investigación describe las actividades que se realizaron en la Jurisdicción Sanitaria Nezahualcóyotl para la implementación del Programa salud sexual y reproductiva para adolescentes.

Para lo cual se revisaron los documentos emitidos por instituciones del ámbito nacional y estatal. De manera complementaria no realizaron dos entrevistas con los responsables del programa de salud sexual en la Jurisdicción Nezahualcóyotl; siendo las fuentes de información primarias y secundarias oficiales.

- **Ubicación**

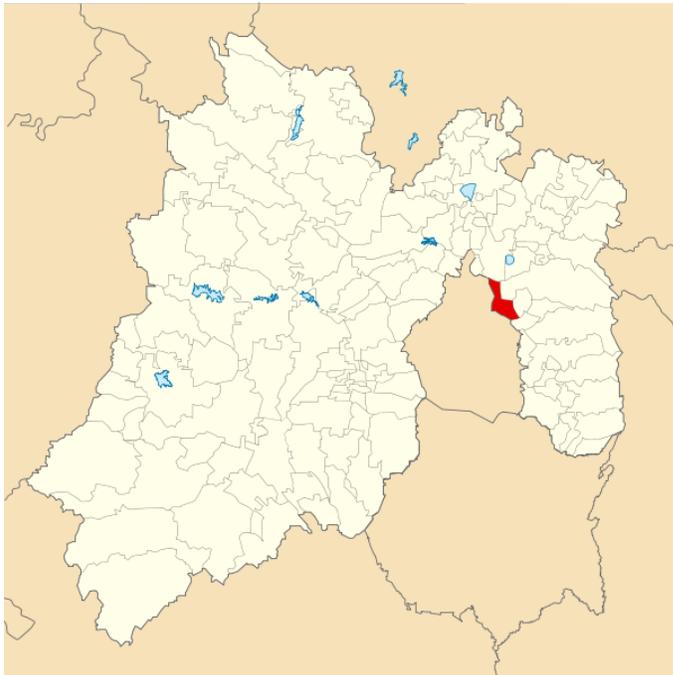
La investigación se desarrolló en el municipio Nezahualcóyotl ubicado en la zona oriente del estado de México. Este nombre lo recibe en honor del gran poeta prehispánico y significa Coyote que ayuna ☐. En este caso, se trata de un municipio creado el 3 de abril de 1963, en honor del Gran Señor o tlatoani Nezahualcóyotl Acolmiztli de Texcoco, por eso la toponimia sólo hace referencia al personaje.

El municipio de Nezahualcóyotl se asienta en la porción oriental del valle de México, en lo que fuera el lago de Texcoco. La ubicación geográfica del territorio municipal tiene las siguientes coordenadas extremas: Latitud norte del paralelo 19° 21"☐™ 36"☐☐ y 19° 30"☐™ 04"☐☐ al paralelo; Longitud oeste del meridiano 98° 57"☐™ 57"☐☐ y 99° 04' 17"☐☐ al meridiano.

Este municipio está situado a una altura de 2,220 metros sobre el nivel del mar y pertenece a la región III Texcoco, subregión II y forma parte de la zona conurbada de la ciudad de México.

Limita al noroeste con el municipio de Ecatepec de Morelos y la zona federal del lago de Texcoco; al oeste con las delegaciones Gustavo A. Madero y Venustiano

Carranza del Distrito Federal; al este con los municipios de La Paz, Chimalhuacán y Atenco; al sur con las delegaciones Iztapalapa e Iztacalco del Distrito Federal.



El municipio cuenta con un territorio de 63.44 kilómetros cuadrados de los cuales 50.57 son de uso urbano (81%) en donde se ubican 86 colonias; y 11.87 kilómetros cuadrados corresponden a la zona federal del Ex-vaso de Texcoco.

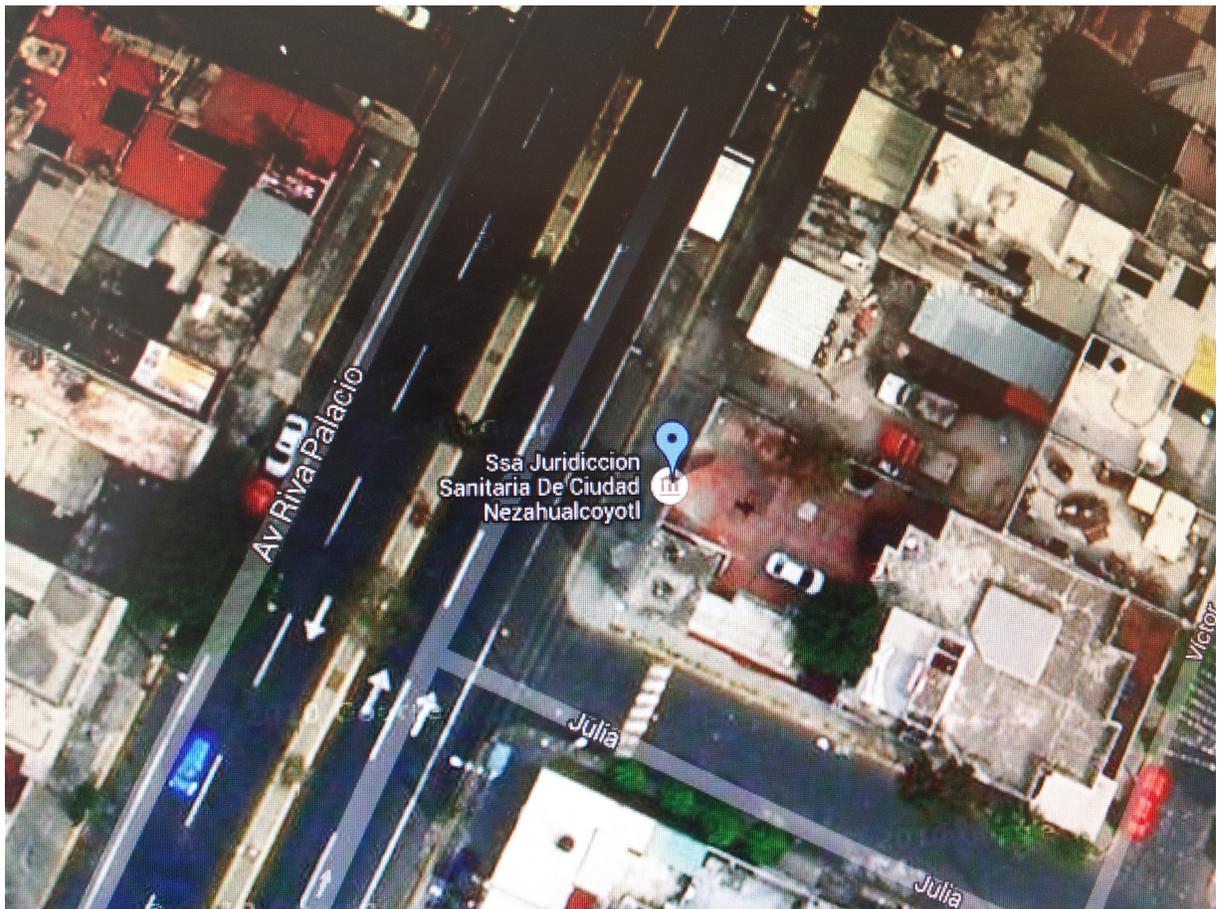
La superficie del municipio es plana, sin accidentes orográficos, a excepción de una elevación situada a una altura de 1,220 msnm. Al norte de poniente a oriente cruza el río de Los Remedios, de sur a noreste el río Churubusco, en el noreste se encuentra el vaso del antiguo lago de Texcoco y cuenta con el lago del Parque del Pueblo que sirve como zona lacustre y ecológica.

El territorio municipal de Nezahualcóyotl está conformado por la Cabecera municipal, con asiento en Ciudad Nezahualcóyotl y las delegaciones administrativas Neza II y Carlos Hank González.

Está dividido en dos grandes zonas: norte y sur y cuenta. Asimismo, cuenta con 86 colonias. En la cabecera municipal radica el 99.98% de la población con una

densidad de población de 19 mil 901 habitantes por kilómetro cuadrado. De ahí que si el criterio para definir a las principales localidades es poblacional, se puede afirmar que todas las colonias son importantes (INEGI, 1995).

Específicamente la investigación se realizó en la Jurisdicción Sanitaria Nezahualcóyotl, ubicada en Av. Riva Palacio no. 125 col. Pavón.



Fuente: Google Maps, 2013.

Entrada interior de la Jurisdicción Nezahualcóyotl



Av. Riva Palacio no. 125 Colonia Pavón, Nezahualcóyotl

- **Sujeto de estudio**

Por ser una investigación documental, no se cuenta con sujetos de estudio, aunque sí se entrevistan a dos funcionarios del sistema de salud.

- **Universo**

Los funcionarios de la Jurisdicción Nezahualcóyotl.

- **Muestra**

Es una muestra intencional correspondiendo a los responsables del programa de salud sexual en el municipio Nezahualcóyotl.

- **Criterios de selección**

- **Criterios de inclusión:** los funcionarios que sean responsables del programa de salud sexual como lo fue el responsable del seguimiento muerte materna y Responsable del Programa de Adolescentes y de la Coordinadora de la Normatividad de Salud Reproductiva.
- **Criterios de exclusión:** funcionarios que no sean responsables del programa de salud sexual.

- **Recopilación de la información**

Para dar cumplimiento al primer objetivo específico *conocer la normatividad emitida a nivel nacional en materia de Salud Sexual*, se hizo una revisión documental sobre los temas de salud sexual y educación para la salud y acciones específicas de diferentes documentos. Los documentos revisados fueron el Programa Nacional de Salud 2007-2012, el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, la Norma Oficial Mexicana 005 de los servicios de planificación familiar, la Ley General de Salud, el

Paquete Básico de Servicios de Salud y el Programa de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2007-2012.

Para el segundo objetivo *conocer la normatividad emitida a nivel estatal sobre Salud Sexual* se revisó el Programa Estatal de Salud 2005 -2011, el Plan Desarrollo 2011-2017 y el programa denominado “Servicios amigables de Salud”.

En toda esta documentación se identificaron cuáles son las acciones que se debe hacer en el ámbito de la salud sexual en el primer nivel de atención.

Finalmente para *identificar las actividades que se realizan en la Jurisdicción Sanitaria Nezahualcóyotl para la implementación del Programa salud sexual y reproductiva para adolescentes*, de manera complementaria se realizaron dos entrevistas a semiprofundidad con preguntas abiertas, las cuales se formularon a los responsables del área de planificación familiar en la propia Jurisdicción Sanitaria.

- **Aspectos éticos**

En el ámbito internacional el Código de ética médica de Núremberg publicado en 1947 recoge una serie de principios que rigen la experimentación con seres humanos. Formado por 10 puntos el primero indica que es absolutamente esencial el consentimiento voluntario del sujeto humano.

Años más tarde en 1964 la Declaración de Helsinki emitida por la Asamblea Médica Mundial insta a todos los participantes en la investigación médica en seres humanos a cumplir con el principio básico es el respeto por el individuo (Artículo 8), su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado).

En México la Ley General y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, especifica el desarrollo de acciones que contribuyan al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos, en materia de prevención y control de los problemas de salud. Uno de los aspectos fundamentales que debe de tomarse en cuenta para la investigación, es que el estudio debe de prevalecer, el criterio del respeto a su dignidad y la protección de

sus derechos y bienestar (SSA, 2008). Por lo que se debe contar con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal (SSA, 2008).

En el caso de esta investigación, el desarrollo de la misma fue del tipo documental, sin embargo se realizaron dos entrevistas los responsables del programa de salud sexual en la Jurisdicción Nezahualcóyotl. Para poder hacerla se entrevistó previamente con el Jefe de la Jurisdicción quien los instruyó de que proporcionaran la información solicitada por la investigadora, por lo que no se utilizó el consentimiento por escrito.

Limitaciones de la investigación

La presente investigación consideró la normatividad emitida a nivel nacional y del Estado de México sobre el tema de la salud sexual, misma que se comparó con las acciones que se realizan en la Jurisdicción Nezahualcóyotl, esta delimitación permite afirmar que los resultados obtenidos sólo tienen aplicabilidad en esta demarcación, por lo que para poder generalizarlos se requerirá de hacer otras investigaciones en donde se consideren otras Jurisdicciones Sanitarias.

SEGUNDA PARTE
DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO 1. ASPECTOS BIOLÓGICOS DE LA SALUD SEXUAL

Para abordar el tema de la “Salud sexual en los adolescentes” en la presente investigación se elaboró el Marco Teórico el cual está formado por los aspectos biológicos, aspectos sociales, aspectos normativos, aspectos estructurales, la implementación de los programas de Salud Sexual en los servicios de atención primaria y las aportaciones de los investigadores

1.1 El adolescente y su sexualidad

A diferencia de la pubertad, que comienza a una edad determinada a los doce o trece años, debido a cambios hormonales, la adolescencia puede variar mucho en edad y en duración en cada individuo, pues está relacionada no solamente con la maduración de la psiquis del individuo (Bhasin, 2008).

La salud sexual adolescente, es crucial entender los procesos del ciclo de la vida en el desarrollo sexual de los adolescentes y su influencia en la conducta juvenil los múltiples factores, tanto los individuales como los sociales ambientales, que conducen a las consecuencias deseadas descritas antes. Su nivel de influencia puede variar en distintos puntos y momentos, pero todos ellos moldean la forma en que los jóvenes experimentan la transición de la infancia a la adultez (Juszczak y Sadler, 1999).

La salud sexual es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; la cual no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud (OMS, 2006).

La salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad y no es solamente la ausencia de enfermedad,

disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud (OMS, 2002).

La salud sexual está encaminada al desarrollo de la vida, de las relaciones personales y no solamente al asesoramiento y la atención en materia de la reproducción y de las enfermedades de transmisión sexual (OPS, 2000).

Estado de bienestar físico psíquico, emocional y social en relación a la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un enfoque respetuoso y positivo hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como hacia la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para poder alcanzar y mantener la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfecho (OMS, 2001).

La salud Sexual es un concepto que va más allá del hecho de no padecer de enfermedades en nuestro aparato reproductor. Tiene que ver con lograr el suficiente conocimiento de nuestro cuerpo que nos permita cuidarlo; ser capaces de tomar decisiones sobre nuestra sexualidad y también sobre la pareja que queremos; la forma de relacionarnos que nos haga sentir bien con nosotras mismas y con las demás personas (UNFPA, 2004).

La salud sexual y reproductiva es compleja y fundamentaren la vida del ser humano, pues la reproducción humana es sexual y, por tanto, el origen de nuestra vida se encuentra en el ejercicio de la función sexual. La sexualidad humana no se reduce a la genitalidad y a lo reproductivo (Flores, 2002).

La salud sexual y reproductiva se refiere a un estado general de bienestar Físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos (SSA, 2005).

La atención en salud sexual y reproductiva está enfocada a la orientación consejería sobre el ejercicio de la sexualidad, a la prevención de los embarazos no

planeados, a la prevención de las infecciones de transmisión sexual, todo esto con un trato digno y manteniendo el respeto a la libre decisión (Bhasin yBasson, 2008).

La adolescencia se caracteriza por el crecimiento físico y desarrollo psicológico, y es la fase del desarrollo humano situada entre la infancia y la edad adulta. Esta transición es tanto física como psicológica por lo que debe considerarse un fenómeno biológico, cultural y social (Kapila, 1995).

Cambios físicos. No sólo cambia la estatura y la figura, aparece el vello corporal, púbico y en las axilas. Estos cambios físicos suelen traer consigo preocupaciones sobre su “imagen” y su aspecto físico que muestran dedicando horas a mirarse en el espejo o quejando por ser “demasiado alto o bajo, flaco o gordo”, o en su batalla continua contra granos y espinillas (acné). Conviene tener en cuenta que el cuerpo no se desarrolla todo al Mismo tiempo ni con la misma rapidez por lo que la coordinación de movimientos puede sufrir alteraciones provocando temporadas de torpeza (CEPAL, 2005).

Cambios emocionales. Pensar que los adolescentes están totalmente regidos por los cambios hormonales es una clara exageración. Es cierto que esta etapa supone cambios rápidos del estado emocional, en la necesidad mayor de privacidad, y una tendencia a ser temperamentales. Sin embargo y a diferencia de los niños que no suelen pensar en el futuro, los adolescentes sí lo hacen y con más frecuencia de lo que los padres creen. Algunos incluso llegan a preocuparse en exceso de:

- Su rendimiento escolar.
- Su apariencia, desarrollo físico y popularidad.
- La posibilidad de que fallezca un progenitor.
- La violencia escolar.
- No tener amigos.
- Las drogas y el alcohol.

Durante este periodo suele ocurrir que estén demasiado centrados en sí mismos: creen que son la única persona en el mundo que se siente como él, o que

Sólo a él le ocurren las cosas, o que es tan especial que nadie puede comprenderlo y menos su familia (Guzmán, 2000).

Son menos aparentes pero pueden ser tan radicales como los físicos o emocionales. Durante las primeras fases de la adolescencia el avance en las formas de pensar, razonar y aprender es especialmente significativo (Delgado, 2005).

A diferencia de los niños Son capaces de pensar sobre ideas y asuntos sin necesidad de ver ni tocar, empiezan razonar los problemas y anticipar las consecuencias, considerar varios puntos de vista, y reflexionar sobre lo que pudiera ser en lugar de lo que es. Una de las consecuencias más relevante de estos cambios mentales es la Formación de la identidad pensar en quienes son y quienes quieren llegar a ser es un asunto que les ocupa tiempo y hace que exploren distintas identidades cambiando de Una forma de ser a otra con cierta frecuencia (Segil, 1999).

Esta exploración es necesaria para un ajuste psicológico al llegar a la edad adulta. La capacidad de pensar como adultos acompañada de la falta de experiencia Provoca que el comportamiento de los adolescentes no siempre encaje con sus ideas (Vázquez, 1991).

1.2 El adolescente y su salud

Como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo como la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano fundamental. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha incluido en la definición de salud en la adolescencia, el desarrollo de habilidades cognitivas, emocionales y sociales. La atención de problemas y enfermedades es parte del cuidado de la salud (López, 2001).

Cuando un adolescente se siente enfermo suele acudir al consultorio de un profesional o al centro de salud en búsqueda de atención que en dicha atención existen dos actores: un adolescente enfermo que demanda, generalmente, con

sufrimiento físico y psíquico– y un profesional –proveedor, que ofrece, que tiene el deseo de curar y preservar salud-bienestar. El primero recibe una atención, que en ocasiones, está en relación con su situación económica y social; en cambio, los proveedores tienen el poder de la tecnología, de la ciencia, del estatus (Hirigoy en, 1999).

El cuidado de la salud incluye, no solamente, la atención de los/las adolescentes enfermos/as o con problemas, sino también las acciones de promover, conservar y mejorar el bienestar de los individuos, las familias y de la sociedad. No bastan, pues, acciones aisladas desde la salud. Se requiere, además, saneamiento ambiental, educación, justicia, bienestar social, trabajo, y el compromiso de todos los sectores de la comunidad incluyendo los políticos (Urta ,1995).

El cuidado de la salud requiere de múltiples actores, de la participación de toda la comunidad; dicha participación en todos los niveles del análisis, del diagnóstico, de la planificación (Miller, 2001).

1.3 La sexualidad

La sexualidad es una expresión humana amplia y circunscrita del ser humano. Sobre lo señalado existe un amplio consenso reflejado en definiciones que por un lado la vinculan con sentimientos, comunicaciones, relaciones y vivencias particulares de una persona, pero sobre todo con la capacidad expresiva, el afecto y el placer, y además la reproducción comportamiento que conduce al orgasmo”, lo que supuestamente lo diferenciaba de los componentes subjetivos de la sexualidad permitía una dimensionalización precisa: masturbación, sueños sexuales, caricias, coito, actividades homosexuales y contactos animales (López,2001).

Los derechos sexuales y reproductivos de la personas adolescentes y jóvenes y en particular el del ejercicio de la sexualidad adolescente, ha provocado la oposición de quienes se consideran autorizados para determinar lo que debe o no debe permitirse a esas personas. No obstante, desde hace años se ha Reafirmado en el ámbito mundial la idea de que las pueden tienen derecho a disfrutar del ejercicio y protección (Cairo, 1994).

De los derechos sexuales y reproductivos con igual legitimidad y plenitud que las personas adultas .a salud reproductiva es un estado de completo bienestar físico, mental y social, que implica, también, una vida sexual y satisfactoria y segura y que el cuidado de la salud reproductiva incluye la salud sexual para mejorar la vida y las relaciones personales. Estos derechos se basan en derechos humanos ya reconocidos internacionalmente (UNICEF, 1990).

1.4 Enfermedades de transmisión sexual

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son infecciones que se adquieren por tener relaciones sexuales con alguien que esté infectado. Las causas de las ETS son las bacterias, parásitos y virus. Existen más de 20 tipos de ETS(Correa, 2003).

La mayoría de las ETS afectan tanto a hombres como a mujeres, pero en muchos casos los problemas de salud que provocan pueden ser más graves en las mujeres. Si una mujer embarazada padece de ETS, puede causarle graves problemas de salud al bebé. Si padece de ETS causada por bacterias o parásitos (OMS, 1996).

Existen algunas enfermedades infecciosas que se han considerado como de transmisión entérica y que, ocasionalmente, pueden transmitirse por vía sexual, si se practican relaciones sexuales que impliquen un contacto anal-oral (ONUSIDA, 2001).

Las ETS tienen en la actualidad una gran relevancia debido a la pandemia del SIDA. Tienen gran importancia en salud pública, no sólo por las infecciones agudas, sino por la gravedad de sus complicaciones y secuelas. Muchas de estas enfermedades se manifiestan de forma a sintomática o sintomáticas (SSA, 2005).

Sobre todo en mujeres, por lo que no se diagnostican y no se tratan, siendo las personas que las padecen Una fuente de infección para otras personas. Es frecuente la existencia de infecciones mixtas (ONUSIDA, 1997).

Por lo que se complica el diagnóstico No existe un registro global de todas ellas, ya que el sistema de enfermedades de declaración obligatoria (EDO) se recoge datos de sífilis, gonorrea y chlamydias y no de otras ETS. Este sistema es útil para demostrar tendencias, pero al tratarse de declaraciones numéricas sólo reflejan el

número de personas declaradas, no su distribución por edad, sexo u orientación sexual (Erbelding, 1997).

Las ETS son distintas según donde se realice la Consulta: clínicas de obstetricia, de ginecología, de ETS, consultas de planificación familiar.

El conocimiento de la situación global de las ETS en nuestro país no es el adecuado ya que los actuales sistemas de recogida de información y vigilancia epidemiológica son recientes (Ferrer ,1995).

1.5 Métodos de planificación familiar

El Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción se ha definido como programa prioritario, porque contribuye a alcanzar una vida sexual y reproductiva sana y placentera, a través de su contribución a la prevención de embarazos no planeados y de alto riesgo, de la disminución del riesgo de mortalidad perinatal, aborto e infecciones de transmisión sexual. Fomenta una actitud responsable frente a la reproducción, contribuye a mejorar las condiciones de vida de los individuos, tanto para los padres como para los hijos y coadyuva a disminuir los niveles de fecundidad y en consecuencia, a favorecer el crecimiento armónico de la población del país, lo que repercute positivamente en el desarrollo económico el descenso de la fecundidad (Johansson, 2002).

Dentro de los métodos de planificación familiar se encuentran los siguientes:

a) Métodos de barrera

Los métodos de barrera impiden la entrada de espermatozoides al útero y son productos sanitarios por lo que deben cumplir los requisitos sanitarios establecidos a estos productos en cada país o región (SESA, 2000).

b) Preservativo o condón

Los condones masculinos son recubrimientos delgados de caucho, vinilo o productos naturales que se colocan sobre el pene erecto. Los condones masculinos pueden ser tratados con espermicida para ofrecer mayor protección. Estos impiden que los espermatozoides tengan acceso al aparato reproductivo femenino e impiden que los

microorganismos (Enfermedades de Transmisión Sexual -ETS-, incluyendo el VIH) pasen de un miembro de la pareja al otro (sólo los condones de látex y vinilo (SESA, 2000).

c) Preservativo femenino.

Los condones femeninos son un recubrimiento delgado de plástico poliuretano con aros de poliuretano en extremos opuestos. Estos se introducen en la vagina antes del coito. Al igual que los condones masculinos, los femeninos impiden que los espermatozoides tengan acceso al aparato reproductivo femenino e impiden que los microorganismos Enfermedades de Transmisión Sexual ETS (incluyendo el VIH o sida) pasen de un miembro de la pareja al otro.

d) Métodos hormonales y químicos

Los métodos hormonales y químicos son medicamentos anticonceptivos que impiden que el proceso de concepción pueda tener lugar. El modo de actuación es distinto según el método (SESA, 2000).

CAPITULO 2. ASPECTOS SOCIALES DE LA SALUD SEXUAL

2.1 Determinantes de la salud

El conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones. Estos factores influyen en la salud son múltiples e interrelacionados y combinados todos ellos, crean distintas *condiciones de vida* que ejercen un claro impacto sobre la salud (OMS, 1998).

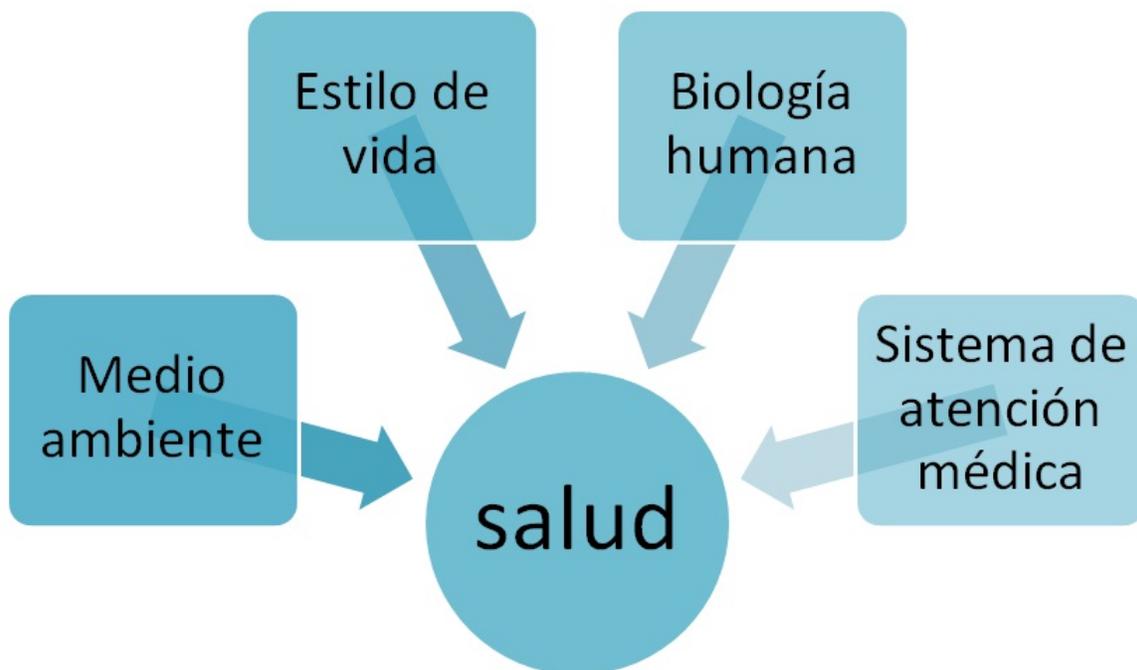
2.2 Clasificación de Lalonde

Fue en el año de 1974 cuando el ministro canadiense de salud Marc Lalonde, creó un modelo de salud pública explicativo de los determinantes de la salud (Ávila-Agüedo, 2006). Con este modelo consideró que la promoción de la salud juega un papel fundamental dentro de las políticas públicas saludables, originadas a partir del marco conceptual y la estructura del campo de la salud, en la cual se hizo una división en cuatro componentes: la biología humana, el medio ambiente, los estilos de vida y la organización de los servicios de la atención en salud estos fueron identificados de acuerdo a estudios de morbilidad y mortalidad y se les denominó determinantes de la salud:

- **Biología humana:** están incluidos aquí todos los aspectos de salud física y mental que se desarrollan en el cuerpo humano. Comprende la herencia genética, el proceso de maduración y el envejecimiento de la persona.
- **Medio ambiente:** engloba todos los fenómenos relacionados con la salud, que son externos al cuerpo humano, y sobre los cuales las personas tienen poco o ningún control.

- **Estilos de vida:** son el conjunto de decisiones que las personas toman acerca de su salud y sobre las cuales tiene un relativo control. Las buenas decisiones y los hábitos personales saludables favorecen la salud.
- **Organización de los servicios de la atención en salud:** consiste en la cantidad, calidad ordenamiento, naturaleza, y relaciones de la gente, y los recursos en la provisión de los servicios de salud

Esquema 1. Determinantes de la salud según Lalonde



Fuente: Lalonde, 1974

De esta forma una política pública saludable es un proyecto permanente de acciones que cambian positivamente las estructuras que afectan el estado de salud.

2.3 Clasificación de Dallaren y Whitehead

Otra contribución es la de Dallaren y Whitehead quienes en 1993 organizaron a los determinantes de la salud general de la población con una mirada de estratos de

influencia similares a un arco iris. En el Centro de la figura se localizan los individuos considerando su edad, sexo y características constitucionales que influyen en su salud y que no son modificables. Entorno a ellos hay influencias que, en teoría, pueden ser modificadas por medio de la acción política. En primer lugar están los factores relacionados con la conducta personal, como los hábitos personales y la actividad física. De manera sobre puesta en segundo lugar, los individuos interaccionan con otros y con la comunidad inmediata viéndose influidos por ellas. Inmediatamente se encuentra la capacidad de una persona para mantener su salud (en el tercer estrato) la cual se ve influida por las condiciones de vida y de su trabajo, la alimentación y el acceso a bienes y servicios esenciales. Finalmente como mediadores de la salud de la población, las influencias económicas, culturales y medioambientales actúan sobre el conjunto de la sociedad.

Este modelo persevera en las interacciones de los estilos de vida individuales las normas y redes sociales, así como en las condiciones de vida y de trabajo que a su vez guardan relación con el entorno socioeconómico y cultural general (esquema 2).

Esquema 2. Principales determinantes de la salud



Fuente: Dallaren y Whitehead, 1993

En este modelo se puntualiza que en el proceso salud enfermedad existen los factores de protección los cuales eliminan el riesgo de enfermedad o facilitan la

resistencia a ella. Como ejemplos se puede mencionar las dietas sanas elaboradas a base de fruta y aceite de oliva como la dieta mediterránea (Costa, 2006), la vacunación y como factores psicosociales el apoyo social y el sentido de finalidad y dirección en la vida ayudan a proteger la salud (OMS, 2002).

De igual forma en toda enfermedad se pueden identificar a los factores o condiciones de riesgo que son los factores que causan problemas de salud y enfermedades, esto pueden ser sociales o económicos, o bien asociarse a riesgos para la salud específicos de un entorno, estilo de vida, la contaminación o hábitos.

Los riesgos individuales relacionados con la conducta proporcionan sólo una base parcial. Una estrategia de salud global para un cierto país debe incluir, tanto los determinantes generales como los individuales de la salud, así como las relaciones entre ellos, ya que suelen estar estrechamente vinculados entre sí (Dallaren y Whitehead, 1993).

De esta forma para mantener un estado de salud resulta necesario identificar también los factores positivos y protectores de la salud (Dallaren y Whitehead, 1993).

Por lo que al considerarlo anterior y poder establecer las prioridades proponiendo intervenciones y estrategias adecuadas, se debe evaluar la importancia de la contribución de distintos factores de riesgo a la carga total de enfermedad.

CAPÍTULO 3. NORMATIVIDAD NACIONAL SOBRE SALUD SEXUAL

En México, para atender la salud sexual se han emitido en el ámbito nacional una serie de documentos, los cuales tienen una cobertura nacional y se deben implementar en todos los servicios de salud, sean públicos o privados.

3.1 Programa Nacional de Salud 2007-2012

El Programa Nacional de Salud 2007-2012 responde a los retos que enfrenta el Sistema Nacional de Salud poniendo en marcha mecanismos que fortalecerán las actividades de protección contra riesgos sanitarios, promoción de la salud y prevención de enfermedades; mejorarán la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes; permitirán ampliar la infraestructura y el equipamiento en salud; consolidarán el abasto de medicamentos y otros insumos, e impulsarán el aseguramiento universal en salud. A través de ello se irá construyendo el camino que conduce a la necesaria integración de nuestro sistema de salud

El 13 de febrero de 2007, el Presidente Felipe Calderón Hinojosa puso en marcha la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud, cuyo objetivo general es disminuir, mediante medidas anticipatorias, el impacto de las enfermedades y lesiones sobre los individuos, familias, comunidades y sociedad. Incluye acciones novedosas de promoción de la salud, prevención y control de riesgos sanitarios, y detección temprana de enfermedades. Los resultados esperados de esta estrategia son: evitar muertes, reducir las tasas de morbilidad, mejorar los indicadores de calidad y bienestar, y asegurar que la población tenga control sobre los determinantes de su salud. Para cumplir con estas tareas es necesario movilizar mayores recursos financieros

Para la salud, de preferencia recursos públicos; modernizar y ampliarla infraestructura sanitaria, e invertir en el desarrollo del conocimiento y la formación y actualización de los recursos humanos en todo el sector.

El Programa Nacional de Salud 2007-2012, que cuenta con cinco objetivos, diez estrategias y 74 líneas de acción. Este programa es un producto colectivo. Se elaboró con la participación de todas las instituciones del sector, todas las entidades federativas y un amplio número de organizaciones de la sociedad civil. Además recogió las inquietudes de la sociedad a través de los 13 Foros de Consulta Ciudadana y de las comisiones de salud y seguridad social de ambas cámaras del Congreso de la Unión. Programa Nacional de Salud 2007-2012 El ejercicio sectorial y plural de identificación de prioridades permitió la definición de los cinco objetivos del Programa Nacional de Salud 2007-2012, que son los siguientes:

1. *mejorar las condiciones de salud de la población;*
2. *reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas;*
3. *prestar servicios de salud con calidad y seguridad;*
4. *evitar el empobrecimiento de la población por motivos de Salud, y*
5. *garantizar que la Salud contribuya al combate a la pobreza y Al desarrollo social del país.*

El Programa Nacional de Salud se divide en cuatro partes:

- I. *Necesidades, recursos y servicios de salud*
 - *Necesidades de salud: daños y riesgos*
 - *Recursos para la salud: financieros, materiales y humanos*
 - *Servicios de salud: personales y de salud pública*
- II. *El Sistema Nacional de Salud en el 2030*
 - *Visión y acciones estratégicas*
- III. *Objetivos y estrategias*

IV. Seguimiento de metas, medición de resultados y rendición de cuentas

El capítulo I presenta un diagnóstico sobre la salud y los servicios de salud en el país. Este capítulo está dividido en tres secciones: necesidades, recursos y servicios. En la primera sección se describen los riesgos y daños a la salud que enfrenta nuestra población, con énfasis en las principales causas de muerte y discapacidad. Además de presentar un cuadro del nivel general de salud de la población, se presenta información sobre las desigualdades en las condiciones de salud. En la segunda sección se hace un recuento de los recursos financieros, materiales, humanos e intangibles (información y conocimiento) de los que dispone el país para atender sus necesidades de salud. Aquí se discuten los problemas de distribución de estos recursos, que afectan principalmente a las poblaciones rurales, indígenas y de menores ingresos. Finalmente, en la tercera sección se analiza la situación de los servicios curativos y de salud pública, y de las actividades de regulación de dichos servicios.

El capítulo II presenta la visión prospectiva del Sistema Nacional de Salud al que aspiramos en el 2030. En este capítulo se describen las principales características de ese sistema y los obstáculos que deberán superarse para poder construirlo.

En el capítulo III se presentan, los objetivos del Programa Nacional de Salud 2007-2012 y las estrategias y actividades que se desarrollarán para cumplir con ellos. Finalmente, en el capítulo IV se describen las actividades de seguimiento evaluación y rendición de cuentas que permiten medir los avances e informar a la sociedad sobre el desempeño del Sistema Nacional de Salud y los resultados obtenidos.

Como parte de un amplio ejercicio de prospectiva, realizado a finales de 2006, sobre México en el año 2030, un grupo de expertos en salud analizó y discutió el futuro deseable del sistema nacional de salud.

Para satisfacer de manera adecuada las necesidades de salud de los mexicanos, el sistema nacional de salud, a juicio de los participantes, debió ser un sistema: integrado; financiado predominantemente con recursos públicos, pero con participación privada; regido por la Secretaría de Salud; sustentable centrado en la promoción de la salud y prevención de enfermedades; con un modelo de atención flexible y diseñado a partir de la transición epidemiológica demográfica por la que atravesase el país, con fuertes vínculos intersectoriales.

Sobre las bases de estas características deseables y en congruencia con la realización de las cuatro funciones básicas de los sistemas de salud (rectoría, financiamiento, generación de recurso y prestación de servicios) se acordó una visión para el Sistema Nacional de Salud.

En el periodo de esta administración se desarrollaron diversas actividades dirigidas a cumplir con este. Implantar, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública, una campaña permanente de educación sexual que favorezca el ejercicio de una sexualidad responsable y promueva el uso del condón entre los jóvenes.

Fortalecer las estrategias de información y comunicación en planificación familiar, en coordinación con el Consejo Nacional de Población (CONAPO), en los grupos de mayor riesgo y en particular la estrategia de anticoncepción post evento obstétrico.

La meta fue incrementar a 75% la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en la mujer unida en edad fértil, implantar un modelo interinstitucional de salud sexual y reproductiva para la población adolescente. Con todo es se pretendió reducir la tasa específica de fecundidad en adolescentes a 58 nacimientos por 1 000 mujeres de 15 a 19 años de edad.

3.2 Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018

Otro documento de observancia nacional es el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 en el cual se establecen de manera anticipada las políticas a implementar por el gobierno federal durante ese sexenio.

El Plan expone la ruta que el Gobierno de la República se ha trazado para contribuir, de manera más eficaz, a que todos juntos podamos lograr que México alcance su máximo potencial. Plantea cinco metas nacionales: 1. “*Un México en Paz*”, 2. “*Un México Incluyente*”, 3. “*Un México con Educación de Calidad*”, 4. “*Un México Próspero*” y 5. “*Un México con Responsabilidad Global*”. En el documento presentan Estrategias Transversales para Democratizar la Productividad, para alcanzar Gobierno Cercano y Moderno, y para tener una Perspectiva de Género en todos los programas de la Administración Pública Federal.

En el ámbito de la salud, especifica que:

Es fundamental analizar y prever las condiciones globales, sociales, ambientales, económicas, políticas, de salud e encontrada en condiciones de pobreza. Lo anterior significa que casi la mitad de la población mexicana no dispone de ingresos suficientes para adquirir los bienes y servicios que requiere para satisfacer sus necesidades, y no ejerce al menos uno de los siguientes derechos sociales: educación, acceso a los servicios de salud,

Retoma de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) datos sobre nutrición, en donde se argumenta que en 2012, 2.8% de los menores de cinco años presentan bajo peso, 13.6% muestran baja talla, 1.6% desnutrición aguda (emaciación) y 23.3% anemia.

En este apartado de salud reconocer que el Sistema Nacional de Salud se caracteriza por estar fragmentado en múltiples subsistemas, donde diversos grupos de la población cuentan con derechos distintos, además de que su paquete de servicios es limitado comparado con el ofrecido por el Instituto Mexicano del Seguro Social. Así mismo reconoce que en los servicios de salud existen áreas de oportunidad para hacer un mejor uso de los recursos y para mejorarlo se requiere del fortalecimiento de los modelos de atención de entidades federativas y municipios, así como una regulación adecuada en diversos ámbitos el Sistema Nacional de Salud.

Para afrontar estos retos plantea diversas líneas y estrategias de acción. En la Estrategia 2.3.3. *“Estrategia 2.3.2. Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud”* las líneas de acción establecen:

- *Garantizar la oportunidad, calidad, seguridad y eficacia de los insumos y servicios para la salud.*
- *Reducir la carga de morbilidad y mortalidad de enfermedades crónicas no transmisibles, principalmente diabetes e hipertensión.*
- *Instrumentar acciones para la prevención y control del sobrepeso, Obesidad y diabetes.*
- *Reducir la prevalencia en el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas.*
- *Controlar las enfermedades de transmisión sexual, y promover una salud sexual y reproductiva satisfactoria y responsable.*
- *Fortalecer programas de detección oportuna de cáncer de mama, de Cáncercérvico-uterino y de cáncer de próstata.*
- *Privilegiar acciones de regulación y vigilancia de bienes y servicios para la reducción de riesgos sanitarios, así como acciones que fortalezcan el Sistema Federal Sanitario en general.*
- *Coordinar actividades con los sectores productivos para el desarrollo de políticas de detección, prevención y fomento sanitario.*

3.3 Norma Oficial Mexicana NOM-005 de los servicios de planificación familiar

Para atender la salud sexual de la población del país, existe la Norma Oficial Mexicana NOM-005 “Norma Oficial Mexicana de los servicios de planificación familiar” emitida el 20 de abril de 1994. El objeto de esta Norma es uniformar los principios, criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios de planificación familiar en México, de tal manera que dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos y posterior a la

consejería, basada en la aplicación del enfoque de salud, pueda realizarse la selección adecuada, prescripción y aplicación, así como también la identificación, manejo y referencia de los casos de infertilidad y esterilidad, y con ello acceder a mejores condiciones de bienestar individual, familiar y social.

El campo de aplicación de esta Norma lo constituyen los servicios de atención médica y comunitaria de las instituciones de los sectores público, social y privado, y regula requisitos para la organización, prestación de servicios y desarrollo de todas las actividades que constituyen los servicios que se ofrece con carácter prioritario dentro del marco amplio de la salud reproductiva, con un enfoque de prevención de riesgos para la salud de las mujeres, los hombres y los niños; sus servicios son un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad.

Como todas las Normas, esta tiene una observancia obligatoria en todas las unidades de salud, para la prestación de los servicios de planificación familiar constituidos por los servicios de atención médica y comunitaria de las instituciones de los sectores público, social y privado, y regula requisitos para la organización, prestación de servicios y desarrollo de todas las actividades que constituyen los servicios

Esta Norma considera elementos indispensables en la regulación de las instalaciones y servicios de los establecimientos para la atención médica en la formación de recursos humanos para la salud, necesarios para el desarrollo de los ciclos clínicos y del internado de pregrado de la licenciatura en medicina, expresados en deberes de las instituciones de salud al respecto, como la existencia previa de convenios, la integración del Catálogo Nacional de Campos Clínicos, la observancia de criterios para que el personal médico sea considerado como profesor de los ciclos citados y los requerimientos mínimos de los establecimientos para la atención médica para fungir como sede o subsede de campos clínicos, entre otros.

En el apartado de disposiciones generales específica sobre los servicios de planificación familiar:

5.1.1 los servicios de información orientación consejería selección precisión y aplicación de anticonceptivos identificación y manejo de casos de esterilidad e infertilidad así de como de prevención de enfermedades de trasmisión sexual y de atención de materia infantil constituye un conjunto de acciones cuyo propósito es contribuir a lograr del estado completo bienestar físico mental social y no solamente ausencia de enfermedad el proceso de reproducción y ejercicio de sexualidad así como bienestar de la población.

5.1.2 los servicios de planificación familiar que se imparten por personal médico y paramédico de las instituciones de salud comunitaria quienes deben realizar las siguientes actividades:

*Promoción y difusión, Información y educación, Consejería
Selección prescripción y aplicación métodos anticonceptivos
Identificación y manejo de casos de infertilidad y esterilidad*

5.2 la promoción y difusión de los servicios de planificación familiar se debe efectuar de acciones de comunicación en medios masivos participación social y comunitarios técnicas grupales entrevista personales y vistas domiciliarias para dar a conocer la importancia de las pláticas de planificación familiar para la salud así como existencia de los servicios correspondientes en unidades médicas y centros comunitarios de atención y servicios médicos.

3.4 Ley General de Salud

A partir de la reforma a las políticas de salud iniciada en 1982, se emitió la Ley General de Salud, en ella se tiene como objetivo lograr la descentralización de los servicios de salud en los 32 Sistemas Estatal de Salud.

En el Título tercero denominado “Prestación de los servicios de salud”, específicamente en el Capítulo VI llamado “Los servicios de planificación familiar” comprenden:

i. la promoción del desarrollo de programas de comunicación educativa en materia de servicios de planificación familiar y educación sexual, con base en los contenidos y estrategias que establezca el consejo nacional de población;

ii. la atención y vigilancia de los aceptantes y usuarios de servicios de planificación familiar;

iii. la asesoría para la prestación de servicios de planificación familiar a cargo de los sectores público, social y privado y la supervisión y evaluación en su ejecución, de acuerdo con las políticas establecidas por el consejo nacional de población.

iv. el apoyo y fomento de la investigación en materia de anticoncepción, infertilidad humana, planificación familiar y biología de la reproducción humana;

v. la participación en el establecimiento de mecanismos idóneos para la determinación, elaboración, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos y otros insumos destinados a los servicios de planificación familiar, y

vi. la recopilación, sistematización y actualización de la información necesaria para el adecuado seguimiento de las actividades desarrolladas

Otro título más que incluye esta Ley es el Título Séptimo “Promoción de la Salud en donde el su Capítulo II llamado “Educación para la salud” especifica que:

La educación para la salud tiene por objeto:

i.- fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas y accidentes, y protegerse de los riesgos que pongan en peligro su salud;

ii.- proporcionar a la población los conocimientos sobre las causas de las enfermedades y de los daños provocados por los efectos nocivos del ambiente en la salud, y

iii.-orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, riesgos de automedicación, prevención de farmacodependencia, salud ocupacional, salud visual, salud auditiva, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención y rehabilitación de la invalidez y detección oportuna de enfermedades.

Artículo 113. La Secretaría de Salud, en coordinación con la secretaría de educación pública y los gobiernos de las entidades federativas, y con la colaboración de las dependencias y entidades del sector salud, formulará, propondrá y desarrollará programas de educación para la salud, procurando optimizar los recursos y alcanzar una cobertura total de la población.

Tratándose de las comunidades indígenas, los programas a los que se refiere el párrafo anterior, deberán difundirse en español y la lengua o lenguas indígenas que correspondan

3.5 Paquete Básico de Servicios de Salud

El Paquete Básico de Servicios de Salud (PABSS) (1995 – 2000) es un conjunto de intervenciones en la salud que deben de ser otorgadas a toda la población en respuesta prioritaria as acciones factibles de bajo alto impacto se constituye estrategias de fundamental conforma actividades concretas de promoción y prevención curación o rehabilitación dirigidas al individuos a la comunidad.

Son 13 intervenciones que integra el paquete básico de servicios de salud la misma que se presentara la misma como acciones específicas.

Tabla 1. Paquete Básico de Servicios de Salud

Intervención	Actividades
<i>1 Saneamiento básicos a Nivel familiar</i>	Desinfección de agua domiciliaría Disposición sanitaria de excretas a nivel domiciliario
<i>2. Manejo efectivo de casos de diarreas en el hogar</i>	Capacitación de madres Reconocimientos de signos de alarmas Distribución de Vida Suero Oral Referencia del tratamiento
<i>3. Tratamiento antiparásitos las familias</i>	Ministrarían anti parásitos Educación para la salud
<i>4. Identificación de signos de Alarma de las infecciones respiratorias agudas y referencias a unidades de atención medica</i>	Reconocimiento de signos de alarmas tratamiento Capacitación de madres Tratamientos específicos Referencias

<p><i>5. Prevención y control de tuberculosis pulmonar</i></p>	<p>Referencia de tosedores crónicos Tratamientos supervisados de casos confirmados y de contacto Educación para la salud</p>
<p><i>6. Detección, prevención y Control de Hipertensión arterial y diabetes Mellitus</i></p>	<p>Tratamiento supervisados Educación para la salud</p>
<p><i>7. Inmunizaciones</i></p>	<p>Identificación de susceptibles Derivación de susceptibles Ministración de vacunas Educación para la salud</p>
<p><i>8. Vigilancia de la nutrición y crecimiento del niño</i></p>	<p>Identificación menores de 5 años Orientación nutricional Detección Diagnóstico Capacitación de madres Referencias Seguimiento Ministración micronutrientes</p>
<p><i>9. Servicios de planificación familiar</i></p>	<p>Identificación de la población en riesgo distribución de métodos orales Referencias de aplicación DIU salpingoclasias y vasectomía Educación para la salud</p>
<p><i>10. Atención prenatal del parto puerperio</i></p>	<p>Identificación de embarazos Consulta prenatal 1 vez y subsecuente Aplicación de toxoide tetánico Ministración de hierro Lesiones</p>

	Promoción lactancia materna Identificación y referencia del parto de alto riesgo Cuidados inmediatos del recién nacido con problemas aplicación Sabin y BCG al recién nacido Educación para la salud
<i>11. Prevención de accidentes manejo inicial de lesiones</i>	Otorgamiento de primeros auxilios Referencia Educación para la salud
<i>12. Participación social</i>	Participación social Formación de comités locales de salud Protección de fuentes de abastecimiento de agua Eliminación sanitaria de basura Promoción de la producción y aprovechamiento de alimentos para autoconsumo control de fauna nociva.
<i>13. Prevención y control del cáncer cervicouterino</i>	Promoción de la salud Educación para la salud Detección oportuna Tratamiento y control

Fuente: Departamento de información en salud

3.6 El Programa de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes

Otro documento que se emitió por el gobierno federal es el Programa de Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes 2007 -2012. Este documento es un manual que gira en torno de la vida sexual y reproductiva del adolescente, para lo cual a través de 10 capítulos retoma elementos teóricos y prácticos sobre: 1.

Planeación, 2. Promoción, 3. Educación, 4. Consejería, 5. El papel del prestador de servicios, 6. Adolescencia, salud sexual y reproductiva y derechos sexual, 7. Embarazo no planeado en la adolescencia, 8. Métodos anticonceptivos, 9. Infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA y 10 Medidas de prevención y auto cuidado.

En cada uno de los capítulos se plantea de manera detallada las acciones que realizar en la interacción con los adolescentes. Cabe resaltar que se hace una exhortación a los valores con que los prestadores de los servicios se deben conducir, así como a las habilidades y actitudes que deben demostrar en todo momento.

CAPÍTULO 4. NORMATIVIDAD ESTATAL SOBRE SALUD SEXUAL

4.1 Programa Estatal de Salud 2005 – 2011

Al igual que en el ámbito nacional, en cada una de las entidades federativas en que está dividido el país, al inicio de cada administración estatal se emite el Programa Estatal de Salud como es el caso del Estado de México. Este documento se caracteriza por tener coincidencia en lo establecido en la normatividad nacional y considera la problemática de salud de su región de cobertura.

El Programa Estatal de Salud 2005 - 2011 se enfocó a atender el desarrollo de los servicios de salud poniendo énfasis en la población abierta. El programa invita a los diferentes subsistemas y regímenes que concurren en la atención a la salud en el Estado, a sumarse con sus aportaciones programáticas, de manera que se pueda contar con sus actividades con un sentido normalizado aún en las estrategias prioritarias. Así, este documento, en cuya elaboración participan diversos responsables del Sistema Estatal de Salud, pretende ser la expresión viva de una aspiración legítima de la sociedad al coadyuvar a consolidar en todos una actitud de entusiasmo por alcanzar los resultados que se requirieren.

Cada uno de los indicadores que señalan tanto la problemática como más el tiempo, los avances mostrados representan personas atendidas. Por ello se plantea permanentemente y desarrollar el capital humano, único capaz de lograr esa transformación.

Este programa tiene como objetivo, brindar Seguridad Integral a los mexiquenses, ya que considera la salud como un bien fundamental. A través de las políticas de prevención y atención médica, se combate la pobreza y se promueve la igualdad de oportunidades, pues sólo en condiciones de salud es posible el desarrollo pleno de cada individuo, de su familia y de la comunidad. Este programa está dividido en tres capítulos:

- I. Diagnóstico Situacional de la Salud y el Sistema de Salud al 2005.
- II. El Sistema de Salud en el Estado de México en el 2011.
- III. Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción prioritarias para alcanzar la visión.

4.2 Plan Estatal de Desarrollo 2011 – 2017

El Estado de México tiene proyectado para el año 2017 que los mexiquenses, alcancen un mejor nivel de vida y una mayor igualdad de oportunidades gracias al desarrollo, de una economía competitiva que generará empleos bien remunerados dentro de un entorno, de seguridad y Estado de Derecho; esta proyección está planteada en el Plan Estatal de Desarrollo 2011 – 2017.

En este plan el cual se presenta al inicio de la administración estatal y tiene una Visión en donde se refleja la ambiciosa y realista aspiración de desarrollo para la entidad, porque se encuentra sustentada en la capacidad de acción del Gobierno Estatal. Esta Visión se basa en tres pilares temáticos: (i) el ejercicio de un Gobierno Solidario, (ii) el desarrollo de un Estado Progresista y (iii) el tránsito hacia una Sociedad Protegida. Plantea ser un Gobierno Solidario porque pretende responder a las necesidades sociales, culturales y educativas de sus habitantes, a través de la creación de instituciones y la implementación de programas para atender a las personas. Se visualiza como el Estado Progresista que promueve el desarrollo económico regional, empleando herramientas legales e incentivos que detonen el incremento del bienestar social y generen mercados dinámicos en la entidad. También visualiza una sociedad protegida en la que todos sus miembros, sin distinción alguna, tienen el derecho a acceder a la seguridad en todos sus niveles y a una justicia imparcial y equitativa.

De esta forma el Plan de Desarrollo del Estado de México 2011-2017 incorpora un completo diagnóstico de la situación actual en cada uno de estos pilares temáticos, con el fin de identificar las áreas de oportunidad que deben ser atendidas, de modo que se puedan considerar como el sustento perdurable de la Visión 2011-2017. Para cumplir esta visión plantea apoyarse en pilares descritos que serán impulsados a través de los siguientes tres ejes de acción: (i)

consolidarse como un Gobierno Municipalita, capaz de dar prioridad al gobierno desde la acción local con una perspectiva global, (ii) contar con un Financiamiento para el Desarrollo, a través del ejercicio sustentable de la hacienda pública, y (iii) perfilar a la Administración Pública Estatal hacia un Gobierno de Resultados, cuyas acciones puedan evaluarse en un entorno de transparencia.

En Política de salud plantea que no sólo consiste en la ausencia de afectaciones y enfermedades, sino en un estado general de bienestar físico y psíquico y reconoce que los gastos en salud generalmente son inesperados y producen un impacto significativo en la economía familiar; por lo que programa garantizar a los grupos de menores ingresos, el acceso universal a un sistema de salud lo cual constituye una condición fundamental para el combate a la pobreza; así mismo plantea un sistema de salud eficiente debiendo tratar no sólo padecimientos y enfermedades, sino se debe constituir un instrumento de prevención y detección oportuna que fomente estilos de vida saludables; todo esto planea incrementar la calidad de vida de la sociedad.

En el documento se parte de que la población derechohabiente a la seguridad social es superior a 8.8 millones, representando 58.1% de la población. Esta derechohabiencia es a través de las instituciones del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEM). De manera complementaria otras entidades que proveen servicios médicos son el Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), el Instituto Materno Infantil del Estado de México (IMIEM) y el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México (DIFEM). Se acepta que la cobertura de seguridad social no es homogénea en la entidad, pues existen municipios como Hueypoxtla, Chiconcuac, Capulhuac, Tequixquiac, Tepetlixpa, Valle de Chalco Solidaridad, Tezoyuca, Otumba, Atenco, Chiautla y Chimalhuacán, cuyo nivel de cobertura es inferior al 25.0% del promedio estatal. De igual forma se reconoce que la mayoría de los servicios de salud estatales presentan eficiencias superiores a las observadas a nivel nacional. Ejemplifica que los médicos generales en la entidad brindan al día 48.0% más consultas que las

que se realizan a nivel nacional; considerándose que ese dato puede ser resultado de las presiones que enfrenta dicho servicio, resultado de la escasez de recursos físicos y materiales. En cuanto al estado de salud de los mexiquenses existe un sector de la población que es afectado por enfermedades crónicas no transmisibles causadas por una ingesta de alimentos deficiente por no consumir los micronutrientes necesarios; y por otro lado se observa una tendencia creciente de sobrepeso en la población incrementándose por la falta de actividad física lo cual acrecienta el número de padecimientos

4.3 Servicios Amigables de Salud para adolescentes

Son servicios diseñados para adolescentes que tienen en cuenta sus necesidades y para brindar atención entiendo sus formas de vida y su modo de vinculación con la sociedad. Están conformado por personal multidisciplinario del Instituto de Salud del Estado de México. Son estrategias de atención para los y las adolescentes. Tienen como objetivo proporcionar atención integral específica y de calidad en materia de salud sexual y reproductiva y los adolescentes para favorecer actitudes responsables en el ejercicio de su sexualidad con la finalidad de prevenir los embarazos no planeados y las infecciones de transmisión sexual, en el país actualmente se cuenta con 667 servicios, varios de ellos están ubicados en el territorio mexiquense.

En los servicios amigables se proporciona a los y las adolescentes de las siguientes acciones:

- ✓ *Orientación y consejería en salud sexual y reproductiva*
- ✓ *Dotación de métodos anticonceptivos*
- ✓ *Consejería para la prevención de las infecciones de transmisión sexual*
- ✓ *Control prenatal y referencia para atención de eventos obstétricos*
- ✓ *Cursos y/o talleres de sexualidad, salud sexual y salud reproductiva*
- ✓ *Consejería sobre derechos sexuales y reproductiva*
- ✓ *Dotación de impresos sobre temas diversos de sexualidad y salud reproductiva*

Todas las actividades que el personal de los servicios de amigables realiza con los adolescentes es bajo el marco de respeto a la libre decisión y consentimiento

informado de la o el adolescente para la realización de cualquier procedimiento salud sexual y reproductiva (Servicios Amigables, 2012).

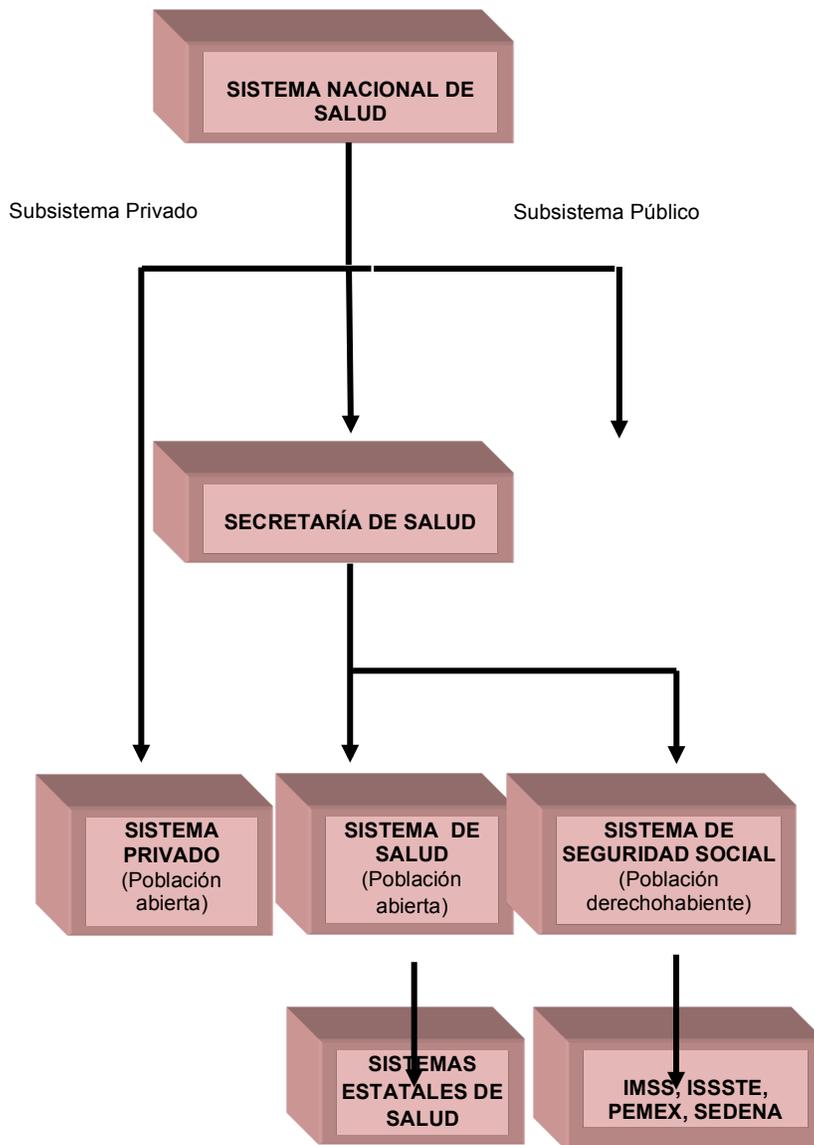
CAPITULO 5. ESTRUCTURA DE SALUD

5.1 Estructura Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud a cargo de la Secretaría de Salud, es la instancia que lo coordina. Este sistema está dividido en el Subsistema Privado y Subsistema Público. El privado se dirige al sector de la población que teniendo los recursos económicos realizan pago por los servicios prestados. Por su parte el Subsistema Público está destinado a dos tipos de población: con seguridad social (52% de la población total mexicana) otorgada a través del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad Social y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) Petróleos Mexicanos (PEMEX) y los empleados que pertenecen a la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y Secretaría de Marina (SM). La población sin *derechohabientica* o “abierta” (48%), es atendida en las instituciones de salud que tienen financiamiento público (esquema 1) (SSA, 2008 en Contreras, 2012).

Con esta estructura nacional se brinda atención a la salud de todos mexicanos, atención que está considerada como una garantía individual y se encuentra redactada en el Artículo 4º. Constitucional.

Esquema 1 .Sistema Nacional de Salud

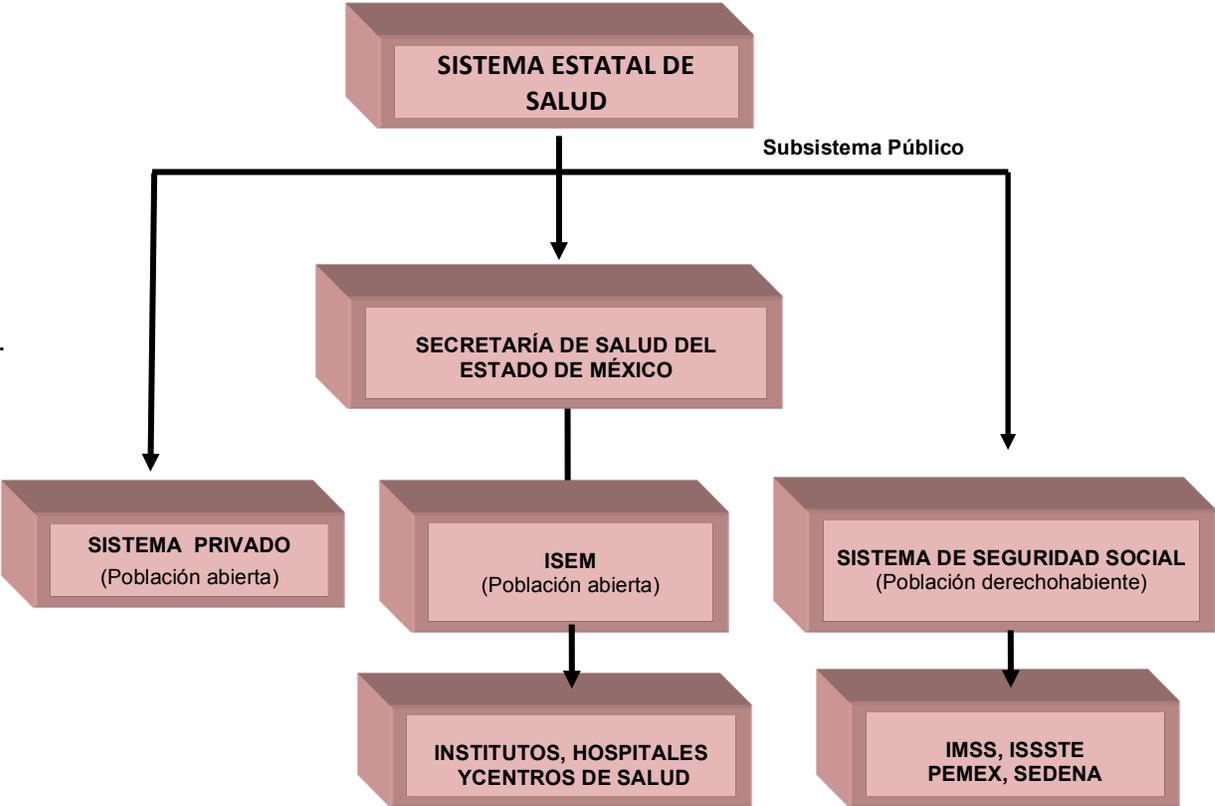


Fuente: Secretaría de Salud en Contreras 2012

5.2 Estructura de Salud del Estado de México

En el Estado de México y derivado y a semejanza de la anterior estructura, para atender la salud de los mexiquenses la Estructura de Salud también este sistema lo coordina la Secretaría de Salud del Estado de México y se encuentra dividido en dos subsistemas (esquema 2).

Esquema 2. Estructura del Sistema Estatal de Salud



Fuente: Secretaría de Salud del Estado de México en Contreras 2012

Esta estructura tiene planteada como funciones:

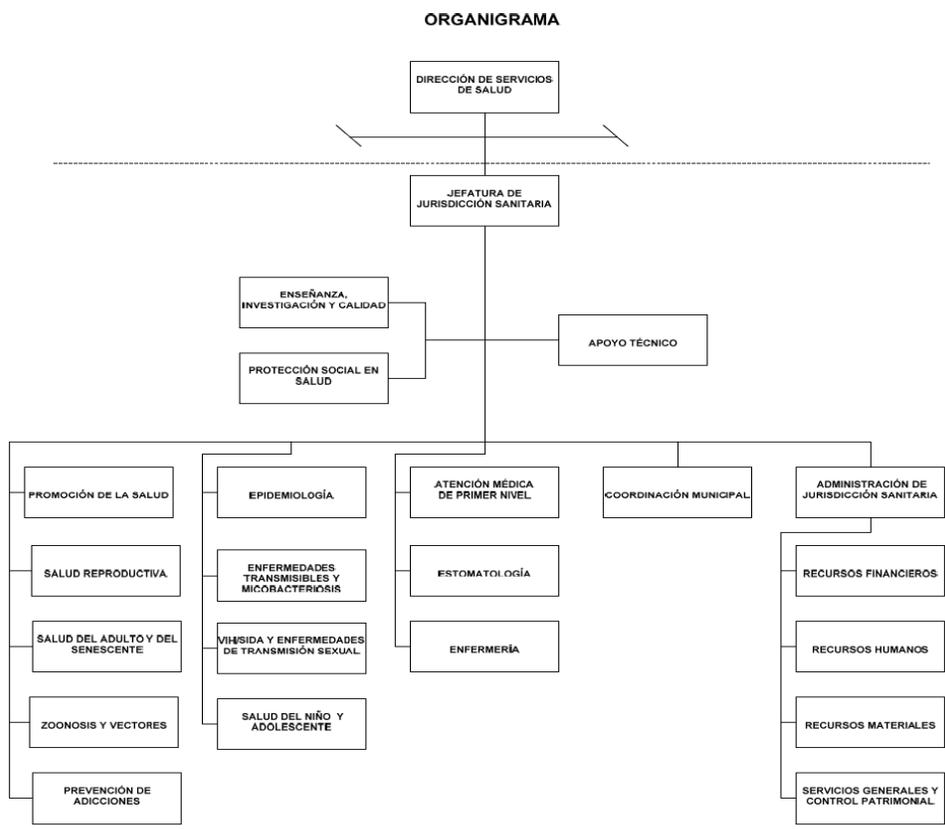
- a) planear, organizar, dirigir, coordinar y evaluar el Sistema Estatal de Salud;*
- b) coordinar la prestación de servicios de atención médica, salud pública y regulación sanitaria en el estado, conviniendo con cualquier otro sector que promueva acciones en estas materias;*
- c) planear, operar, controlar y evaluar el Sistema Estatal de Donación de Órganos Humanos para Trasplante;*
- d) planear, operar, controlar y evaluar el Sistema de Información de Salud del Estado de México;*
- e) impulsar la descentralización y desconcentración de los servicios de salud a los municipios, mediante convenios;*
- f) proponer al Ejecutivo estatal, para su aprobación, acuerdos de coordinación con las instituciones del sector salud, tendientes a promover y apoyar los programas de medicina preventiva;*
- g) proponer e implementar la infraestructura sanitaria necesaria que procure niveles de sanidad mínimos entre la población;*
- h) dictar las medidas de seguridad sanitaria que sean necesarias para proteger la salud de la población y coordinar la realización de campañas para prevenir y atacar las epidemias y enfermedades que por su naturaleza requieran de atención y cuidados especiales;*
- i) realizar, en coordinación con otras instancias públicas, sociales y privadas, campañas de concientización, educación, capacitación sanitaria y salud, que contribuyan a mejorar las condiciones de vida de la población del estado;*
- j) desarrollar acciones encaminadas a erradicar las enfermedades transmisibles, así como los factores que afecten la salud (Contreras, 2012).*

5.3 La Jurisdicción Sanitaria

Para llevar a cabo la operación de los programas en todo el territorio existen 19 entidades administrativas de nominadas Jurisdicción Sanitaria. La Jurisdicción Sanitaria es una unidad técnico-administrativa desconcentrada por región del Instituto de Salud del Estado de México, que cuenta con recursos y facultades para otorgar atención médica a población abierta, con el propósito de conducir adecuadamente las acciones del sector en su área de influencia.

Dentro del proceso de descentralización de los servicios de salud, la Jurisdicción Sanitaria es el área técnico-administrativa que está más próxima al sitio donde la comunidad requiere de los servicios. Debido a la descentralización de funciones que la Secretaría de Salud viene impulsando hacia los organismos estatales de salud, la Jurisdicción Sanitaria debe realizar el diagnóstico, la programación y la instrumentación de acciones de salud que respondan a las necesidades de cada localidad (SSA, 2008 en Contreras, 2012).

Estructura modelo la Jurisdicción Sanitaria



Fuente: Secretaría de Salud del Estado de México 2008

CAPÍTULO 6. ACTIVIDADES EN LA JURISDICCION NEZAHUALCÓYOTL

Las actividades que se realizan para la implementación del Programa salud sexual y reproductiva para adolescentes en la Jurisdicción Sanitaria Nezahualcóyotl.

Los programas que se implementan en la Jurisdicción son *“acciones de la Secretaría de Salud a los adolescentes por parte VIH – Sida así como Diabetes y obesidad”*.

Estos programas son en apego a *“la Constitución Política en el artículo 4º. donde se habla de la planificación familiar y la Ley General de Salud”* y son emitidos por *“la Secretaría de Salud y por Secretaría de Salud del Estado de México”*. Son implementados por *“personal operativo de salud o del estado centralizado”*<sic>... *“en las unidades de salud como los Centros de Salud, Hospitales...”* Los programas se implementan en *“la Primera Semana del Adolescente”* y *“está dirigido a los adolescentes”*

Los programas no se implementan en todas las escuelas y para ser implantados en los planteles educativos *“existen algunos convenios con algunas escuela como la Sallé, Patria...”* Los programas *“retomar los valores de higiene sexual, salud internacional explicándoles los riesgo”*. *“Entre los adolescentes existen promotores voluntarios...”* quienes tienen 2 meses capacitación en los Centros de Salud que les corresponda por cobertura.

Según los *“datos registrados en el área de Epidemiología de la Jurisdicción, se consideran estos y en algunas ocasiones personal de ésta o del Centro de Salud que tiene cobertura en el plantel va a las escuelas a platicar con el director para ofrecer los servicios”*. En otras ocasiones ellos, *“los directores solicitan la participación del personal de salud”*. En ambos casos debe existir la firma del convenio. La cobertura del programa *“no es en todos los planteles, como se quisiera, porque no tenemos el suficiente personal, o porque el director del plantel*

no nos deja entrar porque y luego los mismos padres de familia no permiten que se les hable de estos temas”.

De manera precisa para realizar la operación de las actividades del programa en las escuelas *“se requiere del convenio firmado, material didáctico, contar con los promotores capacitados y convocar previamente a los adolescentes”.*

En el programa de salud sexual y reproductiva que se implementa se hace dando cumplimiento a lo existente en los diferentes documentos que envían desde las oficinas centrales del ISEM.

En el caso de *“los prestadores de servicios (médicos y enfermeras al igual que los jóvenes promotores) que imparten las actividades tienen capacitación”.*

Para dar seguimiento y evaluar las actividades *“cada mes se lleva un seguimiento de las todas las acciones que se realizan”.* Se registran *“los módulos que se cuentan, los carteles y trípticos”* que se entregan. En el caso de *“los jóvenes promotores se les motiva para seguir trabajando”.*

Por otra parte complementaria al programa y para disminuir los embarazos no planificados en los adolescentes, *“en los Centros de Salud se implementa los Servicios Amigables de Salud”.* Estos servicios *“están dirigidos a los adolescentes y en ellos se da orientación y consejería otorgándose con prospectiva de género”,* así mismo *“se otorgan métodos anticonceptivos a la población”* solicitante.

CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES

En la presente Tesina se hizo una revisión documental sobre los temas de salud sexual y educación documentos que norman el marco normativo. La información seleccionada y sistematizada se presentó en los diferentes capítulos que la contienen, llegando a las siguientes conclusiones:

En el ámbito nacional existen diferentes documentos como el Programa Nacional de Salud 2007-2012, el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, la Norma Oficial Mexicana 005 de los Servicios de Planificación Familiar, la Ley General de Salud, el Paquete Básico de Servicios de Salud y el Programa de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes en los cuales se considera la salud sexual de los adolescentes.

De igual forma en el Estado de México, se ha emitido una serie de documentos que atienden esta especificidad de salud como lo es el Programa Estatal de Salud 2005-201, el Plan Estatal de Desarrollo 2011 – 2017 y el programa denominado Servicios Amigables de Salud para Adolescentes en donde de igual forma se puede identificar la atención que en materia de salud sexual deben recibir cualquier adolescente que lo solicite. Todos estos programas se deben implementar a través de la red de infraestructura que a lo largo del territorio mexicano existe, es decir a través del Sistema Nacional de Salud, en donde está considerado en el caso de la presente investigación el Sistema Estatal de Salud. En estos documentos si bien son indicadores y dicen las actividades que se deben realizar, no se especifica cuáles son las acciones de Educación para la Salud, como lo es el caso de la Norma Oficial Mexicana 005 que habla sobre los servicios de planificación familiar.

De manera concreta debe ser la Jurisdicción Sanitaria la que debe entrar en contacto con los Centros de Salud para que los servicios que se mencionaron

sean otorgados a los adolescentes, planteándose diferentes estrategias como el que según su área de cobertura los Centros de Salud se acerquen a los planteles educativos y se impartan los servicios; sin embargo esta acción que cobra importancia, no se lleva a cabo toda vez que se dan los servicios solamente a los planteles que solicitan los servicios y no a todos los planteles como está indicado.

Finalmente se puede concluir que es necesario que los diferentes documentos normativos en salud que existen en el país, deben tener una adecuación, considerando en ello las nuevas políticas públicas que se están emitiendo, en donde se considera que la salud de los mexicano radica en el mantenimiento de estilos de vida saludables, estilos que se podrán modificar con la participación de la Licenciatura en Educación para la Salud.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barbieri, T. (1999). Derechos sexuales y reproductivos. Aproximación breve a su historia y contenido, en *Mujer y Salud*, nº 2, Santiago de Chile.
2. Bhasin S, Bassoon R. (2008). Sexual dysfunction in men and women. In: Kronenberg H. M., Melmed S., Polonsky K. S., Larsen P. R., Ed. *Williams. Textbook of Endocrinology*. 11th ed. Philadelphia, consultado el día 22 de Mayo de 2012, disponible en:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003151.htm>.
3. Blázquez Morales, Ma. Sobeida L.; Torres-Férman, Irma Aída; Pavón-León Patricia; Gogeoascoechea-Trejo Ma. del Carmen; Blázquez-Domínguez, Carlos R. (2010). Estilos de vida en embarazadas adolescentes. *Salud en Tabasco*, Enero-Abril (pp. 883-890).
4. Bruce J. (1989) Guías en salud sexual y reproductiva. capítulo anticoncepción métodos reversibles .Monte video – uruguay.1989.
5. Cairo T. (1994). Drenchessesexualize y reproductive's. approximationbrave a su historia y contenido en *mujer y salud* Santiago de chile.
6. Centro Nacional Prevención Control VIH/SIDA CENSIDA. (2003). En el marco de la conmemoración del día mundial de la lucha contra el SIDA consultado el día 34 de Julio de 2012, disponible en:
<http://www.salud.gob.mx/conasida/estadísticas/2007/diagnoynotificanoviembre.pdf>
7. Comisión Económica para Américas Latina y el Caribe CEPAL. (2005), *Vulnerabilidad socio demográfico viejos y nuevos riesgo para comunidades, hogares y personas, síntesis y conclusiones* Santiago, 2006.
8. Contreras Landgrave, Georgina. (2012) *El Seguro Popular y las Reformas a las Políticas de Salud Mexicanas*. Ed. Académica Española. 1ª. Ed. Madrid.

9. Correa S., Petchesky, R. (2003). "Reproductive and sexual rights: a feminist perspective" en *Population Policies Reconsidered, Health, Empowerment and Rights*. IWHC, NY.
10. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) Consultado el día 10 de Marzo de 2012, disponible en:
http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/metadatos/encuestas/ennid_212.asp?c=1449.
11. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENADID). Consultado el día 22 de Noviembre del 2011, disponible en:
<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/encuestas/hogares/especial/es/enadid/presentacion.aspx>.
12. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) Consultado el día 04 de Octubre del 2012, disponible en:
http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/especiales/revista-inter/revista_num_6/RDE_06_5o.html.
13. Erbeding E. Quinto. (1997). The impact of antimicrobial resistance on the treatment of sexually transmitted diseases. *Infectious diseases in North America*, 11, (pp 889-903).
14. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, (UNICEF) 2002, Convención de los Derechos Humanos. Consultado el día 23 de Abril de 2012, disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/crc/>.
15. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UFPD) 2004. Mejorar la salud Reproductiva, reducir el riesgo de la maternidad Consultado el día 11 de Marzo del 2013 disponible en:
http://unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2005/annual_report04sp.pdf
16. Ferrer Llana, Pérez, (1995) Enfermedades de transmisión sexual en la adolescencia. *Progresos de obstetricia y ginecología*, ed. 38 (pp. 88-95)
17. Flores. (2002). *Hablemos de sexualidad de la gente joven. modelo educativo para profesores y profesionales que trabajan con jóvenes*, 3a. ed., Mexfam, México,

18. García A, Noguera I, Cowgill K. (2004) Editorial Organización Panamericana de la Salud, Banco Mundial. El VIH/SIDA en países de América Latina. Los retos futuros. Publicación científica y técnica No. 597. Washington, 316 p.
19. Hirigoyen, M. France. (1999). El acoso moral. el maltrato psicológico en la vida cotidiana, ediciones Paidós ibérica
20. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, (INEGI) 2006, Consultado el día 22 de febrero del 2013, disponible en:
<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/>
21. Johansson. (2002). Manual de capacitación para facilitadores. Mejorando habilidades y destrezas de comunicación interpersonal para la orientación a adolescentes en salud sexual y reproductiva.
22. Jaccard. (1975). Embarazo y maternidad en la adolescencia. Madrid
23. Juszczak y Sadler. (1999) La identidad sexual, moral, ética y espiritual del individuo y las luchas por la independencia.
24. Kapila, M. (1995). Conductas y fantasías sexuales y dimensiones esenciadas de la personalidad en un grupo de estudiantes universitarios de lima metropolitana. revista de neuro-psiquiatría, (pp.248-278).
25. López Gómez A.;Abracinskas L. Furtado M. (2001) A 15 años de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Balance de lo realizado y desafíos al futuro. Cuadernos UNFPA, N ° 4. Montevideo.
26. Martínez, H. (2003). Salud de adolescentes. Salud Pública de México, ed. 45, Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1060950>
27. Moreiras O; Becker W; Van Amelsvoort JM; Vidal-Jessel S; Salminen I; Moschandreas J; Sigfusson N; Martins I; Carbajal A; Ytterfors A; Poppel G; Association between trans fatty acid intake and Cardiovascular risk factors in Europe.
28. Morris, E. K. (1993) Contextualism, historiography, and the history of behavior analysis, varieties of scientific Contextualism (pp. 137-165).
29. Miller, A. (2001). Sexual no reproductivo. Explorando la conjunción y disyunción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. En

Derechos sexuales y derechos reproductivos. Aportes y diálogos contemporáneos. Ed. Universidad Mayor de San Marcos- Lima.

30. Mielck A, Graham H, Bremberg S (2002). Children, an important target group for reduction of socioeconomic inequalities in health. In: Mackenbach J, BakkerM, eds. reducing inequalities in health: a European perspective. London, Rutledge: 144–168. amide (Grupo Anaya, SA)
31. Organización Mundial de la Salud (OMS) Consultado el día 24 de Enero del 2012, disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr34/es/index.html>
32. Organización Mundial Salud. (OMS). Consultado el día 22 de Marzo del 2013, disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/039ssa202>.
33. Organización Mundial Salud (OMS). Comportamiento sexual y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de secundaria básica de ciudad de la habana, revista cubana de higiene y epidemiología (pp. 53–59).
34. Organización Mundial Salud(OMS) Consultado el día 23 de Mayo del 2013, disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr21/es>
35. Organización Mundial Salud.(OMS).Consultado el día 29 de Marzo del 2012, disponible en: <http://www.cinu.mx/noticias/la/guatemala-aplauden-esfuerzos>.
36. Organización Mundial Salud (OMS) Consultado el día 11 de Marzo del 2012, disponible en: <http://www.cinu.mx/comunicado>
37. Organización Mundial de la Salud. (OMS). Consultado el día 13 de Junio 2012, disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/youth_roadsafety/es/.
38. Organización Mundial de la Salud (OMS). Consultado el día 25 de Julio 2012, disponible en http://www.eclac.org/publicaciones/xml/6/20266/CEPAL_OIJ.pdf.
39. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Consultado el día 24 de Mayo del 2013, disponible en: http
40. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Consultado el día 27 de Febrero de 2013, disponible en: <http://www.unaids.org/unaid/document/epidemiology/june98/index.htm>.
41. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Consultado el día 22 de Septiembre de 2013, disponible

en:<http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/search/resources/147coombemanaging.pdf>

42. Organización Panamericana de la Salud. 2000 (OPS). Programa de garantía y mejoramiento de calidad de los servicios de salud en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.
43. Organización Mundial Salud (OMS).Consultado el día 20 de Agosto del 2012, disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr21/es/index.htm>
44. Pérez Olmos, E. (2009) *Embarazo adolescente: otra cara de la maternidad*. En el suplemento mensual, Revista Equis, No. 4, Ed. Pathfinder, México, Mayo 1999.
45. Sánchez, I. (2001).Sexualidad y salud reproductiva. necesidades derechos dela población en *demos. carta demográfica sobre México*, No. 8, México,
46. Sebastiani, A, Segil, E. (1999). Qué saben, qué piensan, qué sienten los y las Adolescentes de Lima respecto a la salud sexual y reproductiva. En C. Cáceres Editorial Nuevos retos: Investigaciones recientes sobre salud sexual y reproductiva de los jóvenes en el Perú (pp. 43-60). Lima.
47. Secretaría de Salud, (2002). Manual técnico de salud reproductiva, Programa de Acción: Salud Reproductiva Sexual no reproductivo. explorando la conjunción y disyunción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, Ed. Universidad Mayor de San Marcos- Lima.
48. Secretaría de Salud, (2008). Manual de Organización Tipo de Jurisdicción Sanitaria, Estado de México.
49. Urra, J. Y. Vázquez, B. (1995). Manual de Psicología Forense. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
50. Vázquez Z, Práxedes N, Silva S, Praga C. (1991). Libro para el maestro. Educación Secundaria. Orientación Educativa. SEP, México, 1997.25.Welti, C. El impacto demográfico del aborto. en Carta demográfica sobre México, No. 6. México, 1993.
51. Vågerö D, Eriksson R. (1997). Socio-economic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe. Lancet.

ANEXO (1)
GUÍA DE ENTREVISTA SEMI PROFUNDIDAD

1. ¿Qué programas se implementan?
2. ¿Quién emite esos programas?
3. (SSA, SSEM o alguna comisión)
4. ¿Quién lo implementa?
5. ¿Dónde se implementan?
6. ¿Cuándo se implementa?
7. ¿A quién está dirigido?
8. ¿Se implementa el o los programas en planteles educativos?
9. ¿Cómo es la vinculación con el sector educativo (escuelas)?
10. ¿Ellos vienen, ustedes van?
11. ¿Qué se necesita para realizar la operación de las actividades?
12. ¿tienen capacitación los prestadores de servicios que imparten las actividades?
13. ¿Llevan plan de seguimiento y evaluación?
14. ¿Qué métodos se utilizan para realizar la evaluación?
15. ¿Cómo se implementa en los centros de salud los servicios de amigos amigables?
16. ¿Qué contenidos tiene el programa salud sexual y reproductiva para adolescentes?