



## Programa de Acción: Programa de atención a la salud de la adolescencia



SECRETARÍA DE  
SALUD

SSA

SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN  
Y PROTECCIÓN DE LA SALUD

Programa de Acción

**Programa de atención a la salud de la adolescencia**



Programa de Acción: **Programa de atención a la salud de la adolescencia**

Primera edición, 2002

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

Impreso y hecho en México  
*Printed and made in Mexico*

**ISBN 970-721-030-1**



# Secretaría de Salud

Dr. Julio Frenk Mora

**Secretario de Salud**

Dr. Enrique Ruelas Barajas

**Subsecretario de Innovación y Calidad**

Dr. Roberto Tapia Conyer

**Subsecretario de Prevención y Protección de la Salud**

Dr. Roberto Castañón Romo

**Subsecretario de Relaciones Institucionales**

Lic. María Eugenia de León-May

**Subsecretaria de Administración y Finanzas**

Dr. Guido Belsasso

**Comisionado del Consejo Nacional contra las Adicciones**

Dr. Misael Uribe Esquivel

**Coordinador General de los Institutos Nacionales de Salud**

Dr. Eduardo González Pier

**Coordinador General de Planeación Estratégica**

Mtro. Gonzalo Moctezuma Barragán

**Director General de Asuntos Jurídicos**

Lic. Gustavo Lomelín Cornejo

**Director General de Comunicación Social**

Dr. José Ignacio Santos Preciado

**Director General del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia**





# Índice

<b>Introducción</b>	<b>7</b>
Consulta ciudadana	10
<b>I. A dónde queremos llegar</b>	<b>11</b>
Misión	13
Visión	13
<b>II. En dónde estamos</b>	<b>15</b>
Antecedentes	17
Justificación	17
Marco legal	18
Daños a la salud	19
Factores de riesgo	24
Determinantes de la salud	28
Análisis estratégico para el cumplimiento de la misión del Programa	32
Políticas	33
<b>III. Qué camino vamos a seguir</b>	<b>35</b>
Objetivo general	37
Objetivos específicos	37
Componentes y acciones esenciales para la atención a la salud de las y los adolescentes	37
Metas para el período 2001-2006	40
Estrategias, líneas de acción y actividades	43
<b>IV. Cómo medimos los avances</b>	<b>49</b>
Información	51
Supervisión	51
Evaluación	52
Vinculación del Programa de Acción Adolescencia con otros programas de acción del Programa Nacional del Salud	52

<b>V. Anexos</b>	<b>55</b>
1. Modelo integrado de atención a la salud de las y los adolescentes	57
2. Organización de los servicios de salud para la atención de las y los adolescentes	58
3. Atención integrada a las y los adolescentes desde el Programa de Escuelas Saludables hasta los programas del Sector Salud	59
<b>V. Apéndice</b>	<b>61</b>
Abreviaturas y acrónimos	63
Bibliografía	64



# Introducción







# Introducción

El Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia (PASA), beneficiará a la población de adolescentes de 10 a 19 años de edad y es continuidad del Programa de Atención a la Infancia cuya responsabilidad implica la población de niños y niñas de 0 a 10 años de edad. El PASA involucra al Sector Salud en México y a las Instituciones Públicas y Privadas, vinculadas a este grupo poblacional y está sustentado en las Normas Oficiales Mexicanas explícitas para este grupo de población. Ante las características de la población y sus preferencias de atención inicialmente arranca con dos vertientes: Atención a la salud y Promoción de la salud.

El Programa incluye un enfoque en factores de riesgo y factores protectores de la salud de las y los adolescentes, que permite no sólo el desarrollo de acciones hacia la atención de enfermedades, sino a aquellos factores sociales, psicológicos, biológicos y familiares que influyen en el auto cuidado, bienestar y calidad de vida en la adolescencia.

El enfoque para la atención de la salud, se orientará de forma gradual durante la implementación del programa, al desarrollo de sus capacidades para llegar a ser adultos productivos; y más que a la atención de los daños, se distingue por la promoción de la salud y al auto cuidado, a partir de un modelo centrado en la actuación presente de los servicios de salud.

La promoción de la salud está orientada a grupos de madres y padres, maestras y maestros, personas de la comunidad, incluidos las y los adolescentes, se debe fundamentar en un principio de respeto por los derechos humanos, acceso universal a la información en salud, fomento y directriz de autodeterminación en el cuidado de la salud y la integración responsable e independiente de grupos de autoayuda.

Estos principios estructuran la Respuesta Social Organizada (RSO) aprovechando a las instituciones que trabajan con aspectos socioculturales y de salud de la adolescencia en México.

Dichas acciones tienen como punto de partida y de llegada mejorar la calidad de vida de las y los adolescentes, por lo que gran parte de las acciones de promoción tienen que ser propuestas por ellas y ellos con la finalidad de legitimar las necesidades de salud.

Las y los adolescentes como población que requiere atención a la salud, ha sido caracterizado para fines operativos del Programa en dos grupos, adolescencia temprana de 10 a 14 años y adolescencia tardía de 15 a 19 años.

En el mundo, existen alrededor de 1 000 millones de adolescentes entre los 10 y 19 años, el 85% viven en países en desarrollo; esta proporción elevada de adolescentes se puede explicar por dos fenómenos: una disminución progresiva de la mortalidad de los menores de cinco años y una menor tasa de fecundidad. En México, de acuerdo con el XII Censo General de Población y Vivienda, se tienen 97.6 millones de habitantes, de los cuales el 21% son adolescentes, el Consejo Nacional de Población presenta cifras de 21.6%, que son las cifras que utilizará el presente Programa para la atención a la salud de las y los adolescentes en México y para el Sector Salud.

Vertientes del Programa: atención a la salud y promoción de la salud.

Fundamentos: Derechos humanos y autodeterminación en el cuidado de la Salud de los adolescentes.

Adolescencia temprana: 10 a 14 años de edad, adolescencia tardía 15 a 19 años de edad.

## **Consulta ciudadana**

El enfoque de atención tiende a la promoción en el autocuidado de la salud.

La consulta ciudadana para el Programa Nacional de Salud realizada en todas las entidades federativas permitió el desarrollo de 143 foros con un total de 3 456 ponencias y con un total de alrededor de 15 000 asistentes.

### **Los resultados principales tienen gran relación con el Programa de Adolescentes por diversas causas:**

- El Programa de Adolescentes tiene la confluencia de 17 Programas de acción debido a que casi 1 de cada 5 habitantes se encuentran en este grupo de población.
- Los grandes temas en que se incluyó a las y los adolescentes son: salud sexual y reproductiva, enfermedades infecciosas y parasitarias, salud mental y adicciones, promoción a la salud y ayuda mutua, salud del niño y del adolescente, nutrición, acciones a migrantes y pueblos indígenas.
- Por ello es que la consulta ciudadana marca para este programa la pauta de seguimiento obvio para diseñar las acciones más importantes para Latinoamérica con un propósito social, económico y de salud que puede circunscribirse en la conservación del capital humano de hoy para el futuro.



# I. A dónde queremos llegar

---





# I. A dónde queremos llegar

## *Misión*

Aplicar acciones esenciales de salud para las y los adolescentes, enfocadas a la mejora de su salud a la atención integrada y a atender sus necesidades, con un enfoque de riesgo y resiliencia.

Lograr por medio de la autodeterminación y el autocuidado, que las y los adolescentes sean agentes de cambio para elevar su calidad de vida, mediante acciones de prevención de enfermedades y al mismo tiempo protejan su salud, utilizando la red de servicios para la referencia de problemas de salud sexuales y reproductivos, de salud mental, adicciones y manejo de otras complicaciones que requieren hospitalización como accidentes y cáncer, con el concurso de otros sectores públicos y sociales.

## *Visión*

El Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia es el programa sectorial líder a nivel nacional e internacional, que ha permitido organizar acciones esenciales en salud para que en México, las y los adolescentes, sean un grupo de población a quienes se atienda con una perspectiva de inversión social en capital humano.

Bajo la organización de las actividades en este Programa, las instituciones contribuyen al desarrollo humano integral de las y los adolescentes, al desarrollar políticas de salud, normas definidas y formar una Respuesta Social Organizada real.



## II. En dónde estamos

---







## II. En dónde estamos

### *Antecedentes*

El Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud en la XXXVI reunión realizada en septiembre de 1992, aprobó la resolución 18 donde se convoca a los gobiernos a desarrollar y fortalecer iniciativas nacionales para promover la salud integral del adolescente.

Otros esfuerzos en salud de la adolescencia han sido los del Instituto Nacional de la Juventud desde 1975 a la fecha y Causa Joven, cuyos principales componentes son en aspectos sociales, de salud mental y de prevención de adicciones.

En 1994, la Secretaría de Salud inició el Programa Nacional de Salud Integral del Adolescente con énfasis en salud reproductiva denominado “..en buen plan...planifiquen”. La evaluación de este programa para el período 1994-1998 se considera de suma utilidad para establecer una línea de base para futuras comparaciones e identificar las áreas que requieren fortalecerse y que necesitan cambios. Los conocimientos de las y los adolescentes sobre sexualidad y salud reproductiva eran limitados, a pesar de que refirieron haber recibido información sobre estos tópicos.

Desde 1997 el IMSS-Solidaridad instrumenta los Centros de Atención Rural al Adolescente (CARA), como un acercamiento de servicios, cuyo objetivo es que las y los adolescentes dispongan de un espacio en las unidades para satisfacer sus necesidades de atención médica, información, educación para el auto cuidado de la salud, consejería, y desarrollo social.

A partir del 2001, el Gobierno Federal decidió constituir como programa prioritario el de Atención a la Salud de las y los Adolescentes. Entre marzo y mayo del 2001, se reunió información de 160 instituciones oficiales y particulares que trabajan con temas de adolescentes, de las cuales, sólo alrededor de 37 operan acciones de promoción, consejería, atención asistencial y rehabilitación.

Es por ello que el Programa para la Atención a la Salud de la Adolescencia, pretende ser un instrumento que permita la integración institucional de la respuesta social organizada en México.

### *Justificación*

La inversión que hace la sociedad mexicana en los niños menores de 10 años en los componentes de atención y educación, aunadas a la de servicios públicos y de salud desde el embarazo, tiene un costo promedio de \$7 000 USD (Costo beneficio de la inversión social en salud de la infancia, CENSIA, 2001), esta inversión en capital humano debemos potenciarla con atención, mantenimiento y cuidados durante la adolescencia para el futuro adulto.

Los padecimientos de más alta prevalencia como causa de mortalidad en la infancia y adolescencia, representan una importante carga económica y social para el estado y la familia, en virtud del elevado costo que por concepto de atención curativa deben pagar, además de los costos indirectos dedicados al cuidado de los mismos, que ocasionan ausentismo escolar y laboral.

Considerando que estas niñas y niños y jóvenes serán a futuro ciudadanos que con su esfuerzo y dedicación contribuirán al progreso de México, el Programa pretende por primera vez una intervención en salud, que sea significativa desde la infancia a la adolescencia y de esta manera a la vida adulta.

El mundo actual ofrece a las y los adolescentes no sólo oportunidades notables, sino también riesgos para su salud. Resulta evidente que las medidas de prevención se deben intensificar y su inclusión como grupo de edad específico en la planeación a nivel nacional debe estar ligada a los programas relacionados con la infancia. Así el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia (CENSIA), define la atención que se ha de dar a toda la población en crecimiento y genera las medidas preventivas dirigidas a un grupo humano cuyo cuidado está aún a cargo de la sociedad. La garantía de que las y los adolescentes tengan acceso a los recursos de salud necesarios para proteger su sano desarrollo va a fructificar en una apreciable cantidad de años de vida saludable al integrarse a la vida productiva del adulto.

Debido a lo anterior se busca integrar en un solo programa, las acciones para atender la salud de las y los adolescentes extendiendo los beneficios planteados, de tal forma que se atenderán los problemas de salud que más frecuentemente afectan o pueden afectar a casi la cuarta parte de la población del país, mediante acciones que se desarrollarán bajo estrategias similares y coordinadamente con las diferentes áreas, instituciones y programas sustantivos, de diversos sectores para potenciar su impacto.

## **Marco legal**

### ***Este Programa se desarrollará con el respaldo de los siguientes ordenamientos legales:***

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
- Ley General de Salud.
- Ley General de Población.
- Ley de Planeación.
- Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal.
- Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social.
- Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
- Normas Oficiales Mexicanas.
- Programa Nacional de Salud 2001-2006.

## ***Daños a la salud***

### **Enfermedad**

Los anuarios de morbilidad señalan que en el período comprendido de 1990 a 2001, las dos principales causas de enfermedad en el grupo de 5 a 14 años son: infecciones respiratorias agudas e infecciones intestinales mal definidas. Para el 2001, las ocupan las infecciones de vías urinarias se encuentran en tercer lugar (*Cuadro 1*).

La definición y registro de las enfermedades en la adolescencia es un reto a vencer por los servicios de salud.

El siguiente grupo de edad en que se publica la información de morbilidad corresponde al de 15 a los 24 años, en 2001, en el cual el patrón de morbilidad de las tres primeras causas es similar al de los escolares para el mismo año. Las infecciones de transmisión sexual, aparecen entre las primeras diez causas de morbilidad, tal es el caso de la candidiasis urogenital que se encuentra en la octava causa y la tricomoniasis urogenital en décimo lugar (*Cuadro 2*).

La mala alimentación y el sedentarismo, empiezan a tener un impacto negativo en este grupo de edad, la Encuesta Nacional de Nutrición realizada en 1999, señala que el 27% de la población adolescente sufre de sobrepeso u obesidad.

El reconocimiento de que las y los adolescentes en México tienen necesidades de salud a pesar de su baja mortalidad es importante, pero la realidad es que falta información más amplia sobre el estado de salud de este grupo de edad. Es necesario redefinir indicadores, mejorar los sistemas de información y reorientar la atención hacia las áreas de prevención y psicosociales.

#### **PROBLEMAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE SALUD:**

- Falta de capacidad de oferta de los servicios.
- No hay registro de problemas psicosociales.
- Consulta poco frecuente por estas causas.
- Estadísticas disponibles para morbilidad y mortalidad agrupadas por edad en: 5 a 14 y de 15 a 24 años de edad, por lo que es difícil precisar el comportamiento de las enfermedades en el grupo de 10 a 14 años y 15 a 19 años de edad.

**Cuadro 1**  
**Principales causas de morbilidad en población de 5 a 14 años. México, 2001**

Orden	Causa	CIE-X	Casos	Tasa*
1	Infecciones respiratorias agudas	J00-J01, J02.8-J02.9, J03.8-J06, J20, J21	6 162 154	27 751.69
2	Infecciones int. por otros organismos y las mal definidas	A04, A08-A09, A06.0-A06.3, A06.9	1 120 041	5 044.00
3	Infección de vías urinarias	N30, N34, N39.0	290 477	1 308.18
4	Otras helmintiasis	B65-B67, B70-B76, B78, B79, B81-B83	204 253	919.87
5	Otitis media aguda	H65.0-H65.1	194 752	877.08
6	Ascariasis	B77	131 393	591.74
7	Varicela	B01	96 775	435.83
8	Úlceras, gastritis y duodenitis	K25-K29	82 388	371.04
9	Asma	J45, J46	73 652	331.70
	Las demás causas		502 198	2 261.68
<b>Total general*</b>			<b>8 858 083</b>	<b>39 892.99</b>

\*Por 100 000 habitantes de 5 a 14 años.  
Fuente: SUIVE/DGE/SSA.

**Cuadro 1**  
**Principales causas de morbilidad en población de 5 a 14 años. México, 2001**

Orden	Causa	CIE-X	Casos	Tasa*
1	Infecciones respiratorias agudas	J00-J01, J02.8-J02.9, J03.8-J06, J20, J21	2 924 007	14 332.64
2	Infecciones int. por otros organismos y las mal definidas	A04, A08-A09, A06.0-A06.3, A06.9	777 543	3 811.29
3	Infección de vías urinarias	N30, N34, N39.0	552 295	2 707.19
4	Úlceras, gastritis y duodenitis	K25-K29	274 435	1 345.20
5	Otras helmintiasis	B65-B67, B70-B76, B78, B79, B81-B83	88 761	435.08
6	Otitis media aguda	H65.0-H65.1	86 750	425.22
7	Candidiasis urogenital	B37.3-B37.4	81 508	399.53
8	Intoxicación por picadura de alacrán	T63.2, X22	48 926	239.82
9	Tricomomiasis urogenital	A59.0	48 203	236.28
	Las demás causas		405 626	1 988.26
<b>Total general*</b>			<b>5 288 054</b>	<b>25 920.52</b>

\*Por 100 000 habitantes de 15 a 24 años.  
Fuente: SUIVE/DGE/SSA.

**LAS Y LOS ADOLESCENTES:****La atracción por las conductas de alto riesgo**

Dentro de los principales daños a la salud en las y los adolescentes se incluyen el sobrepeso, el tabaquismo, el alcoholismo, el consumo de drogas, los accidentes, los homicidios, los suicidios y las enfermedades de transmisión sexual.

La mala nutrición y el sedentarismo empiezan a causar estragos en la población adolescente en México.

Según datos de la Encuesta Nacional de Adicciones de 1998, 10 por ciento de las y los adolescentes fuman, en una relación entre hombres y mujeres de 3:1. De este total, 61.4 por ciento reportaron haberse iniciado en el consumo de tabaco antes de los 18 años: 39.7 por ciento entre los 15 y 17 años; 19.6 por ciento entre los 11 y 14 años, y 2.1 por ciento a los 10 años de edad o incluso antes.

El consumo de drogas ilegales también es común. Se calcula que alrededor de 4 por ciento de los hombres de entre 12 y 17 años han probado alguna droga en su vida. Las drogas consumidas con mayor frecuencia son los inhalables y la marihuana, en menor proporción la cocaína y las pastillas psicotrópicas.

Los accidentes y las lesiones intencionales, un alto porcentaje de los cuales están asociados al consumo de alcohol y drogas, son las primeras causas de muerte en este grupo de edad. Entre las y los jóvenes de 15 a 19 años, en 1999 concentraron 17.3 por ciento de las muertes, y se presentaron, además, 468 suicidios, que representaron 6 por ciento de las muertes totales en este grupo de edad.

Finalmente, la actividad sexual "precoz" también expone a las y los adolescentes a riesgos de embarazos y a enfermedades de transmisión sexual. Las cifras más recientes nos hablan de alrededor de 366 000 embarazos no deseados al año en el país, la mayoría de los cuales se produce entre adolescentes. De este total, 180 terminan en muerte materna, que constituye la cuarta causa de muerte en las mujeres de este grupo de edad.

**Muerte**

La mayoría de las causas de muerte en las y los adolescentes es evitable en casi el 45% debido a que desde los 10 a 19 años de edad, la población sufre riesgos adicionales debido quizá a la vitalidad propia de este grupo, por lo que las acciones de este Programa se orientan al control de las causas más importantes combatiendo los factores de riesgo.

Estadísticas de las muertes varían y son fundamento para la definición de riesgos en adolescentes.

**Mortalidad en el grupo de 10 a 14 años**

En el escenario de la salud y enfermedad de México desde hace un cuarto de siglo los accidentes se ubican entre las diez primeras causas de muerte en la población general, con una tasa en el año 2000 de 35.4 por 100 000 habitantes.

En el grupo de la adolescencia temprana, de 10 a 14 años, para el año 2000 se presentan como primera causa de muerte los accidentes, con un peso del 34%, los más frecuentes son los de accidentes de tránsito, en segundo lugar se encuentran los tumores malignos con un peso del 15%, le sigue en tercer y cuarto lugar respectivamente las malformaciones congénitas y agresiones, que revisten la misma importancia en magnitud, en quinto lugar parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos (*Cuadro 3*).

Casi el 40% del total de las causas se encuentran asociadas a aspectos del ambiente social en el que se desarrolla este grupo de edad, es decir las que se refieren a accidentes, agresiones y lesiones auto inflingidas intencionalmente.

**Cuadro 3**  
**Principales causas de mortalidad en población de 10 a 14 años. México, 2000**

Orden	Descripción	CIE-X	Defunciones	Tasa*	%
1	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	1 282	11.54	34.48
2	Tumores malignos	C00-C14, C15-C26, C30-C97	555	5.00	14.93
3	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Q00-Q99	197	1.77	5.30
4	Agresiones (homicidio)	X85-Y09	197	1.77	5.30
5	Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	G80-G83	112	1.01	3.01
6	Enfermedades renales tubulointersticiales	N10-N12, N15	109	0.98	2.93
7	Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidio)	X60-X84	109	0.98	2.93
8	Influenza y neumonía	J10-J18	87	0.78	2.34
9	Enfermedades del corazón	I00-I51	75	0.76	2.02
10	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	E40-E64	62	0.56	1.67
	Las demás causas		933	8.40	25.09
<b>Total general*</b>			<b>3 718</b>	<b>33.48</b>	<b>100.00</b>

\*Por 100 000 habitantes de 10 a 14 años.  
Fuente: Base de datos SSA/INEGI procesada por el CNSIA.

Entre los adolescentes de 10 a 14 años de edad destacan como causa de muerte, los accidentes especialmente los de tránsito y los tumores, principalmente las leucemias.

### Mortalidad en el grupo de 15 a 19 años

Para el año 2000, los accidentes son la primera causa de muerte en este grupo de edad, con un peso similar al de la población de 10 a 14 años, ya que representan el 34% del total de defunciones con una tasa de 25.5 por cada 100,000 habitantes. Destacándose en éste rubro los accidentes de tránsito por vehículos de motor.

Como segunda causa de muerte se encuentran las agresiones, que junto con las lesiones auto inflingidas intencionalmente, que ocupa el cuarto lugar, representan casi el 20% del total de las muertes, que tienen como causa común el entorno social en el que se desenvuelve la población. En tercer lugar

se encuentran los tumores malignos, de los cuales el 50% es debido a leucemias y el quinto lugar lo ocupan las muertes debidas a Enfermedades del corazón.

Entre los datos a destacar se encuentra el descenso de la mortalidad relacionada con el embarazo, parto y puerperio que el año anterior se encontraba en el quinto lugar y para el 2000 se encuentra en séptimo lugar, sin embargo debido a que aún se encuentra entre las 10 primeras causas de mortalidad, nos obliga a reforzar las actividades de prevención de embarazos en adolescentes.

**Cuadro 4**  
**Principales causas de mortalidad en población de 15 a 19 años. México, 2000**

Órden	Descripción	CIE-X	Defunciones	Tasa*	%
1	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	2 690	25.58	36.41
2	Agresiones (homicidio)	X85-Y09	973	9.25	13.17
3	Tumores malignos	C00-C14, C15-C26, C30-C97	627	5.96	8.49
4	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidio)	X60-X84	472	4.49	6.39
5	Enfermedades del corazón	I00-I51	193	1.84	2.61
6	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Q00-Q99	172	1.64	2.33
7	Embarazo, parto y puerperio	A34, F53, M830, O00-O95, O98-O99	151	1.44	2.04
8	Enfermedades renales tubulointersticiales	N10-N12, N15	147	1.40	1.99
9	Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	G80-G83	122	1.16	1.65
10	Epilepsia	G40-G41	115	1.09	1.56
	Las demás causas		1 727	16.42	23.37
<b>Total general*</b>			<b>7 389</b>	<b>70.26</b>	<b>100.00</b>

El componente principal de los accidentes en las y los adolescentes de 15 a 19 son los accidentes de tránsito y el suicidio. Las agresiones por arma de fuego son un componente importante y en el capítulo de los tumores, la leucemia.

\*Por 100 000 habitantes de 15 a 19 años.  
Fuente: Base de datos SSA/INEGI procesada por el CNSIA.



## Factores de riesgo

Los adolescentes tienen atracción por las conductas de alto riesgo. Los efectos principales son las adicciones, accidentes, sobrepeso, suicidios y homicidios, enfermedades de transmisión sexual y embarazos no planeados.

Entendiendo el factor de riesgo como una característica o circunstancia cuya presencia aumenta la posibilidad de que se produzca un daño o resultados no deseados, las y los adolescentes por diversas circunstancias: ambientales, familiares e individuales, frecuentemente desarrollan conductas que participan como factores de riesgo.

### **Las conductas de riesgo más comunes son:**

Adicciones, (tabaquismo, alcoholismo y drogadicción), exposición a ambientes peligrosos y violentos, que asociados potencializan la probabilidad de que las y los adolescentes sufran accidentes, suicidios y homicidios entre otros.

Otra conducta de riesgo importante es la mala alimentación que predispone la desnutrición u obesidad. Las relaciones sexuales sin protección, debidas fundamentalmente a la falta de información, veraz y oportuna en el marco de una educación sexual con enfoque de género, incluyendo masculinidades y femineidades, falta de percepción de riesgo de adquirir algunas ITS o de provocar un embarazo no planeado, muchos de los cuales terminan en abortos inducidos, con los consecuentes efectos en la fertilidad futura de la adolescente.

La epidemia del SIDA en México es predominantemente por transmisión sexual, toda vez que este tipo de transmisión ha sido la causante de casi 90% de los casos. La epidemia se concentra fundamentalmente en el grupo de Hombre que tiene Sexo con Hombres (HSH), con poco más de 50% del total de casos acumulados; pero con una tendencia ascendente, en los últimos años, en los casos de tipo heterosexual.

La relación de casos de SIDA entre hombres y mujeres es de 6 a 1, en tanto las personas de 25 a 34 años de edad constituyen el grupo más afectado con 41.6% de los casos registrados en adultos.

En 1999, el SIDA ocupó el lugar 16 como causa de muerte con una tasa de 4.3 por cada 100 mil habitantes. Sin embargo, la población más afectada por la epidemia ha sido la población de 25 a 34 años de edad, en donde el SIDA representó la cuarta causa de muerte en hombres y la séptima causa entre las mujeres.

Existe evidencia de que el manejo adecuado de las ITS disminuye en un 50% la transmisión sexual del VIH. Por tal motivo, todas las ITS se incluyeron, desde 1997, para integrar lo que hoy se conoce como el Programa Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS. La OMS estimó que en México ocurren anualmente siete millones de casos nuevos de ITS curables: tricomonas (3.39 millones de infecciones), clamidia (1.92 millones), gonorrea (1.36 millones) y sífilis (0.24 millones).

El riesgo que suponen las relaciones sexuales, sin protección, para las y los jóvenes queda de manifiesto en las tasas elevadas de ITS y embarazos no planeados. La iniciación temprana de sus relaciones sexuales representa un factor de riesgo adicional, ya que la tasa de cambio de pareja sexual es más elevada entre las y los jóvenes de 15 a 24 años de edad.

La prevención de las ITS y los embarazos no planeados constituyen una parte fundamental de la salud sexual, por lo que la información clara y precisa de cómo evitar estos riesgos debe ser accesible a toda la población. Se ha demostrado que la utilización de anticonceptivos y condones es más constante si esta información se recibe antes de la primera relación sexual, es decir, en la preadolescencia, además de que no promueve el inicio más temprano de las relaciones sexuales.

En ausencia de vacunas efectivas contra las ITS, incluyendo el SIDA, la forma efectiva para evitar el riesgo de infecciones es el uso del condón. El uso correcto y constante del condón protege entre un 90 a 95% de la transmisión de ITS, incluyendo el SIDA. Aunque existen evidencias de incremento del uso del condón, especialmente entre HSH y trabajadoras del sexo comercial, para controlar el crecimiento de estas infecciones es urgente aumentar el uso adecuado del condón en otras poblaciones, especialmente entre las y los jóvenes.

## Adicciones

Según datos de la Encuesta Nacional de Adicciones de 1998, 10 por ciento de las y los adolescentes fuman y de acuerdo con datos del Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), actualmente se registran 122 defunciones diarias en la población en general, relacionadas con el consumo de tabaco. Existen 14 millones de fumadores, de los cuales más del 70% iniciaron antes de los 14 años y el universo de fumadores pasivos es de 48 millones de personas.

El consumo de drogas ilegales también es común. Se calcula que alrededor de 4 por ciento de los hombres de entre 12 y 17 años han probado alguna droga en su vida. Las drogas consumidas con mayor frecuencia son los inhalables y la marihuana y en menor proporción, la cocaína y las pastillas psicotrópicas.

4% de las y los adolescentes entre 12 y 17 años han probado drogas ilegales, entre las cuales se encuentran los inhalables, la marihuana y en menor proporción la cocaína.

**Algunas variables que se han conjugado para medir el riesgo de adicciones en las y los adolescentes son:**

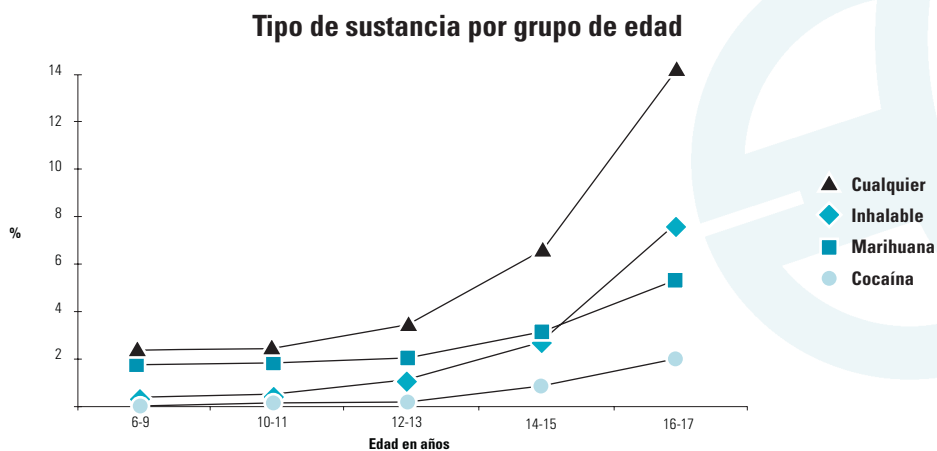
- El entorno social.
- La percepción de riesgo del consumo de sustancias.
- El ambiente escolar.
- La percepción de la tolerancia del docente ante el consumo de drogas.
- La inseguridad social en torno a la escuela.
- Las características percibidas del docente.
- La autopercepción del aprendizaje logrado.
- El apoyo social hacia la o el adolescente.

### ALGUNOS ASPECTOS GENERALES DE RIESGO DETECTADOS EN POBLACIÓN ADOLESCENTE

- 75% de los estudiantes de estos niveles empezaron a fumar antes de los 15 años, siendo el promedio de 13 años para los hombres y 14 años para las mujeres. 9% de los hombres y 4% de las mujeres empezaron a fumar antes de los 11 años. (Instituto Nacional de Psiquiatría, 1997).
- La edad promedio para el consumo de alcohol o marihuana por primera vez, son a los 13 años.
- De acuerdo a la ENA, 58.1% de la población total son bebedores de alcohol.
- El 40% de la población reporta que en su familia se consume alcohol y otras drogas.
- En el bachillerato, el 7% de la población reportó haber fumado marihuana en los 6 meses anteriores y el 2% ya había probado la cocaína.
- Entre 1976 y 1997, en los estudiantes de educación media y media superior, se observa un incremento importante en el consumo de cocaína, pasando del 0.5% al 4% respectivamente.
- El consumo de marihuana el año anterior a la encuesta fue de 3.2% y el de cocaína del 2.7%.
- A la edad de 17 años, 33% de la población masculina y el 14% de la femenina ya inició su vida sexual.
- 4 de cada 100 adolescentes mujeres reportan haber tenido un embarazo no planeado.
- El 25% de la población masculina ha tenido accidentes de tráfico.
- Uno de cada dos hombres del bachillerato ha participado en riñas y peleas.
- El 25% de las mujeres y el 49 por ciento de los hombres del bachillerato han sido asaltados.
- 35% de la población reporta violencia física o verbal en su casa.
- Un 10% de la población es hijo de madre soltera.
- En el 13% de los estudiantes los padres se han divorciado.
- El 27% de las familias está encabezado por un solo padre.
- Solo 1/3 de la población realiza ejercicio de manera cotidiana.
- El 65% de la población come en puestos de la calle (comidas rápidas poco higiénicas).
- Los estudiantes ven en promedio de 3 a 4 horas de TV al día.

Fuente: UNAM. Datos generales del perfil de la población estudiantil en varias instituciones de nivel medio superior y superior de acuerdo a los resultados de la Encuesta sobre Estilos de Vida 1997-1998.

Figura 1



## Salud sexual y reproductiva

El inicio de vida sexual en México, es en promedio a los 16 años de edad este hecho está dado por diversos factores: ambientales, sociales y personales, los cuales pueden conducir al desarrollo de conductas de riesgo, teniendo como consecuencia daños a la salud entre otras repercusiones sociales.

El inicio de la vida sexual es en promedio a los 16 años de edad.

Cada año, se registran en el país cerca de 2.13 millones de nacimientos de los cuales 366 000 ocurren en menores de 20 años, hecho que contribuye con 180 muertes maternas en este grupo.

Una de cada seis mujeres tienen su primer hijo antes de cumplir los 20 años.

Al interior de las entidades federativas existen grandes diferencias: mientras que en el D. F. una de cada cinco mujeres tiene su primer hijo antes de los 20 años, en Chiapas una de cada dos lo tiene a esa edad.

Cinco de cada diez mujeres se han unido en pareja antes de cumplir los 20 años de edad, sin embargo el área de residencia tiene un importante efecto: en las áreas urbanas 38% de las mujeres se unió antes de cumplir los 20 años, en las rurales lo hicieron 59.1%.

El embarazo temprano en la adolescente se asocia con un mayor riesgo para la madre y su producto, limita las oportunidades de desarrollo individual de la mujer y mantiene la condición de pobreza de la persona y en su caso, su baja escolaridad.

En México, la fecundidad adolescente ha descendido lenta pero significativamente. La proporción de mujeres de 15 a 19 años de edad que procrea al menos un hijo, disminuyó de poco más de una de cada siete en 1975 a una de cada doce en 1990 y a una de cada catorce en 2000. En 1975, las adolescentes registraban una tasa de fecundidad de 130 nacimientos por mil mujeres, valor que disminuyó a 81 en 1995 y en la actualidad se estima en 70 por mil.

La limitada escolaridad en la mujer, es un gran predictor de embarazo, inicio de vida sexual, abandono escolar. Por cada 6 años de escolaridad en la madre existe una menor probabilidad de asociación con factores de riesgo a la salud de la/ el adolescente.

La educación de la mujer se considera predictor universal de efectos en salud de los hijos, ya que el abandono escolar, la edad de inicio de relaciones sexuales, el primer embarazo, etc. se incrementan a medida que la escolaridad de la madre es menor.

**Cuadro 5**  
**Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que conocen al menos un método anticonceptivo**

Condición	1976	1987	1992	1997
Paridad 1 hijo	86.6	94.3	92.5	94.1
Sin escolaridad	73.7	72.9	79.5	82.4
Secundaria o más	99.1	98.1	98.7	99.4
Residir en área rural	78.6	83.1	86.5	90.0
Residir en área urbana	95.8	96.4	97.7	98.5

Fuente: Cuadernos de Salud Reproductiva. Consejo Nacional de Población. 1a. edición. Septiembre, 2000. México.

Cuatro condiciones son fundamentales para mantener una salud sexual y reproductiva adecuada en la adolescencia: incrementar la edad a la que se tienen el primer hijo(o), aumentar el espacio intergenésico, adoptar un método moderno de planificación familiar y atención del embarazo y parto por personal de salud capacitado.

## **Determinantes de la Salud**

### **Aspectos demográficos de las y los adolescentes**

De acuerdo con el Consejo Nacional de Población (CONAPO), el carácter urbano de las y los jóvenes es bastante reciente; entre 1960 y 1995 su distribución en el territorio experimentó un gran cambio; de conformar un grupo mayoritariamente rural (60%) pasó a ser un grupo predominantemente urbano (74%).

Si bien, determinados rasgos y necesidades de desarrollo son característicos de las y los adolescentes, algunos grupos dentro de la población adolescente, tienen necesidades o vulnerabilidad específica. Para cumplir con el objetivo de proporcionarles oportunidades y servicios equitativos, es necesario hacer esfuerzos concretos para conocer los riesgos para la salud que presenta esta población y acercarse a los muy vulnerables o desfavorecidos para satisfacer sus necesidades.

#### **ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DE LAS Y LOS ADOLESCENTES**

La adolescencia constituye una parte de la vida y un segmento de la población que requiere actualmente una particular atención en el campo de la salud. La población adolescente en México, expresada como porcentaje de la población total, se ha duplicado en los últimos 30 años, pasando del 11.4% en 1970 a 21.3% en 1999. Si bien el crecimiento natural de la población disminuyó de 3.2 a 1.8 por ciento anual debido, sobre todo, al notable descenso de la fecundidad; el rápido crecimiento demográfico del pasado propició una distribución por edades, marcadamente joven, es decir, con una elevada proporción de niñas, niños, adolescentes y jóvenes. Recientemente, la población mexicana transita hacia una estructura "más entrada en años", proceso que en las próximas décadas se acelerará considerablemente.

La mayoría de las y los adolescentes son personas solteras (74.3%) aunque se estima que cerca de cinco millones (24.5%) ya se han casado o viven en unión libre y poco más de 242 mil tienen una unión disuelta. En las zonas urbanas predomina la población soltera en la adolescencia. En el grupo de 15 a 19 años, la diferencia relativa entre localidades urbanas y rurales es de casi 50%. El grupo que inicia la vida marital más tempranamente es el de las mujeres residentes en localidades rurales. A la edad de 15 a 19 años una de cada cinco está casada o unida.

**ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DE LAS Y LOS ADOLESCENTES (continuación)**

En 1970 el 61.2% de la población de 15 a 24 años de edad residía en localidades de 2 500 y más habitantes, en 1997, esta proporción ascendió a 75.3%. Existen 13 entidades federativas donde más de 80% de los jóvenes viven en zonas urbanas: Distrito Federal (99.7%), Nuevo León (93.1%), Baja California (91.4%), Coahuila (89.8%), Estado de México (86.7%), Morelos (86.6%), Colima (85.4%), Tamaulipas (85.1%), Quintana Roo (84.2%), Sonora (82.8%), Jalisco (82.1%), Tlaxcala (81.3%) y Yucatán (80.5%). En contraste, existen entidades federativas donde al menos 40% de su población joven vive en localidades menores de 2 500 habitantes: Oaxaca (52.3%), Chiapas (52.2%), Hidalgo (50.8%), Tabasco (48.4%), Zacatecas (43.6%), Veracruz (40.5%) y Guerrero (40.2%).

Además, la mitad de las y los jóvenes adolescentes(49.9%) se concentran en siete de las 32 entidades federativas: Estado de México (13.3%), Distrito Federal (8.4%), Veracruz (7.0%), Jalisco (6.6%), Puebla (5.1%), Guanajuato (5.1%) y Michoacán (4.4%).

**Escolaridad**

Del total de la población de adolescentes de 10 a 14 años, aproximadamente 83% acude alguna de las modalidades del Sistema Educativo Nacional, el resto ha desertado o nunca ha estado en él, fenómeno que se agudiza conforme se avanza en los diferentes niveles escolares.

Mientras que 27% de los hombres ha cursado al menos un año de preparatoria, sólo 22% de las mujeres ha alcanzado ese nivel. Estas disparidades reflejan los obstáculos que tienen las mujeres para alcanzar las mismas oportunidades educativas que los hombres. La escolaridad es uno de los mecanismos más importantes de movilidad social, estas disparidades educativas perpetúan y refuerzan las desigualdades económicas y sociales entre hombres y mujeres.

Los altos niveles de pobreza y la falta de oportunidades económicas de las zonas rurales son causa y consecuencia de sus niveles educativos. A pesar de las mejoras educativas tan notables que ha experimentado la población rural, las desigualdades entre las y los jóvenes urbanos y rurales son todavía dramáticas. Si bien se ha logrado que casi todas y todos los jóvenes rurales asistan alguna vez a la escuela (96%), un número significativo de éstos sólo asistió por unos pocos años: 1 de cada 6 no llegó a completar la primaria, 3 de cada 10 no llegaron a secundaria. Estos niveles son dos veces superiores a los que encontramos en las áreas urbanas.

**Trabajo y adolescencia**

El gran peso demográfico de las y los jóvenes no es la única razón por la que ameritan atención. Más allá de las consideraciones de naturaleza cuantitativa, hay otras razones que nos hacen pensar que esta generación habrá de jugar un papel relevante en el fortalecimiento de una nueva cultura demográfica entre la población mexicana en los años por venir.

68% de los adolescentes varones y 30.9% de las mujeres, adolescentes trabajan, solo uno de cada 20 estudia y trabaja. 45% de las mujeres se dedican al hogar.

Las marcadas diferencias en los niveles de asistencia escolar entre las áreas urbanas y rurales se reproducen en las tasas de participación en la actividad económica. Mientras que en las áreas rurales casi la mitad de las y los jóvenes (46.3%) tiene el trabajo como única actividad, en las urbanas esta proporción sólo llega a 39.1%; en cambio, quienes sólo se dedican a estudiar representan 29.0% en las áreas urbanas, frente a 16.6% en las rurales. Estos contrastes pueden ser consecuencia de la mayor expansión de las instituciones educativas y el mercado de trabajo en las zonas urbanas del país, así como de diferencias en la valoración de la educación y el trabajo como componentes del proyecto de vida entre las y los jóvenes rurales y urbanos, y en los papeles y roles asignados a las hijas y a los hijos en estos dos ámbitos.

### Aspectos familiares

Casi toda la población vive en hogares familiares. Pero de ellos 3.6 millones viven en hogares monoparentales.

Las familias en México no tienen un modelo definido, de hecho existe gran diversidad en los tipos de familias, donde residen las y los adolescentes, tanto en el tipo de parentesco que tienen con el jefe de la familia como el tipo de hogar en el que residen ahora como células multipersonales.

En 1997, en México, 68.8% de las y los adolescentes vivía en hogares dirigidos por uno de sus padres.

La proporción de adolescentes de 15 a 19 años de edad, que son jefes de hogar es de 2.3%, en los hombres y 2.6% en las mujeres.

Las y los adolescentes en situación de orfandad y de calle es un problema básicamente urbano con una tendencia ascendente, son una población calculada en alrededor de 130 000 personas por el DIF nacional aunque hay investigaciones que marcan hasta 400 000 en todo el país.

A pesar del grado de urbanización y el nivel educativo alcanzado por las y los jóvenes en los últimos 30 años, las edades en que las mujeres experimentan la transición a la vida adulta, relacionadas con el comienzo de la vida familiar (abandonar el hogar de los padres, unirse o casarse y tener el primer hijo) apenas ha cambiado.

### Respuesta Social Organizada (RSO)

La RSO es la reacción de la comunidad ante los problemas de salud. Para los adolescentes el principio es la autodeterminación.

¿Por qué las redes de apoyo social parecen mejorar la salud? La importancia de las respuestas efectivas al estrés y las buenas aptitudes de adaptación personal probablemente adquieren importancia en este contexto.

Llamamos Respuesta Social Organizada a las acciones que desarrolla la comunidad ante la problemática de salud, en este caso de las y los adolescentes.

Dicha respuesta social está orientada por aquellas instituciones públicas o privadas que tienen relación con acciones esenciales de salud de las y los adolescentes.

El apoyo de la familia, los amigos y las personas conocidas es muy importante para ayudar a las personas a resolver los problemas y enfrentar la adversidad, al igual que mantener un sentido de dominio y control de las circunstancias de su vida. Igualmente, la familia y los amigos ayudan a proporcionar apoyo básico como alimentos y vivienda, atención cuando están enfermos y apoyo cuando hacen cambios en el estilo de vida. La consideración y respeto que se da en las relaciones sociales y la consiguiente sensación de satisfacción y bienestar parece actuar como una protección contra los problemas de salud.

Las intervenciones de salud de la población para fortalecer los medios de apoyo social incluyen iniciativas tales como programas para mantener fuertes a las familias; desarrollo comunitario orientado a hacer que las comunidades sean buenos lugares para la interacción social y acciones para reducir la discriminación y promover la tolerancia social.

El conjunto de valores y normas de una sociedad influye de diferentes maneras, en la salud y el bienestar de los individuos y las poblaciones, el trabajo y las comunidades cohesivas proporcionan una sociedad de apoyo que reduce o evita muchos riesgos potenciales a la buena salud. Varios estudios han revelado que la falta de soporte emocional y la baja participación social tienen un impacto negativo sobre la salud y el bienestar.

Es indispensable incorporar a la propia comunidad en la determinación de los fines y formas del desarrollo y negociar entre todos, la movilización de los recursos sociales e institucionales que se requieren para que la sociedad como un todo produzca salud y no más enfermedad.

Para atender a esta población en constante crecimiento, en la actualidad el Sistema Nacional de Salud cuenta con poco más de 18 500 hospitales, clínicas y centros de salud. Si se mantuviera constante el actual número de médicos por cada mil habitantes, el Sistema Nacional de Salud requeriría alrededor de 129 mil médicos en el año 2001; 146 mil en el 2010 y 167 mil en el 2030. Es decir, 17 mil médicos más en la primera década del siglo XXI, y 21 mil médicos adicionales en las dos décadas siguientes.

Asimismo, se prevé que para cumplir con la recomendación internacional de contar con tres enfermeras por cada médico se necesitarán 387 mil enfermeras en el año 2001, 438 mil en el año 2010 y 501 mil en el 2030. Es decir, 187 mil más en la primera década y alrededor de 65 mil en los dos siguientes decenios. El esfuerzo que el Sector Salud deberá desplegar en los próximos años es considerable si el país aspira a incrementar de manera significativa el número de médicos por cada mil habitantes y distribuirlos mejor en el territorio nacional.



## Análisis estratégico para el cumplimiento de la misión del Programa

**Cuadro 6**

Fortalezas	Debilidades
<p><b>Políticas y normatividad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voluntad Política.</li> <li>• Consejo Nacional de Infancia y Adolescencia.</li> </ul> <p><b>Tecnología</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esquema de Vacunación uniforme.</li> </ul> <p><b>Organización</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidad de convocatoria del Sector Salud.</li> </ul> <p><b>Experiencias exitosas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinación Interinstitucional.</li> <li>• Centros Estatales y Regionales de Capacitación.</li> <li>• Centros Amigables de atención en Salud Reproductiva.</li> <li>• Programación con enfoque de riesgo.</li> <li>• Investigaciones de vanguardia.</li> <li>• Nueva apertura programática.</li> <li>• Centros de Atención Rural al Adolescente.</li> </ul> <p>El Sistema de Vigilancia Epidemiológica, con participación interinstitucional.</p>	<p><b>Recursos e infraestructura</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No existen Normas integradas para adolescentes.</li> <li>• Faltan metodologías para la atención a la salud del adolescente, de probada eficacia, sencillas y seguras.</li> <li>• Sistema de información y comunicación.</li> <li>• Recursos insuficientes .</li> <li>• Falta de oportunidad de la información epidemiológica.</li> <li>• Capacitación heterogénea.</li> <li>• Limitado apoyo para investigaciones operativas.</li> <li>• Falta de vinculación presupuestal entre las instituciones para el desarrollo de actividades.</li> <li>• Atención limitada a problemas diferentes a Salud Reproductiva y Adicciones.</li> <li>• Evaluación limitada de acciones en adolescentes.</li> <li>• Limitada coordinación con el sector privado.</li> <li>• Falta de vinculación con instituciones formadoras de recursos humanos.</li> </ul>

**Cuadro 7**

Oportunidades	Amenazas
<p><b>Financiamiento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Financiamiento Nacional al Programa.</li> <li>• Descentralización de los Servicios de Salud y definición del Papel Rector del Sector Salud a la Secretaría de Salud.</li> <li>• Tendencia a fortalecer el modelo de Medicina Familiar en las Instituciones.</li> <li>• Atención diferenciada por grupos de edad y factores de riesgo.</li> </ul> <p><b>Articulación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integración del componente de Salud de la Adolescencia en las instituciones básicas del Sector Salud.</li> <li>• Interés de las ONG para vincularse con las acciones esenciales de Salud de las y los adolescentes.</li> <li>• Política Nacional de Desarrollo Humano.</li> <li>• Comités de Salud.</li> </ul> <p><b>Prestación de servicios</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infraestructura de Servicios de Salud.</li> <li>• Materiales de calidad para adolescentes en el ámbito Nacional e Internacional.</li> <li>• Posibilidad de coordinación con otros sectores.</li> </ul>	<p><b>Sistema de salud</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Políticas estatales heterogéneas para garantizar la gratuidad de la atención.</li> </ul> <p><b>Tecnología</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acelerado desarrollo tecnológico en el área de informática.</li> <li>• Publicidad en medios contraria a la salud.</li> <li>• Alta rotación de personal.</li> </ul>

## Políticas

- Mejora continua en la calidad de atención a la población de 10 a 19 años.
- Desarrollo técnico y humanístico del personal de salud que trabaja con adolescentes.
- Atención integrada a todas (os) las y los adolescentes que acuden a la unidad médica.
- Actuar antes de que se presente el daño, mediante dos enfoques fundamentales: prevención y disminución de factores de riesgo y promoción de factores protectores.
- Favorecer las actividades que conduzcan a la reducción de la inequidad en la salud de las y los adolescentes, trabajando a partir de ellos, con ellos y para ellos.
- Fortalecer la autodeterminación informada de las y los adolescentes.
- Extender la cobertura de los servicios preventivos a las y los adolescentes, con base en la Regionalización Operativa acordada entre las instituciones del Sector y los Servicios estatales de Salud.



# III. Qué camino vamos a seguir





## III. Qué camino vamos a seguir

### *Objetivo general*

- Desarrollar acciones integrales para la salud de las y los adolescentes en el primer nivel de atención con reforzamiento del sistema de referencia y contrarreferencia, con énfasis en salud reproductiva, promoción de la salud, servicios personales de salud y prevención de daños con enfoque de género y resiliencia, para cambiar el paradigma de riesgo y daño por el de fortaleza y desafío.

### *Objetivos específicos*

- Promover acciones integradas de salud enfocadas a la familia, la comunidad y la escuela, consideradas como redes sociales de apoyo de las y los adolescentes.
- Mejorar la cobertura de servicios personales de salud, a través de la promoción de la demanda, inicialmente en las escuelas, el servicio militar y los centros de trabajo, así como en población migrante apoyados con las acciones de la Cruzada Nacional por la Calidad, bajo los principios del modelo integrado de atención a la salud y las acciones nacionales de "Vete Sano y Regresa Sano".
- Mejorar la coordinación interinstitucional, con el Consejo Nacional del Deporte, la Procuraduría General de la República, el Instituto Mexicano de la Juventud, el Consejo Nacional de Población y sobre todo con la Secretaría de Educación Pública y otras instituciones educativas como las universidades y tecnológicos, así como CONALEP, CETIS, CEBETIS, COBAES, etc.
- Capacitar a los prestadores de servicios para la aplicación de las acciones esenciales con un enfoque de desarrollo humano, resiliencia y género.

### *Componentes y acciones esenciales para la atención a la salud de las y los adolescentes*

#### **Prevención y control de enfermedades evitables por vacunación**

##### **Acciones:**

- Aplicación de dosis de refuerzo de Td, a partir de los 12 años de edad.
- Aplicación de dosis única de SR, a partir de los 12 años de edad.
- Aplicación de 1ª. y 2ª. Dosis de Hepatitis B, a partir de los 12 años de edad.
- Registro de dosis aplicadas en Cartilla Nacional de Salud de la Adolescencia.

## Nutrición

- Vigilancia del crecimiento.
- Orientación nutricia.
- Administración de micronutrientos: hierro, ácido fólico (10 a 14 años).
- Desparasitación intestinal (10 a 14 años).
- Prevención y control de la obesidad.

### **Acciones:**

- Medición de peso y talla (IMC).
- Diagnóstico del estado nutricional.
- Referencia de casos para orientación nutricia.
- Dotación de ácido fólico y hierro.
- Administración de albendazol en áreas de riesgo a población de 10 a 14 años de edad.

## Detección de deficiencias físicas

- Detección y referencia de problemas visuales, auditivos y posturales.

### **Acciones:**

- Aplicar examen simplificado de columna y miembros pélvicos.
- Examen grueso de agudeza visual y auditiva.
- Referencia a servicios de especialización.
- Gestión de aparatos y lentes, entre otros.

## Salud bucal

- Aplicación tópica de flúor.
- Técnica de cepillado dental.
- Detección de caries.

### **Acciones:**

- Aplicar flúor y capacitar sobre el cepillado dental en las escuelas secundarias y de nivel medio superior, así como durante la atención integrada al adolescente.
- Detectar las necesidades de atención, en su caso efectuar obturaciones, sello de fisuras o referir a unidades de mayor complejidad.

## Salud mental

- Detección gruesa en unidades de salud del primer nivel de atención de trastornos depresivos, adicciones y referencia a otros niveles de atención.

### **Acciones:**

- Durante la atención integrada la detección de problemas de salud mental y trastornos convulsivos y referir de acuerdo al grado de severidad.

## Promoción para el autocuidado de la salud

- Accidentes, violencias, sexualidad, habilidades para la vida y ejercicio físico.

### **Acciones:**

- Formación de grupos de auto ayuda, de “adolescente a adolescente”
- Consolidación de los comités de salud para la participación conjunta de padres de familia y maestros.
- Escuelas y comunidades saludables.

## Cáncer

- Detección y referencia de casos de leucemia.

### **Acciones:**

- En la atención integrada, verificar signos de alarma de cáncer en el adolescente, con énfasis en leucemia y referir a segundo o tercer nivel para tratamiento y control.
- Dar seguimiento a pacientes con cáncer.

## Salud ambiental

- Detección de riesgos ambientales.
- Inclusión de contenidos de saneamiento básico en los componentes generales del programa.

### **Acciones:**

- Fomentar el saneamiento básico de manera conjunta a las acciones de promoción a la salud.
- Orientar las acciones de saneamiento básico en coordinación con el promotor de salud de la unidad o jurisdiccional, en la población de adolescentes.



- Pláticas de saneamiento básico en escuelas.
- Verificar el nivel de cloro residual en agua para consumo humano.

### **Consejería en planificación familiar**

- Atención del embarazo, parto y puerperio.

#### **Acciones:**

- Verificar en la atención integrada los conocimientos sobre vida y orientación sexual del adolescente.
- Aplicar recomendaciones y satisfacer las necesidades.

### **VIH / SIDA / ITS**

- Prevención, detección y control de infecciones transmitidas sexualmente.

#### **Acciones:**

- Incluir en la promoción a la salud y como tema de las pláticas de educación para la salud, la salud sexual e información sobre las características de las infecciones transmitidas sexualmente, respetando para la elaboración de los contenidos los aspectos socio culturales de la comunidad.
- Promoción del uso de condones femeninos y masculinos.
- Referir a exámenes de laboratorio a los casos sospechosos.
- Aplicar el tratamiento adecuado.
- Notificar los casos.
- Vigilancia Epidemiológica.

## **Metas para el período 2001-2006**

#### **Atención integrada:**

- Otorgar atención integrada en más de 80% de las consultas.

#### **Prevención y control de enfermedades evitables por vacunación:**

- Vacunar con triple viral (SRP) al 100% de la población de 12 años de edad o de 6º año de primaria (meta exclusiva para los años 2001 y 2002).
- Aplicar refuerzo de Td al 100 % de la población de 12 años de edad o de sexto año de primaria.

- Aplicar dos dosis de Td al menos al 90% de las mujeres de 12 a 19 años de edad que viven en municipios de riesgo para Tétanos Neonatal.
- Aplicar vacuna contra Hepatitis B al menos al 95% de la población de 12 a 19 años de edad.

**Nutrición:**

- Evaluar peso y talla al 100% de la población de nuevo ingreso a la escuela secundaria para obtener su crecimiento lineal e Índice de Masa Corporal (IMC).
- Otorgar atención nutricia al 100% de quienes al ingresar a primer año de la escuela secundaria, presenten un IMC > al percentil 85 ó < percentil 5.
- Ministran hierro y ácido fólico, por prescripción médica, al 100% de las y los adolescentes que así lo requieran.
- Ministran dos veces al año un antiparasitario cuando menos al 95% de la población de 10 a 14 años que radica en municipios de alto riesgo para diarreas.

**Problemas que limitan el aprendizaje:**

- Detectar defectos de agudeza visual, audición y de postura física, en el 100% de las y los jóvenes que ingresan a primer año de la escuela secundaria.

**Salud bucal:**

- Aplicar tópicamente flúor al 100% de la población de nuevo ingreso a secundaria o de 10 a 14 años, que acude a consulta a unidades de primer nivel de atención.
- Capacitar en técnica del cepillado dental al 100% de la población de primer año de secundaria.
- Determinar el índice CPO al 100% de la población de primer año de secundaria.

**Salud mental:**

- Realizar detección gruesa de trastornos depresivos o trastornos severos de conducta, en las y los adolescentes inscritos en escuelas de nivel medio, medio superior o en contacto con servicios de salud y referir al 100% que lo requieran.
- Detectar predisposición y consumo de sustancias adictivas en el 100% de las y los adolescentes de acuerdo a instrumentos de valuación contenidos en la NOM-028-SSA2-1999 para la prevención de este daño.

**Salud sexual y reproductiva:**

- Capacitar con perspectiva de género, al 100% de las y los adolescentes inscritos en escuelas de nivel medio superior o en contacto con servicios de salud de primer nivel de atención, en el uso de métodos y procedimientos apropiados para la salud reproductiva, así como en las acciones a seguir para evitar la adquisición de infecciones de transmisión sexual.
- Disminuir del 17% al 11% el número de nacimientos, en mujeres menores de 20 años.
- Atender con personal calificado, el 100% de los embarazos y partos de las mujeres menores de 20 años.

- Reducir la tasa específica de fecundidad de 71 a 61 nacimientos por cada 1 000 mujeres de 15 a 19 años.
- Incrementar la prevalencia de uso de métodos modernos de planificación familiar del 47% al 54% del total de mujeres unidas menores de 20 años.

**VIH / SIDA / ITS:**

- Incrementar la frecuencia y difusión de campañas que se apeguen a los lineamientos técnicos y que promuevan comportamientos sexuales exentos de riesgo para prevenir la transmisión del VIH/SIDA e ITS.
- Consolidar e incrementar programas de educación en comportamientos sexuales saludables para grupos vulnerables, grupos en riesgo y la población adolescente en general.
- Incorporar el enfoque de género e información sobre los factores psicológicos, socioeconómicos y legales que aumentan la vulnerabilidad de las personas al VIH/SIDA e ITS, a las campañas informativas y programas educativos.
- Desarrollar estrategias preventivas especiales, de acuerdo a las necesidades de cada grupo y a las mejores prácticas, dirigidas a las poblaciones adolescentes con prácticas de riesgo, tales como: mujeres, jóvenes, HSH, indígenas, trabajadoras del sexo comercial, UDI, poblaciones móviles y personas privadas de la libertad.
- Promover, suministrar y distribuir condones a la población en general y garantizar su acceso a grupos con prácticas de riesgo, a través de los servicios de atención en salud sexual.
- Desarrollar la capacidad técnica y vigilar el cumplimiento de la normatividad vigente, en grupos seleccionados del personal de salud y docentes para responder a las necesidades de atención, información y educación en sexualidad y en el VIH/SIDA e ITS.
- Reducir 15% la prevalencia de VIH/SIDA e ITS con especial atención en las y los jóvenes.
- Garantizar el desarrollo de estrategias preventivas específicas para las y los adolescentes con prácticas de riesgo y mayor vulnerabilidad para la adquisición del VIH/SIDA e ITS.
- Incrementar el uso correcto del condón en poblaciones con prácticas de riesgo y mayor vulnerabilidad.

**Promoción para el autocuidado de la salud:**

- Informar al 100% de adolescentes inscritos en escuelas de nivel medio superior o en contacto con servicios de salud, sobre el autocuidado de su salud con énfasis en salud sexual, adicciones, accidentes y violencias.

**Familia y escuela:**

- En cada entidad federativa crear en escuelas secundarias, tres grupos piloto de autoayuda para adolescentes.

**Cáncer:**

- Detectar y referir al 100% de los casos de leucemia que se identifiquen.

**Salud Ambiental:**

- Detectar riesgos ambientales.

## **Estrategias, líneas de acción y actividades**

Para dar cumplimiento a los objetivos del presente programa se desarrollarán las siguientes estrategias:

### **Estrategia 1: Desarrollo de normas conjuntas para las acciones esenciales de salud de las y los adolescentes.**

Concertar con las instituciones del sector salud y de los sectores involucrados, los lineamientos técnicos para definir y promulgar una norma técnica explícita para la atención a la salud de las y los adolescentes.

#### **Líneas de Acción:**

- 1.1.** Concertación con dependencias del sector salud para definir las acciones esenciales y desarrollo de contenidos normativos del sector.
- 1.2.** Elaboración y concertación de las bases para la organización y planeación del Programa en los ámbitos federal, estatal, municipal y local y las bases para la planeación.
- 1.3.** Edición y propuesta de la normatividad.
- 1.4.** Difusión de la normatividad y los procedimientos técnicos.

### **Estrategia 2: Capacitación al personal de salud, con enfoque a desarrollo humano.**

Integrar la formación técnica y humanística del personal de salud que labora en los diferentes niveles de la estructura del sector para mejorar la calidad de los servicios y promover la atención integrada del adolescente, así como la satisfacción armónica de las necesidades del prestador y de la comunidad.

#### **Líneas de Acción:**

- 2.1.** Diagnóstico de necesidades de capacitación.
- 2.2.** Establecimiento de contenidos técnicos.
- 2.3.** Inclusión de diseño psicopedagógico para la instrumentación.
- 2.4.** Instrumentación de estrategias presenciales y a distancia para la difusión de instrumentos de apoyo didáctico para la capacitación de prestadores y de la comunidad.
- 2.5.** Refuerzo de la operación de los centros estatales y regionales de capacitación de la SSA e incentivar la participación de todas las instituciones del Sector Salud.

**2.6.** Evaluación del impacto de las actividades de capacitación.

**2.7.** Vinculación con instituciones formadoras de recursos humanos para la salud.

**Estrategia 3: Fortalecimiento de la respuesta social organizada a través de la coordinación sectorial e intersectorial.**

Promover, apoyar y uniformar la prestación de servicios del Programa, tanto en las instituciones del sector salud, como en los organismos públicos descentralizados y en todas las dependencias del gobierno federal que potencialmente tienen responsabilidades afines al Programa, con la finalidad de que las acciones alcancen simultáneamente una mayor efectividad en el grupo blanco.

**Líneas de Acción:**

**Coordinación sectorial:**

**3.1.** Fortalecer la coordinación para las actividades permanentes e intensivas del Programa.

**3.2.** Elaborar y concertar las bases para la coordinación del Programa con las instituciones que integran el sector en los niveles federal, estatal, municipal y local.

**3.3.** Difundir normas y mecanismos de coordinación a través de los servicios estatales de salud.

**Coordinación intersectorial:**

**3.4.** Definir, establecer y aplicar mecanismos de coordinación con las dependencias relacionadas con el Programa.

**3.5.** Elaborar y concertar las bases para la coordinación del Programa con las agencias internacionales y organismos no gubernamentales que apoyan al sector en los niveles federal, estatal, municipal y local.

**3.6.** Gestionar el apoyo de las dependencias y organizaciones a las actividades del Programa.

**Estrategia 4: Promoción de la salud.**

Ofrecer información, comunidades y capacitación a las y los adolescentes, padres, maestros y comunidad, para que adopten conductas saludables en lo individual y colectivo, así como en la protección del medio ambiente.

**Líneas de Acción:**

**4.1.** Hacer uso de los convenios con instituciones gubernamentales y no gubernamentales y bajo el modelo de comunidades saludables, integrar proyectos que permitan vincular la comunidad con acciones la salud.

**Fortalecimiento de los grupos organizados en las comunidades:**

**4.2.** Fomentar la participación comunitaria.

**4.3.** Desarrollar el auto cuidado de la salud del adolescente.

**Estrategia 5: Mercadotecnia y movilización social.**

Orientada hacia el posicionamiento de la salud de las y los adolescentes entre los diferentes públicos objetivo, a través de los diversos canales, medios de comunicación y movilización social.

**Líneas de Acción:**

**Campañas de comunicación:**

**5.1.** Diseñar campañas efectivas de comunicación, a fin de lograr una mayor cobertura de información e impacto entre la población.

**5.2.** Difundir a los servicios estatales y entidades del Sistema Nacional de Salud, las estrategias, los mensajes y los materiales de campaña para la unificación de imagen y criterios.

**5.3.** Brindar apoyo y asesoría a las entidades federativas con rezago o bien para aquellas que soliciten el diseño de estrategias de comunicación focalizadas.

**Coordinación y vinculación:**

**5.4.** Concertar las estrategias de comunicación y movilización social con las diversas instancias involucradas para la coordinación, unificación de criterios, instrumentación y seguimiento.

**5.5.** Vinculación con las áreas correspondientes para el cumplimiento de la normatividad y la aplicación de los recursos asignados.

**Distribución y patrocinios:**

**5.6.** Identificar y concertar con los sectores público, social y privado apoyos y acciones específicas, de participación directa en las actividades del Programa a través de financiamiento, donación, difusión, producción y distribución de materiales.

**5.7.** Establecer un sistema de apoyos permanentes por parte de los sectores público, social y privado. Evaluación de campañas promocionales.

**5.8.** Conocer y caracterizar a las diferentes audiencias blanco y personajes clave, así como sus preferencias comunicacionales, costumbres, prácticas y actitudes frente a la salud para el diseño e instrumentación de estrategias y campañas de comunicación eficaces.

**5.9.** Evaluar la percepción e impacto de las campañas de promoción, las estrategias y los productos comunicativos distribuidos.

### **Estrategia 6: Fomento a la investigación operativa.**

Favorecer la sistematización e integración de las acciones de investigación relacionadas con la operación de los componentes del Programa Nacional, proveer información científica para toma de decisiones, modulación y articulación de las acciones de salud.

#### **Líneas de Acción:**

##### **Desarrollo de líneas de investigación:**

**6.1.** Realizar consenso interinstitucional sobre prioridades de investigación.

**6.2.** Difundir las líneas de investigación.

**6.3.** Elaboración de proyectos.

##### **Apoyo a proyectos de investigación:**

**6.4.** Asesoría para la elaboración de proyectos, búsqueda de información, fuentes de financiamiento y publicación.

### **Estrategia 7: Transformación del sistema de información.**

Modificación del sistema de información y evaluación y sus herramientas informáticas de apoyo para que aporte información sectorial útil para la toma de decisiones.

#### **Líneas de Acción:**

##### **Adecuación tecnológica:**

**7.1.** Rediseñar los sistemas de información.

**7.2.** Utilizar las redes institucionales.

##### **Alta capacidad en sistemas:**

**7.3.** Actualizar a los desarrolladores sobre el uso de nuevas herramientas informáticas.

**7.4.** Educar a distancia para la operación y uso de los sistemas.

**Fortalecimiento de la operación informática:**

**7.5.** Diagnosticar la existencia de equipo y personal.

**7.6.** Gestionar apoyos humanos, tecnológicos y financieros.

**Vigilancia de la operación y uso de sistemas:**

**7.7.** Supervisar la operación y el uso.

**7.8.** Evaluar el desempeño y el uso.







## IV. Cómo medimos los avances

---





## IV. Cómo medimos los avances

### Información

La estructura actual del sistema de información del Programa, se basa en los sistemas institucionales para población abierta y de seguridad social que integran el Sistema Nacional de Información en Salud. Su objetivo es disponer de información pertinente, oportuna, completa y confiable para el seguimiento de las acciones y la evaluación del impacto del Programa.

Para lograrlo, se mantendrá coordinación con las Direcciones Generales de la Secretaría de Salud (SSA) que norman y operan los sistemas y con las áreas que generan información de las instituciones de Seguridad Social, lo que favorecerá la generación y utilización de la información por los niveles locales y estatales.

Otros sistemas institucionales que participan en la alimentación de la información, son el Sistema Único de Información (SUI), del régimen obligatorio del IMSS y el Sistema Integral de Información (SII) del ISSSTE.

Ante las nuevas responsabilidades y actividades que implican la atención a la salud de la población adolescente, es indispensable la transformación del sistema de información, la cual se realizará durante los primeros 2 años de operación del programa, reforzando su carácter sectorial y unificando las acciones a registrar por las instituciones del sector salud. Debe conservarse el flujo actual de la formación desde el nivel operativo hasta el delegacional, estatal y nacional, así como la generación de reportes que sean de utilidad para los niveles operativos y el de tomadores de decisiones.

### Supervisión

La supervisión considerada como parte de la fase de control en el desarrollo de cualquier programa, es una herramienta fundamental para tomar decisiones de carácter técnico y administrativo.

**Por tanto, las acciones de supervisión están encaminadas a:**

- Vigilar el cumplimiento de la normatividad del Programa de Atención a la Salud de la Infancia, en los diferentes niveles de los servicios de salud en los ámbitos nacional, estatal, municipal y local, de las instituciones del Sector.
- Propiciar que las acciones de supervisión sean de carácter interinstitucional.
- Verificar de manera permanente el cumplimiento de metas y coberturas del Programa en las 32 entidades federativas, dando prioridad a aquellas en que se detecten problemas en la operación.
- Identificar oportunamente problemas técnicos o administrativos y proponer alternativas de solución.
- Mejorar la capacidad técnica y resolutive de los Servicios de Salud en las entidades federativas, mediante la asesoría continua o capacitación directa en servicio al personal involucrado.

## **Evaluación**

La evaluación se realizará para estructura, proceso y resultado con base en indicadores específicos que darán seguimiento a las metas definidas en el Programa Nacional de Salud y en este Programa.

La información se recabará durante visitas a los estados y a partir de las diversas fuentes referidas en el capítulo de información, de tal forma que se cuente con evaluaciones en forma parcial cada tres meses en el ámbito federal y mensual en el resto de los niveles, incluyendo solamente los indicadores que se generen con esa periodicidad y global anualmente, en donde se incluirán todos los indicadores que se generen a través de los sistemas formales de información.

Además existen algunos indicadores que dependen de la realización de encuestas probabilísticas, por lo que para estos se tomará como referencia la Encuesta Nacional de Salud realizada en el año 2000.

Cabe señalar que, independientemente de que la información ascienda desde las unidades aplicativas hasta el nivel nacional, debe analizarse a todos los niveles.

## **Vinculación del Programa de Acción Adolescencia con otros programas de acción del Programa Nacional de Salud**

### **Programa de Salud Reproductiva**

Relacionar las acciones de las adolescentes con la consejería en planificación familiar, en la atención amigable a las y los adolescentes, en el Programa de Arranque Parejo en la Vida que tiene vinculación estrecha con la atención de las adolescentes embarazadas y sus hijos hasta los dos años de edad.

Las Unidades de Atención Amigables a los adolescentes son un servicio intermedio entre el primero y el segundo nivel de atención.

### **Programa de Promoción de la Salud**

La relación más importante es la actividad de Comunidades Saludables y Educación Saludable, por medio del cual se canalizará a los adolescentes para exámenes médicos y para diagnóstico y resolución de problemas de salud detectados con pruebas de tamiz en los comités de salud escolar.

### **Programa de Migrantes “Vete Sano y Regresa Sano”**

60% de los migrantes mexicanos en el interior de la República y los que se mueven al extranjero son menores de 20 años, el programa de adolescentes hará énfasis en aquellos municipios en las entidades de alta movilidad aplicando el MIDAS como el modelo universal de atención a la población.

### **Programa de Control del VIH/SIDA**

Se vinculará en las cuatro acciones básicas, educación para la salud, protección, detección y manejo de casos.

### **Programa de Control y Prevención de Adicciones**

Participa tanto en los aspectos técnicos para detección y manejo de factores de riesgo para adicciones en el primer nivel de atención, así como en la detección oportuna de problemas adictivos en los adolescentes, su manejo y referencia con apoyo de los 240 Centros de Integración Juvenil y unidades de salud especializadas.

### **Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud**

El vínculo es fundamental, ya que la atención integrada conlleva la mayoría de la calidad de atención, además de incrementar la eficiencia de las unidades de primer nivel de atención a través del incremento del uso de los servicios y la optimización de las acciones por medio del mejoramiento continuo de la referencia y contrarreferencia.



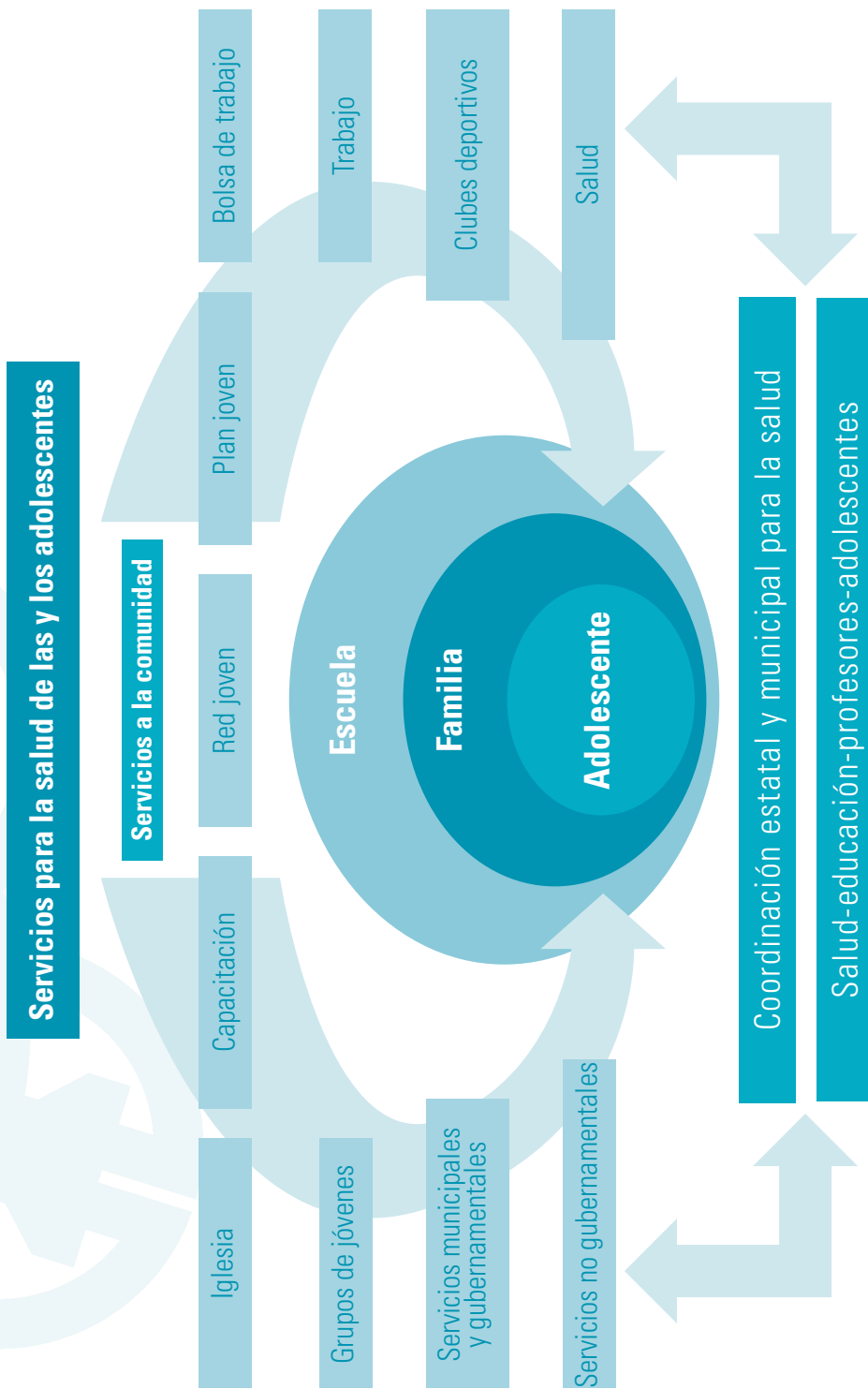
# V. Anexos





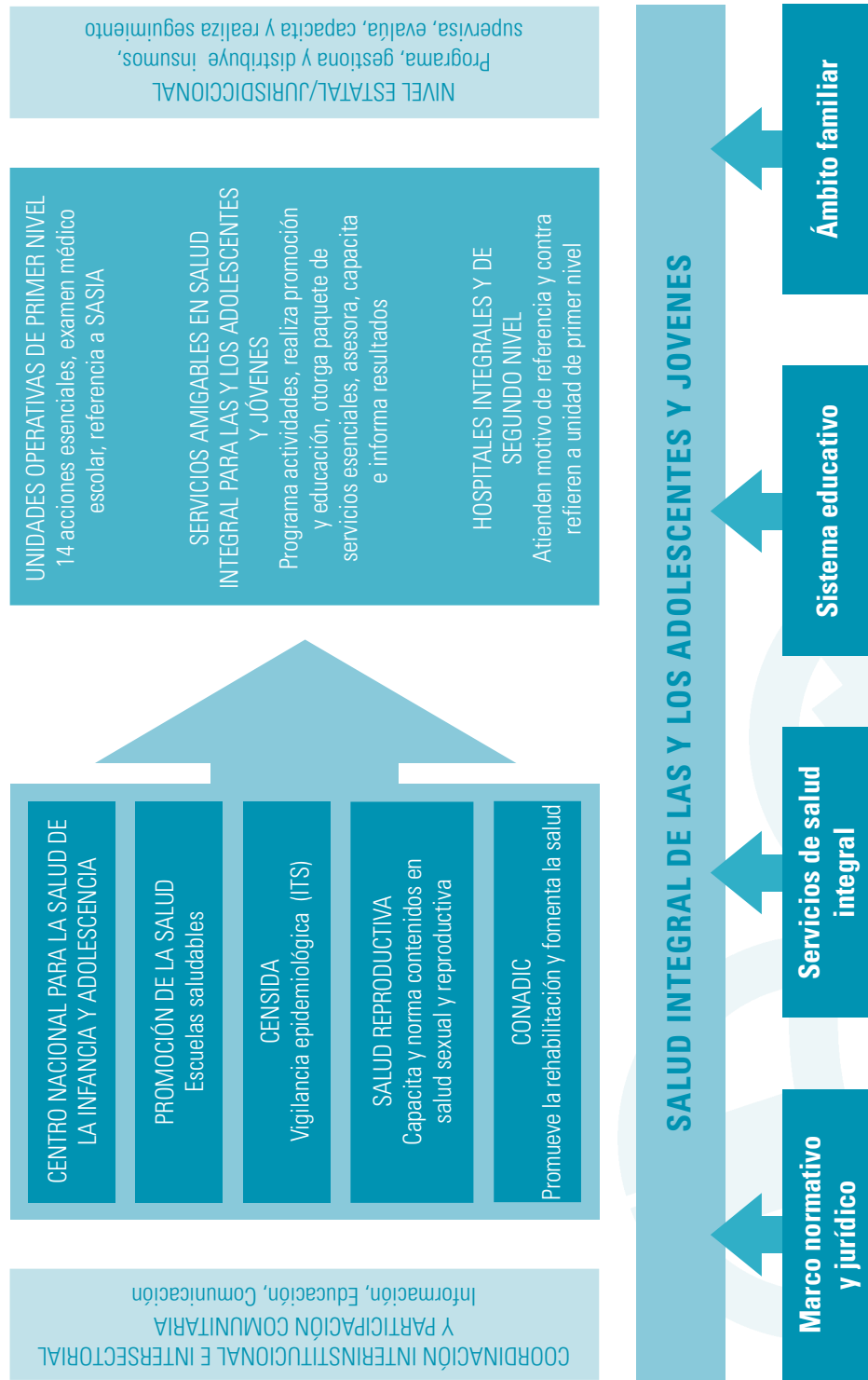


**Anexo 1**  
**Modelo integrado de atención a la salud de las y los adolescentes**



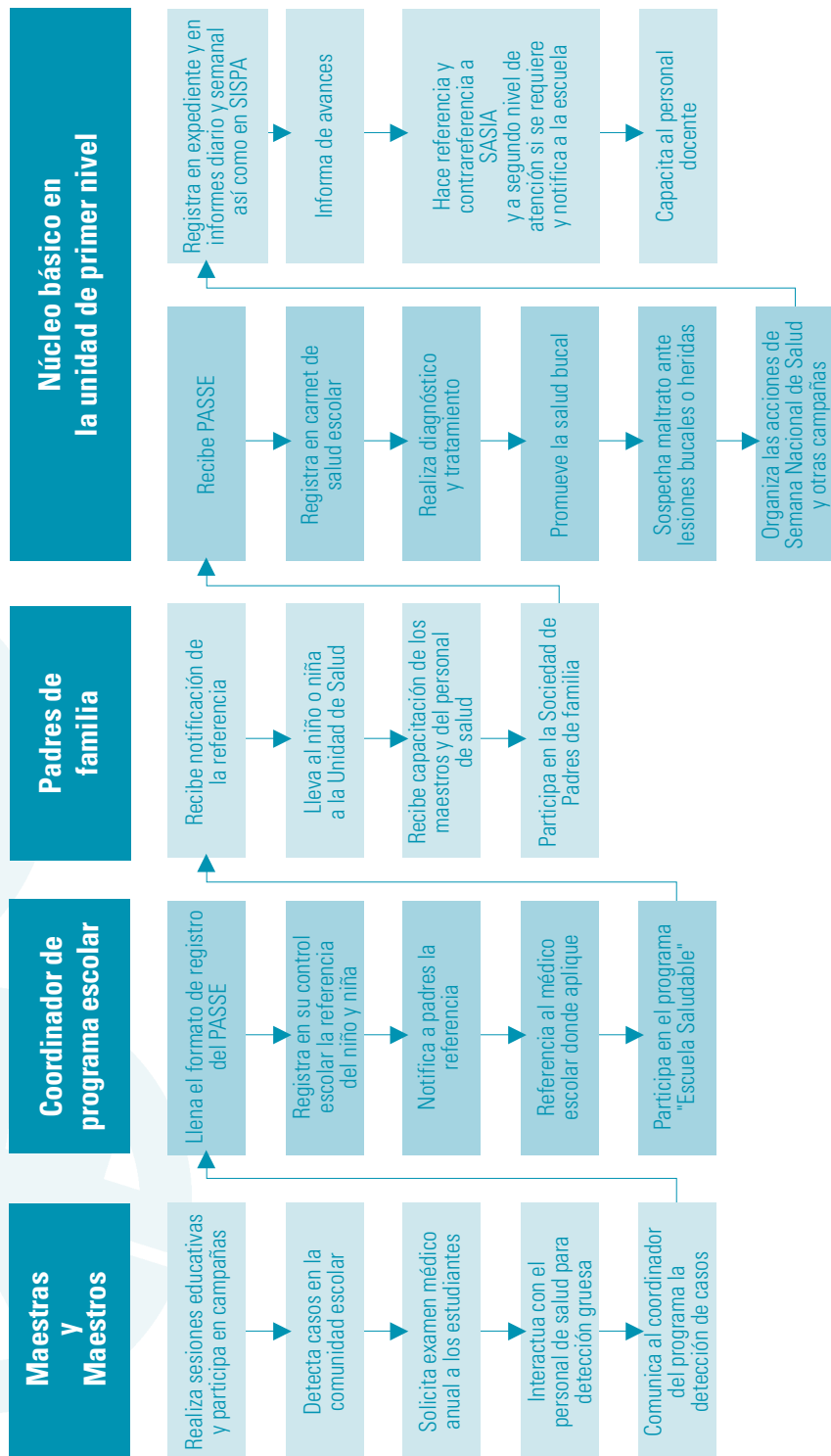
Fuente: Modificado de: Moreno, Elsa y col. Lineamientos para la programación de la salud integral del adolescente y módulos de la atención. OPS, Kellogg, 2001.

**Anexo 2**  
**Organización de los servicios de salud para la atención de las y los adolescentes**  
 (Normatividad, Supervisión, Asistencia técnica, Evaluación, Coordinación y Capacitación)



Fuente: Modelos de atención a la salud reproductiva. Dirección General de Salud Reproductiva. 2002.

**Anexo 3**  
**Atención integrada a las y los adolescentes desde el Programa de Escuelas Saludables hasta los programas del Sector Salud**



**\*Atención integrada**

\*Fuente: Programa de Escuelas Saludables. Dirección General de Promoción de la Salud. 2002.



# VI. Apéndice

---





## Abreviaturas y acrónimos

- CARA.** Centros de Atención Rural al Adolescente.
- CEBETIS.** Centros de Bachillerato Tecnológico Industrial y de Servicios.
- CETIS.** Centro de Educación Técnica Industrial y de Servicios.
- CIEX.** Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Revisión.
- COBAES.** Colegios de Bachilleres Estatales.
- CONADIC.** Consejo Nacional contra las Adicciones.
- CONALEP.** Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica.
- CONAPO.** Consejo Nacional de Población y Vivienda.
- CNSIA.** Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia.
- CPOD.** Dientes Cariados Perdidos y Obsturados en Dentición.
- D.F.** Distrito Federal.
- DGE.** Dirección General de Epidemiología.
- DIF.** Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.
- ENA.** Encuesta Nacional de Adicciones.
- HSH.** Hombre que Tiene Sexo con Hombres.
- IMC.** Índice de Masa Corporal.
- ITS.** Infecciones de Transmisión Sexual.
- MIDAS.** Modelo Integrado de Atención a la Salud.
- OMS.** Organización Mundial de la Salud.
- ONG.** Organismo No Gubernamental.
- OPS.** Organización Panamericana de la Salud.
- PASA.** Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia.
- RSO.** Respuesta Social Organizada.
- SASIA.** Servicio de Atención a la Salud Integral a la Adolescencia.
- SII.** Sistema Integral de Información.
- SR.** Sarampión Rubéola.
- SRP.** Sarampión Rubéola y Parotiditis.
- SUI.** Sistema Único de Información.
- SSA.** Secretaría de Salud.
- Td.** Toxide Tetánico-difterico.
- TV.** Televisión.
- UDI.** Usuario de Drogas Intravenosas.
- UNAM.** Universidad Nacional Autónoma de México.
- VIH/SIDA.** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.



## **Bibliografía**

- 1.** Anuario Estadístico de la Secretaría de Salud y los Servicios de Salud de los Estados 1999. Dirección General de Estadística e Informática, SSA.
- 2.** Belsasso, Guido. Adicciones y Salud Mental. Conferencia magistral. Comisionado del Consejo Nacional contra las Adicciones. XVIII Congreso "El Adolescente y su Circunstancia", Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey campus Ciudad de México, 8 de junio de 2001.
- 3.** Burt R, Martha. ¿Por qué debemos invertir en el adolescente?, (Conferencia Salud Integral de la adolescencia y jóvenes de América Latina y el Caribe, 9-12 de julio de 1996), OPS, Fundación W. K. Kellogg, Washington, D. C, 1998.
- 4.** Comunidad solidaria. Estrategia del IMSS-Solidaridad de educación para la salud sexual y reproductiva de adolescentes, jóvenes y adultos. IMSS-SOLIDARIDAD, MEXICO, 2000. Comunidad Solidaria. Estrategia del IMSS-solidaridad de Educación para la Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes, jóvenes y adultos. IMSS Solidaridad, México, 2000. RESUMEN.
- 5.** CONADIC, SSA. El Consumo de drogas en México. Diagnóstico, Tendencias y Acciones. 1998.
- 6.** Conocimientos actuales sobre nutrición. Ekhard E. Ziegler. International life sciences Institute. Séptima edición publicación científica 565 de la Organización Panamericana de la Salud.1997.
- 7.** Dirección General de Estadística e Informática. Mortalidad 1998, Secretaría de Salud, México. 1999.
- 8.** Dirección General de Salud Reproductiva. Programa 2001-2006. Secretaría de Salud.
- 9.** Dirección General de Promoción a la Salud. Programa de Escuelas Saludables. 2001-2006.
- 10.** El adolescente. Enrique Dulanto G. Editorial McGraw Interamericana. México. 2000.
- 11.** El consumo de drogas en México: Diagnóstico, tendencias y acciones. CONADIC, SSA, Cap. 2, 3 y 5.
- 12.** El enfoque del marco lógico una herramienta de fortalecimiento institucional. José Romero Keith. Foro de apoyo mutuo. OPS.
- 13.** Encuesta Nacional de Adicciones 1998. Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Psiquiatría, Consejo Nacional contra las Adicciones, SSA.
- 14.** Encuesta Nacional de Juventud 2000 (ENJ), Resultados Preliminares. Instituto Mexicano de la Juventud, Secretaría de Educación Pública, México, Noviembre del 2000.
- 15.** Estado Mundial de la Infancia 2000.
- 16.** Evaluación del programa de salud sexual y reproductiva para adolescentes. Secretaría de Salud.
- 17.** De la Rosa, Montañó Blanca Mercedes. Marco Conceptual en Factores de riesgo para el consumo de drogas ilegales en adolescentes mexicanos (tesis) UNAM, 1997 p. p. 56,181.
- 18.** Ginéz Navarro, D. Accidentes en el Hogar. Encuesta en 10 000 hogares del Distrito Federal. Salud Pública de México, XV: 327-336. 1973.
- 19.** Health Canada/ OPS Salud de la Población. Conceptos y estrategias para políticas públicas saludables. La perspectiva canadiense. 2000.
- 20.** Ley General de Salud. México. Editorial Porrúa. 7ª. Edición 2001.
- 21.** Moreno Elsa, Serrano Carlos, García Luis Tomás, Maddaleno Matilde, Ruzani Maria Elena. Lineamientos generales para la programación de la salud integral del adolescente y módulos de Atención. OPS, OMS, Fundación W. F. Kellogg.

22. Maddaleno Matilde, Minist Mabel M, Serrano Carlos V, Silver Tomas J, Suárez Ojeda Elbio, Yunes Joao. La salud del adolescente y del joven, OPS, Washington, No. 552, 1995. RESUMEN.
23. Moreno Elsa, Serrano Carlos, García Luis Tomás, Maddaleno Matilde, Ruzani Helena. Lineamientos para la programación de la Salud Integral del Adolescente y módulos de atención, OPS, OMS, Fundación W. F. Kellogg.
24. Mujeres y hombres de México. INEGI. Segunda edición, 1998.
25. OPS/ FNUAP. 2 Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva. 2000.
26. Organización Panamericana de la Salud. Publicación científica No. 569. La Salud en las Américas 1998. Volumen I. Edición 1998, pp. 339-345.
27. Programa Nacional de Salud 00-06. Programa Mujer y Salud Adolescentes, 1-8. Schiavon Raffaella. Population Council. Documento mimeografiado, diciembre 2000.
28. Programa para la Promoción de la Salud Integral de la adolescencia (PROSIA) Dirección General de Promoción de la Salud, SSA, México. 2001.
29. Qué ocurre con los muchachos. Revisión bibliográfica sobre la salud y desarrollo de los muchachos adolescentes WHO/ FCH/ CAN/ 007 OPS.
30. Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes en énfasis en salud sexual y reproductiva. Centro de Estudios de Población CENEP. Buenos Aires Argentina.
31. Revisión Nacional de Salud Escolar y Universitaria. OPS/OMS. (UNAM). Cap. VI, XI, XII, XIV, XV.
32. Reporte 27, Noviembre de 1999, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, p. p 12,15.
33. Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones SEED 2000. Dirección General de Estadística e Informática, SSA.
34. Tuirán Rodolfo, Zuñiga Elena, Zubieta Beatriz, Delgado David, Estrada Liliana, Camarena Rosas María. Situación actual de las y los jóvenes en México. Diagnóstico sociodemográfico, Capítulo I, II, III, VIII. Serie de documentos técnicos. Consejo Nacional de Población, 1ª. Edición noviembre del 2000: 1-27, 54-80. México.
35. Tratado de pediatría. Richard E. Behrman. 14ª edición. Interamericana Mc. Graw- Hill.1992.
36. Vera Rodrigo. Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva en la Atención Primaria de la Salud. VIII Seminario Internacional sobre Atención Primaria de Salud: "La Atención Primaria para garantizar Salud para todos en el siglo XXI". 19-22 de octubre de 1999. La Habana, Cuba.
37. Villatorio y col. Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal. Encuesta en Población de Enseñanza Media y Superior, Medición otoño 1997. Instituto Nacional de Psiquiatría, SSA.

#### **Bibliografía Marco Jurídico**

38. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Editorial Sista, Edición 2001, pp. 4-5.
39. Agenda Civil 2001. Ediciones Fiscales 2001, capítulo III, pp. 1 -17.
40. Diario Oficial de la Federación. 30 de mayo de 2000.

Programa de Acción: **Programa de atención a la salud de la adolescencia**

Primera edición: 3000 ejemplares

Se terminó de imprimir en junio de 2002





# Programa Nacional de Salud 2001-2006

Estrategia

**2** Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres



[www.ssa.gob.mx](http://www.ssa.gob.mx)