ICHMUJERES

INSTITUTO
CHIHUAHUENSE
DE LAS MUJERES

MODALIDAD I

INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES

INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE LAS MUJERES

"Documento que contenga el proyecto interinstitucional de prevención del embarazo en adolescentes en educación Básica alineada a la estrategia nacional para la prevención de embarazos en adolescentes de la Secretaría de Educación"

NOVIEMBRE 2019

INMUJERES
INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES

Chihuahua
GOBIERNO DEL ESTADO

UNIDOS conVALOR

ICHMUJERES

INSTITUTO
CHIHUAHUENSE
DE LAS MUJERES

"El Programa de Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de Género es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el Programa"

"Este producto es generado con recursos del Programa de Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de Género. Empero el Instituto Nacional de las Mujeres no necesariamente comparte los puntos de vista expresados por las (los) autoras(es) del presente trabajo".

ÍNDICE

MARCO NORMATIVO. ***3***

Internacional, nacional y estatal para la prevención del embarazo en adolescentes **3**

Derechos humanos **3**

Derechos de niñas, niños y adolescentes **4**

Los derechos de las mujeres **6**

Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva de adolescentes **7**

Derecho a una vida libre de violencia **10**

Derechos Humanos de las y los Adolescentes **11**

Derecho a la Educación Sexual Integral **13**

DIAGNÓSTICO. ***15***

Población de 10 a 19 años y situación de los nacimientos en el Estado de Chihuahua **16**

Dinámica y estructura de la población total estatal 16
Población por grupos de edad en el Estado de Chihuahua 18
Población de 10 a 19 años en las entidades federativas 20
Población de 10 a 19 años en el Estado de Chihuahua y sus municipios 22
Población de jóvenes en el Estado de Chihuahua (15 a 29 años) 25
Situación de los nacimientos en el Estado de Chihuahua y sus municipios 26

Aspectos asociados al embarazo en adolescentes **35**

Uso de métodos anticonceptivos en las Mujeres en Edad Fértil (MEF) 35
Inicio de la vida sexual 38
Atención a la Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes a través de Servicios de Salud de Chihuahua 43
Escolaridad y Educación Sexual Integral 44
Violencia sexual 48

Detección de las acciones relevantes del gobierno para atender el problema del embarazo en la adolescencia **59**

Organización causal **64**

Conclusiones del diagnóstico **64**

ALINEACIÓN A METAS ***66***

Objetivos del Desarrollo Sostenible. **67**

Alineación del Proyecto Interinstitucional al Plan Nacional de Desarrollo. **69**

Alineación al Plan Estatal de Desarrollo 2017-2021..... 73

PROYECTO INTERINSTITUCIONAL DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EDUCACIÓN BÁSICA ALINEADA A LA ESTRATEGIA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN..... 78

LÍNEAS DE ACCIÓN Y ESTRATEGIAS 78

OBJETIVO PARTICULAR DEL PROYECTO..... 78

INDICADORES Y METAS 87

INDICADORES DE DESEMPEÑO 87

METAS 88

Ruta de implementación..... 88

Escenarios a largo plazo 89

Algunas consideraciones importantes..... 90

TRANSPARENCIA. 92

BIBLIOGRAFÍA 92

MARCO NORMATIVO.

INTERNACIONAL, NACIONAL Y ESTATAL PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Los derechos de los niños, niñas y adolescentes (DNNA) están expresados en una larga lista de acuerdos internacionales que son el corolario para que los países que se adscriban a ellos. Aspectos importantes de esta delimitación de derechos tienen que ver con la de ser sujetos de derecho sin discriminación por su edad, su posibilidad de participación en la toma de decisiones de aspectos que tienen que ver consigo mismo y el ejercicio sexual, al acceso a una vida libre de violencia, al uso y consejería sobre salud sexual y reproductiva, entre una serie más larga de derechos a los que este grupo etario son garantes.

Se seleccionaron los enunciados con antelación, puesto que son los que enmarcan la problemática que, sobre embarazos en niñas, adolescentes y jóvenes, se vive actualmente en nuestro país y en nuestra entidad. A continuación, se describen con mayor amplitud, con el auxilio de las convenciones internacionales, las leyes y normas nacionales y estatales que fundamentan la elaboración de este Programa Especial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes en el estado de Chihuahua (PEPEACH). La exposición está organizada en las temáticas y cada una de ellas está fundamentada en el ámbito internacional, nacional y local.

DERECHOS HUMANOS

En el año 2011 México se compromete a trabajar los Derechos Humanos al mismo nivel que lo establecido en la carta magna la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. En el artículo 1º se reconocen los derechos humanos de todas las personas establecidas en el texto constitucional, como en los diversos tratados internacionales y en las normas ratificadas por el Estado Mexicano ante los demás países del mundo. La firma de acuerdos, convenciones, tratados y normas internacionales lo obligan a promover, respetar, proteger y garantizar lo establecido en ellas. Este fenómeno 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 principal corolario del que se desprende toda la normativa internacional es la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH, 1948). Esta declaración obliga a México a salvaguardar cada uno de los derechos establecidos en esta carta

magna, “sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición”. En el artículo 25 esta declaración se establece que la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados especiales.

Algunos de los factores que propician o impulsan los embarazos no deseados en niñas y adolescentes son: el matrimonio forzado, la violencia sexual, la falta de información sobre SSR y acceso a métodos anticonceptivos.

Los embarazos en niñas, adolescentes y jóvenes 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 de esta edad. Esto hace que la trayectoria escolar se estanque, que su vida esté envuelta en situaciones de violencia, discriminación, pobreza y marginación.

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 (ENAPEA, 2015).

DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

Si bien, se inició la fundamentación de las acciones establecidas en el presente PEPEACH, en la Declaración de los Derechos Humanos, existe un marco especializado de los derechos humanos de niñas, niños y adolescentes. 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. Esta declaración se observa en nuestro país a través de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (LGDNNA, 2014) promulgada en el 2014 que reconoce establece la obligatoriedad de garantizar los derechos a la supervivencia y el desarrollo, la salud, la educación y a no ser víctimas de violencia sexual.

Entre los principales documentos o acuerdos que integran ese marco especializado se encuentre la Convención sobre los Derechos del Niño (UNICEF, 2006) (CDN) establecida en 1989 y que 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, de conformidad con los intereses de ellos y ellas y de sus necesidades.

Desde 1969, en San José Costa Rica, los países signan la Convención Americana sobre Derechos Humanos[1]. Aunque este documento es una pieza importante en los derechos de hombres y mujeres, establece en su artículo 19 especial mención al derecho de niñas y niños a la protección necesaria en su condición de menor.

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) establece también 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 (CEIDH, 1969).

La LGDNNA lo establece de la siguiente manera: “El interés superior de la niñez deberá ser considerado de manera primordial 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, 2014, pág. s/p).

El mismo Sistema Universal de los Derechos Humanos reconoce la posibilidad en la toma de decisiones por parte de personas menores de 18 años y la CDN en el numeral 12.1 establece como obligación de los Estados, la de garantizar que las opiniones de los y las menores sean tomadas en cuenta, en función de su edad y madurez (UNICEF, 2006).

El Comité de los Derechos del Niño[2] dicta las 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

[2] 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.

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) (CDN, 2003).

LOS DERECHOS DE LAS MUJERES

Habrá que reconocer también 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 hombres y mujeres, en el acceso a oportunidades de desarrollo económicas, sociales y culturales, así como al ejercicio pleno de los derechos de ellas.

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 de este grupo etario.

Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979), CEDAW por sus siglas en inglés, se ha convertido en uno de los principales referentes de obligación de los Estados signatarios.

La CEDAW establece las principales directrices para 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 (CEDAW, 1979).

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.

También el artículo 12 aporta elementos para que la presente Estrategia Especial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, justifique plenamente sus actividades en torno a la participación de la masculinidad 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 hombre y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia (CEDAW, 1979).

Nuestra carta magna, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo cuarto, deja sentadas 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 (LIMHECH, 2010) que obliga a nuestra entidad a gestionar políticas públicas que promuevan la igualdad y la erradicación de brechas de género.

DERECHO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES

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

Es el artículo 4º Constitucional quien establece los derechos reproductivos de todas las personas: “Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos” (Diputados, Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1917, pág. 10).

Estos derechos se definen como “aquellos derechos que 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 éstos y a disponer de la información y de 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 relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos” (Diputados, Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1917, pág. 10).

El derecho a la salud que los seres humanos tienen, impone a los Estados la obligación de garantizar el más alto estándar de servicios de salud disponibles. El

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha señalado que “La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente” (CESCR, 2000, pág. 1). También ha señalado que “los Estados Partes deben proporcionar a las y los adolescentes un entorno seguro y propicio que les permita participar 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.

El ejercicio del derecho a la salud de las y los adolescentes depende de una atención respetuosa de la salud de los jóvenes que tiene en cuenta la confidencialidad y la vida privada y prevé el establecimiento de servicios adecuados de salud sexual y reproductiva”.

Para poder acceder al ejercicio pleno de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR), es necesario poseer y acceder a información veraz y científica sobre sexualidad. Cuando México firma la Declaración Ministerial “Prevenir con Educación”, en el marco de la XVII Conferencia Internacional de Sida en 2008, se compromete a una serie de acciones con respecto a la salud y a los derechos humanos asociados a ella (Ministerial, 2008). La mayoría de estos derechos de salud y humanos se encuentran establecidos en tratados internacionales que tienen que ver con el acceso a la educación de calidad de toda la población de niñas, niños, adolescentes y jóvenes, en ambientes libres de violencia, estigma y discriminación. Los planteamientos tienen que ver con el respeto a los valores de una sociedad plural y democrática, donde las familias y las comunidades se desarrollen plenamente; también reafirman el derecho de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes a recibir información exacta que les haga posible tomar decisiones informadas respecto a su salud sexual y reproductiva (SSR).

La Declaración Ministerial de la Ciudad de México tiene sus fundamentos en lo establecido en los acuerdos internacionales que reconocen el derecho a la educación en sexualidad y a servicios de salud sexual y reproductiva (Ministerial, 2008). Estos acuerdos fueron:

Población y el Desarrollo, de 1994, especificó que la educación sobre la salud sexual y reproductiva, a fin de ser efectiva, debe iniciar en la escuela primaria y continuar a lo largo de todos los niveles de educación formal y no formal.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio, adoptados por 189 naciones durante la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas en septiembre de 2000, estableció en el Objetivo 6 la meta de haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/Sida para el año 2015.

La Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/Sida, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2001, definió metas y calendarios a fin de medir la rendición de cuentas por parte de los gobiernos, tales como desarrollar estrategias para fortalecer los sistemas de cuidados de salud y aplicar medidas encaminadas a eliminar la discriminación contra las personas con VIH y otros grupos vulnerables.

Aun cuando la firma de la declaración se dio en función de la Conferencia Internacional del Sida, se puede observar que sus planteamientos no se circunscriben a ello, sino que sienta las bases para el impulso de la Educación Sexual Integral (ESI) en la Educación Básica que ofrece el Estado Mexicano, así como el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva con énfasis en la característica de “amigables” dirigida hacia los y las adolescentes. La Declaración Ministerial de la Ciudad de México representa la asociación entre el ámbito de la administración pública que se dedica a la educación y aquél que trabaja la salud. A través de esta declaración se debían establecer mecanismos formales de planificación, ejecución, supervisión, evaluación y seguimiento de las acciones conjuntas. 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 lo establecido en la Declaración Ministerial de la Ciudad de México.

Por último, pero no menos importante para este apartado, el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (CEPAL, 2013), establecido en 2013. Este documento posee la caracterización más cercana a los planteamientos que la ENAPEA realiza. Es importante aclarar que la ENAPEA es definitivamente la guía que establece los principales principios orientadores de la Estrategia Especial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes en el Estado de Chihuahua. El Consenso de Montevideo establece 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, intergeneracional e intercultural, con la intencionalidad que garanticen 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 ellas y ellos 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".

DERECHO A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA

La existencia de múltiples instrumentos y acuerdos internacionales, nacionales y estatales sobre el derecho que tienen las niñas y adolescentes a vivir una vida libre de violencia fundamenta también la presente estrategia. Desde la convención de Belem do Pará (Belém-Do-Pará, 2007), hasta 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.

En el documento de la Convención Belem do Pará 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" (Belém-Do-Pará, 2007, pág. 1).

Se trae a colación esta temática, estas convenciones y leyes debido a 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, transmisión de 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 internacional en 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 (Belém-Do-Pará, 2007).

La Ley General de Víctimas (LGV) (Diputados, 2013) y la Norma Oficial Mexicana NOM 046-SSA2-2005 "Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención" 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 garantiza el derecho de las víctimas a la atención expedita a través de los servicios de salud (Secretaría-de-Salud, 2009).

En el caso del estado de Chihuahua el Artículo 219 del Código Civil establece cuatro casos en los que el aborto no es punible correspondiendo al segundo en caso de violación. Textualmente dice: "Cuando el embarazo sea el resultado de una violación, siempre que se practique dentro de los primeros noventa días de gestación". Sin embargo, es necesaria una armonización más profunda con la LGMAVLV y la LEDMVLVECH.

Otro aspecto que tiene incidencia directa en los embarazos de menores de 18 años es el matrimonio forzado.

Este hecho vulnera los derechos de niñas y adolescentes, las pone en situación de riesgo de sufrir violencia en general, violencia sexual y consecuentemente embarazos no deseados. En nuestro país existe una falta de homogeneidad entre los Códigos Civiles Federal y locales con respecto a la edad mínima para contraer matrimonio. Resulta necesario que se uniforme en toda la nación para que sea 18 años la edad mínima para establecer el contrato civil. Por ello es necesaria la revisión del marco jurídico que regula la edad mínima para contraer matrimonio en cada entidad federativa, de las cuales Chihuahua no es la excepción.

DERECHOS HUMANOS DE LAS Y LOS ADOLESCENTES

Partimos desde un concepto general de los Derechos Humanos[3]: son el conjunto de prerrogativas sustentadas en la dignidad humana, cuya realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral de la persona. Este conjunto de prerrogativas se encuentra establecido dentro del orden jurídico nacional, en nuestra Constitución Política, tratados internacionales y las leyes[4].

De acuerdo a nuestra Constitución Política en su artículo primero, el respeto hacia los derechos humanos de cada persona es un deber de todos y todas. Las

[3] Comisión Nacional de Derechos Humanos

autoridades en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los Derechos Humanos consignados en favor del individuo.

De igual manera, la aplicación de los derechos humanos a la que se encuentran obligadas todas las autoridades se rige por los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.

Principio de Universalidad, señala que los derechos humanos corresponden a todas las personas por igual.

Principio de Interdependencia: consiste en que cada uno de los derechos humanos se encuentran ligados unos a otros, de tal manera que el reconocimiento de uno de ellos, así como su ejercicio, implica necesariamente que se respeten y protejan múltiples derechos que se encuentran vinculados.

Principio de Indivisibilidad: Se habla de indivisibilidad de los derechos humanos en función a que poseen un carácter indivisible pues todos ellos son inherentes al ser humano y derivan de su dignidad.

Lo anterior quiere decir que disfrute de los derechos humanos sólo es posible en conjunto y no de manera aislada ya que todos se encuentran estrechamente unidos.

Principio de Progresividad: Constituye una obligación del Estado para asegurar el progreso en el desarrollo constructivo de los derechos humanos, al mismo tiempo, implica una prohibición para el Estado respecto a cualquier retroceso de los derechos.

El Estado debe proveer las condiciones más óptimas de disfrute de los derechos y no disminuir ese nivel logrado.

El Estado debe proveer las condiciones más óptimas de disfrute de los derechos y no disminuir ese nivel logrado.

El poder público debe hacer todo lo necesario para que sean superadas la desigualdad, la pobreza y la discriminación.

Los Derechos Humanos de niñas, niños y adolescentes

Están previstos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en los tratados internacionales y en las demás leyes aplicables, esencialmente en la Convención sobre los Derechos del Niño y en la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (publicada el 4 de diciembre de 2014), la cual reconoce a niñas, niños y adolescentes como titulares de derechos y, en su artículo 13, de manera enunciativa y no limitativa señala los siguientes:

Derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo

Derecho de prioridad

Derecho a la identidad

Derecho a vivir en familia

Derecho a la igualdad sustantiva

Derecho a no ser discriminado

Derecho a vivir en condiciones de bienestar y a un sano desarrollo integral

Derecho a una vida libre de violencia y a la integridad personal

Derecho a la protección de la salud y a la seguridad social

Derecho a la inclusión de niñas, niños y adolescentes con discapacidad

Derecho a la educación

Derecho al descanso y al esparcimiento

Derecho a la libertad de convicciones éticas, pensamiento, conciencia, religión y cultura

Derecho a la libertad de expresión y de acceso a la información

Derecho de participación

Derecho de asociación y reunión

Derecho a la intimidad

Derecho a la seguridad jurídica y al debido proceso

Derechos de niñas, niños y adolescentes migrantes

Derecho de acceso a las tecnologías de la información y comunicación, así como a los servicios de radiodifusión y telecomunicaciones, incluido el de banda ancha e Internet.

DERECHO A LA EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL

La Convención de los Derechos del Niño establece con claridad el derecho superior que tienen las niñas y los niños para recibir educación y la obligación de los Estados en ser garante de este derecho. Ratificado en el sistema legal americano a través del Pacto de San José de Costa Rica o Convención Americana sobre Derechos Humanos.

El Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo es el documento firmado por el Estado Mexicano donde más claramente se establece la necesidad y obligatoriedad de ser garante en la consecución del derecho que tienen las niñas, niños y adolescentes para recibir educación integral para la sexualidad. Textualmente lo establece:

“Asegurar la efectiva implementación de programas de educación integral para la sexualidad, reconociendo la afectividad, desde la primera infancia, respetando la autonomía progresiva del niño y de la niña y las decisiones informadas de

adolescentes y jóvenes sobre su sexualidad, con enfoque participativo, intercultural, de género y de derechos humanos" (CEPAL, 2013, pág. 16).

En nuestra carta magna, el artículo 3º recién reformado eleva a nivel constitucional la necesidad de brindar a la niñez y adolescencia mexicana educación sexual integral:

"Los planes y programas de estudio tendrán perspectiva de género y una orientación integral, por lo que se incluirá el conocimiento de las ciencias y humanidades: la enseñanza de las matemáticas, la lecto-escritura, la literacidad, la historia, la geografía, el civismo, la filosofía, la tecnología, la innovación, las lenguas indígenas de nuestro país, las lenguas extranjeras, la educación física, el deporte, las artes, en especial la música, la promoción de estilos de vida saludables, la educación sexual y reproductiva y el cuidado al medio ambiente, entre otras" (Diputados, 1917, pág. s/d).

De manera clara está incluida la educación sexual integral al currículo de la educación básica. Es importante rescatar también, que la perspectiva de género queda claramente establecida como un elemento ordenador de la organización curricular.

Por último la Ley General de Educación, mandata estos mismos aspectos en su artículo 8:

"El Estado está obligado a prestar servicios educativos con equidad y excelencia. Las medidas que adopte para tal efecto estarán dirigidas, de manera prioritaria, a quienes pertenezcan a grupos y regiones con mayor rezago educativo, dispersos o que enfrentan situaciones de vulnerabilidad por circunstancias específicas de carácter socioeconómico, físico, mental, de identidad cultural, origen étnico o nacional, situación migratoria o bien, relacionadas con aspectos de género, preferencia sexual o prácticas culturales" (DOF, 2019, pág. s/d).

De tal forma que la misma ley establece que los planes y programas de estudio "se refieran a aspectos culturales, artísticos y literarios o en materia de estilos de vida saludables y educación sexual integral y reproductiva la Secretaría de Cultura y la Secretaría de Salud, respectivamente, podrán hacer sugerencias sobre el contenido a la Secretaría a efecto de que ésta determine lo conducente" (DOF, 2019, pág. s/d). También que los contenidos de "educación sexual integral y reproductiva que implia el ejercicio responsable de la sexualidad, la planeación familiar, la maternidad y la paternidad responsable, la prevención de los embarazos adolesceentes y de las infecciones de transmisión sexual" deben estar presentes en los planes y programas de estudio.

Todo este entramado legal faculta y obliga al diseño y operatividad del Proyecto Interinstitucional para la prevención del embarazo en adolescentes alineado a la ENAPEA dependiente de la Secretaría de Educación.

DIAGNÓSTICO.

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 puede también tener repercusiones sociales y económicas negativas para las personas y sus comunidades. Hoy por hoy, la mejor manera de reducir efectivamente las tasas de embarazos adolescentes ha sido mediante la combinación de acciones interinstitucionales porque la problemática es compleja, multifactorial debe ser la solución.

El 23 de enero de 2015 se presentó por parte del Gobierno de la República, la Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA); la cual consiste en el trabajo interdisciplinario en el que participaron académicos, especialistas, autoridades y representantes de la sociedad civil, que incorpora experiencias internacionales y las mejores prácticas que se han implementado en nuestro país. La ENAPEA tiene como objetivos reducir en 50 por ciento la tasa de fecundidad de las adolescentes entre 15 a 19 años, para el año 2030 y erradicar embarazos en niñas de 14 años o menos (ENAPEA, 2015).

Más allá de una visión inmediatista y particular de las implicaciones que se generan cuando existe un embarazo a temprana edad, se originan una serie de condicionantes que limitan el desarrollo de una sociedad: las niñas 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 hijos El fenómeno ensancha las brechas sociales y de género en aspectos como: educación, proyecto de vida y salud, principalmente. Estas consideraciones toman mayor fuerza cuando la incidencia es tan alta como en nuestro país se presenta. Entonces, se torna con características de pandemia.

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, Los derechos de la infancia y la adolescencia en Chihuahua, 2015). Chihuahua, se ubica en el segundo lugar a nivel nacional en el 2015, sólo después de Coahuila (INEGI, 2016). Es necesario atender este indicador que evidencia la inequidad en aspectos estructurales, culturales, familiares e individuales que se traducen en embarazos de chicas menores de 18 años.

En el año 2017 se construyó de manera interinstitucional y participativa el Programa Especial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, instrumento de planeación pública que la solución al problema. Ese mismo año se conformó el Grupo Estatal para la Prevención del Embarazo equipo que ha venido impulsando acciones en cada una de las instituciones para paliar el problema.

POBLACIÓN DE 10 A 19 AÑOS Y SITUACIÓN DE LOS NACIMIENTOS EN EL ESTADO DE CHIHUAHUA

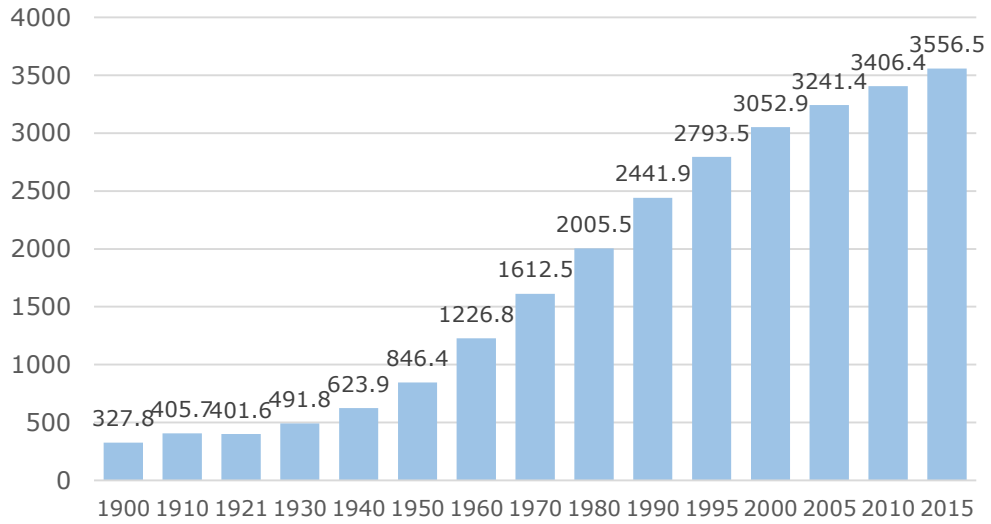
Como parte de los trabajos de implementación de la ENAPEA en el Estado de Chihuahua, el presente trabajo, busca aportar una mirada a la situación demográfica de la población joven y adolescente, así como al entorno de los nacimientos registrados por grupo de edad para tener una mejor comprensión de la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

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 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.

Estado de Chihuahua: Población total, 1900-2015

(Millones de habitantes)



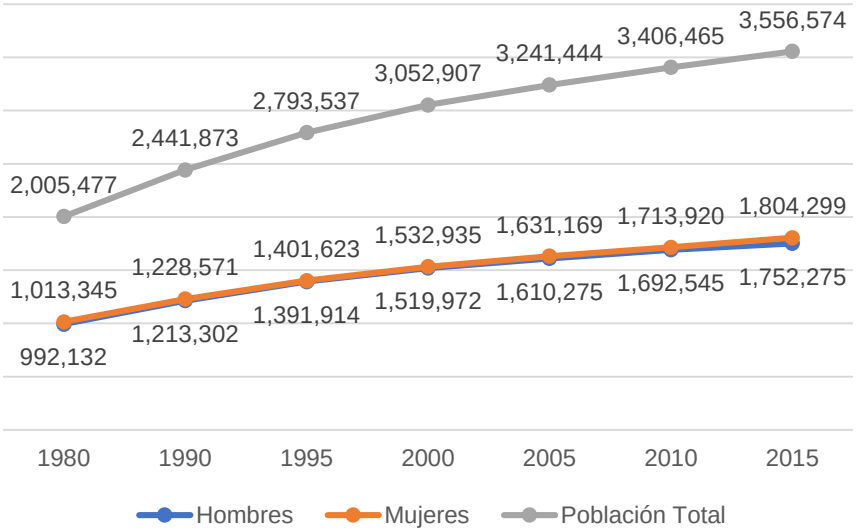
Fuente: INEGI. Censos y Conteos de Población de Población y Vivienda, Encuesta Intercensal 2015.

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, cabe anotar que se observa una clara tendencia a la reducción de su tasa de crecimiento, en niveles del 0.63 por ciento.

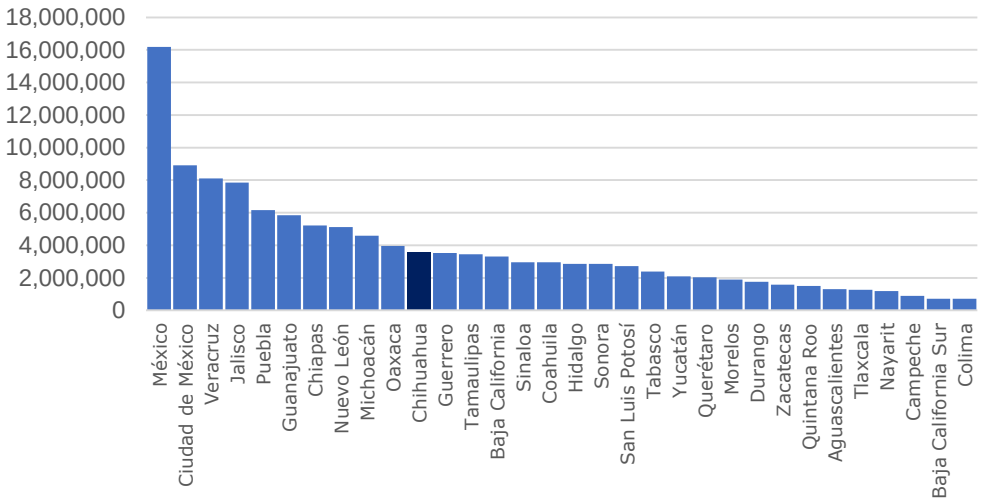
Estado de Chihuahua: Población total, hombres y mujeres, 1980-2015



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.

Población total según entidad federativa, 2015



Fuente: INEGI. Encuesta Intercensal 2015.

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.

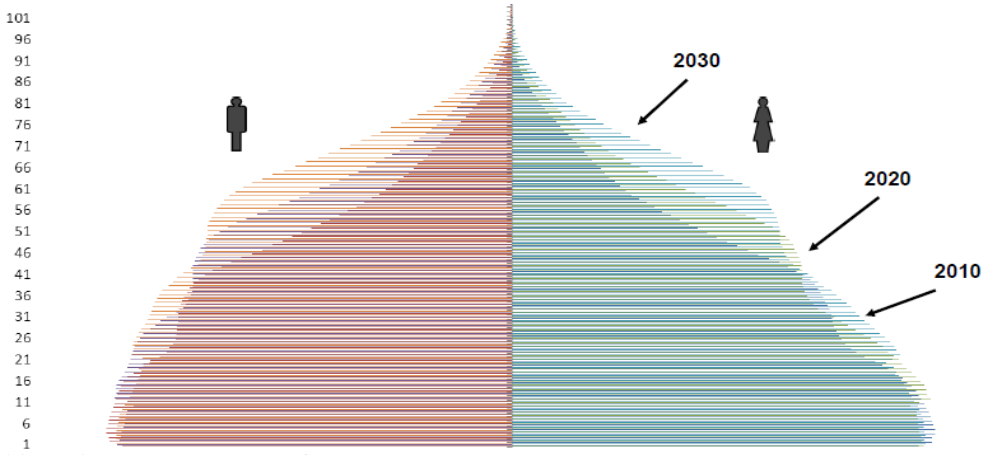
Para efectos de la ENAPEA, la población de 10 a 19 años representa uno de los principales grupos de atención, en virtud de que es en este conjunto etario, que se trabaja para incidir en la reducción del embarazo adolescente. La Encuesta Intercensal 2015 del INEGI, señala que 18.7% de la población estatal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

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.

Estado de Chihuahua: Pirámides de Población, 2010, 2020 y 2030



Fuente: CONAPO. Indicadores Demográficos 1990-2030.

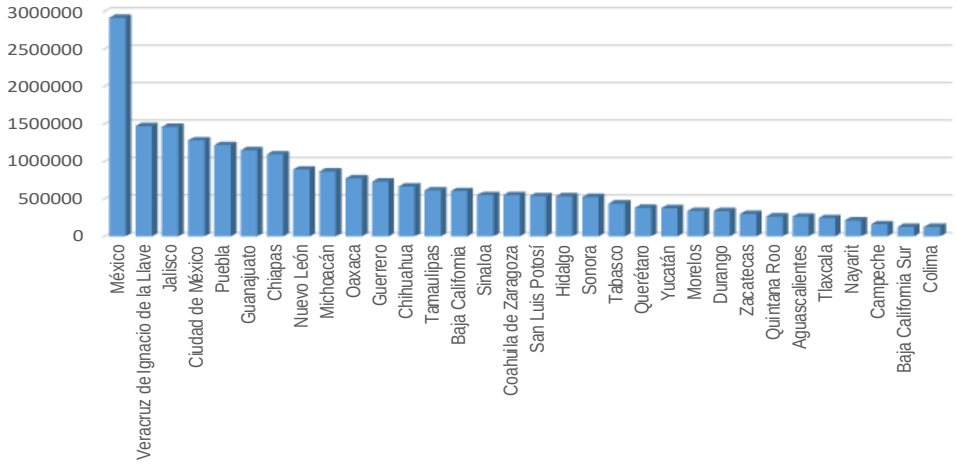
POBLACIÓN DE 10 A 19 AÑOS EN LAS ENTIDADES FEDERATIVAS

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%.

Población total de 10 a 19 años por entidad federativa, 2015



Fuente: INEGI. Encuesta Intercensal 2015.

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

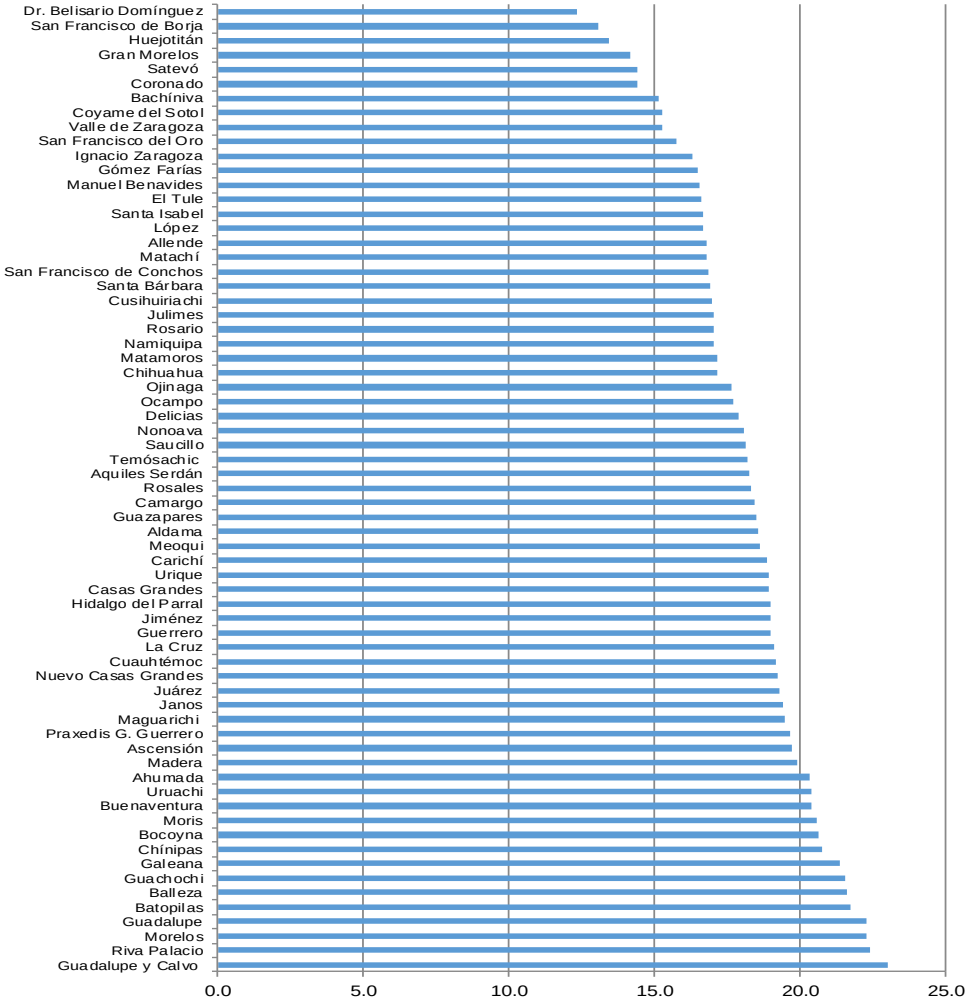
Fuente: INEGI. Encuesta Intercensal 2015.

POBLACIÓN DE 10 A 19 AÑOS EN EL ESTADO DE CHIHUAHUA Y SUS MUNICIPIOS

En el Estado de Chihuahua, 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%.

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



Fuente: INEGI. Encuesta Intercensal 2015.

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
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
Cusihuiriachi	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.

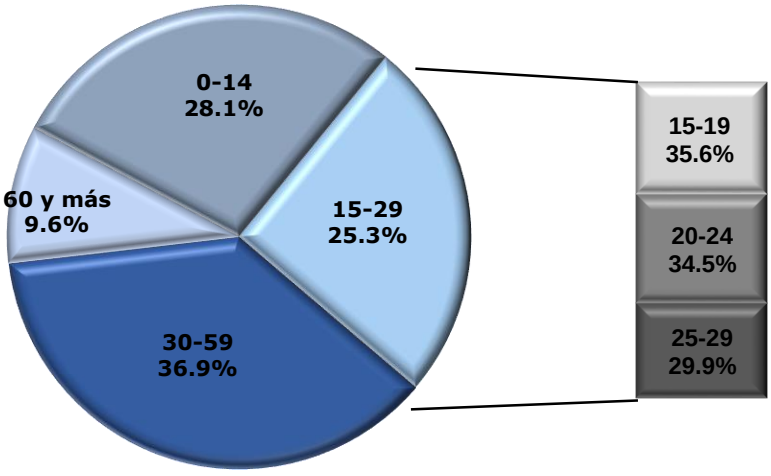
POBLACIÓN DE JÓVENES EN EL ESTADO DE CHIHUAHUA (15 A 29 AÑOS)

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 de edad. 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, Dr. Belisario Domínguez (15.0 por ciento) es el municipio 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.

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

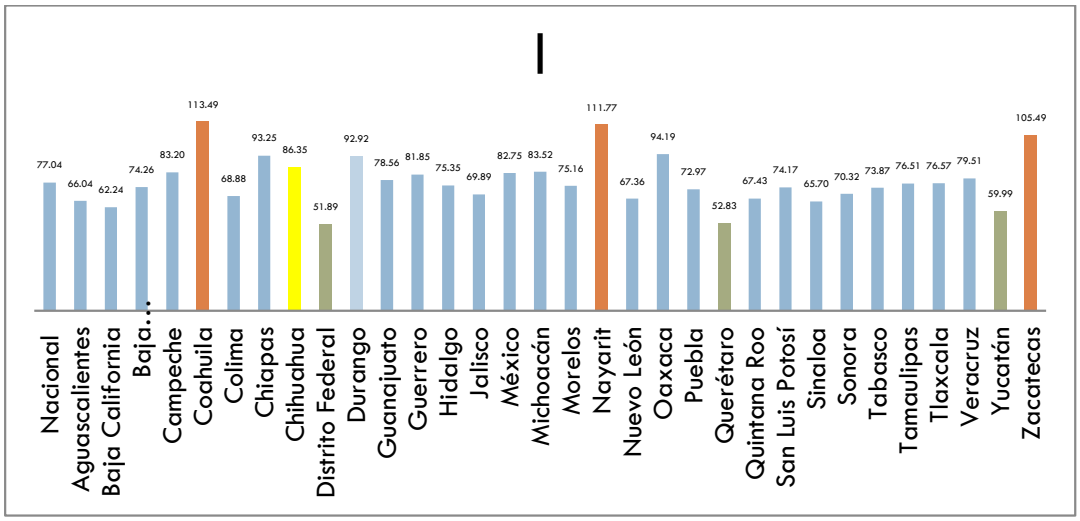


Nota: La suma no da 100% por los no especificados.
Fuente: INEGI. Encuesta Intercensal 2015.

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.

TEF (15-19) por Entidad Federativa



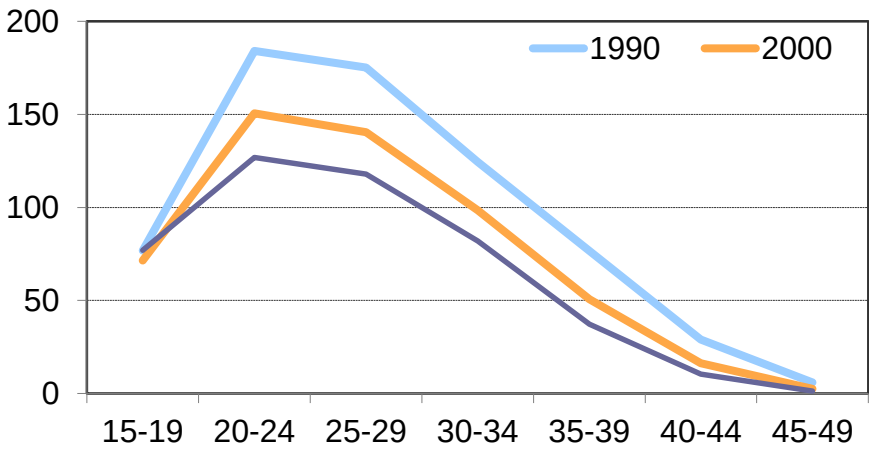
Fuente: ENADID 2014

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, pero 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.[5,6]

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

[6] Según las proyecciones del CONAPO 2010–2050 en 2013 la TEF(15–19) 66 nacimientos por cada 1,000

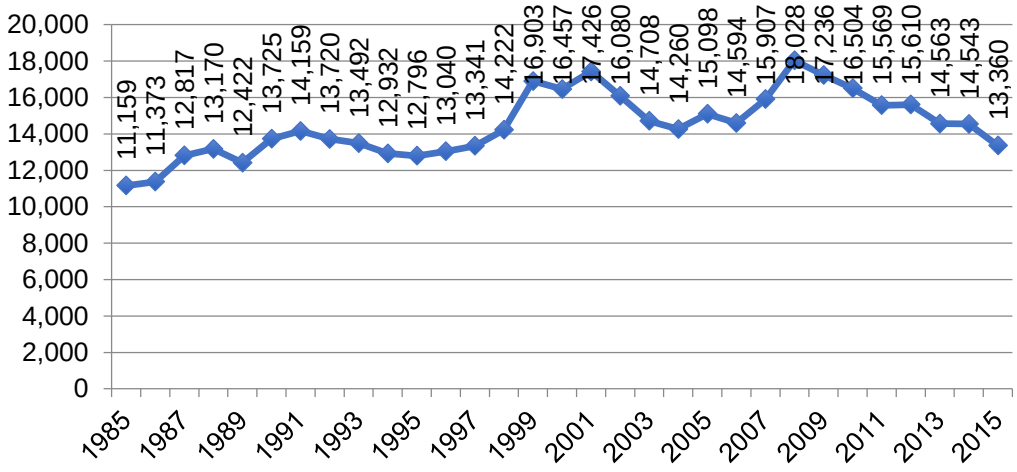
Tasa Específica de Fecundidad Adolescente, 1990-2014



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.

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



Fuente: INEGI. Registros Administrativos de Natalidad.

mujeres; La ENSANUT 2012 señala una TEF(12–19) 37 nacimientos por cada 1,000 mujeres.

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. Lo importante de la tabla que se muestra a continuación es que desagrega 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.

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

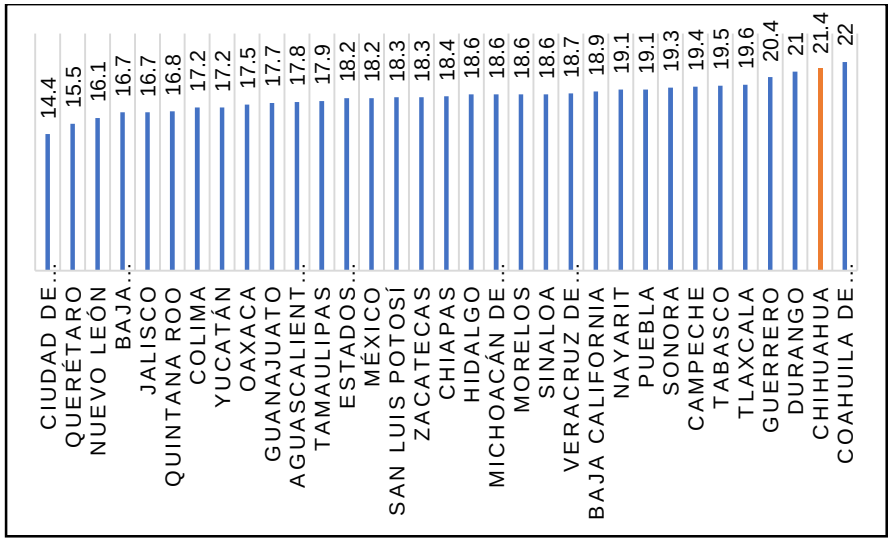
Año	Total	Menor de 15 años	De 15 a 19 años	De 20 a 24 años	De 25 a 29 años	De 30 a 34 años	De 35 a 39 años	De 40 a 44 años	De 45 a 49 años	De 50 y más años	No especificado
1985	69,668	178	10,981	23,083	17,357	9,246	4,578	1,581	324	19	2,321
1986	66,251	230	11,143	21,988	16,312	8,552	4,261	1,316	280	18	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[7].

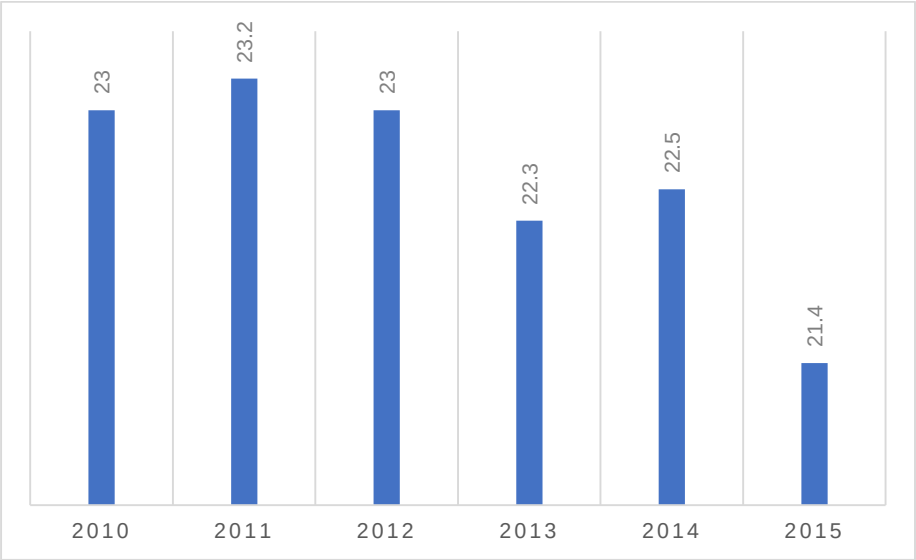
Número de Nacimientos registrados de Madres adolescentes por cada cien nacimientos 2015



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

[7] 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 İncluye 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.

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.

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
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
Cusihuiriachi	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.

Municipios prioritarios de Chihuahua establecidos por el PAESSRA 2017

Municipio	Ranking nacional	Nacimientos en números absolutos	Prioridad
Juárez	3°	5,302	MUY ALTA
Chihuahua	18°	2,444	MUY ALTA
Delicias	83°	726	MUY ALTA
Guachochi	96°	387	MUY ALTA
Bocoyna	128°	207	ALTA
Guadalupe y Calvo	130°	367	ALTA
Cuauhtémoc	144°	613	ALTA

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

Las proyecciones que se pueden hacer en 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.

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

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.

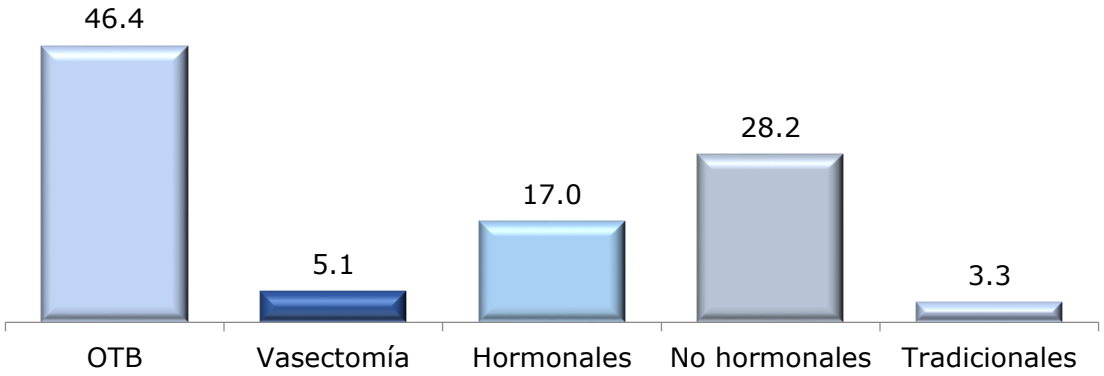
Al comparar los embarazos atendidos por primera vez, en el año 2016 en menores de 15 años (1,706), con los que a nueve meses de este año transcurrido (678) plantea un panorama alentador en este grupo etario. En el 2016 se embarazaba diariamente 4.67 niñas. Para los 273 días transcurridos del año 2017 el promedio diario es de 2.48 niñas. Se ha disminuido casi a la mitad, sin embargo, claramente es insuficiente cuando la meta es erradicación de este fenómeno. En el caso de las embarazadas entre 19 y 15 años, el panorama no es tan halagüeño, el promedio diario es de 18.43 en el año 2016 y en lo que va del año 2017 es de 24.64 chicas embarazadas diarias. Esta cifra es sumamente preocupante en el sentido del aumento, ya que la meta es disminuir a la mitad.

USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL (MEF)

En las últimas décadas, gran parte de la reducción de la fecundidad se debe al incremento en el uso y acceso a 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 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 sub-dérmicos, parches corporales, píldora de emergencia, dispositivo intrauterino con 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.

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.

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	Vasectomia	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.

La ENADID 2014 arroja la 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). Llama la atención esta 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.

Aunque no se posee el dato de la participación masculina en la prevalencia anticonceptiva específicamente de las MEFSA 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 que la cifra del país, pero lo que es de llamar la atención es la 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 llama la atención que la prevalencia anticonceptiva va a la baja y la enorme brecha de género del 59.1%. Este es un gran campo de oportunidades para la Estrategia 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 cuando se desglosa la insatisfacción de material anticonceptivos 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 habla de la poca accesibilidad que tienen las adolescentes a los métodos anticonceptivos y de la necesidad de brindar entrada a ellos, a los y las adolescentes desde una edad temprana.

INICIO 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 (2017) la edad mediana a la primera relación sexual de las mujeres se sintetiza en la tabla siguiente.

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

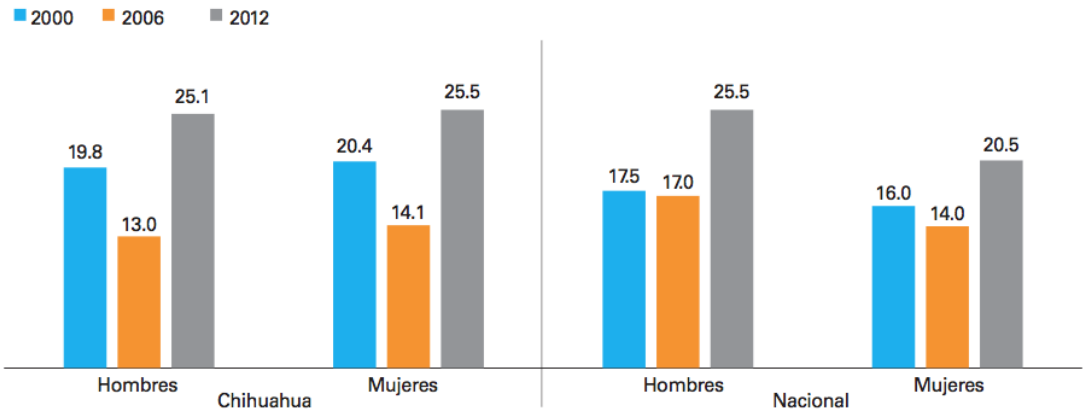
Construcción propia a través de la ENADID 2009 y ENADID 2014

La tabla muestra el descenso de la edad en la que las mujeres ingresan a la vida sexual activa. Al comparar con la edad en que se hace el primer uso de métodos anticonceptivos empezamos a encontrar la problemática, pues la ENADID 2014 informa que en Chihuahua la edad mediana es de 20.8 años y la República Mexicana es de 21.9. Un año más temprano las mujeres chihuahuenses, que el promedio nacional, entran 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, Los derechos de la infancia y la adolescencia en Chihuahua, 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, Los derechos de la infancia y la adolescencia en Chihuahua, 2015).

Si se considera un grupo etario más abultado, 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 de 25.5% los hombres y 20.5% mujeres (UNICEF, Los derechos de la infancia y la adolescencia en Chihuahua, 2015).

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.

Sin dejar de ser preocupante lo temprano del inicio de su vida sexual, lo crítico es que aproximadamente la mitad de las mujeres chihuahuenses tiene su primera relación sexual durante la adolescencia, mientras que el uso del primer método anticonceptivo se da hasta tres años después (CONAPO, 2017). Es decir, un alto porcentaje de mujeres no hacen uso de métodos anticonceptivos en su primera relación sexual. La gráfica siguiente 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, que en ambas encuestas estuvo por arriba de la media nacional. Sin embargo, esto no es suficiente porque todavía un 60% de las mujeres no usan anticonceptivos en su

primera experiencia sexual, lo que les acarrea a ellas y a la sociedad la problemática del embarazo en la adolescencia.

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 siguiente muestra también cómo se va avanzando 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 suficiente.

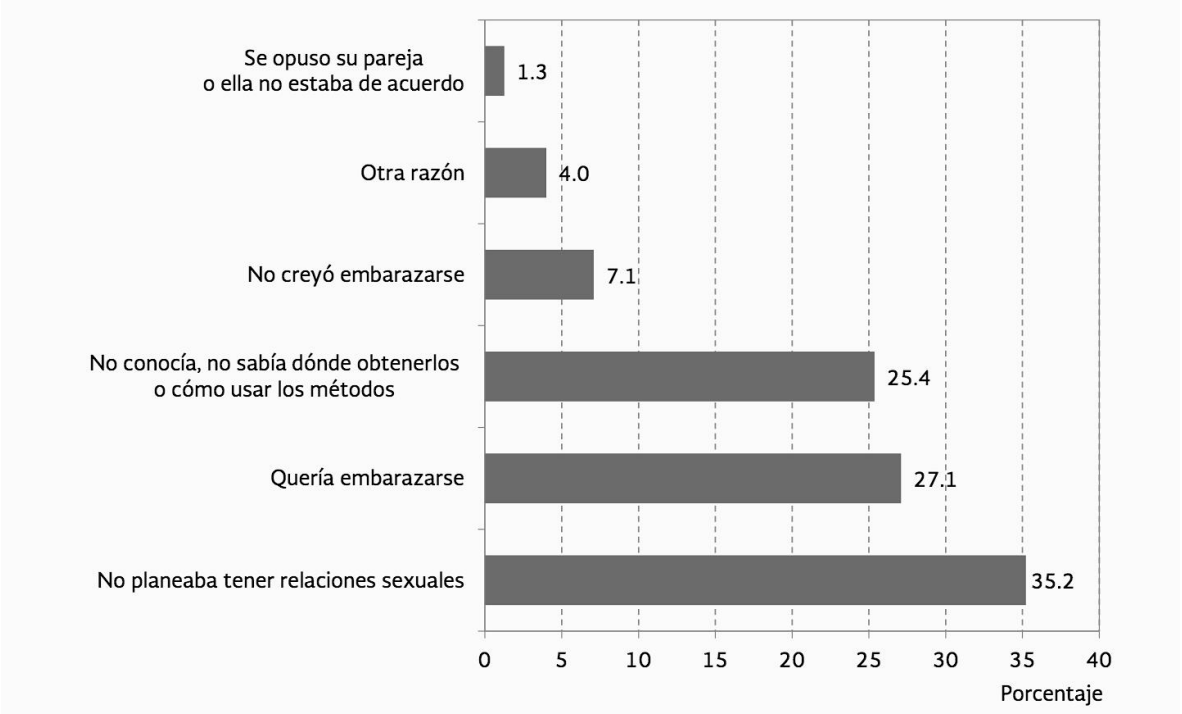
Chihuahua. Porcentaje de mujeres en edad fértil que usó métodos anticonceptivos en la primera relación sexual por características seleccionadas, 2009 y 2014.

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
Urbano	29.9	42.4

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

Una pregunta recurrente que las personas adultas se realizan implica las razones que exponen los y las adolescentes para no utilizar algún método anticonceptivo. La gráfica siguiente muestra las respuestas que se brindaron a través de la ENADID 2014, con respecto a este cuestionamiento.

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



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

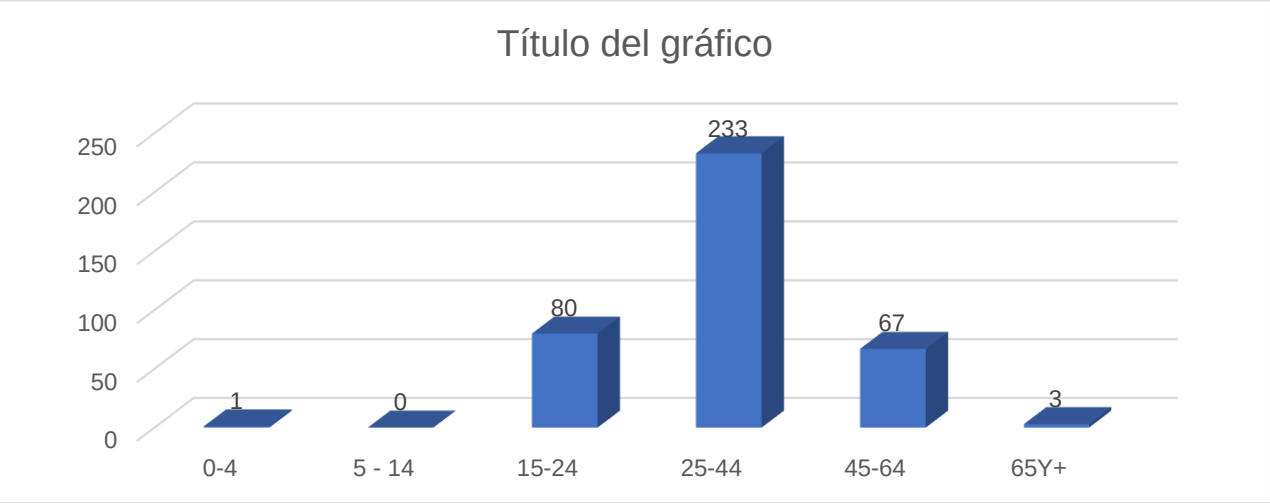
Las respuestas generalizadas muestran cuestiones importantes: más de la cuarta parte de las mujeres que inician su vida sexual desean embarazarse. Esto habla de que los proyectos de vida siguen atados a roles y estereotipos de género. Otra cuarta parte desconocía los métodos anticonceptivos, cómo usarlos o dónde obtenerlos; este hecho, aunque parezca lejano, habla de realidades extremas. No creer que se va a embarazar, argumenta el 7% de las mujeres, es una respuesta que también evidencia ignorancia sobre su cuerpo y su sexualidad. Por último, el 1.3% de mujeres que pidió el uso de anticonceptivos y le fue negado, se resume en violencia. Si ella misma, no quiso utilizarlos, habla nuevamente de ignorancia y desconocimiento de las posibilidades de algunos métodos y sus implicaciones.

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 poco sistemático 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, pág. 80).

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 los 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 presente poryecto.

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.

ATENCIÓN A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES A TRAVÉS DE SERVICIOS DE SALUD DE CHIHUAHUA

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 generen espacios y formas de atención diferencial capaces de dar respuesta a las necesidades de salud que afectan a la población entre 10 y 19 años.

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. 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 necesa riamente 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)

Los embarazos en menores entre 10 y 14 años han aumentado significativamente, por este motivo este grupo de edad denota especial interés, ya que es altamente probable que la mayoría de la concepción en adolescentes de este grupo etario esté vinculada con abuso o violencia sexual. Considerando lo anteriormente dicho, se han incorporado actividades para trabajar en la prevención de violencia sexual en adolescentes. Tales como la promoción y difusión de la cartilla de derechos sexuales de adolescentes y jóvenes, capacitación a personal de Servicios Amigables, los Centros para la Atención a la Violencia Familiar (CEPAVI) y personal de medicina y psicología del Centro de Justicia para las Mujeres Chihuahua, en la Norma oficial mexicana 047 para la atención de salud en el grupo etario de 10 a 19 años y en la Norma oficial mexicana 046 violencia familiar, sexual y contra las mujeres, criterios para la prevención y atención; y supervisando y promoviendo que se realice búsqueda intencionada de violencia sexual en usuarias en las unidades de salud.

Claramente se puede ver, por el comportamiento del problema, que las acciones han sido parciales y sin la efectividad deseable. “Este contexto, y dada la magnitud del problema de la violación, así como las diversas vulnerabilidades que enfrentan las mujeres, es importante reconocer que el apoyo del sector salud es a menudo deficiente debido a problemas de infraestructura básica, problemas relativos al resguardo de la privacidad y la confidencialidad así como debido a actitudes discriminatorias” (Bergallo & González, 2012, pág. 19).

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, etc. (http://beijing20.unwomen.org/es/infographic/education-and-training).

El uso de los anticonceptivos también se desarrolla a manera de que las mujeres transcurren por el sistema educativo. La tabla X 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 santo que se produjo en las mujeres chihuahuenses sin escolaridad entre 2009 y 2014 de casi 20 puntos porcentuales.

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 població 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 a región en la que existen menos grados 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[8] en Educación Media Superior. En la entidad 15 de cada 100 estudiantes que ingresan a estudiar la EMS la interrumpen. 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 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

[8] 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.

posibilidades de formación de recursos humanos de alto nivel" (SEYD, 2017, pág. 38).

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

El esfuerzo que realiza el Estado Mexicano en la atención del alumnado de Educación Básica y Media Superior, población objetivo de la presente estrategia, 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 este Programa se dirige a la Educación Sexual Integral que se paulatinamente desde 1972, con la inclusión de contenidos de la sexualidad humana, se ha venido implementando en los planes curriculares que la SEP construye.

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 a 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 (UIG/SEYD, 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 le 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, 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 fue realizado 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 trasmitidas 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, Análisis sobre educación sexual integral, conocimientos y actitudes en sexualidad en adolescentes escolarizados, 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 estudiantado 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/UIG, 2017).

Aún y 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 masivos de comunicación que invaden con mensajes sexistas y patriarcales el quehacer de la sexualidad de las juventudes, condiciones sociales de violencia hacia niños, niñas y adolescentes y un largo etcétera.

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 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.

VIOLENCIA SEXUAL

Uno de los flagelos que azotan al mundo actual es el abuso sexual infantil y adolescente. De acuerdo con 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 en consecuencia aún más catastrófica un embarazo producto

de la violación. El embarazo en adolescentes producto de una violación sexual, es una de las peores consecuencias una vez perpetrado el acto de la violencia ejercida sobre una persona menor de edad.

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).

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 autoadministrados 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 el año 2002 150 millones de niñas y 78 millones de niñas, 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 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 establece las siguientes cifras: diariamente se realizan 1640 denuncias de delitos de violencia sexual (GIRE, 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 estos, nueve de cada diez víctimas son mujeres; cuatro de cada diez de ellas 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 sistematizaron 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 niñas de 10 a 12 años el 6.2 por ciento han sido víctimas de algún abuso, así como 9 por ciento de los niños. 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 INE, 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 (INE, Instituto Nacional de Evaluación, 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 (INE, 2015).

Si bien la consulta es indicativa, muestra claramente la problemática que abate sobre la entidad.

Al contrastar los porcentajes nacionales e internacionales con fuentes oficiales en Chihuahua 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 queda descrito en la gráfica siguiente, en la población objetivo de la ENAPEA, El promedio diario de delitos sexuales es de 4.1. El total de delitos sexuales cometidos hacia este grupo etario fue de 1497 en el año 2016.

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

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

En el año 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 que 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 podría llegar el número en 2016 podría ser aproximado a 5,810 niñas, niños y adolescentes.

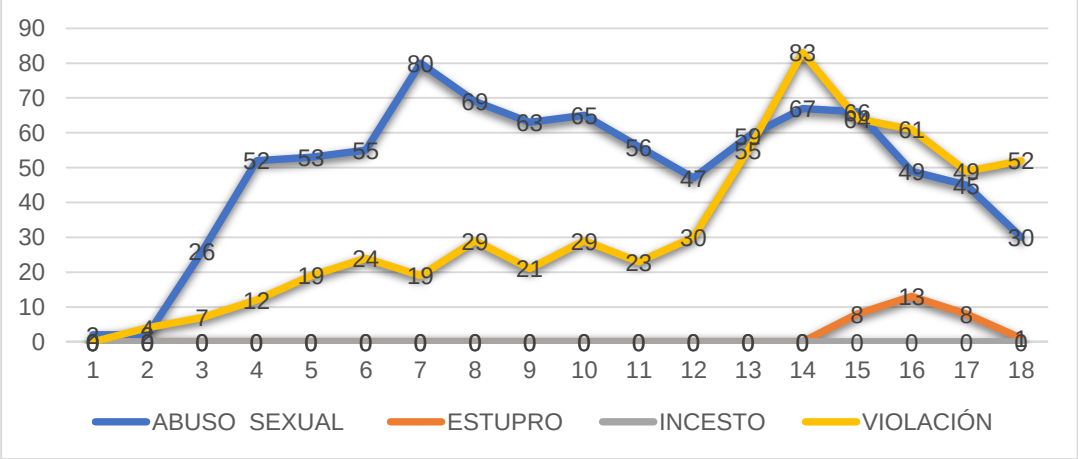
Con los datos que arrojó el sistema en el mes de septiembre, se puede ir generando un panorama del año 2017. El promedio diario de delitos sexuales denunciados se mantiene constante a lo registrado en el 2016: 4.1.

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.

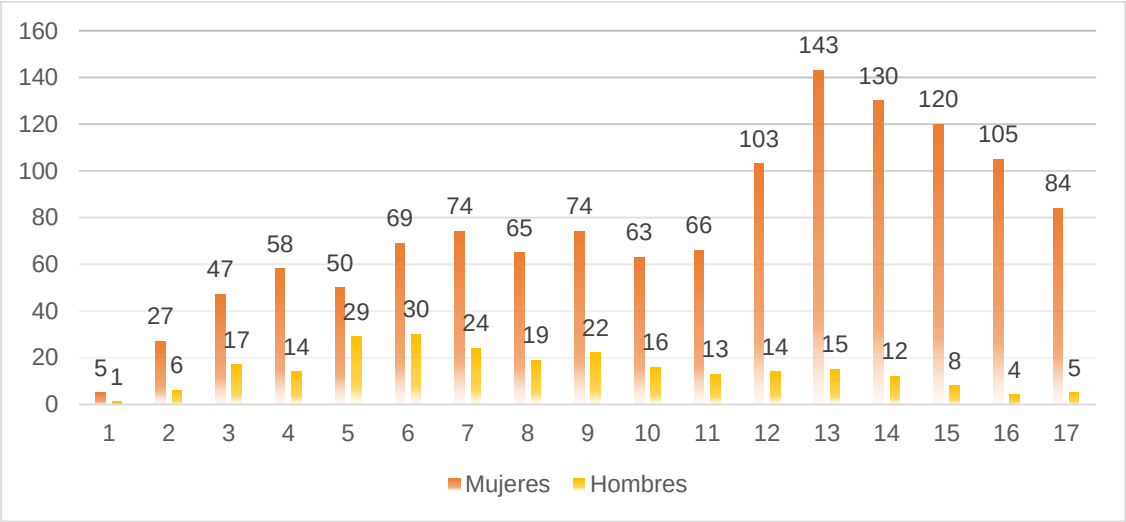
Incidencia de delitos sexuales (violación sexual, abuso sexual, estupro e incesto en menores de 19 años, 2017.



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.

Incidencia de todos los delitos sexuales por sexo (abuso sexual, violación, hostigamiento, incesto y estupro) entre menores de 18 años en 2016.



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 es quienes concentran el mayor número de delitos. En la tabla siguiente, se desglosa el comportamiento de los delitos en la geografía chihuahuense por tipo y por sexo.

Incidencia de delitos sexuales por municipio, tipo y sexo.

	ABUSOS SEXUALES		ESTUPRO		HOSTIGAMIENTO		INCESTO		VIOLACIÓN		
	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERS	HOMBRES	MUJERS	HOMBRES	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 SERDAN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ASCENSION	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
BUENAVENTURA	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
CHINIPAS	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
CUAUHTEMOC	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 DOMINGUEZ	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
GALEANA	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4
GOMEZ FARIAS	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
HUEJOTITAN	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
TEMÓSACHIC	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	1534

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 siguiente, 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 personas entre 10 y 19 años.

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
Cusihuiriachi	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
López Villa	669	0	0
Madera	5,826	5	0.085822176
Maguarichi	311	0	0
Manuel Benavides	232	0	0
Matachi	498	0	0
Matamoros	750	2	0.266666667
Meoqui	8,340	7	0.083932854
Morelos	1,738	5	0.287686997
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

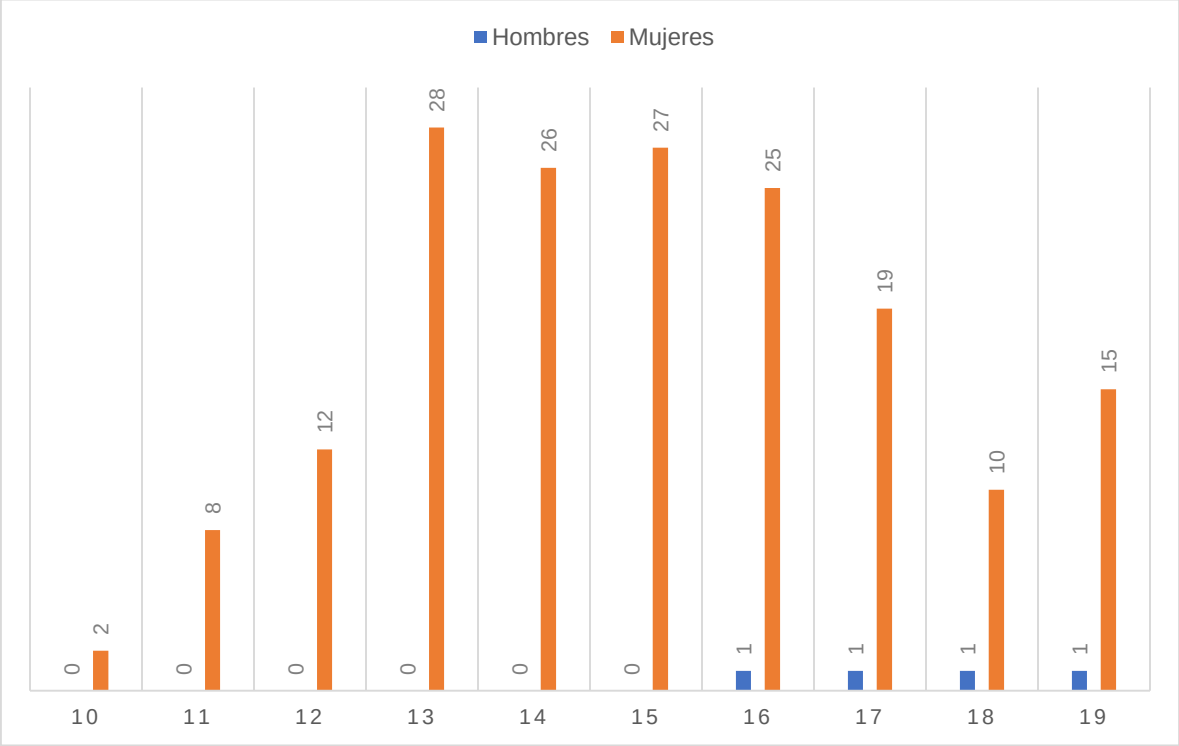
Santa Bárbara	1,813	1	0.055157198
Santa Isabel	684	0	0
Satevó	456	0	0
Saucillo	5,654	2	0.035373187
Temósachic	1,171	0	0
Urique	3,963	2	0.050466818
Uruachi	1,245	0	0
Valle de Zaragoza	794	1	0.125944584
TOTALES	**665,105**	**865**	**1**

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 siguiente. 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, también hay que clarificar que son los delitos denunciados, son aproximadamente 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.

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 siguiente se puede apreciar la incidencia de la violencia sexual desde tempranas edades de las personas.

En todos los casos se destaca la preminencia 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.

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

Rango de edad	Sexo	Casos de Violencia sexual
	Mujer	23
1 a 9 años	Hombre	3
10 a 19 años	Mujer	172
	Hombre	4
Total General		202

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

Detección de las acciones relevantes del gobierno para atender el problema del embarazo en la adolescencia

Desde el 2017, año en que se conformó el Grupo Estatal para la Prevención del Embarazo en Adolescentes en Chihuahua, se han venido realizado acciones de política pública para paliar la problemática. Como actividad central se concretó la construcción colectiva del Programa Especial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (PEPEACH) y el trabajo coordinado y colaborativo. Al respecto, se presenta a continuación las principales actividades y logros obtenidos de los esfuerzos del Grupo Estatal para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GEPEA), durante el 2018 y 2019.

I. Estado actual.

El citado programa se elaboró con base en la metodología del Cuadro de Mando Integral (Balanced Scorecard), la cual conjunta en un mapa estratégico el objetivo del programa, los objetivos estratégicos y las estrategias. De esta forma, se presenta también el monitoreo y seguimiento, con una semaforización: en color rojo se muestran las estrategias que requieren acciones, en color amarillo las que están en desarrollo y requieren mejorar, y en color verde las que se encuentran en cumplimiento eficaz.

Imagen 1. Monitoreo y seguimiento del PEPEACH a diciembre 2018.

II. Principales actividades por objetivo estratégico (a marzo 2019).

1.- Desarrollar las competencias del funcionariado público:

- Se capacitó a personal de salud en el tema de salud sexual integral.
- Se capacitó a facilitadores y facilitadoras de Cohesión social, de la Secretaría de Desarrollo Social, en Educación Integral en Sexualidad.
- Se capacitó a personal de primer nivel de atención de los Servicios Amigables de Parral, El Tule, Zaragoza, Jiménez, Villa López, Huejotitán y Matamoros, en educación integral en sexualidad, Norma Oficial Mexicana 047, y derechos sexuales de adolescente y jóvenes.
- Se impartió a funcionariado público de Ciudad Juárez y a enlaces municipales de las dependencias, la Conferencia: “perspectiva de juventudes y salud sexual y reproductiva”.
- Se capacitó a docentes de DGTI en “Educación integral en sexualidad”
- Se capacitó a personal de SEECH en prevención y atención del embarazo en adolescente, derechos humanos y violencia de género
- Se capacitó al grupo operativo GEPEA por parte de la Fiscalía General del Estado a través de la Fiscalía Especializada en Atención a Mujeres Víctimas del Delito por Razones de Género en el tema de violencia sexual, en los temas del número de emergencia 911, denuncia anónima 089 y en delitos sexuales con perspectiva de género.
- Se capacitó al grupo operativo por parte de la Comisión Estatal para los Pueblos Indígenas (COEPI) en el tema de pertinencia cultural en derechos de las mujeres de pueblos indígenas en la atención y prevención del embarazo en adolescentes.
- Se diseñó e implementó una metodología de capacitación en masculinidades para la incorporación de los hombres en la prevención del embarazo en adolescentes desde la perspectiva de género.

- Se capacitó a personal del GEPEA, de Chihuahua y Ciudad Juárez, en el tema de la incorporación de los hombres en la prevención del embarazo en adolescentes.
- Se llevó a cabo el Foro de Buenas Prácticas para la Prevención del Embarazo en Adolescentes.
- Se realizaron capacitaciones a funcionariado público municipal de Chihuahua, Cd. Juárez, Nuevo Casas Grandes, López, Guachochi, Hidalgo del Parral y Balleza.
- Se impartió el Foro de Salud Sexual y Reproductiva para funcionarias y funcionarios públicos de los tres ordenes de gobierno.

2.- Fortalecer la coordinación interinstitucional e implementar mecanismos institucionales.

- Se realizaron reuniones bimensuales del GEPEA.
- Se diseñó el Manual Operativo para el funcionamiento del GEPEA.
- Se integró el Subgrupo GEPEA Cd. Juárez, que ha sesionado en cuatro ocasiones.
- Se realizó una investigación entre padres y madres de familia, así como adolescentes para visibilizar la problemática relacionada con el respeto a los Derechos Sexuales de niñas, niños y adolescentes en Chihuahua, Juárez, Delicias, Cuauhtémoc, Parral, Nuevo Casas Grandes y Guachochi.
- Se implementó el Sistema Informático para el Monitoreo de las Acciones en Prevención del Embarazo en Adolescentes y del cual se elaborarán los informes semestrales del Programa Especial.
- Se diseñó, en conjunto con la Secretaría de Hacienda, una matriz concentradora para identificar los recursos invertidos en la prevención del embarazo en adolescentes, en el presupuesto de egresos.
- Se participó en dos Reuniones Nacionales de GEPEAS, convocadas por el Gobierno Federal.
- Se participó en la Convocatoria para la selección de un Grupo Estatal para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GEPEA) que fungirá como representante de los 32 GEPEA y formará parte del Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GIPEA). El GEPEA Chihuahua obtuvo esta representatividad.
- Se realizó una reunión con personal de UNICEF para participar en la iniciativa Spotlight y recabar recursos para la prevención del embarazo en adolescentes.
- Se participó en la convocatoria de PROEQUIDAD 2019, emitida por el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) a las Instancias de las Mujeres en las entidades Federativas (IMEF) para que realicen acciones con perspectiva de género, con el fin de contribuir a la erradicación del embarazo infantil y a la disminución del embarazo adolescente, mediante la cual nos asignarán $2,698,950.00, con los cuales se impartirán 59 talleres y un foro dirigido a niñas, niños y adolescentes; se creará un Sistema Informatico de Gestión para el GEPEA; y se realizarán acciones de difusión de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.

- Se instalaron los Grupos Municipales para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GMPEA) de Nuevo Casas Grandes, López, Balleza, Hidalgo del Parral y Guachochi. Cd. Juárez se encuentra en proceso de formalización. Jímenez y Cuauhtémoc están en formación.

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

- Se impartió el Foro de salud sexual y reproductiva, dirigido a jóvenes de población indígena y jóvenes con discapacidad.
- Se llevaron a cabo talleres de salud sexual y reproductiva", dirigido a adolescentes varones.
- Se realizó el Encuentro Estatal de Promotoras y Promotores de la Salud Sexual y Reproductiva.
- Se realizaron talleres de educación "Sexo-Afectivas y de Respeto", dirigido a jóvenes del CECIT #86.
- Se efectuó la campaña "Conoce, Decide y Vive tus Derechos Sexuales".
- Se impartió el Taller "Teatralízate".
- Se implementó una Campaña de prevención del embarazo en adolescentes, en medios de comunicación masiva digitales e impresos.
- Se realizó la Obra de teatro *Karaoke para el fin del mundo, dirigida a adolescentes.*
- Se impartieron talleres sobre "Amores Chidos".
- Se impartieron conferencias sobre "Derechos sexuales de adolescentes y jóvenes" dirigido a jóvenes de nivel superior.
- Se realizó el Segundo Encuentro de brigadistas raramuri.
- Se realizaron Encuentros de capacitación y actualización a promotores y promotoras adolescentes de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, en Chihuahua y Juárez.
- Se realizó la "Tercera Semana Nacional de la Salud Sexual y Reproductiva", dirigido a jóvenes de nivel medio superior.
- Se llevó a cabo un Taller sobre nuevas masculinidades y la salud sexual y reproductiva en varones de 15 a 19 años.

4.- Fortalecer la oferta y calidad de la información y los servicios de salud sexual y reproductiva.

- A través de los 50 servicios amigables que operan en el estado, se realizan de manera continua actividades de información, educación y promoción de la salud sexual y reproductiva.
- Se difundió por medios digitales e impresos la "Cartilla de Derechos Sexuales de Adolescentes y Jóvenes".

Retos:

Al practicar al GEPEA, con base en la “Estrategia de acompañamiento a los Grupos Estatales para la Prevención del Embarazo en Adolescentes” que impulsa el Subgrupo de Atención de GEPEAS, del GIPEA, en la cual quedó establecido que la Secretaría Ejecutiva del SIPINNA Nacional es la responsable de acompañar al GEPEA del Estado de Chihuahua, se llevó a cabo una reunión de retroalimentación, con personal de esta dependencia federal e integrantes de nuestro Grupo Estatal. Como resultado de este encuentro y de los informes periódicos que se envían al GIPEA, se han expresado las siguientes observaciones:

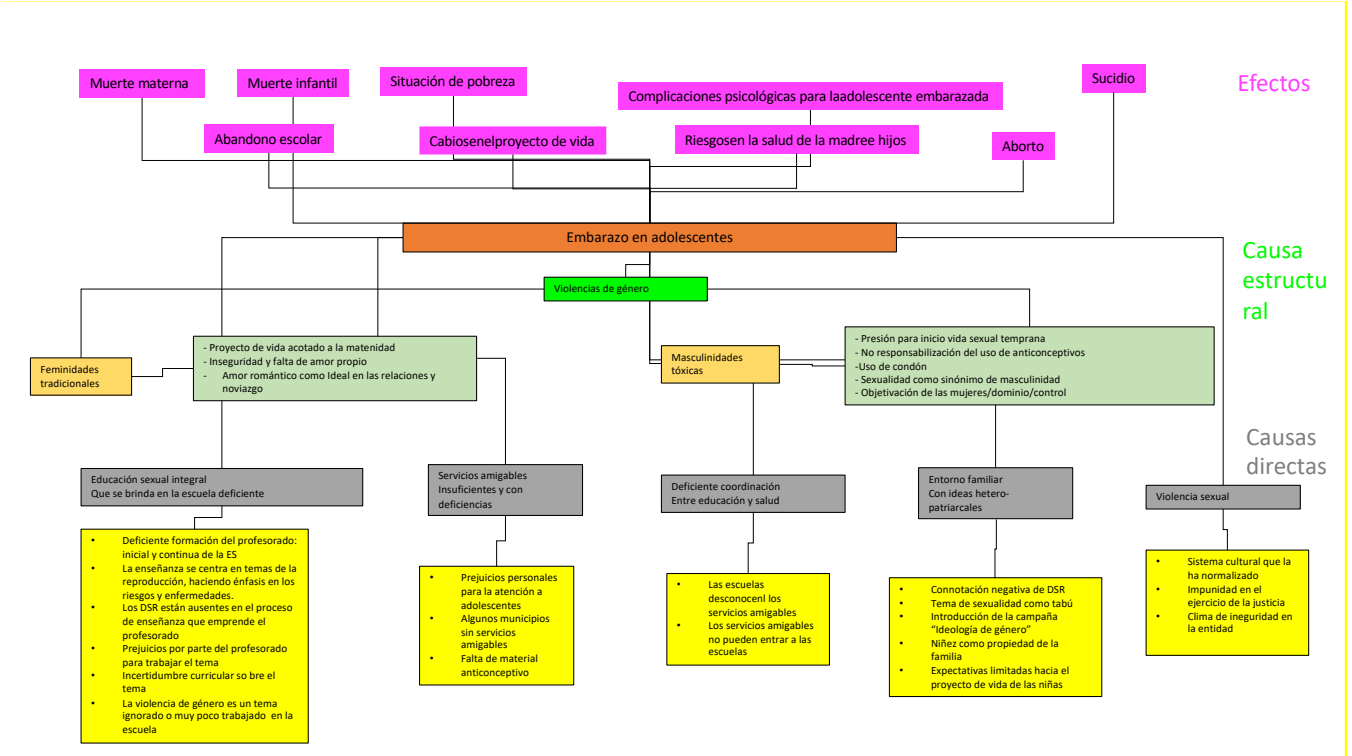
Observación	Comentarios
Falta de Coordinación entre las y los Titulares del Grupo.	Si bien, existe una coordinación entre el equipo operativo, no es así entre las personas titulares, donde varias personas han desatendido el tema. Se señaló que no se reporta la presencia del Gobernador en actos del GEPEA.
En el tema Educación inclusiva, integral y flexible, no se ha reportado nada. Se sugiere realizar acciones en este componente que permitan que niñas, niños y adolescentes (NNA) tengan oportunidades educativas en Chihuahua.	Aun y cuando se han llevado a cabo reuniones específicas con el personal de la Secretaría de Educación y con el propio Titular, no se ha logrado que esta dependencia se comprometa a cumplir lo establecido en el Programa Especial.
Personal en puestos de toma de decisiones que actuan conforme a su sistema de creencias y no al cumplimiento de la normatividad y los derechos humanos, principalmente a la educación sexual integral.	Se hace urgente fijar una postura al más alto nivel, puesto que trabajar un tema integral de manera parcial, resulta contraproducente, muchos de los esfuerzos seguirán siendo en vano.

Como se puede apreciar, después de este balance de acciones realizadas por las instancias que conforman el GEPEA estatal, el sector que más adolece de actividades intencionadas sobre la problemática del embarazo en adolescentes es la educación. Sector neurálgico que incide fuertemente en la prevención de embarazos a través de dos de los componentes específicos de la ENAPEA: Educación inclusiva, integral y flexible y Educación integral en sexualidad progresiva e inclusiva.

Por esta consideración es que la realización del presente proyecto es completamente pertinente y hasta urgente.

Organización causal

Al organizar la serie de datos expuestas en el diagnóstico y centradas al proyecto en educación básica y con énfasis en la característica intersectorial, se obtiene el siguiente árbol de problemas para el embarazo en adolescentes en el estado de Chihuahua.



Por la red de causas, problema y consecuencias descritas en la red categorial presentada durante el diagnóstico, se demanda la necesidad de elaborar un programa intersectorial de prevención del embarazo en educación básica alineada a la ENAPEA, como una respuesta a la problemática enunciada.

CONCLUSIONES DEL DIAGNÓSTICO

- El embarazo en adolescentes debe entenderse y abordarse como un problema central del desarrollo de las personas, las comunidades y los estados. Es complejo y multifactorial.

-El embarazo en adolescentes en Chihuahua se encuentra en una situación grave: de acuerdo con el comportamiento de las estadísticas, si la problemática no se atiende como urgente y prioritaria, para el cierre de 2018 se podría alcanzar una tasa especifica 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 los 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 y 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 modernos.

- 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.

- 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.

- Las violencias de género ha sido una causal poco atendida, entendida y dimensionada. Será necesario que se trabaje integralmente para su prevención, atención y sanción.

-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 influyen 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 pro- moverse 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. Es necesario fortalecer el trabajo global con la incorporación de proyectos específicos que reúnan dos o más sectores.

- La valoración de las acciones realizadas por todos los sectores, enfatizan la necesidad de implementar proyectos específicos en el ámbito educativo, debido a la falta de actividades intencionadas no limitadas a lo que tradicionalmente se ha venido realizado en el currículo escolar.

ALINEACIÓN A METAS

Los factores que desencadenan el embarazo adolescente se fincan en aspectos estructurales, sociales, económicos y culturales. Se requiere trabajo conjunto y organizado desde diferentes ámbitos y niveles. Por ello, es que el PEPEACH está alineado a los objetivos, componentes, subcomponentes y actividades de los

principales instrumentos de planeación federales y estatales que orientan la acción de las dependencias que participan en el Grupo Estatal para la Prevención del Embarazo en Adolescentes de Chihuahua. La alineación parte principalmente de la característica de que el PEPEACH se desprende por completo de la ENAPEA federal. Por consiguiente, este proyecto interinstitucional trabaja en torno a los mismos objetivos al estar cobijado y alineado a la ENAPEA.

Se presentan a continuación los objetivos internacionales, programas sectoriales, nacionales, especiales y de acción específicos que ataca el "Proyecto Interinstitucional de prevención del embarazo en adolescentes en educación básica alineada a la Estrategia Nacional para la Prevención de Embarazos en Adolescentes":

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. Los objetivos son 17 y en el siguiente pictograma se describen.

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 inter- culturalidad, desde un enfoque integral y de derechos humanos, con el fin de lograr una sociedad plural y democrática. Al realizar un análisis de los objetivos y comparándolos con lo que el proyecto ayudaría a lograr, se puede establecer la siguiente tabla:

Objetivos del milenio	**Proyecto Interinstitucional para la prevención del embarazo en educación básica alineada a la ENAPEA**
Fin de la pobreza	
Hambre cero	
Salud y bienestar	√
Educación de calidad	√
Igualdad de género	√
Agua limpia y saneamiento	
Energía asequible y autosustentable	
Trabajo decente y crecimiento económico	
Industria, innovación e infraestructura	
Reducción de desigualdades	√
Ciudades y comunidades sostenibles	
Producción y consumo responsables	
Acción por el clima	
Vida submarina	

Vida de ecosistemas terrestres	
Paz, justicia e instituciones sólidas	√
Alianzas para lograr los objetivos	√

Alineación del Proyecto Interinstitucional al Plan Nacional de Desarrollo.

El siguiente cuadro ayuda a organizar las metas, objetivos y estrategias de algunos documentos programáticos establecidos a nivel nacional y la alineación a la ENAPEA por consiguiente con el proyecto interinstitucional objeto de diseño de este documento meta. Es necesario aclarar que vivimos una coyuntura política por lo que muchos de los programas sectoriales todavía no están publicados. Se hizo este trabajo de alineación con los programas que se localizaron hasta este momento.

Cuadro: Metas objetivos y estrategias de los instrumentos nacionales de planeación con los que se alinea la ENAPEA	
Instrumento de planeación	Metas, objetivos y estrategias que se alinean al Proyecto Interinstitucional
Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 (PND)	El Plan Nacional de Desarrollo máximo órgano de programación en nuestro país tiene como ejes relacionados con la ENAPEA/PEPEACH y en este caso Proyecto Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes en educación básica los siguientes principios, objetivos, metas y estrategias: 1. **Garantizar el empleo, educación, salud y bienestar** mediante la creación de puestos de trabajo, el cumplimiento del derecho de todos los jóvenes del país a la educación superior, la inversión en infraestructura y servicios de salud y por medio de los programas regionales, sectoriales y coyunturales de desarrollo: Jóvenes Construyendo el Futuro, Instituto Nacional de Salud para el Bienestar, Universidades para el Bienestar, Pensión Universal para Personas Adultas Mayores, Becas "Benito Juárez", Crédito Ganadero a la Palabra, Producción para el Bienestar,

	Precios de Garantía a Productos Alimentarios Básicos, programas de Comunidades Sustentables "Sembrando Vida", de Infraestructura Carretera, Zona Libre de la Frontera Norte, Tren Maya, Corredor Multimodal Interoceánico y Aeropuerto "Felipe Ángeles" en Santa Lucía. 2. **Pleno respeto a los derechos humanos** que permee todas las acciones e instituciones de gobierno; se buscarán las reformas que permitan dotar de obligatoriedad legal, con sanción en caso de incumplimiento grave, a las resoluciones que emitan las comisiones nacionales y estatales de Derechos Humanos; el conocimiento y observancia de estos derechos será asignatura regular en la formación de los nuevos elementos policiales. Se excarcelará, en observancia de las disposiciones legales, a las personas que, sin haber cometido acciones violentas, se encuentren en prisión por motivos políticos y se buscarán las vías para dejar sin efecto los actos procesales de vinculación a proceso y los juicios penales originados por los acusados en actos de protesta legal y pacífica; se erradicará la represión y nadie será torturado, desaparecido o asesinado por un cuerpo de seguridad del Estado. El gobierno federal no tolerará los atropellos impunes desde el poder en contra de la ciudadanía. 3. **Emprender la construcción de la paz.** Como elementos consustanciales a la estrategia de seguridad se promoverá la adopción de modelos de justicia transicional, la cultura de paz y la recuperación de la confianza en la autoridad. Ante la imposibilidad de derrotar las diversas expresiones delictivas por medios exclusiva o preponderantemente policiales y militares y frente al absurdo de querer pacificar con métodos violentos, resulta imperativo considerar la adopción de modelos de justicia transicional que garanticen los derechos de las víctimas y que, al mismo tiempo, hagan posible el desarme y la entrega de los infractores, a quienes se les respetará sus derechos legales y se les propondrá un cambio de vida; se revisarán los expedientes de acusados y sentenciados a la luz de las lógicas de pacificación a fin de determinar

	si sus casos pueden ser objeto de amnistía o indulto, condicionados en todos los casos al cumplimiento de los cuatro ejes de la justicia transicional: verdad, justicia, reparación y garantía de no repetición. Se establecerá lo antes posible el Consejo para la Construcción de la Paz, que será una instancia de vinculación y articulación entre todas las instituciones y actores de México y del extranjero que trabajen por la paz. El gobierno federal invitará en todas estas acciones a representaciones de la CNDH y a observadores designados por la Organización de las Naciones Unidas. **A. Sobre el Derecho a la Educación** Durante el periodo neoliberal el sistema de educación pública fue devastado por los gobiernos oligárquicos; se pretendió acabar con la gratuidad de la educación superior, se sometió a las universidades públicas a un acoso presupuestal sin precedentes, los ciclos básico, medio y medio superior fueron vistos como oportunidades de negocio para venderle al gobierno insumos educativos inservibles y a precios inflados, se emprendió una ofensiva brutal en contra de las escuelas normales rurales y en el sexenio pasado se operó una mal llamada reforma educativa que era en realidad una contrarreforma laboral, contraria a los derechos laborales del magisterio y orientada a crear las condiciones para la privatización generalizada de la enseñanza. Esta estrategia perversa se tradujo en la degradación de la calidad de la enseñanza en los niveles básico, medio y medio superior y en la exclusión de cientos de miles de jóvenes de las universidades. En los hechos, el derecho constitucional a la educación resultó severamente mutilado y ello no sólo privó al país de un número incalculable de graduados, sino que agravó el auge de la delincuencia y las conductas antisociales. En el sexenio anterior la alteración del marco legal de la educación derivó en un enconado conflicto social y en acciones represivas injustificables. Ante esta circunstancia, el gobierno federal se comprometió desde un inicio a mejorar las condiciones materiales de las escuelas del país, a garantizar el acceso de todos los jóvenes

	a la educación y a revertir la mal llamada reforma educativa. La Secretaría de Educación Pública tiene la tarea de dignificar los centros escolares y el Ejecutivo federal, el Congreso de la Unión y el magisterio nacional se encuentran en un proceso de diálogo para construir un nuevo marco legal para la enseñanza. **B. Sobre salud para toda la población** La administración que inició el 1 de diciembre de 2018 encontró un sistema de salud pública insuficiente, ineficiente, depauperado y corroído por la corrupción. Millones de personas no tienen acceso a ninguna de las instituciones o modalidades de ese sistema o bien enfrentan padecimientos para los cuales no hay cobertura. Como en otros terrenos, el desastre del sistema de salud pública es resultado de los afanes privatizadores y de los lineamientos emitidos por organismos internacionales copados por la ideología neoliberal. El resultado: en un periodo en el que proliferaron los dispensarios, clínicas y hospitales privados de todas las categorías, incluso los de gran lujo, los establecimientos públicos han sido librados al saqueo de la corrupción, la indolencia burocrática y el estrechamiento presupuestal. Es casi normativo el que los pacientes de los hospitales del Estado tengan que llevar sus propios materiales de curación y que se vean obligados a esperar meses antes de ser sometidos a una intervención quirúrgica, tanto por la saturación de los quirófanos como por descomposturas o faltantes de equipo. Otros ni siquiera logran acceso a terapias y tratamientos porque no están afiliados a ninguna institución de seguridad social o bien porque la cobertura del Seguro Popular es insuficiente. En suma, el derecho a la salud le es denegado parcial o totalmente al sector más desprotegido de la población mexicana.
Fuente: Construcción propia a partir del Plan Nacional de Desarrollo (DOF, 2019)	

ALINEACIÓN AL 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 alcanzar las metas establecidas por la participación social. Es un documento elaborado de forma plural, que plantea el compromiso común por lograr un gobierno íntegro.

Este proyecto interinstitucional trabaja en torno a los ejes, objetivos, líneas de acción y estrategias del Plan Estatal de Desarrollo y de la ENAPEA enunciadas en el siguiente cuadro:

PLAN ESTATAL DE DESARROLLO				**ENAPEA**	
EJE	**OBJETIVO**	**LÍNEA DE ACCIÓN**	**ESTRATEGIA**	**COMPONENTE**	**SUBCOMPONENTE**
1.DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	OBJETIVO 1 Mejorar las condiciones inmediatas de vida de la población en situación de	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	4 Entorno habilitante	4.2 Estrategia de comunicación de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes diseñada e implementada para prevenir el embarazo adolescente en un marco de igualdad de género y con visión intercultural.

			de violencia de género.		
	OBJETIVO 3 Incrementar los programas de prevención de riesgos psicosociales y de salud en niñas, niños y adolescentes.	2.3 Ampliar las alternativas de cuidado y atención de menores de edad para garantizar su derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo.	Promover un entorno propicio para que las niñas, niños y adolescentes se desarrollen en un ambiente de educación e información sexual conveniente y pertinente.	2. Educación integral en sexualidad progresiva e inclusiva.	2.1 Capacidades de niñas, niños y adolescentes fortalecidas para asumir una vida plena, tal como lo recomienda el Comité de los Derechos del Niño, en lo que se refiere a la inclusión de contenidos de educación integral en sexualidad, de prevención de VIH/Sida y de salud reproductiva en los programas escolares.
	OBJETIVO 5 Incentivar la participación ciudadana, por medio de la capacidad de	5.1 Propiciar la consecución de los propósitos y la permanencia de las organizaciones de la sociedad	Establecer metas de descentralización del ejercicio presupuestario para ejercerse por la sociedad civil organizada.	4. Entorno habilitantes	4.3 Proyectos de investigación financiados para generar e videncia de modelos efectivos y novedosos para el cambio de normas sociales,

	articulación del sector social y privado, para el desarrollo social en el estado.	civil (OSC's).	Implementar programas y ejercicio de recursos por parte de la sociedad civil organizada, con presentación de resultados y rendición de cuentas.		actitudes y prácticas favorables para la generación de entornos habilitantes en materia de prevención del embarazo en niñas y adolescentes
	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.	6.5 Apoyar a las y los adolescentes en el desarrollo de competencias y habilidades para el autocuidado de la salud en igualdad de condiciones de fenotipo, género y condición social.	Realizar campañas de prevención de enfermedades de transmisión sexual para las y los adolescentes, principalmente de VIH/SIDA. Formar y acreditar a grupos de Adolescentes Promotores de Salud sobre el cuidado de la misma.	2. Educación integral en sexualidad progresiva e inclusiva	5.1Planes, programas y materiales educativos ajustados de acuerdo con currículo educativo actualizado y agentes educativos y sociales capacitados garantizando procesos de aprendizaje con enfoque en competencias y énfasis en habilidades para la 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.	8.5Propiciar 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.	Aplicar la Norma oficial mexicana de violencia familiar, sexual y contra las mujeres, NOM-046-SSA-2005.	6.Prevención y atención de la violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes	6.1. Acciones de identificación y atención oportuna de los casos de violencia sexual en niñas, niños y adolescentes fortalecidas, con especial atención en las zonas rurales, indígenas, urbanas marginadas, de contexto migrante y en municipios priorizados en los programas nacionales de prevención y atención de la violencia y el delito.
	OBJETIVO 12 Promover la inclusión y la igualdad del sistema educativo para contribuir a la conforma	12.3 Promover el ingreso, permanencia y egreso del sistema educativo de los grupos vulnerados en el estado.	Implementar programas que contribuyan al acceso y permanencia de las mujeres en todos los niveles educativos, con medidas especiales para	1.Educación inclusiva, integral y flexible	1.3 Apoyos otorgados para la inclusión, continuación y conclusión de los estudios para reducir las barreras que elevan los costos de asistir a la escuela

	ción de una sociedad más justa en favor de las personas vulneradas.		mujeres indígenas, con discapacidad, VIH/ SIDA, jóvenes embarazadas, madres adolescentes y adultas mayores.		
	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	17.2 Promover la cultura como un medio de inclusión social que fortalezca y apoye el desarrollo integral de la población infantil y juvenil.	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.	4. Entorno habilitante	4.1 Barreras legales, culturales e institucionales eliminadas para garantizar los Derechos Humanos que amparan la protección contra la violencia sexual y reproductiva, como la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva para niñas, niños y adolescentes.

Fuente: Elaboración propia con información de la ENAPEA y el PED 2017-2021

PROYECTO INTERINSTITUCIONAL DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EDUCACIÓN BÁSICA ALINEADA A LA ESTRATEGIA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN.

LÍNEAS DE ACCIÓN Y ESTRATEGIAS

La gran finalidad que alimenta el trabajo intersectorial de la ENAPEA es el de "Contribuir a la equidad social potenciando las capacidades de las personas entre 10 y 19 años para alcanzar el desarrollo humano y el acceso a una vida digna mediante la reducción de los embarazos en niñas y adolescentes" (ENAPEA, 2015).

El propósito u objetivo general es "se reducen los embarazos en niñas y adolescentes en México con absoluto respeto a los Derechos Humanos, particularmente los Derechos Sexuales y Reproductivos" (ENAPEA, 2015).

En el caso del componente "Educación integral en sexualidad progresiva e inclusiva" al que atiende preferentemente este proyecto, quedó enunciado de la siguiente forma: "Educación integral en sexualidad otorgada desde la infancia, que favorece la adquisición gradual, desarrollo y uso de información y conocimientos necesarios para el desarrollo de habilidades y actitudes apropiadas para vivir una vida plena y saludable, así como reducir riesgos en materia de salud sexual y reproductiva, con enfoque participativo, intercultural, de género y en Derechos Humanos, en todos los niveles educativos de gestión pública y privada" (INSP, 2015, pág. 36)

Para este proyecto interinstitucional de prevención del embarazo en adolescentes en educación básica alineada a la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazos en Adolescentes de la Secretaría de Educación.

OBJETIVO PARTICULAR DEL PROYECTO

Educación integral en sexualidad otorgada en la educación secundaria, que favorece la posibilidad de adquirir habilidades y actitudes apropiadas para una vida plena y saludable, así como para reducir riesgos en materia de salud sexual y reproductiva, con enfoque participativo, intercultural, de género y de Derechos Humanos, en la educación pública.

ESTRATEGIA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES			Proyecto interinstitucional de prevención del embarazo en adolescentes en educación básica alineada a la ENAPEA de la Secretaría de Educación	
Componente	**Subcomponente**	**Actividades identificadas como necesarias**	**Otras actividades identificadas como necesarias**	**instituciones involucradas**
Educación inclusiva, integral y flexible	1. Planes, programas y materiales educativos ajustados de acuerdo con currículo educativo actualizado y agentes educativos y sociales capacitados garantizando procesos de aprendizaje con enfoque en competencias y énfasis en habilidades para la vida	1.1. Actualización de materiales existentes con enfoque en formación de habilidades para la vida y participación social		SEP
		1.2. Evaluación de contenidos e impacto del último proceso de actualización curricular llevado a cabo para identificar y realizar ajustes pertinentes		SEP
		1.4. Promoción al interior del sistema educativo de los materiales analizados y validados		SEP
	1. Capacidades de niñas, niños y adolescentes fortalecidas para asumir una vida plena, tal como lo recomienda el Comité de los Derechos	1.1. Alineación de la normatividad institucional relativa a la prestación de educación integral en sexualidad con base en el marco normativo nacional e internacional	1.7 Elaboración de un programa que incluya acciones específicas en el currículo de educación secundaria para trabajar el proyecto de vida de los y las alumnas, sin prejuicios de género.	SEP

Educación integral en sexualidad progresiva e inclusiva	del Niño en lo que se refiere a la inclusión de contenidos de educación integral en sexualidad, de prevención de VIH/Sida y de salud reproductiva en los programas escolares	1.2. Difusión de 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.	1.8. Establecimiento de espacios formativos para el alumnado de educación secundaria en el currículo estatal: transversales, en materias optativas u obligatorias para reforzar la EIS, los DSR, perspectiva infanto-juvenil, Derechos Humanos y PEG. El trabajo en esos espacios debe alejarse metodológicamente del taller conferencia ocasional y del enfoque biologicista y preventivo. También deberá de tener un enfoque diferencial e inclusivo.	SED/SEECH
		1.3. Instalación de un grupo de trabajo institucional con investigadoras/es especializadas/os en sexualidad humana, cambio conductual y teoría pedagógica para elaborar, revisar y proponer contenidos curriculares de Educación Integral en Sexualidad en todos los niveles y modalidades del sistema educativo, así como para el fortalecimiento de la formación docente.	1.9. Elaboración de materiales educativos que promuevan el ejercicio de los DSR en el alumnado de educación secundaria, la PEG y las violencias de género.	UACH/UACJ/SED/ SEECH/ICHMUJERES
		1.4. Aseguramiento de la impartición del contenido de los libros de texto gratuitos sobre la Educación Integral en Sexualidad, como lo establece en los lineamientos oficiales	1.10. Seguimiento y apoyo a las prácticas docentes y educativas que se viven al interior de las escuelas para promover y soportar el trabajo con DSR, ESI, PEG, DDHH y violencias de género.	SED/SEECH/CONAFE/

		1.5. Diseños y aplicación de estrategias para 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 niños, niñas y adolescentes, con enfoque de género e interculturalidad.	1.11 Utilización de la investigación educativa para ayudar a la construcción del currículo, el seguimiento, apoyo y soporte a las prácticas educativas, así como para el diseño de materiales educativos.	UACH/UACJ/UPNECH/CCHEP/CID/IBYCENECH/ Normal Superior/Normal Saucillo/Normal Parral
		1.6. Establecimiento de mecanismos para mejorar los conocimientos, aptitudes y actitudes de los niños, niñas y adolescentes sobre el tema de la prevención de abuso 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.		SED/SEECH/CONAFE/
	2. Procesos permanente de capacitación y formación garantizados al personal docente en la enseñanza de contenidos de Educación Integral en Sexualidad	2.1. Sensibilización y capacitación docente sobre la importancia de promover y respetarlos Derechos Sexuales y Reproductivos de adolescentes, incluyendo la participación de la sociedad civil y los colectivos formados y/o en los que participan jóvenes.	2.4. Generación de espacios curriculares sobre Educación Integral de la Sexualidad, Derechos Humanos, PEG, perspectiva infanto-juvenil y DSR en los procesos de la formación inicial del profesorado.	SED/SEECH/UPNECH/IBYCENECH/ Normal Superior/Normal Saucillo/Normal Parral/SS
		2.2. Establecimiento de mecanismos para incentivar la participación del personal docente en la capacitación sobre Educación Integral en Sexualidad que ya ofrece la SEP.	2.5. Generación de acciones específicas para coordinar los procesos de capacitación entre los Consejos Técnicos Escolares y los Comités de Convivencia Escolar, para promover acciones de capacitación, reflexión y actualización de la práctica docente en temas de género, sexualidad y conflicto escolar.	SED/SEECH

		2.3. Evaluación de la forma en que el personal docente transmite en el aula los temas de Educación Integral en Sexualidad y búsqueda de mecanismos para retroalimentar sus técnicas de enseñanza, eliminando los prejuicios y las omisiones al abordar estos temas.	2.6. Generación en la entidad de espacios de capacitación del personal docente sobre EIS, PEG, Derechos Humanos, perspectiva infanto-juvenil y DSR.	SED/SEECH/UPN ECH/IBYCENECH/ Normal Superior/Normal Saucillo/Normal Parral/SS
	3. Escuelas vinculadas con el entorno comunitario y familiar en la promoción de la Educación Integral en Sexualidad y el fomento del liderazgo y la ciudadanía adolescente y juvenil, considerando las intervenciones basadas en evidencia.	3.1. Capacitación de docentes 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, anticoncepciones y prevención de infecciones de transmisión sexual.	3.9. Construcción de un currículo especializado para padres y madres con la finalidad de que comprendan los alcances de la ciudadanía sexual.	SED/SEECH/UPN ECH/IBYCENECH/ Normal Superior/Normal Saucillo/Normal Parral/SS
		3.2. Fortalecimiento en el espacio escolar de la comunicación intergeneracional sobre sexualidad involucrando de forma sistemática a madres padres, niñas, niños y adolescentes en la educación sexual a partir del preescolar y en estancias infantiles.	3.10 Promover actividades de vinculación y compartición de saberes, experiencias y coordinación de acciones de información y ejercicio de los DSR del alumnado entre el personal de los servicios amigables y de las escuelas secundarias.	SED/SEECH/SS
		3.4. Implementación de metodologías dirigidas a la participación activa de los hombres en la ENAPEA.		ICHMUJERES/SS

		3.6. Difusión, entre la población adolescente, de su derecho a recibir en todas las unidades de salud, servicios de consejería, orientación y acceso a métodos anticonceptivos, incluyendo la anticoncepción de emergencia, de manera gratuita aún sin la presencia de una persona adulta.		SS/SED
		3.7. Creación de un modelo de referencia y contrarreferencia de las instituciones educativas a los servicios de atención en materia de derechos y salud sexual y reproductiva.		SS/SED
		3.8. Promoción y referencia desde las escuelas a los servicios de promoción y atención a la salud sexual y reproductiva y a servicios en materia de protección de derechos de niñas, niños y adolescentes.		SED/SS

	4. Innovación al tratamiento organizativo de la temática de la violencia de género en el corazón de la escuela		4.1 Generación de los Comités de Convivencia Escolar que tienen como tarea el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la problemática sobre violencias de género. Éstos son los encargados de generar estrategias para evitar el abuso escolar, la conducta suicida y velar por la promoción y ejercicio de los DHSR.	SED/SEECH
			4.2. Elaboración de un sistema de información que ofrezca información permanente y continua de la incidencia y tratamiento de las violencias de género que imperan en las escuelas secundarias en nuestra entidad, como herramienta de trabajo de los Comités de Convivencia Escolar.	SED/SEECH
			4.3. Detección, atención y referenciación a otras instancias correspondientes (FGE, Salud, DIF) de las violencias de género presentes en el alumnado por parte de los Comités de Convivencia Escolar.	SED/SEECH
			4.4. Actualización y adecuación de los reglamentos escolares o manuales de convivencia.	SED/SEECH

			4.5. Establecimiento de las rutas y protocolos de atención a la violencia sexual, abuso sexual, maternidad-paternidad temprana e interrupción legal del embarazo con las causales permitidas.	SED/SEECH
Servicios de salud amigables, resolutivos, inclusivos y versátiles	1. Condiciones institucionales y entorno habilitante asegurados para la provisión de toda la gama de métodos anticonceptivos a NNA, incluyendo los ARAP, con especial énfasis en el marco normativo y regulatorio, y la capacitación y sensibilización de los prestadores de servicios de salud	1.6. Implementación de talleres de sensibilización y capacitación continua y/o cursos en línea por parte de las instituciones del SNS para vencer barreras culturales sobre el uso de los ARAP, con énfasis en el beneficio del uso continuo, la doble protección y de la efectividad de los mismos, propiciando un (entorno habilitante), además de garantizar la competencia técnica en la provisión métodos anticonceptivos reversibles e inserción de ARAP.		SS/IMSS/ISSSTE/ PENSIONES CIVILES DEL ESTADO
	3. Servicios amigables para adolescentes mejorados, ampliados y adecuados, asegurando una atención igualitaria, aceptable, accesible y	3.1 Ampliación de la cobertura de los servicios amigables de salud sexual y reproductiva para las y los adolescentes progresivamente al 2018, asegurando un servicio por municipio de todas las instituciones de salud. Los servicios amigables deben cumplir con los criterios establecidos.		SS

	efectiva para NNA según los criterios de la OMS y la normatividad nacional.	3.4. Establecimiento de 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.	1.7. Generación de espacios de capacitación coordinados: servicios amigables/escuelas.	SS/SED
Prevención y atención de la violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes	1. Acciones de identificación y atención oportuna de los casos de violencia sexual en NNA fortalecidas, con especial atención en las zonas rurales, indígenas, urbanas marginadas, de contexto migrante y en municipios priorizados en los programas nacionales de prevención y atención de la violencia y el delito	1.1. Diseño y promoción de la ampliación de 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		SED/SEECH/FISCALÍA/DIF/
		1.2. Organización de capacitaciones dirigidas a padres, madres y personas responsables del cuidado de NNA, 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 en el hogar.		SED/DIF/FISCALÍA/SS/SIPINNA/SED ESOE
		1.3. Realización de tamizajes anuales en las escuelas para identificar casos de violencia NNA y canalizarlos/as a instancias de apoyo.		SED/SS/FISCALÍA
		1.6. Mejora de los sistemas de registro y seguimiento de casos de violencia sexual y/o abuso sexual en NNA.		FISCALÍA

INDICADORES Y METAS

INDICADORES DE DESEMPEÑO

Otro de los aspectos nodales para la ENAPEA y del PEPEACH consiste en el seguimiento y en la medición de impacto. Para ello, se demanda que se realicen ejercicios de investigación evaluativa que no solamente contemplen productos de proceso, sino verificables que atiendan al impacto final de las estrategias.

El objetivo general de la ENAPEA es reducir el número de embarazos en adolescentes en México con absoluto respeto a los derechos humanos, particularmente los derechos sexuales y reproductivos. Sus dos grandes metas son: a) Reducir el embarazo en adolescentes es una de las principales metas de la ENAPEA. Para ello, se plantea disminuir a cero los nacimientos en niñas de 10 a 14 años y reducir en un 50% la tasa especifica de fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años (TEF15-19) para el año 2030.

De manera específica la ENAPEA contempla otra serie de metas cuantificables y medibles, que son monitoreadas por el CONAPO (2017):

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.

En el caso del Proyecto Interinstitucional los indicadores que de manera específica monitorearán el avance o incidencia de las actividades integrantes de los mismos, estos son los que identificados con los numerales 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25 y 26.

En este caso, de manera particular se deberá tener una línea base a partir de la cual se inician los proyectos. Deberá ser por escuela y municipio.

1. Número de incidencias de violencia de género, detectado como línea base, en las escuelas secundarias que trabajan el Proyecto Interinstitucional.

METAS

Las metas permiten establecer límites o niveles máximos de logro, comunica el nivel de desempeño esperado, y permite enfocar la implementación de estrategias y líneas de acción hacia la mejora continua.

En cuanto a las metas esperadas para el proyecto son:

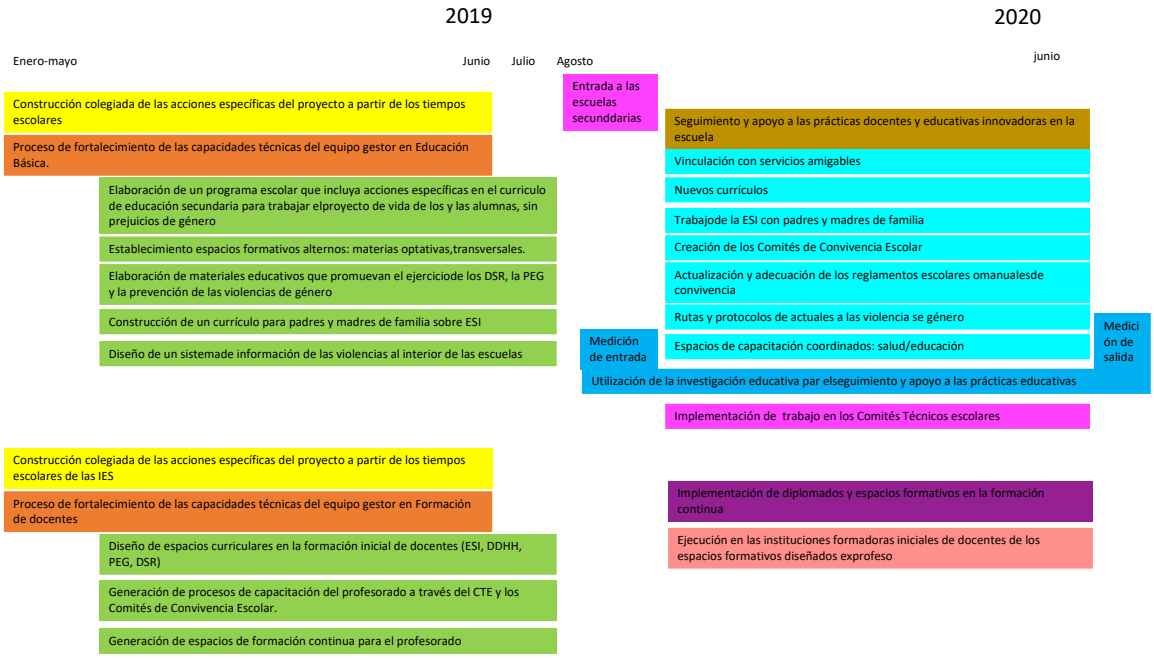
2. El 100% de escuelas secundarias de los municipios prioritarios trabajan el Proyecto Interinstitucional de Prevención del Embarazo en Adolescentes.
3. El 75% de la población adolescente estudiante de educación secundaria de los municipios prioritarios recibe Educación Integral de la Sexualidad a través del trabajo con el Proyecto Interinstitucional de Prevención del Embarazo en Adolescentes.
4. El 90% de las figuras educativas de educación secundaria de los municipios prioritarios son capacitadas en temáticas necesarias para la implementación del Proyecto Interinstitucional.
5. El 50% la población adulta integrante de los colectivos escolares que implementan el Proyecto Interinstitucional que ha sido sensibilizada y capacitada en temáticas de prevención del embarazo en adolescentes.

RUTA DE IMPLEMENTACIÓN

Para llevar a cabo una estrategia de esta envergadura y por las implicaciones sociales que conlleva, es necesario que se trabaje primero de manera piloto y con una población focalizada. A partir de medición de impacto de las acciones proyectadas, se podría pensar en una generalización mayor. Por otro lado, aun cuando la Secretaría de Educación y Deporte es integrante del Grupo Estatal para la Prevención del Embarazo en Adolescente y como el actor principal en este proyecto, su participación es nodal. Sin embargo, en el diagnóstico realizado para este proyecto, se establece la poca participación que se ha tenido de la misma a lo

largo del funcionamiento del GEPEA. Es necesario que se realice un gran trabajo político para que se les implique y se les comprometa en la gran tarea.

Con esta consideración se presenta a continuación la ruta de implementación del "Proyecto Interinstitucional de Prevención del embarazo en adolescentes en Educación Básica alineada a la ENAPEA de la Secretaría de Educación". La fase de piloteo se realizará en los municipios Chihuahua y Juárez, mismos que son prioritarios en el sistema nacional.



ESCENARIOS A LARGO PLAZO

Los escenarios a largo plazo para el proyecto están mediados por las metas trazadas: se aspira a que la totalidad de escuelas secundarias de los municipios establecidos como prioritarios trabajen el Proyecto Interinstitucional de Prevención del Embarazo en Adolescentes.

De la misma forma que el profesorado cuente con la sensibilización y capacitación necesaria para trabajar en el mismo y que al menos el 50% de la población adulta (padres y madres de familia) hayan sido sensibilizados sobre la ESI.

En los próximos cinco años, se esperaría que el total de escuelas secundarias de la entidad trabajaran el Proyecto Interinstitucional. Desde el lado de la Secretaría de Salud, habría que fortalecer la implementación de un mayor número de unidades de servicios amigables.

De esta manera se puede trabajar con mayor seguridad y esperar mejores resultados en el cumplimiento de las metas establecidas por la ENAPEA:

1. Reducir en un 50% el embarazo en adolescentes entre 15 y 19 años
2. Erradicar el embarazo en menores de 15 años

ALGUNAS CONSIDERACIONES IMPORTANTES

La estrategia de seguimiento que debe emprender la Coordinación Técnica del GEPEA deberá de continuar de la misma forma e intensificar el seguimiento puntual a las actividades acordadas en cada uno de los documentos programáticos realizados por los y las participantes. Sin embargo, la Coordinación Técnica debe otorgar autonomía a las instituciones líderes de proyecto de generar sus espacios de encuentro y acción, sobre todo porque son ellas las que tienen el grado de expertiz en el ámbito de su competencia.

Existe una serie de consideraciones y recomendaciones que es necesario expresar:

1. Es necesario contar con un equipo que genere condiciones de factibilidad, seguimiento y evaluación en la operación del Proyecto Interinstitucional de prevención del embarazo en adolescentes en educación básica alineada a la Estrategia Nacional para la Prevención de Embarazos en Adolescentes de la Secretaría de Educación.
2. También es imprescindible que los Secretarios de Salud y el de Educación y Deporte, sean sensibilizados sobre la importancia del Proyecto Interinstitucional antes de comenzar el trabajo en los colectivos escolares.
3. Particularmente la estructura educativa presenta una serie de barreras que es necesario derruir, a través de instancias y grupos de interés, para la implicación en la tarea. Es necesario realizar todo el trabajo político que implica proponer o implementar una política educativa. Más cuando es en un tema que causa tanto escozor como es la sexualidad.

El horizonte temporal está trazado a dos años escolares, con una rigurosa medición del impacto en los principales indicadores dictados por CONAPO y con la necesidad de un seguimiento sistemático otorgado por instancias académicas que acompañen la experiencia.

Las limitaciones que se puedan encontrar podrían ser las de índole económico, político y cultural. Grupos conservadores han estado incidiendo en las políticas

públicas del Estado Mexicano, amedrentando a los tomadores de decisiones, de salvaguardar los derechos humanos de las poblaciones. El financiamiento extraordinario está muy lejano del horizonte real de estos proyectos, tendrían que funcionar con los recursos que ya se poseen.

Una característica importante es la necesidad de establecer la transparencia en la consulta del presente documento y de los avances que se generen en la implementación del mismo, de tal forma que cualquier persona interesada pueda conocer los objetivos y resultados del mismo.

Para ese efecto corresponde a la Secretaría Técnica del GEPEA proporcionar el espacio idóneo para que esta condición demandada desde el Programa de Transversalización de la Perspectiva de Género se pueda cumplir.

Por otro lado, encontramos aspectos que fortalecen al trabajo con la ENAPEA en la entidad a través del PEPEACH y al GEPEA de Chihuahua. Esto es la consistencia y prestigio que se ha logrado a nivel nacional en las reuniones con los otros GEPEAS del país, por la calidad del trabajo que se ha realizado siempre. De tal forma que fue nombrado representante de los GEPEAS en el GIPEA.

Este Proyecto Interinstitucional es innovador y valiente. Son pocas las entidades en componente de la Educación Integral de la Sexualidad, de la ENAPEA, se trabaja de manera sistemática y prioritaria, menos que se la actuación sea intersectorial al involucrar el sector educativo con el sector salud. Esperemos que nuestra entidad esté a la vanguardia de esta compleja tarea y que los resultados hablen por sí mismos.

TRANSPARENCIA.

La información sobre el presente proyecto estará disponible a partir del año 2020 a través de la pagina:

http://www.institutochihuahuensedelasmujeres.gob.mx

BIBLIOGRAFÍA

Lamas, M. (Julio-septiembre de 1999). Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. (UAEM, Ed.) *Papeles de Población, 5*(21).

CDN. (2003). *ONU*. (UNICEF, Productor) Recuperado el Octubre de 2019, de Convención sobre los Derechos del Niño: https://www.unicef.cl/web/informes/derechos_nino/04.pdf

CEAMEG. (2016). *Abuso sexual infantil.* México, México: CEAMEG/CÁMARA DE DIPUTADOS.

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.

CEDAW. (1979). *Convención para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer.* Consultada el día 20 de mayo de 2018: cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100039.pdf .

LEDMVLVECH. (2007). *Ley Estatal del Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de Chihuahua*. (G. d. Chihuahua, Productor) Obtenido de cndh.org.mx: https://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

CEIDH. (1969). *Organización de los Estados Americanos*. Recuperado el Octubre de 2019, de Convención Americana sobre Derechos Huamnos (Pacto de San José): https://www.oas.org/dil/esp/tratados_B-32_Convencion_Americana_sobre_Derechos_Humanos.pdf

CEPAL. (12 de agosto de 2013). *Repositorio de la cepal*. Recuperado el octubre de 2019, de repositorio.cepal.org: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/4/S20131037_es.pdf

CESCR. (2000). *ACNUR*. Recuperado el Octubre de 2019, de Agencia de la ONU en México: https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf

LGAMVLV. (junio de 2007). *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*. Recuperado el octubre de 2019, de www.gob.mx: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/178863/ley-general-acceso-mujeres-vida-libre-violencia.pdf

LGDNNA. (2014). *CNDH*. Recuperado el 2019 de Octubre, de Comisión Nacional de Derechos Humanos: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/Ninez_familia/Material/ley-guarderias-ninos.pdf

LGIMH. (2006). *Cámara de Diputados*. Recuperado el Octubre de 2019, de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGIMH_140618.pdf

LIMHECH. (2010). *Transparencia UACH*. Recuperado el Octubre de 2019, de Información pública: http://transparencia.uach.mx/informacion_publica_de_oficio/fraccion_i/ligmhch.pdf

CONAPO. (2017). *Salud Sexual y Reproductiva. Chihuahua.* México, México: CONAPO.

CONAPO. (2017). *Situación de la Salud Sexual y Reproductiva. Entidades Federativas. Chihuahua.* CONAPO.

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.

Belém-Do-Pará. (Abril de 2007). *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer "Convención de BelémDo Pará"*. Recuperado el Octubre de 2019, de www.gob.mx: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/44013/Convenci_n_de_Bel_m_Do_Par_.pdf

Bergallo, P., & González, C. (2012). *Interrupción legal del embarazo por la causal violación: enfoques de slud y jurídico.* Bogotá, Colombia: Mesa por la salud y la vida de las mujeres/ ANDAR/ CLACAI/ FLASOG.

Brum, V. R. (2011). *XX Técnicas grupales para el trabajo en Sexualidad con Adolescentes y Jovenes.* Montevideo, Uruguay: UNFPA.

Diputados, C. d. (1917). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Recuperado el Octubre de 2019, de diputados.gob.mx: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_090819.pdf

Diputados, C. d. (9 de enero de 2013). *Ley General de Víctimas*. Recuperado el octubre de 2019, de diputados.gob.mx: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGV_030117.pdf

DOF. (12 de 07 de 2019). *Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024*. Recuperado el Octubre de 2019, de Diario oficial de la Federación: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019

DUDH. (1948). *Naciones Unidas Derechos Humanos*. Recuperado el Octubre de 2019, de Oficina del alto comisionado: https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf

ENAPEA. (2015). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA).* Ciudad de México, México: Gobierno de la República.

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.

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.

INE. (2015). *INE.* Recuperado el 12 de Octubre de 2017, de Instituto Nacional Eletoral: 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

INEGI. (2016). *Anuario estadístico y geográfico del estado de Chihuahua 2016.* México, México: INEGI.

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* (Vol. 2). Ciudad de México, México.

Juárez, L. (2009). Apropiación de derechos sexuales y reproductivos en la adolescencia: dimensiones de la ciudadanía. *La Ventana*.

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.

Ministerial, D. (2008). *UNESCO*. Recuperado el Octubre de 2019, de www.unesco.org: http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Santiago/pdf/declaracion-prevenir-educacion-espanol.pdf

Mujica, J., Zevallos, N., & Vizcarra, S. (2013). *Estudio de estimación del impacto.* (C. d. Reproductivos, Ed.) Lima, Perú: PROMSEX.

OMS. (agosto de 08 de 2011). *Formacion-integral*. Recuperado el noviembre de 2019, de La sexualidad según la OMS: http://formacion-integral.com.ar/website/?p=17

PLANEA. (18 de Noviembre de 2018). *Plan Andino para la prevención del embarazo en adolescentes*. Obtenido de Plan Andino para la prevención del embarazo en adolescentes: http://www.planandino.org/bancoBP/node/3

Secretaría-de-Salud. (16 de abril de 2009). *NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.* Recuperado el octubre de 2019, de sec.gob.mx: http://www.sec.gob.mx/igualdaddegenero/recursos/lineamientos/SONORA/8%20NOM%20046%20violencia%20familiar%20sexual%20y%20contra%20las%20mujeres.pdf

SEP. (2011). *Plan de Estudios Educación Básica 2011.* México: SEP.

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/UIG. (12 de Julio de 2017). Inclusión de la educación sexual en los planes y programas de estudios. Chihuahua, Chihuahua, México.

SIPINNA. (2018). *Presentación de productos del subgrupo para erradicar el embarazoen adolescents y niñas menores de 15 años.* Ciudad de México: SIPINNA/GIPEA.

UIG/SEYD. (12 de Julio de 2017). Inclusión de la educación sexual en los planes y programas de estudios. Chihuahua, Chihuahua, México.

UNICEF. (2006). *Naciones Unidas*. Recuperado el Octubre de 2019, de Convención sobre los Derechos del Niño: https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf

UNICEF. (2015). *Los derechos de la infancia y la adolescencia en Chihuahua.* México, México: UNICEF.

Virseda, E. (21 de Mayo de 2014). *Metodologías participativas y Trabajo Social*. Recuperado el 18 de Diciembre de 2017, de Canal UNED: https://canal.uned.es/mmobj/index/id/20041