



1. Introducción	3
2. Marco jurídico internacional, nacional y estatal para la prevención del embarazo en adolescentes	5
2.1 Instrumentos Internacionales	5
2.2 Marco Jurídico Nacional	13
2.3 Marco Jurídico Estatal	20
3. Metodología de trabajo	23
3.1 Integración del GEPEA	23
3.2 Realización de Mesas de Trabajo	25
3.3 Investigación Documental	25
3.4 Sistematización de la Información	25
4. Alineación de Objetivos	27
4.1 Objetivos del Desarrollo Sostenible	27
4.2 Plan Estatal de Desarrollo 2017-2021	30
4.3 Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes	48
5. Vinculación entre Dependencias	55
6. Diagnóstico	61
6.1 Población de 10 a 19 años y Situación de los Nacimientos en el Estado de Chihuahua	62
6.1.1 Dinámica y Estructura de la Población Total Estatal	62
6.1.2 Población por Grupos de Edad en el Estado de Chihuahua	64
6.1.3 Población de 10 a 19 años en las Entidades Federativas	66
6.1.4 Población de 10 a 19 años en el Estado de Chihuahua y sus Municipios	69
6.1.5 Población de Jóvenes en el Estado de Chihuahua (15 a 29 años)	73
6.1.6 Situación de los Nacimientos en el Estado de Chihuahua y sus Municipios	74
6.1.7 Conclusiones de la Información Demográfica, Tasas de Fecundidad y Objetivos Nacionales	84
6.2 Marco Lógico y Árbol del Problema	87
6.2.1 Situación de Pobreza	88
6.2.2 Población Adolescente Indígena	95
6.2.3 Abandono Escolar	97
6.2.4 Uso Insuficiente de Métodos Anticonceptivos dentro del Grupo Objetivo	106
6.2.5 Inicio Temprano de la Vida Sexual	118
6.2.6 Desinformación en Sexualidad y Métodos Anticonceptivos	128
6.2.7 Escolaridad y Educación Sexual Integral	140
6.2.8 Inseguridad y Violencia	145
6.2.9 Violencia Contra las Mujeres	148
6.2.10 Violencia Sexual	151
6.2.11 Estereotipos de Género	163
6.2.12 Matrimonio Infantil	164
6.2.13 Opciones Limitadas de un Proyecto de Vida	169
6.2.14 Insuficiente Coordinación en la Aplicación de Políticas Preventivas del Embarazo en Adolescentes.	171
6.2.15 Mortalidad Materna y Embarazo en Adolescentes	175

6.3 Conclusiones de Diagnóstico	178
7. Estructura Programática	181
7.1 Objetivo 1 Desarrollar las Competencias del Funcionariado Público	181
7.2 Objetivo 2 Fortalecer la Coordinación Interinstitucional e Implementar Mecanismos Institucionales	182
7.3 Objetivo 3 Promover el Desarrollo Humano, las Oportunidades y el Proyecto de Vida de las y los Adolescentes	185
7.4 Objetivo 4 Fortalecer la Oferta y la Calidad de la Información y los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva	189
8. Indicadores, Seguimiento y Evaluación	191
Anexo A. Marco Conceptual sobre el Embarazo en Adolescentes	194
1. Ejes Rectores	199
1.1 Intersectorialidad	199
1.2 Ciudadanía y Derechos Sexuales y Reproductivos	200
1.3 Perspectiva de Género	201
1.4 Curso de Vida y Proyecto de Vida	202
1.5 Corresponsabilidad	203
1.6 Participación Juvenil	203
1.7 Investigación y Evidencia Científica	204
1.8 Evaluación y Rendición de Cuentas	204
2. Otros Aspectos Conceptuales Importantes de la ENAPEA	205
2.1 Salud Sexual	205
2.2 Adolescencia	206
2.3 La Educación Integral de la Sexualidad	206
Anexo B. Acrónimos	208
Anexo C. Glosario	212
Bibliografía	219

1. Introducción.

El presente Programa Especial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes del Estado de Chihuahua (PEPEACH) se desarrolla en el marco de la implementación de una Estrategia Nacional en torno de una problemática prioritaria por sus implicaciones para el desarrollo de la persona humana como centro y motor del desarrollo social, cultural y económico.

Con este ánimo y en atención a la situación crítica que presenta el Estado de Chihuahua en materia de embarazos en adolescentes,

**El 31 de mayo de 2017,
el Lic. Javier Corral Jurado
firmó el acuerdo por el
que se establece el Grupo
Estatual para la Prevención del
Embarazo en Adolescentes
de nuestra entidad.**

asimismo en cumplimiento al Plan Estatal de Desarrollo 2017-2021, que establece como una línea de acción “implementar una estrategia para la prevención de embarazos en adolescentes”, el 31 de mayo de 2017, el Lic. Javier Corral Jurado firmó el acuerdo por el que se establece el Grupo Estatal para la Prevención del Embarazo en Adolescentes de nuestra entidad. La Coordinación General de este GEPEA recae en la Secretaría de Desarrollo Social y la Secretaría Técnica en manos del Instituto Chihuahuense de las Mujeres; conjuntamente con una veintena de instituciones de la administración pública estatal que refrendaron el compromiso de ubicar la prevención del embarazo en adolescentes en el nivel de prioridad que le corresponde.

La presente administración también asumió el compromiso, mediante el Comité de Planeación para el Desarrollo del Estado (CO-

PLADE), de elaborar un Programa Especial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes del Estado de Chihuahua (PEPEACH).

Así, el GEPEA toma la determinación de abordar el tema en toda su complejidad, con métodos del más estricto rigor y muy especial cuidado para adecuarse a las dinámicas de la entidad con las particularidades que la han colocado en el segundo lugar de Tasa Específica de Fecundidad para el grupo etario que nos ocupa.

Es a través del PEPEACH, que se presenta de manera contundente una estrategia estatal, que centra su atención y sus acciones de manera intersectorial y corresponsable en la solución de la problemática del embarazo en la adolescencia.

Un embarazo adolescente o a temprana edad es el que ocurre antes de los 19 años; implica riesgos para la salud y la vida de las madres y su descendencia; esta situación implica además complicaciones a nivel psicológico y familiar y suele tener repercusiones negativas sociales y económicas para las adolescentes y la sociedad. **“Cuando una niña se queda embarazada, su presente y futuro cambian radicalmente, y rara vez para bien. Puede terminar su educación, se desvanecen sus perspectivas de trabajo y se multiplica su vulnerabilidad frente a la pobreza, la exclusión y la dependencia” (UNFPA, 2013).**

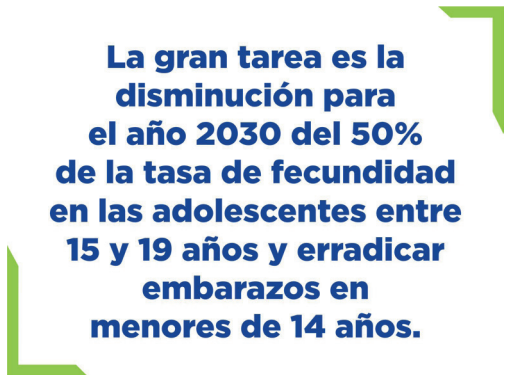
En los sistemas de los Derechos Humanos de las Mujeres, mundial e interamericano, el fenómeno ha estado presente y se han realizado acuerdos importantes que delinean políticas, en donde los Estados firmantes se comprometen llevar a cabo. México asume estas recomendaciones a través de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) publicada en el 2015. La ENAPEA se construyó con la participación académica de especialistas, autoridades y representantes de la sociedad civil, que incorporaron experiencias internacionales y las mejores prácticas nacionales y extranjeras, a un plan integral para la disminución de la incidencia del embarazo en adolescentes. Esta estrategia, en conjunto con el Plan Estatal de Desarrollo 2017 - 2021, representan el marco específico del presente documento.

Cabe subrayar que el PEPEACH incide en 21 de los 67 objetivos del Plan Estatal de Desarrollo, es decir en un 31%; y en nueve de los 17 Objetivos del Desarrollo Sostenible de la ONU.

sujetas, la responsabilidad unilateral de las decisiones. Ellas responden, nunca de manera unilateral pero sí con un peso estructural, a los mandatos sociales que se les designan.

El PEPEACH parte de este reconocimiento y establece de manera organizada el trabajo en cuatro objetivos estratégicos que atienden, de manera integral, el trabajo con los factores que propician el embarazo en la adolescencia. La gran tarea es la disminución para el año 2030 del 50 por ciento de la tasa de fecundidad en las adolescentes entre 15 a 19 años y erradicar embarazos en menores de 14 años.

Las bases en las que se asienta este programa son de manera firme, organizada y colaborativa. La tarea se presenta fuerte y compleja, sin embargo, existe una voluntad férrea para lograr avances en la materia.



**La gran tarea es la
disminución para
el año 2030 del 50%
de la tasa de fecundidad
en las adolescentes entre
15 y 19 años y erradicar
embarazos en
menores de 14 años.**

El embarazo en las adolescentes tiene múltiples causas: educativas, culturales, de salud sexual y reproductiva, de violencia, de orden legal y económico, entre muchas otras. Los factores de prevalencia son individuales, familiares y sociales. Entender todas las dimensiones del problema permite comprender que el fenómeno del embarazo en las adolescentes y jóvenes, es estructural. Esto evita pensamientos simplistas que adjudican a las

2. Marco jurídico internacional, nacional y estatal para la prevención del embarazo en adolescentes.

Desde la comunidad internacional se han creado diversos organismos dedicados a la protección y promoción de los Derechos Humanos, mismos que el Estado Mexicano ha suscrito y ratificado. Igualmente, los derechos específicos de niñas, niños y adolescentes (DNNA) están expresados en una larga lista de instrumentos internacionales que son el corolario para que los países se adscriban a ellos, a efecto de que las y los adolescentes hagan valer y garantizar sus derechos, permitiéndoles desarrollarse integralmente en un ambiente con condiciones de igualdad. Aspectos importantes de esta delimitación de derechos tienen que ver con la de ser sujetos de derecho sin discriminación por su edad. Algunos de estos derechos son: vivir en condiciones de bienestar y desarrollo integral por medio de la participación en la toma de decisiones de aspectos de su propia vida, el acceso a una vida libre de violencia, el uso y consejería sobre salud sexual y reproductiva, entre muchos otros a los que este grupo etario es garante.

A continuación, se enlistan con amplitud las convenciones, leyes y normas nacionales y estatales que fundamentan este Programa Especial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes en el Estado de Chihuahua (PEPEACH).

2.1 Instrumentos Internacionales.

El principal corolario del que se desprende toda la normativa internacional es la Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948). Esta declaración establece por primera vez en la historia, los derechos fundamentales de la humanidad, los cuales deben ser promovidos y protegidos en todo el mundo. Es por ello, que los derechos humanos deben ser salvaguardados por un régimen de Derecho.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) se encuentra compuesta por treinta artículos, entre los cuales se destacan: el derecho a la vida, libertad, seguridad, igualdad, no distinción alguna por raza, color, sexo, idioma, religión, o cualquier otra condición.

Si bien, la fundamentación de las acciones establecidas en el presente PEPEACH, se inició en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, existe un marco especializado de los derechos humanos de niñas, niños y adolescentes, del cual México es parte. A través de éste se garantiza su reconocimiento y demandan de los Estados la protección de ellas y ellos a partir de la certeza del conocimiento de las necesidades particulares que generan personas menores de 18 años.

Otro importante instrumento internacional es el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado el dieciséis de diciembre de 1966 y con adhesión a nuestro país el veintitrés de marzo de 1981. El cual permite que niñas, niños y adolescentes (NNA) puedan tener un desarrollo humano con calidad, en virtud de que incluye los derechos laborales, salud, educación entre otros para un nivel de vida adecuado. En específico, el Artículo 12 reconoce “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, y establece que el derecho a la salud obliga a los Estados a tomar las medidas necesarias para que todas las personas puedan vivir lo más saludable posible.

Los beneficios de la educación permitirán el ejercicio de una sexualidad plena y el surgimiento de las condiciones indispensables para la autonomía y el desarrollo personal.

Este Pacto Internacional es supervisado por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, el cual adoptó en 2000 la Observación General 14 sobre el derecho a la salud en varios apartados, que se explican a continuación:

11. *Interpreta el derecho a la salud, definido en el apartado 1 del artículo 12, como un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Otro aspecto importante es la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional.*

16. *La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas” (apartado c) del párrafo 2, del artículo 12) exigen que se establezcan programas de prevención y educación para hacer frente a las preocupaciones de salud que guardan relación con el comportamiento, como las enfermedades de transmisión sexual, en particular el VIH/SIDA, y las que afectan de forma adversa a la salud sexual y genésica, y se promuevan los factores sociales determinantes de la buena salud, como la seguridad ambiental, la educación, el desarrollo económico y la igualdad de género.*

23 y 24. *Hacen referencia al derecho de las y los adolescentes a acceder a servicios de salud sexual y reproductiva, los cuales deben tener presente el interés superior de cada adolescente, garantizar sus derechos y cuidar su integridad. Además, se debe proporcionar a los adolescentes un entorno seguro y propicio para que participen en la adopción de decisiones que afectan a su salud, adquirir experiencia, tener acceso a la información adecuada, recibir consejos y negociar sobre las cuestiones que afectan a su salud.*

Los beneficios de la educación permitirán el ejercicio de una sexualidad plena y el surgimiento de las condiciones indispensables para la autonomía y el desarrollo personal.

De esta forma, en sus observaciones finales, **el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ha recomendado específicamente la educación**

sexual como un medio de asegurar el derecho de las mujeres a la salud, en particular la salud reproductiva, así como el pleno acceso a la educación sexual de todas las niñas y mujeres jóvenes, incluidas las de las zonas rurales y comunidades indígenas. También ha recomendado el desarrollo

de programas de capacitación y servicios de asesoramiento sobre salud reproductiva y ha considerado la educación sexual y las campañas de sensibilización como medios idóneos para luchar contra la mortalidad materno-infantil.

Consecuentemente los objetivos de Desarrollo del Milenio, adoptados por 189 naciones durante la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas en septiembre del año 2000, fueron fundamentales para un desarrollo integral de los seres humanos, toda vez que establecen: erradicar la pobreza extrema y el hambre, lograr la enseñanza primaria universal, promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer, reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna, combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades, garantizar la sostenibilidad del medio ambiente y fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

Asimismo, desde 1969, en San José, Costa Rica, los países signan la Convención Americana sobre Derechos Humanos, también conocido como Pacto de San José (OEA, 1969). Aunque este documento es una pieza importante en los derechos de hombres y mujeres, establece en su artículo 19, el derecho de niñas y niños a la protección necesaria en su condición.

Años más tarde se adopta el dieciocho de diciembre de 1979 la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, CEDAW (por sus siglas en inglés), la cual se ha convertido en uno de los principales referentes de obligación de los Estados signatarios. **La CEDAW establece las principales directrices para la erradicación de la discriminación hacia las mujeres, así como las obligaciones de los Estados para la implementación de políticas públicas que trabajen en pro de la no discriminación.** También, establece la necesidad de acceso igualitario de las mujeres, en condiciones igualitarias frente a los hombres, a partir del reconocimiento de las necesidades particulares de las mujeres.

El artículo 5 de CEDAW establece como obligación de los Estados Partes a tomar medidas propias para:

a) Modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres.

b) Estos planteamientos vienen a colación con especial énfasis hacia los estigmas sociales existentes en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos que tienen las mujeres jóvenes y solteras.

El artículo 10 en el inciso h, establece que los Estados deben garantizar el acceso a las mujeres “al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia”.

También el artículo 12 aporta elementos para que el presente Programa Especial para la Pre-

vención del Embarazo en Adolescentes, justifique plenamente sus actividades en torno a la participación masculina en la tarea de la anticoncepción:

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

El Sistema Universal de los Derechos Humanos reconoce la posibilidad de tomar decisiones por parte de personas menores de 18 años obligación de los Estados y garantizar que las opiniones de los y las menores sean tomadas en cuenta.

Por otro lado, la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes fue adoptada el diez de diciembre de 1984 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, entrando en vigor en 1987. En este documento se establece el concepto de tortura y refiere, que su eliminación contribuye a la supresión de las muestras de discriminación derivadas del sexo, edad, posición social, la raza, entre otros.

Con base al artículo 17 de esta misma convención se creó el comité contra la tortura, que entró en funciones el 1 de enero de 1988. Este comité reconoció que cualquier omisión por parte de las autoridades, para castigar a responsables de ejercer tratos crueles con relación a la violencia contras las mujeres:

“El comité ha aplicado este principio a los casos en que los Estados Partes no han impedido actos de violencia de género, como la violación, la violencia en el hogar, la mutilación genital femenina o la trata, o no han protegido a las víctimas.”

“El comité subraya que el género es un factor fundamental. **La condición femenina se combina con otras características o condiciones distintivas de la persona, como la raza, la nacionalidad, la religión, la orientación sexual, la edad o la situación de extranjería, para determinar las formas en que las mujeres y las niñas sufren o corren el riesgo de sufrir torturas o malos tratos, y sus consecuencias.**”

Además, dentro del marco jurídico internacional para el derecho de Niñas, Niños y Adolescentes (NNA), que tiene su antecedente inmediato en la Convención sobre los derechos del niño (CDN 1989) (CNDH, 2015) se reconoce los derechos humanos de las personas menores de 18 años. Entre los aspectos que contiene esta convención están los principios de no discriminación y de interés supremo por la infancia, así como la obligación de los Estados firmantes al desarrollo de políticas públicas eficaces que garanticen y reconozcan los derechos de las personas menores de 18 años sin distinción de condición y de conformidad con sus intereses y necesidades.

El mismo Sistema Universal de los Derechos Humanos reconoce la posibilidad de tomar decisiones por parte de personas menores de 18 años y la CDN en el numeral 12.1 establece como obligación de los Estados, el garantizar que las opiniones de los y las menores sean tomadas en cuenta, en función de su edad y madurez (CDN, 1990).

El Comité de los Derechos del Niño¹ realiza algunas recomendaciones sobre las medidas que los Estados deben asegurar para que se hagan efectivos los derechos de las y los adolescentes a la salud y desarrollo. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas administrativas, legislativas y de otra índole para dar efectividad a los derechos reconocidos en ella. En el contexto de los derechos de los adolescentes a la salud y el desarrollo, los Estados Partes tienen necesidad de asegurar que ciertas disposiciones jurídicas específicas estén garantizadas en derecho interno, entre ellas las relativas al establecimiento de la edad mínima para el consentimiento sexual, el matrimonio y la posibilidad de tratamiento médico sin consentimiento de los padres. Estas edades mínimas deben ser las mismas para los niños y las niñas (artículo 2 de la Convención) y reflejar fielmente el reconocimiento de la condición de seres humanos a los menores de 18 años de edad en cuanto titulares de derecho en consonancia con la evolución de sus facultades y en función de la edad y la madurez del niño (arts. 5 y 12 a 17) (UNICEF/DIF, 2014).

El Comité que da seguimiento a la CDN, ha hecho en diversos momentos observaciones específicas convocando a los Estados Parte a tomar medidas adecuadas de orden legislativo, administrativo o de otra índole para dar cumplimiento y supervisar los derechos de los adolescentes a la salud y el desarrollo, como se reconoce en la Convención. A continuación, se resaltan las siguientes observaciones:

Observación General N° 4 (2003). En relación con la salud y el desarrollo de los adolescentes, se puntualiza el derecho de las mujeres adolescentes al acceso a información sexual y reproductiva, con inclusión de la planificación familiar y de los anticonceptivos, los peligros de un embarazo precoz, la prevención del VIH/SIDA y la prevención y tratamiento de las ITS. Llama a garantizar el acceso a información adecuada, independientemente de su estado civil y de que tengan o no el consentimiento de su padre/madre o tutores.

Se exhorta a los Estados Parte a desarrollar medidas para: a) Garantizar el acceso de los y las adolescentes a la información que sea esencial para su salud y desarrollo y la posibilidad de que participen en las decisiones que afectan a su salud, la obtención de información adecuada y apropiada para su edad y la elección de comportamientos de salud adecuados; b) garantizar que todos los adolescentes puedan disponer de instalaciones, bienes y servicios sanitarios con inclusión de servicios sustantivos y de asesoramiento en materia de salud mental, sexual y reproductiva de cualidad apropiada y adaptados a los problemas de los y las adolescentes; y c) garantizar que todos los niños, niñas y adolescentes tengan la oportunidad de participar activamente en la planificación y programación de su propia salud y desarrollo. (Artículos 3, 17 y 24).

Observación General N° 7 (2005)
Los Estados Parte convienen
en que El objetivo es "habilitar
al niño desarrollando sus
aptitudes, su aprendizaje y
otras capacidades, su dignidad
humana, autoestima y confianza
en sí mismo"
y que ello debe lograrse
mediante modalidades que
estén centradas en el niño.

Observación General N° 7 (2005). Los Estados Parte convienen en que la educación del niño

1. El Comité de los Derechos del Niño (CRC-por sus siglas en inglés) es un grupo de diez personas expertas encargado de supervisar la aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) y sus Protocolos Facultativos.

El Comité ha criticado las barreras a la educación sexual, tales como permitir que los padres eximan a sus hijos e hijas de la formación en este rubro.

deberá estar encaminada a desarrollar la personalidad, las aptitudes y la capacidad mental y física del niño hasta el máximo de sus posibilidades. El objetivo es “habilitar al niño desarrollando sus aptitudes, su aprendizaje y otras capacidades, su dignidad humana, autoestima y confianza en sí mismo”, y que ello debe lograrse mediante modalidades que estén centradas en el niño, le sean favorables y reflejen

los derechos y dignidad intrínseca del niño. Se recuerda a los Estados Parte que el derecho del niño a la educación incluye a todos los niños, y que las niñas deben poder participar en la educación sin discriminación de ningún tipo.

El Comité de los Derechos del Niño recomienda que los Estados incluyan la educación sexual en los programas oficiales de enseñanza primaria y secundaria, y alienta a los Estados a proporcionar capacitación sobre el VIH/SIDA y educación sexual a maestros y otro personal de la educación.

También, insta a los Estados para que se abstengan de censurar, ocultar o tergiversar deliberadamente la información relacionada con la salud, incluida la educación sexual y la información al respecto. Asimismo, el Comité ha criticado las barreras a la educación sexual, tales como permitir que los padres eximan a sus hijos e hijas de la formación en este rubro.

Por otra parte, se constituye la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing en el marco de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995), la cual toca aspectos fundamentales para las mujeres y niñas, reforzando la igualdad de género en todas las dimensiones de la vida, siendo para esta plataforma algunas esferas de especial preocupación las siguientes: la niña, la mujer y la economía, la mujer y la pobreza, la violencia contra la mujer, derechos humanos de la mujer, educación y capacitación de la mujer, la mujer y la salud, etc.

Como se ha mencionado la existencia de diversos instrumentos y acuerdos internacionales sobre el derecho que tienen las niñas y adolescentes a vivir una vida libre de violencia, fundamenta también el presente programa **la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, conocida como Belem do Pará** (Pará, 1998). En este **se define como violencia contra la mujer como “cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”.**

En el marco jurídico de la violencia contra las mujeres es oportuno hablar de embarazo en adolescentes, pues se ha demostrado que un alto porcentaje de los embarazos en menores de 18 años son a consecuencia de la violencia sexual. Cuando una niña, adolescente o joven sufre de violencia sexual enfrentará secuelas como: lesiones físicas y psicológicas, infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados.

La Convención Interamericana para Prevenir Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belem do Pará) representa el principal referente en el Sistema Interamericano que argumenta sobre el derecho de todas las mujeres a vivir una vida libre de violencia. También al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos sus derechos humanos y establece al Estado como obligado a garantizar que las mujeres queden exentas de todos los tipos de violencia, así como de tomar todas las medidas necesarias para prevenirla, sancionarla y erradicarla. De este instrumento también se resaltan los siguientes apartados:

Artículo 6. *El derecho de toda mujer a una vida libre de violencia incluye, entre otros:*

b. *el derecho de la mujer a ser valorada y educada libre de patrones estereotipados de comportamiento y prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad o subordinación.*

Artículo 9. *Para la adopción de las medidas a que se refiere este capítulo, los Estados Partes tendrán especialmente en cuenta la situación de vulnerabilidad a la violencia que pueda sufrir la mujer en razón, entre otras, de su raza o de su condición étnica, de migrante, refugiada o desplazada. En igual sentido se considerará a la mujer que es objeto de violencia cuando está embarazada, es discapacitada, menor de edad, anciana, o está en situación socioeconómica desfavorable o afectada por situaciones de conflictos armados o de privación de su libertad.*

Otro importante instrumento internacional es el Plan de Acción de Marrakech para la Estadística (2004), el cual instó en trabajar para fortalecer las estadísticas oficiales en los países en desarrollo, además también señaló la necesidad de mejorar la cobertura y calidad de los indicadores de los Objetivos de desarrollo del Milenio. Una evaluación del Plan de Acción de Marrakech realizada en 2008 concluyó que el citado plan se centra en cuestiones que siguen teniendo prioridad en la elaboración de estadísticas para la gestión del desarrollo en los países más pobres. La evaluación de 2008 citó ejemplos de avances logrados en relación con las seis acciones. Asimismo, se incluyó al Plan de Acción de Marrakech en un examen mundial del programa realizado por el Grupo de Evaluación Independiente del Banco Mundial en 2010.

Se ha demostrado que un alto porcentaje de los embarazos en menores de 18 años son a consecuencia de la violencia sexual. Cuando una niña, adolescente o joven sufre de violencia sexual enfrentará secuelas como: lesiones físicas y psicológicas, infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados.

Otra sustancial declaración fue suscrita en Bali, Indonesia designada como el Foro Mundial de la Juventud de Bali 2012, el cual menciona diversos aspectos importantes sobre las y los adolescentes, por ejemplo sobre los datos, entornos propicios, educación integral, acceso a servicios sanitarios, salud sexual y reproductiva, seguridad jurídica, participación significativa, liderazgo, etc.

En el documento del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (Montevideo, 2013) establecido en 2013, encontramos que posee la caracterización más cercana a los planteamientos que **la ENAPEA realiza; es de resaltar que establece los**

principios orientadores del Programa Especial para la Prevención del Embarazo en Adolescente en el Estado de Chihuahua, además, define la obligación del Estado para garantizar políticas públicas específicas y condiciones diferenciales para lo siguiente:

Asegurar **la efectiva implementación de programas de Educación Integral para la Sexualidad desde la primera infancia; promoviendo la autonomía progresiva de la niñez y las decisiones informadas y responsables de adolescentes y jóvenes sobre su sexualidad. Las características deben ser: el enfoque participativo, intercultural, de género y de derechos humanos.** Promover la SSR a través de la operatividad de programas integrales, oportunos y de calidad para adolescentes y jóvenes, que incluyan servicios de salud sexual y reproductiva amigables, con perspectiva de género, derechos humanos, de manera intergeneracional e intercultural, con la intencionalidad de garantizar el acceso a métodos anticonceptivos modernos, seguros y eficaces, siempre en el respeto de la confidencialidad y privacidad. De esta manera, adolescentes y jóvenes podrán ejercer sus DSR, tendrán una vida sexual responsable, placentera y saludable, evitarán los embarazos tempranos y los no deseados, la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Todo ello con la posibilidad de que tomen decisiones libres, informadas y responsables en torno a su vida sexual y reproductiva, así como al ejercicio de su orientación sexual.

Además, los Estados deberán de poner en práctica estrategias que favorezcan la retención de las estudiantes embarazadas y las madres jóvenes. **“Dar prioridad a prevenir el embarazo en la adolescencia y eliminar el aborto inseguro, mediante la educación integral para la sexualidad y el acceso oportuno y confidencial a la información, asesoramiento, tecnologías y servicios de calidad,** incluida la anticoncepción oral de emergencia sin receta y los condones femeninos y masculinos. Por último, diseñar estrategias intersectoriales dirigidas a ayudar a las mujeres a prevenir el embarazo subsiguiente durante la adolescencia.”²

Por otro lado, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo aprobado en El Cairo (1994), instituye un plan con el fin de promover el bienestar humano, teniendo como aspectos esenciales la importancia de la salud sexual y reproductiva, incluyendo la planificación familiar y como necesario el empoderamiento de la mujer, así como darle prioridad a la erradicación de la violencia de género.

La insistencia de este programa sobre los derechos humanos como la base de la vida, ha llevado a un sin fin de exámenes exhaustivos. Sin embargo, el más ambicioso se llevó a cabo en el año 2014 donde se solicitó a los Estados miembros que cumplieran los compromisos adquiridos desde hace veinte años y que buscaran soluciones o estrategias para las brechas de desigualdad.

Del mismo modo, el 25 de septiembre del 2015 se estableció otro documento que suma a los derechos humanos de las y los adolescentes por parte de líderes mundiales, en donde se enuncia un conjunto de objetivos globales para proteger el planeta, erradicar la pobreza y asegurar la prosperidad, teniendo no solo al gobierno como obligado para alcanzar las metas sino también al sector privado y sociedad civil. Estos objetivos forman parte de una nueva agenda de desarrollo sostenible.

² ENAPEA, 2014.

Finalmente, se encuentran otras estrategias valiosas y recientes como es La Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016 - 2030), la cual reafirma los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, las mujeres, niñas, niños y/o adolescentes, quienes son también el centro de atención de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Cabe destacar que la ausencia de educación es uno de los principales factores del embarazo en adolescentes.

La Estrategia Mundial espera lograr que todas las mujeres madres puedan vivir en plena salud el embarazo y el parto, toda la niñez sobreviva a sus primeros cinco años de vida y finalmente que todas las mujeres, niñas, niños y/o adolescentes crezcan y se desarrollen plenamente, en virtud de que lo anteriormente mencionado **implicaría una ganancia social, demográfica y económica.**

Otro reciente acuerdo es la Nueva Agenda Urbana Declaración de Quito sobre Ciudades y Asentamientos Humanos Sostenibles para Todos (2016), en donde se reunieron en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre la Vivienda y el Desarrollo Urbano Sostenible (Hábitat III) del 17 al 20 de octubre del 2016 en Quito, partiendo de la idea de una ciudad para todos, refiriéndose a la igualdad de derechos y oportunidades, inclusión, no discriminación de algún tipo en los habitantes, para así estar en aras de una prospera y cálida vida.

Por último, cabe destacar que la ausencia de educación es uno de los principales factores del embarazo en adolescentes, por lo que es sustancial mencionar el Marco de Acción Regional para el grupo E-9 dentro del Marco de acción de Dakar emanado del Foro Mundial sobre la Educación, el cual se encuentra conformado por los nueve países más poblados (Bangladesh, Brasil, China, Egipto, India, Indonesia, México, Nigeria y Pakistán) y según la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la ciencia y Cultura³, juntos representan más del 60% de la población mundial, más de dos tercios del total de adultos analfabetos y más de la mitad de los niños no escolarizados del mundo. Por consiguiente, sus sistemas educativos afrontan retos similares.

2.2 Marco Jurídico Nacional.

En el año 2011 México realiza una reforma constitucional en donde se compromete a trabajar los Derechos Humanos, en este sentido la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos incorpora los derechos humanos como parte trascendental en el marco jurídico mexicano instaurando múltiples obligaciones, según se desprende del artículo 1º en su primer párrafo:

“En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.”

3. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)

Asimismo, en el mismo artículo ordena que las autoridades tienen el deber de garantizar los derechos humanos, de acuerdo con lo siguiente:

“Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.”

Además, cabe destacar que en el último párrafo del artículo antes citado, también refiere sobre la prohibición de cualquier tipo de discriminación, quedando de la siguiente manera:

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

En este contexto, la reforma constitucional nos brinda un robusto andamiaje en torno a las obligaciones y acciones que desde la política pública se tienen que diseñar, organizar, aplicar y evaluar.

El Artículo 3ero plantea que la educación que imparta el Estado tenderá a desarrollar armónicamente, todas las facultades del ser humano y fomentará el respeto a los derechos humanos. Menciona, además, que el Estado garantizará la calidad de la educación de manera que los materiales y métodos educativos, la organización escolar, la infraestructura educativa y la idoneidad de los docentes y los directivos garanticen el máximo logro de aprendizaje de los educandos. Asimismo, establece que “dicha educación será laica y, por tanto, se mantendrá por completo ajena a cualquier doctrina religiosa” y que “El criterio que orientará a esa educación se basará en los resultados del progreso científico”, (...) será democrática, nacional, y “atenderá a la comprensión de nuestros problemas”. Añade que “Contribuirá a la mejor convivencia humana, a fin de fortalecer la dignidad de la persona, la integridad de la familia, la convicción del interés general de la sociedad, los ideales de fraternidad e igualdad de derechos de todos, evitando los privilegios de razas, de religión, de grupos, de sexos o de individuos”, y que será de calidad con base en el mejoramiento constante.

Igualmente el artículo 4to de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos es sustancial para los derechos de niñas, niños y/o adolescentes, toda vez que nos indica:

“Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.”

“En todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos. Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano

Los embarazos en adolescentes tienen implicaciones negativas en su salud y vida por las consecuencias médicas que originan los embarazos a temprana edad.

esparcimiento para su desarrollo integral. Este principio deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez.”

Los niños y las niñas están supeditadas a una larga lista de condicionantes que les aleja del ejercicio de sus derechos: género, sexo, minoría de edad, nivel educativo, dependencia económica, orígenes étnicos y socioeconómicos.

Esto origina mayor vulnerabilidad a este grupo etario.

Por lo tanto, “Cuando existe un embarazo en la adolescencia, es a consecuencia de la violación de los derechos de las niñas, adolescentes y jóvenes: su derecho a la vida, su derecho al acceso a la información, su derecho a la salud, su derecho al libre desarrollo, su derecho a la educación y su derecho a vivir una vida libre de violencia”⁴ (ENAPEA, 2015, pág. 63).

Algunos de los elementos que propician o impulsan los embarazos no deseados en niñas y adolescentes son: el matrimonio forzado, la violencia sexual, la falta de información sobre la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y acceso a métodos anticonceptivos. Los embarazos en adolescentes tienen implicaciones negativas en su salud y vida por las consecuencias médicas que originan los embarazos a temprana edad. De manera lógica, cuando una niña que apenas comienza su desarrollo personal se enfrenta a esta problemática se truncan muchas de sus actividades normales. Esto hace que la trayectoria escolar se estanque, que su vida esté envuelta en situaciones de violencia, discriminación, pobreza y marginación.

De esta forma, también es importante revisar los elementos establecidos en la Ley General de la Salud publicada en febrero de 1984, hace mención sobre la planificación familiar, salud mental y la educación para la salud, determinándose de la siguiente manera:

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

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

Artículo 68. Los servicios de planificación familiar comprenden:

I. La promoción del desarrollo de programas de comunicación educati-

4. Estrategia Nacional para la Prevención de Embarazo en Adolescentes, México, 2015, página 63. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/98138/ENAPEA_Marzo.pdf

va en materia de servicios de planificación familiar y educación sexual,
con base en los contenidos y estrategias que establezca el Consejo Nacional de Población;

Artículo 71. La Secretaría de Salud prestará, a través del Consejo Nacional de Población, el asesoramiento que para la elaboración de programas educativos en materia de planificación familiar y educación sexual le requiera el sistema educativo nacional.

Artículo 112. La educación para la salud tiene por objeto:

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.

Por su parte, **la Ley General de Educación publicada en julio de 1993 en el Diario Oficial de la Federación, establece:**

Artículo 5. Ratifica que la educación que imparta el Estado será laica.

Artículo 7. Hace referencia a los fines de la educación, de los cuales los siguientes son pertinentes al tema que nos ocupa:

I.- Contribuir al desarrollo integral del individuo, para que ejerza plena y responsablemente sus capacidades humanas;

II.- Favorecer el desarrollo de facultades para adquirir conocimientos, así como la capacidad de observación, análisis y reflexión críticos;

V.- Infundir el conocimiento y la práctica de la democracia como la forma de gobierno y convivencia que permite a todos participar en la toma de decisiones al mejoramiento de la sociedad;

VI.- Promover el valor de la justicia, de la observancia de la Ley y de la igualdad de los individuos ante ésta, propiciar la cultura de la legalidad, de la paz y la no violencia en cualquier tipo de sus manifestaciones, así como el conocimiento de los Derechos Humanos y el respeto a los mismos;

X.- Desarrollar actitudes solidarias en los individuos y crear conciencia sobre la preservación de la salud, el ejercicio responsable de la sexualidad, la planeación familiar y la paternidad responsable, sin menoscabo de la libertad y del respeto absoluto a la dignidad humana.

Otra legislación fundamental es la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes publicada en nuestro país en mayo del 2000, la cual hace referencia:

Artículo 3. “La protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes, tiene como objetivo asegurarles un desarrollo pleno e integral, lo que implica la oportunidad de formarse física, mental, emocional, social y moralmente en condiciones de igualdad”.

Son principios rectores de la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes el interés superior de la infancia, la no discriminación, vivir en familia, tener una vida libre de violencia, y la tutela de sus derechos humanos, entre otros.

Artículo 4. De conformidad con el principio del interés superior de la infancia, las normas aplicables a niñas, niños y adolescentes, se entenderán dirigidas a procurarles, primordialmente, los cuidados y la asistencia que requieren para lograr un crecimiento y un desarrollo plenos dentro de un ambiente de bienestar familiar y social.

Atendiendo a este principio, el ejercicio de los derechos de los adultos no podrá, en ningún momento, ni en ninguna circunstancia, condicionar el ejercicio de los derechos de niñas, niños y adolescentes.

Artículo 7. Corresponde a las autoridades o instancias federales, del Distrito Federal, estatales y municipales en el ámbito de sus atribuciones, la de asegurar a niñas, niños y adolescentes la protección y el ejercicio de sus derechos y la toma de medidas necesarias para su bienestar tomando en cuenta los derechos y deberes de sus madres, padres, y demás ascendientes, tutores y custodios, u otras personas que sean responsables de los mismos. De igual manera y sin perjuicio de lo anterior, es deber y obligación de la comunidad a la que pertenecen y, en general de todos los integrantes de la sociedad, el respeto y el auxilio en el ejercicio de sus derechos.

Artículo 14. Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a que se les asegure prioridad en el ejercicio de todos sus derechos.

Artículo 15. Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la vida. Se garantizará en la máxima medida posible su supervivencia y su desarrollo.

Artículo 18. Es deber de las autoridades, ascendientes, tutores y de miembros de la sociedad, promover e impulsar un desarrollo igualitario entre niñas, niños y adolescentes, debiendo combatir o erradicar desde la más tierna edad las costumbres y prejuicios alentadores de una pretendida superioridad de un sexo sobre otro.

El ejercicio de los derechos de los adultos no podrá, en ningún momento, ni en ninguna circunstancia, condicionar el ejercicio de los derechos de niñas, niños y adolescentes.

Artículo 19 y 20. Derechos a vivir en condiciones de bienestar y a un sano desarrollo psicofísico.

Artículo 21. Niñas, niños y adolescentes tienen el derecho a ser protegidos contra actos u omisiones que puedan afectar su salud física o mental, su normal desarrollo o su derecho a la educación en los términos establecidos en el artículo 3o. constitucional.

Artículo 28. Derecho a la salud. Incluye: Atender de manera especial las enfermedades endémicas, epidémicas, de transmisión sexual y del VIH/SIDA, impulsando programas de prevención e información sobre ellas; y establecer las medidas tendientes a prevenir embarazos tempranos.

Artículo 32. Derecho a la educación. Se contemplan medidas para: a) proporcionar la atención educativa que por su edad, madurez y circunstancias requirieran para un pleno desarrollo; b) impulsar la enseñanza y respeto de los derechos humanos, en especial la no discriminación y la convivencia sin violencia; y c) favorecer la participación democrática en todas las actividades escolares, como medio de formación ciudadana.

Artículo 38. Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la libertad de expresión; la cual incluye sus opiniones y a ser informado. Dichas libertades se ejercerán sin más límite que lo previsto por la Constitución.

Artículo 39 Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a ejercer sus capacidades de opinión, análisis, crítica y de presentar propuestas en todos los ámbitos en los que viven, trátase de familia, escuela, sociedad o cualquier otro, sin más limitaciones que las que establezca la Constitución y dicte el respeto de los derechos de terceros.

Artículo 40. Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la información. En cumplimiento de este derecho se establecerán normas y se diseñarán políticas, a fin de que estén orientados en el ejercicio del derecho a que se refiere el artículo anterior. Asimismo, se pondrá especial énfasis en medidas que los protejan de peligros que puedan afectar su vida, su salud o su desarrollo.

Artículo 41. El derecho a expresar opinión implica que se les tome su parecer respecto de: A. Los asuntos que los afecten y el contenido de las resoluciones que les conciernen. B. Que se escuchen y tomen en cuenta sus opiniones y propuestas respecto a los asuntos de su familia o comunidad.

El Estado Mexicano publica el once de junio del 2003 la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, la cual como bien dice su nombre tiene por objeto prevenir y eliminar todas las formas de discriminación que se ejerzan sobre cualquier ser humano. Esta ley tiene su fundamento en los acuerdos internacionales y directamente en el artículo primero constitucional. Por tanto esta ley ha subrayado:

“Artículo 2.- Corresponde al Estado promover las condiciones para que la libertad y la igualdad de las personas sean reales y efectivas. Los poderes públicos federales deberán eliminar aquellos obstáculos que limiten en los hechos su ejercicio e impidan el pleno desarrollo de las personas así como su efectiva participación en la vida política, económica, cultural y social del país y promoverán la participación de las autoridades de los demás órdenes de Gobierno y de los particulares en la eliminación de dichos obstáculos.”

En el año 2006 se aprobó la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, la cual tiene como finalidad el regular y garantizar en el país la igualdad entre mujeres y hombres por medio de lineamientos y mecanismos institucionales, siendo de orden público, interés

social y de observancia en todo el territorio mexicano.

Pues cabe destacar que se necesita realizar esfuerzos por parte del gobierno federal y de los gobiernos estatales para que la responsabilidad no se le atribuya únicamente a la mujer, toda vez que en la actualidad poco se ha tomado en cuenta la responsabilidad de los hombres en la salud sexual y reproductiva, y en el embarazo. Por lo que es importante involucrar a los hombres en el ejercicio de la sexualidad y en las relaciones sociales, en virtud de que mientras haya corresponsabilidad entre mujeres y hombres serán eficaces y asertivas las políticas públicas.

Entre los tipos de violencia contra las mujeres encontramos la física, psicológica patrimonial, económica y sexual; mientras que las modalidades de la violencia son familiar, laboral, docente, comunidad, institucional y feminicida.

Habrán también que reconocer los derechos y obligaciones establecidos en el entramado jurídico y legal que posibilita la intervención en la problemática del embarazo en las adolescentes desde la óptica de los derechos de las mujeres. Bajo esta perspectiva, se parte del reconocimiento de necesidades particulares y del reconocimiento de condiciones de desigualdad entre mujeres y hombres, en el acceso a oportunidades de desarrollo económico, social y cultural, así como al ejercicio pleno de sus derechos.

Por lo que posteriormente se publicó la Ley General De Acceso De Las Mujeres a Una Vida Libre De Violencia (2007), con el objetivo de prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres. Su contenido de igual forma es de carácter público, interés social, y de observancia en la República Mexicana. Además, la presente ley define conceptos fundamentales de los derechos humanos de las mujeres y por primera vez se definió los tipos y modalidades de la violencia contra las mujeres.

Entre los tipos de violencia contra las mujeres encontramos la física, psicológica patrimonial, económica y sexual; mientras que las modalidades de la violencia son familiar, laboral, docente, comunidad, institucional y feminicida.

Esta ley es elemental para prevenir y atender el embarazo en adolescentes toda vez que como se ha indicado, gran parte de los embarazos en adolescentes son consecuencia de una violencia sexual.

Años más tarde, se promulga en el 2014 la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (LGDNNA), la cual establece la obligatoriedad de que las instituciones de gobierno garanticen los derechos a la supervivencia y el desarrollo, la salud, la educación y a no ser víctimas de violencia sexual.

Así también la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) establece la primacía de las decisiones que competen en integridad física o moral, educación, libertad, vida, desarrollo, hacia el interés más ventajoso para niños y niñas (ENAPEA, 2015). La LGDNNA lo establece de la siguiente manera:

“El interés superior de la niñez deberá ser considerado de manera pri-

mordial en la toma de decisiones sobre una cuestión debatida que involucre niñas, niños y adolescentes. Cuando se presenten diferentes interpretaciones, se elegirá la que satisfaga de manera más efectiva este principio rector” (LGDNNA, 2015).

De gran importancia igualmente, es la Declaración Ministerial Prevenir con Educación del 2008, el cual refiere en el acuerdo 3.1 el fortalecimiento de estrategias intersectoriales de la educación en salud sexual, incluyendo la prevención de VIH e ITS y en las que se complementen los esfuerzos de acuerdo a las competencias. En el acuerdo 3.2 menciona sobre la importancia de los derechos humanos en la educación integral en sexualidad, a lo cual dicha educación deberá incluir aspectos éticos, biológicos, emocionales, sociales, culturales y de género.

Finalmente existen dos normas oficiales mexicanas medulares en la temática, entre ellas se encuentra **la NOM-046-SSA2-2005 publicada en el Diario Oficial de la Federación el 16 de abril del 2009**, siendo de observancia obligatoria para las instituciones del Sistema Nacional de Salud y que **tiene por objeto la detección, prevención, atención médica y orientación otorgada a los usuarios de servicios de salud, sobre todo en situación de violencia familiar y sexual.**

Además, conjuntamente La Ley General de Víctimas (LGV, 2013) y la Norma Oficial Mexicana NOM 046-SSA2-2005 “Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención” (046-SSA2-2005, 2009) **reconocen el derecho de las víctimas de violación al acceso a servicios de SSR como la profilaxis, a la anticoncepción de emergencia y a la interrupción del embarazo.** Esta norma permite y garantiza el derecho de las víctimas a la atención expedita a través de los servicios de salud.

Y por otro lado **la NOM-047-SSA2-2015 publicada el 15 de julio del 2014 establece criterios de seguimiento con atención integral a la salud en el grupo etario de diez a diecinueve años, contemplando la perspectiva de género, pertinencia cultural y el respeto a sus derechos humanos.**

2.3 Marco Jurídico Estatal.

La Constitución Política del Estado de Chihuahua, reafirma lo establecido en nuestra Constitución Federal, toda vez que también hace referencia sobre los derechos humanos de cada persona, los cuales deben ser garantizados, y al mismo tiempo el estado de Chihuahua demuestra que se cuenta con un órgano de protección de dichos derechos, denominado la Comisión Estatal de los Derechos Humanos. También la constitución del estado en su artículo cuarto indica:

“Todos los habitantes del Estado tienen derecho a acceder en igualdad de oportunidades a los beneficios del desarrollo social.

Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad de la persona y de los grupos en que se integra, sean reales y efectivas; y remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud.”

Por otra parte, también encontramos en nuestra entidad la Ley Estatal de Educación, publicada en el periódico oficial estatal en diciembre de 1997, la cual menciona:

Artículo 1. Las disposiciones de esta Ley son de orden público e interés social, y tienen como objeto regular la educación en sus diferentes tipos, niveles y modalidades que se imparte en el Estado de Chihuahua, por: I. El Estado; II. Los Municipios; III. Los Organismos Descentralizados; y IV. Los particulares con autorización o reconocimiento de validez oficial de estudios. La educación es un servicio público prioritario y un bien social que, por tanto, es responsabilidad del Estado y la sociedad. En consecuencia, promoverá la vinculación entre el sector educativo, sector productivo y los promotores de la cultura, así como también con organismos públicos o privados que promueven el desarrollo individual y colectivo.

Artículo 3. En el Estado de Chihuahua, toda persona tiene derecho a recibir educación sin discriminación alguna, por motivos de raza, género, lengua, ideología, necesidades educativas especiales asociadas o no a discapacidad, estado de gravidez o cualquiera otra condición personal, social o económica, por lo tanto, las mismas oportunidades de acceso al Sistema Educativo con sólo satisfacer los requisitos que establezcan las disposiciones que de esta Ley se deriven.

Por otro lado la Ley Estatal del Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de Chihuahua (LEDMVLVECH, 2007) pasando por la Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida libre de violencia (LGAMVLV, 2007) se dictan consideraciones para que los Estados ofrezcan políticas públicas que prevengan, atiendan y sancionen la violencia hacia las mujeres.

De igual manera, nuestra carta magna, en su artículo cuarto, sienta las bases para la construcción de las leyes que garantizan la igualdad. La Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (LGIMH, 2006) publicada en 2006, establece la igualdad sustantiva entre hombres y mujeres en el país. La integración del articulado incorpora los planteamientos hechos por las convenciones internacionales. De manera armónica se publica en 2010, la Ley de Igualdad entre Mujeres y Hombres del Estado de Chihuahua (LIGMHCH, 2010) que obliga a nuestra entidad a gestionar políticas públicas que promuevan la igualdad y la erradicación de brechas de género.

Otro de los aspectos centrales que fundamentan el PEPEACH, es el Derecho a la Salud Sexual y reproductiva, que este grupo etario tiene.

En Chihuahua, el 22 de agosto del año 2011, se llevó a cabo la firma de un convenio específico de colaboración en materia de Educación Integral en Sexualidad entre los Secretarios de Educación y Salud de la Administración Pública Estatal, a partir de lo establecido en la Declaración Ministerial de la Ciudad de México.

Posteriormente en abril del 2012 se llevó a cabo la Ley Estatal de Salud, la cual tiene como prioridad:

Artículo 2. El derecho a la protección de la salud tiene las siguientes finalidades:

- I. El bienestar físico, mental, social y humano, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades funcionales.*
- II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana.*
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social.*
- IV. El fomento de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud.*
- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población, en términos de igualdad y no discriminación.*
- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud.*
- VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.*

El estado de Chihuahua fue el último en nuestro país en adoptar una ley específica dirigida para niñas, niños y adolescentes de acuerdo con la CDN, esta ley fue promulgada en junio del 2013, cuyo reglamento se publicó en el periódico oficial del estado en febrero del 2014. La ley contiene principios y derechos básicos de las niñas, niños y adolescentes, además **establece lineamientos para crear políticas públicas dirigidas a la infancia y la adolescencia.**

En último lugar, pero no menos importante el Plan Estatal de Desarrollo (2017-2021) estipula las directrices para dirigir la política pública en el estado de Chihuahua, que ayuda para orientar los sectores políticos, económicos y sociales a efecto de prevalecer el desarrollo humano sustentable.

El Plan Estatal de Desarrollo muestra la importancia de que el Estado logre ser íntegro con un crecimiento de paz y oportunidades para todos los habitantes, reconociendo la importancia de que las niñas, niños y/o adolescentes poseen las herramientas necesarias para su bienestar.

3. Metodología del trabajo.

La construcción de este Programa Especial parte del enfoque metodológico utilizado en la elaboración del Plan Estatal de Desarrollo en el sentido de que toma como centro y principal factor de cambio a los sujetos sociales a la vez que se alinea con los Objetivos de Desarrollo Sostenible y los diversos programas y estrategias nacionales que confluyen en una problemática compleja y multifactorial que es el embarazo en adolescentes. La Guía para la implementación de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes en las Entidades Federativas refiere que este documento “sirve de puente desde lo nacional hacia lo estatal y requiere que cada GEPEA, a partir del conocimiento de la realidad en la entidad, así como de su experiencia, de sus fortalezas y oportunidades, configure un documento que incluya un plan de acción “a su medida” que progresivamente le permita avanzar hacia sus objetivos...” Esta última característica dio pie a la aplicación de un método propio, estratégico e innovador que adopta aspectos de la técnica conocida como balanced scorecard o cuadro de mando integral que permite sopesar y abordar de manera objetiva cada uno de los factores que influyen en las alarmantes estadísticas del Estado de Chihuahua en embarazo adolescente. Se nutrió de forma participativa, y se conjuntó el trabajo de diversas dependencias y entidades de la Administración Pública Estatal y Federal, coordinadas por la Secretaría de Desarrollo Social, a través del Instituto Chihuahuense de las Mujeres (ICHMujeres).

A continuación, se detallan las actividades realizadas:

3.1 Integración del GEPEA.

Con base en el Acuerdo No. 102/2017 con fecha de expedición 24 de mayo de 2017, publicado en el Periódico Oficial del Estado de Chihuahua, el 31 de mayo del mismo año, se firmó el Acta de Integración, Instalación y Toma de Protesta Grupo Estatal para Prevenir el Embarazo en Adolescentes (GEPEA), por las personas titulares de la Secretaría de Desarrollo Social, en su carácter de Instancia coordinadora; el Instituto Chihuahuense de las Mujeres, como Secretaría Técnica; y como vocalías: la Coordinación Ejecutiva de Gabinete, así como las Secretarías de Gobierno, Salud y Educación y Deporte. Como testigos de Honor firmaron el Lic. Javier Corral Jurado, Gobernador Constitucional del Estado de Chihuahua y la Lic. Lorena Cruz Sánchez, Directora del Instituto Nacional de las Mujeres.

Cabe destacar que la citada acta establece también como vocalías a las siguientes dependencias: Instituto Chihuahuense de la Juventud, Comisión Estatal para los Pueblos Indígenas, Desarrollo Integral de la Familia, Secretaría de Cultura; y las demás dependencias y entidades que a criterio del Grupo Estatal y la Secretaría Técnica se consideren estratégicas para

el alcance del objetivo. De esta forma, el GEPEA quedó integrado como se ilustra a continuación.

Gráfica 1.



3.2 Realización de Mesas de Trabajo.

Luego de la formalización del GEPEA, el 1 y 2 de junio de 2017, se iniciaron los trabajos de planeación con el grupo operativo para la integración de este programa, mediante un taller impartido por personal del Fondo de Población de las Naciones Unidas en México (UNFPA).

En el citado taller se sentaron las bases para elaborar el diagnóstico y construir los objetivos, estrategias y acciones; para ello, fue necesario conformar grupos de trabajo por temáticas: educación; salud; oportunidades laborales; entorno habilitante; y de prevención y atención de la violencia contra niñas, niños y adolescentes. En total se llevaron a cabo 20 reuniones grupales en la que participaron 74 personas.

3.3 Investigación Documental.

Se analizaron los siguientes documentos:

- Los instrumentos jurídicos internacionales, nacionales y locales en materia de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.
- El Plan Estatal de Desarrollo 2017 - 2021 y los Programas Sectoriales o Institucionales de las dependencias implicadas en este tema.
- La Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA).
- El Programa Intersectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (PIPEA) implementado y coordinado por el ICHMUJERES en 2011; así como otras acciones realizadas en este tema por distintas dependencias que integran el GEPEA.
- El Diagnóstico Prospectivo para Detectar las Causas del Embarazo en Adolescentes en los municipios de Chihuahua, Juárez, Cuauhtémoc y Delicias.
- Encuesta de monitoreo de percepción entre grupo de adolescentes de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA).
- Diversos documentos con información estadística sobre la situación del embarazo en adolescentes en el país y el estado de Chihuahua.
- Documentos bibliográficos en materia de prevención del embarazo en adolescentes.

3.4 Sistematización de la Información.

De los anteriores pasos se sistematizó la información obtenida, con base en la metodología del Cuadro de Mando Integral (The Balanced Scorecard), la cual constituye una innovadora perspectiva de gestión que puede utilizarse para traducir la estrategia a términos operativos. Representa el inicio de una amplia y procesable teoría de gobierno y ejercicio del poder. Apoyados en esta herramienta se logró:

- Conjuntar en un mapa estratégico el objetivo del programa, los objetivos estratégicos y las líneas de acción.
- Aclarar y comunicar la coordinación interinstitucional que requiere la prevención del embarazo en adolescentes.
- Aumentar la retroalimentación y formación estratégica en este tema.
- Centrar a las distintas dependencias en las líneas de acción que se deben trabajar desde los distintos ámbitos para disminuir el embarazo en adolescentes.
- Mostrar y centrar la visión de actuación de este programa: Promover el desarrollo humano, las oportunidades y el proyecto de vida de las y los adolescentes.

Gráfica 2.



4. Alineación de Objetivos.

**“Para cumplir con los Objetivos
del Desarrollo Sostenible de la ONU,
la mejor inversión que podemos hacer
es en las y los adolescentes.”
-UNFPA 2018**

Los factores que desencadenan el embarazo en adolescentes son de índoles diversas y se fincan en aspectos estructurales, sociales, económicos y culturales. Se requiere trabajo conjunto y organizado desde diferentes ámbitos y niveles; por ello, el PEPEACH está alineado a los objetivos, componentes, subcomponentes y actividades estratégicas de los principales instrumentos de planeación internacional, federal y estatal que orientan la acción de las dependencias que participan en el Grupo Estatal para la Prevención del Embarazo en Adolescentes de Chihuahua.

Esta forma de alineación hace posible articular y orientar de manera intersectorial las decisiones, optimización de recursos y la consolidación de las actividades y acciones que incidan en la disminución de los embarazos en las adolescentes.

Al desprenderse de la ENAPEA se garantiza la alineación con el Plan Nacional de Desarrollo y al tomar como base la metodología del Plan Estatal de Desarrollo pasa a ocupar el lugar de instrumento estratégico y “prioritario del desarrollo integral del estado”.

A continuación, se presentan los objetivos internacionales, programas sectoriales, nacionales, especiales y de acción específicos que ataca el PEPEACH.

4.1 Objetivos del Desarrollo Sostenible.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU son un requisito indispensable al que la sociedad civil, el sector privado, el Gobierno y toda la ciudadanía deberían sumarse. Estos objetivos fueron adoptados el 25 de septiembre de 2015 por líderes mundiales con la finalidad de erradicar la pobreza, proteger al planeta y asegurar la prosperidad para todos como parte de una nueva agenda de desarrollo sostenible.⁵

5. Plan Estatal de Desarrollo, 2017 – 2021.

Gráfica 3.

Objetivos del Desarrollo Sostenible.












Fuente: Objetivos de Desarrollo Sostenible ONU. Disponible en:
www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/






Estos objetivos interactúan entre sí: el cumplimiento de uno depende en gran medida de su interrelación con otros. Además, de los antes mencionados se contempla también el objetivo de la UNESCO de interculturalidad, desde un enfoque integral y de derechos humanos, con el fin de lograr una sociedad plural y democrática.⁶

6. Plan Estatal de Desarrollo, 2017 – 2021.

Tabla 1.

Alineación del PEPEACH con los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Organización de las Naciones Unidas.

OBJETIVOS DEL PEPEACH				
ODS	1. Desarrollar las competencias del funcionariado público.	2. Fortalecer la coordinación interinstitucional e implementar mecanismos institucionales.	3. Promover el desarrollo humano, las oportunidades y el proyecto de vida de las y los adolescentes.	4. Fortalecer la oferta y calidad de la información y los servicios de salud sexual y reproductiva.
	✓	✓	✓	✓
			✓	✓
	✓	✓		✓
	✓	✓	✓	✓
	✓	✓	✓	✓
				
				
	✓	✓	✓	✓
				

	✓	✓	✓	✓
	✓	✓	✓	
				
				
				
				
	✓	✓	✓	✓
	✓	✓	✓	✓

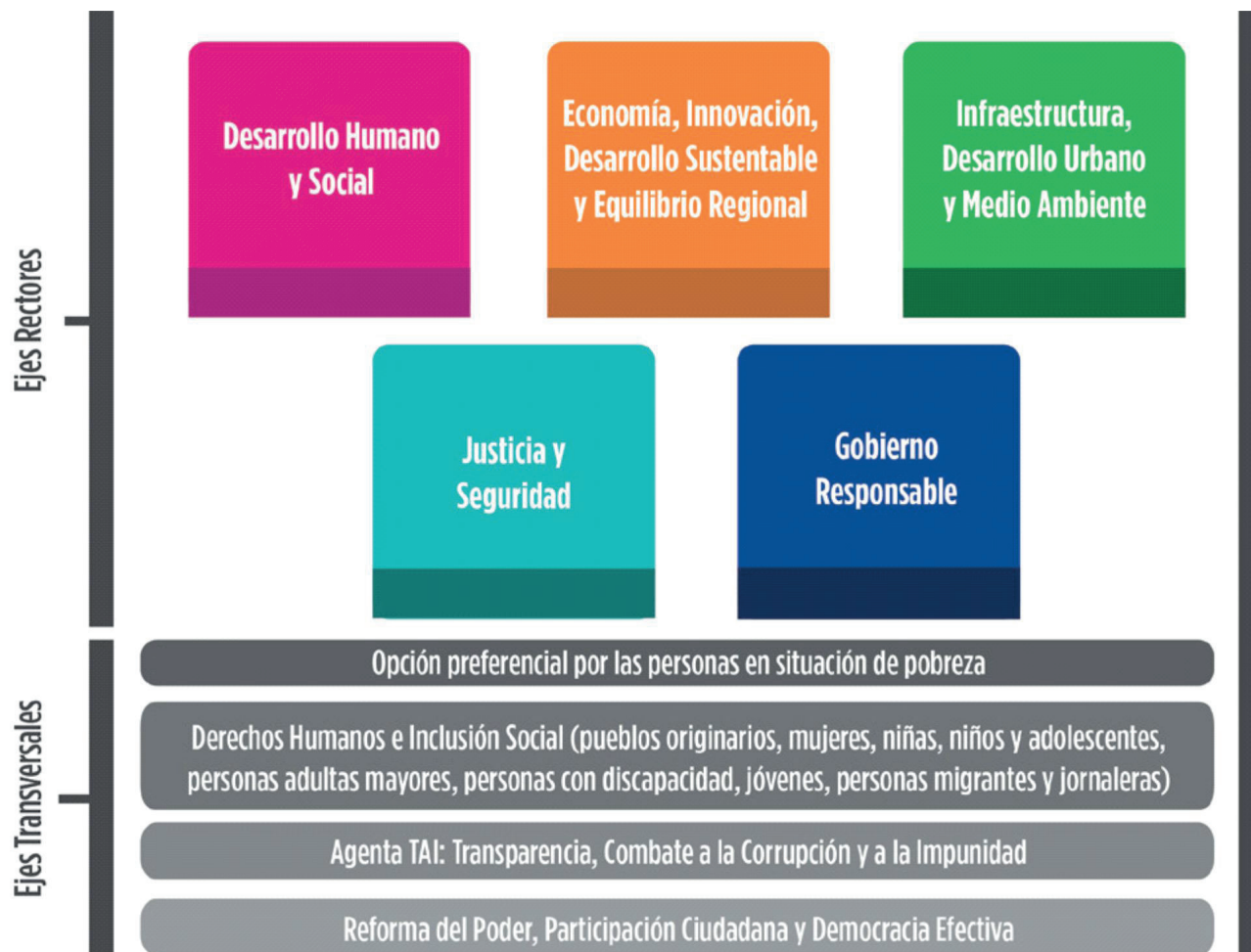
4.2 Plan Estatal de Desarrollo 2017 – 2021.

El Plan Estatal de Desarrollo es el instrumento legal que describe el rumbo en que sociedad y Gobierno coordinarán esfuerzos, recursos, voluntad e inteligencia para construir el Nuevo Amanecer que las y los chihuahuenses merecemos. Es un documento elaborado de forma plural, que plantea el compromiso común por lograr un gobierno íntegro. Chihuahua debe ser un estado democrático, incluyente, con un desarrollo vigoroso y que garantice el bienestar y las oportunidades para todas y todos sus habitantes.⁷

7. Plan Estatal de Desarrollo, 2017 – 2021.

Gráfica 4.

Ejes estratégicos del Plan Estatal de Desarrollo 2017 - 2021.



Fuente: Plan Estatal de Desarrollo 2017 – 2021.

Tabla 2.

Alineación del PEPEACH con el Plan Estatal de Desarrollo 2017 - 2021.

PEPEACH	Plan Estatal de Desarrollo			
Objetivos del Programa Especial para Prevenir el Embarazo en Adolescentes	Eje	Objetivo	Estrategia	Líneas de Acción
1. Desarrollar las competencias del funcionariado público.		Objetivo 3. Incrementar los programas de prevención de riesgos psicosociales y de salud en niñas, niños	3.2 Mejorar los servicios que contribuyen a garantizar el ejercicio pleno de los derechos de niños, niñas y adolescentes.	Capacitar a los funcionarios y funcionarias de los entes de la administración pública estatal sobre temas que permitan el fortalecimiento y profesionalización de acciones que...

		<p>Objetivo 13. Desarrollar ambientes escolares propicios que generen armonía social, con el fin de asegurar un alto logro educativo y la permanencia de las y los estudiantes en una formación educativa integral.</p>	<p>13.4 Profesionalizar, de manera permanente y efectiva, al personal docente, directivo, de asesoría técnica pedagógica y supervisión escolar, a fin de mejorar la calidad de su práctica.</p>	<p>Diseñar un programa de capacitación permanente a docentes y personal directivo en prácticas pedagógicas, manejo de tecnologías didácticas y detección atención de problemas físicos y psicológicos en el alumnado para asegurar una educación integral de calidad.</p>
	<p>Eje 5. Gobierno Responsable</p>	<p>Objetivo 2. Fortalecer la democracia y la gobernabilidad del estado a través de la coordinación entre los poderes, con el fin de promover acuerdos que posibiliten mejores condiciones de vida de las y los chihuahuenses, en respeto pleno a los derechos humanos aplicables.</p>	<p>2.1 Generar acciones de coordinación para que, a través de la labor legislativa, se facilite un marco legal que contribuya al cumplimiento de las facultades correspondientes a la función legislativa, ejecutiva y judicial, promoviendo la gobernabilidad del estado y la mejora del bienestar de las y los chihuahuenses.</p>	<p>Capacitar a las y los servidores públicos y la comunidad en general sobre la reforma constitucional en materia de derechos humanos y su cumplimiento.</p>
		<p>Objetivo 4. Garantizar la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres y entre los diversos grupos vulnerados de la entidad.</p>	<p>4.2 Institucionalizar la perspectiva de género en las dependencias, entidades paraestatales y organismos que integran los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, así como en los Gobiernos municipales y órganos autónomos.</p>	<p>Formar a las y los funcionarios en perspectiva de igualdad de género, derechos humanos, no discriminación y prevención de la violencia de género y contra las mujeres.</p>

Desarrollo Humano

2. Fortalecer la coordinación interinstitucional e implementar mecanismos institucionales.

Objetivo 1. Mejorar las condiciones inmediatas de vida de la población en situación de vulnerabilidad y pobreza.

Objetivo 3. Incrementar los programas de prevención de riesgos psicosociales y de salud en niñas, niños

Objetivo 5. Incentivar la participación ciudadana, por medio de la capacidad de articulación del sector social y privado, para el desarrollo social en el estado.

Objetivo 1. Fortalecer la gobernabilidad a través de una política interna que genere mejores condiciones de convivencia en el estado.

1.3 Desarrollar una sólida coordinación interinstitucional para el adecuado funcionamiento de las acciones y políticas sociales en el estado de Chihuahua.

3.2 Mejorar los servicios que contribuyen a garantizar el ejercicio pleno de los derechos de niños, niñas y adolescentes.

5.1 Propiciar la consecución de los propósitos y la permanencia de las organizaciones de la sociedad civil (OSC's).

1.3 Fortalecer el marco legal que sustenta el actuar gubernamental para consolidar el estado de derecho en beneficio de la población.

Evaluar periódicamente el cumplimiento de los objetivos de las acciones y políticas sociales del Estado.

Implementar mecanismos de articulación entre el Sistema Estatal y Municipal de Protección a Niños, Niñas y Adolescentes, con la colaboración de las organizaciones civiles coadyuvantes mediante la aplicación de criterios consensuados, protocolos y servicios de atención para la garantía de sus derechos.

Implementar programas y ejercicio de recursos por parte de la sociedad civil organizada, con presentación de resultados y rendición de cuentas.

Impulsar la actualización y aplicación de la normatividad que rige a la administración pública estatal.

Eje 5. Gobierno Responsable

Objetivo 2.
Fortalecer la democracia y la gobernabilidad del estado a través de la coordinación entre los poderes, con el fin de promover acuerdos que posibiliten mejores condiciones de vida de las y los chihuahuenses, en respeto pleno a los derechos humanos aplicables.

Objetivo 3.
Fomentar la cultura de la legalidad para conformar una estructura social ordenada y de comportamiento pacífico.

Objetivo 4.
Garantizar la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres y entre los diversos grupos vulnerados de la entidad.

2.1 Generar acciones de coordinación para que, a través de la labor legislativa, se facilite un marco legal que contribuya al cumplimiento de las facultades correspondientes a la función legislativa, ejecutiva y judicial, promoviendo la gobernabilidad del estado y la mejora del bienestar de las y los chihuahuenses.

3.1 Implementar acciones para institucionalizar el cumplimiento de las leyes como comportamiento social.

4.1 Contar con un marco jurídico estatal que garantice el pleno ejercicio de los derechos humanos de los grupos vulnerados.

Impulsar las acciones y trabajos necesarios en los temas correspondientes al Estado y de interés para las y los ciudadanos, priorizando los derechos humanos.

Crear campañas para la difusión de leyes y su aplicabilidad general e igualitaria.

Actualizar y/o reformar las leyes en materia de igualdad, violencia contra las mujeres, discriminación y trata de personas.

3. Promover el desarrollo humano, las oportunidades y el proyecto de vida de las y los adolescentes.

Desarrollo Humano

Objetivo 1. Mejorar las condiciones inmediatas de vida de la población en situación de vulnerabilidad y pobreza.

1.3 Desarrollar una sólida coordinación interinstitucional para el adecuado funcionamiento de las acciones y políticas sociales en el estado de Chihuahua.

Realizar campañas públicas encaminadas a sensibilizar y formar conciencia sobre la prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres y las niñas.

Fortalecer la perspectiva de género en los protocolos interinstitucionales de atención a las víctimas de violencia de género.

Reforzar la atención a mujeres víctimas mediante programas especializados con enfoque diferencial de reeducación, rehabilitación y capacitación, de forma que les permitan participar plenamente en la vida pública y social.

Desarrollar alternativas de ocupación y emprendimiento para jóvenes en edad productiva.

Abrir espacios para el desarrollo juvenil con líderes sociales que generen propuestas de políticas públicas.

Implementar mecanismos de colaboración ante las instancias correspondientes a fin de crear instancias municipales de juventud y Centros de Poder Joven, para llevar acciones a un mayor número de jóvenes en el estado.

Objetivo 2. Atender las necesidades de desarrollo integral de los grupos vulnerados.

2.10 Diseñar y aplicar políticas públicas que permitan la formación personal, social, técnica y profesional de un mayor número de jóvenes chihuahuenses.

		<p>Objetivo 3. Incrementar los programas de prevención de riesgos psicosociales y de salud en niñas, niños y adolescentes.</p>	<p>3.1 Ampliar las alternativas de cuidado y atención de menores de edad para garantizar su derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo.</p>	<p>Convertir las universidades en el espacio comunitario preponderante para la búsqueda de soluciones de integración local.</p>
		<p>Objetivo 3. Incrementar los programas de prevención de riesgos psicosociales y de salud en niñas, niños y adolescentes.</p>	<p>3.2 Mejorar los servicios que contribuyen a garantizar el ejercicio pleno de los derechos de niños, niñas y adolescentes.</p>	<p>Promover un entorno propicio para que las niñas, niños y adolescentes se desarrollen en un ambiente de educación e información sexual conveniente y pertinente.</p> <p>Monitorear y realizar visitas de seguimiento a los centros de asistencia social.</p>
		<p>Objetivo 4. Impulsar el desarrollo de las familias en el ámbito social para mejorar la calidad de vida y fortalecer el tejido social.</p>	<p>4.1 Fortalecer la integración familiar.</p>	<p>Desarrollar un mecanismo temprano de prevención en el consumo de drogas, alcohol y tabaco para ser aplicado desde la educación primaria con continuación en los niveles posteriores.</p> <p>Reforzar las redes de voluntarias y voluntarios, fomentando la organización y participación social en acciones en beneficio de la comunidad.</p> <p>Capacitar a las familias por medio de campañas, en temas de prevención y atención de las diferentes problemáticas que afectan el tejido social.</p>

Objetivo 4. Impulsar el desarrollo de las familias en el ámbito social para mejorar la calidad de vida y fortalecer el tejido social.

Objetivo 6. Contribuir al grado más alto posible de salud y bienestar de los grupos vulnerados en el estado, con el beneficio de un crecimiento y desarrollo óptimo para mejorar su línea de vida.

Objetivo 8. Garantizar el acceso universal a la salud, salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos en igualdad de condiciones y sin discriminación.

Objetivo 12. Promover la inclusión y la igualdad del sistema educativo Para contribuir a la conformación de una sociedad más justa en favor de las personas vulneradas.

4.2 Contribuir a mejorar la calidad de vida de las y los chihuahuenses a través de la atención psicosocial en centros comunitarios.

6.4 Reducir la mortalidad de niñas y niños menores de cinco años a través de medidas de prevención y atención.

8.1 Propiciar las condiciones para la atención de la salud integral y multisectorial de las mujeres en sus diferentes etapas de vida —con énfasis en sus derechos humanos— a una salud reproductiva y sexual en igualdad de género.

12.1 Ampliar las oportunidades de acceso al sistema educativo para las y los chihuahuenses que se encuentran en condiciones de mayor vulnerabilidad socioeconómica.

Incorporar la atención psicoterapéutica primaria y de primeros auxilios emocionales en centros comunitarios.

Capacitar a tutores, padres y madres de familia en la prevención de accidentes en el hogar, así como de la violencia en niñas y niños.

·Aplicar la Norma oficial mexicana de violencia familiar, sexual y contra las mujeres, NOM-046-SSA-2005.

Apoyar las gestiones realizadas por el Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE) ante el Gobierno Federal, para posibilitar la expansión de los servicios educativos que imparte.

Ampliar el servicio y número de Escuelas de Tiempo Completo, a fin de contribuir con la igualdad educativa.

Fortalecer y ampliar el servicio de bachillerato comunitario y multicultural que asegure la cobertura educativa de dicho nivel en

Objetivo 12.
Promover la
inclusión y la
igualdad del
sistema educativo
Para contribuir a la
conformación de
una sociedad más
justa en favor de
las personas
vulneradas.

12.2 Mejorar las
condiciones físicas
de los espacios
educativos que se
encuentran en
escuelas ubicadas
en zonas de alto
rezago social, que
permita otorgar
una educación
inclusiva y en
igualdad de
oportunidades a
sus estudiantes,
con relación a las
y los estudiantes
que pertenecen a
otro segmento de
la población.

12.3 Promover el
ingreso,
permanencia y
egreso del sistema
educativo de los
grupos vulnerados
en el estado.

todas las regiones
del estado.

Implementar un
sistema estatal de
becas educativas que
mejore la eficiencia y
transparencia en el
otorgamiento de los
apoyos educativos
brindados por el
Estado, para que
éstos lleguen a
quienes más lo
necesitan.

Realizar alianzas y
convenios con
instituciones
educativas para
generar diagnósticos
que contribuyan a
establecer políticas
públicas educativas
para integrar a los
grupos vulnerados
al sistema educativo.

Diseñar un sistema
de transporte
comunitario que
recoja en puntos
estratégicos a las y
los niños de zonas
rurales más pobres
y aisladas, y los
regrese después
de clase.

Implementar
programas que
contribuyan al
acceso y
permanencia de las
mujeres en todos
los niveles
educativos, con
medidas especiales
para mujeres
indígenas, con
discapacidad, VIH/
SIDA, jóvenes
embarazadas,
madres
adolescentes y
adultas mayores.

Promover el sistema educativo con igualdad de género, perspectiva de derechos humanos, no discriminación y prevención y atención de la violencia de género contra las mujeres.

Implementar un estudio a nivel estatal que identifique a niñas, niños y jóvenes en condición de riesgo de abandono escolar por diversas causas, ya sea económicas, culturales o sociales, y que permita diseñar esquemas de prevención o en su caso, de atención a la problemática que se enfrenta.

12.4 Ampliar las oportunidades de acceso a la educación a las personas en situación de vulnerabilidad que se encuentran en rezago educativo.

Dotar de apoyos alimenticios a niñas, niños y jóvenes indígenas de educación básica y media superior para disminuir el abandono escolar.

Implementar acciones afirmativas para promover el acceso a la educación de las personas indígenas en asentamientos urbanos.

Priorizar la entrega de becas educativas a las y los estudiantes que habiten en comunidades indígenas y que se encuentren en zonas con alto rezago social.

				Instituto Chihuahuense para la Educación de los Adultos (ICHEA), a fin de combatir el rezago educativo que presenta la población mayor de 15 años.
		Objetivo 13. Desarrollar ambientes escolares propicios que generen armonía social, con el fin de asegurar un alto logro educativo y la permanencia de las y los estudiantes en una formación educativa integral.	13.1 Promover los derechos humanos, los valores democráticos, la igualdad de género y el respeto por el medio ambiente, a fin de contribuir a la armonía social.	Implementar acciones académicas que promuevan el respeto y la observancia de los derechos humanos. Promover oportunidades educativas y brindar información sobre beneficios escolares en ferias y actividades dirigidas a la población juvenil.
		Objetivo 14. Fortalecer la innovación científica y tecnológica en las instituciones educativas, para contribuir al desarrollo económico y la competitividad del estado.	14.1 Fortalecer la vinculación escuela–empresa a través de la transferencia y aprovechamiento del conocimiento y el uso de tecnología.	Impulsar el emprendimiento de las y los jóvenes por medio del involucramiento de las instituciones de educación superior y centros de investigación en su desarrollo.
		Objetivo 16. Desarrollar la cultura del deporte y la activación física como una forma de atención a la salud y a la vez como un mecanismo de prevención de conductas antisociales, que fomente la igualdad entre hombres y mujeres.	16.1 Impulsar la participación en actividades físicas y deportivas en zonas de alta marginación que promuevan la sana convivencia y fomenten el desarrollo armónico de dichas comunidades.	Promover el desarrollo de la cultura física para mejorar la salud y la calidad de vida de la población.

		<p>Objetivo 17. Garantizar el acceso a la cultura como un Derecho Humano para la formación integral de la ciudadanía, que permita la cohesión e inclusión social e incentive la igualdad entre mujeres y hombres.</p>	<p>17.1 Establecer la cultura como un medio para el desarrollo económico, social y humano, al facilitar su acceso a la población que habita en zonas marginadas.</p>	<p>•Ejecutar acciones artísticas y culturales que fortalezcan el tejido social y promuevan el rescate de espacios públicos.</p>
		<p>Objetivo 17. Garantizar el acceso a la cultura como un Derecho Humano para la formación integral de la ciudadanía, que permita la cohesión e inclusión social e incentive la igualdad entre mujeres y hombres.</p>	<p>17.2 Promover la cultura como un medio de inclusión social que fortalezca y apoye el desarrollo integral de la población infantil y juvenil.</p>	<p>Implementar acciones culturales en espacios comunitarios que favorezcan la inclusión y el respeto a los derechos humanos, en especial los de las niñas, niños y jóvenes.</p> <p>Realizar talleres y fomentar espacios culturales para lograr la iniciación y apreciación artística en la formación integral de las niñas, niños y jóvenes.</p>
		<p>Objetivo 1. Fortalecer la organización y el desarrollo de las capacidades de los sectores productivos del estado para promover un crecimiento sustentable con mejores ingresos para las y los chihuahuenses.</p>	<p>1.5 Impulsar el acceso y desarrollo de servicios de profesionales que sirvan de soporte para incentivar el crecimiento y la competitividad del ecosistema de negocios.</p>	<p>Impulsar un programa de retención y desarrollo de talentos orientado a las y los jóvenes, que represente la consolidación de su desarrollo profesional en las áreas especializadas de formación, todo ello mediante un acompañamiento institucional capaz de integrarlos en los sectores productivos y comerciales.</p>

Eje 2. Economía, Innovación, Desarrollo Sustentable

Objetivo 6.
Promover la movilidad igualadora de oportunidades, ampliando la participación de las mujeres en la economía formal y equitativamente remunerada.

6.1 Desarrollar e implementar un programa integral para el empoderamiento económico de las mujeres.

Establecer un programa integral de apoyo para la capacitación y asesoramiento administrativo de las mujeres emprendedoras.

Impulsar el acceso a sistemas de financiamiento de las mujeres empresarias y emprendedoras de Chihuahua.

Eje 4. Justicia y Seguridad

Objetivo 7.
Aumentar la prevención integral y el acceso a los servicios de atención integral a mujeres, niñas y niños víctimas de violencia, así como a personas de los pueblos originarios, personas con discapacidad, personas migrantes y personas adultas mayores.

7.2. Mejorar el acceso y la cobertura de los servicios de atención integral a mujeres y niñas víctimas de la violencia, así como a los demás grupos vulnerados del estado.

Procurar la reparación del daño a mujeres víctimas de la violencia por razones de género y condición.

Fortalecer la perspectiva de género en los protocolos interinstitucionales de atención a las víctimas de violencia de género.

Fortalecer los programas especiales para las víctimas de violencia, con enfoque diferencial de reeducación, rehabilitación y capacitación, de forma que les permitan participar plenamente en la vida pública y social.

7.3 Ofertar una procuración de justicia pronta, expedita y de calidad a los grupos vulnerados víctimas de la violencia.

7.4 Fortalecer los centros de justicia para las mujeres, con tal de ofrecer una atención integral, de calidad, secuencial e interdisciplinaria.

7.5 Incrementar las acciones de prevención y atención para reducir los factores de riesgo de violencia contra las mujeres y niñas.

Aplicar los protocolos, manuales, procedimientos, criterios y servicios en materia de impartición de justicia con perspectiva de género.

Mejorar la atención en los centros de justicia para las mujeres.

Ampliar la cobertura de los centros de justicia para las mujeres en otras zonas geográficas del estado.

Generar un mapa de riesgo de violencia contra las mujeres y niñas en los espacios y transporte públicos, a partir de indicadores delictivos, de lesiones, denuncias, llamadas, entre otros.

Elaborar un programa de intervención temprana para prevenir la violencia contra las mujeres en las zonas con mayor incidencia.

Implementar un programa de prevención de la violencia contra mujeres y niñas en los espacios públicos, a fin de garantizar su movilidad segura.

Implementar un programa de prevención de la violencia contra las mujeres y niñas en el transporte público, para garantizar su seguridad.

				Incorporar acciones especiales para reducir conductas, prácticas violentas y de riesgo entre varones adolescentes y jóvenes en los espacios comunitarios.
	Eje 5. Gobierno Responsable	<p>Objetivo 10. Promover la erradicación del trabajo de las y los menores de 15 años en el sector laboral, y suscitar mejores condiciones de trabajo en centros laborales para evitar la explotación y el abuso de las y los adolescentes trabajadores.</p>	<p>10.1 Extender la inspección a centros laborales para evitar la contratación de las y los menores de 15 años.</p>	<p>Incrementar las inspecciones para detectar y evitar la contratación de las y los menores de 15 años en los centros laborales.</p> <p>Sensibilizar y capacitar en los centros laborales en materia de erradicación del trabajo infantil.</p>
<p>4. Fortalecer la oferta y calidad de la información y los servicios de salud sexual y reproductiva.</p>		<p>Objetivo 1. Mejorar las condiciones inmediatas de vida de la población en situación de vulnerabilidad y pobreza.</p>	<p>1.2 Incrementar el acceso de las personas a una alimentación suficiente, diversa y nutritiva durante todo el año.</p>	<p>Implementar acciones específicas de nutrición, dirigidas a la población de situación de pobreza en colaboración con la sociedad, para orientar las acciones de ayuda en forma puntual, brindando acompañamiento y seguimiento a las personas o familias que se encuentren en situación vulnerable,</p>

				<ul style="list-style-type: none"> • Brindar atención médica especializada y hospitalaria con enfoque de interculturalidad para la reducción de la mortalidad materna y el fortalecimiento a la atención prenatal, perinatal, parto y puerperio. • Aumentar la cobertura de atención a la salud e involucrar a promotores de salud, médicos tradicionales y parteras para evitar las muertes maternas de mujeres indígenas por malas condiciones de atención en el parto.
--	--	--	--	---

Gráfica 5.

Síntesis de la Alineación con el Plan Estatal de Desarrollo.

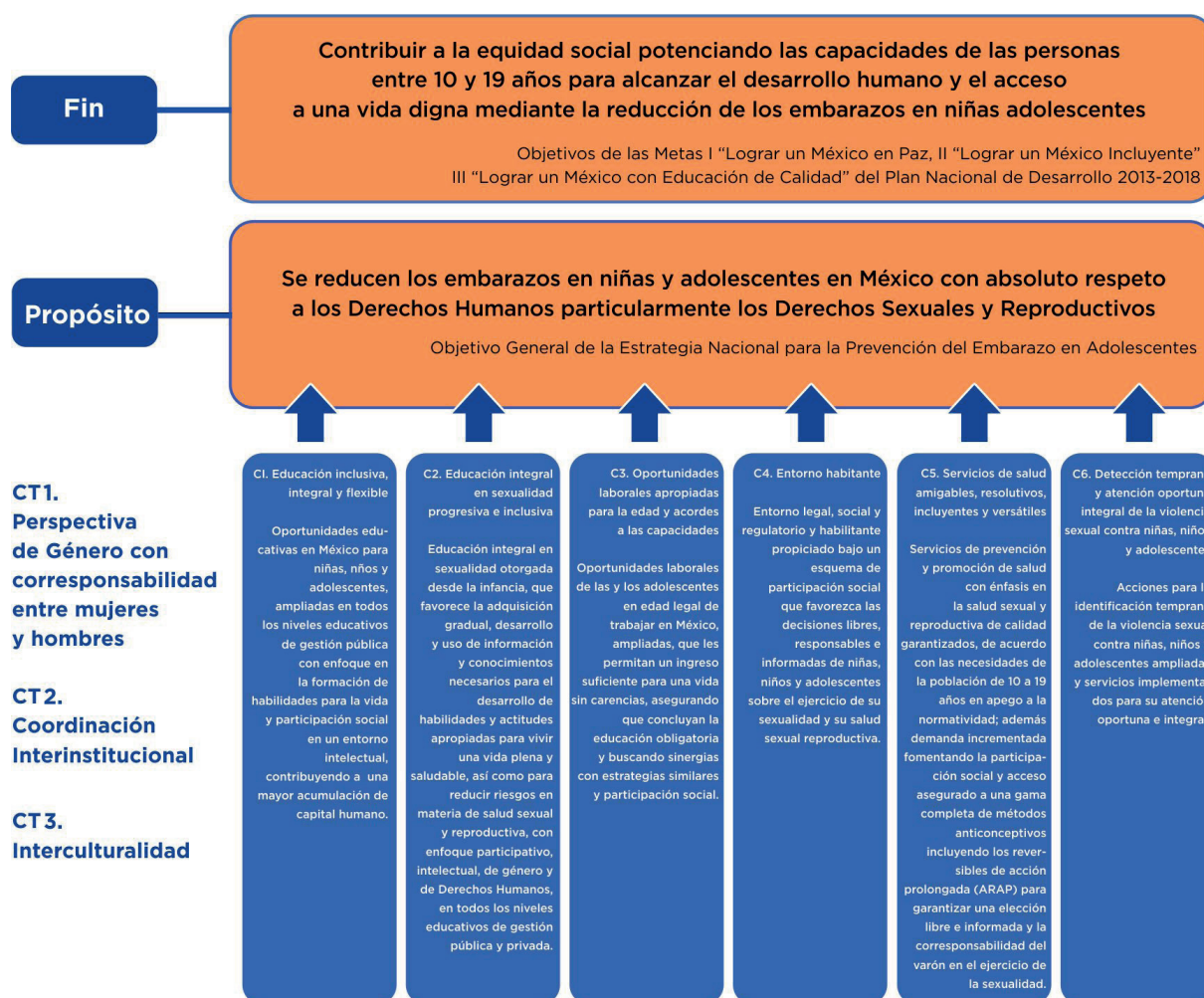
	Desarrollo Humano Social	Economía, Innovación, Desarrollo sustentable y Equilibrio Regional	Infraestructura, Desarrollo Urbano y Medio ambiente	Justicia y Seguridad	Gobierno Responsable	Total
Objetivos	13	2	0	1	5	21
Estrategias	24	2	0	4	7	37
Lineas de acción	51	4	0	10	8	73

4.3 Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes.

La Presidencia de la Republica presentó el 23 de enero de 2015 la Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes. Consiste en el trabajo interdisciplinario en el que participaron personal académico, especialistas, autoridades y representantes de la sociedad civil, que incorpora experiencias internacionales y las mejores prácticas que se han implementado en nuestro país.

Como se muestra en la siguiente figura del marco lógico de la ENAPEA, la estrategia se estructura en seis componentes temáticos, los que a su vez se enlazan transversalmente a través de la perspectiva de género, la interculturalidad y la coordinación inter e intra-institucional.

Gráfica 6.
Marco Lógico de la ENAPEA.



Modificado de los ejes rectores y objetivos de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes y como resultado del trabajo con las entidades y dependencias

Componentes

Fuente: Guía para la implementación de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes en las Entidades Federativas, 2017.

Tabla 3.

Alineación del PEPEACH con la ENAPEA.

ENAPEA		Objetivos del Programa Especial para Prevenir el Embarazo en Adolescentes del Estado de Chihuahua en el los que se atienden los objetivos y componentes de la ENAPEA.
Objetivo Específico	Componentes	
Objetivo 1. Contribuir al desarrollo humano y ampliar las oportunidades laborales y educativas de las y los adolescentes.	Componente 1. Educación inclusiva, integral y flexible.	2. Fortalecer la coordinación interinstitucional e implementar mecanismos institucionales.
	Componente 3. Oportunidades laborales apropiadas para la edad y acordes con las capacidades.	3. Promover el desarrollo humano, las oportunidades y el proyecto de vida de las y los adolescentes.
Objetivo 2. Propiciar un entorno habilitante que favorezca las decisiones libres, responsables e informadas de las y los adolescentes sobre el ejercicio de su sexualidad y la prevención del embarazo.	Componente 4. Entorno habilitante (legal, social y regulatorio).	2. Fortalecer la coordinación interinstitucional e implementar mecanismos institucionales.
	Componente 6. Detección temprana y atención oportuna e integral de la violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes.	3. Promover el desarrollo humano, las oportunidades y el proyecto de vida de las y los adolescentes.

<p>Objetivo 3. Asegurar el acceso efectivo a una gama completa de métodos anticonceptivos, incluyendo los reversibles de acción prolongada (ARAP), para garantizar una elección libre e informada y la corresponsabilidad del varón en el ejercicio de la sexualidad.</p>	<p>Componente 5. Servicios de salud amigables, resolutivos, incluyentes y versátiles.</p>	<p>1. Desarrollar las competencias del funcionariado público.</p> <p>2. Fortalecer la oferta y calidad de la información y los servicios de salud sexual y reproductiva.</p>
<p>Objetivo 4. Incrementar la demanda y calidad de la atención de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes.</p>		
<p>Objetivo 5. Garantizar el derecho de las niñas, los niños y la población adolescente a recibir educación integral en</p>	<p>Componente 2. Educación integral en sexualidad</p>	<p>1. Desarrollar las competencias del funcionariado público.</p> <p>2. Fortalecer la coordinación interinstitucional e implementar mecanismos</p>
<p>niveles progresiva e inclusiva.</p> <p>pblica</p>		<p>institucionales.</p> <p>3. Promover el desarrollo humano, las oportunidades y el proyecto de vida de las y los adolescentes.</p>

Tabla 4.

Metas, objetivos y estrategias de los instrumentos nacionales de planeación con los que se alinea la ENAPEA por consiguiente el PEPEACH.

Instrumento de Planeación	Metas, objetivos y estrategias con los que se alinea el PEPEACH
Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND)	<p>Meta nacional II México Incluyente, Objetivos 2.1. Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población; 2.2. Transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente; 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud; 2.4. Ampliar el acceso a la seguridad social; 2.5 Promover un entorno adecuado para el desarrollo de una vida digna; y estrategias 2.2.2 y 2.3.2</p> <p>Meta Nacional III México con Educación de Calidad: Objetivos 3.1. Desarrollar el potencial humano de los mexicanos con educación de calidad; 3.2. Garantizar la inclusión y la equidad en el Sistema Educativo; y 3.5. Hacer del desarrollo científico, tecnológico y la innovación pilares para el progreso económico y social sostenible.</p>
Programa Sectorial de Gobernación 2013-2018	<p>Objetivos:</p> <p>3. Garantizar el respeto y protección de los derechos humanos, reducir la discriminación y la violencia contra las mujeres y sus Estrategias 3.1 a 3.4.</p> <p>4. Desarrollar políticas integrales de población y migración, que contribuyan a la inclusión, la prosperidad y el ejercicio de derechos, con sus Estrategias 4.1 y 4.2</p>
Programa Nacional de Población 2014-2018	<p>Objetivos:</p> <p>1. Aprovechar las oportunidades de desarrollo social y económico propiciadas por el cambio demográfico;</p> <p>2. Ampliar las capacidades y oportunidades a la salud y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos para hombres y mujeres; y</p> <p>5. Ampliar el desarrollo de una cultura demográfica basada en valores de prevención, participación social, tolerancia y vigencia de los derechos humanos. Estrategias 1.5, 2.2 a 2.5, 5.1 y 5.2</p>
Programa Sectorial de Salud 2013- 2018	<p>Objetivo:</p> <p>1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades;</p> <p>2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad; y</p> <p>4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.</p> <p>Estrategias: 1.5. Incrementar el acceso a la SSR con especial énfasis en adolescentes y poblaciones vulnerables; 1.6. Fortalecer acciones de prevención y control para adoptar conductas saludables en la población adolescente; 2.1, 4.2 a 4.4 y también con todas las líneas de acción de la estrategia transversal de perspectiva de género del Objetivo 1.</p>

Programa de Acción Específico (PAE) Salud Sexual y Reproductiva (SSR) para Adolescentes 2013-2018	Por su naturaleza, la ENAPEA se relaciona con todos los objetivos y estrategias del PAESSRA 2013-2018: Objetivo 1. Favorecer el acceso universal a información, educación, orientación y servicios en salud sexual y reproductiva para adolescentes; 2. Reducir embarazos no planeados e ITS en adolescentes mediante el acceso efectivo a servicios de calidad específicos para esta población; y 3. Incidir en los determinantes que impiden el ejercicio pleno de la sexualidad y la salud reproductiva de la población adolescente.
PAE Planificación Familiar y anticoncepción 2013-2018	Objetivos: 1. Incrementar el acceso efectivo a servicios de planificación familiar y anticoncepción y mejorar la calidad de la atención; 2. Atender las necesidades específicas de planificación familiar y anticoncepción, particularmente en grupos en situación de desventaja social; y 3. Incentivar la paternidad activa y elegida, así como la responsabilidad del hombre la planificación familiar y anticoncepción.
PAE Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género 2013- 18	Objetivos: 1. Reducir los daños a la salud ocasionados por la violencia familiar y/o de género en las mujeres; 2. Promover el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Estrategias 1.2 y 2.2
PAE Salud Materna y Perinatal 2013-18	Objetivos: 1. Propiciar el acceso universal de mujeres y hombres en etapas pregestacional, embarazo, parto, puerperio y neonatal, a servicios de calidad y respetuosos; 2. Contribuir a reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal, con enfoque de interculturalidad, priorizando grupos de alta marginación y de riesgo.
PAE Respuesta al VIH, Sida e ITS 2013-2018	Objetivos: 2. Implementar estrategias de prevención combinada en poblaciones clave y en situación de desigualdad; y 3. Brindar atención integral de calidad del VIH e ITS, con respeto a los derechos humanos y la diversidad sexual y cultural. Estrategias 2.1, 2.5 y 3.2
Programa Nacional de Asistencia Social	Objetivo 2. Salvaguardar los derechos de las niñas, niños y adolescentes y coordinar acciones que contribuyan al respeto, protección, atención y ejercicio efectivo de los mismos. Líneas de acción 2.5.1; 2.5.3 y, 2.5.8
Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres 2013-2018	Objetivos transversales 1. Alcanzar la igualdad sustantiva entre mujeres y hombres y propiciar un cambio cultural respetuoso de los derechos de las mujeres; 2. Prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y niñas y garantizarles acceso a una justicia efectiva; y 4. Fortalecer las capacidades de las mujeres para participar activamente en el desarrollo social y alcanzar el bienestar. Estrategias 1.2, 1.5, 2.1, 4.1, 4.2

<p>Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres 2013-2018</p>	<p>Objetivos transversales</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alcanzar la igualdad sustantiva entre mujeres y hombres y propiciar un cambio cultural respetuoso de los derechos de las mujeres; 2. Prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y niñas y garantizarles acceso a una justicia efectiva; y 4. Fortalecer las capacidades de las mujeres para participar activamente en el desarrollo social y alcanzar el bienestar. <p>Estrategias 1.2, 1.5, 2.1, 4.1, 4.2</p>
<p>Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres 2014-2018</p>	<p>Objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fomentar la armonización de contenidos legislativos e impulsar la transformación cultural para contribuir a la no violencia contra las mujeres; 2. Garantizar la prevención integral para reducir los factores de riesgo de la violencia contra las mujeres y niñas; 3. Garantizar el acceso a los servicios de atención integral a mujeres y niñas víctimas de violencia; 5. Fortalecer la coordinación institucional en materia de prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres. <p>Estrategias 1.1, 2.1, 2.4, 3.2, 5.1</p>
<p>Programa Nacional de Derechos Humanos 2014-2018</p>	<p>Objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Prevenir las violaciones de derechos humanos; 3. Garantizar el ejercicio y goce de los derechos humanos; y 4. Fortalecer la protección de los derechos humanos. <p>Estrategias 2.1, 2.2, 3.1 a 3.3, 4.4</p>
<p>Programa Sectorial de Desarrollo Social 2013-2018</p>	<p>Objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Fortalecer el cumplimiento efectivo de los derechos sociales que potencien las capacidades de las personas en situación de pobreza, a través de acciones que incidan positivamente en la alimentación, la salud y la educación; y 4 Construir una sociedad igualitaria donde exista acceso irrestricto al bienestar social mediante acciones que protejan el ejercicio de los derechos de todas las personas. <p>Estrategias 1.1 y 4.1</p>
<p>Programa Nacional de Desarrollo Social 2014-2018</p>	<p>Estrategias:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Fortalecer la planeación y mejorar la organización del Sistema Educativo Nacional para ampliar las oportunidades educativas de la población; 2.3 Prevenir y disminuir el abandono escolar en la educación media superior, al tiempo que se incrementa la cobertura; 2.5 Promover la interculturalidad en la educación y reforzar los modelos intercultural y bilingüe en poblaciones que hablen lenguas originarias; 2.7 Fortalecer la atención de población mayor de 15 años en condición de rezago educativo, mediante servicios educativos más cercanos y pertinentes; 3.2 Promover actitudes y conductas saludables y corresponsables en el ámbito personal, familiar y comunitario educativo más cercanos y pertinentes; 3.6 Incrementar el acceso a la salud sexual y reproductiva, con especial énfasis en adolescentes y poblaciones vulnerables. <p>Líneas de acción 2.1.3, 2.1.4, 2.3.3, 2.5.4, 2.7.4, 2.7.5, 2.7.6, 3.2.2, 3.2.4, 3.6.1 y 3.6.2</p>

Programa
Nacional de
Juventud 2014-
2018

Objetivos:

1. Incrementar las oportunidades de las y los jóvenes para acceder a los sistemas escolares, productivos y de obtención de vivienda;
2. Promover condiciones que mejoren la calidad de vida de la población juvenil en sus entornos y relaciones comunitarias;
3. Fortalecer la participación juvenil en los espacios de decisión públicos, sociales y comunitarios;
4. Fortalecer la plena inclusión y no discriminación de las y los jóvenes en los procesos de desarrollo social y económico y sus estrategias.

Estrategias 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 2.1, 2.2, 3.1 a 3.7, 4.1 a 4.4 y 4.6

Programa
Especial de los
Pueblos
Indígenas 2014-
2018

Objetivos:

- 2 Incrementar el acceso a la alimentación, la salud y la educación a los Pueblos Indígenas; y

- 4: Mejorar el ingreso monetario y no monetario de la población indígena a través del impulso a proyectos productivos

Estrategias 2.2 a 2.4 y 4.2

Programa
Sectorial de
Trabajo y
Previsión Social
2013-2018

Estrategias:

- 1.2 Diseñar y ejecutar políticas públicas que mejoren la articulación de los actores del mercado laboral para ampliar la colocación; y 1.5 Implementar acciones tendientes a reducir la informalidad del empleo, mediante mecanismos de coordinación interinstitucionales con los tres órdenes de gobierno

Acciones 1.2.1 y 1.5.2

Programa
Sectorial de
Educación 2013-
2018

Objetivos

- 1: Asegurar la calidad de los aprendizajes en la educación básica y la formación integral de todos los grupos de población;
2. Fortalecer la calidad y pertinencia de la educación media superior, superior y formación para el trabajo, a fin de que contribuyan al desarrollo de México;
3. Asegurar mayor cobertura, inclusión y equidad educativa entre todos los grupos de la población para la construcción de una sociedad más justa.

Estrategias: 1.7, 1.7.4, 1.7.8, 2.1, 3.1 y 3.2.

Líneas de acción transversal: Estrategias 1 con acción 13 y estrategia 3 con acción 3.2.6.

Fuente: ENAPEA

5. Vinculación entre Dependencias.

Tabla 5.

Vinculación entre dependencias.

Objetivo Estratégico	Estrategias	Dependencia(s) Responsable(s) de la Implementación	Dependencia(s) Participante(s)
1. Desarrollar las competencias del funcionariado público.	1.1. Implementar programas de capacitación y especialización en prevención del embarazo en adolescentes -con perspectiva de género, interculturalidad y de conformidad con los protocolos estandarizados a las normas aplicables- para el personal del poder ejecutivo y municipios.	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaría de Hacienda • Secretaría de Desarrollo Social • Instituto Chihuahuense de las Mujeres • Secretaría de Educación y Deporte • Secretaría de Salud • Municipios 	Todas las dependencias integrantes del Grupo Estatal para Prevenir los Embarazos en Adolescentes (GEPEA).
2. Fortalecer la coordinación interinstitucional e implementar mecanismos institucionales.	2.1. Fortalecer la coordinación institucional mediante el Grupo Estatal para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GEPEA).	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaría de Desarrollo Social • Instituto Chihuahuense de las Mujeres 	GEPEA
	2.2. Elaborar diagnósticos, estudios e investigaciones del embarazo en adolescentes.	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaría de Desarrollo Social • Instituto Chihuahuense de las Mujeres • Secretaría de Educación y Deporte • Secretaría de Salud • Municipios 	GEPEA

	<p>2.2. Elaborar diagnósticos, estudios e investigaciones del embarazo en adolescentes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaría de Desarrollo Social • Instituto Chihuahuense de las Mujeres • Secretaría de Educación y Deporte • Secretaría de Salud 	GEPEA
	<p>2.3. Generar y establecer instrumentos para el monitoreo, seguimiento y evaluación del avance en la prevención del embarazo en adolescentes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaría de Desarrollo Social • Instituto Chihuahuense de las Mujeres • Municipios 	GEPEA
	<p>2.4. Incluir partidas presupuestales para garantizar que las dependencias y entidades cumplan con los objetivos de este programa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaría de Hacienda • Secretaría de Desarrollo Social • Instituto Chihuahuense de las Mujeres • Municipios 	GEPEA

	<p>2.5. Generar alianzas estratégicas entre el gobierno estatal con el federal, el sector privado, organizaciones de la sociedad civil y las agencias internacionales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaría de Desarrollo Social • Instituto Chihuahuense de las Mujeres • Secretaría de Educación y Deporte • Secretaría de Salud • Instituto Chihuahuense de la Juventud • Comisión Estatal para los Pueblos Indígenas • Sistema de Protección Integral de Niñas , Niños y Adolescentes de Chihuahua • Municipios 	GEPEA
	<p>2.6. Impulsar la creación de los Grupos Municipales para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GMPEA).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaría de Desarrollo Social • Instituto Chihuahuense de las Mujeres • Secretaría de Desarrollo Municipal • Instituto Chihuahuense de la Juventud • Sistema de Protección Integral de Niñas , Niños y Adolescentes de Chihuahua 	GEPEA
	<p>Fomentar la armonización y difusión de contenidos legislativos en materia de derechos humanos de niñas, niños y adolescentes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaría de Gobierno • Sistema de Protección Integral de Niñas , Niños y Adolescentes de Chihuahua • Secretaría de Educación y Deporte • Secretaría de Salud 	GEPEA

3. Promover el desarrollo humano, las oportunidades y el proyecto de vida de las y los adolescentes.	3.1. Asegurar que las y los adolescentes finalicen la educación obligatoria.	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaría de Educación y Deporte • Secretaría de Desarrollo Social • Comisión Estatal para los Pueblos Indígenas • Instituto Chihuahuense de Educación para los Adultos • Instituto Chihuahuense de la Juventud. 	GEPEA
	3.2. Crear un entorno que favorezca las decisiones libres y acertadas sobre su proyecto de vida y el ejercicio de su sexualidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaría de Educación y Deporte • Secretaría de Salud • Secretaría de Desarrollo Social • Instituto Chihuahuense de la Juventud • Coordinación de Comunicación Social • Municipios 	GEPEA
	3.3. Fortalecer la prevención y la atención de la violencia y el abuso sexual contra niñas, niños y adolescentes.	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaría de Educación y Deporte • Secretaría de Salud • Secretaría de Desarrollo Social • Instituto Chihuahuense de la Juventud • Comisión Estatal para los Pueblos Indígenas • Sistema de Protección Integral de Niñas , Niños y Adolescentes de Chihuahua • Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia 	GEPEA

		<ul style="list-style-type: none"> • Fiscalía General del Estado • Instituto Chihuahuense de las Mujeres • Municipios 	
	3.4. Promover la cultura y el deporte como un medio de inclusión social que fortalezca y apoye el desarrollo integral de la población adolescente.	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaría de Cultura • Secretaría de Educación y Deporte • Secretaría de Desarrollo Social • Instituto Chihuahuense de la Juventud • Municipios 	GEPEA
	3.5. Generar oportunidades laborales para la población joven.	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaría del Trabajo y Previsión Social • Secretaría de Innovación y Desarrollo Económico • Secretaría de Desarrollo Social • Instituto Chihuahuense de la Juventud • Secretaría de Educación y Deporte • Municipios 	GEPEA
	3.6. Fortalecer el liderazgo juvenil.	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaría de Educación y Deporte • Secretaría de Desarrollo Social • Instituto Chihuahuense de la Juventud • Municipios 	GEPEA

4. Fortalecer la oferta y calidad de la información y los servicios de salud sexual y reproductiva.	4.1. Asegurarles a las y los adolescentes la prestación de servicios de salud.	Secretaría de Salud	GEPEA
	4.2. Mantener campañas de comunicación masiva que posicionen mensajes claros sobre la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes.	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaría de Salud • Instituto Chihuahuense de la Juventud • Comisión Estatal de los Derechos Humanos • Coordinación de Comunicación Social • Municipios 	
	4.3. Asegurar el acceso efectivo a una gama completa de métodos anticonceptivos, incluyendo los reversibles de acción prolongada (ARAP).	Secretaría de Salud	GEPEA

6. Diagnóstico.

Los embarazos adolescentes son un problema de salud pública y de interés social, casi medio millón de chicas menores de 20 años dieron a luz en el 2005 (UNICEF).

Más allá de una visión inmediateista y particular de las implicaciones que se generan **cuan-
do existe un embarazo a temprana edad, se originan una serie de con-
dicionantes que limitan el desarrollo de una sociedad**: las niñas y adolescen-
tes se enfrentan de manera temprana al mundo adulto para el cual no están preparadas con
los consabidos efectos desfavorables sobre su vida y la de sus hijas e hijos. **El fenómeno
ensancha las brechas de desigualdad en aspectos como: educación,
proyecto de vida y salud, principalmente.** Estas consideraciones toman mayor
fuerza cuando la incidencia es tan alta como la que se presenta en nuestro país, entonces,
adquiere características de pandemia.

**Chihuahua, se ubica en los primeros lugares de incidencia del emba-
razo en el país.** No estamos exentos de la problemática, al contrario, la abordamos de
manera frontal, por ello es necesario atender este indicador que evidencia la inequidad en
aspectos estructurales, culturales, familiares e individuales que se traducen en embarazos de
mujeres menores de 18 años.

De esta forma, es que en la primera parte de este apartado se presentan los datos demográ-
ficos de la población adolescente a nivel nacional, estatal y por municipios. Posteriormente,
se expone la situación de los nacimientos en el estado de Chihuahua y sus 67 municipios.
Luego se muestra la situación de embarazos en adolescentes en Chihuahua con relación a
las otras entidades federativas y los municipios que son prioritarios.

Dada la complejidad del tema que nos ocupa, es que en la segunda parte del diagnóstico
se presenta éste de forma extensa, con base en un mapa denominado “marco lógico y árbol
de problemas” del cual se desprende la explicación de cada una de las causas estructurales
como son: la situación de pobreza, la inseguridad y violencia, los estereotipos de género y el
desconocimiento del funcionariado público en temas como derechos humanos y perspecti-
va de género. Asimismo, se explican la relaciones y correlaciones de las causas estructurales
con las causas directas de los embarazos en adolescentes como es: la vulnerabilidad de la
población indígena, el abandono escolar, la violencia contra las mujeres, el matrimonio infan-
til, las opciones limitadas de un proyecto de vida, el inicio temprano de vida sexual, el escaso
uso de métodos anticonceptivos, la insuficiente coordinación en la aplicación de las políticas
preventivas del embarazo en adolescentes, entre otras.

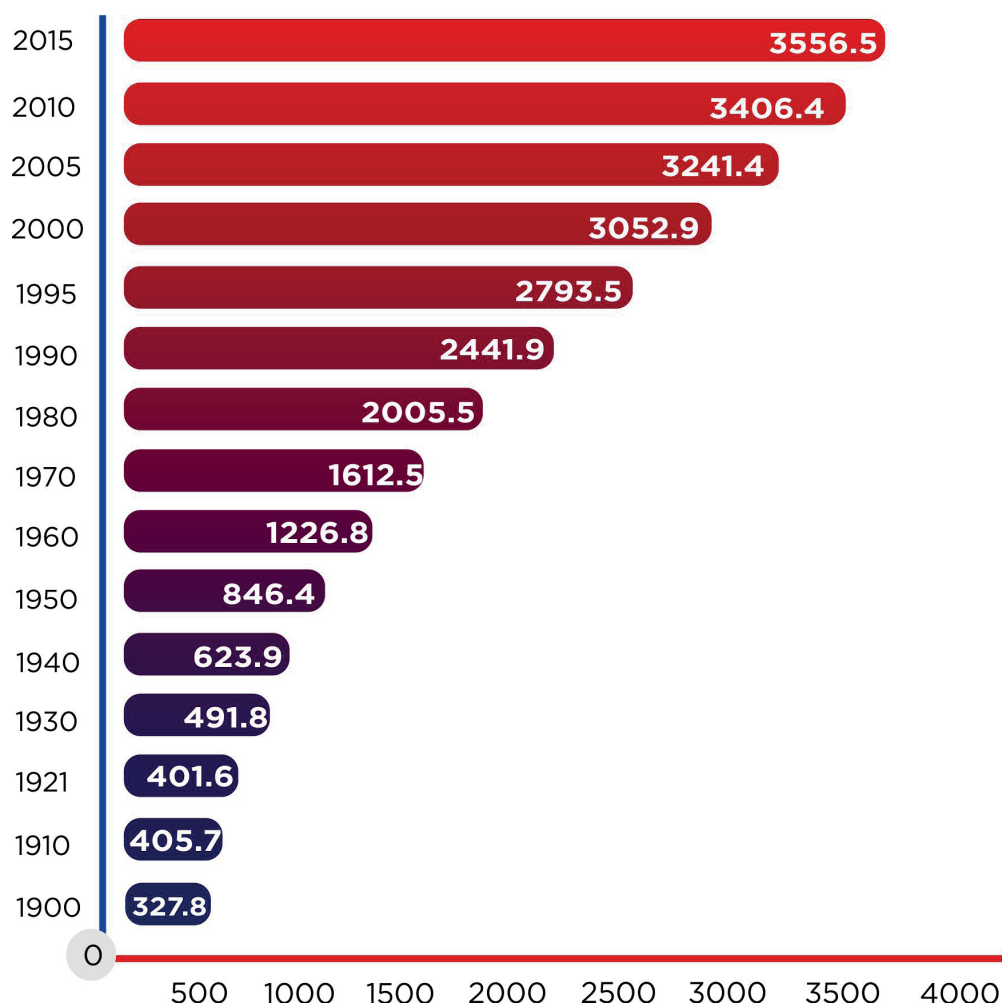
6.1 Población de 10 a 19 años y situación de los nacimientos en el Estado de Chihuahua.

Como parte de los trabajos de implementación de la ENAPEA en el estado de Chihuahua, el presente documento, busca aportar una mirada a la situación demográfica de la población joven y adolescente, así como al entorno de los nacimientos registrados por grupo de edad para tener una mejor comprensión de la dimensión de esta temática en la entidad y en ámbito municipal.

6.1.1 Dinámica y estructura de la población total estatal.

Chihuahua es el estado con mayor extensión territorial de la República Mexicana, con 247 mil 455 kilómetros cuadrados, lo que constituye 12.6 por ciento de la superficie total del país. Su población representa el 3.2 por ciento respecto a la población total del país, ya que según los resultados de la Encuesta Intercensal 2015, el estado contaba con una población que ascendía a los 3 millones 556 mil 574 habitantes, mientras que el país registró 119.5 millones.

Gráfica 7.
Estado de Chihuahua: Población total, 1900-2015
(Millones de habitantes).



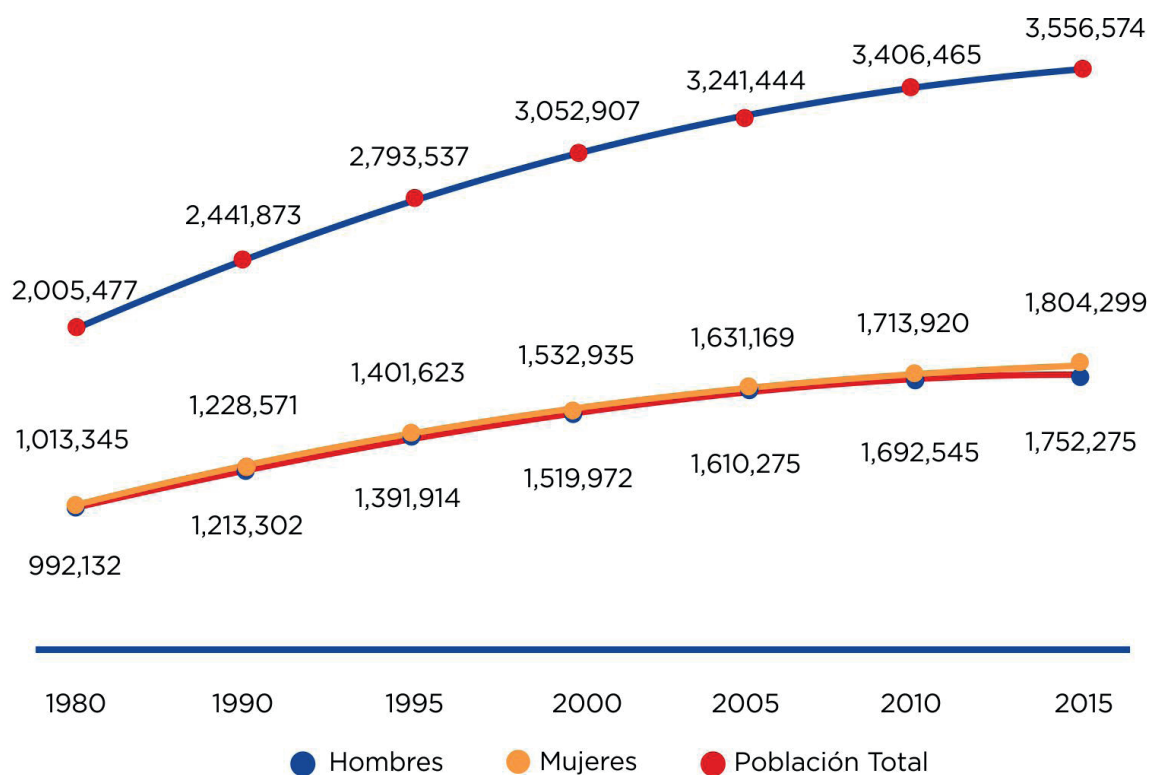
Fuente: INEGI. Censos y Conteos de Población y Vivienda, Encuesta Intercensal 2015

El total de residentes en viviendas particulares en Chihuahua en 2015 se distribuye según sexo en 1 millón 752 mil 275 hombres (49.3 por ciento) y 1 millón 804 mil 299 mujeres (50.7 por ciento), lo que significa que la población femenina es mayoritaria, y a través de un cociente se estima que hay 97 hombres por cada 100 mujeres, valor menor al registrado en los censos de 2010 y 2000 donde se tenían 98 y 99 hombres respectivamente por cada 100 mujeres.

En el año 2015, el Estado de Chihuahua se ubicó en el décimo primer lugar entre las entidades federativas más pobladas del país, según los resultados de la Encuesta Intercensal.

En prospectiva, de acuerdo con el Consejo Nacional de Población (CONAPO), se estima que la población de Chihuahua estará alcanzando los 4.2 millones en el año 2030, sin embargo, se observa una clara tendencia a la reducción de su tasa de crecimiento, en niveles del 0.63 por ciento.

Gráfica 8.
Estado de Chihuahua: Población total, hombres y mujeres, 1980-2015.

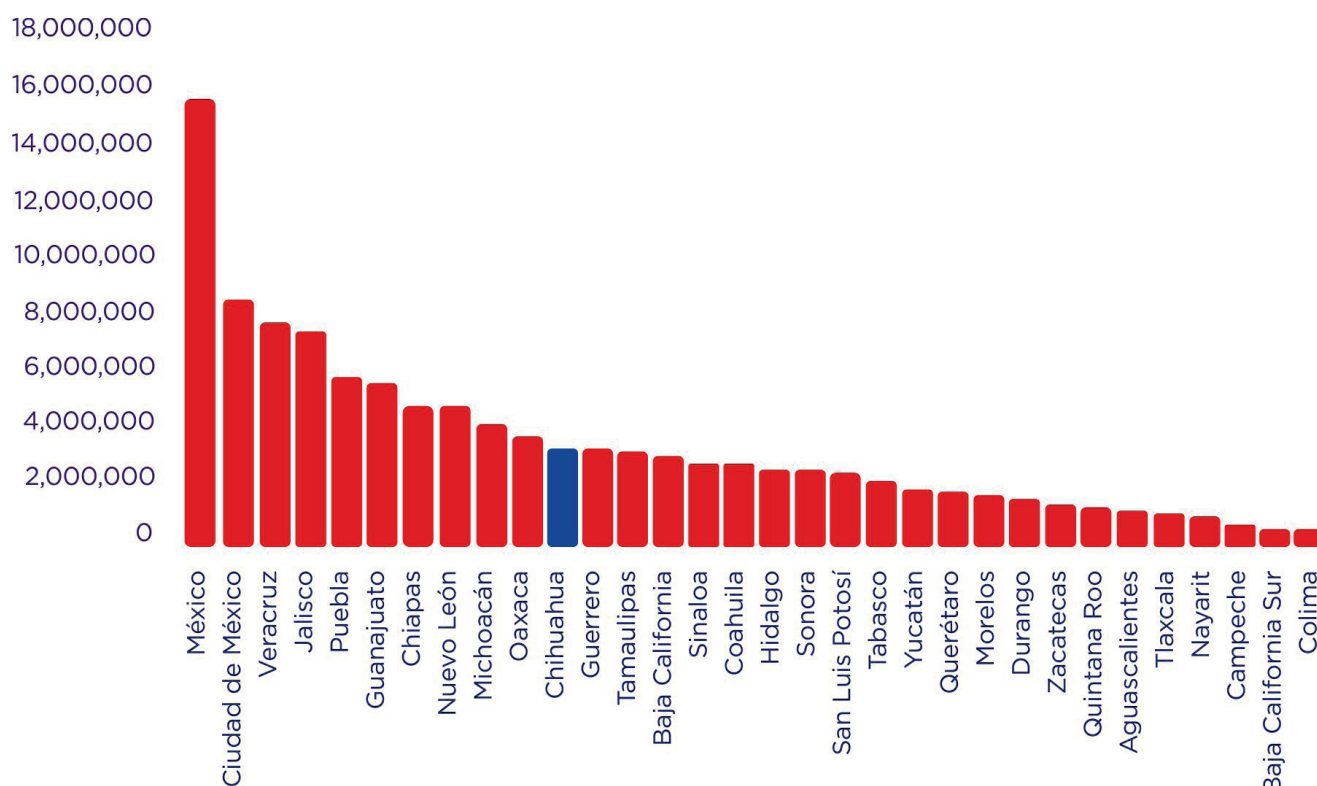


Fuente: INEGI. Censos y Conteos de Población y Vivienda 1980, 1990, 1995, 2000, 2005 y 2010, Encuesta Intercensal 2015.

Cabe apuntar que, de acuerdo con los resultados de los últimos ejercicios censales realizados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en el país, Chihuahua ha registrado tasas de crecimiento de la población moderadas, del orden del 2.2, 1.1 y 1.0 por ciento, en el 2000, 2005 y 2010 respectivamente, así como 1.0 por ciento en 2015.

Gráfica 9.

Población total según entidad federativa, 2015.



Fuente: INEGI. Encuesta Intercensal 2015.

6.1.2 Población por grupos de edad en el Estado de Chihuahua.

La estructura de población por edad y sexo de una población es el resultado acumulativo de las tendencias retrospectivas de la fecundidad, la mortalidad y la migración.

Si bien la estructura demográfica en el estado de Chihuahua permite contar con una fuerza productiva de alto potencial para el trabajo, es patente el reto que significa y que seguirá representando en los años venideros, encontrar soluciones a la demanda de espacios educativos en todos los niveles, recreativos, para la cultura y el deporte, así como para la generación de empleos de calidad.

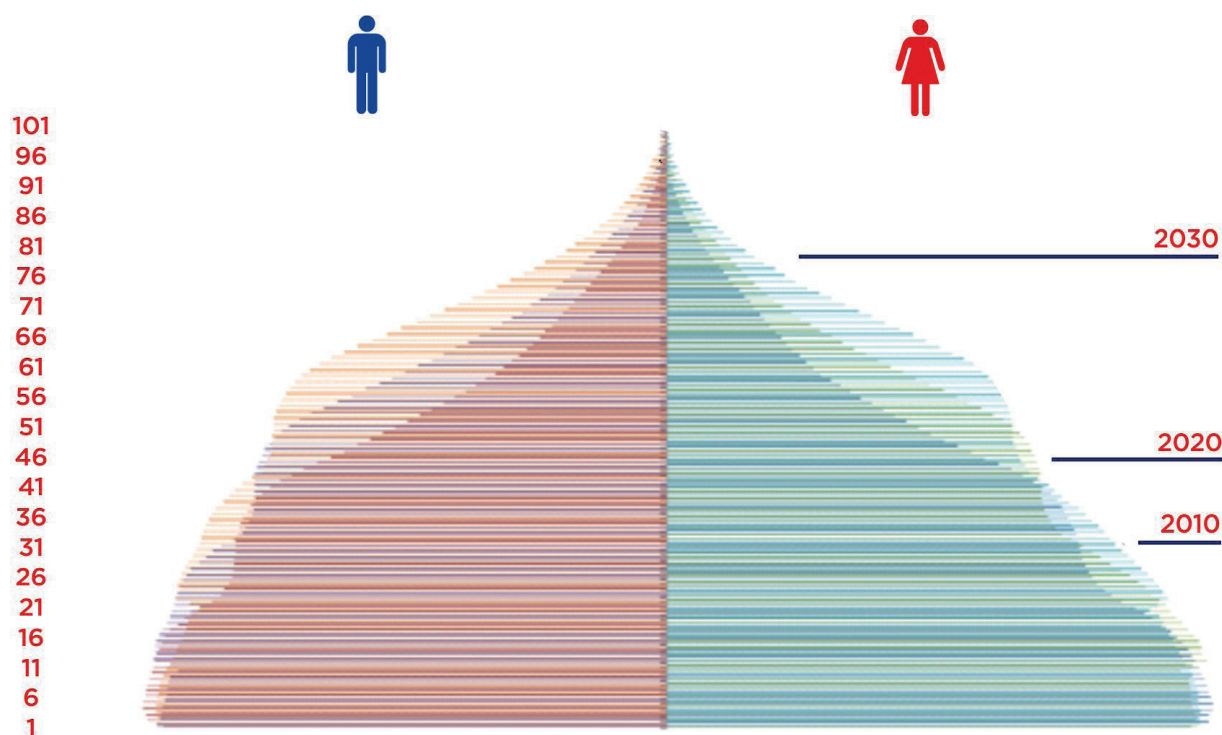
Para efectos de este programa especial, la población de 10 a 19 años representa uno de los principales grupos de atención, en virtud de que es en este conjunto etario, que se trabaja para incidir en la reducción del embarazo adolescente. La Encuesta Intercensal 2015 del INEGI, señala que 18.7% de la población estatal corresponde a este grupo demográfico.

Tabla 6.
**Estado de Chihuahua: Población total por sexo y grupos
quinquenales de edad, 2015.**

Grupos quinquenales de edad	Población total	Composición porcentual respecto al total	Hombres	% por grupo de edad	Mujeres	% por grupo de edad
Total	3,556,574	100	1,752,275	49.3	1,804,299	50.7
00-04 años	315,326	8.9	158,272	50.2	157,054	49.8
05-09 años	340,686	9.6	173,303	50.9	167,383	49.1
10-14 años	344,426	9.7	175,531	51.0	168,895	49.0
15-19 años	320,679	9.0	160,672	50.1	160,007	49.9
20-24 años	310,738	8.7	154,375	49.7	156,363	50.3
25-29 años	269,165	7.6	131,676	48.9	137,489	51.1
30-34 años	259,011	7.3	125,898	48.6	133,113	51.4
35-39 años	255,457	7.2	123,952	48.5	131,505	51.5
40-44 años	252,643	7.1	123,035	48.7	129,608	51.3
45-49 años	218,432	6.1	106,462	48.7	111,970	51.3
50-54 años	183,239	5.2	88,215	48.1	95,024	51.9
55-59 años	143,289	4.0	68,707	47.9	74,582	52.1
60-64 años	110,170	3.1	52,790	47.9	57,380	52.1
65-69 años	85,781	2.4	40,073	46.7	45,708	53.3
70-74 años	63,482	1.8	29,831	47.0	33,651	53.0
75 años y más	82,520	2.3	38,719	46.9	43,801	53.1
No especificado	1,530	0.0	764	49.9	766	50.1

Fuente: INEGI. Encuesta Intercensal 2015.

Gráfica 10.
**Estado de Chihuahua: Pirámides de Población,
2010, 2020 y 2030.**



Fuente: CONAPO. Indicadores Demográficos 1990-2030.

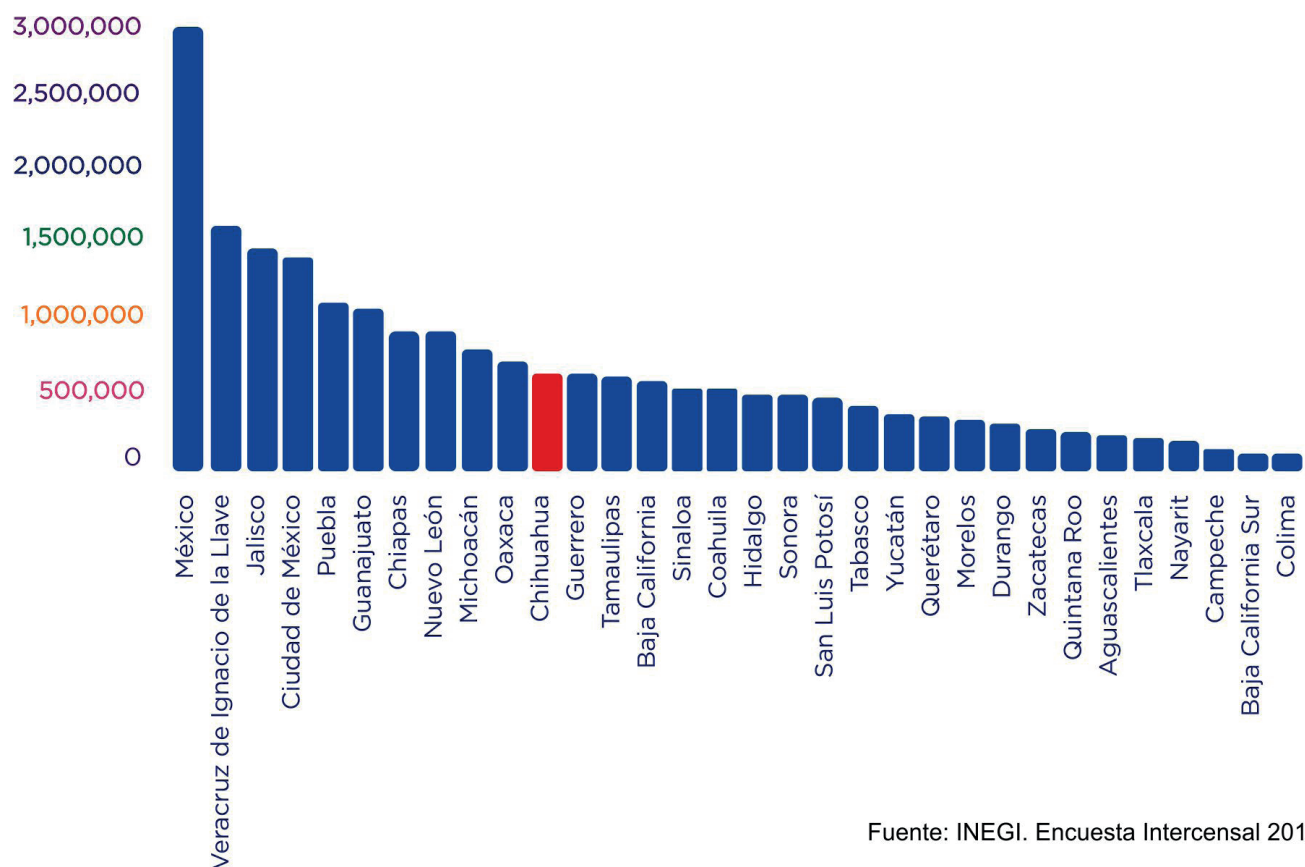
6.1.3 Población de 10 a 19 años en las entidades federativas.

De acuerdo con datos de la Encuesta Intercensal 2015, en el país, el total de población de 10 a 19 años ascendió a 22 millones 529 mil habitantes (11 millones 088 mil 403 hombres y 10 millones 912 mil 126 mujeres) conformando 18.4% de la estructura demográfica nacional.

En términos absolutos, la mayor cantidad de población entre 10 y 19 años se encuentra en el Estado de México con 2 millones 915 mil 076 personas, seguido de Veracruz, con 1 millón 470 mil 766, Jalisco con 1 millón 460 mil 259, Ciudad de México con 1 millón 281 mil 645, Puebla con 1 millón 217 mil 936, Guanajuato con 1 millón 148 mil 421 y Chiapas con 1 millón 093 mil 821. Sin embargo, las entidades con mayor proporción porcentual (superior al 20%) son Chiapas con 21.0%, Guerrero con 20.7% y Aguascalientes con 20.1%.

Por lo que respecta al Estado de Chihuahua el total de habitantes de 10 a 19 años, fue de 665 mil 105 (336 mil 203 hombres y 328 mil 902 mujeres) representando 18.7%.

Gráfica 11.
**Población total de 10 a 19 años por
entidad federativa, 2015.**



Fuente: INEGI. Encuesta Intercensal 2015.

Tabla 7.
**Población total de 10 a 19 años por
entidad federativa, 2015.**

Entidad federativa	Total	Población de 10 a 19 años	Hombres	Mujeres	% respecto al total estatal
Estados Unidos Mexicanos	119,530,753	22,000,529	11,088,403	10,912,126	18.4
Chiapas	5,217,908	1,093,821	547,900	545,921	21.0
Guerrero	3,533,251	730,270	365,494	364,776	20.7
Aguascalientes	1,312,544	263,551	133,038	130,513	20.1
San Luis Potosí	2,717,820	536,813	269,368	267,445	19.8
Puebla	6,168,883	1,217,936	611,305	606,631	19.7
Guanajuato	5,853,677	1,148,421	579,601	568,820	19.6
Oaxaca	3,967,889	773,455	387,619	385,836	19.5
Durango	1,754,754	338,031	171,070	166,961	19.3
Tlaxcala	1,272,847	245,077	123,873	121,204	19.3
Michoacán	4,584,471	865,749	431,495	434,254	18.9
Zacatecas	1,579,209	298,112	149,918	148,194	18.9
Chihuahua	3,556,574	665,105	336,203	328,902	18.7
Hidalgo	2,858,359	533,947	270,831	263,116	18.7
Coahuila de Zaragoza	2,954,915	551,814	281,181	270,633	18.7
Querétaro	2,038,372	379,571	191,809	187,762	18.6
Jalisco	7,844,830	1,460,259	735,362	724,897	18.6
Sinaloa	2,966,321	551,882	280,566	271,316	18.6
Sonora	2,850,330	524,754	266,353	258,401	18.4
Tabasco	2,395,272	437,983	218,150	219,833	18.3
Baja California	3,315,766	604,511	306,359	298,152	18.2
Veracruz de Ignacio de la Llave	8,112,505	1,470,766	745,301	725,465	18.1
Nayarit	1,181,050	213,791	109,189	104,602	18.1
Campeche	899,931	162,355	80,991	81,364	18.0
México	16,187,608	2,915,076	1,465,793	1,449,283	18.0
Yucatán	2,097,175	375,659	189,336	186,323	17.9
Tamaulipas	3,441,698	612,863	312,619	300,244	17.8
Morelos	1,903,811	338,883	170,189	168,694	17.8
Baja California Sur	712,029	126,054	64,650	61,404	17.7
Quintana Roo	1,501,562	265,221	134,051	131,170	17.7
Colima	711,235	125,372	63,474	61,898	17.6
Nuevo León	5,119,504	891,782	450,395	441,387	17.4
Ciudad de México	8,918,653	1,281,645	644,920	636,725	14.4

Fuente: INEGI. Encuesta Intercensal 2015.

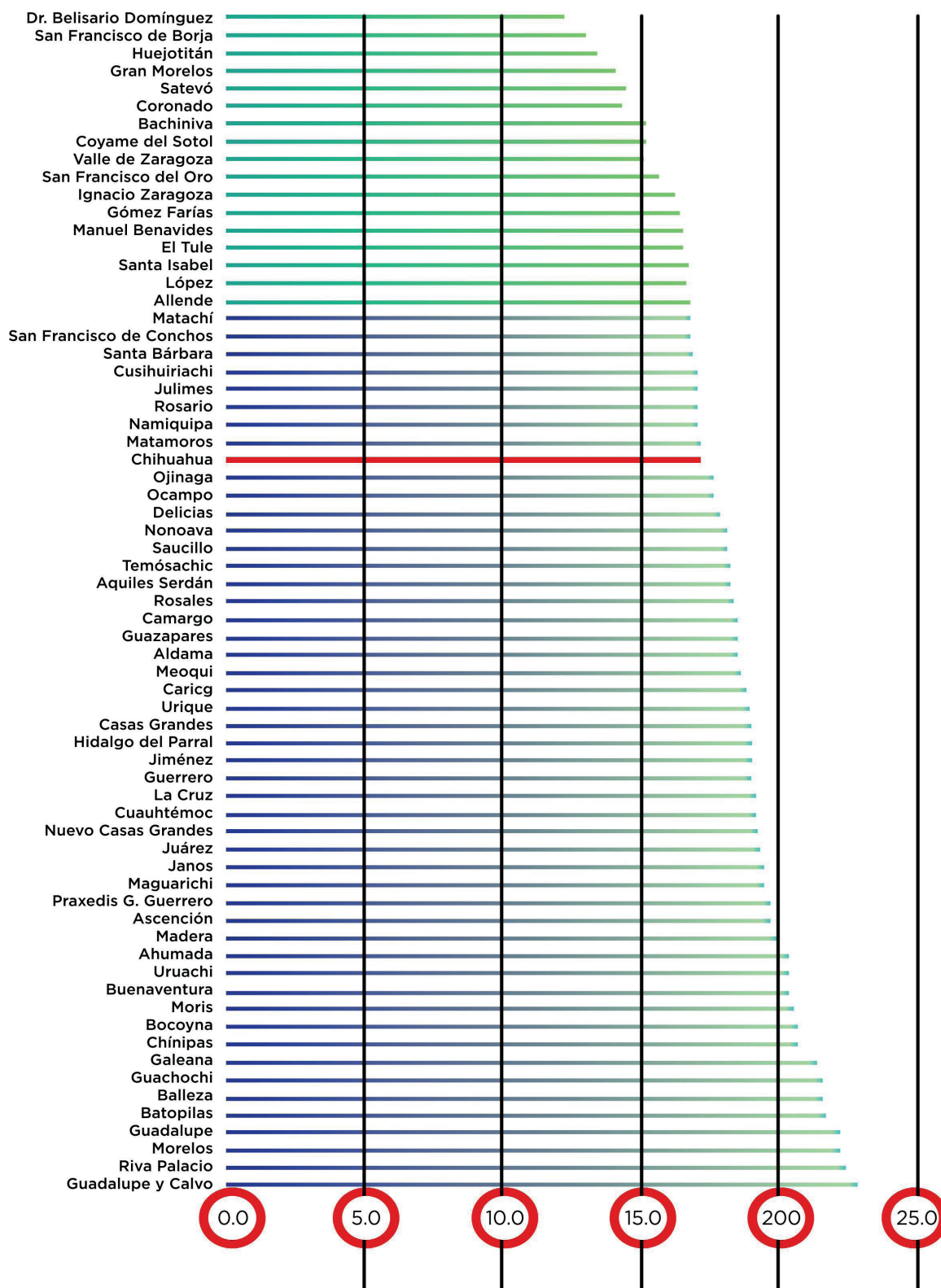
6.1.4 Población de 10 a 19 años en el Estado de Chihuahua y sus municipios.

En el Estado de Chihuahua, los resultados de la Encuesta Intercensal 2015, muestran que el total de población de 10 a 19 años ascendió a 665 mil 105 habitantes (336 mil 203 hombres y 328 mil 902 mujeres) que representa 18.7% de la estructura demográfica estatal.

La mayor cantidad de población entre 10 y 19 años se encuentra en el Municipio de Juárez con 135 mil 066 personas, seguido de Chihuahua, con 76 mil 330, Cuauhtémoc con 15 mil 726, Delicias con 13 mil 307 e Hidalgo del Parral con 10 mil 971. No obstante, los municipios con mayor proporción porcentual son Guadalupe y Calvo con 23.1%, Riva Palacio con 22.4%, Morelos y Guadalupe, ambos con 22.3%, Batopilas con 21.8%, Balleza y Guachochi, ambos con 21.6% y Galeana con 21.4%.

Gráfica 12.

**Estado de Chihuahua: Población total de 10 a 19 años
por municipio como porcentaje de la población total, 2015.**



Fuente: INEGI. Encuesta Intercensal 2015.

Tabla 8.

**Estado de Chihuahua: Población total de 10 a 19 años
por municipio, 2015.**

Entidad Federativa	Total	Población de 10 a 19 años	Hombres	Mujeres	% respecto al total estatal/ municipal
Estado de Chihuahua	3,556,574	665,105	336,203	328,902	18.7
Guadalupe y Calvo	56,130	12,946	6,536	6,410	23.1
Riva Palacio	7,969	1,787	909	878	22.4
Morelos	7,797	1,738	888	850	22.3
Guadalupe	5,272	1,175	565	610	22.3
Batopilas	11,289	2,459	1,207	1,252	21.8
Balleza	16,824	3,640	1,852	1,788	21.6
Guachochi	45,544	9,817	4,814	5,003	21.6
Galeana	6,021	1,288	637	651	21.4
Chínipas	7,501	1,557	822	735	20.8
Bocoyna	27,909	5,763	2,893	2,870	20.6
Moris	5,141	1,059	543	516	20.6
Buenaventura	23,438	4,789	2,461	2,328	20.4
Uruachi	6,094	1,245	664	581	20.4
Ahumada	12,568	2,560	1,277	1,283	20.4
Madera	29,233	5,826	3,019	2,807	19.9
Ascensión	24,966	4,929	2,459	2,470	19.7
Praxedis G. Guerrero	5,486	1,078	541	537	19.7
Maguarichi	1,593	311	151	160	19.5
Janos	10,974	2,131	1,104	1,027	19.4
Juárez	1,391,180	268,857	135,996	132,861	19.3
Nuevo Casas Grandes	63,412	12,211	6,226	5,985	19.3
Cuauhtémoc	168,482	32,287	15,726	16,561	19.2
La Cruz	3,861	738	384	354	19.1
Guerrero	39,064	7,429	3,987	3,442	19.0
Jiménez	42,860	8,149	4,164	3,985	19.0
Hidalgo del Parral	109,510	20,821	10,971	9,850	19.0
Casas Grandes	11,432	2,163	1,165	998	18.9
Urique	20,947	3,963	1,945	2,018	18.9
Carichí	9,211	1,741	856	885	18.9
Meoqui	44,752	8,340	4,040	4,300	18.6
Aldama	24,761	4,594	2,319	2,275	18.6
Guazapares	7,429	1,378	695	683	18.5
Camargo	51,572	9,527	4,759	4,768	18.5
Rosales	16,896	3,099	1,595	1,504	18.3
Aquiles Serdán	15,516	2,832	1,361	1,471	18.3
Temósachic	6,425	1,171	588	583	18.2
Saucillo	31,196	5,654	2,854	2,800	18.1

Entidad Federativa	Total	Población de 10 a 19 años	Hombres	Mujeres	% respecto al total estatal/municipal
Temósachic	6,425	1,171	588	583	18.2
Saucillo	31,196	5,654	2,854	2,800	18.1
Nonoava	2,574	465	225	240	18.1
Delicias	148,045	26,537	13,307	13,230	17.9
Ocampo	7,569	1,343	696	647	17.7
Ojinaga	28,040	4,959	2,390	2,569	17.7
Chihuahua	878,062	150,880	76,330	74,550	17.2
Matamoros	4,371	750	384	366	17.2
Namiquipa	23,255	3,966	2,088	1,878	17.1
Rosario	2,018	344	177	167	17.0
Julimes	4,448	758	375	383	17.0
Cusihuirachi	4,594	781	396	385	17.0
Santa Bárbara	10,721	1,813	937	876	16.9
San Francisco de Conchos	2,471	417	226	191	16.9
Matachí	2,961	498	229	269	16.8
Allende	8,751	1,470	773	697	16.8
López	4,007	669	337	332	16.7
Santa Isabel	4,099	684	348	336	16.7
El Tule	1,697	282	149	133	16.6
Manuel Benavides	1,403	232	126	106	16.5
Gómez Farías	8,905	1,469	819	650	16.5
Ignacio Zaragoza	6,903	1,125	561	564	16.3
San Francisco del Oro	5,086	802	424	378	15.8
Valle de Zaragoza	5,199	794	418	376	15.3
Coyame del Sotol	1,684	257	141	116	15.3
Bachíniva	6,156	935	468	467	15.2
Coronado	2,096	303	154	149	14.5
Satevó	3,159	456	235	221	14.4
Gran Morelos	2,466	350	170	180	14.2
Huejotitán	952	128	63	65	13.4
San Francisco de Borja	2,136	279	132	147	13.1
Dr. Belisario Domínguez	2,491	307	152	155	12.3

Fuente: INEGI. Encuesta Intercensal 2015.

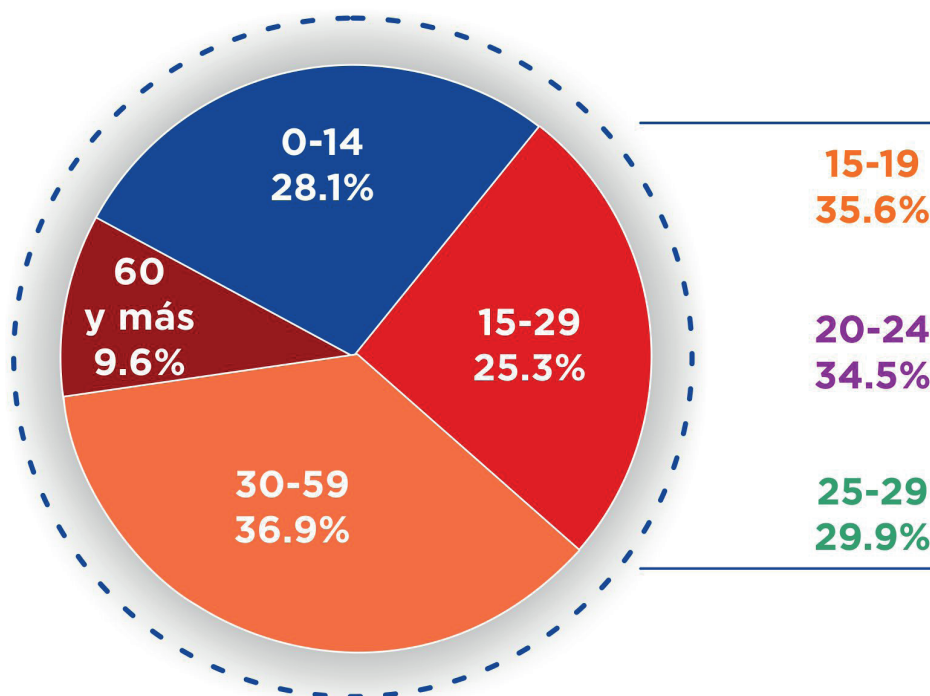
6.1.5 Población de jóvenes en el Estado de Chihuahua (15 a 29 años).

En 2015, información de la Encuesta Intercensal, mostró que **el monto de la población joven de 15 a 29 años en el Estado de Chihuahua ascendió a 900 mil, que representan poco más de la cuarta parte (25.3 por ciento) de la población a nivel estatal.** Del total de la población joven, 35.6 por ciento son adolescentes (15 a 19 años) 34.5 por ciento son jóvenes de 20 a 24 años y 29.9 por ciento tienen de 25 a 29 años. Considerando la población total de cada municipio, Guadalupe y Calvo cuenta con la mayor proporción de población joven de 15 a 29 años (27.5 por ciento), seguida por Riva Palacio (27.1 por ciento) y Aquiles Sedán (26.8 por ciento). En tanto, el municipio Dr. Belisario Domínguez (15.0 por ciento) cuenta con el menor porcentaje de población joven.

En 2015, la relación entre hombres y mujeres, conocido también como índice de masculinidad para la población de 15 a 29 años, fue de 98.4 hombres por cada 100 mujeres. Al interior del grupo de jóvenes, son los adolescentes (15 a 19 años), quienes presentan un ligero monto mayor de población masculina respecto a la femenina, siendo 100.4 hombres por cada cien mujeres; para los jóvenes de 20 a 24 años (98.7 hombres por cada cien mujeres) y para el grupo de 25 a 29 (95.8 hombres por cada cien mujeres) la proporción es inversa, pues hay más mujeres que hombres, para esos dos grupos quinquenales de edad.

Gráfica 13.

Distribución porcentual de la población total por grandes grupos de edad, 2015.



Nota: La suma no da 100% por los no especificados.

Fuente: INEGI. Encuesta Intercensal 2015.

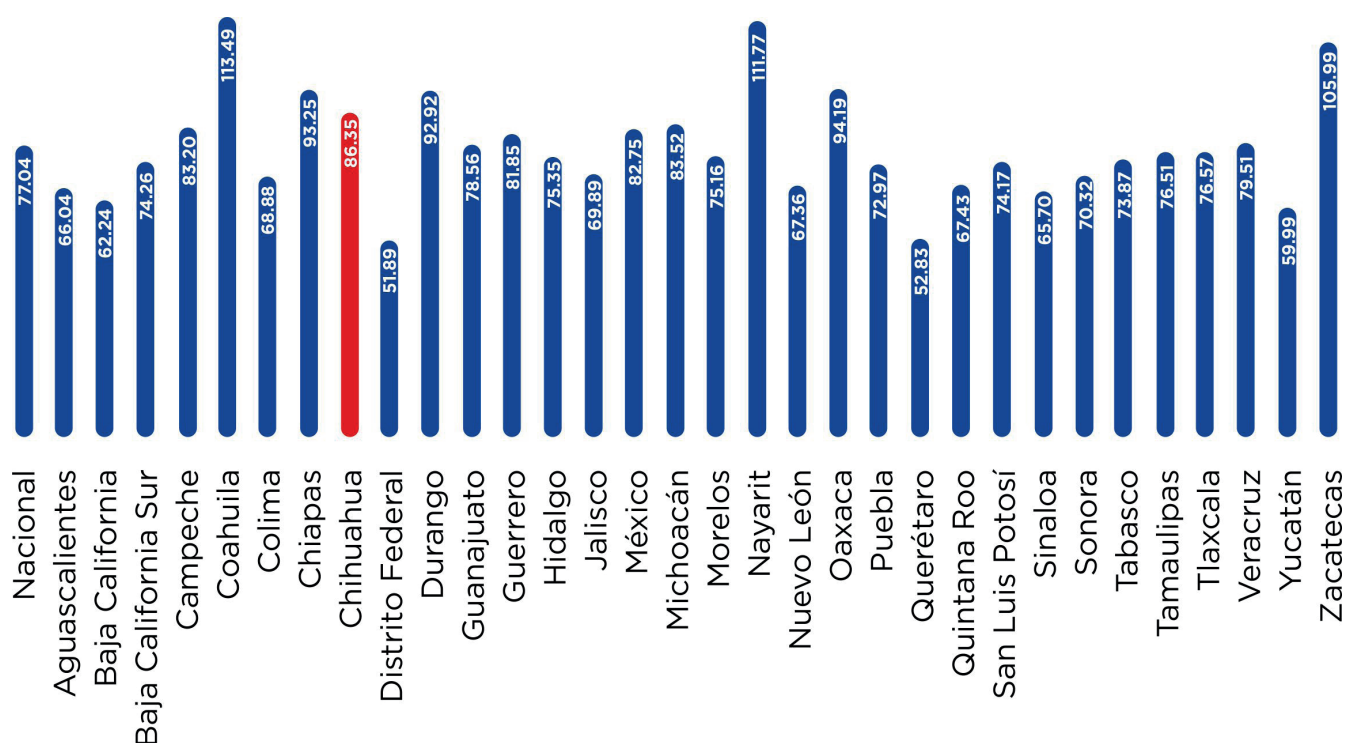
6.1.6 Situación de los nacimientos en el Estado de Chihuahua y sus municipios.

Uno de los principales indicadores utilizados para monitorear el embarazo en grupos etarios, es la Tasa Específica de Fecundidad (TEF) en la que se contabilizan los embarazos ocurridos en las mujeres de determinada etapa de la vida, por cada 1000 mujeres. En el caso de la adolescencia se le llama Tasa Específica de Fecundidad Adolescente (TEFA) y registra los nacimientos ocurridos en las mujeres de 15 a 19 años. El promedio nacional de nacimientos en adolescentes es de 69.5 y Chihuahua se encuentra arriba de la media con 86.35 según la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014 (ENADID 2014). Aunque en esta escala nuestra entidad se ubica en séptimo lugar a nivel nacional por debajo de Coahuila con 113.49, Nayarit con 111.77, Zacatecas 105.49, Oaxaca 94.19, Chiapas 93.25 y Durango con 92.92 estamos en un rango de alerta por la incidencia de embarazos en la adolescencia.

El Sistema de Indicadores de Género del INMUJERES (SIG, s/d) establece la Tasa Específica de Fecundidad Adolescente en las mujeres de 15 a 19 años, en 84.7, esta cifra implica una ligera mejora y brinda la línea base para el sistema de indicadores del PEPEACH.

Gráfica 14.

TEF (15-19) por Entidad Federativa.

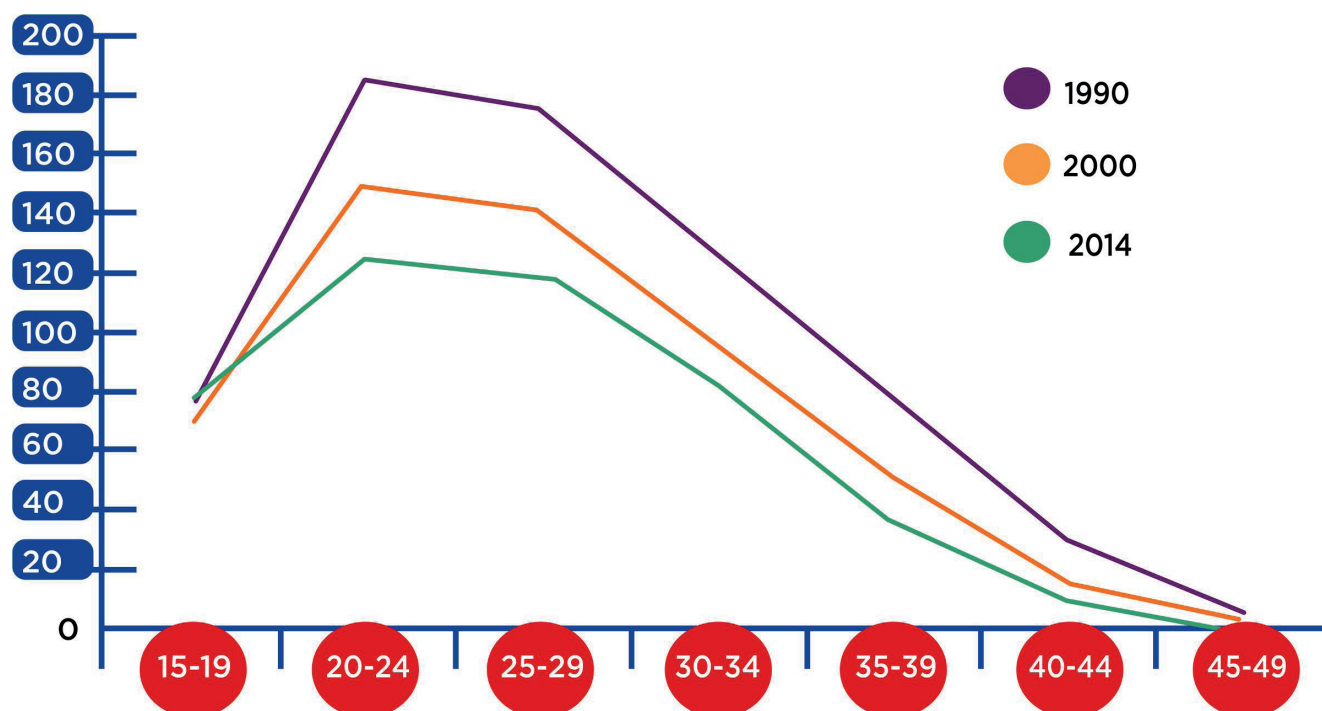


Fuente: ENADID 2014

En el seguimiento que CONAPO realiza a las TEF de diferentes grupos etarios, se aprecia que, en los últimos 40 años, las adolescentes han disminuido su fecundidad, en mucho menor grado que otros grupos de edad. Según las encuestas oficiales entre 1974 y 2009 las mujeres de 15 a 19 años redujeron su tasa de fecundidad en 47% (de 131 a 69.5 hijos por cada 1,000 mujeres). En cambio, las de 35 a 39 años la redujeron en 77% y las de 40 a 49 años en 88 por ciento.^{8,9}

Gráfica 15.

Tasa Específica de Fecundidad Adolescente, 1990-2014.



Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población

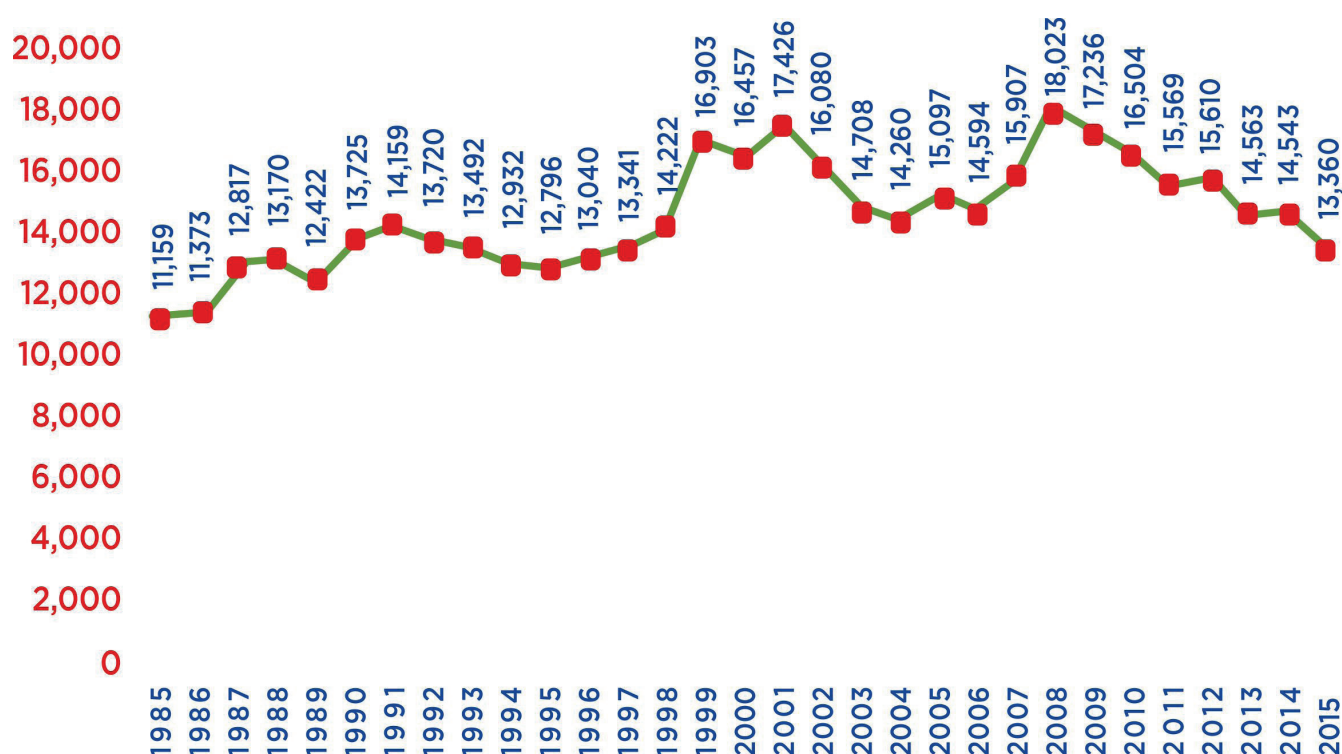
La evolución de los nacimientos de madres igual o menores de 19 años muestra que el año 2008 corresponde al mayor registro de nacimientos en dicho grupo etario al contabilizarse 18 mil 028, en contraste, el menor registro se presentó en el año de 1985 al alcanzar 11 mil 159. De esta manera, es posible advertir que los nacimientos de este grupo etario se han colocado entre los 11 mil y los 18 mil en la entidad.

8. Datos de la ENADID 2009. Las tasas se estimaron en forma trienal para evitar fluctuaciones debido al tamaño de la muestra.

9. Según las proyecciones del CONAPO 2010–2050 en 2013 la TEF(15–19) 66 nacimientos por cada 1,000 mujeres; La ENSANUT 2012 señala una TEF(12–19) 37 nacimientos por cada 1,000 mujeres.

Gráfica 16.

Estado de Chihuahua: Total de nacimientos de menores de 19 años, 1985-2015.



Fuente: INEGI. Registros Administrativos de Natalidad.

Con información de los registros administrativos más recientes de natalidad del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) se observa que el total de nacimientos registrados en el Estado de Chihuahua en el año 2015 ascendió a 63 mil 258; de los cuales, 338 corresponden a madres menores de 15 años (0.5%); 13 mil 022 a madres entre 15 y 19 años (20.6%); 19 mil 850 a madres de 20 a 24 años de edad (31.4%); 14 mil 731 a madres de 25 a 29 años (23.3%); 9 mil 185 a madres entre 30 y 34 años (14.5%); 4 mil 092 a madres de 35 a 39 años (6.5%); 1 mil 056 a madres de 40 a 44 años (1.7%); 108 a madres de 45 a 49 años (0.2%); y solo 12 nacimientos de madres de 50 y más años. En 864 casos no se especificó la edad de la madre. El dato fundamental de la tabla que se muestra a continuación es la desagregación de los nacimientos ocurridos en menores de 15 años, de aquellas madres que al momento del parto tenían entre 15 y 19 años, lo que da cuenta de la fluctuación de este fenómeno en el tiempo.

Tabla 9.

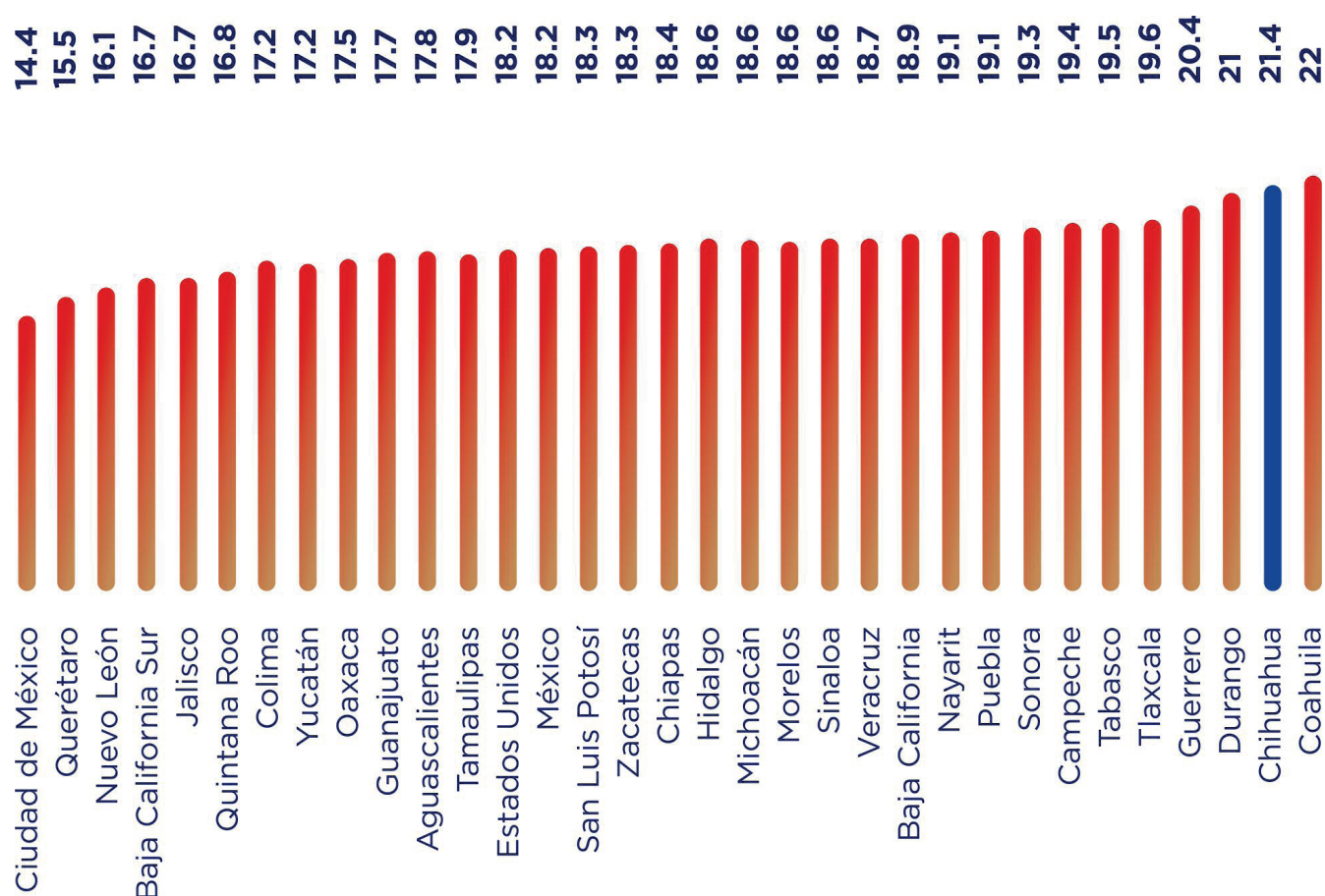
**Estado de Chihuahua: Nacimientos registrados por año de registro
según edad madre al nacimiento, 1985-2015.**

Año	Total	Menor de 15 años	De 15 a 19 años	De 20 a 24 años	De 25 a 29 años	De 30 a 34 años	De 35 a 39 años	De 40 a 44 años	De 45 a 49 años	De 50 y más años	No especificado
1985	69,668	178	10,981	23,083	17,357	9,246	4,578	1,581	324	19	2,321
1986	66,251	230	11,143	21,988	16,312	8,552	4,261	1,316	280	18	2,151
1987	69,192	304	12,513	22,945	16,899	8,690	4,155	1,357	257	17	2,055
1988	68,591	306	12,864	22,676	16,570	8,875	3,830	1,144	230	16	2,080
1989	65,237	276	12,146	21,835	16,252	8,415	3,510	953	196	16	1,638
1990	69,385	309	13,416	23,080	16,986	9,150	3,589	1,000	159	10	1,686
1991	69,475	338	13,821	22,901	17,049	9,339	3,527	1,067	149	17	1,267
1992	71,993	259	13,461	23,731	17,707	10,136	3,890	1,083	188	79	1,459
1993	73,081	302	13,190	23,778	18,394	10,331	3,900	1,074	164	98	1,850
1994	71,305	310	12,622	23,138	17,794	9,993	3,889	1,006	183	70	2,300
1995	71,710	323	12,473	23,245	17,784	10,131	4,178	965	185	86	2,340
1996	75,955	330	12,710	24,124	18,658	10,770	4,373	1,143	175	93	3,579
1997	76,705	394	12,947	24,253	19,385	11,144	4,438	1,199	210	124	2,611
1998	79,336	402	13,820	24,508	20,081	11,909	4,768	1,160	197	93	2,398
1999	90,384	642	16,261	26,456	21,921	12,898	5,498	1,466	220	111	4,911
2000	88,534	559	15,898	25,730	21,301	12,461	5,376	1,402	260	141	5,406
2001	93,873	595	16,831	25,676	21,879	13,200	5,530	1,440	312	149	8,261
2002	83,572	494	15,586	23,554	19,871	12,383	5,271	1,251	263	148	4,751
2003	77,914	402	14,306	22,221	18,874	11,961	4,946	1,164	157	127	3,756
2004	74,347	381	13,879	21,291	17,812	11,560	4,992	1,128	161	82	3,061
2005	77,781	430	14,668	22,164	18,020	12,107	5,235	1,236	170	87	3,664
2006	72,634	350	14,244	20,622	16,512	11,326	4,944	1,153	186	74	3,223
2007	75,927	366	15,541	21,813	17,180	11,433	5,168	1,201	165	71	2,989
2008	82,060	501	17,527	23,774	18,140	12,180	5,429	1,347	201	83	2,878
2009	76,242	441	16,795	22,281	16,836	10,980	5,217	1,227	161	17	2,287
2010	73,960	459	16,045	21,494	16,400	10,689	5,258	1,272	190	23	2,130
2011	69,321	415	15,154	20,555	15,276	9,667	4,613	1,150	145	26	2,320
2012	69,544	409	15,201	21,144	15,437	9,640	4,634	1,117	146	22	1,794
2013	66,446	379	14,184	20,946	14,686	9,348	4,423	1,089	126	16	1,249
2014	66,026	371	14,172	20,586	14,802	9,146	4,218	1,147	135	19	1,430
2015	63,258	338	13,022	19,850	14,731	9,185	4,092	1,056	108	12	864

Fuente: INEGI. Registros Administrativos de Natalidad.

Otros datos importantes los aportan los registros del INEGI y permiten calcular a partir de cada 100 nacimientos registrados en su sistema, cuántos pertenecen al grupo etario en cuestión. **El INEGI en el 2015 calculó que, en promedio, en México de cada 100 nacimientos registrados, 18.2 estaban ubicados en la edad adolescente. En nuestra entidad este número es de 21.4, lo que nos ubica en segundo lugar a nivel nacional.**¹⁰

Gráfica 17.
Número de nacimientos registrados de Madres adolescentes por cada cien nacimientos 2015.

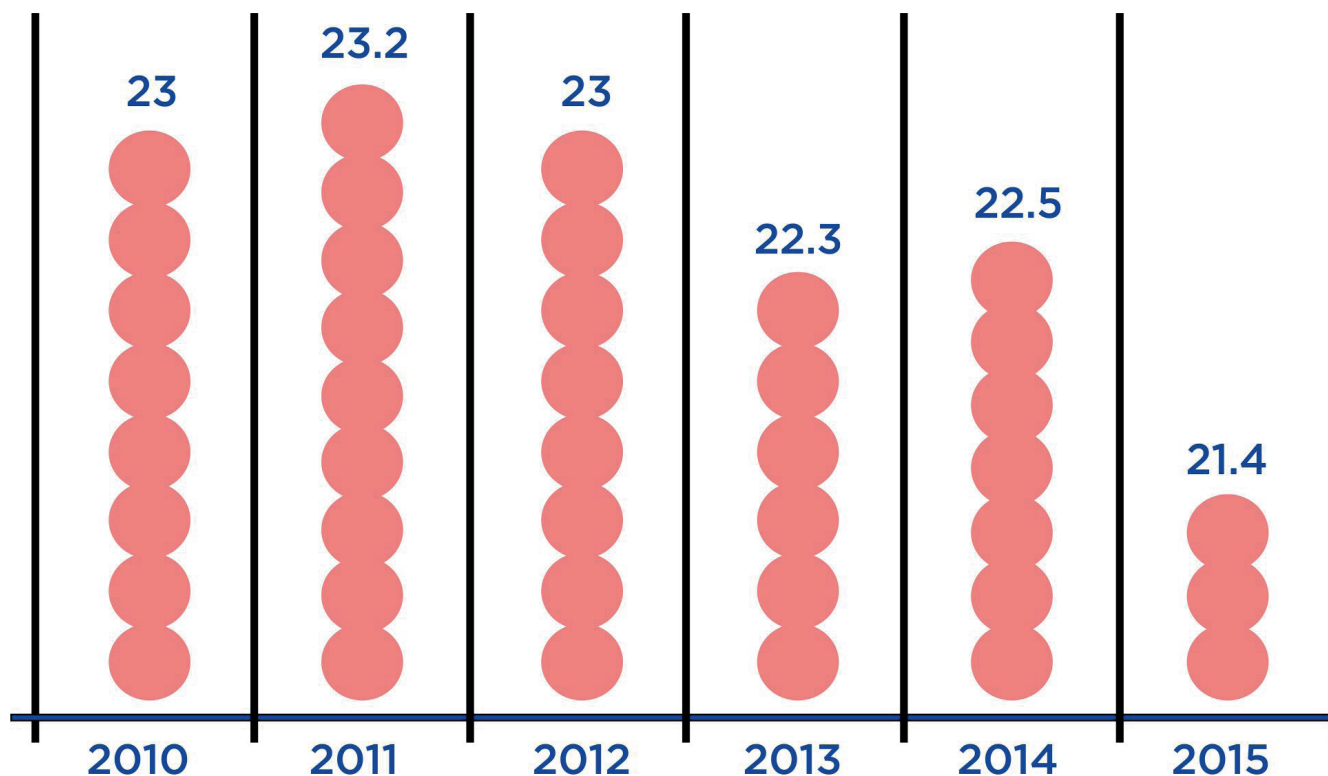


Fuente: Registros Administrativos. Estadísticas Vitales. Nacimientos por grupo de edad de la madre. INEGI.

10. Número de nacimientos registrados de madres adolescentes por cada cien nacimientos. Es el porcentaje de hijos nacidos vivos registrados, cuya madre tiene menos de 20 años de edad al momento del nacimiento, respecto al total de nacimientos (excluye la edad de la madre no especificada). El total nacional incluye aquellos nacimientos donde la residencia habitual de la madre es el extranjero; por entidad, el dato se refiere a la residencia habitual de la madre al momento de expedir el acta de nacimiento del hijo que registró. FUENTE: INEGI. Estadísticas de Natalidad.

Gráfica 18.

Porcentaje de nacimientos de madres adolescentes chihuahuenses, 2010-2015.



Fuente: Registros Administrativos. Estadísticas Vitales. INEGI.

El comportamiento de esta cifra ha sido estable entre 2010 y 2015 en la entidad, con ligeras variaciones no significativas. Se ha mantenido alto cuando se analizan otras regiones de nuestro país y del mundo. Esta apreciación brinda elementos para establecer que la problemática en nuestra entidad es continua, no es consecuencia de algo momentáneo, lo que obliga a atender de manera contundente e integral las causas que originan el alto índice de embarazos en las adolescentes.

En el ámbito de los municipios, la mayor cantidad de nacimientos de menores de 15 años y de 15 a 19 años por municipio, se registró en Juárez con 5 mil 362; seguido de Chihuahua, con 2 mil 588; Delicias, con 621; Cuauhtémoc con 570; Hidalgo del Parral, con 364; y Guadalupe y Calvo, con 322.

Tabla 10.

Estado de Chihuahua: Total de nacimientos, de menores de 15 años y de 15 a 19 años por municipio, 2015.

	Total de nacimientos	Menor de 15 años	De 15 a 19 años	Total de menor de 15 + 15 a 19	%Menor de 15 años	%De 15 a 19 años
Estado de Chihuahua	63,258	338	13,022	13,360	0.5	20.6
Juárez	22,989	99	5,263	5,362	0.4	22.9
Chihuahua	15,223	59	2,529	2,588	0.4	16.6
Delicias	2,782	14	607	621	0.5	21.8
Cuauhtémoc	3,294	18	552	570	0.5	16.8
Hidalgo del Parral	2,108	7	357	364	0.3	16.9
Guadalupe y Calvo	1,484	13	309	322	0.9	20.8
Guachochi	1,015	11	233	244	1.1	23.0
Bocoyna	897	4	225	229	0.4	25.1
Camargo	917	6	223	229	0.7	24.3
Jiménez	856	6	198	204	0.7	23.1
Nuevo Casas Grandes	1,145	3	190	193	0.3	16.6
Guerrero	665	5	154	159	0.8	23.2
Meoqui	682	8	148	156	1.2	21.7
Madera	525		135	135	0.0	25.7
Buenaventura	468		123	123	0.0	26.3
Urique	487	8	115	123	1.6	23.6
Ascensión	435	3	114	117	0.7	26.2
Batopilas	450	15	88	103	3.3	19.6
Saucillo	437	4	99	103	0.9	22.7
Balleza	428	6	95	101	1.4	22.2
Aldama	425	3	93	96	0.7	21.9
Ojinaga	398	2	82	84	0.5	20.6
Carichí	346	7	70	77	2.0	20.2
Namiquipa	397	2	74	76	0.5	18.6
Guazapares	335	3	72	75	0.9	21.5
Ahumada	285	3	63	66	1.1	22.1
Aquíles Serdán	224	5	54	59	2.2	24.1
Ocampo	218	3	56	59	1.4	25.7
Rosales	234	2	51	53	0.9	21.8
Santa Bárbara	245	4	47	51	1.6	19.2
Allende	185		48	48	0.0	25.9
Casas Grandes	147		32	32	0.0	21.8
Chínipas	132	3	29	32	2.3	22.0
Praxedis G. Guerrero	125	1	31	32	0.8	24.8

	Total de nacimientos	Menor de 15 años	De 15 a 19 años	Total de menor de 15 + 15 a 19	%Menor de 15 años	%De 15 a 19 años
Praxédis G. Guerrero	125	1	31	32	0.8	24.8
Julimes	98		27	27	0.0	27.6
Moris	90		27	27	0.0	30.0
Temósachic	95	1	26	27	1.1	27.4
Janos	173		26	26	0.0	15.0
Morelos	117	1	25	26	0.9	21.4
Galeana	153	1	24	25	0.7	15.7
Guadalupe	108	1	23	24	0.9	21.3
Ignacio Zaragoza	72	2	22	24	2.8	30.6
López	87		22	22	0.0	25.3
Matamoros	108		22	22	0.0	20.4
Bachíniva	93		21	21	0.0	22.6
Gómez Farías	85		18	18	0.0	21.2
Cusihuirachi	109		16	16	0.0	14.7
Matachí	54		16	16	0.0	29.6
Riva Palacio	98	1	14	15	1.0	14.3
San Francisco del Oro	118	1	14	15	0.8	11.9
Coronado	38		12	12	0.0	31.6
Valle de Zaragoza	62	1	11	12	1.6	17.7
Maguarichi	30		11	11	0.0	36.7
San Francisco de Conchos	44		11	11	0.0	25.0
Satevó	57	1	10	11	1.8	17.5
Nonoava	46		9	9	0.0	19.6
Rosario	44		8	8	0.0	18.2
San Francisco de Borja	32		8	8	0.0	25.0
Uruachi	76	1	7	8	1.3	9.2
Manuel Benavides	22		7	7	0.0	31.8
Santa Isabel	49		6	6	0.0	12.2
Coyame del Sotol	23		4	4	0.0	17.4
La Cruz	23		4	4	0.0	17.4
Dr. Belisario Domínguez	25		4	4	0.0	16.0
El Tule	26		4	4	0.0	15.4
Gran Morelos	11		2	2	0.0	18.2
Huejotitán	9		2	2	0.0	22.2

Fuente: INEGI. Registros Administrativos de Natalidad.

De información municipal compilada a nivel nacional, el Sector Salud en el pasado “Taller Nacional hacia la Nominación de los Servicios Amigables” llevado a cabo a partir del Programa de Acción Específico en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (PAESSRA) en agosto de 2017, estableció los siguientes municipios de la entidad como municipios prioritarios a partir de los niveles en que se presenta la Tasa Específica de Fecundidad.

Tabla 11.

Municipios prioritarios de Chihuahua establecidos por el PAESSRA 2017.

Municipio	Ranking nacional	Tasa Especifica de fecundidad ¹	Nacimientos en números absolutos	Prioridad
Juárez	3°	85.98	5,302	MUY ALTA
Chihuahua	18°	63.18	2,444	MUY ALTA
Delicias	83°	109.87	726	MUY ALTA
Guachochi	96°	128.74	387	MUY ALTA
Bocoyna	128°	127.38	207	ALTA
Guadalupe y Calvo	130°	112.27	367	ALTA
Cuauhtémoc	144°	74.77	613	ALTA

Fuente: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, agosto de 2017.

Las proyecciones que se pueden hacer en este 2017 las brinda el Sistema de Información en Salud (SIS), en el que se asientan las consultas otorgadas por primera vez a adolescentes atendidas por embarazo. Los porcentajes de atención a adolescentes embarazadas en su primera consulta se mantienen constantes entre 2016 y 2017.

4 Número de nacidos vivos ocurridos por cada 1000 mujeres adolescentes en edad reproductiva en la entidad.

Tabla 12.

**Consulta de primera vez por embarazo en adolescentes,
datos preliminares 2016.**

Jurisdicción sanitaria	Consulta embarazo primera vez <15	Consulta embarazo primera vez 15-19	Consulta embarazo primera vez 10-19	Consulta embarazo primera vez todas las edades	%Embarazo adolescentes
Chihuahua	1,097	4,718	5,815	15,106	38
Juárez	233	4,620	4,853	10,953	44
Parral	102	1,590	1,692	5,746	29
Cuauhtémoc	74	797	871	2,790	31
Nuevo Casas Grandes	54	693	747	2,184	34
Camargo	55	961	1,016	2,817	36
Creel	32	378	410	1,464	28
Ojinaga	14	139	153	586	26
Guachochi	35	205	240	862	28
Gómez Farías	10	150	160	393	41
Total	1,706	14,251	15,957	42,901	37

Fuente: Sistema de Información en Salud (SIS); Cubos Dinámicos DGIS, preliminar al 30 de septiembre 2017.

Tabla 13.

**Consulta de primera vez por embarazo en adolescentes,
datos preliminares al 30 de septiembre 2017.**

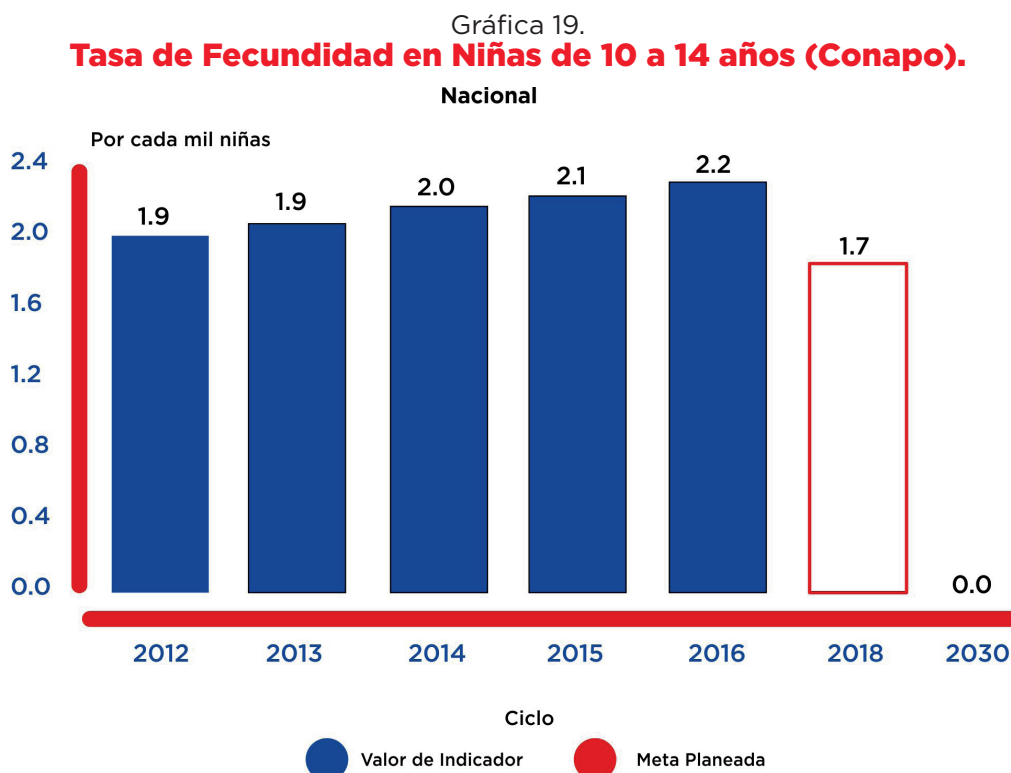
Jurisdicción sanitaria	Consulta embarazo primera vez <15	Consulta embarazo primera vez 15-19	Consulta embarazo primera vez 10-19	Consulta embarazo primera vez todas las edades	%Embarazo adolescentes
Chihuahua	347	2,018	2,365	5,642	42
Juárez	103	2,072	2,175	5,088	43
Parral	55	893	948	3,343	28
Cuauhtémoc	25	385	410	1,389	30
Nuevo Casas Grandes	45	446	491	1,312	37
Camargo	25	376	401	1,038	39
Creel	32	224	256	889	29
Ojinaga	6	92	98	318	31
Guachochi	29	153	182	657	28
Gómez Farías	11	70	81	273	30
Total	678	6,729	7,407	19,949	37

Fuente: Sistema de Información en Salud SIS; Cubos Dinámicos DGIS, preliminar al 30 de septiembre 2017.

6.1.7 Conclusiones de la información demográfica, tasas de fecundidad y objetivos nacionales.

Es importante aclarar que a lo largo del análisis se ha compartido información en la que se destacan tres tipos de indicadores que nos muestran el panorama de los embarazos en adolescentes en el Estado de Chihuahua: a) La Tasa Específica de Fecundidad: que mide el número de nacidos vivos ocurridos por cada 1000 mujeres en edad reproductiva (el último dato que se tiene es el de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014); b) Número de nacimientos registrados de Madres adolescentes por cada cien nacimientos (proporcionado por INEGI en 2015); y c) Número de consultas de primera vez por embarazo en adolescentes registradas en el Sistema de Información en Salud (SIS) (donde se cuenta con la información 2016 y proyecciones 2017).

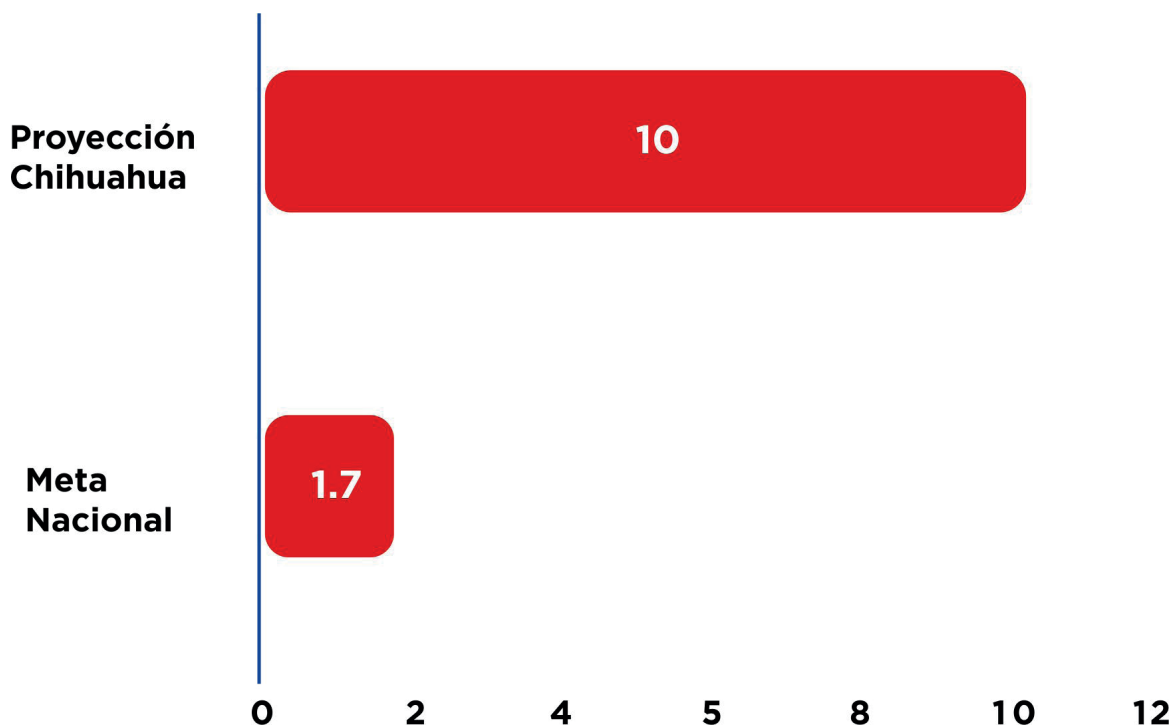
Estos indicadores nos permiten hacer estimaciones para evaluar el cumplimiento de los objetivos trazados para 2018 por el Consejo Nacional de Población (CONAPO). Para ello a continuación se presentan gráficamente dichos objetivos por grupos de edad: 10 a 14 y de 15 a 19 años. También, en esa lógica se presenta este análisis.



Como se puede observar la meta para 2018 a nivel nacional es disminuir la tasa de fecundidad en niñas de 10 a 14 años en un 23% con relación al 2016. De acuerdo con la información recopilada, Chihuahua en vez de sumar a este propósito, estaría presentando una cifra cuatro veces mayor que la que plantea CONAPO. En el análisis y cruce de los diferentes indicadores, se observa que en 2015 el INEGI registró en el estado 338 embarazos en este grupo de edad; sin embargo, lamentablemente, en la información proporcionada por el Sistema Estatal de Salud en 2016 se tuvo 1,706 consultas de embarazo en mujeres menores de 15 años, es decir un incremento de 500%. Ahora, si dividimos las 1,706 consultas de primera vez entre la población de ese grupo de edad, que en 2015 fue de 168,895 mujeres, resulta una Tasa Específica de Fecundidad de 10.

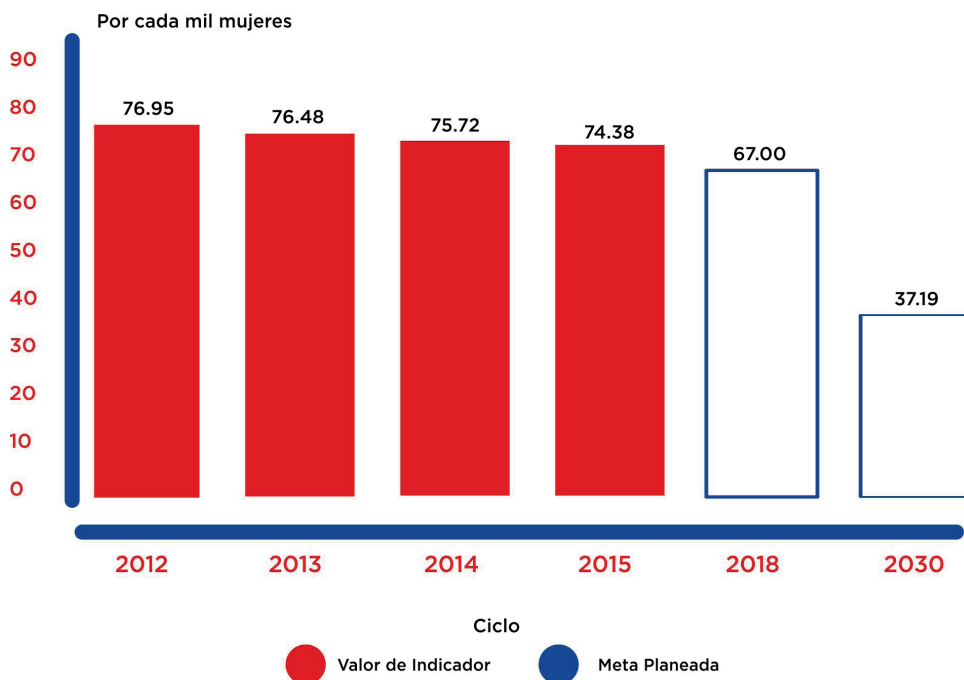
Gráfica 20.

Meta 2018 de la Tasa Específica de Fecundidad en niñas de 10 a 14 años vs proyección en el Estado de Chihuahua.



Gráfica 21.

**Tasa de Fecundidad en Niñas de 15 a 19 años (Conapo).
Nacional**

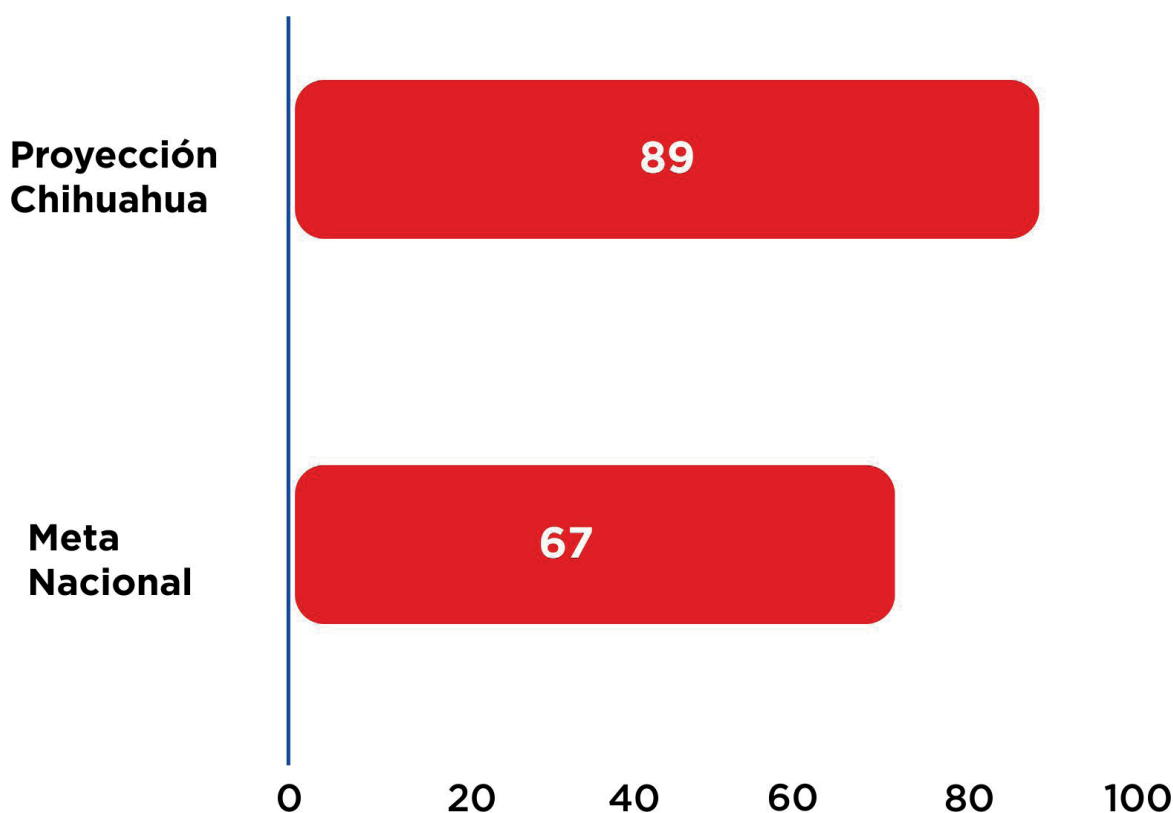


En lo que respecta **al grupo de edad de 15 a 19 años la situación también se estima delicada.** CONAPO en este segmento plantea como objetivo una Tasa de Fecundidad de 67, 10% menos que en 2015. Como se ha reiterado **el Estado de Chihuahua en 2014 ocupaba el séptimo lugar en embarazos de este grupo etario con una tasa específica de fecundidad de 86.35;** para 2015, el segundo lugar, con base en el indicador número de nacimientos registrados de madres adolescentes por cada cien nacimientos, proporcionado por INEGI, con 21.4.

Ahora, conforme a la información que arroja el Sistema de Información en Salud, se puede proyectar que los embarazos en este segmento rondan en los 14,000. De esta forma, al dividir este último número entre la población femenina de ese grupo de edad, que en 2015 fue de 160,007, resulta una Tasa Específica de Fecundidad de 89.06, mayor a la de 2014 y también, superior, por mucho al propósito trazado para 2018, como se puede observar a continuación.

Gráfica 22.

Meta 2018 de la Tasa Específica de Fecundidad en mujeres de 15 a 19 años vs proyección en el Estado de Chihuahua.



6.2 Marco Lógico y Árbol del Problema.

En el apartado de metodología de trabajo se especificó que este programa está diseñado con base en la técnica conocida como balanced scorecard o cuadro de mando integral que permite sopesar y abordar de manera objetiva cada uno de los factores que influyen en las alarmantes estadísticas del Estado de Chihuahua en embarazo adolescente.

Es importante aclarar que la técnica antes citada no suplente el proceso de planeación estratégica tradicional, en la que se maneja el esquema de marco lógico, sino que la complementa. En otras palabras, el Marco Lógico y el Cuadro de Mando Integral (balanced scorecard) no son rivales, sino complementarios, se enriquecen y fortalecen mutuamente. De esta forma, es importante resaltar, hacer explícitas y dibujar en un mapa las relaciones causa – efecto, como a continuación se muestra:

Gráfica 23.
Embarazo en Adolescentes.



CAUSAS DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES.

6.2.1 Situación de Pobreza.

El Banco Mundial en América Latina y el Caribe señala que, **“La pobreza y la falta de oportunidades están directamente asociadas con el embarazo en adolescentes y la maternidad temprana, que pueden convertirse en impedimentos para que las mujeres aprovechen al máximo sus oportunidades de desarrollo.”**¹²

La instancia antes señalada realizó en 2012 el estudio “Embarazo adolescente y oportunidades en América Latina y el Caribe: sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos”; entre los resultados de éste se destacan las siguientes conclusiones: a) que las adolescentes que tienen más educación y viven en zonas urbanas y provienen de familias con mayores recursos económicos, tienen una menor probabilidad de quedar embarazadas; y b) que las adolescentes embarazadas, son más vulnerables y propensas a permanecer o acentuar su situación de pobreza que las que no tienen hijas/os, lo que se explica en parte porque pertenecen a distintos grupos de riesgo.

El estudio revisa, además, las consecuencias del embarazo en adolescentes, por ejemplo, destaca que las madres adolescentes tienen menos probabilidades de culminar la educación secundaria, y que este fenómeno reduce los años de escolaridad, la asistencia a la escuela y las horas laborales. De acuerdo con cifras del 2010, 17.7% de las mujeres menores de 18 años y 30.7% de las menores de 15 años que se embarazaron, dejaron de ir a la escuela

la después del embarazo.¹³ De la misma manera, dejar de ir a la escuela aumenta el riesgo de un embarazo: más del 90% de las mujeres de 12 a 19 años de edad que han tenido un hijo o hija no asisten a la escuela, comparado con 24% en el grupo de edad que no los ha tenido¹⁴; y 57% de las mujeres mexicanas nacidas entre

Las madres adolescentes tienen menos probabilidades de culminar la educación secundaria, y este fenómeno reduce los años de escolaridad, la asistencia a la escuela y las horas laborales.

1964 y 1984 que no terminaron la primaria tuvieron su primer embarazo antes de cumplir 20 años, comparado con 12% de aquellas de las que alcanzaron al menos el bachillerato.¹⁵

Luis Felipe López Calva, economista líder del Banco Mundial en América Latina y el Caribe, al respecto, comenta que: **“El embarazo adolescente es relevante desde el punto de vista del desarrollo porque es una manifestación de la falta de oportunidades y porque la maternidad temprana puede tener implicaciones que fomenten círculos viciosos de pobreza entre generaciones, exclusión social y altos costos sociales.**

Atender este reto demandará políticas mejor diseñadas que tomen en cuenta la complejidad del fenómeno”; en otras palabras, la reducción en el embarazo en adolescentes permite evitar la reproducción de la pobreza y la desigualdad en todo el país.

12. <http://www.bancomundial.org/>

13. Echarri, Carlos. “Sobre la maternidad precoz”, 2014. <http://www.mexicosocial.org>

14. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, “Consulta Interactiva, Conjunto de datos: Población femenina de 12 años y más”, Censo de población y vivienda 2010. www.inegi.org.mx

15. Welti Chanes, Carlos. “Madres adolescentes y derechos sexuales”. México Social. 2014. <http://www.mexicosocial.org/>

Al respecto la ENAPEA, enuncia que un embarazo durante la adolescencia puede reproducir el círculo de pobreza de madres y padres adolescentes, o iniciarlo cuando la economía doméstica no lo podrá proteger por falta de: empleo, redes sociales de apoyo, entre otros. La mayor parte de las madres adolescentes no tiene empleo ni ingreso independiente al momento de tener a sus hijos e hijas. De las adolescentes de 15 a 19 años que tuvieron una hija/hijo en 2011, 8.3% tenían una actividad laboral remunerada. En cuanto a las adolescentes de 10 a 14 años que tuvieron una hija/hijo, tienen mayor probabilidad de estar trabajando en una etapa en la que deberían estar en la escuela, aun cuando su contratación es contra la ley (7% reportaron una actividad remunerada) ya que en México no se permite el trabajo a menores de 15 años, y cuando se tiene dicha edad, solo en determinadas condiciones se autoriza.¹⁶

Según el documento “Jóvenes que no estudian ni trabajan” del total de 18.8 millones de adolescentes entre 12 y 19 años que reportó el censo de 2010, había 2,463,000 que no estudiaban ni trabajaban, casi dos tercios de este grupo eran mujeres (1.6 millones); de ellas, más de una cuarta parte tenía hijas o hijos y una de cada tres vivía en pareja.¹⁷

Esta relación de pobreza y embarazo se explica cuantitativamente al comparar las estadísticas de embarazo adolescente de los países de América Latina y el Caribe y de Asia. Mientras la reducción anual de la tasa de fertilidad adolescente entre 1997 y 2010 fue de 2.7 por ciento en el Sur de Asia y de 1.6 por ciento a nivel mundial, el decrecimiento anual en América Latina y el Caribe (ALC) fue de 1.25 por ciento. Si bien, las tasas están disminuyendo en todo el mundo, en América Latina este proceso ha sido extremadamente lento,

al parecer por las tasas de desigualdad que presenta la región.

En México, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES), señala la negativa incidencia del embarazo adolescente en los sectores más vulnerables, pues la fecundidad es mayor en la zona rural, en las regiones menos desarrolladas, en los quintiles más bajos de riqueza y en los de menor nivel de educación.

En el estado de Chihuahua, tal y como se expone en el Plan Estatal de Desarrollo 2017-2021 con base en las estimaciones de CONEVAL, el 5.4 por ciento de la población de Chihuahua se encuentra en condiciones de pobreza extrema, frente a un 28.9 por ciento que vive en pobreza moderada; es decir: 1 millón 265 mil 546 personas sufren algún tipo de pobreza en el estado, lo que ubicó en 2015 a Chihuahua en el puesto 24 en el índice de rezago social, es decir, 40 de cada 100 personas viven en situación de pobreza.

Al cruzar las estadísticas de embarazo en adolescentes en el estado de Chihuahua con las estimaciones del CONEVAL, resalta lo siguiente:

El municipio de Maguarichi que tiene a un 89 por ciento de su población en situación de pobreza, registró en 2015, conforme a la información del INEGI, 36.7 embarazos en edad adolescente por cada 100, siendo el número más alto del Estado de Chihuahua, que promedió en el citado año 21.4. Sin embargo, es importante considerar que los municipios con altos porcentajes de pobreza tienen pocos habitantes, es por lo que a continuación se hace un análisis desde otra perspectiva: por municipios con mayor

16. Estrategia Nacional para Prevención del Embarazo en Adolescentes, 2014.

17. Tuirán, Rodolfo y José Luis Ávila. “Jóvenes que no estudian ni trabajan: ¿Cuántos son?, ¿quiénes son?, ¿qué hacer?” Este País. 2012

cantidad de personas en situación de pobreza, ya que, en México, solo una de cada siete adolescentes embarazadas reside en un municipio de altos grados de marginación.

De esta forma, los municipios que concentran un mayor número de personas en situación de pobreza son: Juárez, con 494,726 personas (37.7% de su población); Chihuahua, con 220,480 personas (27% de su población); Cuauhtémoc, con 73,869 personas (43% de su población); Guadalupe y Calvo, 43,474 (89.9% de su población) e Hidalgo del Parral, 33,853 personas (31% de su población). De los municipios antes citados, cuatro de ellos se encuentran entre los siete municipios identificados como prioritarios a partir de los niveles en que se presenta la Tasa Específica de Fecundidad (Número de nacidos vivos ocurridos por cada 1000 mujeres adolescentes en edad reproductiva en la entidad), conforme a la información compilada por el Programa de Acción Específico en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (PAESSRA) en agosto de 2017.

Tabla 14.

Municipios con altas Tasas Específicas de Fecundidad (Número de nacidos vivos ocurridos por cada 1000 mujeres adolescentes en edad reproductiva en la entidad), conforme a la información compilada por el Programa de Acción Específico en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (PAESSRA) en agosto de 2017.

Municipio	Ranking Nacional	Tasa Específica de Fecundidad	Nacimientos en números específicos	Prioridad
Juárez	3°	85.98	5,302	Muy Alta
Chihuahua	18°	63.18	2,444	Muy Alta
Delicias	83°	109.87	726	Muy Alta
Guachochi	96°	128.74	387	Muy Alta
Bocoyna	128°	127.38	207	Alta
Guadalupe y Calvo	130°	112.27	367	Alta
Cuauhtémoc	144°	74.77	613	Alta

Fuente: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, agosto de 2017.

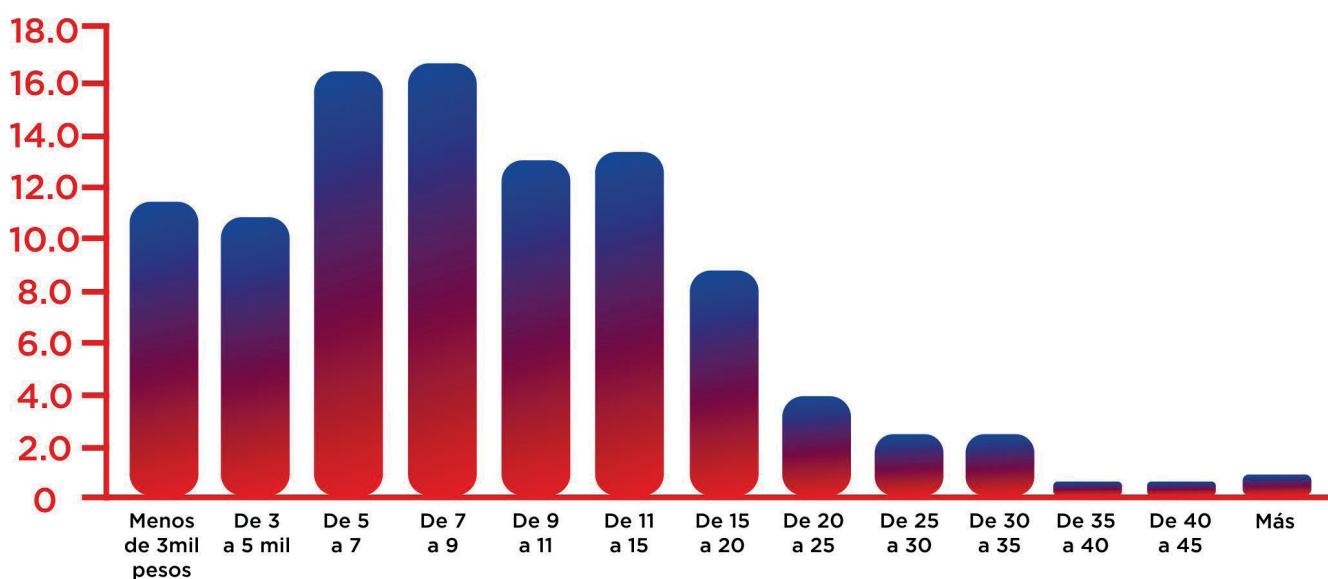
4 Número de nacidos vivos ocurridos por cada 1000 mujeres adolescentes en edad reproductiva en la entidad.

Sin embargo, resalta que Delicias que es el municipio con menor porcentaje de personas en situación de pobreza, con el 21.4 por ciento de su población, está dentro de esta lista, ello supone que este fenómeno no está condicionado únicamente por factores de pobreza, sino que influyen otros de contexto cultural, económico y social.

Ahondado en esta correlación entre pobreza y población adolescente existe un par de investigaciones que realizó el Instituto Chihuahuense de las Mujeres que arrojan información relevante sobre la situación económica, asimismo se cuenta con los registros administrativos del Servicio Nacional de Empleo de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social sobre la ocupación de las y los adolescentes.

La primera investigación que realizó el ICHMujeres es el Diagnóstico Prospectivo para Detectar las Causas del Embarazo en Adolescentes en los municipios de Chihuahua, Juárez, Cuauhtémoc y Delicias, en el cual se encuestó a 1094 adolescentes entre 13 y 19 años, 89% de zona urbana y 11% de rural. En este documento, mediante la siguiente gráfica se puede observar cómo un 68% de la población encuestada vive en hogares con ingresos inferiores a los 11,000 pesos mensuales.

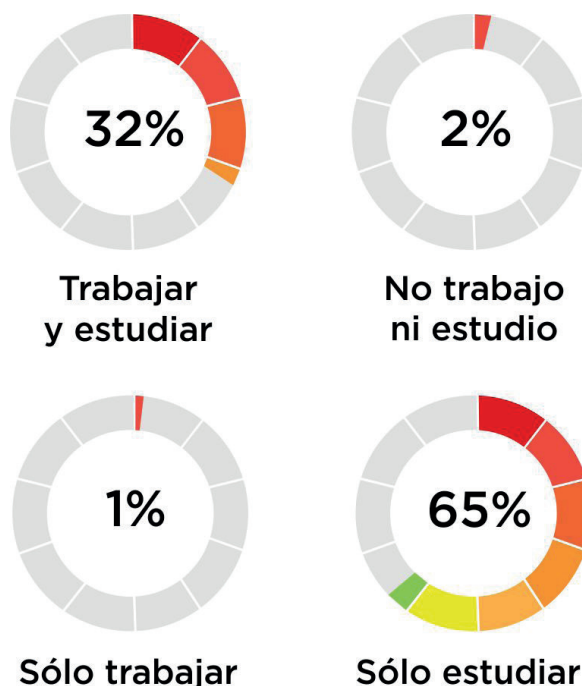
Gráfica 24.
Características de la Muestra Ingresos Familiares.



La situación antes expuesta refleja la necesidad de trabajar que tienen un gran número de adolescentes, como se expone en el segundo estudio que realizó el ICHMujeres a finales de 2017, denominado: Encuesta de monitoreo de percepción entre grupo de adolescentes de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), que fue aplicada a 1673 adolescentes chihuahuenses entre 12 y 19 años, en un total de 21 municipios de la geografía de la entidad. De las personas encuestadas un 33% trabajan, como se aprecia en el siguiente gráfico.

Gráfica 25.

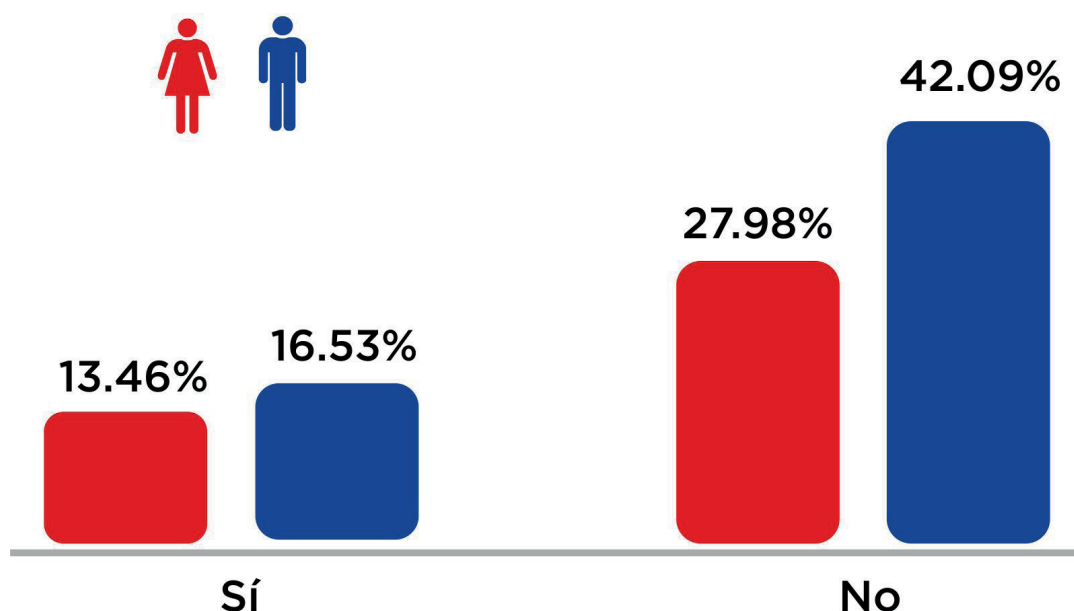
Principal actividad de las personas encuestadas en la Encuesta de monitoreo de percepción entre grupo de adolescentes de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA).



Sin embargo, con base en dicho monitoreo, mediante el siguiente gráfico, se puede visualizar las limitadas oportunidades laborales que existen para este tipo de población. De las personas adolescentes buscadoras de empleo, un 59% son hombres y 41% mujeres. Según estos datos, al 42% de los hombres y 27% de las mujeres se les complica conseguir un empleo.

Gráfica 26.

Facilidad para conseguir trabajo en adolescentes.

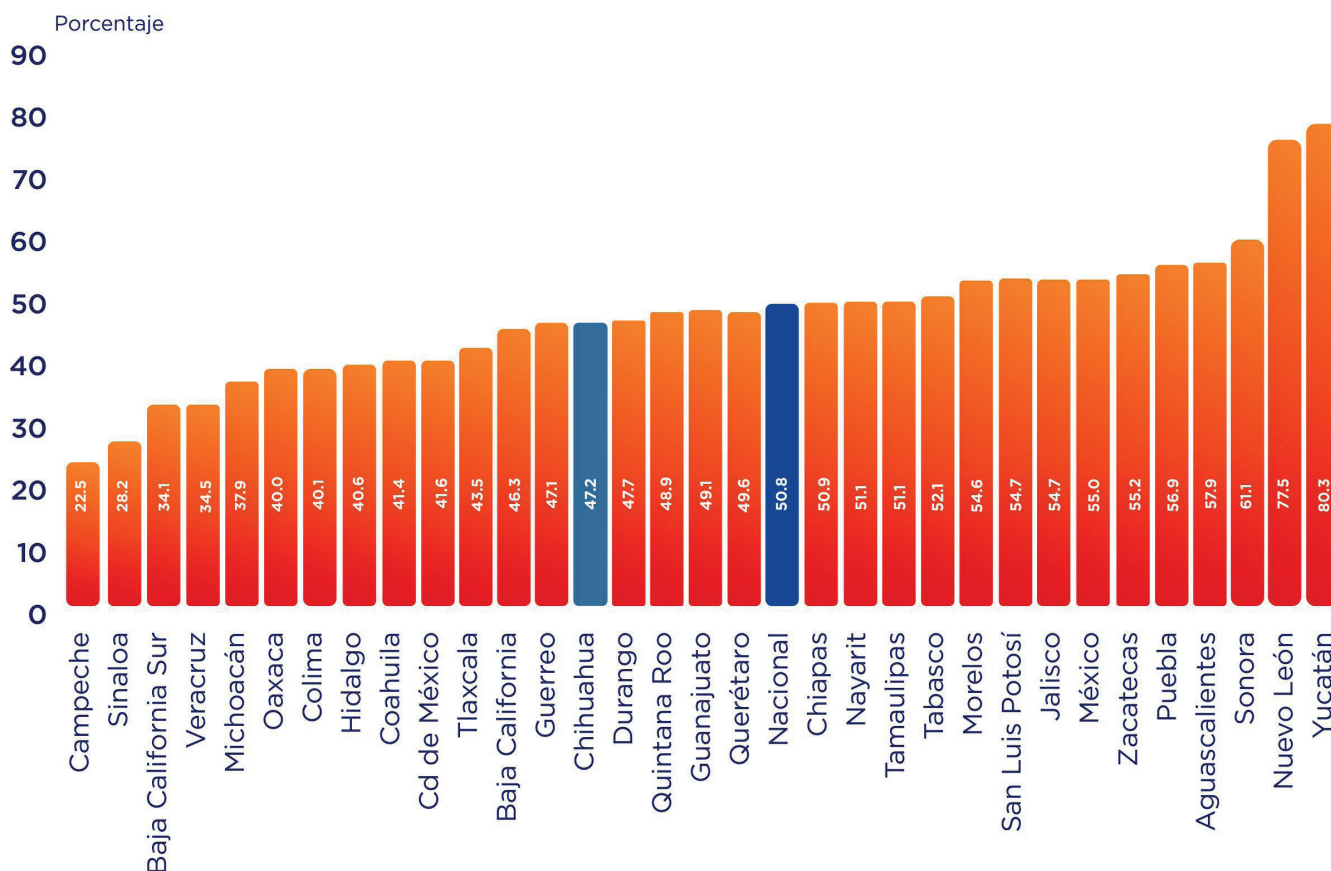


Fuente: Encuesta de monitoreo de percepción entre grupo de adolescentes de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA).

Con base en los registros administrativos del Servicio Nacional de Empleo de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, se puede observar que a nivel nacional la tasa de colocación de adolescentes buscadores de empleo de 16 a 19 años es de 50.8 y el Estado de Chihuahua está por debajo de la media nacional con una cifra de 47.2, como se observa en la siguiente gráfica.

Gráfica 27.

Tasa de Colocación de Adolescentes Buscadores de Empleo de 16 a 19 Años en el Servicio Nacional de Empleo (STPS/SNE).

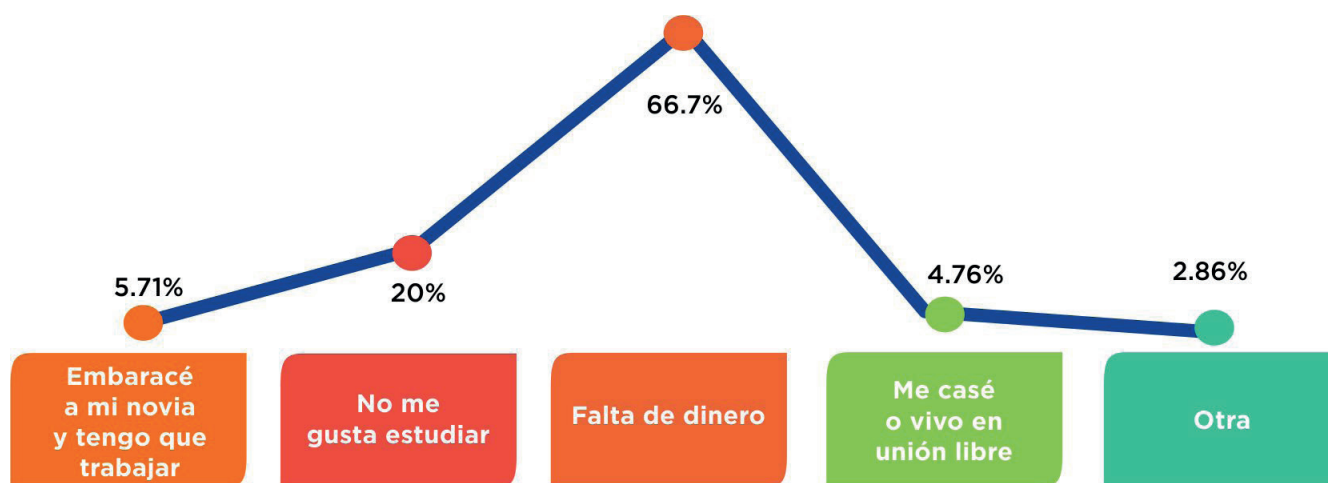


Fuente: Secretaría del Trabajo y Previsión Social - Servicio Nacional de Empleo, con base en Registros administrativos del Servicio Nacional de Empleo.

En la Encuesta de monitoreo de percepción entre grupo de adolescentes de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), se muestra que la principal causa por la que dejaron sus estudios las personas adolescentes y jóvenes fue la falta de dinero, como se observa a continuación:

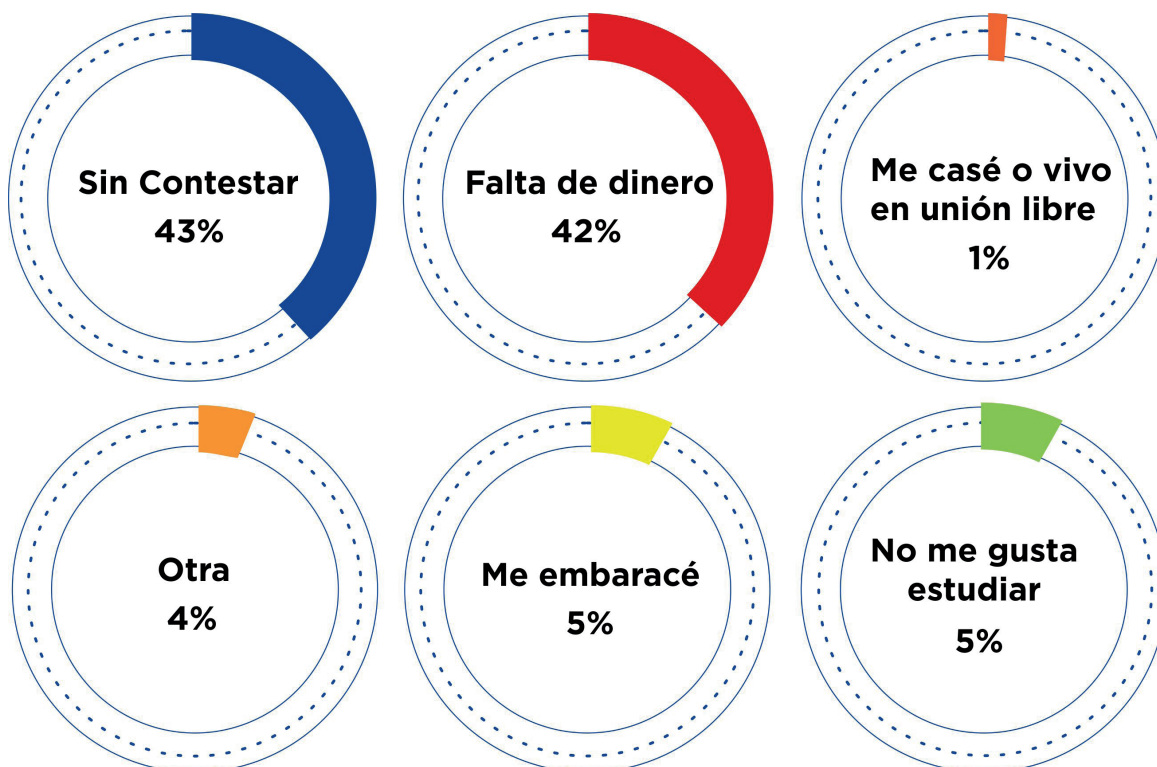
Gráfica 28.

Razón Principal por la que los Hombres Adolescentes No Están Estudiando.



Gráfica 29.

Razón Principal por la que las Mujeres Adolescentes y Jovenes No Están Estudiando.



Fuente: Encuesta de monitoreo de percepción entre grupo de adolescentes de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA).

6.2.2 Población Adolescente Indígena.

Según el documento Panorama de la Adolescencia Indígena en México desde una Perspectiva de Derechos,¹⁹ publicado por el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (por sus siglas en inglés UNICEF) en colaboración con el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), en México, la población indígena representa alrededor del 10 por ciento del total de la población; según el documento, históricamente y en la actualidad, las comunidades indígenas han padecido múltiples desventajas, condiciones de pobreza y discriminación de diversos tipos. No obstante, a la par del contexto adverso en el que viven, practican formas alternativas de organizarse en un proceso de vinculación con el territorio y el entorno ambiental. Actualmente, las poblaciones indígenas están protagonizando múltiples procesos de cambio, con la motivación de luchar por el reconocimiento de sus culturas, su idioma y rasgos identitarios, aunado a los procesos de migración y la vida en las urbes, la creciente escolarización, los diversos medios de comunicación y las nuevas tecnologías que tienen alcance hasta sus comunidades.

El trabajo mencionado, enuncia que, de manera particular, las y los adolescentes indígenas se encuentran afectados por los procesos descritos, paradójicamente, son protagonistas de varias de estas transformaciones. Por ello, es que las políticas públicas, deberán, de manera imprescindible conocer más sobre la adolescencia y la juventud indígena, específicamente, al contexto que viven, es decir, sus experiencias, expectativas y dilemas cotidianos.

Es frecuente para las y los jóvenes indígenas estar incorporados desde temprana edad a las actividades de y con los adultos, por ejemplo, en el cuidado de integrantes de la familia menores que ellos, colaborando en tareas domésticas, o asumiendo el cargo de administrar un hogar cuando los padres están ausentes. Aparentemente, podrían pasar por personas autónomas, sin embargo, no es un proceso de individualización, sino la adopción de nuevos derechos y obligaciones en su familia y comunidad.²⁰

La investigación Adolescentes indígenas en México: Derechos e identidades Emergentes,²¹ revisa los datos proporcionados por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL 2010), los cuales muestran que el 80 por ciento de la población indígena en México es pobre en términos socioeconómicos, y, que la mitad de ellos son pobres extremos o indigentes. De acuerdo con las estadísticas, significa que 8 de cada 10 hogares indígenas no cuentan con los recursos necesarios para cubrir algunas de sus necesidades principales. Las condiciones de las viviendas están permeadas por la precariedad en cuestión de acceso de a servicios básicos como agua, drenaje y electricidad, sin mencionar a profundidad las carencias de infraestructura en salud, educación y transporte.

19. Panorama de la Adolescencia Indígena en México desde una Perspectiva de Derechos. UNICEF. CIESAS.2012. <https://www.unicef.org/mexico/spanish/AdolescentesindigenasenMexicoBaja.pdf>

20. Op- Cit

21. Adolescentes indígenas en México: Derechos e identidades Emergentes. UNICEF. CIESAS. 2013. <https://www.unicef.org/mexico/spanish/AdolescentesindigenasDoctecnicoOK2.pdf>

Según el documento citado, entre los datos importantes sobre las y los adolescentes indígenas se encuentra el conocimiento acerca de métodos anticonceptivos y su uso, es relativamente bajo entre las mujeres indígenas y más aún entre las indígenas monolingües, ello, indica necesidad de implementar políticas educativas que enfocadas en la diversidad lingüística en este ámbito y que sean pertinentes culturalmente, en el mismo documento se analizan los datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID 2009), argumentando que entre las mujeres que hablan lenguas indígenas y que se encuentran en edad reproductiva, 85 por ciento conoce algún método anticonceptivo, pero sólo 43.3 por ciento lo usa. Aduce sobre la necesidad de transmitir conocimientos, pero también de contribuir a que ellos sean incorporados en la práctica. Ya mencionado líneas arriba, existe la necesidad de implementar políticas de cuidado y reproductivas, atendiendo a la diversidad lingüística y cultural.

En Chihuahua, de conformidad con la información proporcionada por el Censo de Población y Vivienda (INEGI) 2010 y la compilada por el Programa de Acción Específico en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (PAESSRA), se puede observar que los municipios con altas tasas específicas de fecundidad (enunciados como prioritarios) también tienen altas cantidades de población indígena, como se describe en la siguiente tabla:

Tabla 15.

Comparativo entre municipios con altas tasas específicas de fecundidad con relación a la cantidad de población que habla alguna lengua indígena.

Municipio	Ranking Nacional	Tasa Específica de Fecundidad	Población de 5 años y más que habla alguna lengua indígena (2010)	Lugar que ocupa a nivel estatal en cantidad de población indígena
Juárez	3°	85.98	6,574	3
Chihuahua	18°	63.18	6,419	4
Delicias	83°	109.87	1,161	15
Guachochi	96°	128.74	26,404	1
Bocoyna	128°	127.38	5,532	8
Guadalupe y Calvo	130°	112.27	13,584	2
Cuauhtémoc	144°	74.77	2,211	10

Fuente: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, agosto de 2017.

4 Número de nacidos vivos ocurridos por cada 1000 mujeres adolescentes en edad reproductiva en la entidad.

Las y los adolescentes indígenas, por lo tanto, son otro segmento diferenciado que deben alcanzar los programas de aumento de cobertura escolar y los de Salud Sexual y Reproductiva (SSR).

6.2.3 Abandono Escolar.

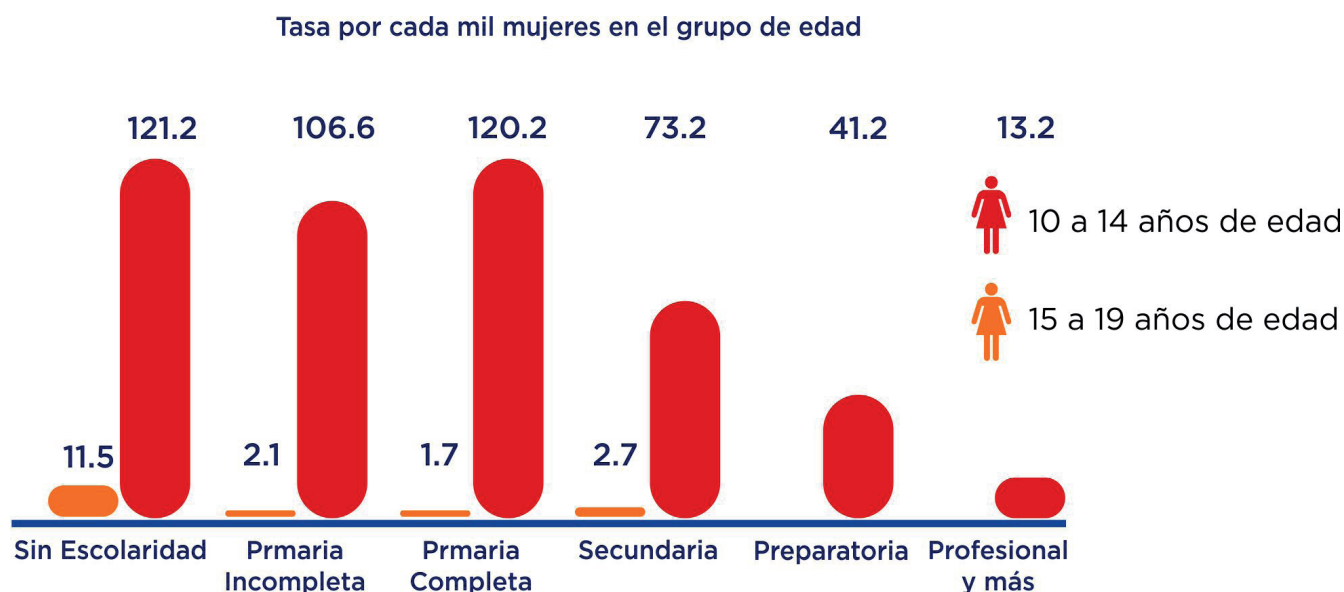
Entre las principales barreras en la lucha contra la pobreza y la reducción de la desigualdad, se encuentra el fenómeno del abandono escolar.

De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH 2016),²³ entre las mujeres que no asisten a la escuela destaca que una de cada cinco (20.8 por ciento) indicaron no estudiar por motivo de matrimonio o unión, embarazo o el nacimiento de un hijo.

La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID 2014), menciona que el nivel de escolaridad es otro aspecto correlacionado con los niveles de la tasa de fecundidad, por ejemplo, para el trienio de 2011 a 2013, las mujeres sin instrucción escolar son las que tienen la mayor tasa (3.3 hijos por mujer), seguidas por las de primaria incompleta (3.21) y completa (2.99). Aquellas con nivel medio superior y superior registran la menor tasa (1.79), y su diferencia con las mujeres sin instrucción es de 1.51 hijos por mujer. Esto se puede corroborar con la información que presenta la siguiente gráfica:

Gráfica 30.

Tasa Específica de Fecundidad Según Nivel de Escolaridad, por Grupo de Edad de la Madre México 2010.



Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010 y Dirección General de Información en Salud (DGIS)

23. ENDIREH 2016. INEGI www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2017/endireh/endireh2017_08.pdf

Según Villalobos Aremis: “La evidencia muestra que el embarazo temprano incrementa las dificultades para manejar situaciones tanto cotidianas como eventuales, como aquéllas vinculadas con el desarrollo escolar y futuro laboral. Dicha condición agudiza las inequidades de género y precariedad, particularmente para las mujeres”.²⁴

“El abandono escolar o rezago educativo provoca desigualdad en la distribución de capital económico, cultural y social.”²⁵

“Cuando hay un evento reproductivo en la adolescencia, hay una baja posibilidad de que se asuman simultáneamente la maternidad y la escuela, pues es común que este

Cuando hay un evento reproductivo en la adolescencia, hay una baja posibilidad de que se asuman simultáneamente la maternidad y la escuela.

último se posponga o bien se abandone como expectativa de vida. Al comparar la situación escolar de mujeres que posponen la maternidad con la de madres adolescentes, se observa que las últimas tienen menor probabilidad de terminar la educación básica; no obstante, el porcentaje puede variar según el estrato social. Así, en 2011 se registró que, entre las adolescentes de estratos sociales medio y

alto, 11 por ciento continuó en la escuela cuando nació su primer hijo; en estratos de menores recursos esto sólo ocurrió en 1 por ciento”.²⁶

“El embarazo adolescente: ¿factor que determina la deserción escolar? **Otra premisa para definir al embarazo como problema, es que éste es un factor determinante para la deserción escolar.** Ello resulta de gran importancia, pues en el imaginario social se tiene la idea de que durante la adolescencia los sujetos comienzan a elaborar sus proyectos de vida a la par de la escolaridad, por lo que un embarazo en esta etapa de vida viene a truncar la estancia dentro de la escuela. Sin embargo, la inclusión en el sistema educativo es altamente discriminatorio, pues ésta es menor entre los grupos de población más pobres comparado con los grupos de población de mayores ingresos. En México y en América Latina, la población que muestra más altos niveles de rezago y abandono escolar, es la población femenina, lo cual se asocia con situaciones de precariedad socioeconómica, pero también con un patrón cultural que valora menos la escolaridad de las mujeres por considerar que su papel principal se circunscribe al ámbito doméstico y reproductivo.”²⁷

Lo anterior puede ser corroborado, con las estimaciones realizadas por el CONAPO con base en la ENADID 2014, donde en la gráfica No. 38, se presenta el porcentaje de la población femenina de 15 a 19 años que no asiste a la escuela, ya sea por falta de dinero, porque no le gusta estudiar, por matrimonio o unión, embarazo, u otras razones. Chihuahua para ese año, presentaba un 34.2 %.

24. Villalobos, Aremis (et al), 2015, Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional de México.

25. ídem

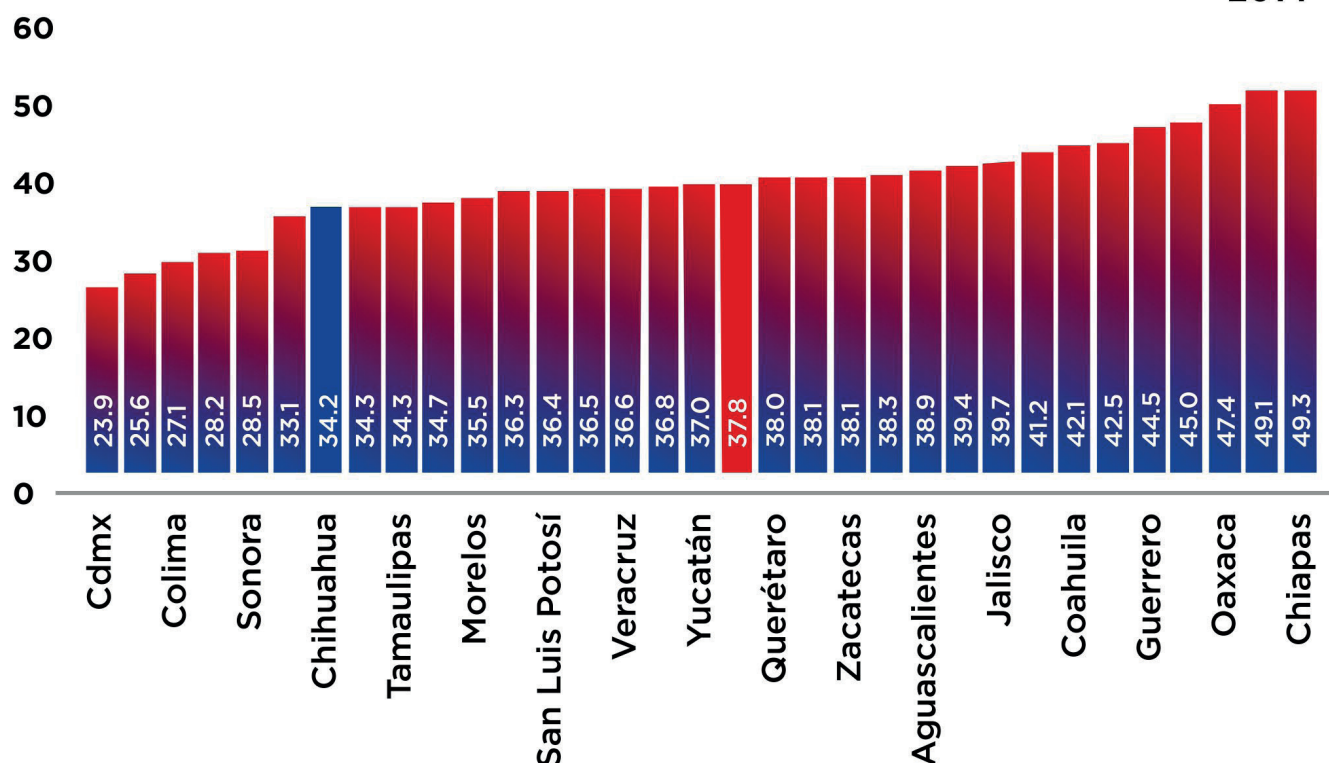
26. ídem

27. Reyes, David de Jesús, 2014, Sexualidad, salud y sociedad. Revista Latinoamericana.

Gráfica 31.

Porcentaje de la población femenina de 15 a 19 años que no asiste a la escuela por falta de dinero, no le gusta estudiar, matrimonio o unión, se embarazó u otras razones.

2014



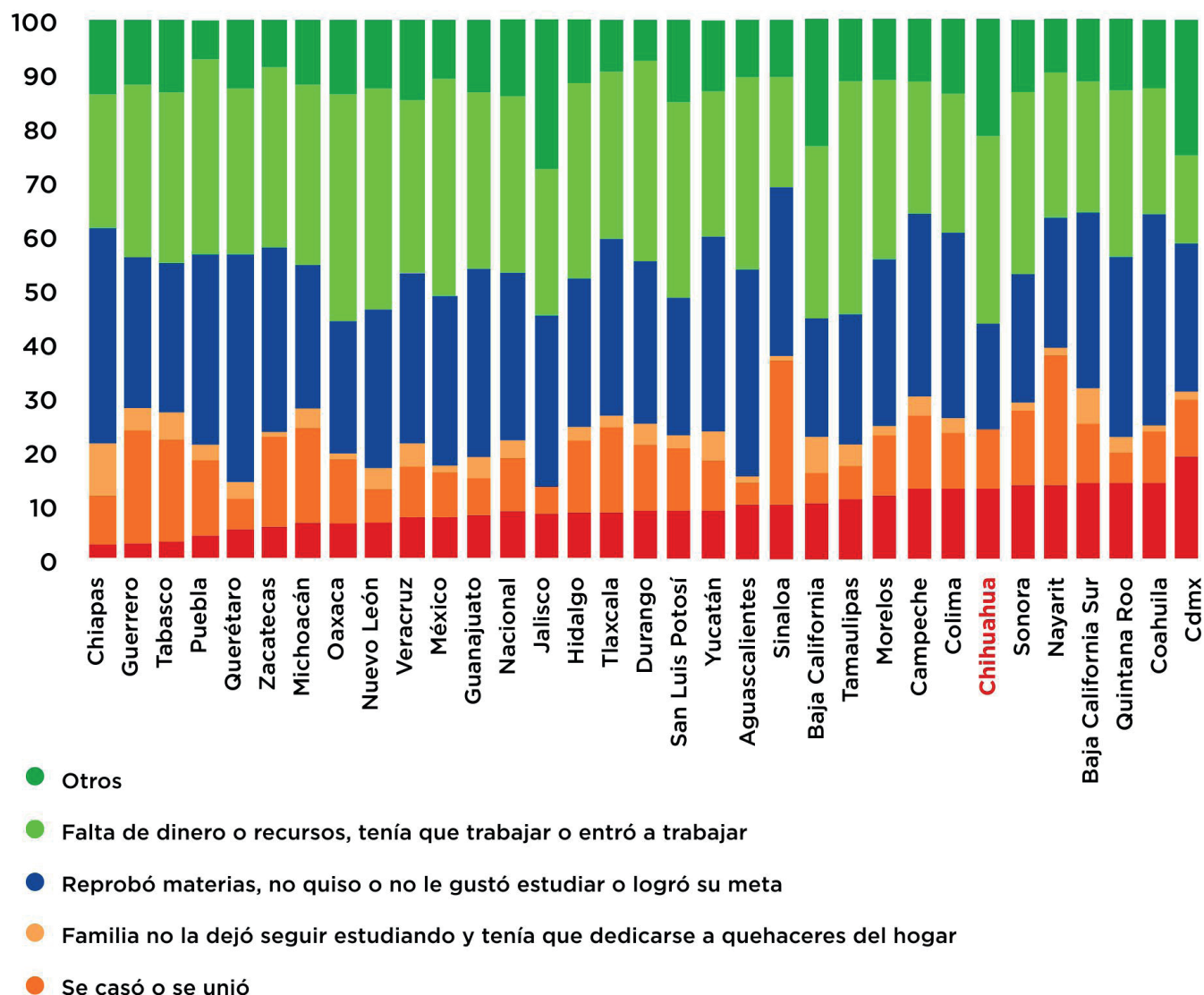
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2014

En específico, los motivos por los que la población femenina de 15 a 19 años no asiste a la escuela se enuncian los siguientes: un 30% por falta de dinero o recursos pues tenía que trabajar o entró a trabajar; un 20% reprobó materias, no quiso o no le gusta estudiar o logró su meta educativa; un 12 % se casó o unió; otro 13% se embarazó o tuvo un hijo, cabe señalar que en este último punto el estado de Chihuahua es una de las entidades con mayor porcentaje, como se observa en la siguiente gráfica. La primera causa de abandono “falta de dinero” conlleva analizar la situación de asignación de becas para la continuación de los estudios.

Gráfica 32.

Distribución porcentual de la población femenina de 15 a 19 años que no asiste a la escuela por diversos motivos.

2014

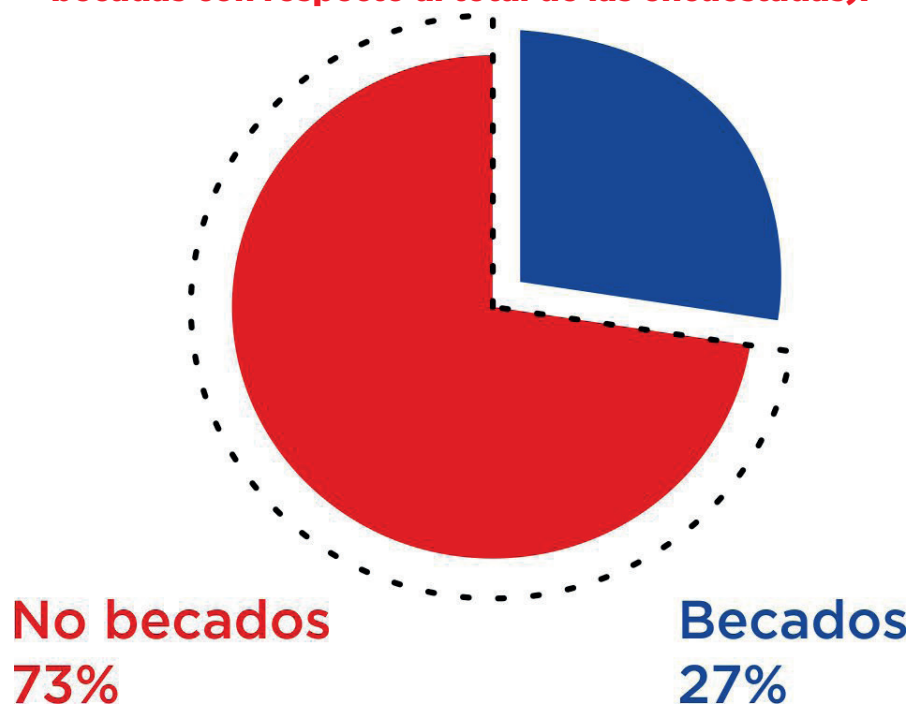


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2014

De acuerdo a una de las investigaciones realizada a finales de 2017 por el ICHMujeres muestra que de la población encuestada el 27% está becada, al respecto, existe una brecha de género en desventaja para los hombres de un 6% en la beneficencia sobre becas. Las becas que más se obtienen son las de Prospera, y las que nombran “Yo no abandono” y Oportunidades.

Gráfica 33.

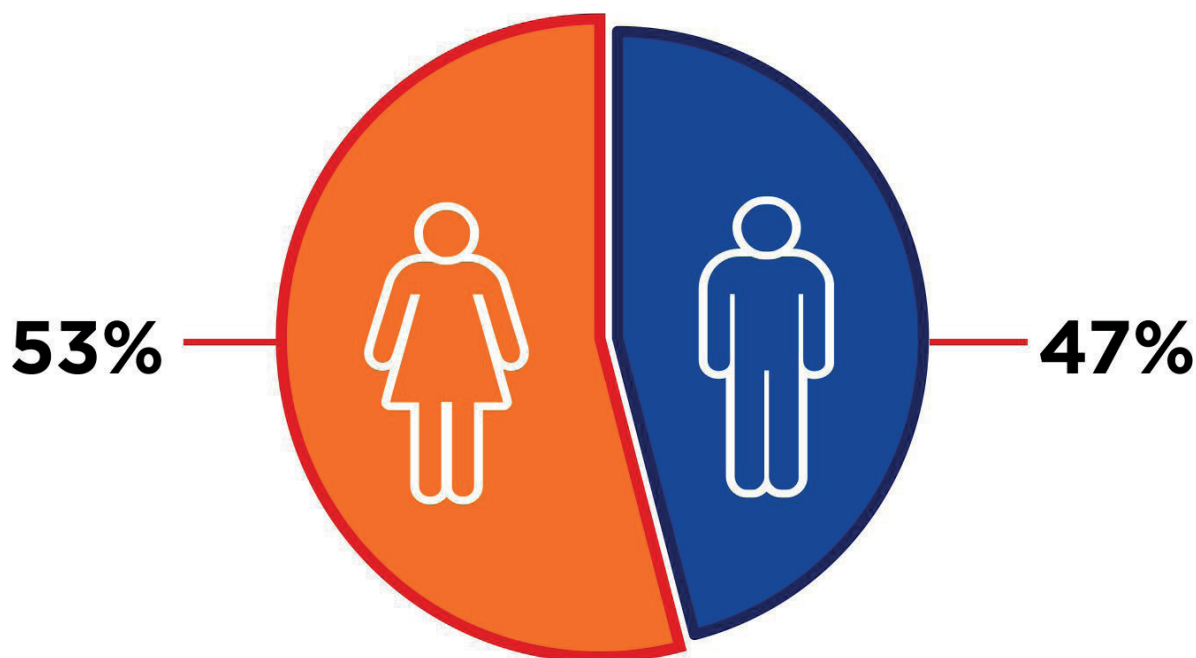
Beneficiados de beca para la continuación de estudios (porcentaje de personas becadas con respecto al total de las encuestadas).



Fuente: Encuesta de monitoreo de percepción entre grupo de adolescentes de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), ICHMUJERES 2017.

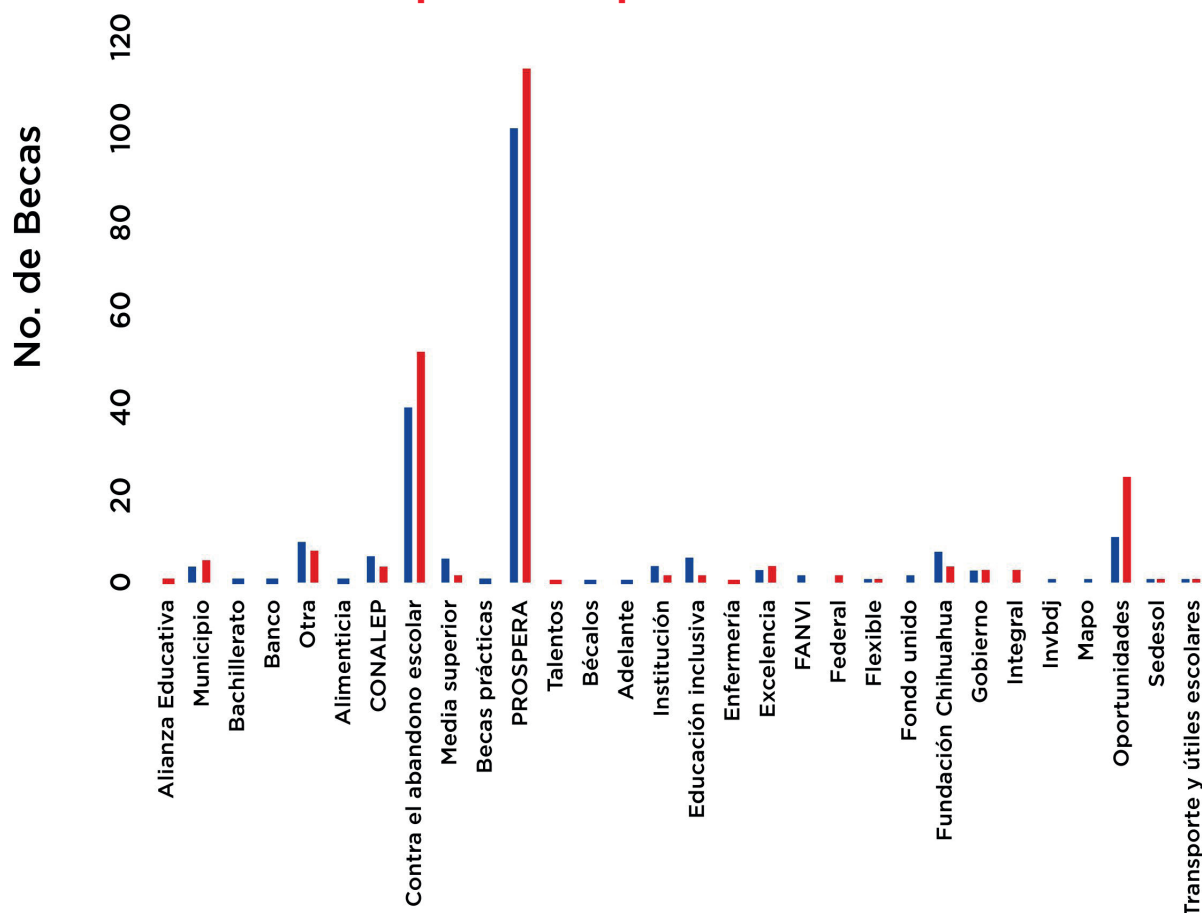
Gráfica 34.

Personas beneficiadas con beca para continuar sus estudios, desagregadas por sexo.



Fuente: Encuesta de monitoreo de percepción entre grupo de adolescentes de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), ICHMUJERES 2017.

Gráfica 35.
Tipo de beca que se recibe.



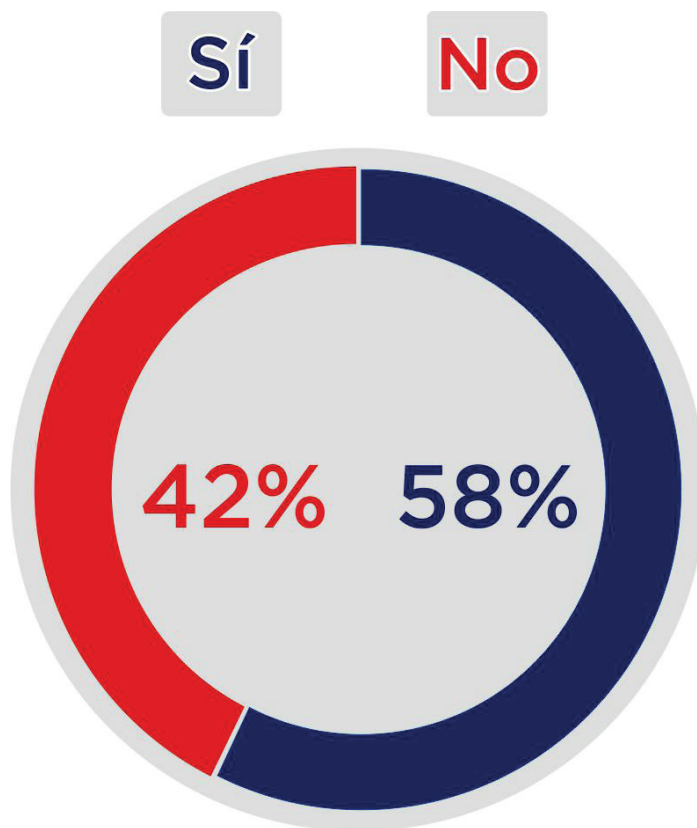
Tipo de Becas

Fuente: Encuesta de monitoreo de percepción entre grupo de adolescentes de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), ICHMUJERES 2017.

Profundizando con el tema de becas para la continuación de estudios, se detectó que la escuela brinda apoyos a las adolescentes que se embarazan, según informaron el 58% de las personas encuestadas que estuvieron embarazadas. Preocupa, que el 42% no los recibieron.

El tipo de facilidades que se brindaron principalmente fue en la flexibilidad de horarios, exámenes, citas y apoyo psicológico. El 17% de ellas asumen que por el sólo hecho de aceptarlas ya perciben algún beneficio; el 13% refirió haber recibido becas o apoyo económico.

Gráfica 36.
Apoyos a adolescentes embarazadas.

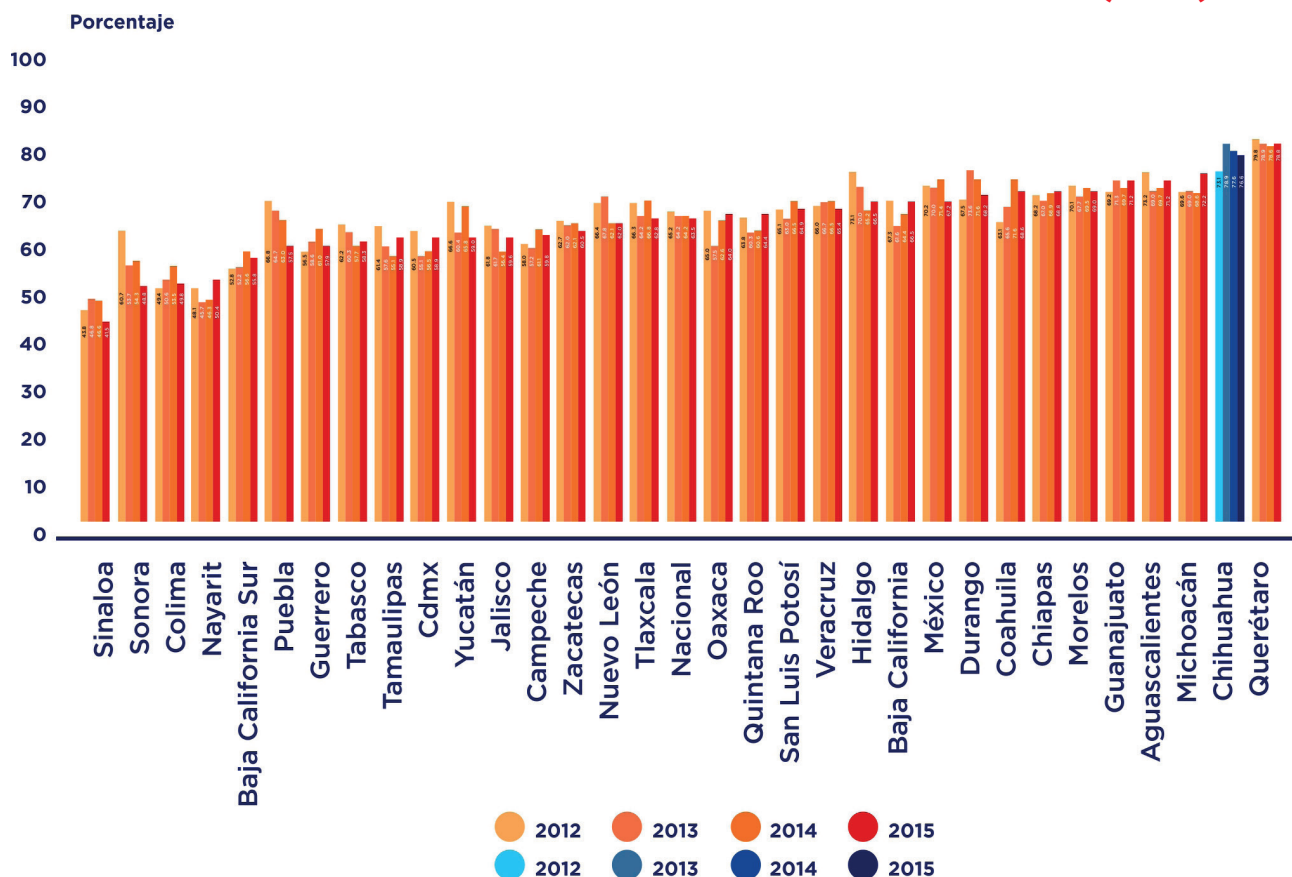


Fuente: Encuesta de monitoreo de percepción entre grupo de adolescentes de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), ICHMUJERES 2017.

Lo anterior también muestra que en nuestro país hace falta fortalecer los programas duales de estudio y trabajo para adolescentes en edad legal para trabajar, ya que si se revisa esta situación, desde otra perspectiva, en la siguiente gráfica se puede apreciar que en Chihuahua el 76.6 % de la población ocupada de 15 a 19 años no asiste a la escuela. En este rubro nuestro estado ocupa el segundo lugar nacional.

Gráfica 37.

Tasa de No Asistencia Escolar de la Población de 15 a 19 Años (STPS).



Por otra parte, UNICEF argumenta que las estadísticas son muy claras: **“cuando una persona abandona sus estudios realmente ya no regresa a la escuela; y en el caso de las mujeres muchas terminan embarazadas”**. Por lo anterior es necesario ser proactivos y dirigir acciones para ese 20 por ciento que reprobó materias, no quiso o no le gusta estudiar o logró su meta educativa.

De acuerdo al estudio La interrupción en la educación Media Superior en el Estado de Chihuahua,²⁸ la importancia del ambiente escolar es indiscutible para la integración del estudiante en la Institución. En otras palabras, un ambiente agradable para el estudiante le facilitaría aprovechar todo aquello que la institución puede ofrecerle para su beneficio.

La organización escolar está obligada a proporcionar ambientes de este tipo para que el estudiante no encuentre motivos que le produzcan desinterés y desánimo por los estudios que la institución le ofrece y de esta manera evitar sumarse a las posibles condiciones de riesgo que ya estén operando en las y los estudiantes. Sin embargo, también el estudio considera que la interrupción escolar es un problema multifactorial, por lo tanto, el estudio del fenómeno no se concentra en un solo condicionante, es decir la interrupción escolar tiene muchas atribuciones que se le

28. Hinojosa, Romelia (et al). La interrupción en la educación Media Superior en el Estado de Chihuahua. Condiciones que propician el retiro de los estudios de bachillerato en voz de exalumnos, 2015. http://educacion.chihuahua.gob.mx/investigacion/sites/default/files/interrupcion_escolar_media_superior.pdf

asignan como condicionantes, unas que residen en la propia persona, otras en la familia y, como se ha dicho, el nivel socioeconómico que prevalece en las y los alumnos. Menciona también factores como la escuela, la organización de ésta, por ejemplo la expulsión dada su normativa y por último el abandono voluntario.

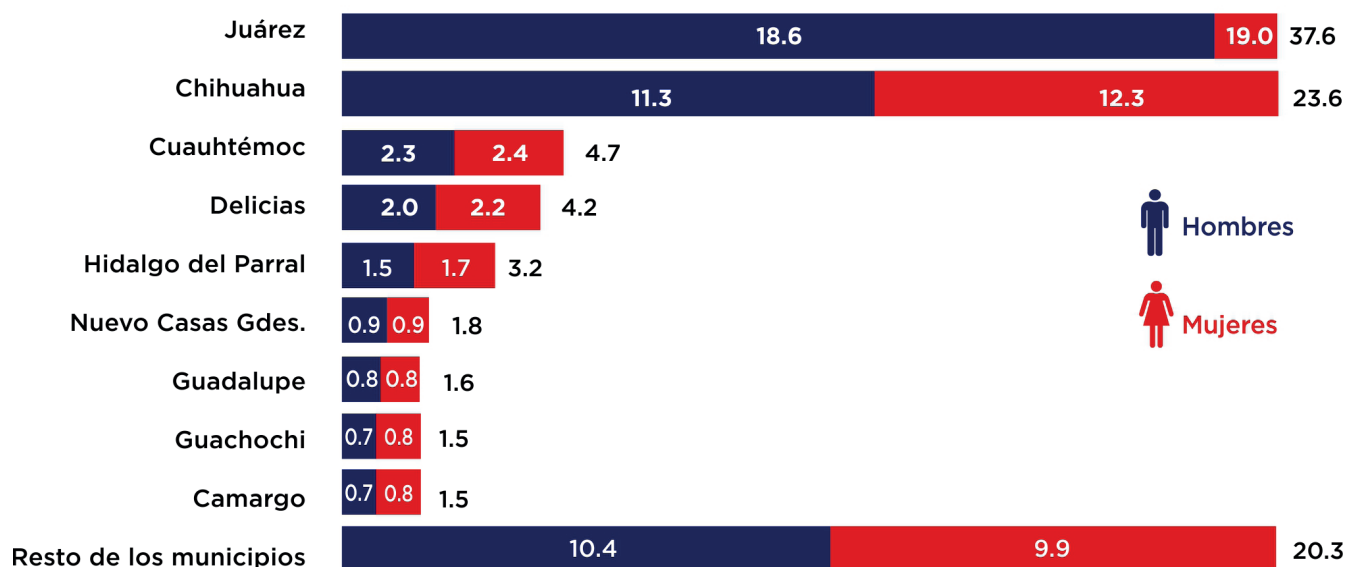
En Chihuahua, conforme a la información expuesta en el Plan Estatal de Desarrollo 2017 – 2021, basada en el documento Panorama Educativo de México 2015, enuncia: que la tasa de matriculación para el grupo de edad de 3 a 5 años era de 59.7 por ciento entre 2014 y 2015. El contraste con la media nacional, que se colocó en 81 por ciento, se constata que **en Chihuahua no se ha dado prioridad a la primera infancia, aun cuando la educación preescolar es obligatoria desde 2002.**

Para el mismo periodo, en el grupo de edad de 6 a 11 años, que cursa primaria, la tasa de matriculación fue de 98 por ciento. En nivel secundaria, para estudiantes de 12 a 14 años, la tasa de matriculación fue 97.3 por ciento: poco más de un punto porcentual por encima de la media nacional que ascendió a 96.2 por ciento. A pesar de esto, la eficiencia terminal es todavía un reto pues se sitúa en 83.5 por ciento para este nivel educativo, según las cifras oficiales del INEE para el ciclo escolar 2013-2014.

Gráfica 38.

Del Anuario Estadístico y Geográfico de Chihuahua 2015.

Población de 3 y más años que no asiste a la escuela
por principales municipios según sexo
al 12 de junio de 2010
(Porcentaje)



Fuente: INEGI, Dirección General de Estadísticas Sociodemográficas. Censo de Población y Vivienda 2010. www.inegi.org.mx (3 de marzo 2011)

6.2.4 Uso insuficiente de métodos anticonceptivos dentro del grupo objetivo.

En las últimas décadas, gran parte de la reducción de la fecundidad se debe al incremento en el acceso y uso de los métodos anticonceptivos, siendo factores de su prevalencia los valores culturales y familiares, sus ideologías y el reflejo de las políticas orientadas a este tema, por lo que la práctica anticonceptiva se ha convertido en una expresión de la autonomía de las mujeres.

De acuerdo con el documento, La anticoncepción: Implicaciones en el embarazo adolescente, fecundidad y salud reproductiva en México,²⁹ (desprendido de la ENADID 2014), el grupo etario que nos ocupa requiere especial atención en cuanto al conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, pues como se ha venido mencionando a lo largo del documento, sus tasas de fecundidad se mantienen sin descenso. Por ejemplo, en un comparativo a nivel nacional, presente en el trabajo citado, en las adolescentes, en relación con el grupo de 20 a 49 años, se observa un menor porcentaje de uso de métodos anticonceptivos, por otro lado, 5 de cada 10 mujeres de 15 a 19 años en relación de hecho son usuarias de alguno (51.5%), y en el grupo de 20 a 49 años, 7 de cada 10 (73.2%) utilizan uno.

Según la estadística mostrada, para el año 2014, 7 de cada 10 (69.2%) mujeres en edad fértil, que tuvieron su primera relación a una edad menor a 20 años, no utilizaron método anticonceptivo. Ello muestra que a pesar de no estar buscando mantener relaciones sexuales con fines reproductivos, el no utilizar un método anticonceptivo hace evidente la existencia de un rezago respecto a la accesibilidad, conocimiento y uso de éstos.

Otro dato interesante en este mismo documento es el uso de anticonceptivos durante la primera relación sexual; se menciona que 7 de cada 10 (69.2%) mujeres en edad fértil, que tuvieron su primera relación a una edad menor a 20 años, no utilizaron método anticonceptivo, de las que no lo utilizaron, un 36.2% fue porque no los conocían, no sabían dónde obtenerlos o cómo usarlos. Lo que a su vez muestra que las adolescentes quedan en una situación vulnerable tanto de embarazo como de una ITS.

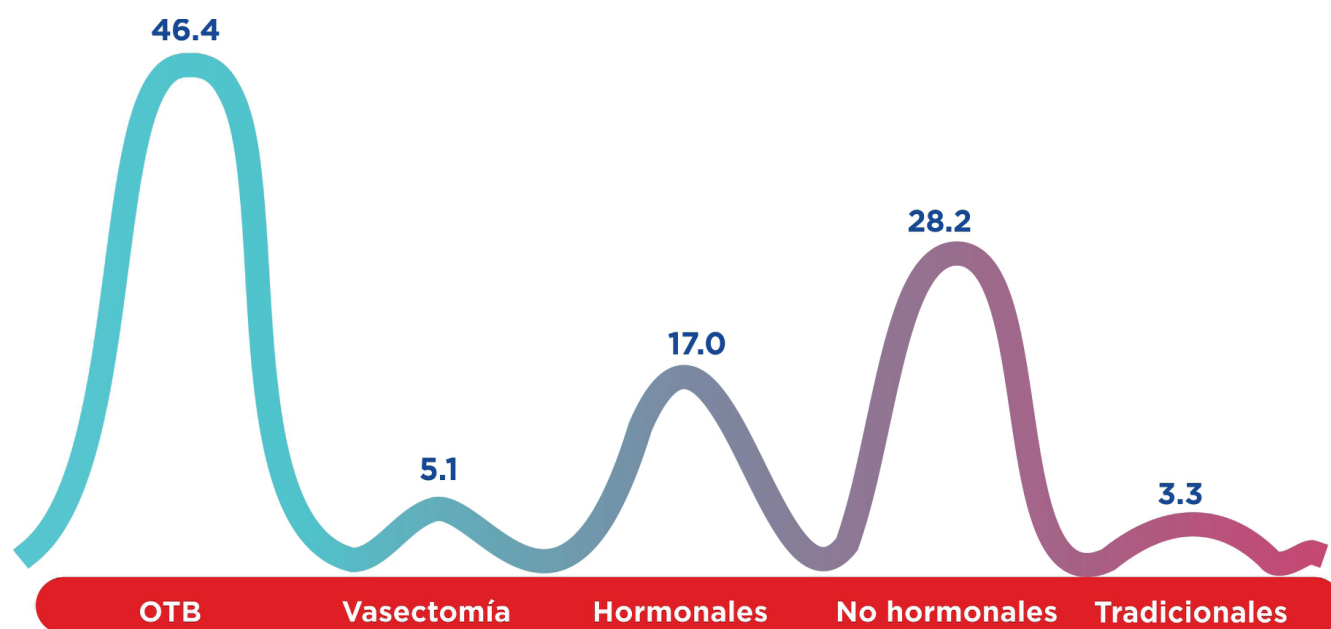
Según datos de la ENADID 2014, en el Estado de Chihuahua, 98.6 por ciento de las mujeres en edad fértil conocen al menos un método anticonceptivo; 59.3 por ciento declararon ser usuarias actuales de algún tipo de método; 15.5 por ciento lo utilizaron, pero actualmente ya no lo hacen, y 25.1 por ciento declararon nunca haber utilizado métodos anticonceptivos. Con respecto al tipo de método anticonceptivo utilizado, 46.4 por ciento de las mujeres de 15 a 49 años usuarias actuales de métodos, utiliza la oclusión tubaria bilateral (OTB) siendo este el principal método empleado, seguido por los métodos no hormonales (incluye al DIU de cobre, condón masculino, condón femenino, diafragma, espermicidas) con 28.2 por ciento; 17.0 por ciento son usuarias de anticonceptivos hormonales (pastillas o píldora, inyectables, implantes subdérmicos, parches corporales, píldora de emergencia, dispositivo intrauterino con

29. La anticoncepción: Implicaciones en el embarazo adolescente, fecundidad y salud reproductiva en México. ENADID 2014 internet. contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod.../702825089627.pdf

hormonas y anillo vaginal); 5.1 por ciento su pareja se practicó la vasectomía y solo el 3.3 por ciento utiliza métodos tradicionales (ritmo, calendario, Billings o abstinencia periódica, retiro o coito interrumpido y método de amenorrea de la lactancia). Esto da cuenta de que en mayor medida las mujeres en edad fértil utilizan métodos anticonceptivos modernos (96.7 por ciento) como consecuencia a un mayor involucramiento en la decisión del uso de métodos de control natal.

Gráfica 39.

Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 49 años usuarias de métodos anticonceptivos según tipo de método 2014.



Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Tabulados básicos.

Por grupos de edad, la diferencia en cuanto al uso de los distintos tipos de métodos anticonceptivos se acentúa, ya que en las adolescentes (15 a 19 años) y las jóvenes (20 a 24 años) usuarias, el uso de métodos anticonceptivos definitivos es marcadamente menor; es decir, que solo 1.4 por ciento de las adolescentes usuarias utilizó la oclusión tubaria bilateral (OTB) y el 12.5 por ciento de las jóvenes de 20 a 24 años utilizó tanto la OTB como la vasectomía. Conforme avanza la edad, se percibe un incremento en la utilización de estos métodos, alcanzando su mayor proporción de uso en las mujeres de 40 a 44 años y de 45 a 49 años con 77.4 por ciento y 85.5 por ciento respectivamente.

El comportamiento del uso de métodos por grupos de edad se modifica cuando hablamos de tipos de métodos no definitivos, como los métodos hormonales y no hormonales, ya que las adolescentes (15 a 19 años) usuarias de este tipo de métodos representan 94.7 por ciento, seguidas de las jóvenes (20 a 24 años) usuarias de estos métodos con un 82.3 por ciento.

Para las edades de entre 40 a 44 años y 45 a 49 años estas proporciones disminuyen considerablemente, con 19.8 y 11.8 por ciento respectivamente. Derivado de esta información, podemos dar cuenta de que el uso de métodos reversibles entre las mujeres más jóvenes es debido a la falta de cumplimiento de metas con respecto a su número ideal de hijos y que por ello buscan únicamente el control y espaciamiento de los mismos a lo largo de su vida reproductiva. Para el caso de las mujeres en edades más avanzadas, el comportamiento puede deberse a que muchas de ellas han cumplido con el número ideal de hijos o por diversos factores endógenos como enfermedades de índole reproductiva que hacen no necesario el uso de métodos anticonceptivos para el control de la natalidad.

Tabla 16.
**Distribución porcentual por tipo de método utilizado
según grupo quinquenal de edad, 2014.**

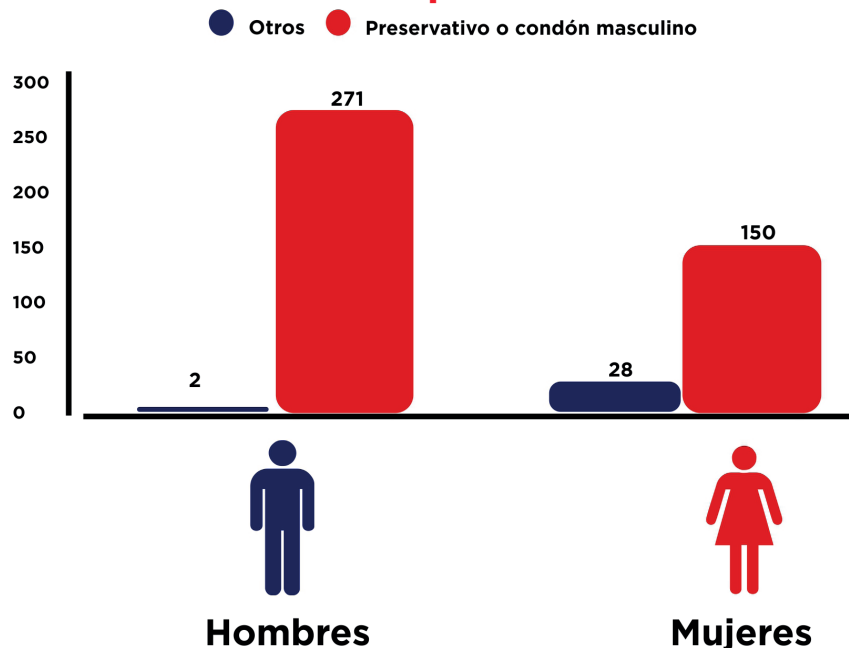
Grupo quinquenal de edad	Tipo de método anticonceptivo utilizado				
	Oclusión Tubaria Bilateral	Vasectomía	Hormonales	No Hormonales	Solo tradicionales
15 a 19	1.4	0.0	33.3	61.4	3.9
20 a 24	10.8	1.7	33.5	48.8	5.2
25 a 29	19.7	2.5	33.0	41.4	3.4
30 a 34	39.8	4.9	17.9	33.2	4.2
35 a 39	58.0	6.3	12.5	21.0	2.3
40 a 44	69.4	8.0	5.9	13.9	2.8
45 a 49	78.6	6.9	1.5	10.3	2.6

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Tabulados básicos.

Lo anterior, también se ratifica en la encuesta realizada a finales de 2017, donde el método anticonceptivo utilizado mayoritariamente, en la primera relación sexual, por el 93% de la población adolescente (hombres y mujeres) es el condón masculino. De ese porcentaje el 60% es de los hombres y el 33% de las mujeres. El .06 % de las mujeres usa otro método como inyección, parche y pastillas. Las mujeres, al estar supeditadas a la aceptación del varón para utilizar el condón, socava su autonomía y las ubica en una posición vulnerable en torno a ITS y VIH Sida.

Gráfica 40.

Método utilizado en la primera relación sexual.

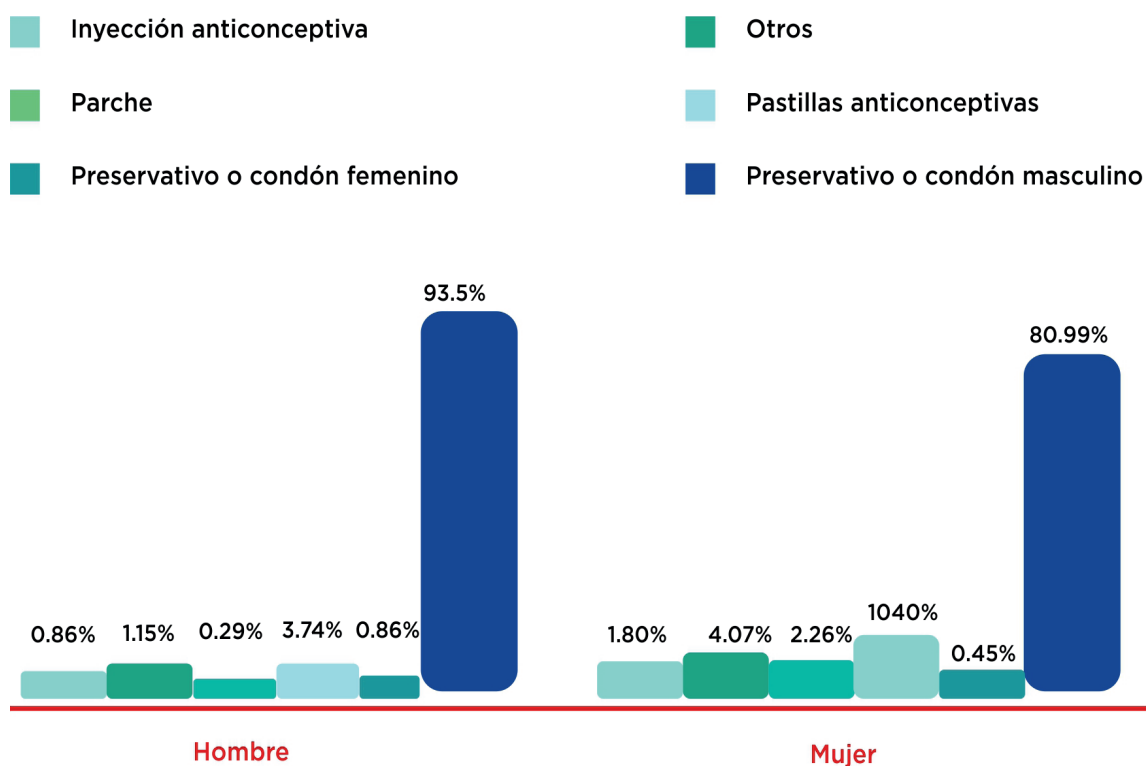


Fuente: Encuesta de monitoreo de percepción entre grupo de adolescentes de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), ICHMUJERES 2017.

En las relaciones de pareja, aunque se incrementan los métodos anticonceptivos como las pastillas o parche, el condón masculino sigue siendo el método más utilizado.

Gráfica 41.

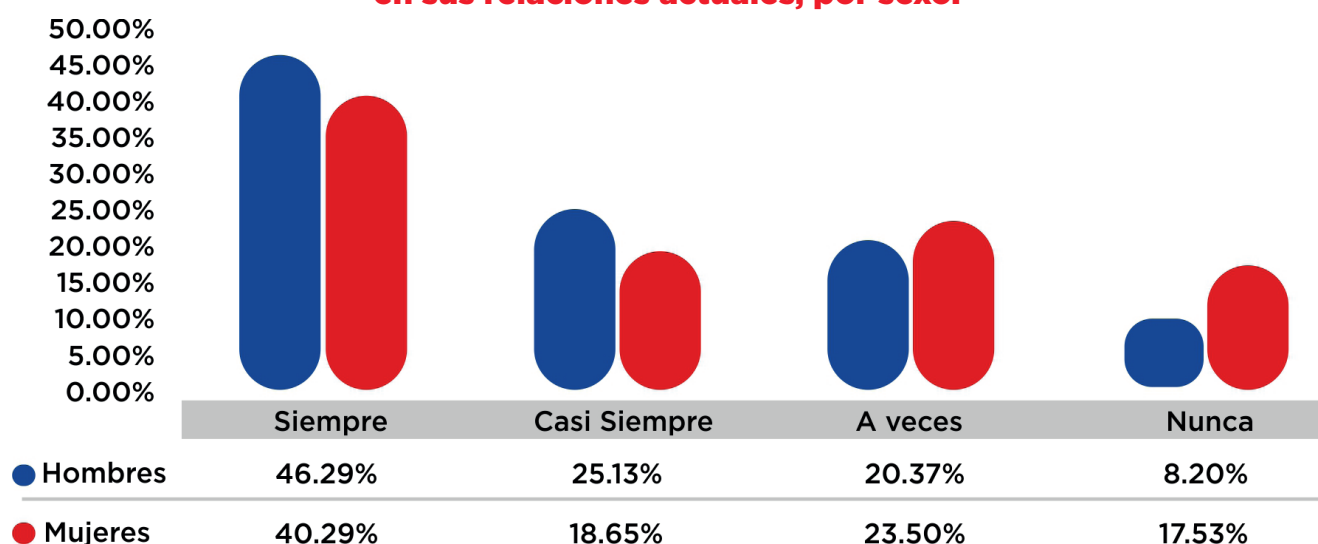
Método anticonceptivo más usado en las parejas que se protegen.



En el ejercicio de la vida sexual actual, el 46.29% de los hombres se protegen “siempre”, mientras que el 40.29% de las mujeres lo hacen. Existe una brecha de género en el uso de anticonceptivos. El 25.13% de los hombres los usan “casi siempre”, mientras que sólo el 18.65% de las mujeres actúan así. El 20.37% de hombres se protege a veces, mientras que el 23.5% de las mujeres lo hace en estos términos. Se comienza a invertir la diferencia y más mujeres se protegen “a veces”. La brecha se agranda en la frecuencia “nunca” en desventaja para las mujeres, porque el 17.53% nunca usa métodos anticonceptivos.

Gráfica 42.

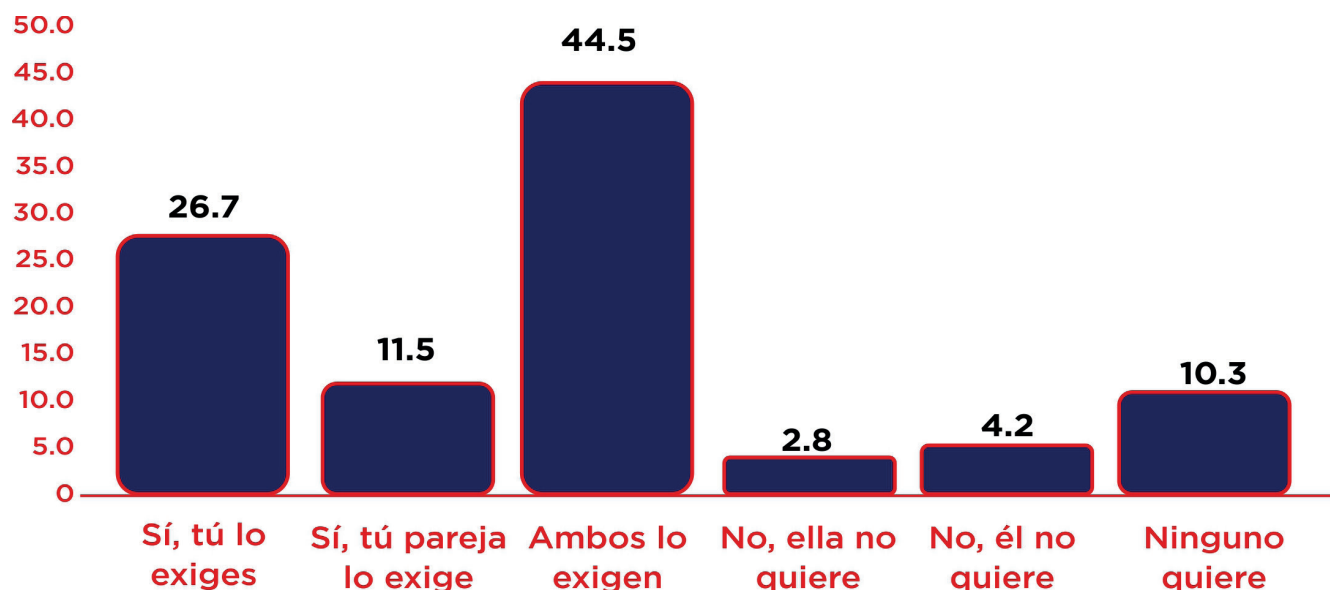
Frecuencia en el uso de métodos anticonceptivos en sus relaciones actuales, por sexo.



La información coincide con los resultados del Diagnóstico Prospectivo para Detectar las Causas del Embarazo en Adolescentes en los municipios de Chihuahua, Juárez, Cuauhtémoc y Delicias, en el cual, respecto al uso del condón, 26.7% de los/las adolescentes afirman que le exigen a la pareja que lo utilice, mientras que en el 44.5% de los casos esto es una exigencia que hacen ambos. Los porcentajes de exigencia son elevados, sin embargo, el uso del condón no se da de manera sistemática. Únicamente el 43.8% de las parejas adolescentes sexualmente activas utilizan el condón de forma sistemática, mientras que el resto no. Algunas parejas sustituyen el condón con otros métodos anticonceptivos, y otras simplemente no se protegen.

Gráfica 43.

De quienes han tenido actividad sexual, ¿Utilizan o han utilizado condón?



Dependiendo de la plaza,
“Exigencia del uso del condón entre parejas
sexualmente activas”

Plaza	Tú le exiges	Tú pareja lo exige	Ambos lo exigen	No, ella no quiere	No, él no quiere	Ninguno quiere	Total
Chihuahua	24.3%	8.6%	50.0%	1.4%	4.3%	11.4%	100%
Juárez	20.3%	12.4%	49.7%	3.4%	4.0%	10.2%	100%
Cauhtémoc	38.9%	15.6%	28.9%	3.3%	5.6%	7.8%	100%
Delicias	32.8%	6.6%	45.9%	3.3%	3.3%	8.2%	100%

Dependiendo si se trata de zona urbana o rural,
“Exigencia del uso del condón entre parejas
sexualmente activas”

Zona	Tú le exiges	Tú pareja lo exige	Ambos lo exigen	No, ella no quiere	No, él no quiere	Ninguno quiere	Total
Rural	27.1%	11.4%	44.3%	3.0%	4.3%	9.9%	100%
Urbana	21.9%	15.6%	44.8%		3.1%	15.6%	100%

Dependiendo del sexo, “Exigencia del uso del condón entre parejas sexualmente activas”

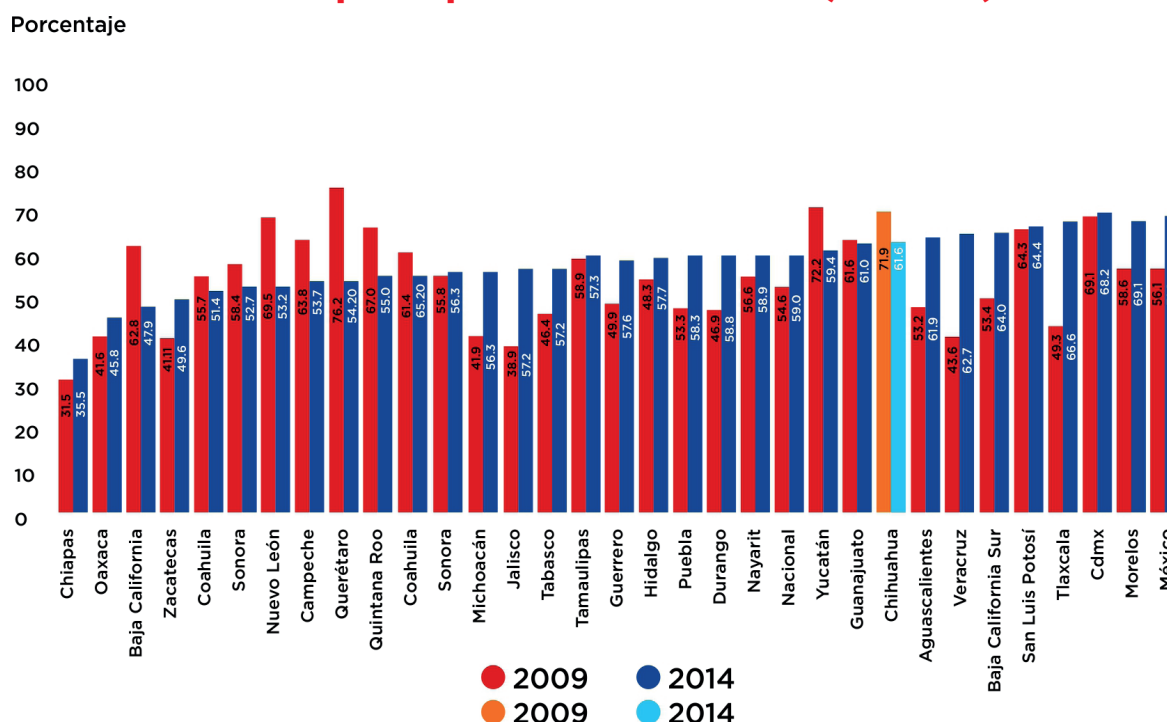
Sexo	Tú le exiges	Tú pareja lo exige	Ambos lo exigen	No, ella no quiere	No, él no quiere	Ninguno quiere	Total
Mujer	29.9%	10.3%	40.2%	1.5%	6.4%	11.8%	100%
Hombre	24.2%	13.0%	48.4%	4.2%	0.9%	9.3%	100%

Fuente: Diagnóstico Prospectivo para Detectar las Causas del Embarazo en Adolescentes en los municipios de Chihuahua, Juárez, Cuauhtémoc y Delicias, ICHMUJERES, 2012.

Como podemos observar, el más reciente monitoreo alerta en cuanto al uso de manera consistente de métodos anticonceptivos por las y los adolescentes, sigue disminuyendo. **La ENADID 2014, arrojó una prevalencia anticonceptiva en las adolescentes de 71.9% en Chihuahua para el año 2009 contra 54.6% de la República Mexicana.** En la encuesta aplicada en el año 2014 esta cifra disminuye 10 puntos porcentuales ubicándose en 61.6% contra 59% en la media nacional (CONAPO, 2017). **Resalta la drástica disminución del uso de métodos anticonceptivos en las adolescentes en Chihuahua que puede explicar cómo las cifras de embarazo en esta edad se han incrementado.**

Gráfica 44.

Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos por entidad federativa (CONAPO).



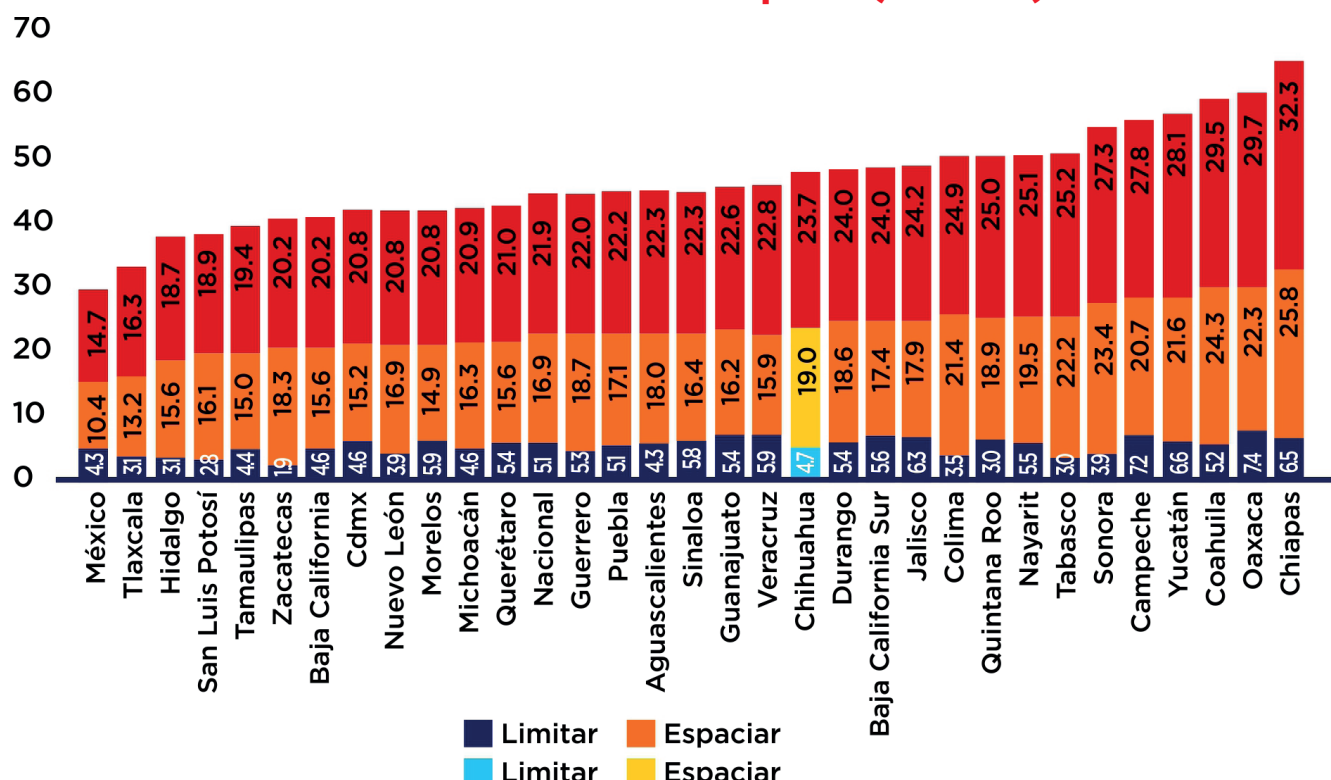
Aunque no se posee el dato de la participación masculina en la prevalencia anticonceptiva específicamente de las MEFSA (Mujeres en Edad Fértil Sexualmente Activas) adolescentes, se cuenta con el dato general. La participación masculina pasó del 17.7% en 2009 a 17.4% en el 2014. Al comparar esta cifra con el dato nacional (18.0%) se puede apreciar que la entidad está ligeramente por debajo de la cifra nacional; lo sobresaliente de los datos anteriores es la evidente brecha entre hombres y mujeres. Las mujeres tienen una prevalencia anticonceptiva del 80.3% en el 2009 y de 76.4% en el 2014 (CONAPO, 2017). Nuevamente, es de especial interés en el tema que nos ocupa, que **la prevalencia anticonceptiva va a la baja y la indiscutible brecha de género del 59.1%**. Se percibe con certeza un amplio campo de oportunidades para el Programa Especial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes.

Un aspecto importante que potencia la prevención de los embarazos en las adolescentes es la demanda insatisfecha de anticonceptivos. En el caso de nuestro país, se cuenta con un 10.9 de porcentaje de MEFSA que presentan insatisfacción en la demanda para acceder a anticonceptivos a partir de las estimaciones que hace el CONAPO con base en la ENADID 2014. Nuestra entidad cuenta con la fortaleza de estar por debajo de la media nacional (10.9%) con una cifra de 9.8% en el total de la población. Sin embargo, el análisis debe ser más puntual, puesto que al desglosar la insatisfacción de material anticonceptivo por grupos etarios, se localiza una alta demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos entre adolescentes y jóvenes (15-24 años).

El porcentaje nacional es de 21.9% y en Chihuahua es de 23.7% de demanda insatisfecha de anticonceptivos; este último representa más del doble de inaccesibilidad a la anticoncepción por parte del grupo de interés del PEPEACH. Esto evidencia la carente accesibilidad que tienen las adolescentes a los métodos anticonceptivos y de la innegable necesidad de brindarles entrada a éstos desde una edad temprana, a través de las estrategias que se diseñen por el PEPEACH.

Gráfica 45.

Porcentaje de mujeres de 15 a 24 años sexualmente activas con necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos (CONAPO).

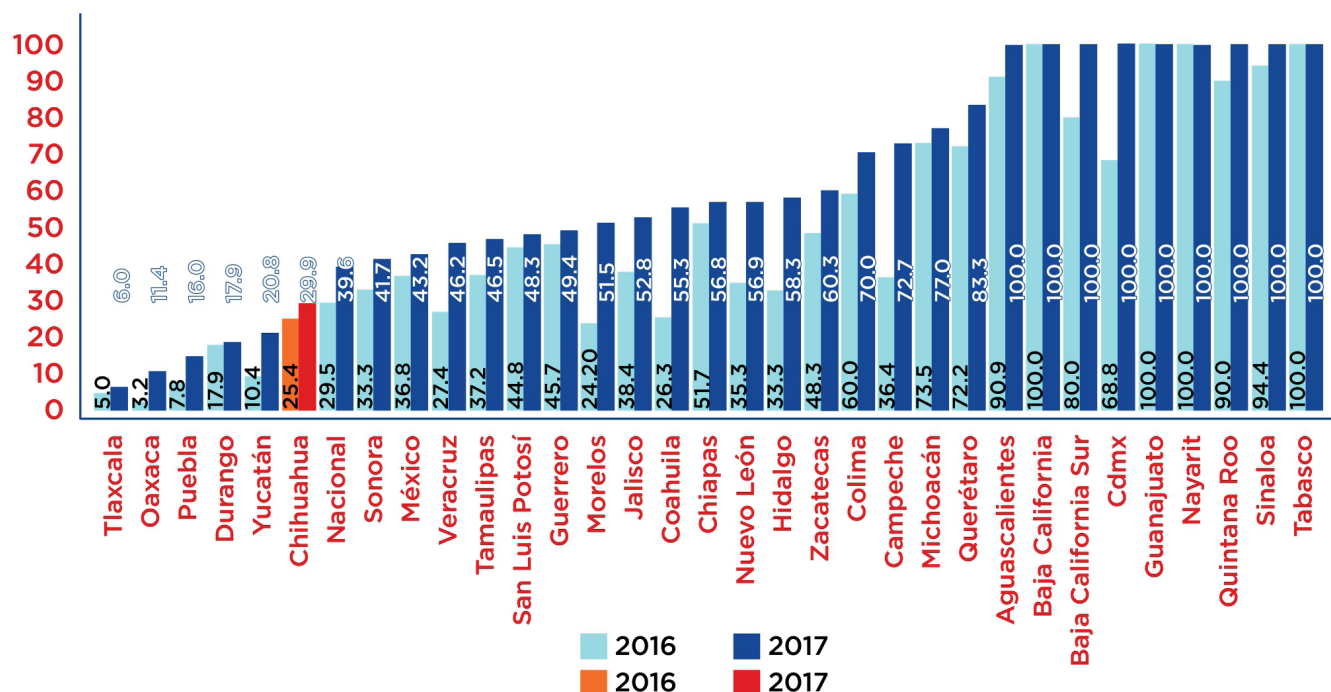


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014.

Es importante mencionar que el estado de **Chihuahua se encuentra entre las entidades federativas con menor porcentaje de municipios con al menos un servicio específico para adolescentes que otorgue un paquete básico de servicios de salud sexual y reproductiva**, como se mide a continuación.

Gráfica 46.

Porcentaje de municipios con al menos un servicio específico para adolescentes que otorgue un paquete básico de servicios de salud sexual y reproductiva (orientación, consejería y dotación de métodos anticonceptivos modernos) 2016-2017, (CNEGSR).



Fuente: Sistemas oficiales de información de las instituciones.

*/. Servicios Estatales de Salud que reportan al CNEGSR un total de 1,864 Servicios Amigables operando en el Programa de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Reporte 2017 al mes de junio, solo Secretaría de Salud.

La opción para dar respuesta a esta necesidad está en los servicios amigables y específicos para adolescentes, ya que en éstos pueden encontrar oportunidades para cuidar su salud. **Los Servicios Amigables para Adolescentes, son servicios diferenciados y especializados en las unidades de Salud, teniendo para su operación equipos de salud multidisciplinarios.** Al cierre de 2016 se contaba con 29 servicios amigables registrados a nivel federal, sin embargo, para septiembre de 2017 se cuenta con 33 (en algunos municipios se tienen dos servicios, por ello la variación con el dato federal). Cabe señalar, que estos deben contar con criterios de calidad para el proceso de nominación y de tal manera ser acreditados por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR). A la fecha son tres Jurisdicciones Sanitarias que se encuentran en proceso de Nominación de Servicios Amigables: 1. Jurisdicción Sanitaria II- Juárez, 2. Jurisdicción Sanitaria III - Parral, 3. Jurisdicción Sanitaria IV - Cuauhtémoc.

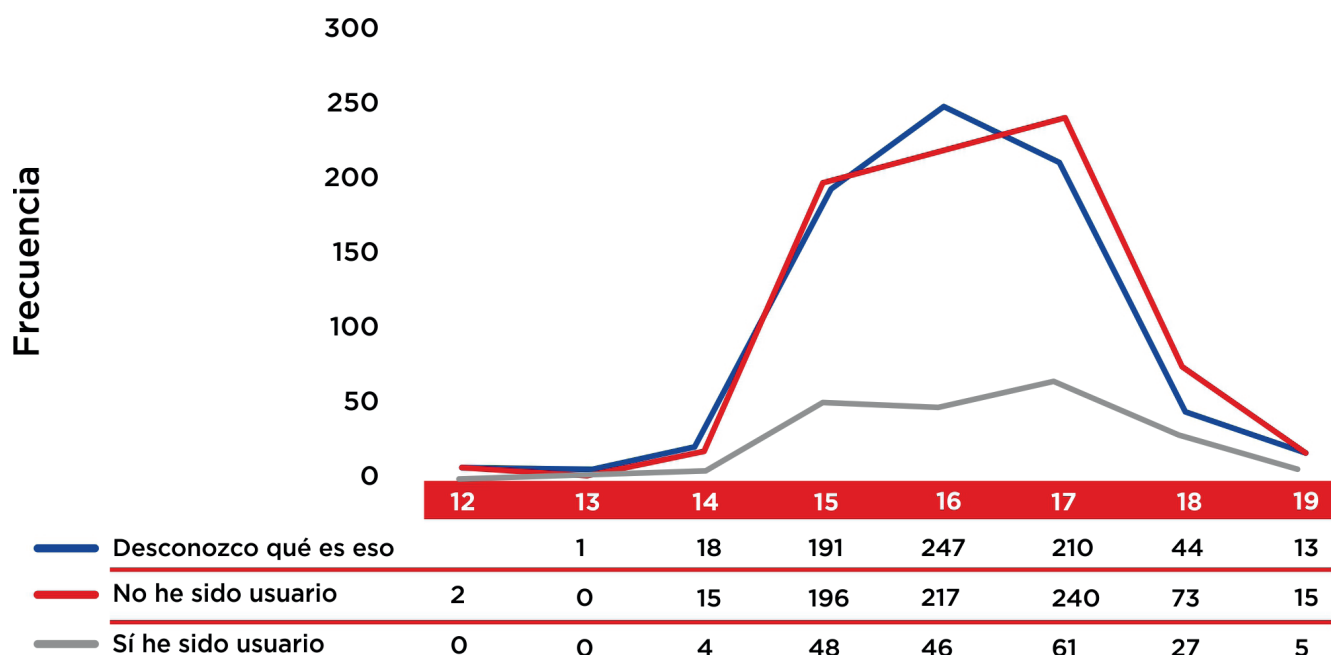
A través de estos servicios amigables, **se ha capacitado a personas adolescentes en temas de salud sexual y reproductiva, tanto en zonas urbanas como rurales, con la intención de que generen acciones de promoción en salud sexual y reproductiva entre sus pares, madres, padres y personas cuidadoras** entre otras.

“Los servicios amigables desarrollados por las diferentes instituciones de salud no han compartido criterios e indicadores mínimos, no se han apegado necesariamente a la evidencia internacional existente sobre la efectividad de los diferentes componentes, y su efectividad no ha sido evaluada rigurosamente. Los esfuerzos se han centrado en las unidades de primer nivel y no han incluido a las del segundo nivel de atención (especialmente post-evento obstétrico) a escuelas y a otros centros. **Una carencia importante ha sido la falta de inclusión de las farmacias en los programas, a pesar de que son la principal fuente donde la población adolescente se abastece de métodos anticonceptivos.** El marco legal vigente es insuficientemente conocido por las y los prestadores de servicio, lo que ocasiona que no se ofrezcan los servicios y se violente el principio de confidencialidad al permitir o exigir la presencia de los padres y/o madres” (ENAPEA, 2015, pág. 61).

En los estudios realizados por el ICHMujeres, se hace visible el desconocimiento que la población adolescente tiene sobre los Servicios Amigables que ofrece el sector salud. El 43.27% de las y los adolescentes no conocen qué son los servicios de salud amigables, el 45.3% no ha sido usuario, solo el 11.41% lo ha hecho. Estos datos son alarmante pues hace visible la falta de difusión de los servicios que este sector brinda a la población adolescente. El lugar donde se enteraron los informantes que sí conocen de los servicios son, el 55% en la escuela, el 15% en la casa, el 25% no sabía de su existencia y el 4% con sus amigos y amigas.

Gráfica 47.

Uso de los Servicios de Salud Amigables del Sector Salud, por edad.

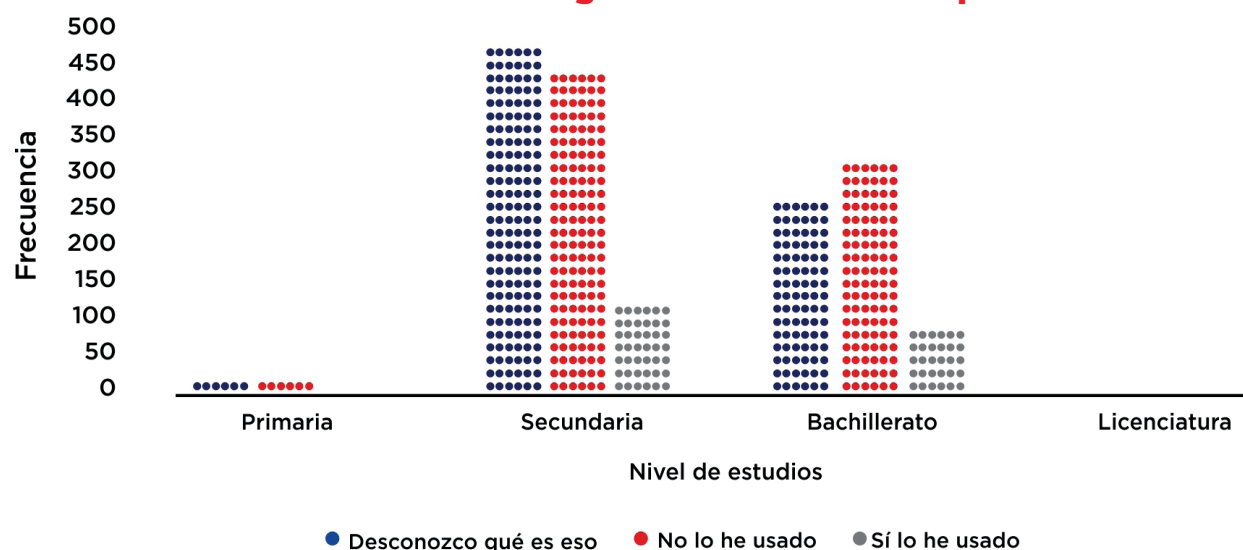


Edad

Fuente: Encuesta de monitoreo de percepción entre grupo de adolescentes de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), ICHMUJERES 2017.

Gráfica 48.

Uso de los servicios de salud amigables del sector salud por escolaridad.



Fuente: Encuesta de monitoreo de percepción entre grupo de adolescentes de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), ICHMUJERES 2017.

Lo anterior hace imperante la necesidad no solo de ampliar y mejorar los servicios amigables sino también de difundirlos y sobretodo generar estrategias entre el Sector Salud con los otros sectores como el educativo, social y rural, para que estos servicios sean promovidos tanto en el sector escolarizado como el no escolarizado.

6.2.5 Inicio temprano de la vida sexual.

Un factor preponderante en la vida de las personas es el inicio de la vida sexual. Hacerlo a una edad temprana o tardía desencadena consecuencias a corto, mediano o largo plazo. A partir de este fenómeno se condicionan actividades como la asistencia a la escuela, el uso del tiempo libre, la participación en alguna actividad económica, entre otras, que incidirán en el desarrollo y calidad de vida de la persona **(CONAPO, 2017).**

Por ello es importante conocer la edad en que las mujeres en Chihuahua inician su vida sexual y establecer comparaciones con el promedio nacional. Según el CONAPO la edad mediana a la primera relación sexual de las mujeres se sintetiza en la tabla 17:

Tabla 17.
Edad Mediana a la primera relación sexual de las mujeres.

	ENADID 2009	ENADID 2014
Chihuahua	17.4	17.2
República Mexicana	18.0	17.7

Construcción propia a través de la ENADID 2009 y ENADID 2014

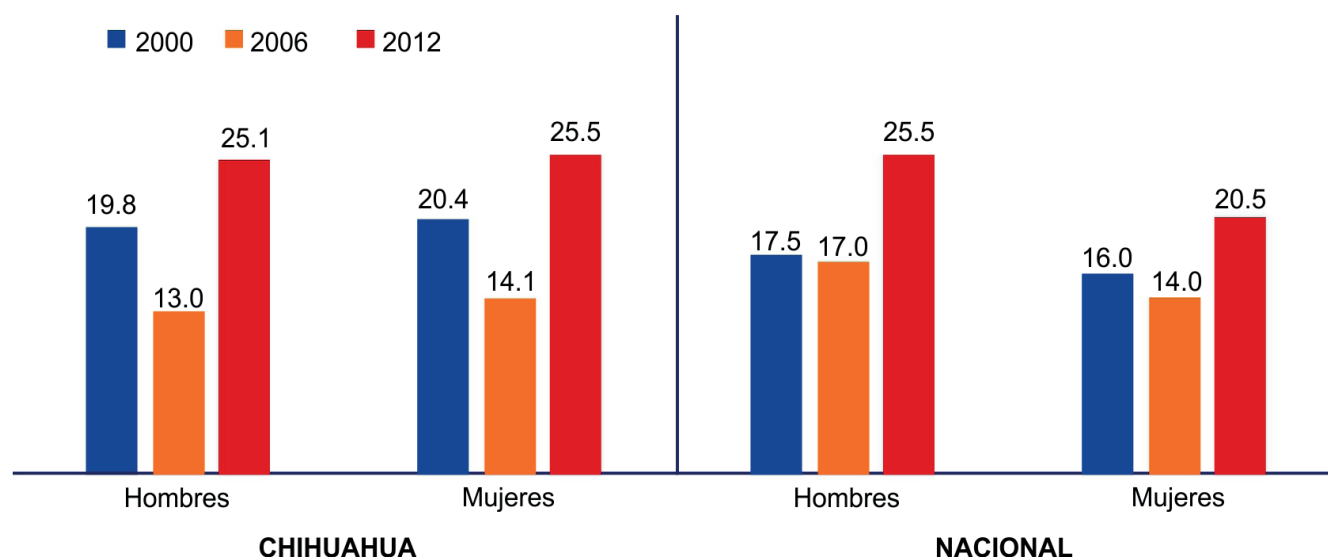
La tabla 17 muestra también el descenso de la edad en la que las mujeres ingresan a la vida sexual activa. El 11% de las mujeres adolescentes y el 6% de los varones inician su vida sexual en la adolescencia temprana, antes de los 15 años (UNICEF, 2015).

En Chihuahua, según la Encuesta Nacional de Salud en Escolares llevada a cabo en el 2008, **el porcentaje de adolescentes de 12 años o más en escuelas secundarias que ya han iniciado su vida sexual es de 5.5%**, mientras que el 3.8% a nivel nacional lo ha hecho (UNICEF, 2015).

Si se considera un grupo etario más amplio, entre los 12 y 19 años, el porcentaje de quienes habían iniciado su vida sexual es de 25.3% (25.1% hombres y 25.5% mujeres) en Chihuahua, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012. Porcentajes arriba de la media nacional sobre todo en las mujeres (20.5%) (UNICEF, 2015) en el mismo periodo temporal. Es decir, **existe en Chihuahua más alto porcentaje de mujeres que entre los 12 y los 19 años han iniciado su vida sexual, lo que representa un factor de riesgo para el embarazo en adolescentes.**

Gráfica 49.

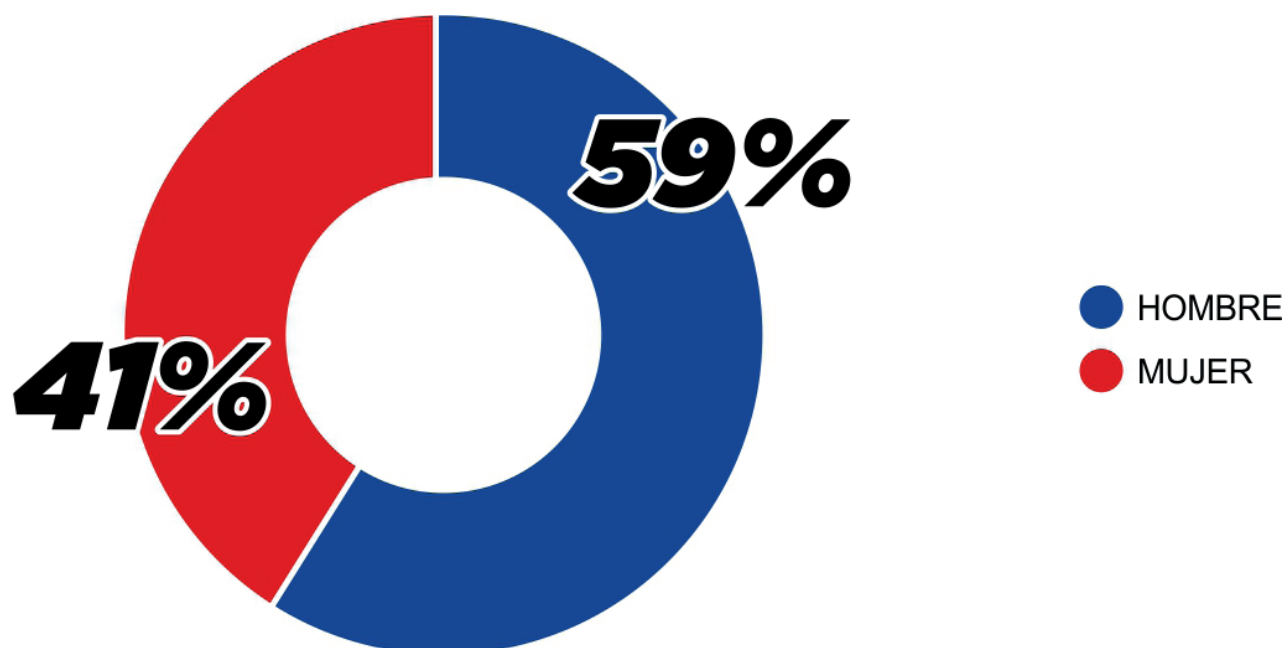
Porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años que iniciaron su vida sexual, según sexo. Chihuahua y Nacional 2000, 2006 y 2012.



Fuente: UNICEF (2015) con datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012

Se genera otro dato alarmante en cuanto a que continúa en descenso el inicio de la vida sexual en el grupo etario de 12 a 19 años: para 2012, como se observa en la gráfica anterior una cuarta parte de las y los adolescentes iniciaron su vida sexual antes de los 20 años. En la reciente investigación hecha por el Instituto Chihuahuense de las Mujeres, se observa que del total de personas encuestadas un 38% ha iniciado su vida sexual. De ese total 41% son mujeres y 59% hombres.

Gráfica 50.
Vida sexual activa por sexo.

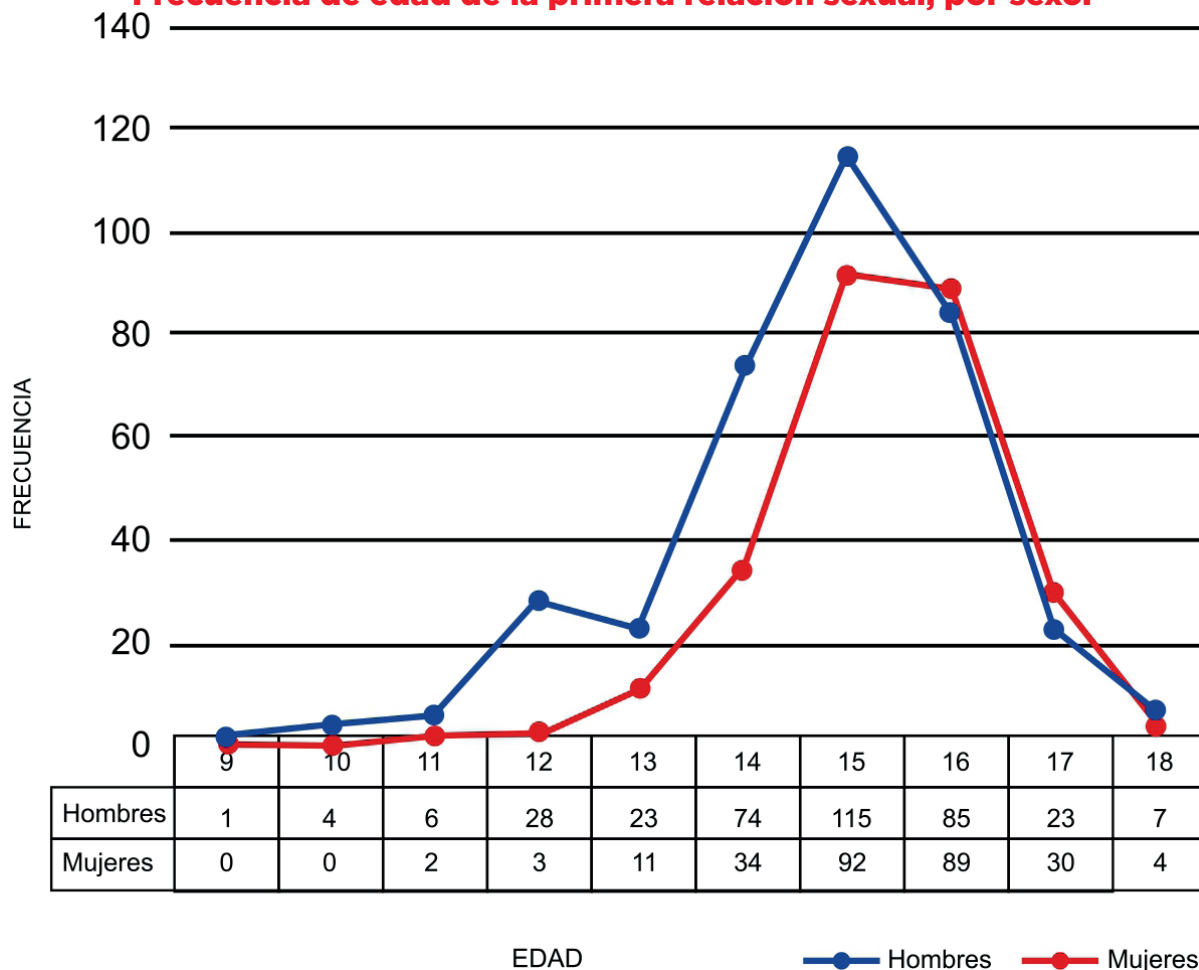


Fuente: Encuesta de monitoreo de percepción entre grupo de adolescentes de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), ICHMUJERES 2017.

En información ofrecida por las y los respondientes, se pueden apreciar rasgos de la cultura de género: un 59% de quienes tienen vida sexual activa, son hombres y el 41% son mujeres. Se abre una brecha entre el ejercicio sexual de 18%. La actividad sexual en el momento de la encuesta indica una mayor actividad sexual entre las personas de 15 a 18 años. Mientras que el 15% de los hombres de 15 años comenta que tiene vida sexual, el 13% de las mujeres lo afirma; el 29% de los hombres lo declara a los 16 años, luego el 36% a los 17; las mujeres el 27% de la población total a los 16 años y el 42% a los 17.

Gráfica 51.

Frecuencia de edad de la primera relación sexual, por sexo.

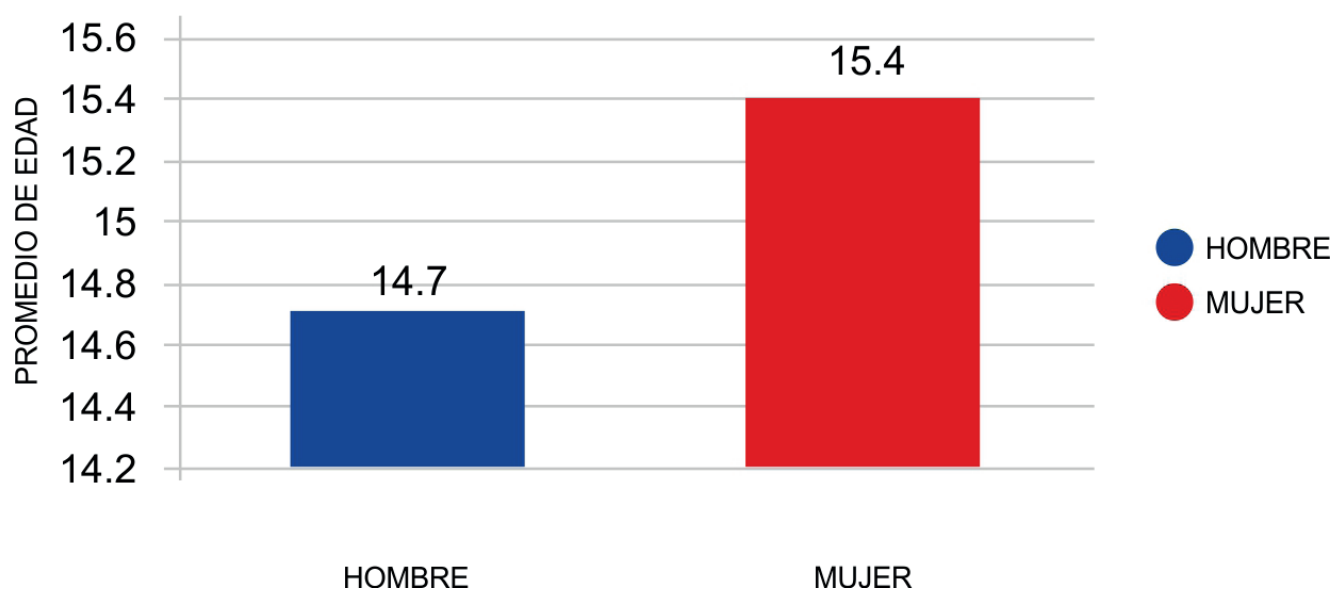


Fuente: Encuesta de monitoreo de percepción entre grupo de adolescentes de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), ICHMUJERES 2017.

Otro aspecto que va en descenso es la edad de inicio de vida sexual: los hombres en promedio inician a los 14.7 años y las mujeres a los 15.4. Aunque existen casos de respondientes hombres que informan que desde los 9 años iniciaron su vida sexual. Son 11 casos de 366 lo que representa un 3% de la población los que iniciaron su vida sexual antes de los 12 años. En el caso de las mujeres, las encuestadas menores de 12 años que informaron su inicio a la vida sexual antes de los 12 años son 2 de 265 por lo que el porcentaje es menos del 1%. Las menores de 15 años resultaron ser un 18% quienes iniciaron su vida sexual.

Gráfica 52.

Edad promedio en la primera relación sexual.

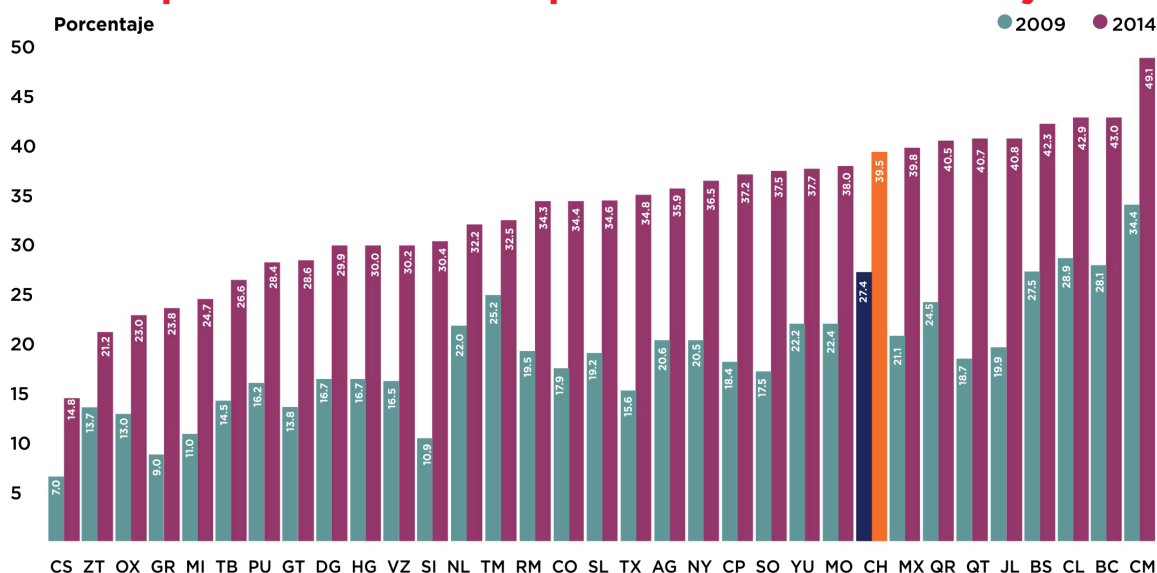


Fuente: Encuesta de monitoreo de percepción entre grupo de adolescentes de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), ICHMUJERES 2017.

Dos aspectos resultan preocupantes: el inicio temprano de su vida sexual y la ausencia de uso de anticonceptivos. Es decir, **una significativa cantidad de mujeres chihuahuenses tiene su primera relación sexual durante la adolescencia, a la par, un alto porcentaje de mujeres no hacen uso de métodos anticonceptivos en su primera relación sexual. La gráfica 15 realizada por CONAPO (2017)** muestra un crecimiento de 12.1 puntos porcentuales entre 2009 y 2014 en el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual por las mujeres chihuahuenses (en todas las edades), que en ambas encuestas estuvo por arriba de la media nacional. Sin embargo, es insuficiente toda vez que un 60% de las mujeres no usan anticonceptivos en su primera experiencia sexual, lo que se traduce en el incremento de probabilidades de embarazos no deseados en la adolescencia. La problemática social que nos atañe, y que experimentan las jóvenes con las consecuencias ya mencionadas a lo largo de este documento.

Gráfica 53.

Porcentaje de mujeres en edad fértil que hicieron uso de métodos anticonceptivos en su primera relación sexual por entidad federativa 2009 y 2014.



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009 y 2014

La tabla 18 muestra también cómo se avanza en el proceso de utilización de los métodos anticonceptivos en la primera relación sexual. En los grupos etarios más jóvenes, se ha incrementado el uso de anticonceptivos en su primera experiencia sexual. Hay que reconocer el camino andado, sin embargo, no es motivo de conformidad.

Tabla 18.

Porcentaje de mujeres en edad fértil que usó métodos anticonceptivos en la primera relación sexual por características seleccionadas, 2009 y 2014.

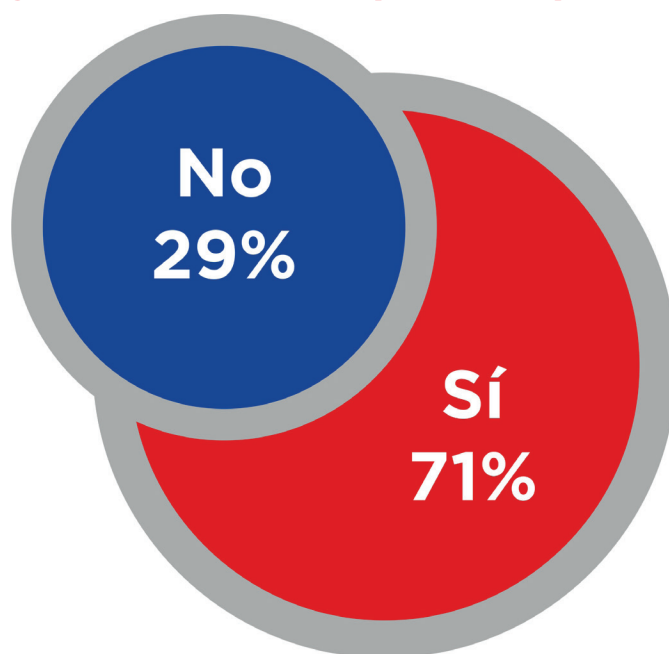
Características seleccionadas	2009	2014
Total	27.4	39.5
Grupos de edad		
15-19	50.9	68.7
20-24	45.0	59.1
25-29	35.3	54.4
30-34	24.8	38.2
35-39	21.0	28.5
40-44	15.7	27.5
45-49	16.4	17.0
Nivel de escolaridad		
Primaria o menos	6.1	16.8
Secundaria	20.1	34.3
Preparatoria o más	42.9	54.6
Lugar de residencia		
Rural	10.5	21.2
Urbana	29.9	42.4

Fuente: Estimaciones de CONAPO con base en la ENADID 2009 y 2014

Este avance en el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual en el grupo de edad de 15 a 19 años se confirma en la reciente investigación 2017, donde el 71% de las y los adolescentes se protegieron en su primera relación sexual.

Gráfica 54.

Utilización de algún método anticonceptivo en la primera relación sexual.



Como se observa se ha prosperado en la utilización de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, sin embargo, el reto es la consistencia en el uso de ellos. Reiterando, en Chihuahua el 70% utiliza algún método en la primera relación sexual, pero en las subsecuentes, en promedio, solo se protege un 43% de las y los adolescentes. La meta federal es que para este 2018 el uso consistente sea 71.5%, por lo que actualmente se presenta una brecha de 28.5 puntos porcentuales.

Gráfica 55.

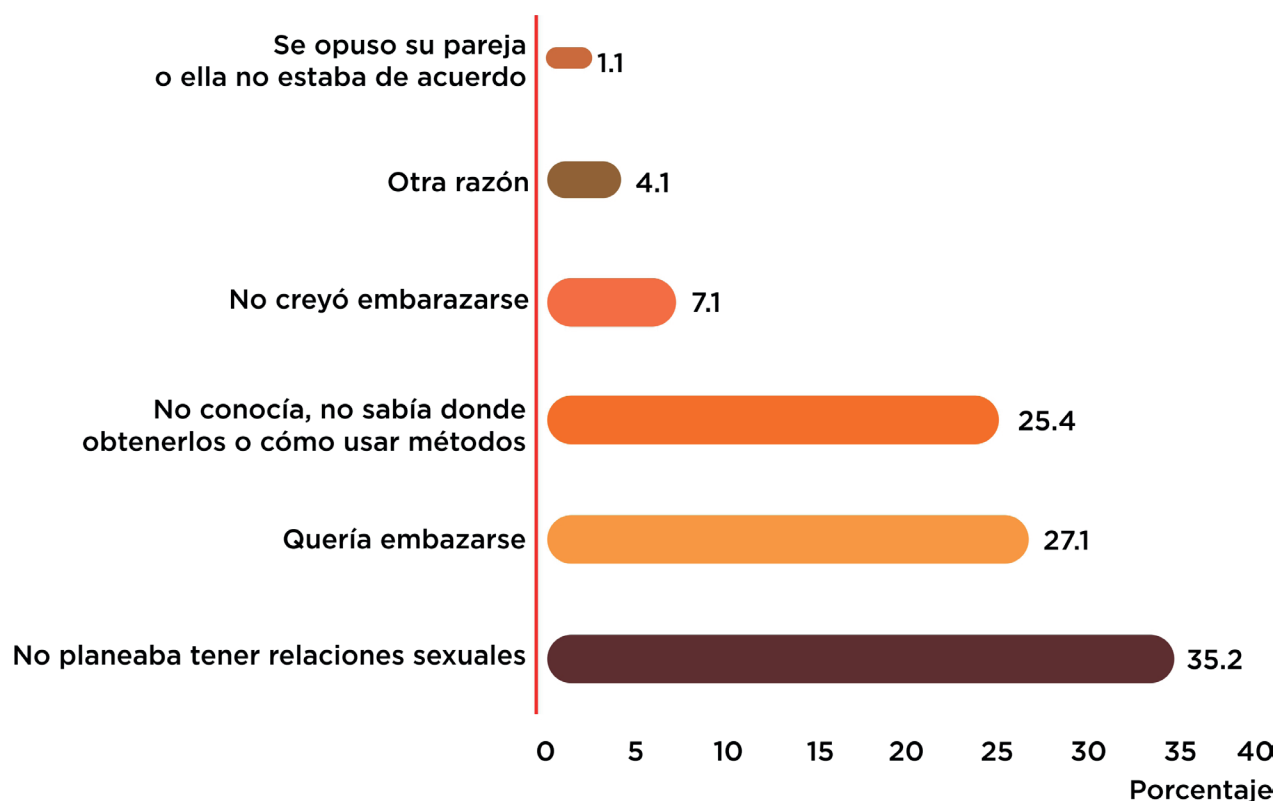
Meta en el uso consistente de métodos anticonceptivos en niñas, niños y adolescentes de 12 a 19 años (INSP).



Una pregunta recurrente implica las razones que exponen las personas para no utilizar algún método anticonceptivo. La gráfica 16 nos muestra las respuestas que se brindaron a través de la ENADID 2014, con respecto a este cuestionamiento. Es importante señalar que estas respuestas incluyen a mujeres de todos los grupos de edad.

Gráfica 56.

Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil por razones de no uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual.

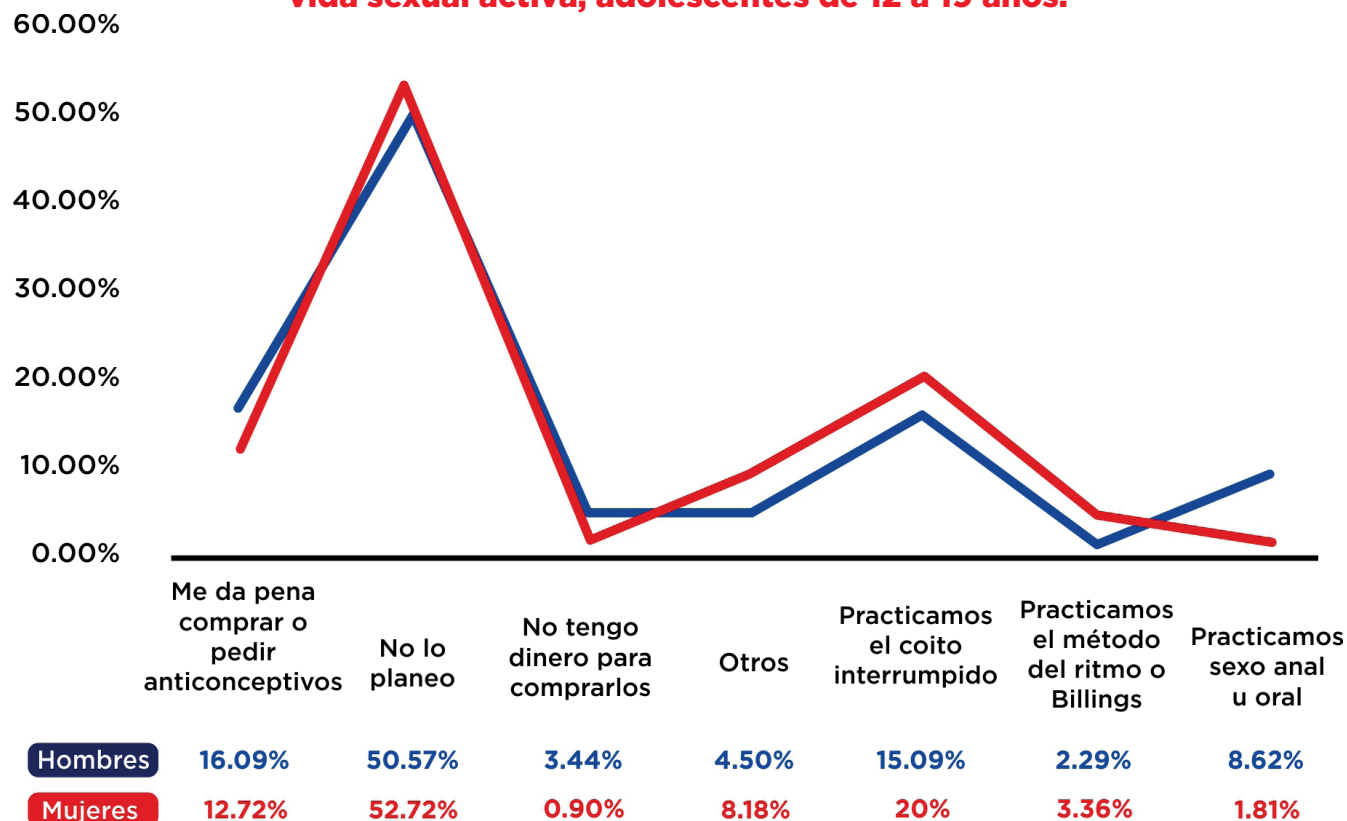


Fuente: Estimaciones CONAPO (2017) a partir de la ENADID 2014

En la encuesta dirigida a las y los adolescentes de entre 12 y 19 años, las razones que exponen por las que no se protegieron en esa ocasión específica que fue su primer encuentro sexual: la mayor frecuencia es que no planeaban tener relaciones sexuales (ni hombres ni mujeres, siendo mínima la diferencia entre unos y otros). Luego, otras razones que no se especificaron. Se observa que todavía un 4.20% de los hombres y un 1.58% de las mujeres no conocían métodos anticonceptivos, también que casi un 8% de respondientes querían tener un bebé (3.7% hombres y 4.23% mujeres). Nuevamente la influencia de la cultura de género en que se magnifica la maternidad originando expectativas en las adolescentes de tener mayor jerarquía social al ser madres. **La maternidad prevalece como fin primordial en la vida de muchas mujeres, dando sentido a su existencia.**

Gráfica 57.

Razón común por la que no se protegen en sus relaciones sexuales quienes tienen vida sexual activa, adolescentes de 12 a 19 años.

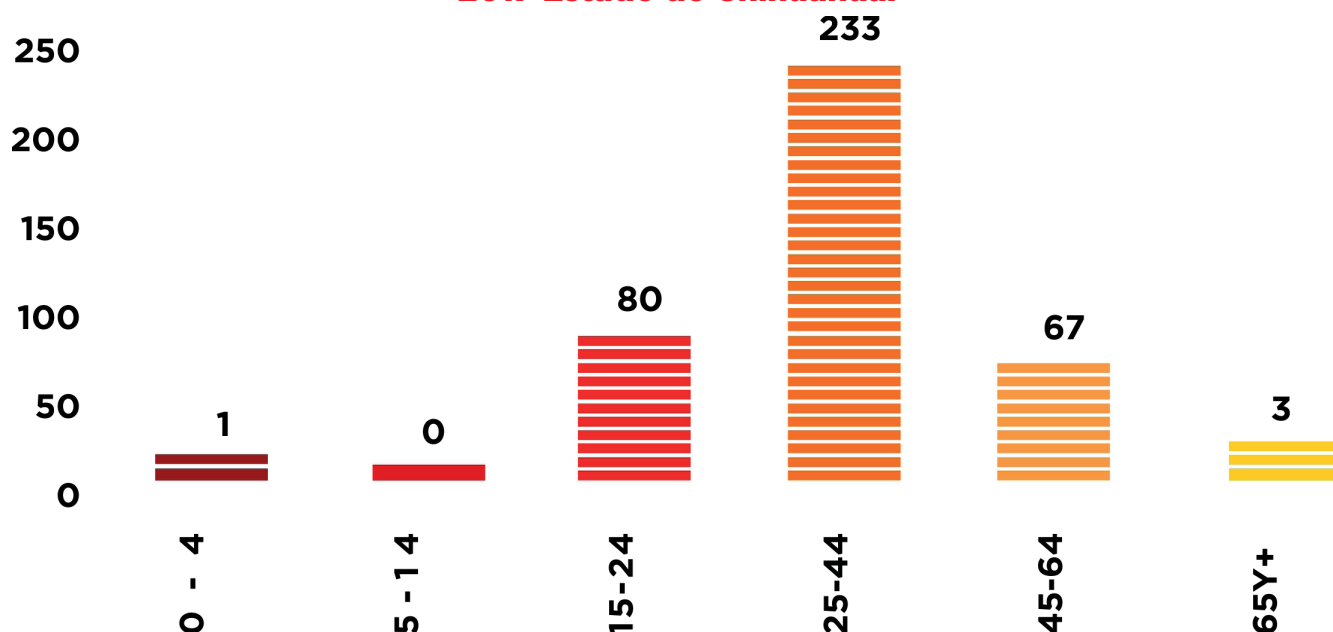


Fuente: Encuesta de monitoreo de percepción entre grupo de adolescentes de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), ICHMUJERES 2017.

El método más usado por las MEF de Chihuahua en su primera relación sexual es el condón. Sin embargo, presenta algunas problemáticas: su uso se realiza de manera ocasional, no sistemática; y se han construido mitos en torno al mismo. Su uso más bien esporádico, ha desencadenado una problemática colateral, que en la ENAPEA se contempla, al establecer indicadores que implican la prevalencia del SIDA en la población.

“En Chihuahua, en 2012 la incidencia del SIDA fue de 0.29 entre los 10 y 14 años (mayor que la nacional de 0.11) y de 1.82 (por encima del 1.34 nacional) entre los 15 y 19 años (6 casos). En 2013 no se presentaron casos nuevos entre los 10 y 14 años (frente a una incidencia nacional de 0.11) ni entre la población de 15 a 19 años (nacional, 1.27)” (sic) (UNICEF, 2015, pág. 80).

Gráfica 58.
**Incidencia de VIH por grupo de edad
2017 Estado de Chihuahua.**



Fuente: Sistema de Información en Salud (SIS)

La incidencia de los grupos de edad de los 15 a 24 es del 21%, es decir, de cada 5 personas enfermas por el virus, una es joven. Si se considera que el tiempo que transcurre entre la infección y la detección es de aproximadamente 8 años, significa entonces que las personas diagnosticadas a los 24 años, pudieron haberse infectado entre los 14 y los 18 años, edad en la que se ubica la población meta del PEPEACH.

La Prevención de la infección por el VIH Sida, las ITS y la prevención del embarazo en adolescentes, son problemáticas afines en el origen. Se deben trabajar de manera coordinada para garantizar la salud sexual y reproductiva de las personas adolescentes.

Si existe un relativo conocimiento acerca de los anticonceptivos, surge el cuestionamiento sobre el alto nivel de embarazo no planeado en adolescentes en el estado de Chihuahua. Los análisis realizados por PEEPSIDA muestran que cada vez los jóvenes se encuentran activos sexualmente a etapas más tempranas. **En tercero de secundaria, el porcentaje de actividad sexual de acuerdo a los resultados de PEEPSIDA supera el 30%, mientras que ya para preparatoria se encuentra en cerca del 36% en términos globales (de primero, segundo y tercer grado); se calcula que antes de los 20 años se encuentran sexualmente activos cerca de la mitad de los y las jóvenes.** Análisis puntuales acerca de las causas profundas del embarazo precoz son difíciles de encontrar a nivel nacional y a nivel estado en Chihuahua no existen.

Tal y como lo encontró la UIESSA del IMSS después de varios años de investigación, no existen datos consistentes y continuos, que permitan un análisis acerca del embarazo precoz: «La Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud al Adolescente (UIESSA/ IMSS) después de 10 años de lograr cierta influencia en la investigación de adolescentes a nivel Latinoamérica y como pionero a nivel internacional se ha encontrado con la imposibilidad de encontrar bases de datos que hablen estadísticamente sobre dicho grupo, lo cual esta obra ha sido un trabajo muy escudriñado proporcionando lo más actual en información hasta los años 2000-2002 para México; con esto, se pretende advertir que dicho trabajo es pobre, en cuanto a la riqueza que puede aportar la información relevante a las y los jóvenes/adolescentes y que por las muestras de investigación científica elaborada por el equipo de UIESSA* sugiere exista información aún no explorada que puede inferir mucho más y a explotar la información concerniente.» (Fonseca, L. 2002). Algunas investigaciones realizadas respecto a la sexualidad de los adolescentes a nivel nacional y también algunas realizadas específicamente en el Estado de Chihuahua, muestran que los jóvenes inician de manera cada vez más temprana el ejercicio de su sexualidad, de manera que cerca del 32% de los jóvenes de secundaria se encuentran sexualmente activos (Investigación de Impacto sobre el PEEPSIDA en el Estado de Chihuahua, 2011), con un fuerte énfasis en segundo y tercer grado, y también con una incidencia mucho mayor en hombres, en relación a la encontrada en las mujeres.

Esta misma investigación de **PEEPSIDA muestra que cerca del 2% de las jóvenes de secundaria han tenido algún embarazo**, porcentaje que se incrementa en la etapa de preparatoria un casi 4 por ciento (Investigación de Sexualidad en el Colegio de Bachilleres #10 en el Estado de Chihuahua, PEEPSIDA 2011). La problemática del embarazo en adolescentes ha llevado a que algunas instituciones realicen análisis acerca de lo que está sucediendo. De esta manera, en el año 2008 **el IMSS Delegación Chihuahua llevó a cabo un estudio acerca de la sexualidad entre mujeres adolescentes, desde los 12 hasta los 19 años, ya que la institución detectó estar atendiendo embarazos y partos hasta en niñas de 11 años.**

En dicho estudio, el IMSS señala que el 55% de las adolescentes se encuentran activas sexualmente y considera que este es el principal motivo por el cual se da ese porcentaje de embarazos. A pesar de que existen algunas investigaciones sobre la sexualidad en Chihuahua y en particular la sexualidad de adolescentes escolarizados, no existen investigaciones que aborden las razones específicas, aún y cuando se ha dado un fuerte incremento en el acceso a la información, el conocimiento sobre la prevención y el acceso mismo a los anticonceptivos, los embarazos precoces siguen aumentando en nuestra entidad.

6.2.6 Desinformación en sexualidad y métodos anticonceptivos.

Otro de los factores que abonan al embarazo en adolescentes es la desinformación en sexualidad y métodos anticonceptivos. En párrafos anteriores se citó: “resalta que Delicias que es el municipio con menor porcentaje de personas en situación de pobreza, con el 21.4 por ciento de su población, lo que muestra que **este fenómeno no está condicionado únicamente por factores de pobreza, sino que influyen otros de contexto cultural, económico y social**”. Delicias ocupa el tercer lugar a nivel estatal en embarazos en adolescentes, conforme a la información suministrada por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, agosto de 2017.

Por ello, es que Delicias, junto a Chihuahua, Ciudad Juárez y Cuauhtémoc fueron de los municipios a los que se dirigió el Diagnóstico Prospectivo para Detectar las Causas del Embarazo en Adolescentes, realizado por el ICHMujeres en 2012. De acuerdo a los resultados, el municipio que menor cantidad de información en materia de educación sexual recibe es Delicias.

Tabla 19.

Porcentaje que ha tomado es la escuela clases de Educación Sexual, por plaza.

	Sí	No	Total
Chihuahua	84.2%	15.8%	100%
Juárez	89.1%	10.9%	100%
Cuauhtémoc	82.7%	17.3%	100%
Delicias	71.2%	28.8%	100%

Fuente: Diagnóstico Prospectivo para Detectar las Causas del Embarazo en Adolescentes en los municipios de Chihuahua, Juárez, Cuauhtémoc y Delicias, ICHMUJERES, 2012.

Continuando con la información que resultó del citado diagnóstico, también llama la atención que Cuauhtémoc es el municipio con menor conocimiento sobre anticonceptivos, en segundo lugar, está Delicias.

Tabla 20.

Nivel de conocimiento sobre anticonceptivos.

	Mucho	Suficiente	Poco	Nada	Total
Chihuahua	33.8%	43.3%	16.4%	0.4%	100%
Juárez	37.0%	51.5%	10.7%	0.7%	100%
Cuauhtémoc	16.9%	52.1%	30.3%	0.7%	100%
Delicias	29.3%	51.2%	18.5%	0.6%	100%

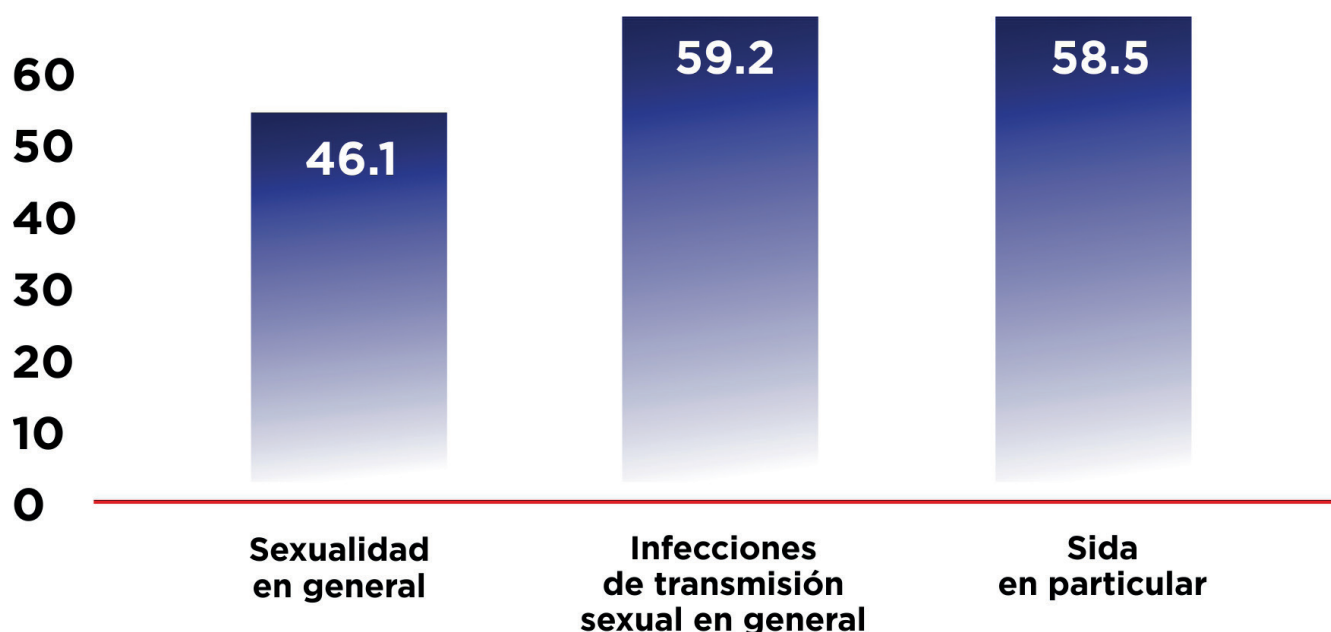
Fuente: Diagnóstico Prospectivo para Detectar las Causas del Embarazo en Adolescentes en los municipios de Chihuahua, Juárez, Cuauhtémoc y Delicias, ICHMUJERES, 2012.

Conforme a las distintas estadísticas que se han analizado, sobre todo en las suministradas por el Sistema Estatal de Salud, **se estima que la Ciudad de Chihuahua esté alcanzado o superando a Ciudad Juárez en la Tasa Específica de Fertilidad en Adolescentes** y uno de los factores es la desinformación en sexualidad y métodos anticonceptivos.

Sobre este tema acerca del nivel de conocimiento, es relevante resaltar el resultado que PEEPSIDA ha tenido tras varios años de impartir su programa entre adolescentes en las escuelas. El Programa ha encontrado que el 46.1% de los y las jóvenes tienen dudas acerca de sexualidad. 59.2% tienen dudas acerca de ITS, mientras que el 58.5% tienen dudas acerca de VIH/Sida en específico. Esto ratifica que si bien, las y los jóvenes reciben información sobre sexualidad, esta información no les está sien-

Gráfica 59.

Porcentaje de adolescentes con dudas en los siguientes temas.



Fuente: PEEPSIDA investigación de impacto del programa, 2009 - 2011 investigación conducida entre jóvenes de secundaria.

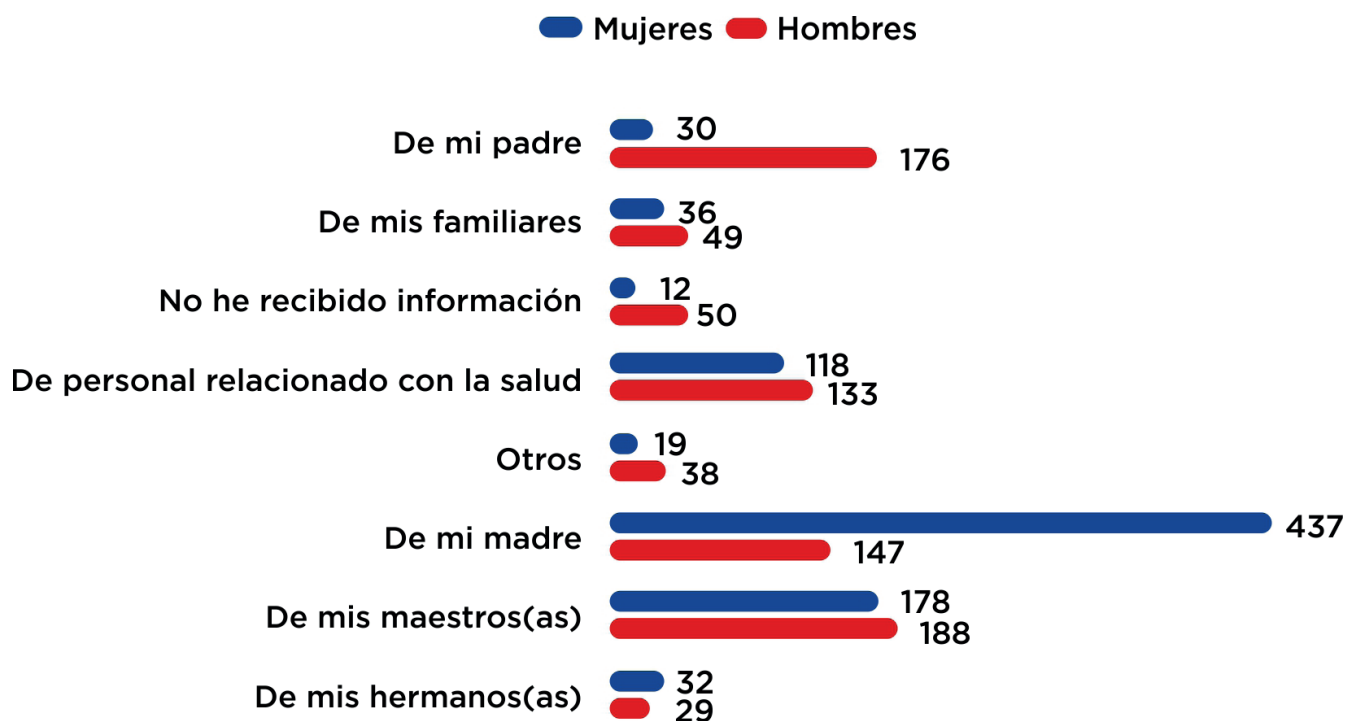
do suficiente.

Por lo anterior en la reciente investigación realizada en 2017 se analizó este tema. A continuación, se presentan las principales conclusiones.

El principal referente para las mujeres es la madre en torno a la información sobre la sexualidad, luego es el personal docente. En el caso de los hombres es el profesorado y luego los padres. Otra fuente importante es el personal de salud que ocupa el tercer lugar en las referencias de los y las adolescentes. Preocupa un poco que otras de las fuentes a las que se recurra en la búsqueda de información sea el internet con un 59% de las referencias, pero más allá el 27% que dice que no investigó más. Esta preocupación nace de la diversidad de materiales que se puedan encontrar en internet, ya que la fiabilidad de información o el involucramiento con pornografía como referente de búsqueda.

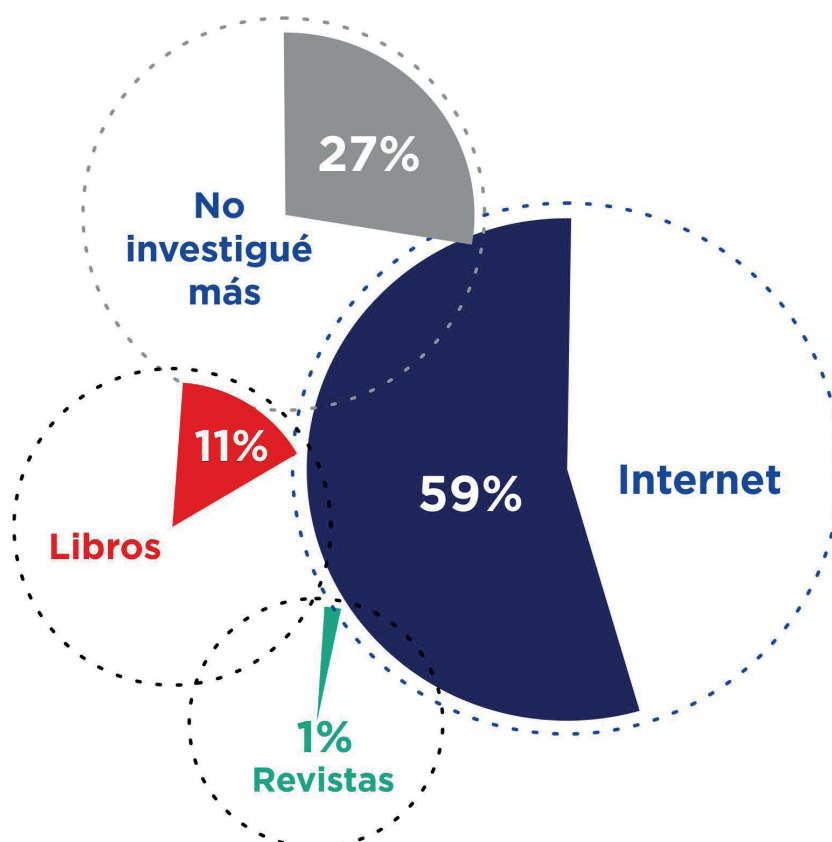
Gráfica 60.

Principal persona fuente de información sobre sexualidad.



Gráfica 61.

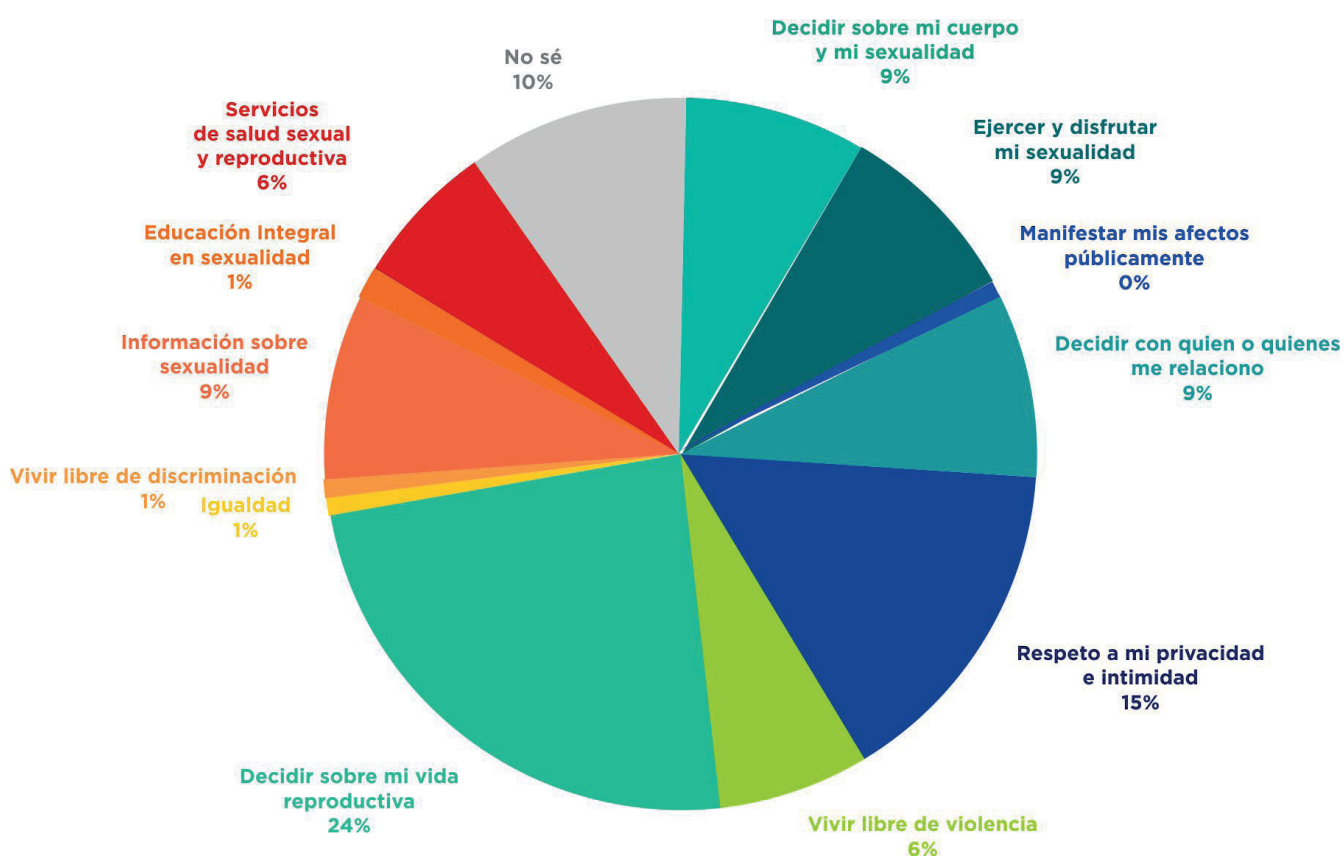
Otras fuentes investigadas.



Nuevamente la secundaria es una principal fuente formativa: las y los adolescentes dicen haber recibido la información de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) en este nivel de estudio. Los DSR más enunciados por los son: “Decidir sobre mi vida reproductiva” con 24%, “Respeto a mi privacidad e intimidad” con un 15%. Estos porcentajes es el caso de los hombres. Las mujeres conocen más “Decidir sobre mi vida reproductiva” con el 36% y con el 15% “Respeto a mi privacidad e intimidad”. Coinciden en los dos derechos más conocidos en ambos sexos, aunque en diferentes magnitudes.

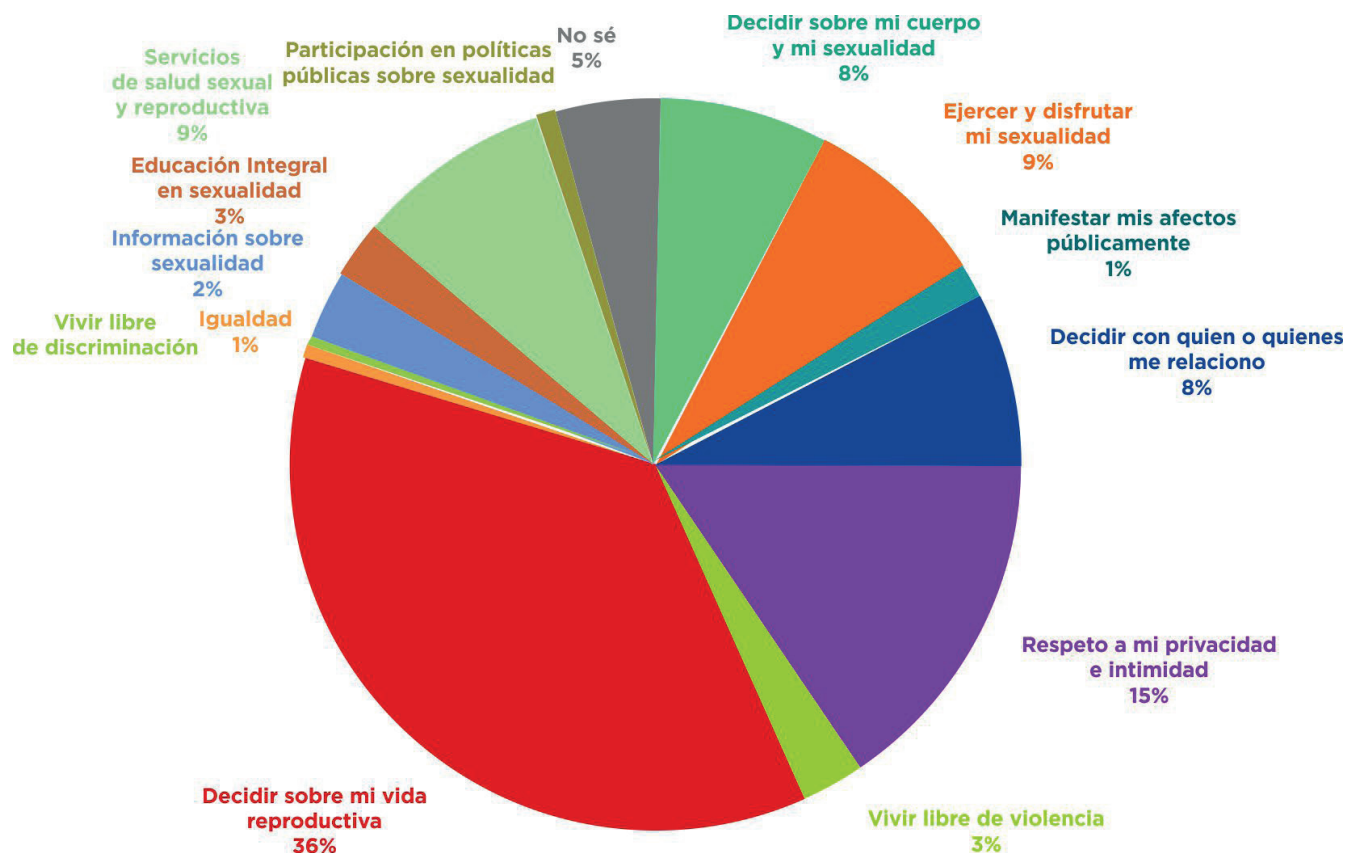
Gráfica 62.

Conocimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos, hombres.



Gráfica 63.

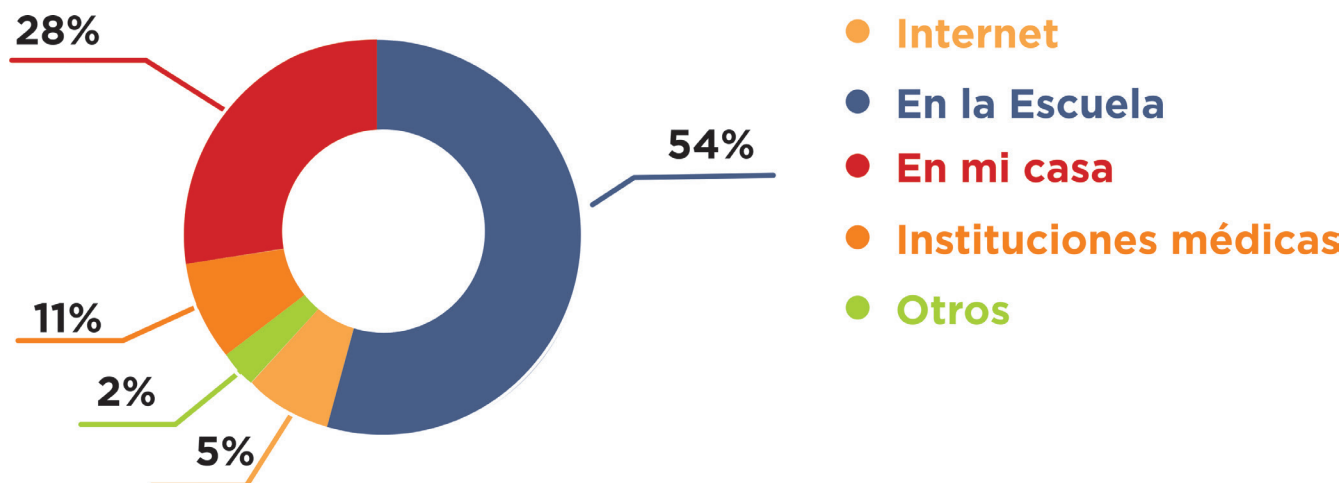
Conocimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos, mujeres.



Los DSR se dan a conocer, según los informantes, en 54% de los casos en la escuela, un 28.5% dice que en su casa, el 11% en instituciones médicas. Sigue siendo la escuela el principal referente de la Educación Sexual Integral y del conocimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

Gráfica 64.

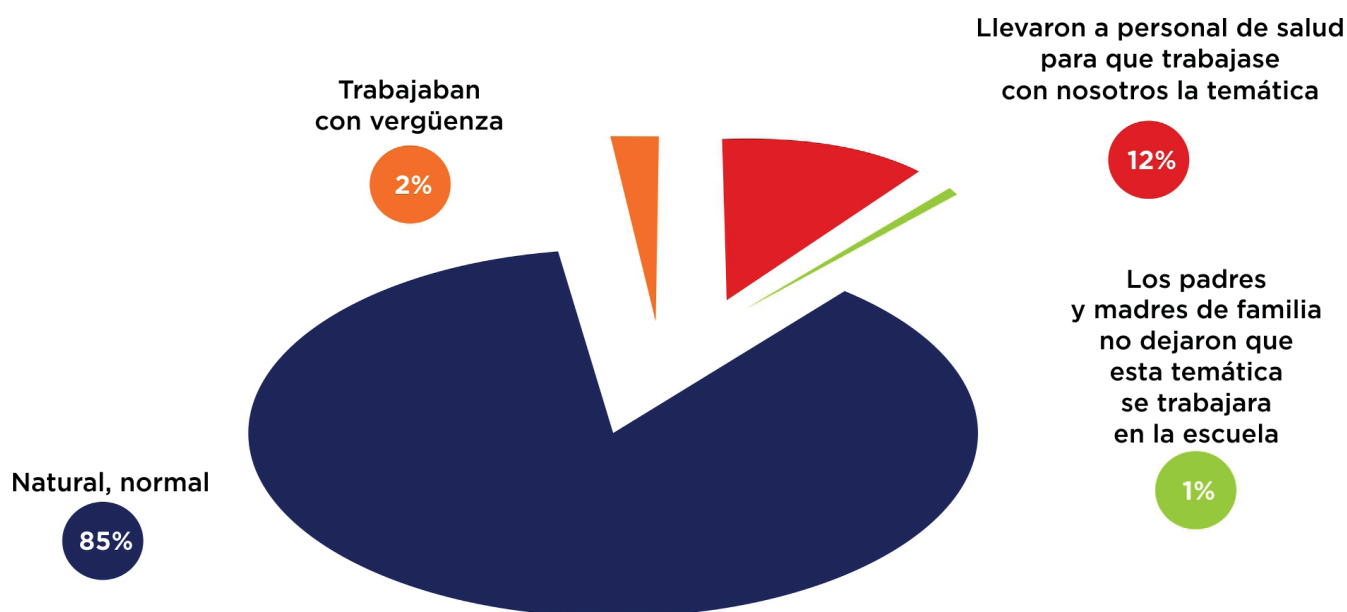
Lugar en los que se dieron a conocer los Derechos Sexuales y Reproductivos.



La actitud del 85% del profesorado, según la percepción del alumnado, era que trabajaban el tema igual que cualquier otro; el 12% llevó al personal de salud a trabajar la temática. Solo un 1% de los padres de familia se opusieron a que sus hijos recibieran esos temas en la escuela según la información de las y los adolescentes.

Gráfica 65.

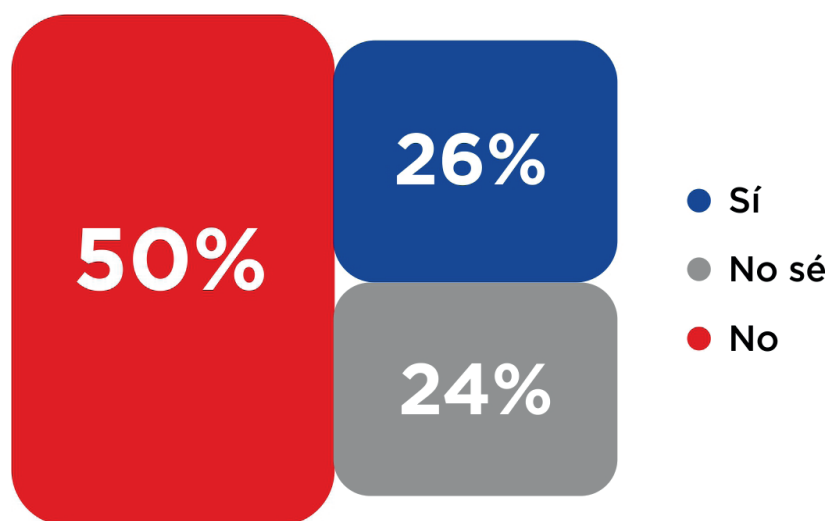
Actitud del profesorado al trabajar temas sobre sexualidad en la escuela.



La participación o relación de padres y madres de familia con la escuela es de apenas el 50%, según la percepción de las personas encuestadas.

Gráfica 66.

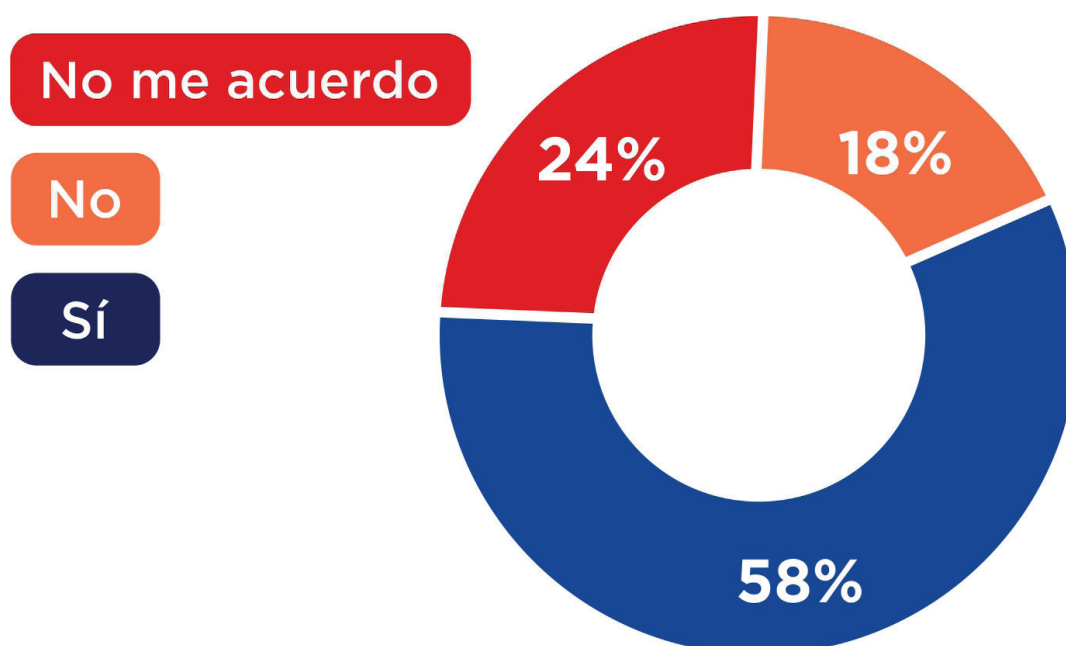
Organización de actividades con padres y madres de familia para tratamiento de temas de sexualidad.



El 58% dice haber recibido información en la escuela sobre servicios de consejería y orientación sexual en las unidades de salud sin la presencia de una persona adulta y el 72% dice haber admitido información sobre la posibilidad de recibir métodos anticonceptivos. Ello es prueba de que la escuela es una buena promotora de los servicios de salud.

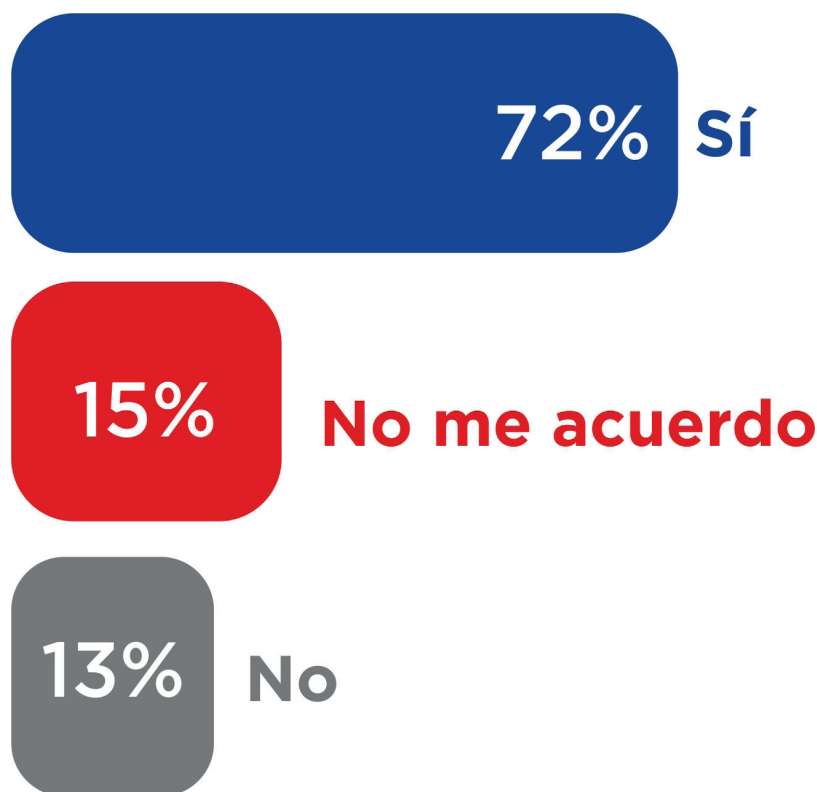
Gráfica 67.

Gráfica No. Información en la escuela sobre servicios de consejería y orientación sexual en las unidades de salud sin la presencia de una persona adulta.



Gráfica 68.

Información en las escuelas sobre la posibilidad de recibir métodos anticonceptivos en las unidades de salud sin la presencia de una persona adulta.

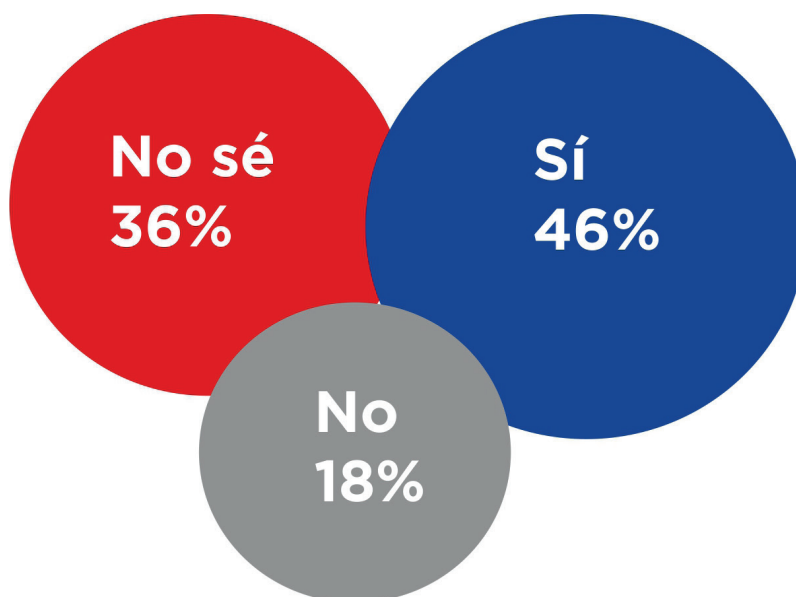


Es necesario recalcar que **la atención a la SSR de la población adolescente constituye una necesidad inaplazable.** Desde una perspectiva completa –enmarcada en el reconocimiento de la interculturalidad, la igualdad de género y los derechos sexuales y reproductivos–, **tal atención requiere acciones de promoción de la demanda temprana y la prestación de servicios integrales y sin barreras.** Para esto, es indispensable que los servicios de salud sigan fortaleciendo los servicios amigables y específicos para adolescentes.

El 46% de las y los adolescentes perciben aceptación en de los DSR adolescentes por parte de las personas adultas.

Gráfica 69.

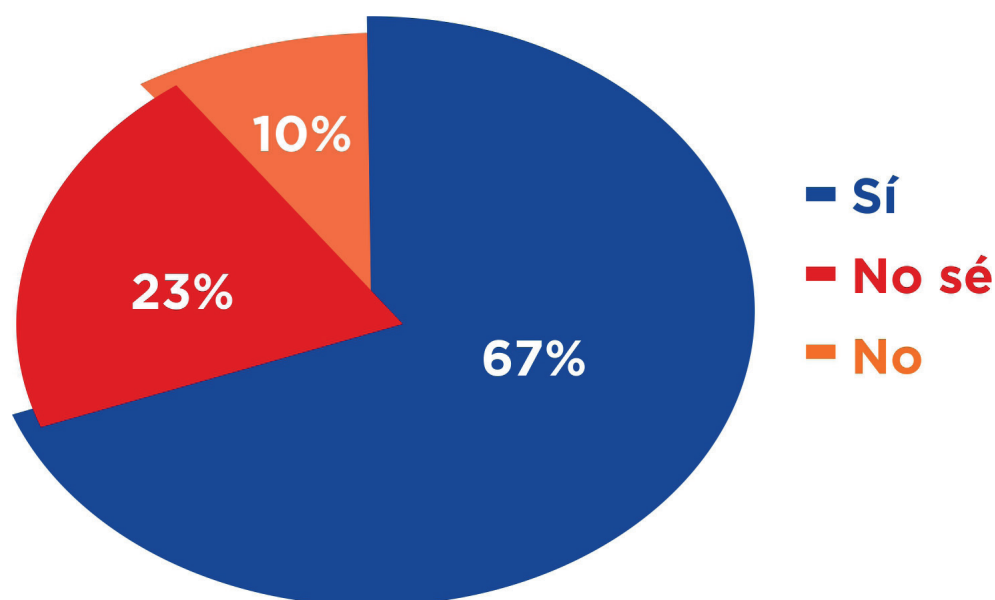
Percepción sobre la aceptación de las personas adultas en torno a los Derechos Sexuales y Reproductivos.



El 67% de los y las adolescentes perciben que las personas adultas aceptan que ellas y ellos utilicen anticonceptivos.

Gráfica 70.

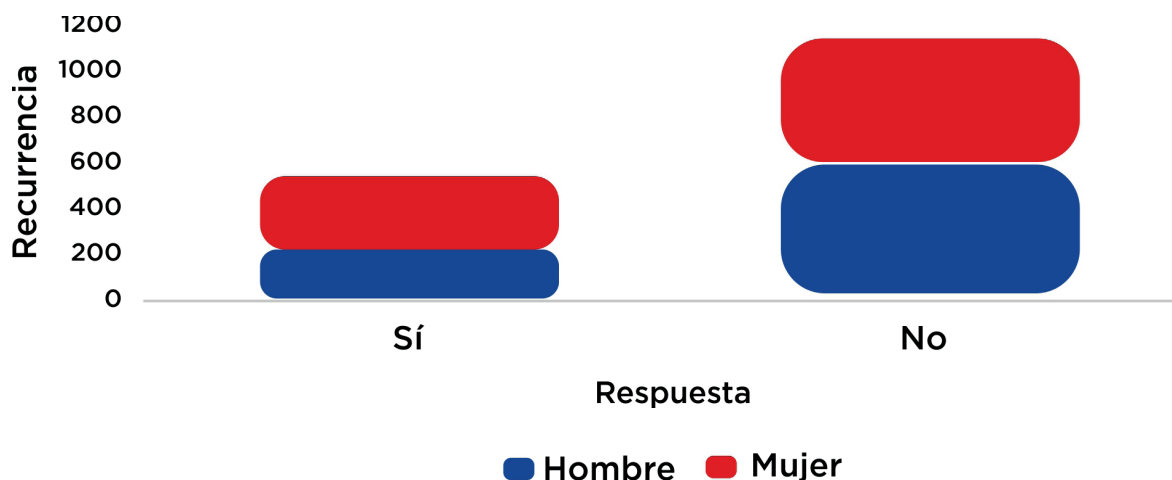
Percepción sobre la aprobación de las personas adultas sobre la utilización de métodos anticonceptivos por adolescentes y jóvenes.



No se dialoga en familia sobre DSR casi el 70% lo afirma.

Gráfica 71.

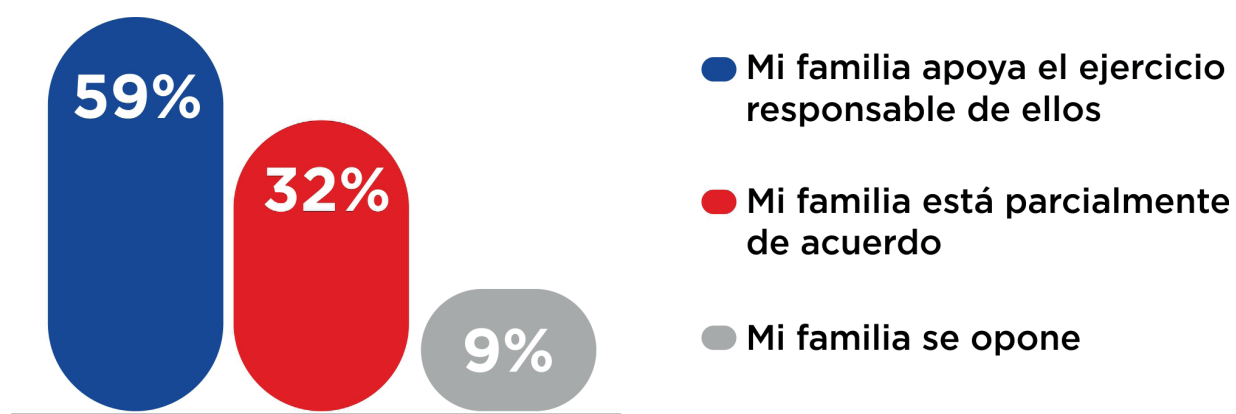
Existencia de diálogo en familia en torno al ejercicio de los Derechos sexuales y Reproductivos por adolescentes y jóvenes.



La percepción de las y los adolescentes del 60% es que su familia apoya el ejercicio de los DSR, 32% está parcialmente de acuerdo y el 9% que su familia se opone.

Gráfica 72.

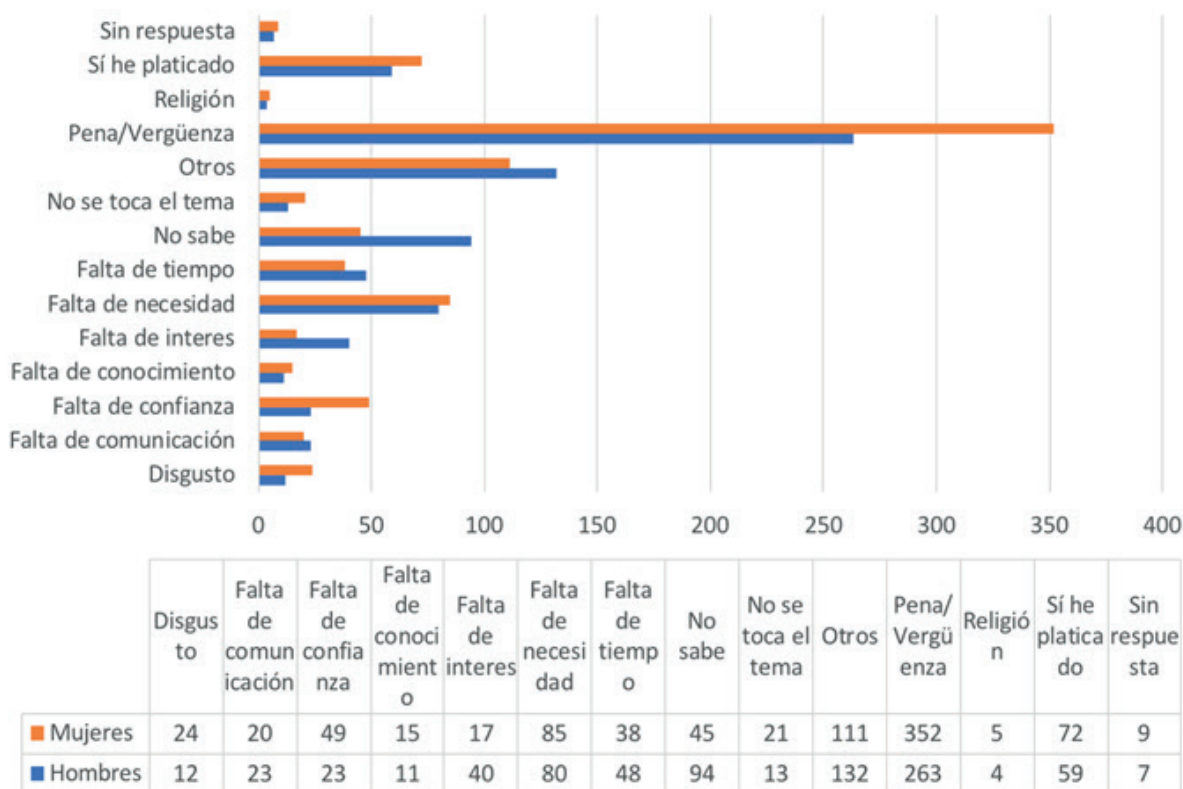
Percepción de la opinión que tiene la familia de origen en la temática de los Derechos Sexuales y Reproductivos.



Se sigue imponiendo la temática de la sexualidad como un tema tabú pues la pena y la vergüenza es la más enunciada, está asociada con falta de confianza, y necesidad de comunicación.

Gráfica 73.

Razón principal expresada por las y los adolescentes en torno a la negativa de dialogar con la familia de origen sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos.



6.2.7 Escolaridad y Educación Sexual Integral.

La Educación es un factor determinante del bienestar social y de la calidad de vida. La influencia que tiene en las personas, principalmente en las mujeres es múltiple: si todas las mujeres de los países con más bajos ingresos terminaran la educación primaria, la tasa de mortalidad infantil de menores de 5 años se reduciría en un 15%; **si todas las mujeres completaran la educación primaria habría un 66% menos de muertes maternas**; por cada año adicional de educación de la madre, una niña o niño pasan un tercio años más en la escuela, y demás. (ONU, 2014).

El uso de los anticonceptivos se relaciona además con la permanencia y el transcurso de las mujeres en el sistema educativo. La tabla 12 lo muestra, sobre todo en el porcentaje nacional. En las cifras se destaca la progresividad de aumento en el uso de anticonceptivos a medida que se avanza entre las mujeres que no tienen escolaridad (66.2%), las que cursaron algunos grados de educación primaria, pero sin terminarla (73.0%), aquéllas que culminaron este nivel de estudios (74.3%) y las que cursaron secundaria y más (76.2%). Llama la atención el gran salto que se produjo en las mujeres chihuahuenses sin escolaridad entre 2009 y 2014 de casi 20 puntos porcentuales.

Tabla 21.

Porcentaje de MEFSA que usan métodos anticonceptivos según nivel escolar, nacional y Chihuahua, 2009 y 2014.

Nivel escolaridad	Nacional		Chihuahua	
	2009	2014	2009	2014
Sin escolaridad	66.7	66.2	52.0	70.3
Primaria incompleta	72.6	73.0	83.1	84.4
Primaria completa	75.3	74.3	80.5	76.1
Secundaria y más	77.7	76.2	80.5	76.2

Fuente: Estimación CONAPO a partir de la ENADID 2009 y 2014

Esta mejora en la vida de las mujeres se puede encontrar también en el comportamiento reproductivo: **las niñas y adolescentes que tienen mayor escolaridad son menos propensas a quedar embarazadas.** Una importante vía de la prevención del embarazo en las adolescentes, es la educación.

Chihuahua, en Educación Básica, la cobertura del sistema educativo estatal es de 88.8% en el ciclo escolar 2016-2017 entre los tres y los 14 años. Se reconoce la necesidad de atención a los niños de tres años por la obligatoriedad planteada por la Constitución Mexicana. En Educación Media Superior (EMS) la cobertura es de 62.5%. Esto implica que casi **el 40% de la población de personas entre 15 y 17 años no tienen acceso a educación** (SEP, 2016).

El rezago educativo en la entidad se concentra en la región serrana. “El sur del estado de Chihuahua sigue siendo la región en la que existe menor grado de escolaridad y un mayor rezago educativo” (SEYD, 2017).

Los datos indican la necesidad de impulsar la absorción en Educación Secundaria y de evitar el abandono escolar.³⁰ Las principales causas son la reprobación y la situación económica desfavorable, según las voces de estudiantes que interrumpieron sus estudios (Hinojosa & Cázares, 2015). La reprobación es un importante factor de riesgo que afecta la Educación Básica y la EMS, aunque Chihuahua se encuentre debajo de la media nacional.

“Disminuir las fases de deserción en todos los niveles educativos representa un área de oportunidad y de gran importancia en los próximos años, particularmente la Educación Media Superior, que alcanza valores inaceptables para las aspiraciones de desarrollo de Chihuahua. De no reducir la deserción de este nivel, será difícil incrementar la tasa de cobertura de educación superior y se limitarían las posibilidades de formación de recursos humanos de alto nivel” (SEYD, 2017, pág. 38).

30. Cuando se dice “abandono escolar” se descarga en el sujeto la responsabilidad de “dejar” los estudios, por eso se opta por el término “interrupción escolar”. De esta manera se abarca también el aspecto no voluntario del retiro de los estudios: se implican factores estructurales que afectan al individuo

Estas cifras impulsan al Estado de Chihuahua a implementar estrategias a través del Programa Sectorial de Educación con la intencionalidad de aumentar mejoras en las cifras. En este sentido el PEPEACH también abona y demanda trabajo en esta problemática a través de uno de sus objetivos que abonan al anhelo de que la educación sea inclusiva, integral y flexible.

El esfuerzo que realiza el Estado Mexicano en la atención del alumnado de Educación Básica y Media Superior, población objetivo del presente programa, no solamente se concentra en estos indicadores. Constantemente el sistema promueve acciones que intentan propiciar la calidad y equidad en el trabajo que se realiza. El interés de los planes de estos dos segmentos formativos de la población infanto-juvenil, incorpora la Educación Sexual Integral, que se ha introducido paulatinamente desde 1972. Si bien, al inicio difícilmente se puede hablar de ESI.

Es en la Reforma Educativa implementada en 1992 cuando de manera más clara se abordan los roles sexuales y los estereotipos de género, su análisis se promueve desde los derechos humanos, las sexualidad, la participación social, la familia y el proyecto de vida.

Es en los materiales educativos, editados en 1993, cuando se agregan con mayor detalle aspectos fisiológicos, se incluyeron aspectos psicológicos, afectivos y sociales relativos a los cambios de niñas y niños durante la pubertad y durante la adolescencia, así como las posibles situaciones de riesgo que pueden enfrentar. En el área de ciencias naturales y de educación para la salud de los seis grados de Educación Primaria se abordan contenidos relacionados con la sexualidad (SEYD/UIG, 2017).

Con la Reforma Educativa 2011 se entra de lleno al Modelo Holónico para trabajar la Sexualidad Humana en la Educación Básica: preescolar, primaria y secundaria. Es entonces que se instala la Educación Sexual Integral. Los contenidos curriculares y los cursos de actualización que en esa época se brindan al profesorado refieren la atención a la diversidad, la equidad de género, la educación para la salud, la educación sexual, la prevención de la violencia escolar, la educación para la paz y los de Derechos Humanos, la educación en valores y ciudadanía (SEYD/UIG, Inclusión de la educación sexual en los planes y programas de estudios, 2017).

El CEAMEG (Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género) de la Cámara de Diputados, encargó al Instituto Nacional de Salud Pública una evaluación de la Educación Sexual Integral que se ofrece en la escuela mexicana (INSP, Análisis sobre educación sexual integral, conocimientos y actitudes en sexualidad en adolescentes escolarizados, 2014). El trabajo de campo se realizó a través de una muestra en todo el país y un cuestionario en el que los y las adolescentes brindaron información sobre la cobertura y contenidos de la Educación Sexual Integral, sus componentes, algunos determinantes psicosociales de ellos y ellas, así como las condiciones de su vida sexual. De este estudio se destaca la siguiente conclusión entre otras:

La evidencia ha demostrado de manera consistente que los estudiantes que reciben educación sexual independientemente del currículo, reportan mejores conocimientos y se sienten mejor preparados para enfrentar situaciones y decisiones importantes relativas a su salud. **Transmitir información sobre sexualidad a los adolescentes, no aumenta su actividad sexual más bien, mejora los conocimientos, actitudes y autoeficacia hacia la salud sexual y reproductiva**, aumentando la edad de inicio de vida sexual, reduciendo el número de parejas sexuales y mejorando las prácticas de protección contra infecciones transmitidas sexualmente. Un meta-análisis reciente reportó que la educación sexual implementada a nivel escolar es una estrategia efectiva para reducir los riesgos asociados al VIH, aumentar el conocimiento sobre el VIH, la autoeficacia asociada al uso de condón y el uso de condón (INSP, 2014, pág. 85).

En la Educación Media Superior en la Reforma Integral al Bachillerato general se encuentran temas relacionados con la educación sexual en el Componente de Formación Propedéutica. Los objetivos de este nivel educativo implican que el estudiante valore las implicaciones en su proyecto de vida al asumir de manera asertiva el ejercicio de su sexualidad, promoviendo la equidad de género y el respeto a la diversidad (SEYD/UG, Inclusión de la educación sexual en los planes y programas de estudios, 2017).

Aún con todo este esfuerzo sostenido para que el alumnado logre desarrollar competencias para la vida, **existen barreras estructurales y sistémicas que frenan el logro de los grandes propósitos educativos**: oposición de padres y madres de familia, prejuicios del profesorado, medios de comunicación masiva que invaden con mensajes sexistas y patriarcales el quehacer de la sexualidad de las juventudes, condiciones sociales de violencia hacia niños, niñas y adolescentes, por mencionar algunos.

Solo para dimensionar las barreras sistémicas existentes, es necesario conocer el tamaño de la tarea: sensibilizar y capacitar en las temáticas a 44,474 integrantes del profesorado de Educación Básica y Media Superior del sistema público y privado, distribuidos en 6707 escuelas en nuestra vasta geografía, es un gran reto.

“En materia de Educación integral en sexualidad, existen avances en cuanto a la inclusión curricular de contenidos educativos sobre el tema en la educación básica y en la formación continua de docentes, y algunos incipientes avances en la inclusión de la comunidad escolar; también se ha iniciado la consideración de la contextualización y diversificación de contenidos sobre el tema de salud en la educación indígena y migrante de educación básica; sin embargo se ignora cómo se desarrolla la práctica docente en las aulas y se sospecha que se omite la presentación de temas clave. Existe documentación insuficiente y asistemática sobre la articulación del trabajo docente con madres y padres, el desarrollo de actividades comunitarias y la vinculación con los servicios de salud, y se carece de modelos de intervenciones efectivas que hayan sido evaluados apropiadamente” (ENAPEA, 2015, pág. 61)

Se debe partir de un reconocimiento de las condiciones que impulsa la Reforma Educativa implementada por el Estado Mexicano en el 2013 y que influyen en el trabajo de la Educación Sexual Integral:

- 1.** Cambios sistémicos en los procesos de capacitación y actualización del profesorado que han afectado la oferta, calidad y el interés extrínseco por realizar estudios de superación académica: maestrías, especializaciones, doctorado.
- 2.** Cambio de eje en la formación continua y la construcción de un nuevo aparato y dinámica para la capacitación del profesorado ofrece un amplio campo de oportunidad de incorporar en esta nueva estructura las temáticas y perspectivas que ocupan al PEPEACH.
- 3.** Concentración de la importancia e interés del logro educativo en factores como: el lenguaje, las matemáticas y la ciencia, en menosprecio, a través del impulso de evaluaciones, discursos y exigencias administrativas, de temas torales en la calidad de vida del alumnado como lo es la Educación Sexual Integral. Es posible entonces, para el estado de Chihuahua, incorporar tareas y logros alternos a los que a nivel nacional se establecen, esta también es un área de oportunidad.

Estas dos condiciones son las que saltan a la vista, pero es obvio que existen muchas más que afectan el trabajo educativo en esta importante tarea y que abren la necesidad de establecer en el PEPEACH otro componente que impulse una educación integral en sexualidad progresiva e inclusiva.

6.2.8 Inseguridad y Violencia.

6.2.8.1 Definición.

Según diversos autores (Rodríguez Ortega, Franco, Castellero,), la violencia puede entenderse, como la conducta o acto que atenta o ataca a una o varias personas, impactando en su integridad física, psíquica o ambas, estos actos pueden ser llevados a cabo por un individuo o por la propia comunidad o colectivo, ello implica en todos los casos un ejercicio de fuerza la cual puede ser física, psicológica, económica, política, y de más expresiones; es decir, se trata de un ejercicio de poder en el que se manifiesta la aplicación de la fuerza para producir daño.

6.2.8.2 La expresión de la violencia como grupos criminales.

A decir de autoras como Ramos y Saucedo³¹ la violencia es un fenómeno por demás complejo, que requiere para su abordaje visiones y metodologías integrales; las autoras aluden a una violencia generalizada acorde a los patrones socioculturales, que colocan a las mujeres en posiciones desiguales frente a los hombres; trasladado a contextos en los que prolifera el crimen organizado, éste, controla espacios comunitarios, dando cabida al aumento de actos violentos y a vejaciones contra las mujeres, donde a la par se denuncia menos por el temor a la impunidad y a que las víctimas sean relacionadas con estas organizaciones criminales.

Según este documento, es importante mencionar que en comunidades donde el crimen organizado³² ha tomado el control de la vida social y política, se carece de información sobre denuncias interpuestas o bien, se presenta en ocasiones un ocultamiento de información, aun así, es conocido que el incremento de la violencia vivenciada socialmente a través grupos criminales en México ha lacerado el orden y las estructuras sociales, impactando negativamente en la calidad y condiciones de vida de distintos sectores poblacionales; un ejemplo de ello son los grupos etarios, de acuerdo con el documento Violencia, Niñez y Crimen Organizado publicado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, las niñas, niños y adolescentes representan uno de los grupos más afectados por diversas formas de violencia como lo es el crimen organizado. Sin embargo, no impacta uniformemente, se presentan diferencias basadas en el sexo y el género, así, mientras los varones adolescentes, son reclutados por grupos criminales para realizar actividades relacionadas con tráfico y venta de drogas, extorsiones y demás, las adolescentes son víctimas de violencia de género, específicamente violencia sexual, mediante la trata y explotación sexual.

31. Ramos Lira, Luciana (et. al.) Crimen organizado y violencia contra las mujeres: discurso oficial y percepción ciudadana. 2016. Revista Mexicana de Sociología. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/rms/v78n4/0188-2503-rms-78-04-00655.pdf>

32. Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2015. Violencia, Niñez y Crimen Organizado. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/violencianinez2016.pdf>

Igualmente, son utilizadas para traficar droga en el interior de su cuerpo (“mulas”), ocultamiento de armas y acciones de vigilancia a favor de estas organizaciones criminales (CIDH 2015). Los roles y estereotipos de género las vinculan de manera particular con asociaciones delictivas, ya que frecuentemente son captadas para desempeñar tareas estereotipadas como labores domésticas y cuidado de otros; el mismo informe, relata que la adición de niñas y adolescentes a pandillas y grupos delincuenciales, se asocia repetidamente a una relación de pareja con un integrante de éstos últimos.

De acuerdo a Ramos y Saucedo³³ **la violencia de los grupos delictivos, exacerba los patrones de discriminación contra las mujeres, ya que en estos contextos se sobrevalora a las figuras masculinas ligadas a grupos criminales, posicionándose en el imaginario colectivo como símbolos de estatus y solvencia económica**; el contexto anterior sirve a la delincuencia organizada como uno de sus múltiples mecanismos de operación y captación de mujeres para la trata, explotación laboral y sexual.

De acuerdo con el Diagnóstico sobre la Situación de la Trata de Personas en México, presentado por la Comisión Nacional de Derechos Humanos (2013),³⁴ si bien, cualquier persona puede ser víctima de trata, hay una diferencia en cuanto a sectores poblacionales más vulnerables, como lo son niños, niñas y mujeres, este dato viene a corroborar los anteriores, donde la violencia por cuestiones de género se hace presente en contextos dominados por el crimen organizado. Según este informe, a nivel mundial un 80 por ciento de las víctimas de trata son mujeres, de ellas, un 98 por ciento son explotadas sexualmente, entre ellas, adolescentes y niñas. En este documento, se reporta que la UNICEF estima que en México más de 16,000 niñas y niños, son víctimas de esclavitud sexual.

6.2.8.3 Inseguridad y Violencia: Contexto estatal y su relación con el embarazo en adolescentes.

Referente a Chihuahua, el clima de impunidad del que gozan las asociaciones criminales, en algunas zonas del estado les refiere especial poder para ejercer violencia contra las mujeres, siendo especialmente vulnerables niñas y adolescentes.

Analizando los datos que presenta el Programa Estatal para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia, con Participación Ciudadana del Estado de Chihuahua 2017-2021, los municipios que presentan mayor número de hechos violentos durante 2011 a nivel nacional, destacan Juárez y Chihuahua con 11.04 por ciento y 3.64 por ciento, respectivamente. Según datos de INEGI, en su Censo Nacional de Gobiernos Municipales y Delegacionales 2015,³⁵ en la consulta interactiva sobre seguridad pública, los municipios que destacan por una mayor incidencia de intervenciones policiacas por presuntas infracciones, presuntos delitos del fuero común, presuntos delitos del fuero federal, son, en orden descendiente: Juárez con un total de 88,224

33. Op. Cit.

34. Comisión Nacional de Derechos Humanos. Diagnóstico sobre la Situación de la Trata de Personas en México (2013). Disponible en: <http://200.33.14.34:1033/archivos/pdfs/diagnosticoTrataPersonas.pdf>

35. INEGI. Consulta interactiva. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/est/lista_cubos/consulta.aspx?p=gob&c=23

de los eventos mencionados, Chihuahua con 28,915, Cuauhtémoc con 19,039, e Hidalgo del Parral con 10,249. Si esta información se contrasta con la incidencia de delitos sexuales en estos municipios (basada en información presentada en el apartado de Violencia Sexual) y con la tabla de embarazos en adolescentes (apartado de Diagnóstico), como a continuación se muestra, se observa una concordancia; sin embargo, como se describe en líneas anteriores, no en todos los casos existe una denuncia interpuesta, ya que factores como el miedo a represalias e impunidad, actúan como un importante desaliento a la hora de oficializar una demanda.

Tabla 22.

Comparativo por municipios prioritarios de embarazos en adolescentes de 15 a 19 años con relación a la Incidencia de intervenciones policiacas por presuntas infracciones, presuntos delitos del fuero común, presuntos delitos del fuero federal y delitos sexuales.

Municipio	Total de embarazos en menores de 15+ 15 a 19	Incidencia de intervenciones policiacas por presuntas infracciones, presuntos delitos del fuero común, presuntos delitos del fuero federal	Delitos sexuales
Juárez	5,362	88,224	572
Chihuahua	2,588	28,915	362
Delicias	621	7,491	77
Cuauhtémoc	570	19,039	41
Hidalgo del Parral	364	10,249	34
Guadalupe y Calvo	322	79	7
Guachochi	244	4,620	14
Bocoyna	229	2,300	15
Camargo	229	2,878	12

Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI: Censo Nacional de Gobiernos Municipales y Delegacionales 2015, INEGI: Registros Administrativos de Natalidad 2015, y Centro Nacional de Información/Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública

6.2.9 Violencia contra las mujeres.

La violencia en contra de las mujeres o violencia estructural podría definirse como: todas las expresiones ya sea simbólicas o explícitas a través de las cuales se perpetúa un sistema de jerarquías, impuesto por la cultura heteropatriarcal, en la que, las mujeres tienen una categoría inferior a los hombres, por tanto, las primeras se encuentran en una situación de subordinación a estos últimos. Estas condiciones propician exclusión y discriminación a las mujeres, por el solo hecho de serlo, lo cual deriva en daño psicológico, físico, patrimonial, sexual, económico, y en la muerte. **La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia,³⁶ contempla la tipificación de ésta en: violencia psicológica, violencia física, violencia patrimonial, violencia económica, violencia sexual.** Según esta ley, contextualmente, la violencia puede ser manifestada en los ámbitos familiar, laboral, docente, comunitario, institucional, y como acoso y hostigamiento sexual. **La forma de violencia extrema en contra de las mujeres, es el feminicidio;** lo cual no significa que las anteriores carezcan de importancia y que no dejen secuelas a corto y largo plazo en la vida de las mujeres y sus familias.

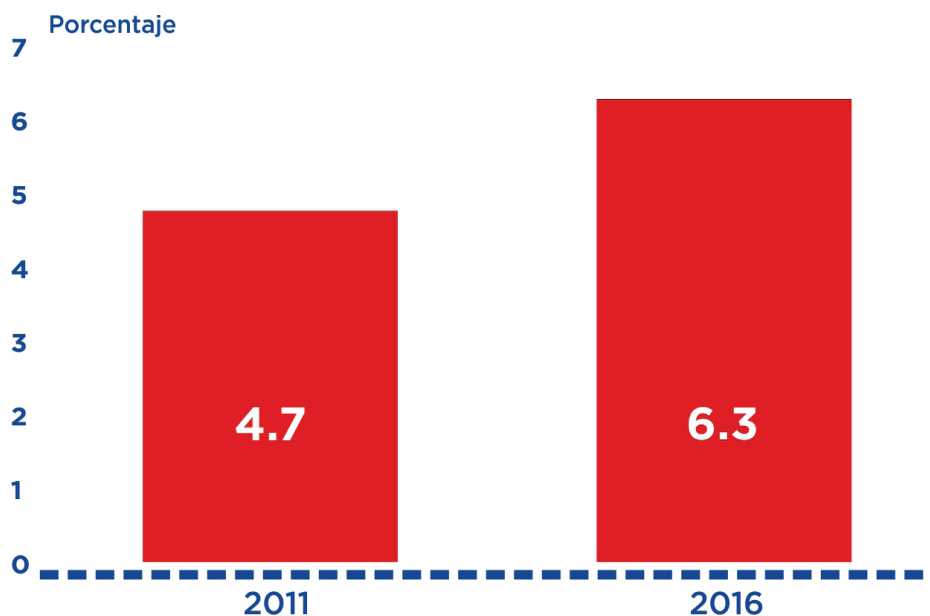
La violencia hacia las mujeres como una práctica cotidiana está extendida en todo el país, en este sentido, según datos de la ENDIREH (2016) a nivel nacional, el 66.1% de las mujeres, es decir, 30.7 millones, ha sufrido al menos un incidente de violencia a lo largo de su vida. De ese total, el 52.5% solo fue agredida por un tipo de agresor, por otro lado, el 47.5% por diferentes tipos de agresores. De acuerdo a datos de INEGI en su comunicado a nivel nacional, Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer (25 De Noviembre) 2017, ³⁷ menciona que un 43.9% ha enfrentado agresiones del esposo o pareja actual o la última a lo largo de su relación y 53.1% sufrió violencia por parte de algún agresor distinto a la pareja. De las mujeres que tuvieron o actualmente sostienen una relación de pareja (con hombres) ya sea cohabitación, noviazgo o vínculo sentimental, un 43.9 por ciento, han sido víctimas de agresiones por parte del hombre en cuestión a lo largo de su relación.

36. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

37. Estadísticas a propósito del día internacional de la eliminación de la violencia contra la mujer (25 de noviembre). INEGI. Nov. 2017.

Gráfica 74.

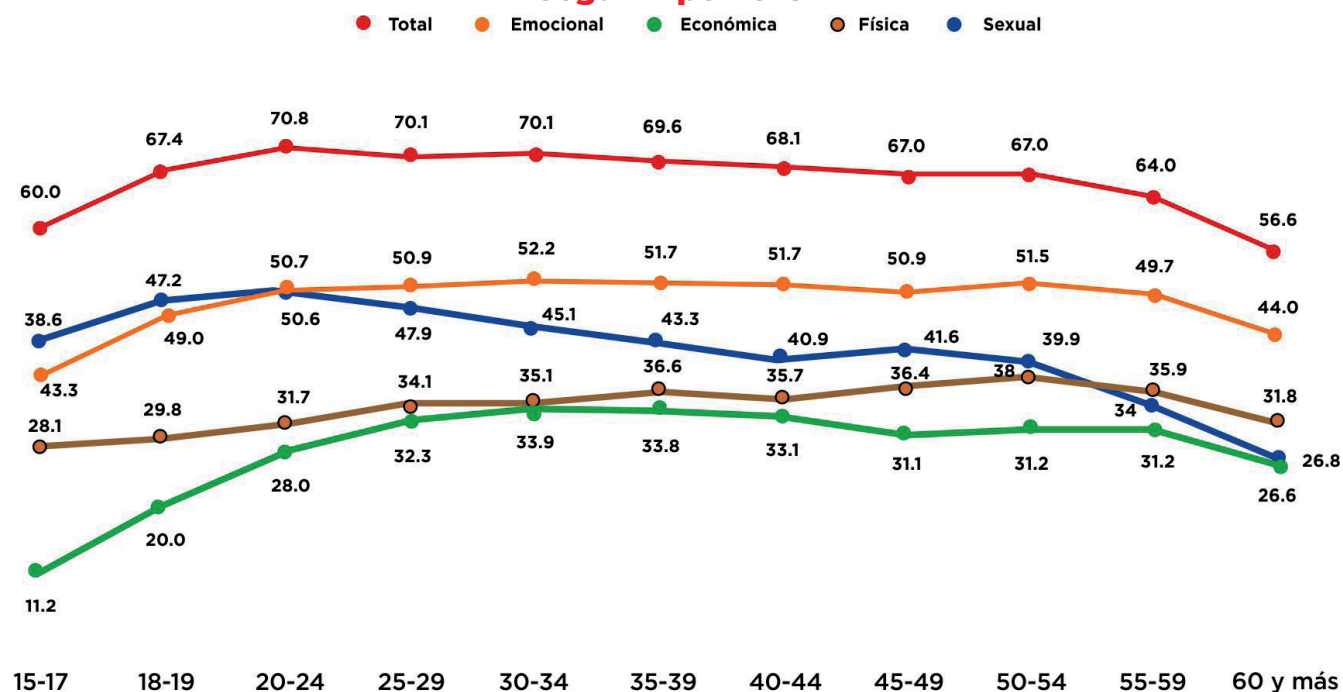
Prevalencia de Violencia Física y/o Sexual Contra las Mujeres de 15 a 19 Años por Parte de su Pareja en los Últimos 12 Meses. (INMUJERES)



Según este documento, las mujeres menores de 18 años presentan los índices de violencia más altos que otros grupos etarios, en los ámbitos, sexual, emocional y físico, como se muestra en la siguiente gráfica.

Gráfica 75.

Prevalencias Totales de Violencia por Grupos de Edad Según Tipo 2016.



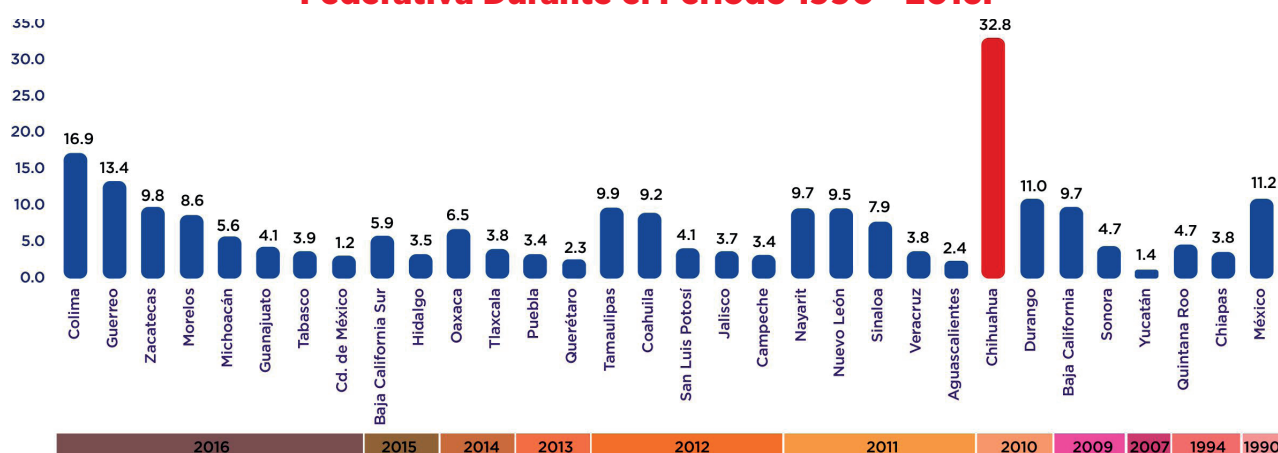
Fuente: Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2016

De acuerdo con datos de INEGI, durante 2016 se registró el asesinato de 2,813 mujeres, en 2015 fue de 2,383. Ello implica, un incremento de 430 mujeres asesinadas en 2016, en comparación al año anterior. Representando en promedio, siete mujeres asesinadas diariamente durante 2015, en comparación a ocho por día durante el año 2016.

El estado de Chihuahua, se había mantenido con una baja constante en las tasas de homicidios de mujeres, después de que en 2010 alcanzó la tasa más alta en la historia a nivel nacional, con 32.8 mujeres asesinadas por cada 100 mil. En 2015 estuvo a 7.1, mientras que en el año 2016 presentó un repunte con 9.8, nivel muy cercano al que registró en 2013, con 10.1. En los años 2010 y 2011, se tuvo registro de 992 homicidios de mujeres en esa entidad.

Gráfica 76.

Año de la Tasa de Homicidios de Mujeres Más Alta Alcanzada en cada Entidad Federativa Durante el Período 1990 - 2016.

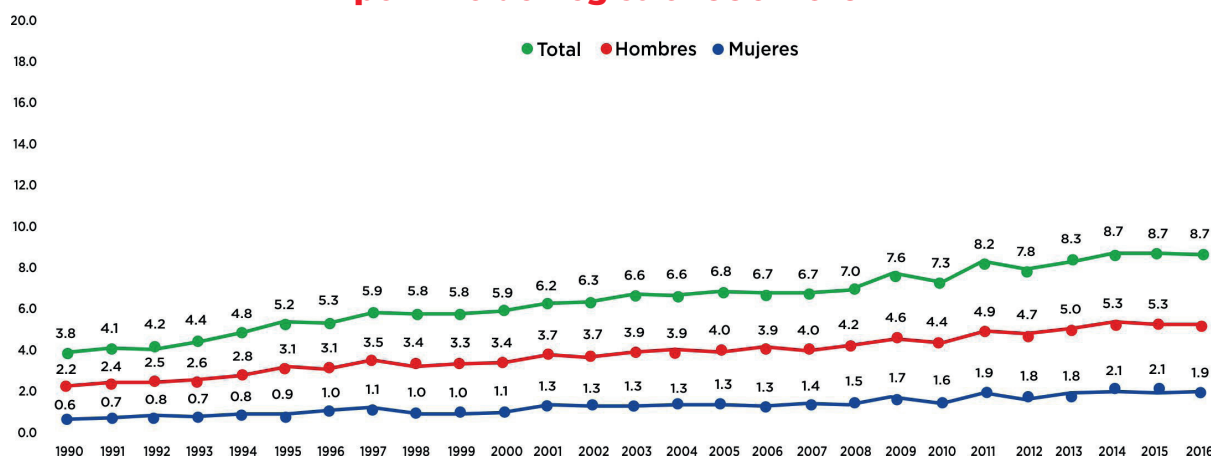


Fuente: INEGI. ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA INTERNACIONAL DE LA ELIMINACIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER. 2017.

Respecto a las defunciones por lesiones autoinflingidas, el mayor número lo registran jóvenes de 10 a 29 años (44.8%); entre las mujeres, el 55.8% de este tipo de decesos fue de jóvenes de ese grupo de edad.

Gráfica 77.

Año de Defunciones por Suicidio por cada 100 mil Habitantes, por Año de Registro 1990-2016.



Fuente: INEGI. ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA INTERNACIONAL DE LA ELIMINACIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER. 2017.

6.2.10 Violencia sexual.

Uno de los flagelos que azotan al mundo actual es el abuso sexual infantil y adolescente. De acuerdo con la organización Save the Children, **el abuso sexual infantil es una de las formas más graves de violencia contra la infancia y conlleva efectos devastadores en la vida de los niños y las niñas que lo sufren, la población adolescente es también un blanco común (CEAMEG, 2016). Es un mismo, fenómeno con consecuencias semejantes**, pero tiene diferencias sutiles. El PEPEACH analizará datos de violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes a partir de las directrices establecidas por la ENAPEA. En algunos casos que se especifican, se analizará la problemática en las mujeres adolescentes por ser quienes puedan tener una de las peores consecuencias, una vez perpetrado el acto de violencia sobre una persona menor de edad, como lo es un embarazo producto de la violación.

Uno de los flagelos que azotan al mundo actual es el abuso sexual infantil y adolescente.

Cifras más amplias que dimensionan la problemática comienzan a contextualizarla: **seis de cada diez mujeres en el mundo sufren violencia física o sexual a lo largo de sus vidas, el 25% de las mujeres afirma haber sido víctima de violencia sexual por parte de su pareja y hasta el 30% de las adolescentes sufre una iniciación sexual forzada** (Almerás & Calderón, 2012).

Se ha estimado que sólo un 5% de las víctimas adultas denuncian el delito

Sin embargo, no toda la violencia sexual se reconoce: experiencias de investigación realizadas en Nicaragua, muestran que sólo el 8% de las mujeres reconoce la violencia sexual en entrevistas cara a cara, mientras que en cuestionarios auto administrados las cifras llegan al 26% (Contreras citados en (Bergallo & González, 2012). Se ha estimado que sólo un 5% de las víctimas adultas denuncian el delito. El principal motivo es la vergüenza,

el miedo a las represalias, la culpa y la indolente impunidad con la que se trata este tipo de ilícitos.

“La Organización Mundial de la Salud estimó que, en 2002, 150 millones de niñas y 78 millones de niños y adolescentes en el mundo habían experimentado una relación sexual coaccionada, u otro tipo de violencia sexual que implicó un contacto sexual y que una tercera parte de las adolescentes en el mundo había iniciado su vida sexual de manera forzada. Aunque la mayoría de las víctimas de violencia sexual son atacadas por un miembro del entorno familiar, cientos de miles de niñas, niños y adolescentes en todo el mundo sufren estos abusos sexuales en sus escuelas (Mujica, Zevallos, & Vizcarra, 2013, pág. 15)”.

La dimensión del problema en México la establecen las siguientes cifras: diariamente se realizan 1640 denuncias de delitos de violencia sexual (GIRE, Violencia sin interrupción, 2017). Entre enero de 2009 a junio de 2016 se realizaron 70, 630 denuncias por violación sexual en las procuradurías generales de justicia y la Procuraduría General de la República (GIRE, 2017).

Estudios realizados por este mismo grupo, arrojan que **en México, se cometen al menos 600 mil delitos sexuales cada año. De los cuales, nueve de cada diez víctimas son mujeres; cuatro de cada diez tienen menos de 15 años de edad.** De manera alarmante, el lugar en el que más seguras deberían de poder estar las mujeres, es en donde se producen la mitad de los delitos sexuales: sus hogares (GIRE, 2017). Este y el matrimonio forzado son factores asociados a la alta tasa de embarazos durante esta etapa de la vida.

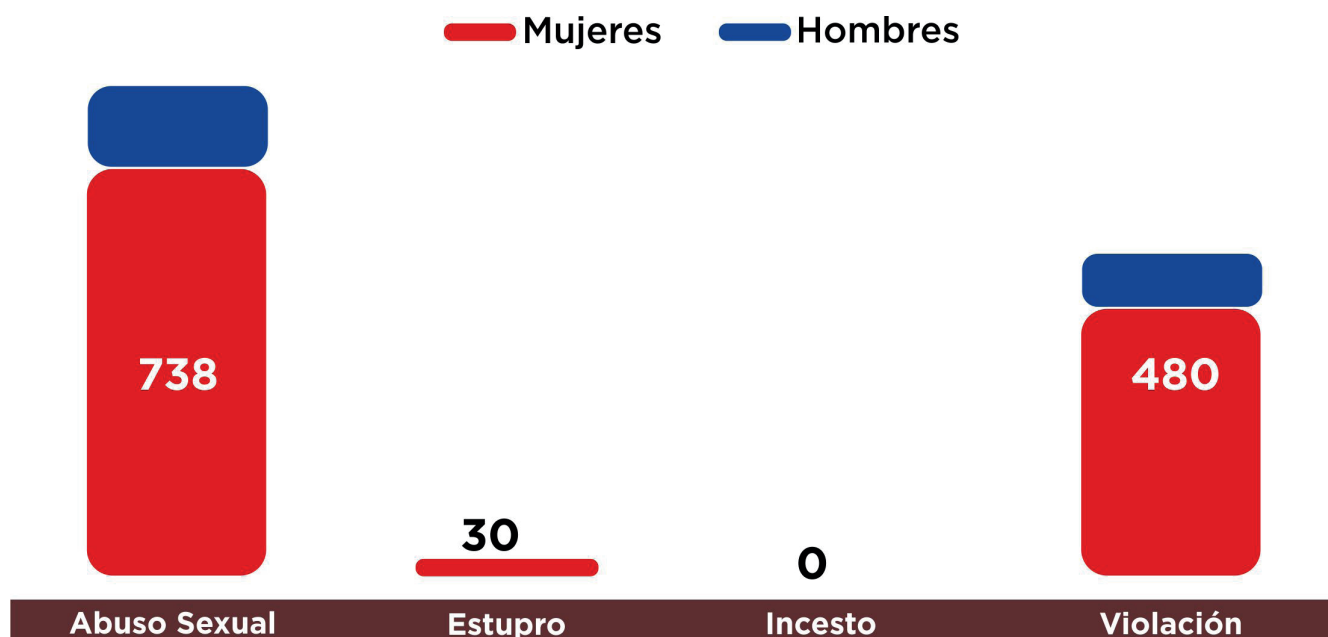
A través del CEAMEG se sistematizan y analizan los datos de violencia sexual ofrecidos por las entidades federativas. En el análisis que se hace del primer trimestre de 2017 se desprende que de las adolescentes de 10 a 12 años, el 6.2 por ciento han sido víctimas de algún abuso, así como 9 por ciento de los adolescentes. De las adolescentes de 13 a 15 años, 4.6 declararon haber sido tocadas por algún familiar, así como 6.1 de los adolescentes. De las adolescentes de 13 a 15 años, 4.6 por ciento refirió sí haber sido tocada por algún miembro de su familia, así como 6.1 por ciento de los adolescentes (CEAMEG, 2017).

En la consulta infantil y juvenil realizada en el 2015 por el INEE, informa resultados estatales. Una de las preguntas que se le hacía a la población de 10 a 13 años y de 14 a 17 años era la siguiente: ¿Sufro o he sufrido violencia?, Si respondes que sí ¿de qué tipo? El 21.7% de los 7,672 chihuahuenses entre 14 a 17 años, respondieron afirmativamente a la cuestión y al establecer el tipo de violencia recibida el 9.2% afirmó que violencia sexual (INEE, Instituto Nacional de Evaluación de la Educación, 2015). En el caso del grupo etario menor, participaron 20,634 chihuahuenses de los cuales el 2.9% afirma haber sufrido violencia sexual en su casa, el 2.8% en la escuela y el 3.1% en la calle. Si bien la consulta es indicativa, muestra claramente la problemática que abate a la entidad.

Al contrastar los porcentajes nacionales e internacionales con fuentes oficiales en Chihuahua, se muestra que efectivamente, **gran parte de la violencia sexual es perpetrada contra adolescentes, niños y niñas, y que las niñas pequeñas son particularmente vulnerables.** En Chihuahua el sistema de información de la FGE arroja información en cinco rubros de delitos sexuales: incesto, estupro, hostigamiento, abuso sexual y violación. El comportamiento de estos datos en el 2016, quedan descritos en la gráfica 18, población objetivo de la ENAPEA, el promedio diario de delitos sexuales es de 4.1, y el total de delitos sexuales cometidos hacia este grupo etario fue de 1497 en 2016.

Gráfica 78.

Incidencia de delitos sexuales en menores de 18 años. 2016.



Fuente: Centro Nacional de Información/Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública

En 2016 se cometieron 581 violaciones de las cuales el 17% fueron cometidos sobre niños u hombres y la proporción en abuso sexual es semejante. En el caso de estupro recae por completo en mujeres. Si se toma en cuenta el estimado de que sólo el 10% de las víctimas de violación denuncian, estaríamos hablando de que el número en 2016, podría aproximarse a 5,810 niñas, niños y adolescentes.

Con los datos que arrojó el sistema en el mes de septiembre, se generó un panorama del año 2017. El promedio diario de delitos sexuales denunciados se mantiene constante a lo registrado en el 2016: 4.1.

Tabla 23.

Prevalencia de Delitos Sexuales en 2017 (Datos a Septiembre).

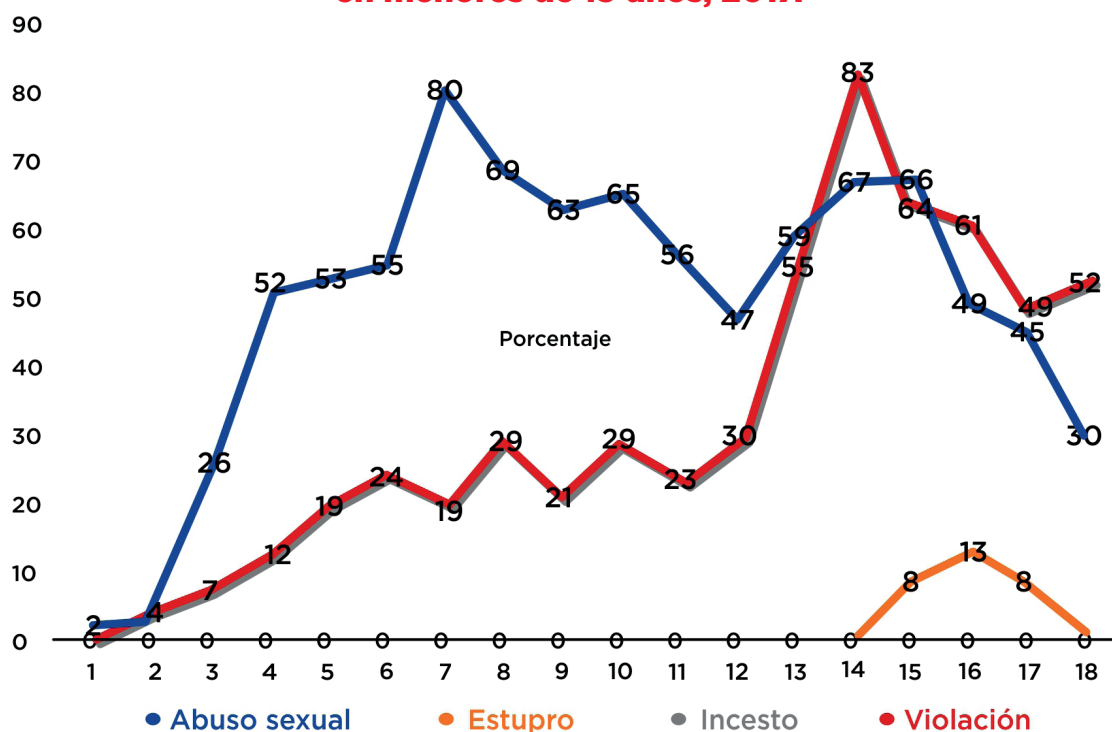
DELITO SEXUAL	2017	
	Mujeres	Hombres
Abuso sexual	564	88
Estupro	17	0
Incesto	1	0
Violación	391	85
TOTAL	973	173

Fuente: Centro Nacional de Información/Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública

El comportamiento de la comisión de delitos a partir de las edades, brindan datos dolorosos, sobre todo cuando se aprecia la incidencia de delitos sexuales en menores de 10 años.

Gráfica 79.

Incidencia de delitos sexuales (violación sexual, abuso sexual, estupro e incesto en menores de 19 años, 2017.

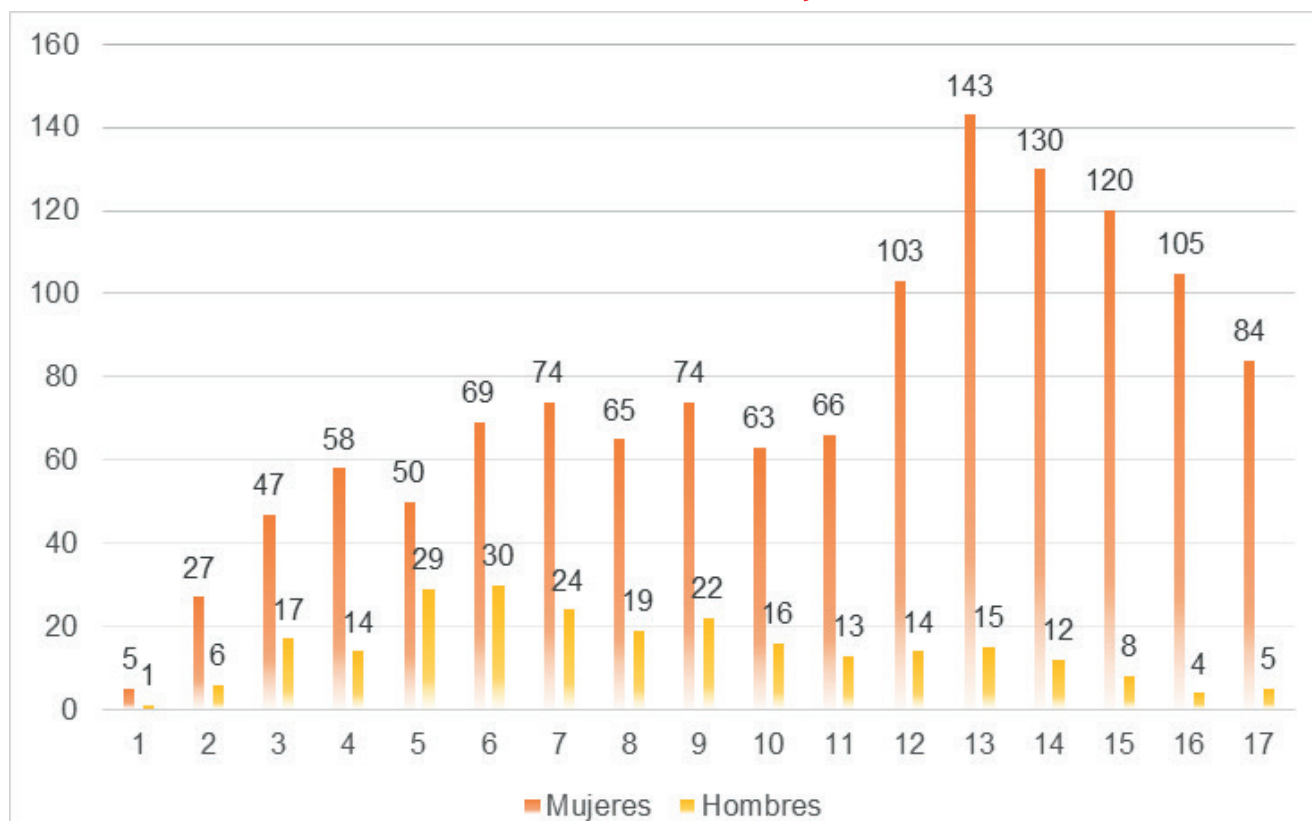


Fuente: Centro Nacional de Información/Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública.

Al hacer la separación de estos delitos cometidos y denunciados en niños y niñas de 1 a 17 años se aprecia la mayor incidencia sobre las niñas y la concentración en dos delitos: abuso y violación sexual. La mayor incidencia es hacia los 13, 14 y 15 años.

Gráfica 80.

Incidencia de delitos sexuales (violación sexual, abuso sexual, estupro e incesto en menores de 19 años, 2017.













Fuente: Centro Nacional de Información/Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública.

Sobre la comisión de los delitos por municipio de incidencia Chihuahua y Juárez por el tamaño de su población son quienes concentran el mayor número de delitos. En la tabla 14, se desglosa el comportamiento de los delitos en la geografía chihuahuense por tipo y por sexo.

Tabla 24.

Incidencia de delitos sexuales por municipio, tipo y sexo.

	Abusos Sexuales		Estupro		Hostigamiento		Incesto		Violación		Total
											
AHUMADA	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
ALDAMA	4	5	0	0	0	0	0	0	7	0	16
ALLENDE	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	5
AQUILES SERDÁN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ASCENSIÓN	5	0	0	0	0	0	0	0	2	0	7
BACHINIVA	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
BALLEZA	2	0	0	0	0	0	0	0	3	1	6
BOCOYNA	4	0	0	0	0	0	0	0	11	1	16
BUENAVENTUR A	2	2	0	0	1	0	0	0	3	0	8
CAMARGO	10	4	0	0	0	0	0	0	2	1	17
CARICHI	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
CASAS GRANDES	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3
CHIHUAHUA	245	44	6	0	9	0	0	0	102	37	443
CHÍNIPAS	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
CORONADO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
CRUZ, LA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CUAUHTÉMOC	18	5	0	0	0	0	0	0	23	6	52
DELICIAS	51	7	2	0	2	0	0	0	22	1	85
DOCTOR BELISARIO DOMÍNGUEZ	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
GALEANA	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4
GOMEZ FARÍAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GUACHOCHI	1	0	1	0	0	0	0	0	12	4	18
GUADALUPE Y CALVO	0	0	1	0	0	0	0	0	6	2	9
GUAZAPARES	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	4
GUERRERO	3	0	0	0	0	0	0	0	4	1	8
HIDALGO DEL PARRAL	18	7	2	0	2	1	0	0	12	1	43
HUEJOTITÁN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
IGNACIO ZARAGOZA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
JANOS	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3
JIMÉNEZ	1	1	0	0	0	0	0	0	2	0	4
JUÁREZ	315	61	15	0	21	0	0	0	221	44	677
JULIMES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MADERA	4	1	1	0	0	0	0	0	4	0	10
MATAMOROS	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
MEOQUI	9	1	0	0	0	0	0	0	4	0	14
MORELOS	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	5
MORIS	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
NAMIQUIPA	4	0	0	0	0	0	0	0	1	0	5

NUEVO CASAS GRANDES	16	5	1	0	0	0	0	0	7	1	30
OCAMPO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
OJINAGA	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
RIVA PALACIO	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
ROSALES	2	2	0	0	0	0	0	0	1	0	5
SAN FRANCISCO DEL ORO	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
SANTA BÁRBARA	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
SANTA ISABEL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SATEVÓ	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
SAUCILLO	1	0	0	0	0	0	0	0	5	0	6
TEMÓSACHI C	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
URIQUE	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	4
VALLE DE ZARAGOZA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
TOTALES	738	148	30	0	36	1	0	0	480	101	153 4

Fuente: Centro Nacional de Información/Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública.

Al relativizar la incidencia de delitos de violencia sexual con el total de población adolescente del municipio se puede establecer la tabla 15, en la que se aprecia en rojo y colores tendientes al mismo, los municipios que tienen mayor incidencia de delitos sexuales denunciados a partir de la relativización con la población ofrecida por el INEGI de adolescentes entre 10 y 19 años.

Tabla 25.

Tabla de incidencia de los delitos sexuales denunciados relativizada con el total de población de 10 a 19 años, por municipio.

Municipios	Población 10-19	Delitos Sexuales	% Población Afectada
Ahumada	2,560	1	0.0390625
Aldama	4,594	13	0.282977797
Allende	1,470	3	0.204081633
Aquiles Serdán	2,832	0	0
Ascensión	4,929	5	0.101440454
Bachíniva	935	1	0.106951872
Balleza	3,640	4	0.10989011
Batopilas	2,459	0	0
Bocoyna	5,763	13	0.225576956
Buenaventura	4,789	4	0.083524744
Camargo	9,527	10	0.104964837
Carichí	1,741	0	0
Casas Grandes	2,163	3	0.138696255
Chihuahua	150,880	212	0.140509014
Chínipas	1,557	2	0.128452152
Coronado	303	1	0.330033003
Cruz La	738	0	0
Coyame	257	0	0
Cuauhtémoc	32,287	26	0.080527767
Cusihuirachi	781	0	0
Delicias	26,537	47	0.177111203
Belisario Domínguez	307	2	0.651465798
El Tule	282	0	0
Galeana	1,288	4	0.310559006
Gómez Farías	1,469	0	0
Gran Morelos	350	0	0
Guachochi	9,817	16	0.162982581
Guadalupe	1,175	0	0
Guadalupe y Calvo	12,946	8	0.061795149
Guazapares	1,378	2	0.145137881
Guerrero	7,429	5	0.067303809
Hidalgo del Parral	20,821	25	0.120071082
Huejotitán	128	1	0.78125
Ignacio Zaragoza	1,125	1	0.088888889
Janos	2,131	2	0.093852651
Jiménez	8,149	3	0.036814333
Juárez	268,857	391	0.14543047
Julimes	758	0	0

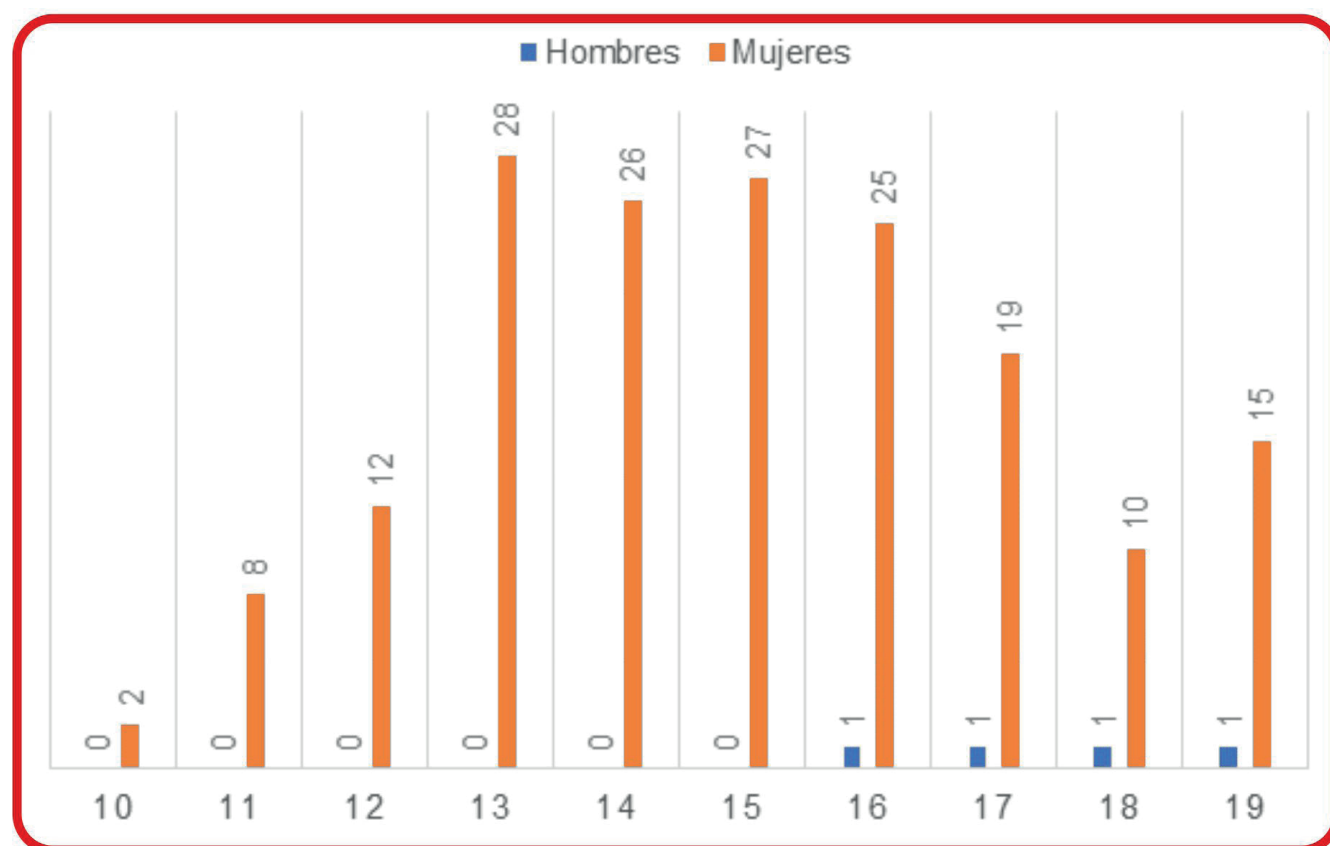
Moris	1,059	0	0
Namiquipa	3,966	5	0.126071609
Nonoava	465	0	0
Nuevo Casas Grandes	12,211	21	0.171976087
Ocampo	1,343	0	0
Ojinaga	4,959	2	0.040330712
Praxedis G. Guerrero	1,078	0	0
Riva Palacio	1,787	1	0.055959709
Rosales	3,099	4	0.129073895
Rosario	344	0	0
San Francisco de Borja	279	0	0
San Francisco de Conchos	417	0	0
San Francisco del Oro	802	2	0.249376559
Santa Bárbara	1,813	1	0.055157198
Santa Isabel	684	0	0
Satevó	456	0	0
Saucillo	5,654	2	0.035373187
Temósachic	1,171	0	0
Urique	3,963	2	0.050466818
Uruachi	1,245	0	0
Valle de Zaragoza	794	1	0.125944584
TOTALES	665,105	865	1

Fuente: Construcción propia con datos de la Encuesta Intercensal 2015 y del Centro Nacional de Información/Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública.

Por otro lado, el sistema de salud, en su atención a las lesiones producidas por la violencia sexual reporta en ese mismo año, con la misma población objetivo lo que ilustra la gráfica 21. La incidencia es de 566 casos en la amplia gama de posibles delitos sexuales. Al comparar los totales de población se puede apreciar que existe una diferencia entre una fuente y la otra. Mientras en la parte judicial existió un registro de 865 delitos relacionados con violencia sexual en la población entre 10 y 18 años, en el sistema de salud se registraron 160 (eliminando la población de 19 años para efectos de comparabilidad). La diferencia es explicable en el sentido que algunos delitos sexuales no originan consultas médicas. Sin embargo, es importante (y alarmante) anotar que son apenas los delitos denunciados, y se calcula que éstos representan solo el 10% de los que existen. Estar en los rangos “normales” no indica de ninguna manera que en Chihuahua no exista una profunda problemática de violencia hacia los niños, niñas y adolescentes. Ninguno de estos casos debería de haber existido.

Gráfica 81.

Número de pacientes atendidos por violencia sexual 2016.



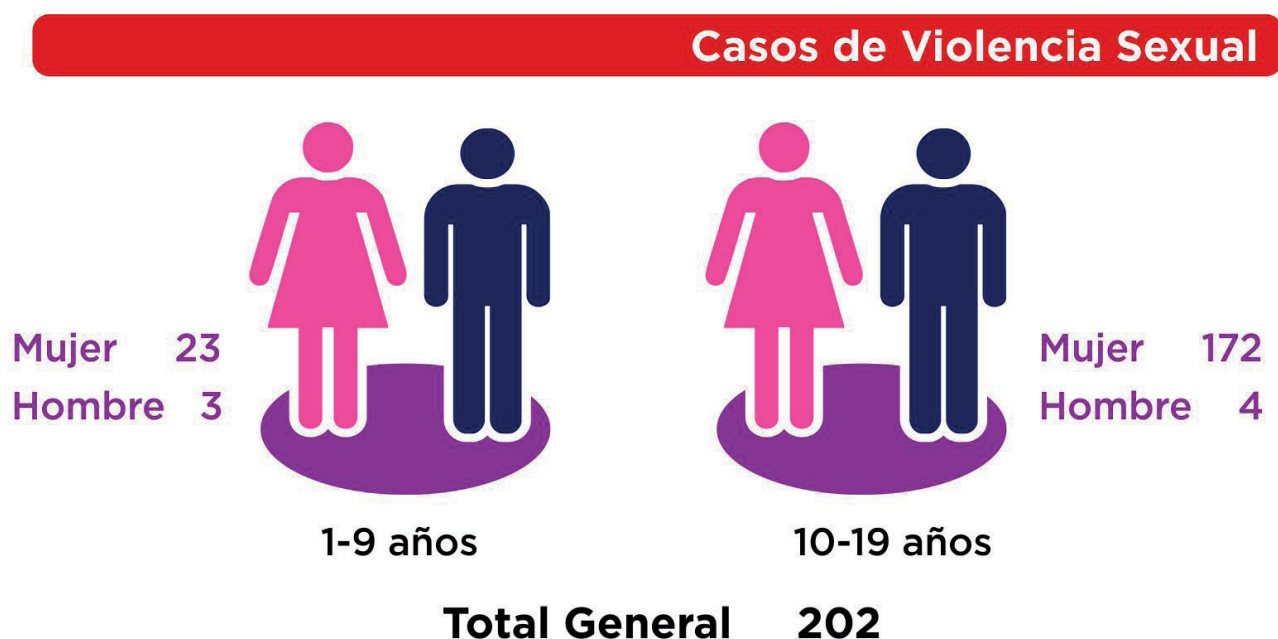
Fuente: Sistema de Información en Salud SIS; Cubos Dinámicos DGIS, Preliminar al 30 de septiembre 2017.

El sector salud, a través de sus registros muestra también datos que le abonan al diagnóstico de la problemática. En la tabla 16 se puede apreciar la incidencia de la violencia sexual desde temprana edad de las personas.

En todos los casos se destaca la prevalencia de las niñas o adolescentes con relación a los niños. Sin embargo, encontramos una enorme discordancia con los datos obtenidos a través del sistema de la Fiscalía General del Estado. Mientras que en 2016 se manejaron 1497 delitos sexuales (sin incluir hostigamiento), el sistema de salud apenas registró 202. Es comprensible si los delitos sexuales no implicaron heridas o lesiones. Sin embargo, para muchos de ellos sería necesario asistir de todas formas a atención médica para recibir la atención psicológica y psicoprofilaxis correspondiente.

Tabla 26.

Atenciones por violencia sexual a niñas, niños y adolescentes en el estado de Chihuahua durante el 2016.



Fuente: Sistema de Información en Salud SIS; Cubos Dinámicos DGIS, Preliminar al 30 de septiembre 2017

Una de las consecuencias probables de la violación sexual puede ser el embarazo. Las evidencias coinciden en señalar que alrededor del 10 al 15% de las mujeres que fueron abusadas resultan embarazadas. En otro estudio desarrollado en una institución de prestación de servicios en México que incluyó 1651 mujeres víctimas de violencia, la tasa de embarazo alcanzó poco más del 14% en el grupo de 12-49 años (GIRE, 2017). En el caso de los registros del sector salud chihuahuense se establece que al menos 6 menores de edad resultaron embarazadas como consecuencia de violaciones perpetradas en su contra: una de 11 años, dos de 15, una de 17 y dos sin especificar la edad (Sistema de Información en Salud SIS; Cubos Dinámicos DGIS, Preliminar al 30 de septiembre 2017).

“Como ninguna otra situación que las mujeres enfrentan, la violación, el embarazo resultado de la violación y el embarazo forzado –cuando la interrupción no resulta accesible– condensan la discriminación que las mujeres de nuestras sociedades viven y ponen en evidencia el rol que las instituciones legales y sociales desempeñan en la reproducción de esa discriminación” (Bergallo & González, 2012, pág. 8)

Tabla 27.

Municipios Prioritarios de Embarazo en Adolescentes en el Estado de Chihuahua y su Relación con las Víctimas de Violencia Sexual.

	Población Adolescente (10-19 años) 2010	Abusos Sexuales	% Adolescentes respecto del total municipal 2010	% Adolescentes víctimas de violencia sexual
Juárez	5513	315	0.24	5.71
Chihuahua	2693	245	0.17	9.09
Cuauhtémoc	679	18	0.19	2.65
Delicias	669	51	0.22	7.62
Hidalgo del Parral	414	18	0.18	4.34
Guachochi	403	1	0.31	0.24
Guadalupe y Calvo	337	0	0.27	0

6.2.11 Estereotipos de Género.

Los estereotipos de género son una construcción sociocultural que se le ha asignado tanto a la mujer como al hombre, tales como las características, atributos, habilidades, tareas, espacios y actividades que se consideran apropiadas para cada sexo, las cuales benefician a los hombres y perjudican a las mujeres.

Como lo menciona Tania Sordo ³⁸**“los estereotipos de género crean y recrean un imaginario colectivo negativo para las mujeres, constituyen violencia en contra de ellas y discriminación.** Estos son interiorizados por las personas como parte de su socialización y se reflejan en el razonamiento, la forma de actuación y en el lenguaje. **Esta imposición de un “deber ser mujer” crea y recrea un imaginario colectivo perjudicial para las mujeres que les impide tener una vida libre de violencia, limita su autonomía y libertad, así como su acceso a la justicia** y también el de sus familiares. Este “deber ser” conlleva la suposición de que las mujeres son inferiores que los hombres y que por tal motivo se encuentran impedidas para desempeñar determinadas actividades u ocupar ciertos espacios.”

Los estereotipos de género son una construcción sociocultural que se le ha asignado tanto a la mujer como al hombre.

Henriques-Mueller y Yunes dicen: “la imagen de género es la base del camino en el cual los adolescentes comienzan a adquirir su identidad como hombres y mujeres porque los conduce a interiorizar patrones de comportamiento esperados, los cuales determinan las expectativas existentes para hombres y mujeres”³⁹

En este sentido, y atendiendo a los estereotipos de género, las consecuencias de la interacción entre éstos, las condiciones sociales y las aspiraciones y opciones de vida son: una iniciación sexual temprana, total ausencia de protección, embarazos tempranos (que casi siempre conducen a uniones consensuales pero también a veces a la maternidad en soltería) y nacimientos tempranos. **Los abortos (clandestinos y riesgosos) probablemente ocurran en su mayoría en casos de abuso sexual.** Dadas las condiciones existentes, las políticas sociales vinculadas con el mejoramiento de la información, con la educación sexual y el acceso a la anticoncepción, son insuficientes, ya que no corresponden sino de manera muy parcial con las necesidades existentes. Resulta necesario mejorar las condiciones tanto sociales como económicas para, de esta manera, abrir aspiraciones de mejores opciones de vida que propicien la demora de los nacimientos. Facilitar la permanencia en la escuela por un mayor número de años propiciaría mejores condiciones en dicho sentido, particularmente para las mujeres.

38. Los estereotipos de género como obstáculos para el acceso de las mujeres a la Justicia, Tania Sordo, (s.f.)

39. Claudio Stern. 2007 Estereotipos de Género, relaciones sexuales y embarazo adolescente en las vidas de jóvenes de diferentes contextos socioculturales en México. Estudios Sociológicos vol.XXV. Colegio de México A.C.

Según Stern,⁴⁰ para algunos autores no queda duda de que continúan los roles y estereotipo sexistas, por lo que también continúa el mandato de la maternidad como máxima realización femenina. Realización que difícilmente podemos ver en las adolescentes que ya han tenido uno o varios hijos/hijas.

Quizá podemos afirmar que **para una gran parte de las adolescentes el embarazo no es una opción, sino falta de las mismas. Una falta de opciones de desarrollo personal en todos los sentidos, aunque muchas de ellas consideren que su embarazo es deseado.**

Cabe destacar que la interacción entre los estereotipos de género, la conducta sexual de los adolescentes y sus posibles consecuencias en términos de embarazo, nacimientos, estado civil y formación familiar, resultan de gran importancia.

6.2.12 Matrimonio infantil.

Según la información que presenta el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)⁴¹ en su página de internet, el matrimonio infantil, es una realidad y lo define como un matrimonio formal o unión informal antes de los 18 años, niñas y niños se ven afectados, sin embargo, a las primeras les afecta de manera desproporcionada. A pesar de que en diversos países este fenómeno tiene una funcionalidad social, según la UNICEF, el matrimonio con niñas menores de 18 años tiene raíces en la discriminación de género, fomenta el embarazo prematuro y sin espaciamiento, trae consigo la separación de la familia y amigos, y una disminución en la participación de las actividades comunitarias, lo que trae consigo consecuencias importantes en la salud mental de las niñas y en su bienestar físico. De acuerdo a la publicación de UNICEF, Estado Mundial de la Infancia 2011,⁴² asocia el matrimonio infantil con una alta probabilidad de complicaciones en el embarazo y el parto, las cuales están asociadas a las principales causas de mortalidad de niñas entre los 15 y 19 años en todo el mundo, de igual modo aumenta el riesgo de sufrir infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados, sin dejar de mencionar un control insuficiente sobre el número de hijos siguientes, lo que conlleva entre las adolescentes, según esta publicación, la recurrencia a abortos inseguros, lo que se traduce en riesgos de lesiones graves o muerte, y en ocasiones se presentan conflictos con la ley (según aplique).

Según el análisis que ofrece INEGI, en su publicación Estadísticas a Propósito del Día Internacional de la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer⁴³, **el matrimonio a una edad temprana, limita el desarrollo y constituye un obstáculo para autonomía de las mujeres, además de reducir las oportunidades y opciones para continuar su formación, y por consiguiente, la persistencia de patrones de género, los cuales obligan a las mujeres a desempeñar papeles de esposa-madre-cuidadora.** De acuerdo a sus estadísticas, en promedio el 28.6% de las mujeres de 15 años y más se casó o unió por primera vez antes de los 18 años, y antes de cumplir 20 años, la mitad ya estaba cohabitando con una pareja.

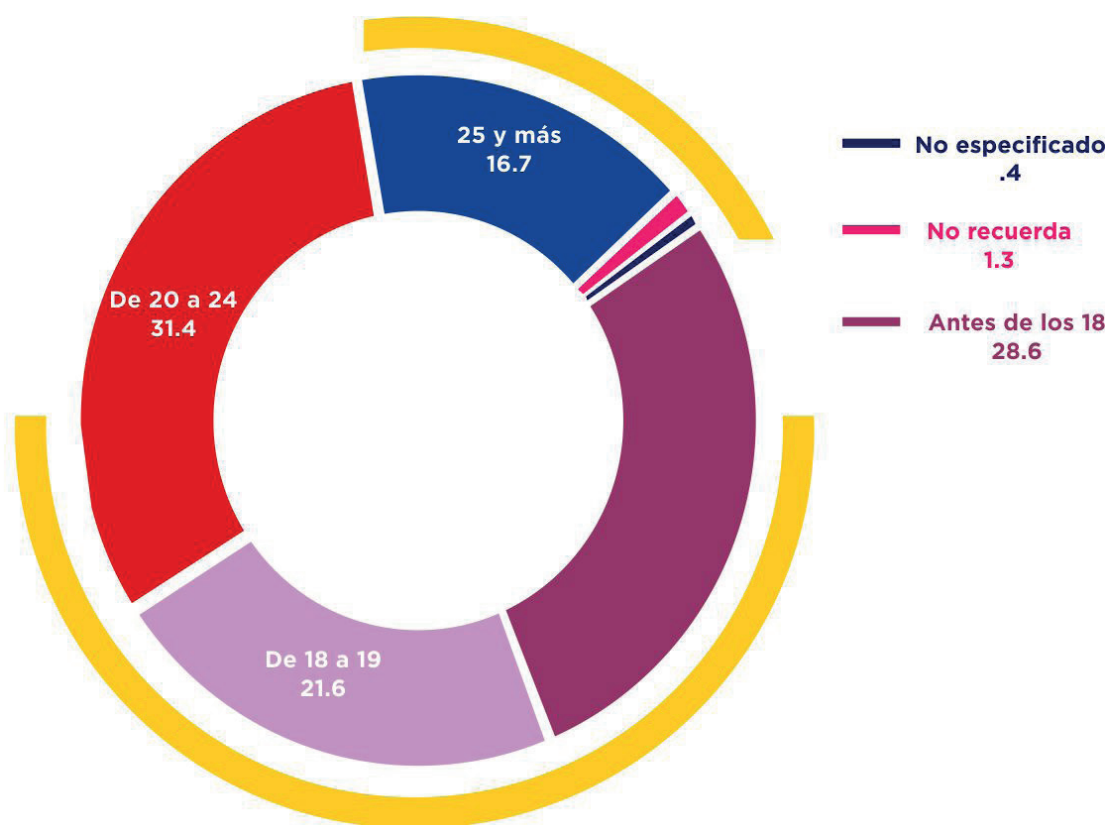
40. Op. Cit.

41. <https://www.unicef.org/spanish>

42. Estado Mundial de la Infancia 2011. La adolescencia, una época de oportunidades. <https://www.unicef.org/>

43. ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA INTERNACIONAL DE LA ELIMINACIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER (25 DE NOVIEMBRE). INEGI. Nov. 2017

Gráfica 82.
Edad de la Primera Unión 2016.



Fuente: Encuesta Nacional sobre la Dinámica de Relaciones en los Hogares, 2016

Entre las causas de la unión que menciona el documento, se encuentran las siguientes: por propia voluntad 83.6%, 2.7% de las mujeres se unió a su actual esposo o pareja de manera obligada a hacerlo ya sea por embarazo, porque se la robaron o, porque se arregló su unión a cambio de dinero o bienes. Las mujeres que se casaron antes de cumplir 18 años, fue un 4.9%, aunado a ello, el 9.2% se encontró obligada a hacerlo, por causa de un embarazo.

Autores como Diana Claros⁴⁴(et. al), mencionan que el matrimonio infantil es directamente una violación a los derechos fundamentales de las personas, y afecta de manera sobresaliente a las mujeres, por ejemplo, a nivel mundial, más de 60 millones de mujeres de 20-24 años se casaron antes de llegar a los 18 años. Si se mantiene la tendencia, más de 142 millones de niñas menores de 18 años estarán casadas en la próxima década, es decir 39.000 niñas cada día contraerán matrimonio. Entre las determinantes asociadas al matrimonio infantil, que mencionan estos autores, incluyen normas sociales y culturales, situación socioeconómica, niveles de educación y contexto de la comunidad. El fenómeno, ocasiona que los y las (en mayor medida) adolescentes cesan sus objetivos académicos, experimenten aislamiento social y dificultades económicas, obstaculiza la libertad de decisión, el empleo del tiempo, el acceso a información y servicios de salud.

44. Claros, Benitez, Diana (et. al). 2016. Matrimonio infantil: Un problema social, económico y de salud pública. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v81n3/art13.pdf>

Por su parte, la página de internet de la organización Save The Children,⁴⁵ además de corroborar la definición que proporciona UNICEF, agrega que esta práctica representa una grave violación a los derechos humanos de niñas, niños y adolescentes.

La falta de acceso a la educación y la igualdad de oportunidades es una de las principales causas del matrimonio infantil.

En el caso concreto de México, se sabe que son las niñas quienes en mayor medida contraen matrimonio antes de los 18 años de edad, ello como resultado directo o no de múltiples factores entre los que mencionan, presiones económicas, sociales y culturales, en especial las desigualdades entre hombres y mujeres en el país.

Según el informe sobre la protección del infante de la Unicef, “el matrimonio infantil viola los derechos humanos independientemente de si la persona involucrada es un niño o una niña, pero sin duda se trata de la forma más generalizada de abuso sexual y explotación de las niñas”.

En el 2015, 2 de cada 4 mujeres menores de 15 años que contrajeron matrimonio contaba únicamente con educación primaria, según datos de la ONU.

“La erradicación del matrimonio infantil requiere de una estrategia integral que incluya políticas y programas de protección social centrados en aliviar las dificultades socioeconómicas y favorecer el acceso a una educación de calidad”, indicó el texto. Asimismo los datos más recientes (provenientes de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, ENADID 2014), en México, el 23,75 % de las mujeres de entre 15 y 54 años contrajeron matrimonio antes de los 18 años. La falta de acceso a la educación y la igualdad de oportunidades es una de las principales causas del matrimonio infantil.

A su vez, desde enero del 2014 está en vigor la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes que establece los 18 años como edad mínima para contraer matrimonio por parte de las niñas y niños, a lo cual, en Chihuahua la ley se ha armonizado. Este 28 de noviembre fuimos testigos de un nuevo avance en nuestro objetivo. El Congreso de estado de Chihuahua aprobó con 27 votos a favor la homologación del Código Civil del Estado con la LGDNNA y así establecer los 18 años como edad mínima para contraer matrimonio.

Según la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica de 2014, el 24 por ciento de las mujeres de 20 a 24 años de edad en el estado de Chihuahua, se unieron en matrimonio antes de cumplir la mayoría de edad.

Lo anterior, coloca a la entidad en la posición nueve con el mayor índice de mujeres, que tienen entre 20 y 24 años, que se casan antes de cumplir 18 años.

Según información proporcionada por el Registro Civil del estado de Chihuahua, en 2016 y lo que va del 2017 (a octubre) se han registrado mil 84 matrimonios donde está involucrado un menor de edad.

El año pasado los casos donde la mujer era menor y se casó con un hombre mayor de edad llegaron a 605, mientras que tan sólo en 36 el hombre era menor y la mujer mayor, mientras que en 54 de los matrimonios ambos eran menores.

45. <https://www.savethechildren.mx/que-hacemos/matrimonioinfantil>

MATRIMONIO INFANTIL



42.8%
de adolescentes
mujeres
entre 12 y 17
años que están
casadas tienen al
menos un hijo.



72.4%
de adolescentes
entre 12 y 17
años que están
casados no
asisten a la
escuela.



Alrededor del
80%
de hombres
menores de 15
años casados
trabajan



En 2015 había
75,446
adolescentes
entre 12 y 17
años casados.



Siendo mayor
el porcentaje
en el caso de
las mujeres



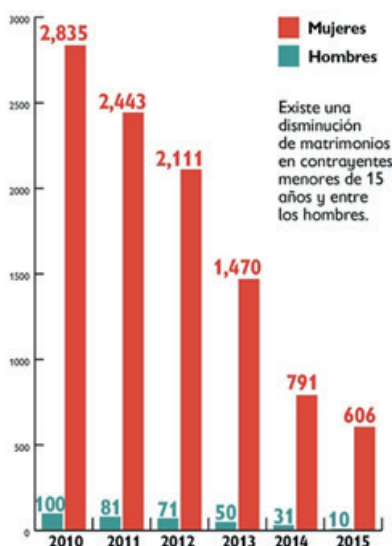
que en el de los
hombres

Fuente: Elaboración propia con base en Encuesta Intercensal INEGI 2015.

Fuente: Save the Children. <https://www.savethechildren.mx/que-hacemos/matrimonioinfantil>

MATRIMONIO INFANTIL

Menores de 15 años

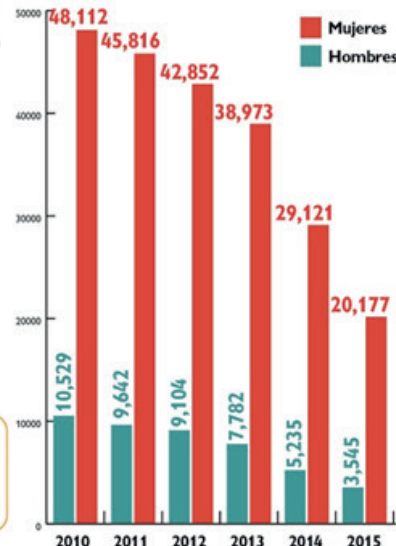


Número de adolescentes que contrajeron matrimonio de 2010 a 2015 según grupos de edad y sexo



En promedio, se casan 60 veces más mujeres menores de 15 años que hombres y 6 veces más mujeres de 15 a 17 años que hombres.

Entre 15 a 17 años



Fuente: Elaboración propia con base en Registros Administrativos de Estadísticas Vitales sobre Nupcialidad, INEGI.

MATRIMONIO INFANTIL



42.8%
de adolescentes
mujeres
entre 12 y 17
años que están
casadas tienen al
menos un hijo.



72.4%
de adolescentes
entre 12 y 17
años que están
casados no
asisten a la
escuela.



Alrededor del
80%
de hombres
menores de 15
años casados
trabajan



En 2015 había
75,446
adolescentes
entre 12 y 17
años casados.



Siendo mayor
el porcentaje
en el caso de
las mujeres



que en el de los
hombres

Fuente: Elaboración propia con base en Encuesta Intercensal INEGI 2015.

Fuente: Save the Children. <https://www.savethechildren.mx/que-hacemos/matrimonioinfantil>

6.2.13 Opciones limitadas de un proyecto de vida.

La noción de empoderamiento y su relevancia en la promoción de la salud no es tema nuevo. Desde hace algunos años, **diversas instituciones y organizaciones internacionales intentan promover la agenda de investigación y el desarrollo de programas orientados al empoderamiento de los jóvenes, teniendo entre sus principales metas la atención de problemáticas como la desentendida salud sexual y reproductiva adolescente.**

Las adolescentes menos satisfechas con su propio cuerpo tienen menores probabilidades de negociar el uso del condón.

De acuerdo con Irene Casique Rodríguez, del Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM) de la UNAM. “El empoderamiento es entendido como una expansión en la capacidad de las personas para tomar decisiones estratégicas, en un contexto en el que esta habilidad les es usualmente negada, lo que corresponde a la situación de los adolescentes y sus derechos sexuales y reproductivos. Siendo necesario que se desarrollen programas para lograr este proceso, no sólo se les ayudaría para el presente, sino para su vida adulta”.

Por lo tanto, trabajar en el tema del empoderamiento representa importantes beneficios para el desarrollo positivo de los jóvenes, ejemplo de ello puede ser diversas dimensiones de su vida, tanto psicológicas como sociales, sin dejar de

lado el ejercicio de su sexualidad, esto se traduce en mayor confianza, desarrollo de una conciencia crítica, auto-eficacia y auto-estima, formación de relaciones íntimas; el cual conduce al desarrollo de una identidad sana, propiciando la adopción de roles más positivos, y la participación y responsabilidad social. No obstante, la promoción de éste como estrategia para un mayor bienestar de los jóvenes y en particular una mejor salud sexual y reproductiva ha sido lenta e insuficiente.

En nuestro país es necesario que los jóvenes se encuentren empoderados al contar con la información y las herramientas necesarias, de manera que accedan a una sexualidad sana y responsable, para poder prevenir un embarazo y saber cómo salir de una relación de violencia; es decir, brindarles la información apropiada y oportuna, para que tengan control sobre las disposiciones centrales de su vida.

Asimismo alude Irene Casique, “no obstante **no podemos ignorar que son las mujeres adolescentes las que ocupan la posición social más desventajada en un marco de marginación e inequidad, posición subordinada que se exacerba cuando nos centramos en el análisis de la salud sexual**; condición no es temporal ni se modifica con la entrada de las jóvenes a la edad adulta, son particularmente a doblegar sus propias necesidades y deseos, incluyendo el deseo de protegerse de ITS y embarazos no deseados, frente a los deseos de su pareja, a tener baja auto-estima sexual, y baja asertividad sexual. Las adolescentes menos satisfechas con su propio cuerpo tienen menores probabilidades de negociar el uso del condón”.

La misma autora afirma que: “De manera similar, algunos estudios han encontrado que **aquellas jóvenes mujeres con mayor poder de decisión en la pareja tienen una probabilidad 5 veces mayor de reportar un uso consistente del condón** que las jóvenes con bajo poder de decisión”⁴⁶

Incuestionablemente, las diferencias de género juegan un papel complejo y determinante respecto a la manera en que los adolescentes entienden y viven su sexualidad, dificultando el desarrollo de una vida sexual plena y controlada, y de manera muy particular en el caso de las jóvenes.

Y en esa medida **deben ser las adolescentes el objeto principal de toda política de empoderamiento sexual, como herramienta para el fortalecimiento de la salud sexual y reproductiva.** Sin embargo, el empoderamiento no es un trabajo sencillo y tampoco de corto plazo; es decir, se deberá cambiar la censura social hacia la sexualidad adolescente y los valores so-

La clave del empoderamiento es propiciarles una educación integral en valores de igualdad, equidad de género y a la no discriminación.

ciales respecto al ejercicio de la violencia contra la mujer. Por lo tanto la clave del empoderamiento es propiciarles una educación integral en valores de igualdad, equidad de género y a la no discriminación, así como el acceso a conocimientos y recursos.

Asimismo, es de suma importancia trabajar el tema de la autoestima, en virtud de que hemos adoptado métodos de crianza y de educación, los cuales en diversas ocasiones van en contra de la confianza que tienen en sí mismos y en su capacidad de resolver problemas y tomar decisiones importantes. La adolescencia es uno de los periodos más críticos para el desarrollo de la autoestima; es la etapa en la que la persona necesita hacerse con una firme identidad, es decir, saberse individuo distinto a los demás, conocer sus posibilidades, su talento y sentirse valioso como persona que avanza hacia un futuro. **Durante la adolescencia se manifiestan ciertos cambios a nivel socio-afectivo, físico y cognoscitivo, se desarrollan además la capacidad de reflexionar y pensar sobre uno/a mismo/a y de aceptar una nueva imagen corporal.**

Además es importante incluir en esta tarea a la familia, la cual juega un papel central al otorgar información sobre la prevención y el ejercicio de una sexualidad segura, responsable y sana. **El empoderamiento de las y los adolescentes nos potencia como sociedad,** porque no sólo estarán preparados para tomar mejores decisiones en su sexualidad o en sus relaciones de pareja, sino en otras dimensiones; además, vivirán su adultez de manera consciente y responsable, en el ejercicio de su profesión u oficio, y participativos en la política y economía.

Con base al documento “Proyecto de vida en la Adolescencia” de María Piedad Puerta menciona que, “para lograr resultados positivos en ese intento de tomar decisiones es que también se tiene la po-

46. Empoderamiento y salud sexual y reproductiva de los adolescentes, Irene Casique Rodríguez, Congreso 2012.

sibilidad de diseñar un proyecto de vida a partir de la conciencia que tienen de sí mismos, de la realidad que le rodea y de su existencia. Por tal motivo es en esta etapa en la que el ser humano está en condiciones apropiadas para concebir un proyecto de vida, que lógicamente estará anclado en toda su vida anterior.

Cuando una persona joven concibe un proyecto para encaminar su vida, ese ejercicio ya es una contribución importante para su desarrollo integral, en la medida en la cual lo obliga a incrementar la conciencia que tiene de sí mismo y a darle dirección y orden a su existencia.

Se trata de una tarea que le exige:

- Honestidad para autoconocerse.
- Observación atenta para conocer el mundo en el cual vive.
- Incremento de su sentido crítico para evaluar las posibilidades reales para lograr sus propósitos y la realización de sus sueños.
- Ejercicio en la toma de decisiones para establecer las metas que quiere lograr y ajustarlas o modificarlas cada vez que sea necesario.
- Desarrollo de su creatividad para diseñar las acciones que necesita para alcanzar las metas.
- Análisis y evaluación de las distintas alternativas, sus ventajas y desventajas, a corto, mediano y largo plazo.
- Conciencia de sus propios valores, creencias y necesidades.

Todas estas exigencias contribuyen, entre otras cosas, a la sólida estructuración de su personalidad y de una clara identidad; a su realización personal; al fortalecimiento de los valores que ya posee y al surgimiento de otros nuevos. Le permite fortalecer su autoestima en cuanto le da la oportunidad de sentirse competente, se constituye en factor de protección en

relación con problemas como las adicciones, la delincuencia y otras formas de desadaptación social, todo lo cual permite darle sentido, valor y rumbo a la propia existencia.”⁴⁷

6.2.14 Insuficiente coordinación en la aplicación de políticas preventivas del embarazo en adolescentes.

Una problemática que enfrenta nuestro país es la desarticulación de las políticas públicas, de éstas, las dirigidas a la población adolescente no son la excepción. **Por años, las acciones para prevenir y atender los embarazos en adolescentes se han realizado de forma fragmentaria y esto ha provocado la reproducción de la desigualdad social.**

Esta situación fue una de las primeras causas que el Grupo Estatal para Prevenir los Embarazos en Adolescentes (GEPEA) detectó y puso sobre la mesa, ya que el estado de Chihuahua tiene antecedentes en años recientes de las consecuencias que conlleva la descoordinación de las acciones.

Antes de la implementación de la Estrategia Nacional para Prevenir los Embarazos en Adolescentes (ENAPEA) en 2015, el Gobierno Estatal, a través del Instituto Chihuahuense de las Mujeres, implementó de 2011 a 2013, el Programa Intersectorial para Prevención del Embarazo en Adolescentes en el Estado de Chihuahua (PIPEA), con el siguiente objetivo: “Plantear acciones efectivas encaminadas a lograr un verdadero impacto en cuanto a la problemática de prevenir el embarazo en adolescentes y disminuir las enfermedades sexualmente transmitidas,

47. Proyecto de vida en la adolescencia, María Piedad Puerta, Boletín Crianza Humanizada U de A. 2011

así como erradicar la mortalidad materna (adolescentes-infantil), a través de la coordinación intersectorial” (sic). En este programa, participaron las siguientes dependencias: Instituto Chihuahuense de las Mujeres, Secretaría de Salud, Secretaría de Educación Cultura y Deporte (ahora Secretaría de Educación y Deporte), Secretaría de Gobierno, Instituto Chihuahuense de la Juventud, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y la Universidad Autónoma de Chihuahua. De esta forma, se estableció una mesa interinstitucional en la que se coordinó la operación de las siguientes acciones: un diagnóstico prospectivo para detectar las causas del embarazo en adolescentes; un modelo de intervención educativa con perspectiva de género y derechos humanos; un proyecto piloto “Modelo Holónico con temas de Salud Sexual, Derechos Sexuales de la Juventud y promociones de habilidades asertivas con perspectiva de Género”; un programa denominado “Vive sin Bullying” referente al acoso en redes sociales; el foro para adolescentes “Yo quiero, Yo puedo”, que entrelazó los temas de prevención de las adicciones, violencia en el noviazgo y sexualidad responsable; el programa “Sexualidad Precoz en Adolescentes”; un Plan Estratégico en Redes Sociales con perspectiva de género sobre la problemática del embarazo adolescente en Chihuahua, por mencionar unos ejemplos.

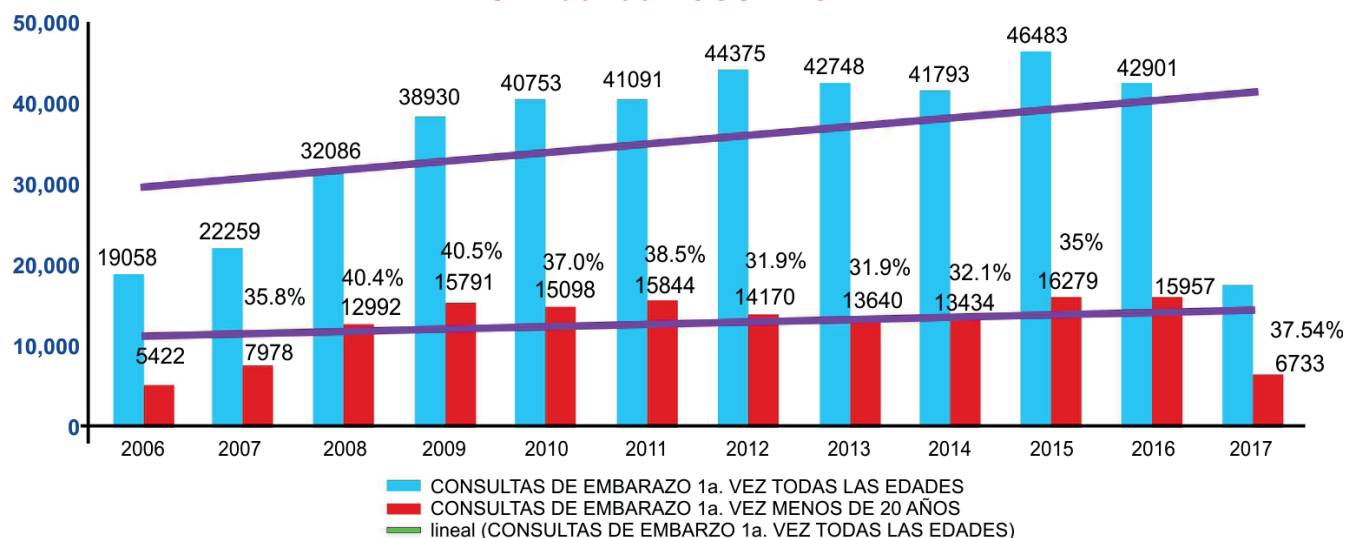


Los resultados de la coordinación institucional mediante el programa antes citado se pueden observar en la siguiente gráfica, basada en los datos proporcionados por la Secretaría de Salud del Gobierno Estatal; donde del 2011 al 2014 el porcentaje en consultas de embarazo de primera vez en menores de 20 años fue en descenso. Al 2014, Chihuahua ocupaba el séptimo lugar nacional en embarazos en adolescentes.



Gráfica 83.

Servicios de Salud de Chihuahua Atención del Embarazo; Entidad Federativa: Chihuahua 2006 - 2017.



Fuente: *Preliminar Sistema de Información en Salud SIS; Cubos Dinámicos DGIS, al 13 de junio 2017.

Sin embargo, por instrucciones superiores, el PIPEA concluye a finales del 2013; y fue hasta agosto de 2016 que nuevamente se establece una coordinación interinstitucional para atender este tema, mediante el acuerdo 087 publicado en el diario oficial y denominado: Lineamientos Generales para la Organización y Funcionamiento Interno del Grupo Estatal para la Prevención del Embarazo en Adolescentes de Chihuahua. Las consecuencias de la falta de coordinación también se pueden observar en la citada gráfica, en la que a partir de 2015 se incrementan las consultas de embarazo de primera vez en menores de 20 años.

En esos años en que el Estado de Chihuahua dejó de operar de manera coordinada la prevención del embarazo en adolescentes pasó del séptimo al segundo lugar nacional en embarazos en adolescentes.

De agosto de 2016 a abril de 2017, el contexto estatal no brindó una coyuntura para la implementación de la coordinación planteada en los mencionados lineamientos, por tanto, los esfuerzos institucionales se continuaron realizando en acciones aisladas. Como ya se ha especificado, la actual administración derogó el acuerdo 087 y fortaleció el trabajo interinstitucional mediante el acta firmada el 31 de mayo de 2017, en el que se nombró como Instancia Coordinadora a la Secretaría de Desarrollo Social y en la Secretaría Técnica al Instituto Chihuahuense de las Mujeres.

La actual coordinación interinstitucional ha sido afectada en los últimos meses donde algunos grupos de la sociedad civil y eclesiásticos de la ciudad de Chihuahua, han expresado su oposición, a temas transversales como la perspectiva de género, la educación integral en sexualidad y la evidencia científica; dicha problemática ha derivado que la capital del estado, sea actualmente la ciudad con mayor número de consultas de embarazo en menores de 20 años, inclusive por encima de Ciudad Juárez, que tiene una cantidad de población mucho mayor, como se observa en la siguiente gráfica.

Tabla 28.

Consulta de Primera Vez por Embarazo en Adolescentes, Datos Preliminares 30 de septiembre 2017.

Jurisdicción sanitaria	Consulta embarazo primera vez <15	Consulta embarazo primera vez 15-19	Consulta embarazo primera vez 10-19	Consulta embarazo primera vez todas las edades	%Embarazo adolescentes
Chihuahua	347	2,018	2,365	5,642	42
Juárez	103	2,072	2,175	5,088	43
Parral	55	893	948	3,343	28
Cuauhtémoc	25	385	410	1,389	30
Nuevo Casas Grandes	45	446	491	1,312	37
Camargo	25	376	401	1,038	39
Creel	32	224	256	889	29
Ojinaga	6	92	98	318	31
Guachochi	29	153	182	657	28
Gómez Farías	11	70	81	273	30
Total	678	6,729	7,407	19,949	37

Fuente: Sistema de Información en Salud SIS; Cubos Dinámicos DGIS, preliminar al 30 de septiembre 2017.

Dada esta situación, actualmente el Estado de Chihuahua se intercala con Coahuila, en el primero y segundo lugar en embarazos en adolescentes.

Es tal la relevancia de la intersectorialidad y corresponsabilidad para lograr reducir los embarazos en adolescentes, que estos aspectos son dos de los ocho ejes transversales que establece la Estrategia Nacional para Prevenir los Embarazos en Adolescentes (ENAPEA), como se muestra en la siguiente figura.



No obstante, en la ENAPEA la implementación de los ejes rectores se enuncian de forma abstracta, por lo anterior fue de suma importancia puntualizar y traducir en una realidad concreta el tema de la intersectorialidad en este programa especial, como se puede observar en la estructura programática, donde un objetivo estratégico es: “Fortalecer la coordinación interinstitucional e implementar mecanismos institucionales”. En este, se marcan una serie de estrategias y líneas de acción para lograr una coordinación interinstitucional, tanto en la parte estratégica como en la operativa; es decir, no solo se especifica cómo hacer la operación, monitoreo y evaluación del programa, sino también cómo aterrizar dicha intersectorialidad en el presupuesto de egresos del gobierno estatal y en los municipios.

6.2.15 Mortalidad Materna y Embarazo en Adolescentes.

Las estadísticas de mortalidad materna subrayan la forma en que las sociedades les han fallado a las mujeres, especialmente a las mujeres jóvenes de los países en desarrollo. Hasta 529,000 mujeres mueren de complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto por año.⁴⁸ **El embarazo es la principal causa de muerte entre las mujeres jóvenes comprendidas entre las edades de 15 a 19 años.**⁴⁹ La salud reproductiva de las mujeres adolescentes depende de factores biológicos, sociales y económicos. Los programas deben proveer educación, servicios de planificación familiar y cuidados pre y posnatales para reducir la morbilidad y mortalidad entre las mujeres jóvenes.

Con base en información del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), el Estado de Chihuahua, entre los años de 2010 al 2017, presentó 281 casos de muerte materna con un promedio de 35 casos por año, cifras que lo sitúan entre los primeros cuatro lugares a nivel nacional en esta problemática. Como se puede observar en la siguiente tabla, para marzo de este 2018, la cifra se ha incrementado a 293 casos, de los cuales un 21% corresponde a niñas y adolescentes. En específico, de los 12 casos que han concurrido en el presente año, cuatro (30%) corresponde al grupo de edad de 15 a 19 años.

48. World Bank. Maternal Mortality [Public Health at a Glance] 2006; <http://www.worldbank.org>; accessed 4/5/2007.

49. UNFPA (2004). State of World Population, 2004; <http://www.unfpa.org/swp/2004/english/ch9/page5.htm>; accessed 3/21/2007.

Tabla 29.
Muerte Materna por Grupo de Edad 2010-2018.

Edad	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017*	2018*
Menor de 15	0	1	0	1	1	0	0	1	0
15-19	9	10	4	5	6	5	5	9	4
20-24	8	8	8	10	4	5	8	5	2
25-29	7	10	5	10	9	4	7	5	3
30-34	5	8	8	7	9	10	5	5	1
35-39	8	6	4	4	8	2	1	4	2
40-44	1	2	1	3	1	4	1	1	0
45 y más	1	0	0	0	0	0	0	1	0
TOTAL	39	45	30	40	39	30	27	31	12

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE).

Cabe señalar que 12 casos en tres meses marcan una tendencia grave para esta entidad federativa, pues de avanzar acordes a la proyección, se cerrará el año con más de 40 muertes maternas.

El SINAVE también cuenta con el registro de casos de mortalidad materna por municipios de los años 2013 a 2018, periodo de tiempo en el que se registraron 179 casos, de los cuales, destaca, que un 24% se presentaron en Cd. Juárez, 14 % en Chihuahua, 11% en Guadalupe y Calvo, 9% en Guachochi, 8% en Batopilas, 6% en Cuauhtémoc.

Con base en la citada información del SINAVE y la compilada por el Programa de Acción Específico en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (PAESSRA), se aprecia como los municipios que ocupan los primeros lugares en tasas específicas de fecundidad en adolescentes también, en su mayoría, presentan altas cantidades de casos de mortalidad materna.

Tabla 30.

Comparativo entre municipios con altas tasas específicas de fecundidad en adolescentes con relación al lugar que ocupan en casos de mortalidad materna.

Municipio	Ranking Nacional	Tasa Específica de Fecundidad	Lugar que ocupa a nivel estatal en casos de mortalidad materna de 2013 a 2018
Juárez	1	85.98	1
Chihuahua	2	63.18	2
Delicias	3	109.87	8
Guachochi	4	128.74	4
Bocoyna	5	127.38	20
Guadalupe y Calvo	6	112.27	3
Cuauhtémoc	7	74.77	6

Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) y el Programa de Acción Específico en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (PAESSRA).

6.3 CONCLUSIONES DEL DIAGNÓSTICO.

A partir de los elementos manejados a lo largo del apartado del diagnóstico estatal, que dimensiona y profundiza sobre el fenómeno del embarazo en adolescentes en nuestra entidad, se puede puntualizar que las acciones diseñadas para el Programa Estatal para la Prevención del Embarazo en Adolescente debe de contemplar las siguientes consideraciones:

- **El embarazo en adolescentes debe entenderse y abordarse como un problema central del desarrollo de las personas, las comunidades y los estados.**
- **El embarazo en adolescentes en Chihuahua se encuentra en una situación grave:** de acuerdo al comportamiento de las estadísticas, si la problemática no se atiende como urgente y prioritaria, para el cierre de este 2018 se podría alcanzar una tasa específica de fecundidad en niñas de 10 a 14 años de 10, cinco veces más que la meta nacional; en el caso de adolescentes de 15 a 19 años la proyección es de 89, cuando la meta es de 67.
- Varios de los municipios con más altas tasas de fecundidad son también de lo que tienen mayor cantidad de población en situación de pobreza y de personas que hablan alguna lengua indígena. Sin embargo, es importante aclarar que **este fenómeno no está condicionado únicamente por factores de pobreza, sino que influyen otros de contexto cultural, económico y social.**
- Los municipios prioritarios en que se deben de impulsar fuertemente actividades de este plan son: Juárez, Chihuahua, Delicias, Guachochi, Bocoyna, Guadalupe Calvo, Cuauhtémoc, Hidalgo del Parral, Camargo y Nuevo Casas Grandes.
- Dada la correlación entre el abandono escolar y los embarazos en adolescentes, **debe asegurarse la permanencia de éstos en los espacios educativos antes e incluso después del primer embarazo, pues el abandono escolar suele ser condición para un segundo embarazo adolescente** y otros subsecuentes.
- La principal causa por la que las y los adolescentes abandonan la escuela es por falta de dinero, por lo que es imperante fortalecer los programas duales de estudio y trabajo; y las becas para continuación de estudios y para mujeres embarazadas.

- **El embarazo no es la principal causa de abandono escolar**, como muchas veces se ha pensado. Generalmente sucede que los y las adolescentes primero abandonan la escuela y luego se embarazan. Por lo anterior, la importancia de focalizar acciones para la permanencia de las y los estudiantes.
- **Es necesario aumentar el conocimiento y la accesibilidad del material de anticoncepción hacia el grupo etario entre 15 y 24 años y promover la postergación de la vida sexual**, para disminuir riesgos de embarazos por inicio temprano de la misma.
- Cada vez las y los adolescentes utilizan anticonceptivos en la primera relación sexual (principalmente el condón masculino), sin embargo el uso de estos no es sistemático, por lo que **se debe promover en las y los adolescentes que han iniciado su vida sexual el uso consistente de métodos anticonceptivos**.
- **Los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes están acotados a 33 unidades**. No todas ellos se ubican en municipios diferentes del total de 67 que integran la geografía estatal. Es decir, existen más del 50% de municipios de la entidad sin el servicio especializado para atención al grupo de adolescentes.
- Si bien el enfoque de este PEPEACH está en la salud de los adolescentes, **deben tomarse en cuenta las implicaciones de un embarazo adolescente en la salud de los hijos e hijas de madres adolescentes, así como los riesgos para la salud de la madre que incluyen el aumento en la incidencia de muerte materna, suicidios y abortos**.
- Fortalecer el trabajo con la Educación Sexual Integral que se brinda en las escuelas chihuahuenses, **la formación del profesorado y el trabajo coordinado en la temática con padres y madres de familia, deberá ser otra de las actividades primordiales**.
- Se debe de atender de manera sistemática y coordinada a la población no escolarizada. También emprender acciones diferenciadas y pertinentes para la población indígena de nuestra entidad.
- **El embarazo en adolescentes como fenómeno es siempre multifactorial**. Sin embargo, para las entidades y regiones que han sufrido episodios de violencia agudos, como es el caso de Chihuahua, debe prestarse especial atención a las formas en que los entornos violentos influye necesariamente en un aumento de la violencia contra las mujeres y la violencia sexual.

- **Se deben intensificar las acciones para la prevención de la violencia sexual de mujeres adolescentes de 12 a 18 años, edades en las que la incidencia de la violación es mayor.** En lo general entre 3 y 12 años existe también alta incidencia en abuso sexual hacia niñas y niños, por lo que las acciones que se diseñen deberán de ser diferenciadas a unas y otras edades.
- **Aunado a las acciones concretas de salud y educación, debe promoverse la diversificación de los proyectos de vida a que los adolescentes aspiran,** así como la supresión de la promoción de estereotipos de género que encasillan desde temprana edad a niños y niñas en un espectro muy limitado de planes a futuro.
- **El embarazo es la principal causa de muerte en las adolescentes. De 2010 a 2017 el 21% de los casos de mortalidad materna se registraron en niñas y adolescentes.** Actualmente la incidencia es del 30% de casos en mujeres de 15 a 19 años, es decir, existe una estrecha correlación entre el incremento del embarazo en adolescentes y el aumento de la mortalidad materna. En este sentido se debe fortalecer la educación y los servicios de salud sexual y reproductiva.
- **Los problemas sociales no pueden fragmentarse por sectores.** En esos años en que el Estado de Chihuahua dejó de operar de manera coordinada la prevención del embarazo en adolescentes pasó del séptimo al segundo lugar nacional en embarazos en adolescentes. Es imperante que todas y cada una de las dependencias que conforman el GEPEA se comprometan en sumar en este propósito de promover el desarrollo humano, las oportunidades y el proyecto de vida de las y los adolescentes y, con ello, reducir los embarazos en niñas y adolescentes.

7. Estructura Programática.

Objetivo General: Conducir las acciones que deberán realizar las diferentes instancias gubernamentales del Estado de Chihuahua durante el período 2018-2021 para reducir los embarazos en adolescentes

Lineas de acción

Objetivos estratégicos

Fortalecer la oferta y calidad de la información y los servicios de salud sexual y reproductiva	Asegurar a las y los adolescentes la petición de servicios de salud	Mantener campañas de comunicación masiva que posicionen mensajes claros sobre la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes	Asegurar el acceso efectivo a una gama compleja de métodos anticonceptivos, incluyendo los reversibles de acción prolongada (ARAP)				
Promover el desarrollo humano, las oportunidades y el proyecto de vida de las y los adolescentes	Asegurar que las y los adolescentes finalicen la educación obligatoria	Crear un entorno que favorezca las decisiones libres y responsables sobre su proyecto de vida y el ejercicio de su sexualidad	Fortalecer la prevención y la atención de la violencia y el abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes	Promover la cultura y el deporte como un medio de inclusión social que favorezca y apoye el desarrollo integral de la población adolescente	Generar oportunidades laborales para la población joven	Fortalecer el liderazgo juvenil	
Fortalecer la coordinación interinstitucional e implementar mecanismos institucionales	Fortalecer la coordinación institucional mediante el Grupo Estatal para Prevenir el Embarazo en Adolescentes (GEPEA)	Elaborar diagnósticos, estudios e investigaciones del embarazo en adolescentes	Generar y establecer instrumentos para el monitoreo, seguimiento y evaluación del avance en la prevención del embarazo en adolescentes	Incluir partidas presupuestales para garantizar que las dependencias y entidades cumplan con los objetivos de este programa	Generar alianzas estratégicas entre el gobierno estatal con el federal, el sector privado, organizaciones de la sociedad civil y la cooperación internacional	Impulsar la creación de los Grupos municipales para la Prevención del Embarazo en adolescentes (GMPEA)	Fomentar la armonización y difusión de contenidos legislativos en materia de derechos humanos de niñas, niños y adolescentes
Desarrollar las competencias del funcionariado público	Implementar programas de capacitación y especialización en prevención del embarazo en adolescentes con perspectiva de género, interculturalidad y de conformidad con los protocolos estandarizados a las normas aplicables para el personal del poder ejecutivo y municipios				Monitorear y evaluar los programas de capacitación y certificación para el funcionariado público		

7.1 Objetivo 1 Desarrollar las competencias del funcionariado público.

Estrategia 1.1 Implementar programas de capacitación y especialización en prevención del embarazo en adolescentes -con perspectiva de género, interculturalidad y de conformidad con los protocolos estandarizados a las normas aplicables- para el personal del poder ejecutivo y municipios.

Líneas de acción:

1.1.1 Estandarizar y normar los contenidos y métodos para la capacitación y formación en políticas de prevención del embarazo en adolescentes.

1.1.2 Instrumentar un programa general de capacitación y certificación en Prevención y Atención del Embarazo en Adolescentes para las y los integrantes del Grupo Estatal para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GEPEA Chihuahua).

1.1.3 Implementar procesos de capacitación y formación permanentes para el personal docente sobre el desarrollo humano y proyecto de vida de las y los adolescentes, así como en la enseñanza de contenidos de educación integral en sexualidad, progresiva e inclusiva.

1.1.4 Capacitar al personal docente en el desarrollo de actividades de sensibilización dirigidas a madres y padres de adolescentes que reciben atención educativa, que propicien la comunicación sobre relaciones sexuales, anticoncepción y prevención de infecciones de transmisión sexual.

1.1.5 Implementar procesos de sensibilización y capacitación continua para prestadoras/es de servicios de las instituciones de salud en prevención y atención del embarazo en adolescentes.

1.1.6 Promover talleres de sensibilización en el embarazo en adolescentes para personal en toma de decisiones de los municipios, con el propósito de que implementen una estrategia municipal.



Estrategia 1.2 Monitorear y evaluar los programas de capacitación y certificación para el funcionariado público.

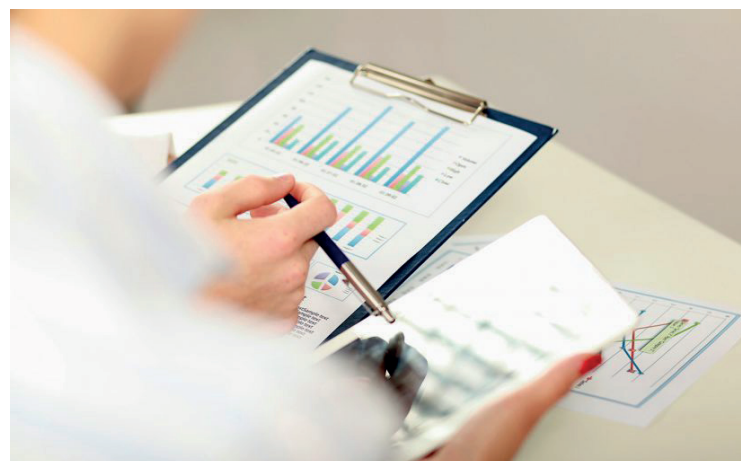
Líneas de acción:

1.2.1 Implementar un sistema de monitoreo y gestión del conocimiento.

1.2.2 Elaborar informes anuales del avance de los programas de capacitación y especialización.

7.2 Objetivo 2 Fortalecer la coordinación interinstitucional e implementar mecanismos institucionales.

Estrategia 2.1 Fortalecer la coordinación institucional mediante el Grupo Estatal para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GEPEA).



Líneas de acción:

2.1.1 Elaborar el Manual de Operación para el funcionamiento del Grupo Estatal para Prevenir el Embarazo en Adolescentes (GEPEA).

2.1.2 Elaborar un Programa Operativo Anual para la gestión de este Programa Especial.

2.1.3 Elaborar los indicadores de gestión para el seguimiento del Programa Operativo Anual.

2.1.4 Dar seguimiento mensual del cumplimiento del Programa Operativo Anual.

Estrategia 2.2 Elaborar diagnósticos, estudios e investigaciones del embarazo en adolescentes.

Líneas de acción:

2.2.1 Emitir convocatorias y/o la promoción de convenios con instancias académicas y organizaciones para la realización de los diagnósticos, estudios e investigaciones del embarazo en adolescentes.

2.2.2 Elaborar un diagnóstico estatal sobre las causas y consecuencias del embarazo en adolescentes.

2.2.3 Implementar proyectos de investigación para generar evidencia de modelos efectivos y novedosos para el cambio de normas sociales, actitudes y prácticas favorables a la generación de entornos habilitantes, en materia de prevención del embarazo en adolescentes.

2.2.4 Diseñar y desarrollar una investigación, mediante la conformación de equipos técnicos, que recupere buenas prácticas en habilidades para la vida y participación social; perspectiva de género; educación integral de la sexualidad y prevención del embarazo, conforme a los programas de educación básica y media superior, que incluya recomendaciones para realizar ajustes pertinentes al currículo, incluyendo la reproducción de las actualizaciones.

2.2.5 Implementar una investigación-acción⁵⁰ en torno al tema de “Educación en la Sexualidad y Afectividad”.

2.2.6 Realizar un estudio que permita identificar las estrategias más efectivas acerca de los servicios e insumos de salud sexual y reproductiva.

Estrategia 2.3 Generar y establecer instrumentos para el monitoreo, seguimiento y evaluación del avance en la prevención del embarazo en adolescentes.

Líneas de acción:

2.3.1 Implementar e institucionalizar el sistema informático de seguimiento de las acciones de cumplimiento a este programa en cada ente público.

2.3.2 Elaborar informes periódicos de avances por cada ente público, conforme a los lineamientos y políticas establecidas.

2.3.3 Elaborar informes anuales del cumplimiento de este Programa.

2.3.4 Diseñar e implementar un instrumento de control de indicadores en materia de prevención y atención del embarazo en adolescentes.

Estrategia 2.4 Incluir partidas presupuestales para garantizar que las dependencias y entidades cumplan con los objetivos de este programa.

Líneas de acción:

2.4.1 Desarrollar y promover directrices, manuales e indicadores para cumplir con la Política Estatal para la Prevención del Embarazo en Adolescentes.

2.4.2 Elaborar un programa presupuestario único y transversal a todas las dependencias implicadas en el cumplimiento de los objetivos de este programa.

2.4.3 Transparentar los resultados del programa presupuestario y los recursos destinados.

50. Investigación-acción: hace referencia a una amplia gama de estrategias realizadas para mejorar el sistema educativo y social, como los rasgos más destacados se pueden mencionar que es: participativa, lleva ciclos de planificación, acción, observación y reflexión, es colaborativa crea comunidades autocríticas, es un proceso sistemático de aprendizaje, induce a teorizar sobre la práctica, es emancipatoria e interpretativa. Investigación-acción. Francisco Javier Murillo Torrecilla. 2011.UAM.

Estrategia 2.5 Generar alianzas estratégicas entre el gobierno estatal con el federal, el sector privado, organizaciones de la sociedad civil y las agencias internacionales.

Líneas de acción:

2.5.1 Coadyuvar con el Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GIPEA).

2.5.2 Emitir y promocionar convocatorias dirigidas a la sociedad civil para la ejecución de proyectos sociales que incorporen la perspectiva de género y de derechos humanos, focalizados en grupos de niñas, niños y adolescentes, madres, padres y tutores o tutoras en localidades o comunidades indígenas, rurales y urbanas, zonas marginadas y de atención prioritaria. Los proyectos financiados podrán implementarse en escuelas, centros de salud, farmacias, espacios culturales, plazas públicas, entre otras.

2.5.3 Impulsar la formación, capacitación de grupos, comités consultivos y redes de adolescentes y jóvenes en el ámbito comunitario para apoyar los procesos locales de planeación e implementación de las acciones de prevención del embarazo en adolescentes.

2.5.4 Generar convenios de colaboración con instancias como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) o el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) para la implementación de acciones estratégicas en pro de la prevención del embarazo en adolescentes.

Estrategia 2.6 Impulsar la creación de los Grupos Municipales para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GMPEA).

Líneas de acción:

2.6.1 Promover, mediante convenios de colaboración, la instalación de los Grupos Municipales para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GMPEA).

2.6.2 Elaborar y difundir la Guía para la Implementación de los Grupos Municipales para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GMPEA).

2.6.3 Generar reuniones de acompañamiento por parte de las dependencias estatales con los municipios.

Estrategia 2.7 Fomentar la armonización y difusión de contenidos legislativos en materia de derechos humanos de niñas, niños y adolescentes.

Líneas de acción:

2.7.1 Difundir la normatividad nacional e internacional que sustenta la obligación que tiene el Estado de garantizar los derechos de niñas, niños y adolescentes a recibir educación sexual sin discriminación alguna.

2.7.2 Promocionar los procesos de armonización legislativa en materia de derechos de niñas, niños y adolescentes en los ámbitos federal y estatal.

2.7.3 Instalar una mesa de análisis jurídico con personas representantes de las dependencias que integran el GEPEA; así como de la sociedad civil.

2.7.4 Realizar un análisis del marco jurídico estatal para identificar los instrumentos que requieren ser armonizados.

2.7.5 Promover la armonización legislativa en los marcos legislativos vinculados

con temas estratégicos: planeación, educación, salud, desarrollo social, trabajo, entre otros.

2.7.6 Implementar una mesa informativa sobre la normatividad en educación integral en sexualidad, progresiva e inclusiva con personas en puestos de toma decisiones de las instituciones de salud y educación participantes en el GEPEA.

2.7.7 Alinear la normatividad institucional relativa a la prestación de educación integral en sexualidad con base en el marco normativo nacional e internacional.

2.7.8 Incorporar a los reglamentos internos de los planteles de educación media superior el derecho a la educación de las alumnas embarazadas y madres, para garantizar su permanencia y eficiencia terminal.

7.3 Objetivo 3 Promover el desarrollo humano, las oportunidades y el proyecto de vida de las y los adolescentes.

Estrategia 3.1 Asegurar que las y los adolescentes finalicen la educación obligatoria.

Líneas de acción:

3.1.1 Ampliar las oportunidades educativas para niñas, niños y adolescentes en todos los niveles educativos de gestión pública, con enfoque en la formación de habilidades para la vida y participación social en un entorno intercultural, contribuyendo a una mayor acumulación de capital humano.

3.1.2 Apoyar con transporte escolar y albergues/internados a las y los estudiantes de localidades lejanas a las preparatorias u otras opciones de formación técnica al nivel medio superior.

3.1.3 Regularizar académicamente a personas estudiantes con menor rendimiento en planteles de secundaria y de educación media superior, a fin de evitar rezago y abandono.

3.1.4 Desarrollar mecanismos que permitan identificar estudiantes en riesgo de abandono e incentivar su reinserción.

3.1.5 Dotar de apoyos alimenticios a niñas, niños y jóvenes indígenas de educación básica y media superior para disminuir el abandono escolar.

3.1.6 Implementar acciones afirmativas para promover el acceso a la educación de las personas indígenas en asentamientos urbanos.

3.1.7 Priorizar la entrega de becas educativas a las y los estudiantes que habiten en comunidades indígenas y que se encuentren en zonas con alto rezago social.

3.1.8 Fortalecer los programas del Instituto Chihuahuense para la Educación de los Adultos para que permitan la reinserción a la educación básica de embarazadas, madres y padres adolescentes que no terminaran los niveles básicos.

3.1.9 Otorgar apoyos para la inclusión, continuación y conclusión de los estudios para reducir las barreras que elevan los costos de asistir a la escuela.



3.1.10 Promocionar y desarrollar programas escolares y comunitarios de orientación vocacional y proyectos de vida libres de condicionamientos de género en educación básica y media superior.

3.1.11 Capacitar a los grupos de orientadores y tutores/as de los planteles de EMS para apoyar a las y los estudiantes a solucionar los problemas que obstaculicen la transición de primaria a secundaria y de secundaria a preparatoria.

3.1.12 Desarrollar un protocolo y mecanismos interinstitucionales para garantizar la retención escolar de las madres adolescentes y estudiantes embarazadas en un ambiente de no discriminación en educación obligatoria.

3.1.13 Promocionar programas de voluntariado y servicio social que incluyan retribuciones económicas para las y los adolescentes que están por finalizar sus estudios.

3.1.14 Desarrollar un mecanismo temprano de prevención en el consumo de drogas, alcohol y tabaco para ser aplicado desde la educación primaria con continuación en los niveles posteriores.

Estrategia 3.2 Crear un entorno que favorezca las decisiones libres y acertadas sobre su proyecto de vida y el ejercicio de su sexualidad.

Líneas de acción:

3.2.1 Generar e implementar estrategias de comunicación para la promoción de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes y prevenir el embarazo en adolescentes en un marco de igualdad de género y con visión intercultural.

3.2.2 Desarrollar capacidades de niñas, niños y adolescentes para asumir una vida plena, mediante el fortalecimiento de los programas escolares con contenidos de habilidades para la vida y participación social, educación integral en sexualidad, prevención de VIH/Sida y salud reproductiva, con enfoque participativo, intercultural, de género y de derechos humanos, en todos los niveles educativos de gestión pública y privada.

3.2.3 Implementar acciones en la educación integral en sexualidad, en el ámbito comunitario para niñas, niños y adolescentes no escolarizados, con participación de padres o tutores, que les permitan la toma de decisiones asertivas.

3.2.4 Impulsar la apertura de espacios de consejería sobre la salud sexual y reproductiva para adolescentes en las escuelas y en el ámbito comunitario, tomando en cuenta las recomendaciones de grupos de opinión conformados por adolescentes.

3.2.5 Formar y capacitar adolescentes y jóvenes como multiplicadores de información sexual y reproductiva, orientadores y derivadores de adolescentes a los servicios profesionales, en el marco de los derechos de los niñas, niños y adolescentes, con enfoque de género e interculturalidad.



Estrategia 3.3 Fortalecer la prevención y la atención de la violencia y el abuso sexual contra niñas, niños y adolescentes.

Líneas de acción:

3.3.1 Fortalecer las acciones de identificación y atención oportuna de los casos de violencia sexual en niñas, niños y adolescentes con especial atención en las zonas rurales, indígenas, urbano marginadas, de contexto migrante y en municipios priorizados en los programas nacionales de prevención y atención de la violencia y el delito.

3.3.2 Implementar programas educativos en el ámbito comunitario para niñas, niños y adolescentes no escolarizados, que les permitan identificar tipos y modalidades de violencia, así como situaciones de violencia sexual.

3.3.3 Establecer mecanismos para mejorar los conocimientos, aptitudes y actitudes de las niñas, niños y adolescentes sobre el tema de la prevención de abuso sexual y sus efectos a través de la incorporación de competencias y habilidades para la vida, resolución pacífica de conflictos que reducen la probabilidad de ser perpetrador o receptor de actos de violencia.

3.3.4 Diseñar y promocionar lineamientos y protocolos para la prevención de la violencia en las escuelas y en el entorno comunitario, que faciliten la detección, canalización y denuncia en casos de violencia sexual.

3.3.5 Organizar capacitaciones dirigidas a padres, madres y personas responsables del cuidado de niñas, niños y adolescentes, así como del personal de las instituciones educativas, asistenciales y prestadoras de servicios de salud para la detección y denuncia de casos de violencia y/o abuso sexual.

3.3.6 Crear y referenciar instancias de apoyo (que incluyan hospedaje, alimentación y terapia psicológica) para restaurar los daños de la violencia y violencia sexual para las y los adolescentes.

3.3.7 Fortalecer los equipos de atención primaria a la salud para la detección del abuso sexual, a fin de garantizar una respuesta integral médica y psicosocial frente a los embarazos forzados.

3.3.8 Mejorar los sistemas de registro y seguimiento de casos de violencia sexual y/o abuso sexual en niñas, niños y adolescentes.

3.3.9 Desarrollar acciones informativas en el ámbito comunitario dirigidas a la población adulta y población adolescente sobre la ruta de respuesta ante la violencia y el abuso sexual.

3.3.10 Incluir en los protocolos de análisis del contexto familiar la detección de abuso o agresión sexual hacia las niñas, niños y adolescentes en el hogar.

3.3.11 Asegurar la protección de niñas, niños y adolescentes en los procesos de inter-



vención jurídica, principalmente durante la etapa de identificación y persecución penal de las personas acusadas de violación.

3.3.12 Prestar atención médica y psicológica especializada para restituir los derechos de niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia sexual.

3.3.13 Garantizar la protección de niñas, niños y adolescentes a través de alguna de las modalidades alternativas del cuidado conforme al interés superior de la niñez, priorizando las opciones de cuidado en un entorno familiar.

Estrategia 3.4 Promover la cultura y el deporte como un medio de inclusión social que fortalezca y apoye el desarrollo integral de la población adolescente.

Líneas de acción:

3.4.1 Implementar acciones culturales en espacios comunitarios que favorezcan la inclusión y el respeto a los derechos humanos, en especial los de las niñas, niños y jóvenes.

3.4.2 Realizar talleres y fomentar espacios culturales para lograr la iniciación y apreciación artística en la formación integral de las niñas, niños y jóvenes.

3.4.3 Ejecutar acciones artísticas y culturales que fortalezcan el tejido social y promuevan el rescate de espacios públicos.

3.4.4 Promover el desarrollo de la cultura física para mejorar la salud y la calidad de vida de la población.

Estrategia 3.5 Generar oportunidades laborales para la población joven.

Líneas de acción:

3.5.1 Implementar programas duales de estudio y trabajo, así como programas de capacitación para el empleo y autoempleo de las y los adolescentes en edad legal de trabajar.

3.5.2 Fortalecer los programas de capacitación para el empleo y autoempleo, con especial énfasis en la población adolescente y joven no escolarizada, a fin de facilitar la contratación de adolescentes en edad legal de trabajar en empresas en México.

3.5.3 Impulsar proyectos productivos para adolescentes de 18 y 19 años de edad.

3.5.4 Otorgar servicios de orientación y asesoría laboral a las y los adolescentes en edad legal de trabajar en México que requieren empleo o autoempleo, en particular a aquéllos que están saliendo del sistema educativo, para definir su futura trayectoria laboral.



Estrategia 3.6 Fortalecer el liderazgo juvenil.

Líneas de acción:

3.6.1 Vincular las escuelas con el entorno comunitario para el fomento del liderazgo y la ciudadanía adolescente y juvenil, considerando las intervenciones basadas en evidencia.

3.6.2 Mejorar la coordinación de acciones y programas que realiza la administración pública y que permita generar una agenda común en pro de las diferentes necesidades para el desarrollo de la juventud.

3.6.3 Crear y coordinar, a través del Instituto Chihuahuense de la Juventud, un Comité de Juventud donde las y los jóvenes de manera permanente trabajen en propuestas innovadoras sobre los diferentes temas que atraviesan la agenda de la política pública de juventudes.

3.6.4 Promover que la perspectiva de la juventud esté presente en las agendas y políticas públicas de todas las instituciones del estado.

7.4 Objetivo 4 Fortalecer la oferta y calidad de la información y los servicios de salud sexual y reproductiva

Estrategia 4.1 Asegurarles a las y los adolescentes la prestación de servicios de salud.

Líneas de acción:

4.1.1 Mejorar y ampliar los servicios amigables para adolescentes, asegurando una atención igualitaria, aceptable, accesible y efectiva, según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la normatividad nacional.

4.1.2 Establecer mecanismos de coordinación entre escuelas y centros de salud, clínicas y farmacias para familiarizar a las y los adolescentes con los servicios de SSR en el nivel local.

4.1.3 Elaborar y difundir una guía de práctica clínica que sustente la obligación legal del personal de salud médico y no médico para otorgar servicios de salud sexual y reproductiva al grupo etario de 10 a 19 años.

Estrategia 4.2 Mantener campañas de comunicación masiva que posicionen mensajes claros sobre la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes.

Líneas de acción:

4.2.1 Sensibilizar a la población sobre el derecho al ejercicio responsable de la sexualidad, uso de anticonceptivos, acceso a servicios de SSR para adolescentes, causas y consecuencias del embarazo en adolescentes, maternidad y paternidad responsable, nuevas masculinidades, violencia sexual y desigualdades de género utilizando espacios y medios culturales comunitarios disponibles.



Estrategia 4.3 Asegurar el acceso efectivo a una gama completa de métodos anti-conceptivos, incluyendo los reversibles de acción prolongada (ARAP).

Líneas de acción:

4.3.1 Actualizar los protocolos de consejería y orientación en métodos anticonceptivos para adolescentes, asegurando que se trate el tema de la eficacia de los métodos y se incluyan como opciones de primera línea los métodos anticonceptivos reversibles, incluyendo ARAP, en concordancia con la NOM-005-SSA2-1993 y con las directrices internacionales, sin menoscabo de la promoción del condón como doble protección para prevenir VIH/SIDA/ITS.

4.3.2 Diseñar e implementar un componente de promoción y entrega de la gama completa de métodos anticonceptivos reversibles, incluidos los ARAP, para las y los adolescentes en el Programa Unidades Médicas Móviles.

4.3.3 Promocionar entre la población adolescente los servicios médicos amigables del sector salud, de las organizaciones de la sociedad civil y de las farmacias, así como la disponibilidad de métodos anticonceptivos gratuitos y de bajo costo, garantizando la gama completa, incluidos los métodos ARAP.

8. Indicadores, Seguimiento y Evaluación.

En congruencia con la metodología del Cuadro de Mando Integral (CMI) con la cual se ha diseñado este programa especial; y en específico, con base en el mapa estratégico y estructura programática, se instrumentará el Sistema Informático para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, con el cual se realizará un seguimiento trimestral de los avances del programa, mismos que permitirán generar un Informe Anual.

También es importante mencionar que para una real coordinación interinstitucional esta se debe visibilizar en la parte operativa. En ese sentido, el GEPEA, diseñó un anteproyecto de un Programa Presupuestario Único (que se propone sea denominado “Prevención del Embarazo en Adolescentes”) el cual conjuntará las actividades y recursos de todas las dependencias, para que éstas no queden aisladas entre los diferentes programas que se presentan en el Presupuesto de Egresos.

El contar con un solo programa presupuestario reforzará el seguimiento de las acciones de manera mensual por parte de la Secretaría de Desarrollo Social, en su carácter de Coordinadora General del GEPEA.

Por otra parte es importante mencionar que a nivel Nacional, dentro del Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GIPEA), el Consejo Nacional de Población (CONAPO) propone una serie de indicadores medulares para medir el avance en la Prevención del Embarazo en Adolescentes, de los cuales se han tomado aquellos que son congruentes con los objetivos estratégicos y estrategias de este programa y que a continuación se presentan:

Tabla 31.

Indicadores para evaluación y monitoreo del PEPEACH proporcionados y monitoreados por el Consejo Nacional de Población (CONAPO).

Número	Indicador
1	Índice de desarrollo juvenil 15 a 29 años.
2	Porcentaje de niñas, niños y adolescentes clasificados no pobres ni vulnerables.
3	Tasa específica de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años.
4	Tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años.
5	Porcentaje de niñas y adolescentes de 12 a 19 años que alguna vez han estado embarazadas.
6	Porcentaje de niñas y adolescentes de 12 a 19 años que han estado embarazadas alguna vez entre las sexualmente activas.
7	Porcentaje de niñas y adolescentes de 12-19 años beneficiarias de PROSPERA que alguna vez han estado embarazadas.
8	Porcentaje de niñas y adolescentes de 12 a 19 años beneficiarias de PROSPERA que han estado embarazadas alguna vez entre las sexualmente activas.
9	Porcentaje de nacimientos de mujeres de 15 a 19 años.
10	Porcentaje de niñas, niños y adolescentes con carencia por rezago educativo.
11	Eficiencia terminal.
12	Tasa de abandono escolar por nivel educativo y sexo.
13	Porcentaje de madres jóvenes y jóvenes embarazadas que reciben beca y permanecen en los servicios educativos de tipo básico, respecto al total que reciben beca en el mismo año.
14	Porcentaje de madres jóvenes que reciben beca de tipo medio superior respecto al total de mujeres que reciben beca en el mismo año.
15	Porcentaje de mujeres beneficiarias de becas que concluyen el tipo educativo básico.
16	Porcentaje de niñas, niños y adolescentes, informados sobre el uso correcto del condón.
17	Razón de niñas y mujeres adolescentes de 12 a 19 años informados sobre el uso correcto del condón con respecto a niños y hombres adolescentes informados sobre el uso correcto del condón.
18	Porcentaje de uso de métodos anticonceptivos modernos por niñas, niños y adolescentes de 12 a 19 años en la primera relación sexual.
19	Porcentaje de uso de métodos anticonceptivos modernos por niñas, niños y adolescentes de 12 a 19 años en la última relación sexual.
20	Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años sexualmente activas con necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos.
21	Distribución porcentual de mujeres sexualmente activas de 15 a 19 años usuarias de anticonceptivos por tipo de método.
22	Uso consistente de métodos anticonceptivos modernos en niñas, niños y adolescentes de 12 a 19 años.

23	Porcentaje de niñas, niños y adolescentes de 12 a 19 años que ya iniciaron vida sexual activa.
24	Porcentaje de estudiantes matriculados que reciben educación integral en sexualidad.
25	Porcentaje de niñas, niños y adolescentes de 10 a 19 años que refieren haber recibido de sus maestros y maestras educación integral en sexualidad en todas sus dimensiones.
26	Porcentaje de personal educativo de educación básica formados para la incorporación de las perspectivas de igualdad de género, derechos humanos, educación sexual y convivencia escolar en los ambientes de aprendizaje escolar.
27	Tasa de desocupación de la población de 15 a 19 años.
28	Tasa de informalidad laboral de la población ocupada de 15 a 19 años.
29	Tasa de no asistencia escolar de la población ocupada de 15 a 19 años.
30	Porcentaje de la población femenina de 12 a 19 años que no asiste a la escuela por embarazo, maternidad, matrimonio o unión, quehaceres domésticos o no la dejaron seguir estudiando.
31	Tasa de colocación de adolescentes buscadores de empleo de 16 a 19 años en el Servicio Nacional de Empleo.
32	Tasa de colocación de adolescentes buscadores de empleo de 16 a 19 años que recibieron atención a través de los servicios de vinculación laboral (Bolsa de Trabajo y Ferias de Empleo), del Servicio Nacional de Empleo.
33	Porcentaje de personas de 15 a 19 años formadas para el trabajo respecto del número de personas de 15 a 19 años que demandan el servicio.
34	Número de proyectos apoyados que promueven acciones que inciden en la prevención del embarazo en adolescentes.
35	Porcentaje de municipios con al menos un servicio específico para adolescentes que otorgue un paquete básico de servicios de salud sexual y reproductiva (orientación, consejería y dotación de métodos anticonceptivos modernos).
36	Incidencia registrada de ITS en población de 10 a 19 años.
37	Incidencia de VIH en población de 15 a 24 años.
38	Porcentaje de personal de salud capacitado respecto al programado para la orientación y prescripción del uso de métodos anticonceptivos modernos para adolescentes.
39	Presupuesto ejercido en la compra de métodos anticonceptivos.
40	Prevalencia de violencia física y/o sexual contra las mujeres de 15 a 19 años por parte de su pareja en los últimos 12 meses.
41	Tasa de relaciones asimétricas en la primera relación sexual.
42	Tasa de eventos obstétricos en egresos hospitalarios en mujeres menores de 15
43	Proporción de mujeres entre 20 y 24 años que se casaron o unieron antes de cumplir los 18 años.

Fuente:
CONAPO 2017.

Anexo A. Marco Conceptual sobre el embarazo en adolescentes

El PEPEACH tiene como marco conceptual los elementos que a nivel federal se han fincado en la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA, 2015) por ello, los planteamientos que se realicen en este apartado aludirán a lo establecido por la federación para el tratamiento de la problemática a través del Programa diseñado exprofeso. Se sigue de manera puntual el marco conceptual establecido, en el sentido de la necesidad de armonización del marco estatal de las actividades diseñadas y los indicadores expuestos para su cumplimiento.

La ENAPEA parte de cuatro referencias nacionales e internacionales: el diagnóstico realizado sobre la situación de la salud; la pirámide de impacto sobre la salud; el modelo socio-ecológico de comportamiento de salud del adolescente y el modelo ecológico de factores que determinan el embarazo en adolescentes realizado por el UNFPA (ENAPEA, 2015).

La ENAPEA se diseñó a través de una pirámide de impacto sobre la salud que la salud pública, como es el caso del embarazo en la adolescencia, es el resultado de factores que van más allá de la atención clínica. La pirámide está conformada a través de cinco niveles diferentes en la salud pública a implementarse.

En su base se encuentran acciones e intervenciones que tienen mayor potencial de impacto, pues son aquellas que se dirigen a determinantes socioeconómicas de la salud; en orden ascendente se ubican actividades que cambian el contexto para que las personas realicen acciones y decisiones apropiadas para su salud; en el nivel siguiente se encuentran intervenciones clínicas que requieren poco contacto con las personas, pero que proporcionan protección a largo plazo; luego se establece un estrato donde se encuentran las acciones directas y por último las actividades de educación para la salud y consejería brindada a los individuos (ENAPEA, 2015).

Aunque las intervenciones diseñadas y ubicadas en la base de la pirámide tienden a ser más eficaces al tratar de incidir en la mayoría de personas, son las más complejas. En cambio las intervenciones ubicadas en la punta de la pirámide, al estar dirigidas a las persona, son más fáciles de aplicar. Habrá que dirigir acciones a los diferentes niveles de esta pirámide para alcanzar el mayor impacto a largo plazo sobre la salud pública, en este caso, el embarazo en la adolescencia. La pirámide de la salud es adecuada a los requerimientos del fenómeno que nos compete: el embarazo en la adolescencia.

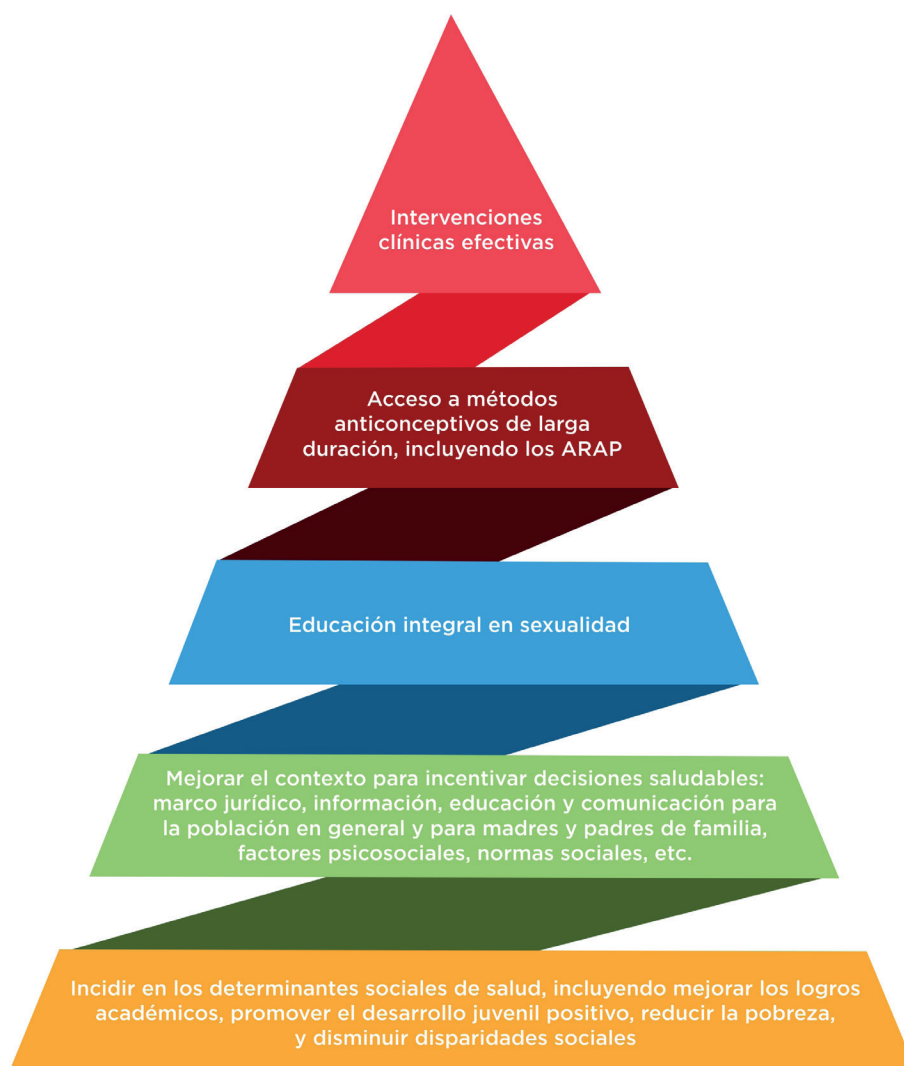
Los factores estructurales que el modelo socio-ecológico de salud adolescente localiza y que están ubicados en la base de la pirámide son: justicia y desigualdad, estrato económico, etnicidad, género, pobreza, exclusión social, entre otros. Otros factores estructurales correspondientes a leyes, políticas públicas y normas culturales, se ubican en el siguiente nivel de la pirámide. Hacia arriba se encuentra otro nivel que comprende factores ecológicos como el entorno físico y social, así como sus cambios. Posteriormente se ubican la dinámica relacional de las familias, pares y parejas, para terminar en la cúspide con los factores individuales: conocimientos, características psicológicas, preferencias e intereses (ENAPEA, 2015).

Los ámbitos relacionales que integran el modelo ecológico como factores determinantes del embarazo en adolescentes son seis: el nacional, la entidad federativa, la comunidad, la escuela y los pares, las familias y el individual. Si bien, no corresponden con exactitud a los estratos de la pirámide se pueden establecer algunas conexiones: la base puede relacionarse con el ámbito nacional con el ordenamiento de leyes que prohíban el matrimonio infantil, la violencia de género y la dotación y acceso de los jóvenes a métodos anticonceptivos; el ámbito estatal se puede identificar con factores relacionados a políticas públicas, el manejo de programas y servicios de promoción. En el nivel municipal se puede encontrar la normatividad en los bandos de buen gobierno, así como la gestión de programas específicos dirigidos a mejorar a ese nivel el entorno habilitante. Sobre el nivel de la comunidad recaen acciones sobre las expectativas de las niñas y adolescentes y los padres y madres de familia sobre lo que realizarán en sus vidas, el matrimonio, su sexualidad, su educación y el acceso efectivo a los métodos anticonceptivos. En el plano familiar habría que incidir en los obstáculos que se tienen para asistir a la escuela, la inconsistencia en la recepción de una educación sexual integral, la presión entre pares y los roles de género socialmente contruados. Por último, en el plano individual se encuentran acciones determinantes sobre los sujetos como lo son las características de la edad, el inicio de la vida sexual y los roles de género internalizados.

“En síntesis, **en los aportes de los dos últimos modelos sobre los que se propone la pirámide, se encuentra fundamentalmente la inclusión expresa del marco jurídico y normativo y la atención a niveles de acción “ecológicos”: nación, estado, comunidad, escuela, familia, amistades y persona.** A partir de esto se plantea una pirámide para la prevención del embarazo en adolescentes que recoge las principales aportaciones de la pirámide de la salud y de los otros dos modelos revisados, la cual se representa en el siguiente esquema” (ENAPEA, 2015, pág. 72):

Gráfica 84.

Inclusión expresa del marco jurídico y normativo y la atención a niveles de acción “ecológicos”: nación, estado, comunidad, escuela, familia, amistades y persona.



Fuente: ENAPEA, 2015.

Se determinaron ejes rectores de la ENAPEA: Intersectorialidad; Ciudadanía y derechos sexuales y reproductivos; Perspectiva de género; Curso de vida y proyecto de vida; Corresponsabilidad; Participación juvenil; Investigación y evidencia científica; y Evaluación y rendición de cuentas.

El modelo socio-ecológico de salud aplicado al embarazo en adolescentes, el modelo ecológico de los determinantes en el embarazo adolescente y los ejes rectores dan cuerpo al modelo conceptual integral de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. El documento rector lo plantea a partir de los cinco niveles de la pirámide (ENAPEA, 2015, pág. 71) y lo organiza a través del siguiente cuadro que sintetiza el marco conceptual y operativo de la Estrategia.

Tabla 32.

Marco Conceptual y operativo de la ENAPEA.

Objetivo general de la estrategia: Reducir el número de embarazos en adolescentes en México, con absoluto respeto a los derechos humanos, particularmente los derechos sexuales y reproductivos		
Intervenciones clínicas eficaces.	Incrementar la demanda y calidad de la atención de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes.	Ejes rectores
Acceso efectivo a métodos anticonceptivos de larga duración, incluyendo los ARAP.	Asegurar el acceso efectivo a una gama completa de métodos anticonceptivos, incluyendo los reversibles de acción prolongada (ARAP), para garantizar una elección libre e informada y la corresponsabilidad del varón en el ejercicio de la sexualidad.	<div>Intersectorialidad</div> <div>Ciudadanía y derechos sexuales y reproductivos</div> <div>Perspectiva de Género</div> <div>Curso de vida y Proyecto de vida</div> <div>Corresponsabilidad</div> <div>Participación juvenil</div> <div>Investigación y evidencia científica</div> <div>Evaluación y rendición de cuentas</div>
Educación integral en sexualidad.	Garantizar el derecho de las niñas, los niños y la población adolescente a recibir educación integral en sexualidad en todos los niveles educativos de gestión pública y privada.	
Mejorar el contexto para incentivar decisiones saludables: marco jurídico, información, educación y comunicación para la población en general y para madres y padres de familia, factores psicosociales, normas sociales, etcétera.	Propiciar un entorno habilitante que favorezca las decisiones libres, responsables e informadas de las y los adolescentes sobre el ejercicio de su sexualidad y la prevención del embarazo.	

<p>Incidir en los factores socioeconómicos: mejorar los logros académicos, promover el desarrollo adolescente y juvenil positivo, reducir la pobreza, y disminuir disparidades sociales.</p>	<p>Contribuir al desarrollo humano y ampliar las oportunidades laborales y educativas de las y los adolescentes en México.</p>								
<p>NIVELES ECOLÓGICOS DE ACCIÓN DE LA ENAPEA Federal, Estatal y Municipal</p>									

Fuente: (ENAPEA, 2015, pág. 71)



1. Ejes rectores.

1.1. Intersectorialidad.

La Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales define la intersectorialidad como: la “intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas, total o parcialmente, a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida” (FLACSO, 2015, pág. 32).

La coordinación intersectorial es expresada a través de actividades dirigidas a que diferentes actores e instituciones participantes en el proceso de toma de decisiones se involucren, con la intencionalidad de solucionar eficazmente las problemáticas planteadas. Para ello, es necesario que se gesten espacios de diálogo, compartición de liderazgo, recursos y líneas estratégicas, en los que se pongan en juego oportunidades y para realizar una planificación coordinada y conjunta.

Para el trabajo intersectorial es necesario distinguir algunos niveles de relación entre los participantes (FLACSO, 2015):

Información: es el primer paso o nivel en la intersectorialidad, durante la misma se focaliza en la construcción de un piso teórico o lenguaje común para poder establecer el diálogo, así como el entendimiento de las lógicas de trabajo en cada uno de los sectores integrantes. Estas acciones con la finalidad de identificar áreas comunes de oportunidad y complementarios para establecer el proceso de trabajo conjunto.

Cooperación: A partir de la relación de cooperación construida, se busca durante esta etapa, una mayor eficiencia de las acciones de cada sector. Las acciones deben ser emprendidas u orientadas de manera estratégica a partir de la jerarquización de problemas o prioridades co-

munes. Este tipo de acción está presente preferencialmente en la ejecución o implementación de políticas públicas, no en su formulación.

Coordinación: Este nivel se centra en el esfuerzo de trabajo conjunto en el ajuste de políticas públicas y programas de cada sector buscando una mayor eficiencia y eficacia. El objetivo es lograr una red horizontal de trabajo entre sectores; con una instancia formal de trabajo y una fuente de financiamiento compartido. Con la idea de crear sinergias (o al menos no obstáculos) se debe propiciar una visión amplia de los problemas comunes. No basta con planificar y definir responsabilidades. Es necesario que se reafirme a través de planes y presupuestos.

Integración: Es el máximo nivel que la intersectorialidad promueve o anhela. Representa las necesidades y el trabajo de todas las partes en el programa o política. Implica no solamente la ejecución o aplicación de políticas conjuntas, sino también la formulación y el financiamiento conjunto con base en un objetivo social común (FLACSO, 2015).

La intersectorialidad en este caso implica el trabajo conjunto de las dependencias integrantes del GEPEA (en este caso). Algunas de ellas del sector público federal, estatal, privado, de la sociedad civil y de la cooperación internacional. Esta coordinación intersectorial promueve la ejecución eficaz de tareas complejas, como es el caso de la prevención del embarazo en adolescentes.

Para vincular a todos los sectores y niveles de gobierno es necesaria la cooperación intersectorial con el propósito de promover el desarrollo social en los ámbitos nacional, estatal y municipal. Se parte de la premisa de que un solo sector no puede solucionar el embarazo en adolescentes de manera unilateral. Es deseable la consecución de los niveles o pasos

establecidos por FLACSO en la intersectorialidad.

Para ello la ENAPEA y los grupos que se generan en su operatividad, deben de promover la “construcción de consensos conceptuales y de acuerdos para llevar a cabo acciones que respondan a las racionalidades y capacidades de los distintos actores participantes. También exige la aceptación de compromisos de las diferentes partes y la designación de puntos focales o enlaces que coordinen la implementación de actividades de cada instancia participante. La cooperación entre sectores permite compartir recursos de forma más productiva, de acuerdo con las competencias y atribuciones de cada socio. Los resultados son mayores en la medida en que cada instancia participante, especialmente en el nivel local y comunitario, cuenta con poder y libertad de acción para identificar los problemas y desarrollar las soluciones que permitan alcanzar los objetivos. La puesta en marcha de una estrategia intersectorial también requiere de planeación previa entre sectores, la formulación y asignación presupuestal y la definición de cómo utilizarla en el trabajo conjunto y autónomo, con efectos comprobados en la prevención del embarazo en adolescentes” (ENAPEA, 2015, pág. 73).

La ENAPEA enfoca sus acciones a los tres ámbitos de gobierno a través de la modificación de determinantes estructurales con la participación de la administración pública y la sociedad.

1.2. Ciudadanía y derechos sexuales y reproductivos.

A partir de la Convención de los Derechos del Niño en 1989 y de la Conferencia de El Cairo en 1994, las y los adolescentes se reconocieron como sujetos de derechos sexuales y reproductivos. El marco inter-

nacional habilita a la población adolescente a construir su ciudadanía.

“En el caso de los y las adolescentes, dado que se encuentran en una etapa de plena formación cívica, están inmersos en un proceso de construcción de ciudadanía que implica su conformación como sujetos de derechos en la práctica y no sólo objetos de derechos en la legislación. Abordar sus derechos sexuales y reproductivos, visualizados como una parte constitutiva y fundamental en su construcción como sujetos de derechos, lleva a la vinculación de derechos, ciudadanía y salud; e implica dirigir un enfoque crítico hacia el control que la sociedad ejerce sobre sus cuerpos y su sexualidad y hacia las múltiples autoridades que se consideran competentes para decidir sobre ellos y ellas” (Juárez, 2009, pág. 150). Los derechos reproductivos son los más humanos de los derechos. Su punto de partida es la libertad y autonomía. “Establece que los derechos sexuales se basan en los derechos humanos universales que ya están reconocidos en documentos internacionales y regionales de derechos humanos, en constituciones y leyes nacionales, normas y principios de derechos humanos y en el conocimiento científico relacionado con la sexualidad humana y la salud sexual” (Kismödi, Corona, Maticka-Tyndale, Rubio-Aurioles, & Coleman, 2017). “Su concepción no entra exclusivamente en el terreno de la salud como un derecho social, sino que se refieren a la autonomía personal, al derecho de disponer del propio cuerpo y tomar decisiones sobre el mismo e incluso al ejercicio de las libertades individuales” (Juárez, 2009, pág. 152).

El derecho a la salud implica el disfrute del placer sexual y la sexualidad de acuerdo con los gustos, deseos y preferencias de cada persona, sin que por ello prive algún medio de coerción, sanción, violencia o discriminación alguna y con

el respeto a la dignidad de las personas.

Al reconocer a las y los adolescentes como sujetos de los derechos sexuales y reproductivos, se brinda la posibilidad del ejercicio de su libertad en la toma de decisiones libres y responsables en torno a su sexualidad; así como el compromiso que el Estado adquiere de brindar información, educación y servicios que les garantice el sano ejercicio, responsable y seguro de su sexualidad con la intencionalidad de alcanzar los niveles más altos de SSR. A medida que diversos actores interiorizan las posibilidades del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos crece el acceso, conocimiento y uso apropiado de los métodos y servicios para adolescentes (ENAPEA, 2015) y también crece el compromiso del Estado como garante de derechos de los y las adolescentes.

“La ciudadanía implica el ámbito privado, con el ejercicio de la propia autonomía, hasta las esferas públicas del poder, pues tanto la sexualidad como la reproducción son temas que corresponden a las esferas de los derechos, ética y el ejercicio de la ciudadanía. (Juárez, 2009, pág. 153).

“En el marco de la ENAPEA, esto significa difundir mensajes, capacitar a prestadores/as de servicios y desarrollar una red de servicios de anticoncepción confidenciales, de calidad y que respondan a las necesidades en SSR de adolescentes de manera oportuna y eficiente; así como la acción sistemática contra las barreras que impiden el acceso y uso adecuado de los servicios de salud en general y de anticoncepción en particular” (ENAPEA, 2015, pág. 73).

1.3. Perspectiva de género.

La categoría género alude al orden simbólico con que una cultura construye o

elabora significados en torno a la diferencia sexual (Lamas, Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género, 1999). La salud es un constituyente social, así como el género es un determinante social de la salud de las personas. En forma especial, el género afecta la SSR de la población adolescente, al promover desigualdades por su condición construida socialmente. Existen brechas en las condiciones psicosociales, económicas y culturales que requieren los y las adolescentes para el ejercicio de sus derechos humanos, en específico sus derechos sexuales y reproductivos (ENAPEA, 2015). La condicionante de género actúa sobre hombres y mujeres en la construcción de su sexualidad y en el desarrollo social de unas y otros. Los modelos que trabaja sobre unos y otras, son los hegemónicos (Brum, 2011). La perspectiva de género cuestiona la “libre elección” de lo que hacemos como hombres y mujeres y permite visualizar formas alternativas de serlo, e imaginar los lugares que ambos pueden ocupar en una sociedad más equitativa.

“La ENAPEA considera que las y los adolescentes tienen derecho a recibir educación integral en sexualidad que les permita ejercerla de manera plena, placentera y responsable como un elemento constitutivo de su identidad así como a recibir atención para su salud de acuerdo con las diferencias biológicas, psicológicas y socioculturales de ellas y ellos. Por ello, es fundamental distinguir los condicionantes socioculturales de género que les colocan en desventaja así como aquellos que pueden ser positivos para su desarrollo integral para poder considerarlos en las acciones que se vayan a desarrollar para su educación integral en sexualidad, y para generar condiciones de prevención y brindarles atención a la salud sexual y reproductiva” (ENAPEA, 2015, pág. 73).

Los roles e identidades estereotipadas que recaen en hombres y mujeres afectan la incidencia de embarazos en adolescentes. Sobre las mujeres recaen los designios de la feminidad orientados primariamente hacia la maternidad, el cuidado de los otros/as, responsables del embarazo y la crianza de los hijos sean o no planeados (Brum, 2011). Además, existen otros designios de género que las ubica ajenas a la vida sexual activa, las condicionantes sociales y estructurales no permiten que estén listas para ejercer su vida sexual de manera libre y responsable. Existe una doble moral en el tratamiento de la sexualidad entre hombres y mujeres, porque en el caso de ellos se ejerce una obligación de inicio temprano de la vida sexual, así como se finca en la sexualidad el centro de la masculinidad. Además, sin una responsabilidad sobre las consecuencias reproductivas y menos de crianza y cuidado de los hijos. El rol primario que socialmente se le asigna, es el de ser proveedor de la familia. Por estas características del modelo hegemónico de la masculinidad se minimizan las posibilidades de apropiarse de prácticas preventivas para evitar un embarazo en la adolescencia (ENAPEA, 2015).

Otro fenómeno que abona a la problemática, son los embarazos en la adolescencia producto de la violencia sexual que padecen. Las cifras indican que los violentadores son parte de su misma familia (CEAMEG, 2016). La violencia sexual tiene implicaciones muy graves en la salud de las adolescentes, lesiona su integridad, la libertad y la capacidad de ser autónomas, de tomar decisiones desde edades tempranas, evitando el abordaje de la sexualidad desde una forma holística con comunicación asertiva (ENAPEA, 2015).

La cultura patriarcal, que ha hecho invisible la sexualidad femenina y reforzado roles y estereotipos de género, limita la

capacidad de las adolescentes a decidir sobre sus cuerpos y sus vidas, a partir de la reflexión consciente y la acción responsable de las relaciones con los otros/otras, el ejercicio de los derechos de hombres y mujeres y la de-construcción de los estereotipos de hombres y mujeres. Abordar al género en su papel de determinante social de la salud sexual y reproductiva implica favorecer entornos habilitantes mediante la modificación de normas y comportamientos desde el ámbito legislativo, hasta el ámbito ejecutivo de los servicios educativos y de salud, así como trabajar en la desnaturalización de la violencia familiar y sexual a partir de campañas de comunicación y de procesos de sensibilización en el ámbito local, que incorporen a los padres y las madres de familia, e involucren al varón en el ejercicio de una sexualidad responsable” (ENAPEA, 2015, pág. 74).

1.4 Curso de vida y proyecto de vida.

“El concepto de curso de vida provee un marco que permite entender cómo interactúan múltiples determinantes psicológicos y sociales a lo largo de la vida y entre generaciones que impactan en los niveles de salud y el proyecto y calidad de vida. El enfoque de curso de vida integra una mirada longitudinal sobre la vida y sus etapas, la manera como se vinculan las diferentes etapas, las relaciones que se construyen en cada una de ellas y los factores que protegen y ponen en riesgo el desarrollo óptimo de las personas en el marco de los determinantes sociales. Esta perspectiva permite definir modelos de intervención ordenando las acciones y los recursos desde una perspectiva (sic)... que orienta las políticas públicas hacia la implementación de acciones preventivas que controlen y reduzcan los riesgos. En el caso específico de la prevención del embarazo en adolescentes, el curso de

vida significa desarrollar intervenciones en una edad temprana para fomentar habilidades hacia la construcción de un proyecto de vida, fortalecer la toma de decisiones, sentido de responsabilidad y cuidado de la salud atendiendo la diversidad social, cultural, étnica, lingüística y de capacidades. Adicionalmente, permite desarrollar la capacidad de negociación en sus relaciones sexuales, para evitar que éstas sean desprotegidas o forzadas; y finalmente, promueve la utilización de los servicios de SSR. Esto involucra las sinergias de acciones desde el ámbito multisectorial considerando la prestación de servicios de salud y sociales, la educación, el liderazgo juvenil y el marco normativo y jurídico que habilite estos procesos” (ENAPEA, 2015, pág. 74).

1.5. Corresponsabilidad.

La ENAPEA parte de la idea de corresponsabilidad de todas las partes en la construcción de lo público. Se considera que la construcción de lo público es tarea de todos y todas las ciudadanas. Esto no significa que el gobierno esté evadiendo su responsabilidad. Al contrario, cuando los y las implicadas participan y sus opiniones son tomadas en cuenta en los planes y metas trazadas, permiten avizorar el éxito.

“La corresponsabilidad tiene la intención de generar sinergias y hacer converger a las instituciones gubernamentales, a las iniciativas privada y social, y a los propios adolescentes como sujetos de su propio desarrollo, para enfrentar problemas y generar propuestas en el marco de relaciones de confianza, cooperación y responsabilidades compartidas establecidas por medio de reglas, normas y mecanismos de participación, gestión y distribución de recursos.

En el ámbito local, la ENAPEA debe involucrar a quienes integran la comunidad,

incluyendo a las autoridades locales y municipales, a padres y madres de familia, directivos y docentes de las escuelas, a responsables y personal de los centros de salud, a responsables de espacios de recreación y, desde luego, a los y las adolescentes. Se debe informar a todas las personas interesadas en el problema del embarazo en adolescentes para llegar a acuerdos que generen sinergias entre las diferentes instancias y construyan las acciones y opciones para prevenirlo” (ENAPEA, 2015, pág. 75).

1.6. Participación juvenil.

Entre los Derechos Humanos se encuentra la participación, el ser partícipe de una sociedad. Es también un derecho civil y político, una forma de ejercerlo es al momento de las elecciones políticas; es también un derecho económico, cultural y social, que se ejercita cuando se participa en el diseño de agendas de desarrollo social que impliquen acciones de salud, educación, vivienda y empleo.

Los acuerdos internacionales y las leyes nacionales promueven, protegen y propician la participación como un derecho de los niños, niñas y adolescentes. La Ley Nacional apoyada en la convención de los derechos de la infancia, destacan el derecho de la participación acorde al momento evolutivo en que se encuentren. Es destacable también el principio del considerar al bien superior de niñas, niños y adolescentes por sobre la voluntad de las personas adultas.

“La intención es que la participación juvenil se dé no solo como personas vulneradas sino como actoras estratégicas para la transformación social, lo que implica integrar acciones para el empoderamiento y la búsqueda de la autonomía, a fin de que la población adolescente pueda responder a las problemáticas y necesidades que identifique, incorporan-

do su perspectiva en el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de las intervenciones que serán ejecutadas, en todos los niveles de planeación y acción” (ENAPEA, 2015, pág. 76).

En niveles concretos de la política, en la que implica a personas reales, es relativamente fácil promover la participación en la toma de decisiones. Una de las posibilidades es la de implementar metodologías participativas en la planeación, diseño, ejecución y evaluación. Una posibilidad, es la conformación de comités juveniles o la incorporación de adolescentes en los órganos municipales y estatales que integrarán las acciones de esta ENAPEA. Es también necesaria su incorporación en espacios para abogar por el ejercicio de presupuestos públicos destinados al trabajo en este Programa. Lo que se debe de superar, es la visión adultocéntrica de demeritar la participación de este grupo etario.

1.7. Investigación y evidencia científica.

La producción del conocimiento científico es sumamente necesaria en cualquier tema de la vida, Trabajar con este enfoque permite develar con fundamento los fenómenos aparentes. Cuestionar, reflexionar, establecer pautas más allá de las nociones, prejuicios o ideas de los sujetos sociales, permiten cambiar la realidad. Por otro lado, la ciencia a través de los métodos, técnicas y procedimientos generados con esta finalidad construyen conocimientos en todos los aspectos hasta este momento, inéditos a la realidad. El enfoque científico representa el reto central y más importante de la ENAPEA, para generar y utilizar conocimiento avalado por la comunidad científica. De así realizarse, se podrán definir claramente los problemas a resolver a través de estudios diagnósticos, también, a partir de conocimiento académico publicado por

la comunidad científica para generar estrategias y propuestas que permitan el establecimiento de acciones eficaces.

“La ENAPEA basará sus intervenciones en evidencia científica de dos formas. En primera instancia, se aprovechará la evidencia internacional que ha determinado el grado en que funcionan las diferentes estrategias utilizando métodos científicos rigurosos, a fin de financiar e implementar únicamente aquellas intervenciones que han demostrado tener el impacto deseado sobre conductas específicas. En segunda instancia, se asegurará que el impacto de sus intervenciones sea probado a pequeña escala y evaluado con rigor en el contexto de diseños experimentales antes de expandir su uso a nivel nacional, a fin de evitar la inversión en intervenciones no efectivas (ENAPEA, 2015, pág. 77).

1.8. Evaluación y rendición de cuentas.

La evaluación tiene como propósito mejorar los programas, rendir cuentas sobre los mismos y generar una información que permita modificar y ajustar acciones futuras; construye conocimiento aplicado o concreto; valora las acciones e intervenciones que se realizan para abordar un problema en concreto y determinar si alcanzan o no los objetivos planteados, y de ser posible, por qué sí o por qué no. Esta evidencia facilita la toma de decisiones acertadas y conduce a un proceso de cambio social basado en la evidencia. La evaluación de políticas públicas necesita, para ser eficaz, tanto del rigor que pueden aportar los métodos científicos, como de la participación activa de los responsables políticos. La finalidad de la política basada en la evidencia es mejorar el aprendizaje del proceso e incrementar la efectividad de las políticas públicas. En ese sentido, es también un instrumento valioso de rendición de cuentas admi-

nistrativas, mediante el cual las instituciones públicas den transparencia de los recursos públicos empleados para llevar a cabo programas y acciones con avances concretos, cuyo desempeño queda plasmado en indicadores, sistemas de información, con una recolección de datos regular y confiable.

“En resumen, la ENAPEA integra el componente de evaluación para mejorar su efectividad, generar un proceso de mejora continua y atender a la necesidad y demanda de rendir cuentas a la sociedad” (ENAPEA, 2015, pág. 78).

2. Otros aspectos conceptuales importantes de la ENAPEA.

2.1. Salud sexual.

La sexualidad adolescente constituye un asunto cuyo abordaje en la familia y escuela sigue teniendo enormes barreras paradigmáticas, perpetuándose como un tema tabú, a pesar del aluvión de información existente en los medios de comunicación, la cual no suele ser científica ni real y por el contrario frecuentemente está cargada de prejuicios. Ello impide la implementación de estrategias efectivas para que las y los adolescentes ejerzan sus derechos sexuales y reproductivos con pleno conocimiento, sin coerción o discriminación (Torices y Ávila, 2012) a pesar de toda la normatividad al respecto, la cual frecuentemente es ignorada por responsables de familia, educadores y autoridades por igual.

La prevención del embarazo en adolescentes es tema abordado por organismos e instituciones internacionales, nacionales, estatales y municipales, pero el fenómeno sigue presentándose y los indicadores en todos los ámbitos muestran un alarmante incremento en ciertos entornos, sobre todo en zonas marginadas de

países en desarrollo. Respecto a esto es interesante la afirmación hecha por el Dr. Babatunde Osotimehin, Secretario general adjunto de las Naciones Unidas y director ejecutivo del Fondo de Población de las Naciones Unidas, en el informe Maternidad en la niñez –Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes– (2013) en el sentido de que las intervenciones realizadas reflejan la creencia de que la niña es la responsable de prevenir el embarazo y si queda embarazada es ella quien ha fallado, ignorando perniciosamente las circunstancias y presiones sociales. Propone por tanto que en vez de considerar que el problema es la niña y por ende enfocarse en cambiar su comportamiento como una solución a este fenómeno, es necesario en primer lugar que gobiernos, comunidades, familias y escuelas entiendan que los verdaderos desafíos son la pobreza, la desigualdad de género, la discriminación, la falta de acceso a los servicios y los prejuicios en contra de niñas y mujeres, y después de ello se enfoquen en políticas, programas, estrategias y acciones tendientes a establecer la justicia social, el desarrollo equitativo y la ampliación de los medios de acción de las niñas, como un camino verdaderamente viable para reducir los embarazos en adolescentes.

La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (2000) definen la salud sexual como:

La experiencia de un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y socio-cultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se evidencia en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que conducen a la armonía personal y al bienestar social, enriqueciendo la vida individual y social. No es simplemente la ausencia de disfunciones y/o enfermedad.

Interesa resaltar que tal definición enfatiza que la salud sexual tiene que ver con

el bienestar en tres dimensiones: física, psicológica y sociocultural, por lo tanto es imperativo que el modelo considere estrategias de atención en esos tres sentidos, de manera integral.

Viendo esto desde el individuo, la sexualidad sana implica que la persona, en este caso el adolescente, tiene una madurez psicológica y cognitiva que le permite comportarse de manera tal que cuida y promueve su salud, siendo responsable de su propia conducta y con ello evitando situaciones que pueden conducirlo a consecuencias no deseadas.

Históricamente se ha considerado el embarazo adolescente como una problemática social propia de la mujer, retirando la mirada por completo del progenitor. Este es el punto nodal sobre el cual el modelo ha de poner atención, con estrategias donde se visualice y se enfatice la paternidad tanto como la maternidad.

2.2. Adolescencia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia.

La adolescencia es un periodo de preparación para la edad adulta durante el cual se producen varias experiencias de desarrollo de suma importancia, entre ellas la maduración física y sexual. Además de éstas también se incluye la transi-

ción hacia la independencia social y económica, el desarrollo de la identidad, la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones de adulto y asumir funciones adultas y la capacidad de razonamiento abstracto. Aunque la adolescencia es sinónimo de crecimiento excepcional y gran potencial, constituye también una etapa de riesgos considerables, durante la cual el contexto social puede tener una influencia determinante. Las y los adolescentes se ven sometidos a presiones para empezar a tener relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas, lo que les entraña un elevado riesgo de traumatismos, tanto intencionados como accidentales, embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (ITS), entre ellas el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la sexualidad se define como: "Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales."

2.3 La Educación Integral de la Sexualidad.

Educación basada en currículo y adecuada para la edad, que permite a las y los niños y jóvenes:

- Adquirir información correcta sobre la sexualidad humana, la salud sexual y reproductiva, el crecimiento y el desarrollo, la anatomía y fisiología;
- Explorar y nutrir valores y actitudes positivos acerca de las relaciones sexuales y sociales
- Desarrollar habilidades para la vida que promueven el pensamiento crítico, sensibilidad en los temas de género, comunicación, negociación y toma de decisiones
- Alimentar un sentido de responsabilidad por sus acciones y el respeto por los derechos de los demás.

Un enfoque de la Educación Integral en Sexualidad (EIS) basado en un marco de derechos que busca equipar a las y los jóvenes con los conocimientos, aptitudes, actitudes y valores que necesitan para determinar y gozar de su sexualidad física y emocionalmente, a nivel individual y en sus relaciones. La EIS ve a la sexualidad de manera holística y como parte del desarrollo emocional y social de la gente joven. Reconoce que la información por sí misma no es suficiente. La gente joven necesita tener la oportunidad de adquirir las aptitudes esenciales para la vida, así como desarrollar actitudes y valores positivos. La EIS cubre una amplia gama de temas relacionados con los aspectos tanto físicos como biológicos de la sexualidad, así como con los aspectos emocionales y sociales. Este enfoque reconoce y acepta a todas las personas como seres sexuales y se ocupa de mucho más que solamente la prevención de enfermedades o del embarazo. Los programas de EIS deben adaptarse a la edad y etapa de desarrollo del grupo meta.

Anexo B. Acrónimos.

ARAP	Anticonceptivos Reversibles de Acción Prolongada
CDN	Convención sobre los Derechos del niño
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
CECYTECH	Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado de Chihuahua
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.
CEAMEG	Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género
CEAV	Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas
CEPAVI	Centro de Prevención a la Violencia Familiar y de Género
CEDH	Comisión Estatal De Derechos Humanos
CNEGSR	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
COBACH	Colegio de Bachilleres del Estado de Chihuahua
COEPI	Comisión Estatal para los Pueblos Indígenas
COESPO	Consejo Estatal de Población
Comité DESC	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
CONAFE	Consejo Nacional de Fomento Educativo
CONALEP	Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CONAVIM	Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres
CPEUM	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
DFAD	Departamento de Formadoras de Docentes
DGIS	Dirección General de Información en Salud
DIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia Chihuahua
DIU	Dispositivo Intrauterino
DNNA	Derechos de niñas, niños y adolescentes
DSR	Derechos Sexuales y Reproductivos

PEPEACH	Plan Especial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes en Chihuahua
EMS	Educación Media Superior
ENADID	Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica
ENAPEA	Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
ESI	Educación Sexual Integral/Educación Integral para la Sexualidad
FGE	Fiscalía General del Estado de Chihuahua
GEPEA	Grupo Estatal para la Prevención del Embarazo en Adolescentes
GIPEA	Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes
GIRE	Grupo de Información en Reproducción Elegida
ICATECH	Instituto de Capacitación para el Trabajo del Estado de Chihuahua
ICHEA	Instituto Chihuahuense de Educación para los Adultos
ICHIJUV	Instituto Chihuahuense de la Juventud
ICHMUJERES	Instituto Chihuahuense de las Mujeres
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INE	Instituto Nacional Electoral
INEA	Instituto Nacional de Educación para Adultos
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LEDMLVECH	Ley Estatal del Derecho de las Mujeres a una vida libre de violencia del Estado de Chihuahua
LIGMHCH	Ley de Igualdad entre Mujeres y Hombres del Estado de Chihuahua
LGAMVLV	Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida libre de violencia
LGDNNA	Ley General de Niños, Niñas y Adolescentes
LGIMH	Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres
LGV	Ley General de Víctimas

MAISAR	Modelo de Atención Integrarla a la Salud del Adolescente Rural
MEF	Mujeres en Edad Fértil
MEFA	Mujeres en Edad Fértil Adolescente
MEFSA	Mujeres en Edad Fértil Sexualmente Activas
MNPAENA	Modelo Nacional para la Prevención y Atención del Embarazo en Niñas y Adolescentes (del SNDIF)
OMS	Organización Mundial de la Salud
OSC	Organizaciones de la sociedad civil
OTB	Oclusión Tubaria Bilateral
PAE	Pastilla de Anticoncepción de Emergencia
PAE	Programa de Acción Específico
PAESSRA	Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018
PBR	Planeación Basada en Resultados
PEEPSIDA	Programa Estatal de Educación para la Prevención del Sida
PCE	Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua
PIPEA	Programa Intersectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes
PNB	Programa Nacional de Becas
PROIGUALDAD	Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres 2013-2018
PROMAJOVEN	Programa de Becas de Apoyo a la Educación Básica de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas 2013-2018
PROJUVENTUD	Programa Nacional de Juventud 2013-2018
PROSEDU	Programa Sectorial de Educación 2013-2018
PROSESA	Programa Sectorial de Salud 2013-2018
PSDS	Programa Sectorial de Desarrollo Social 2013-2018
SC	Secretaría de Cultura del Estado de Chihuahua
SEDESOE	Secretaría de Desarrollo Social de Gobierno del Estado de Chihuahua
SEDESOL	Secretaría de Desarrollo Social
SEECH	Servicios Educativos del Estado de Chihuahua
SEP	Secretaría de Educación Pública

SEYD	Secretaría de Educación y Deporte del Estado de Chihuahua
SIG	Sistema de Indicadores de Género
SIPINNA	Sistema Nacional de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes
SIS	Sistema de Información en Salud
SNE	Sistema Nacional de Empleo
SNS	Sistema Nacional de Salud
SSCH	Secretaría de Salud de Gobierno del Estado de Chihuahua
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
STPS	Secretaría del Trabajo y Previsión Social
TEF	Tasa específica de fecundidad
TEFA	Tasa específica de Fecundidad Adolescente
TIC	Tecnologías de la Información y la Comunicación
UACH	Universidad Autónoma de Chihuahua
UACJ	Universidad Autónoma de Ciudad Juárez
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UPNECH	Universidad Pedagógica Nacional del Estado de Chihuahua
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

Anexo C. Glosario.

Abuso sexual “Se considera como abuso sexual infantil, a decir de The National Child Traumatic Stress Network (NCTSN), es cualquier interacción entre una niña o niño y un adulto (u otro niño) en donde el niño es utilizado para estimular sexualmente al abusador o a un observador. El abuso sexual puede involucrar contacto físico o puede también ocurrir sin contacto físico. El contacto físico puede incluir tocar la vagina, pene, senos o nalgas, sexo oral y/o penetración sexual. El abuso sexual sin contacto físico puede incluir voyerismo (tratar de ver el cuerpo desnudo del niño), exhibicionismo (el abusador muestra sus partes privadas ante un niño) o exponer al niño pornografía” (CEAMEG, 2016).

Sobre el abuso sexual, el Artículo 173 del Código Penal del Estado de Chihuahua establece: “Al que sin consentimiento de una persona ejecute en ella o por ella se haga ejecutar un acto sexual, distinto a la cópula, se le impondrán de seis meses a seis años de prisión y multa de treinta a ochenta veces el salario”.

Adolescencia “Con base en la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia” (OMS, Desarrollo en la adolescencia, s/d).

Armonización legislativa “Procedimiento que tiende a unificar el marco jurídico vigente de un país, conforme al espíritu y contenidos de los instrumentos internacionales de los derechos humanos. Para México, el Derecho Internacional de los Derechos Humanos es parte del marco jurídico nacional y se encuentra jerárquicamente por debajo de la Constitución y por encima de las Leyes Federales, por lo que es obligación que la norma interna sea coherente con lo expresado en los instrumentos internacionales de derechos humanos que México ha ratificado” (INMUJERES, 2007, pág. 31)

Ciudadanía

“Touraine identifica la ciudadanía con la conciencia de pertenecer a la sociedad y con la capacidad del individuo de sentirse responsable del buen funcionamiento de las instituciones, en simetría con la obligación de las instituciones de respetar los derechos de hombres y mujeres. Siguiendo estos planteamientos UNICEF sostiene que la ciudadanía dota a las personas de la capacidad de construir o transformar las leyes y normas que ellas mismas quieren vivir, cumplir y proteger para la dignidad de todos” (Bojórquez, s/d, pág. 80) .

Corresponsabilidad

“Es la responsabilidad compartida de los tres órdenes de gobierno con la sociedad civil para lograr el desarrollo sustentable de las comunidades con mayores índices de marginación, convirtiendo a los beneficiarios en protagonistas de su propio desarrollo” (Acuerdo por el que se modifican las Reglas de Operación del Programa para el Desarrollo Local, 2008).

Cultura

“Es el conjunto de formas de vida y expresiones sociales, económicas y políticas de una sociedad determinada que engloba todas las prácticas y representaciones, tales como creencias, ideas, mitos, símbolos, costumbres, conocimientos, normas, valores, actitudes y relaciones (entre personas y entre éstas con el ambiente), que dan forma al comportamiento humano y son transmitidas de generación en generación” (INMUJERES, 2007, pág. 34)

Derechos humanos

“Entendemos por Derechos Humanos “todos aquellos derechos fundamentales que las personas poseen, por el simple hecho de serlo” y tienen como características ser universales, inalienables, irrenunciables, imprescriptibles, indivisibles e inderogables” (CEAMEG, 2016, pág. 9).

Derechos Sexuales y Reproductivos

“La salud sexual y de la reproducción constituye un derecho de hombres y mujeres. Los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos, a disponer de la información y los medios para ello; y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva.

También incluye su derecho a adoptar decisiones relati-

vas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones, ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.

1) Derecho a la salud sexual y de la reproducción: como componente de la salud general, a lo largo de todo el ciclo vital de las personas.

2) Derecho a adoptar decisiones con respecto a la procreación: incluidos la elección voluntaria de cónyuge, la formación de una familia y la determinación del número, el momento de nacer y el espaciamiento de los propios hijos; y el derecho de tener acceso a la información y los medios necesarios para ejercer una opción voluntaria.

3) Derecho a condiciones de igualdad y equidad de hombres y mujeres: a fin de posibilitar que las personas efectúen opciones libres y con conocimiento de causa en todas las esferas de la vida, libres de discriminación por motivos de género.

4) Derecho a la seguridad sexual y de la reproducción: incluido el derecho a estar libres de violencia y coacción sexuales y el derecho a la vida privada” (UNFPA, s/d).

Estupro “Es el delito que comete un adulto que, haciendo uso de la confianza o a base de engaños, abusa sexualmente de un o una menor de edad”. El estupro se persigue por “querrela y eso complejiza su persecución y castigo, debido a que se impide que el Estado lo persiga de oficio en beneficio de los menores de edad que sufran ese delito” (INMUJERES, 2007, pág. 63)

El Código Penal del Estado de Chihuahua en su artículo 177 asienta: Al que tenga cópula con persona menor de dieciocho años, pero mayor de catorce, aprovechándose de su inexperiencia sexual y obteniendo su consentimiento por medio de la seducción o del engaño, se le impondrán de uno a cuatro años de prisión y multa de treinta a ochenta veces el salario.

Evaluación “Proceso que tiene por finalidad medir el logro de los objetivos y las metas planteadas en una acción, proyecto o política. La evaluación permite determinar el grado de eficacia y eficiencia con que se emplean los recursos, y así evitar posibles desviaciones, además de adoptar medidas correctivas que garantizan el cumplimiento adecuado de las metas programadas” (INMUJERES, 2007, pág. 64)

Género “Por género se entiende el conjunto de ideas, representaciones, prácticas y prescripciones sociales que una cultura desarrolla a partir del reconocimiento de la diferencia anatómica entre los sexos. El género es la constatación cultural de la diferencia sexual, y simboliza lo que es “propio” de los hombres (lo masculino) y lo que es “propio” de las mujeres (lo femenino); pero además de ser un mandato cultural también implica procesos psíquicos; y toda esa complejidad se arma como un conjunto de creencias y prácticas que jerarquizan y discriminan a los seres humanos” (Lamas, 2003, pág. 3).

Hostigamiento sexual “Abarca cualquier comportamiento que resulte ofensivo incómodo o humillante y que niegue a una persona la dignidad y respeto a que tiene derecho. Si bien el hostigamiento sexual es solo un tipo, es el que más afecta a las mujeres en el trabajo y para muchos trabajadores es inevitable. “Toda acción que va dirigida a exigir, manipular, coaccionar o chantajear sexualmente apersonas del sexo opuesto o del mismo sexo. Provoca efectos perjudiciales en el ambiente laboral y educativo, afectando el desempeño y cumplimiento, así como el bienestar personal” (INMUJERES, 2007, pág. 76)
El ARTÍCULO 176 del Código Penal del Estado de Chihuahua establece: “Al que asedie a una persona con fines sexuales, a pesar de su oposición manifiesta, se le aplicará prisión de tres meses a dos años y multa de treinta a sesenta veces el salario”
Si el hostigador fuera servidor público y utilizara los medios y circunstancias que el encargo le proporcione, se le destituirá también de su cargo.

Intersectorialidad “Son las acciones de los actores involucrados para el logro de un objetivo común a partir de sus competencias y responsabilidades específicas (Intersectorialidad, s/d)

Modelo Holónico de la Sexualidad Humana Modelo de explicación acerca de la construcción y funcionamiento de la sexualidad en los seres humanos construido por el Dr. Eusebio Rubio Auriolles. Entre sus principales planteamientos se encuentran los siguientes:
“La sexualidad humana es el resultado de la integración de cuatro potencialidades humanas que dan origen a los cuatro holones (o subsistemas) sexuales, a saber: la reproductividad, el género, el erotismo y la vinculación afectiva interpersonal”
“Los holones sexuales o sea las partes, elementos o sub-

sistemas de la sexualidad, deberán ser conceptos que conserven su aplicabilidad vertical, es decir, que puedan aplicarse a las diversas metodologías de estudios: antropológica, sociológica, psicológica y biológica”.

“Los significados de las experiencias, entonces, permiten la construcción e integración de la sexualidad. Ocurre que los significados en cada una de las áreas interactúan con las otras porque, precisamente, están en relación unas con otras. No es posible modificar los significados reproductivos, por ejemplo, si no se contempla la resignificación genérica, erótica y vinculativa. La significación sexual, entendida con amplitud, comprende entonces el significado de la reproducción como posibilidad (reproductividad), de la experiencia de pertenecer a uno de dos sexos (género), de la significación de la calidad placentera del encuentro erótico y la significación de los vínculos efectivos interpersonales. En tanto que estos botones operan integralmente, cuando el abordaje educativo o terapéutico ignora alguno de ellos, aumenta sus posibilidades de ineficacia”. (Rubio-Aurioles, 1994)

Perspectiva de género

“Cuando se habla de perspectiva de género, se hace alusión a una herramienta conceptual que busca mostrar que las diferencias entre mujeres y hombres se dan no sólo por su determinación biológica, sino también por las diferencias culturales asignadas a los seres humanos.

Mirar o analizar alguna situación desde la perspectiva de género, permite entonces entender que la vida de mujeres y hombres puede modificarse en la medida que no está “naturalmente” determinada. Esta perspectiva ayuda a comprender más profundamente tanto la vida de las mujeres como la de los hombres y las relaciones que se dan entre ambos. Este enfoque cuestiona los estereotipos con que somos educados y abre la posibilidad de elaborar nuevos contenidos de socialización y relación entre los seres humanos” (INMUJERES, 2007, pág. 104).

Proyecto de vida

“Un proyecto es un plan que se idea para poderlo realizar. Un proyecto de vida se refiere a la definición de un plan de lo que se desea hacer en la vida.

Es aquello que una persona se traza con el fin de conseguir uno o varios propósitos para su existencia, en otras palabras, se asocia al concepto de realización personal, donde lleva a las personas a definir conscientemente

las opciones que puede tener para conducir su vida y alcanzar el destino que se propone.

Un proyecto de vida le da un por qué y un para qué a la existencia humana. Y con eso, le otorga sentido al presente, porque de alguna manera se vive del presente, pero sin perder de vista que el futuro se construye día a día” (<http://conceptodefinicion.de/proyecto-vida/>, s.f.).

Salud Sexual y Reproductiva

“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social. Es la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo.

Es el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y el bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva” (UNFPA, UNFPA México, s/d).

Servicios Amigables para Adolescentes

“Son diversas las barreras que interfieren con el acceso de este grupo a los servicios de salud sexual y reproductiva. En investigaciones realizadas la población adolescente estudiada menciona que los servicios de salud sexual y reproductiva están dirigidos a personas adultas y que sienten rechazo cuando asisten. También han expresado preocupaciones relacionadas con la privacidad, la confidencialidad e, incluso, la actitud hostil del personal de salud. Aunado a lo anterior, el desconocimiento de los procedimientos médicos les infunde miedo, especialmente los exámenes ginecológicos en las mujeres”. Estas son las razones por las que el Estado Mexicano implementó los servicios de salud dirigidos de manera específica a la población adolescente.

“Las características de los servicios amigables deben incluir accesibilidad en cuanto al horario y la ubicación, un ambiente y un trato que no sea amenazante sino que incorpore el respeto a los derechos, las decisiones y la autonomía de las y los adolescentes e incorporar la participación de jóvenes y otros miembros de la comunidad. Deben ofrecer una gama de servicios preventivos, que comprende la disponibilidad de anticonceptivos, incluyendo condones y anticoncepción de emergencia, así como consejería y actividades de aprendizaje de conocimientos y habilidades, servicios curativos como detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo atención o referencias, la detección del VIH, el embarazo y el aborto inducido” (MAISSRA, 2013-2018, pág. 130).

Sexualidad “Es el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y afectivas que identifican a cada sexo. También es el conjunto de fenómenos emocionales y de conducta relacionados con el sexo, que marcan de manera decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo. El concepto de sexualidad comprende tanto el impulso sexual, dirigido al goce inmediato y a la reproducción, como los diferentes aspectos de la relación psicológica con el propio cuerpo (sentirse hombre, mujer o ambos a la vez) y de las expectativas de rol social.

En la vida cotidiana, la sexualidad cumple un papel muy destacado ya que desde el punto de vista emocional y de la relación entre las personas, va mucho más allá de la finalidad reproductiva y de las normas o sanciones que estipula la sociedad. Se le otorgan cuatro dimensiones: la corporal, la genital, la psicoafectiva, la social y la espiritual” (INMUJERES, 2007, pág. 131)

Violación “Suele definírsele como la penetración sexual por la fuerza en el cuerpo de otra persona” (INMUJERES, 2007, pág. 131)

El artículo 171 del Código Penal del Estado de Chihuahua estipula: “Al que por medio de la violencia física o moral tenga cópula anal, vaginal u oral con una persona sin la voluntad de ésta, se le aplicará prisión de cuatro a doce años y multa de cincuenta a cien veces el salario”.

“La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia sexual como: “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo” (OMS, 2013)

Violencia Sexual “La violencia sexual ocurre cuando alguien fuerza o manipula a otra persona a realizar una actividad sexual no deseada sin su consentimiento. Las razones por las cuales no hay consentimiento pueden ser el miedo, la edad, una enfermedad, una discapacidad y/o la influencia del alcohol u otras drogas. La violencia sexual le puede ocurrir a cualquiera, incluyendo: niñas, niños y adolescentes, adultos y personas mayores” (NSVRC, 2012).

Bibliografía

046-SSA2-2005, N. (16 de Abril de 2009). Secretaría de Educación y Cultura del Gobierno del Estado de Sonora. Recuperado el 4 de Noviembre de 2017, de sec.gob.mx: <http://www.sec.gob.mx/igualdaddegenero/recursos/lineamientos/SONORA/8%20NOM%20046%20violencia%20familiar%20sexual%20y%20contra%20las%20mujeres.pdf>

Almerás, D., & Calderón, C. (2012). Si no se cuenta, no cuenta. Información sobre la violencia contra las mujeres (Vol. 99). Santiago, Chile: CEPAL/Publicación de las Naciones Unidas.

Acuerdo por el que se modifican las Reglas de Operación del Programa para el Desarrollo Local, M. p. (2008). Recuperado el 4 de Noviembre de 2017, de http://archivos.diputados.gob.mx/Comisiones/Ordinarias/desarrollo_rural//Informacion%20sector%20rural/REGLAS%20DE%20OPERACION%202008/SEDESOL/MICRORREGIONES_30DIC07.pdf

Bergallo, P., & González, C. (2012). Interrupción legal del embarazo por la causal violación: enfoques de salud y jurídico. Bogotá, Colombia: Mesa por la salud y la vida de las mujeres/ ANDAR/ CLACAI/ FLASOG.

Bojórquez, N. (s/d). Ciudadanía. Recuperado el 4 de Noviembre de 2017, de www.uam.mx: <http://www.uam.mx/cdi/derinfancia/5nelia.pdf>

CDN. (20 de Noviembre de 1990). Convención sobre los Derechos del niño. Recuperado el 5 de Octubre de 2017, de UNICEF: [https://www.unicef.org/panama/spanish/convencion\(3\).pdf](https://www.unicef.org/panama/spanish/convencion(3).pdf)

CNDH. (julio de 2015). Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Recuperado el 5 de Octubre de 2017, de http://200.33.14.34:1033/archivos/pdfs/lib_LeyGralCuidadoInfantil.pdf

CEAMEG. (2016). Abuso sexual infantil. México, México: CEAMEG/CÁMARA DE DIPUTADOS.

CEAMEG. (2016). Diagnóstico de la problemática de las mujeres jóvenes en México (adicciones, embarazos tempranos, trastornos alimentarios y de la imagen). México, México: CEAMEG/Cámara de Diputados.

CEAMEG. (2016). Matrimonio infantil. (C. d. Diputados, Ed.) México, México: Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género.

CEAMEG. (2017). Información estadística y cualitativa sobre violencia en la niñez y en la adolescencia (delitos sexuales) en las entidades federativas. México, México: CEAMEG/Cámara de Diputados.

CEAMEG. (2017). Violencia en el noviazgo. México, México: CEAMEG/Cámara de Diputados.

CEDAW. (s.f.). Naciones Unidas. Recuperado el 4 de Noviembre de 2017, de un.org: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw25years/content/spanish/Convention-CEDAW-Spanish.pdf>

CONAPO. (2017). Salud Sexual y Reproductiva. Chihuahua. México, México: CONAPO.

CONAPO. (2017). Situación de la Salud Sexual y Reproductiva. Entidades Federativas. Chihuahua. CONAPO.

CPEUM. (1917). Cámara de Diputados. Recuperado el 4 de Noviembre de 2017, de diputados.gob.mx: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_150917.pdf

DESC, C. (12 de mayo de 2000). ACNUR (Agencia de la ONU para los refugiados). Recuperado el 4 de Noviembre de 2017, de acnur.org: <http://www.acnur.org/t3/file-admin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>

ENAPEA. (2015). Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA). Ciudad de México, México: Gobierno de la República.

FLACSO. (2015). Informe Técnico para el Diseño de Plan de Trabajo para reorientación de Programas de Salud Pública. Chile: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.

GECH. (1987). Código Penal del Estado de Chihuahua. Chihuahua, Chih., México.

GIRE. (12 de Octubre de 2017). Grupo de Información en Reproducción Elegida. (GIRE, Productor) Obtenido de Plataforma de consulta: <https://gire.org.mx/informes/>

GIRE. (2017). Violencia sin interrupción. México, México: Grupo de Información en Reproducción Elegida.

Guttmacher, I. (s.f.). Guttmacher Institute. Recuperado el 4 de Nov de 2017, de www.guttmacher.org: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_downloads/herramientas-desmitificando-datos-hojas-informativas.pdf

Hernández, M., Muradadas, M., & Sánchez, M. (2014). Panorama de la Salud Sexual y Reproductiva 2014. Recuperado el 5 de Octubre de 2017, de Gobierno de México: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/153181/03_Panorama_de_la_salud_sexual_y_reproductiva_2014.pdf

Hinojosa, R., & Cázares, Ó. (2015). La interrupción escolar en la Educación Media Superior en el Estado de Chihuahua. Condiciones que propician el retiro de los estudios de bachillerato en voz de exalumnos (Vol. I). Chihuahua, Chihuahua, México: SEYD/ENSECH.

Lamas, M. (Julio-septiembre de 1999). Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. (UAEM, Ed.) Papeles de Población, 5(21).

Lamas, M. (17 de Diciembre de 2003). Recuperado el 4 de Noviembre de 2017, de Biblioteca de la Comisión Provincial por la Memoria: <http://biblio.comisionporlame-moria.org>

LEDMLVECH. (24 de Enero de 2007). Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Recuperado el 4 de Noviembre de 2017, de [cndh.org.mx](http://www.cndh.org.mx): http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/programas/mujer/5_LegislacionNacionalInternacional/Legislacion/Estatal/Chihuahua/B/Ley%20estatal%20del%20derecho%20de%20las%20mujeres%20a%20una%20vida%20libre%20de%20violencia.pdf

LGAMVLV. (junio de 2007). Portal único de Gobierno de México. Recuperado el 4 de Noviembre de 2017, de www.gob.mx: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/178863/ley-general-acceso-mujeres-vida-libre-violencia.pdf>

LGDNNA. (Julio de 2015). Recuperado el 5 de Octubre de 2017, de CNDH: http://200.33.14.34:1033/archivos/pdfs/lib_LeyGralCuidadoInfantil.pdf

LGIMH. (2 de Agosto de 2006). diputados.gob.mx. Recuperado el 4 de Noviembre de 2017, de Cámara de Diputados: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGIMH_240316.pdf

LIGMHCH. (29 de Mayo de 2010). transparencia.uach.mx. Recuperado el 4 de Noviembre de 2017, de Universidad Autónoma de Chihuahua: http://transparencia.uach.mx/informacion_publica_de_oficio/fraccion_i/ligmhch.pdf

LGV. (9 de Enero de 2013). Cámara de Diputados. Recuperado el 4 de Noviembre de 2017, de diputados.gob.mx: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGV_030117.pdf

INE. (2015). INE. Recuperado el 12 de Octubre de 2017, de Instituto Nacional Electoral: http://portalanterior.ine.mx/portal/Elecciones/Proceso_Electoral_Federal_2014-2015/ConsultaInfantilyJuvenil2015/pdf/Resultados_por_Estado_10_a_13.pdf

INE. (2015 de 2015). Instituto Nacional de Evaluación. Recuperado el 12 de Octubre de 2017, de Resultados de la Consulta Infantil y Juvenil 2015: http://portalanterior.ine.mx/portal/Elecciones/Proceso_Electoral_Federal_2014-2015/ConsultaInfantilyJuvenil2015/pdf/Resultados_por_Estado_14_a_17.pdf

INMUJERES. (2007). Glosario de género. (INMUJERES, Ed.) MÉXICO: INMUJERES.

INSP. (2014). Análisis sobre educación sexual integral, conocimientos y actitudes en sexualidad en adolescentes escolarizados. (CEAMEG, Ed.) Ciudad de México, México: CEAMEG.

INSP. (2015). Diseño del Plan de Monitoreo y del Esquema General de Evaluación de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Ciudad de México, México.

INSP. (2015). Diseño del Plan de Monitoreo y del Esquema General de Evaluación de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (Vol. 2). Ciudad de México, México.

INSP. (2015). Documento 3. Diseño del esquema general de evaluación de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente (ENAPEA). Ciudad de México, México: Instituto Nacional de Salud.

Intersectorialidad. (s/d). www.mineduacion.gov.co. Recuperado el 4 de Noviembre de 2017, de Ministerio de Educación Nacional de Colombia: <http://www.mineduacion.gov.co/cvn/1665/article-80179.html>

Kismödi, E., Corona, E., Maticka-Tyndale, E., Rubio-Aurioles, E., & Coleman, E. (2017). Sexual Rights as Human Rights: A Guide for the WAS Declaration of Sexual Rights. *International Journal of Sexual Health*, 29(Sup 1), 1-92.

MAISSRA. (2013-2018). Secretaría de Salud. Recuperado el 4 de Noviembre de 2017, de gob.mx: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/modelo-de-atencion-integral-en-salud-sexual-y-reproductiva-para-adolescentes>

Ministerial, D. (Junio de 2010). UNESCO. Recuperado el 4 de Noviembre de 2017, de unesco.org: <http://www.unesco.org/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Santiago/pdf/declaracion-prevenir-educacion-espanol.pdf>

Montevideo, C. d. (15 de Agosto de 2013). cepal.org. Recuperado el 4 de Noviembre de 2017, de Naciones Unidas: <https://www.cepal.org/celade/noticias/documentos>

tosdetrabajo/8/50708/2013-595-consenso_montevideo_pyd.pdf

NSVRC. (2012). www.nsvrc.org. Recuperado el 4 de Noviembre de 2017, de ¿Qué es la violencia sexual? Información general: https://www.nsvrc.org/sites/default/files/Publications_NSVRC_Overview_Que-es-la-Violencia-Sexual.pdf

OEA. (22 de Noviembre de 1969). CONVENCION AMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS (Pacto de San José). Recuperado el 5 de Octubre de 2017, de https://www.oas.org/dil/esp/tratados_B-32_Convencion_Americana_sobre_Derechos_Humanos.pdf

OMS. (2013). apps.who.int. Recuperado el 4 de Noviembre de 2017, de [www.apps.who.int: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98821/1/WHO_RHR_12.37_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98821/1/WHO_RHR_12.37_spa.pdf)

OMS. (s/d). Desarrollo en la adolescencia. (OMS, Productor) Recuperado el 4 de Noviembre de 2017, de Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

ONU. (10 de Diciembre de 1948). Declaración Universal de Derechos Humanos. Recuperado el 5 de Octubre de 2017, de [www.ohchr.org: http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf](http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf)

ONU. (2014). ONU MUJERES. Recuperado el 4 de Noviembre de 2017, de Beijing 20: <http://beijing20.unwomen.org/es/infographic/education-and-training>

Pará, B. D. (1998). Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. Recuperado el 4 de Noviembre de 2017, de Portal único de Gobierno de México: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/44013/Convenci_n_de_Bel_m_Do_Par_.pdf

Rubio-Aurioles, E. (1994). Asociación Mexicana para la Salud Sexual, AC. (A. AM-SAAC, Productor) Recuperado el 4 de Noviembre de 2017, de [amsaac.org: http://www.amssac.org/biblioteca/potencialidades-humanas/](http://www.amssac.org/biblioteca/potencialidades-humanas/)

SEP. (Octubre de 2016). Gobierno de la República. Recuperado el 5 de Octubre de 2017, de Chihuahua, Indicadores Educativos: http://www.snie.sep.gob.mx/descargas/estadistica_e_indicadores/estadistica_e_indicadores_educativos_08CHIH.pdf

SEYD. (2017). Programa Sectorial de Educación 2017-2021. (C. d. Chihuahua, Ed.) Chihuahua, Chihuahua, México: Anexo al Periódico Oficial.

SEYD/UG. (12 de Julio de 2017). Inclusión de la educación sexual en los planes y programas de estudios. Chihuahua, Chihuahua, México.

SIG. (s/d). Sistema Indicadores de Género. Recuperado el 4 de Noviembre de 2017, de Gobierno de la República: https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjPPbn6jXAhUDwYMKH-cJqC2wQFgg7MAM&url=http%3A%2F%2Festadistica.inmujeres.gob.mx%2Ftestatales%2Fdsp_tar_e_s_pdf.php%3Fies%3D8&usg=AOvVaw1HNLhy2d9rialT9aj9HOBY

UNFPA. (2012). Evaluación Transversal: políticas y programas para el desarrollo de los jóvenes. Anexo 2 Diagnóstico de la situación de la juventud en México. México, México: UNFPA/IMJUVE/FUNDACIÓN IDEA.

UNFPA. (s/d). UNFPA México. (UNFPA, Productor) Recuperado el 4 de Noviembre de 2017, de [unfpa.org.mx: http://www.unfpa.org.mx/salud%20sexual%20y%20reproductiva.php](http://www.unfpa.org.mx/salud%20sexual%20y%20reproductiva.php)

UNICEF. (2015). Los derechos de la infancia y la adolescencia en Chihuahua. México, México: UNICEF.

UNICEF/DIF. (2014). Observaciones Generales del Comité de los Derechos del Niño. Recuperado el 4 de Noviembre de 2017, de unicef.org: <https://www.unicef.org/ecuador/UNICEF-ObservacionesGeneralesDelComiteDeLosDerechosDelNino-WEB.pdf>

<http://conceptodefinicion.de/proyecto-vida/>. (s.f.). Recuperado el 4 de Noviembre de 2017, de Concepto de definición de: <http://conceptodefinicion.de/proyecto-vida/>



