
Capítulo 3

Fortalecimiento y consolidación de las políticas de Salud Pública con enfoque de género y énfasis en diabetes mellitus e hipertensión arterial, adolescentes en riesgo de embarazo no deseados y adicciones

Memoria

Dra. María de Lourdes Cruz Valencia
Coordinadora

Dr. Raymundo Arróyave Rodríguez
Lic. Enf. María Cristina Martínez Ayala
M.C. Blanca Mirthala Tamez Valdez
Dr. Guillermo Rodríguez Uribe
Dr. Guillermo Maltos Cerda

Contenido

Resumen ejecutivo de la propuesta

I. Introducción

II. Panorama epidemiológico de diabetes mellitus y la hipertensión arterial en México en el Estado de Nuevo León.

- II.1 Perfil epidemiológico (nivel nacional)
- II.2 Mortalidad general, esperanza de vida y natalidad (nacional)
- II.3 Mortalidad en adultos mayores (nacional)
- II.4 Población del Estado de Nuevo León, Apodaca, Dr. González y Rayones
- II.5 Prevalencia de la diabetes mellitus y de la hipertensión arterial (Nuevo León)
- II.6 Mortalidad general, esperanza de vida y natalidad (Nuevo León)
- II.7 Mortalidad por diabetes mellitus e hipertensión arterial (Nuevo León)

III. Situación actual de adolescentes en riesgo de embarazos no deseados y adicciones

- III. 1 Panorama sociodemográfico
- III. 2 Población adolescente
- III. 3 Embarazos no deseados
- III. 4 Adicciones

IV. Políticas de Salud

V. Planteamiento del problema

VI. Propuesta

VII. Objetivo general *Ver nota al final del índice

- VII.1 Objetivos específicos

VIII. Metodología-Marco Lógico

- VIII.1 Análisis de involucrados
- VIII.2 Apodaca: Árbol de problemas, objetivos y alternativas en: diabetes mellitus e hipertensión arterial.
- VIII.3 Apodaca Matriz del Marco Lógico de diabetes mellitus e hipertensión arterial.
- VIII.4 Apodaca: Árbol de problemas, objetivos y alternativas de embarazo en adolescentes.
- VIII.5 Apodaca: Matriz del Marco Lógico de embarazo en adolescentes.
- VIII.6 Apodaca: Árbol de problemas, objetivos y alternativas de adicciones en adolescentes.
- VIII.7 Apodaca: Matriz del Marco Lógico de adicciones en adolescentes.
- VIII.8 Dr. González: Árbol de problemas, objetivos y alternativas de: diabetes mellitus e hipertensión arterial.

- VIII.9 Dr. González: Matriz del Marco Lógico de diabetes mellitus e hipertensión arterial.
- VIII.10 Dr. González: Árbol de problemas, objetivos y alternativas de embarazo en adolescentes.
- VIII.11 Dr. González: Matriz del Marco Lógico de embarazo en adolescentes.
- VIII.12 Dr. González: Árbol de problemas, objetivos y alternativas de adicciones en adolescentes.
- VIII.13 Dr. González: Matriz del Marco Lógico de adicciones en adolescentes.
- VIII.14 Rayones: Árbol de problemas, objetivos y alternativas de diabetes mellitus e hipertensión arterial.
- VIII.15 Rayones: Matriz del Marco Lógico de diabetes mellitus e hipertensión arterial.
- VIII.16 Rayones: Árbol de problemas, objetivos y alternativas de embarazo en adolescentes.
- VIII.17 Rayones: Matriz del Marco Lógico de embarazo en adolescentes.
- VIII.18 Rayones: Árbol de problemas, objetivos y alternativas de adicciones en adolescentes.
- VIII.19 Rayones: Matriz del Marco Lógico de adicciones en adolescentes.

IX. Diagnóstico situacional y propuesta de fortalecimiento y consolidación de la perspectiva de género en la administración de la Salud pública con énfasis en diabetes mellitus e hipertensión arterial, adolescentes en riesgo de embarazo no deseado y adicciones en el municipio de Apodaca.

X. Diagnóstico situacional y propuesta de fortalecimiento y consolidación de la perspectiva de género en la administración de la Salud pública con énfasis en diabetes mellitus e hipertensión arterial, adolescentes en riesgo de embarazo no deseado y adicciones en el municipio de Dr. González.

XI. Diagnóstico situacional y propuesta de fortalecimiento y consolidación de la perspectiva de género en la administración de Salud pública con énfasis en diabetes mellitus e hipertensión arterial, adolescentes en riesgo de embarazo no deseado y adicciones en el municipio de Rayones.

XII. Cronograma de actividades

- XII. 1 Cronograma de actividades (programación)
- XII. 2 Cronograma de actividades (cumplimiento)

XIII. Glosario de términos empleados

XIV. Bibliografía

XV. Anexos

- XV.1 Sensibilización (concentrado)

- XV.2 Sensibilización a: Funcionarios (as) del 2° al 6° nivel de la Secretaría de Salud
- Concentrado
 - Orden del día
 - Minuta
 - Lista de asistencia
- XV.3 Sensibilización a: C. Alcaldes, Regidores (as) y Funcionarios (as) de 2° al 6° nivel
- Concentrado
 - Orden del día
 - Minuta
 - Lista de asistencia
- XV.4 Sensibilización a: C. Alcalde, Regidores (as) y Funcionarios (as) de Dr. González
- Concentrado
 - Orden del día
 - Minuta
 - Lista de asistencia
- XV.5 Sensibilización a: C. Alcalde, Regidores (as) y Funcionarios (as) de Rayones
- Concentrado
 - Orden del día
 - Minuta
 - Lista de asistencia

XVI. Capacitación

- XVI.1 Capacitación Concentrado
- XVI.2 Equipo de Salud responsable del proyecto de Salud
- Concentrado
 - Orden del día
 - Minuta
 - Lista de Asistencia
- XVI.3 Capacitación a personal de la Secretaría de Salud de nivel Estatal
- Concentrado
 - Orden del día
 - Minuta
 - Lista de asistencia
- XVI.4 Capacitación al personal de salud de la Jurisdicción Sanitaria No. 6
- Concentrado
 - Orden del día
 - Minuta
 - Lista de asistencia
- XVI.5 Capacitación a funcionarios (as) del municipio de Apodaca
- Concentrado
 - Orden del día
 - Minuta
 - Lista de asistencia

XVI.6 Capacitación a funcionarios (as) del municipio de Dr. González

- Concentrado
- Orden del día
- Minuta
- Lista de asistencia

XVI.7 Capacitación a funcionarios (os) del municipio de Rayones

- Concentrado
- Orden del día
- Minuta
- Lista de asistencia

* Nota: Los documentos correspondientes a los incisos VIII al XII, XV y XVI se incluyen en un CD anexo al TOMO III.

Resumen ejecutivo de la propuesta

La presente propuesta contempla la incorporación de la perspectiva de género en la administración de las políticas de salud pública con especial énfasis en diabetes mellitus, hipertensión arterial y adolescentes en riesgo de embarazos no deseados y adicciones en Nuevo León. Ésta se desarrolló a través de convenios de colaboración con la Secretaría Estatal de Salud y los Municipios de Apodaca, Dr. González y Rayones, enmarcados en tres etapas.

Etapas I: (Septiembre a diciembre de 2008)

Contempla cinco fases en las cuales se establecieron las bases para institucionalización de la perspectiva de género, en los planes, programas y presupuestos de la Administración de Políticas de Salud Pública.

Etapas II: (Enero a noviembre de 2009)

Contempla la incorporación de la perspectiva de género en la planeación, programación y presupuestación en la administración de Salud Pública con énfasis en diabetes mellitus e hipertensión arterial, adolescentes en riesgo de embarazo y adicciones en los Municipios de: Apodaca, Dr. González y Rayones. Previa validación con las Normas Oficiales Mexicanas que rigen el sector Salud, que requieren actualización a través de la homologación y armonización para que estén alineadas a los presupuestos que se ofrecen con estos proyectos realizados.

Etapas III: Noviembre 2009

Considera el análisis y la evaluación con enfoque de género de los programas de diabetes mellitus, hipertensión arterial, adolescentes en riesgo de embarazo y adicciones. La etapa I, en sus 5 fases se realizó dentro del periodo de septiembre a diciembre del 2008 en los municipios pilotos; las Etapas: II y III se contemplan que se aborden en el año 2009 permeando gradualmente en toda las áreas de la administración de Salud Pública Municipal de manera transversal, aspirando a la consolidación de la perspectiva de género en las políticas Públicas Municipales y de la Secretaría de Salud de manera alineada, armonizada y homologada en la vertiente jurídica, y aplicada o en procesos operativos y corresponsales entre los niveles estatales y municipales con la población en riesgo, para influir afirmativamente en mujeres y hombres en el cuidado de su salud y en el control de sus enfermedades, optimizando todos los recursos humanos, de infraestructura y financiamientos a través de estas herramientas de transversalización de la perspectiva de género.

Debilidades:

Personal de salud, responsable de la elaboración de la propuesta de salud, sin formación en criterios de perspectiva de género, por lo que se requirió la capacitación de Transversalización de la perspectiva de género en políticas de salud pública.

Fortalezas:

- Se contó con un equipo de salud capacitado en Transversalización de la perspectiva de género en la administración de las políticas de salud pública.
- Se logró la sensibilización de los funcionarios(as), formalizando convenios de colaboración y mostrando interés para integrar la perspectiva de género y la metodología del Marco Lógico en otros problemas de desarrollo social.
- Aceptación de la *Propuesta: fortalecimiento y consolidación de la perspectiva de género en la administración de salud pública con énfasis en diabetes mellitus e hipertensión arterial, adolescentes en riesgo de embarazos no planeados y adicciones.*

Amenazas: Período de transición política, con cambios de servidores públicos.

Conclusiones

Son dos los problemas de género que afectan la administración de salud pública en Nuevo León y que repercuten en la atención a la salud de la población. El primero se refiere a que los responsables de los programas de salud estatal y municipal están representados de manera desigual entre hombres y mujeres en las instituciones públicas: en la Secretaría de Salud el 55 % de los servidores públicos de nivel estatal son hombres y el 45 % son mujeres. En los municipios de Apodaca, Dr. González y Rayones, el 81% son hombres y el 19% son mujeres, de éstas ninguna ocupa el puesto de alcaldesa, lo que se traduce en una discriminación hacia las mujeres.

El segundo problema es que hay una falta de análisis con enfoque de género en los programas de Salud Pública, que limitan un diagnóstico diferencial entre hombres y mujeres, repercutiendo de manera directa en la asignación de recursos específicos para la atención concreta de la salud entre hombres y mujeres.

La determinación de la inclusión de la perspectiva de género en las políticas de Salud Pública es fundamental para disminuir la desigualdad e inequidad entre hombres y mujeres. La falta de sensibilidad en los responsables de la planificación, programación, presupuestación y evaluación de los programas de Salud Pública ha derivado en una desigualdad entre hombres y mujeres en la asignación de recursos, en su estado de salud y en la atención sanitaria, esta falta de conciencia de los servidores públicos ha llevado a ignorar los sistemas de género, como determinantes claves de la desigualdad social.

I. Introducción

La incorporación de la perspectiva de género en las políticas de salud pública supone la determinación del avance hacia la igualdad de género como meta esencial y como fin último, desde la cual se han de definir todos los objetivos, metas y asignación de recursos involucrados en la prevención y restauración del estado de salud de la población. La aplicación del análisis de la perspectiva de género debe considerarse no sólo al elaborar el diagnóstico de la situación de salud de una población determinada ni al evaluar los resultados de los programas aplicado; el análisis con perspectiva género ha de centrarse en las políticas de salud pública que refuercen las estructuras existentes (*Políticas de Investigación en Salud*: María del Mar García Calvente, María Luisa Jiménez Rodrigo, Emilia Martínez Morante); no se trata, pues, de considerar a ambos sexos de la misma manera, sino de tener en cuenta las diferencias biológicas y socioculturales. La Organización Mundial de la Salud considera que se trata de atender a las necesidades concretas de mujeres y hombres con el fin de alcanzar la igualdad de género.¹

Se propuso integrar la perspectiva de género en las políticas de Salud Pública a nivel Estatal, Municipal, Jurisdiccional y Local, para avanzar hacia la equidad y la igualdad entre mujeres y hombres además de aumentar la cobertura, la eficacia y la eficiencia de las intervenciones y programas. Para ello se plantea un modelo de intervención en Administración de Salud Pública que contemple el análisis, la planeación, la programación, la presupuestación, la operación y la evaluación, tomando como eje transversalizador la perspectiva de género que incluya: el diseño del modelo, su aplicación, seguimiento, evaluación a través de la formación, capacitación y actualización de funcionarios públicos responsables de operar los programas de salud, para lo cual se realizaron tres cursos: uno dirigido a nivel Estatal, un segundo curso a nivel Jurisdiccional y el tercero a funcionarios estatales y de nivel municipal. Para ello se realizaron convenios con la Secretaría de Salud, con autoridades municipales de: Dr. González, Apodaca y Rayones, con quienes se acordó la aplicación de la perspectiva de género en los planes, programas y proyectos de Salud Pública Estatal y Municipal, identificando la importancia que tienen los proyectos que mejoran las condiciones de vida de mujeres y hombres.

1.OSM, Observatorio de Salud de la Mujer. *Políticas de Investigación en Salud, Guía de recomendaciones para la incorporación de la perspectiva de género*. María del Mar García Calvente, María Luisa Jiménez Rodrigo, Emilia Martínez Morante. Escuela de Andalus de Salud Pública s/año.

II. Panorama epidemiológico de la diabetes mellitus e hipertensión arterial en México y en el estado de Nuevo León

Nivel nacional:

II.1 Perfil epidemiológico (nacional)

En este perfil que hoy caracteriza a nuestro país predominan las enfermedades crónico-degenerativas y está íntimamente asociado al envejecimiento de la población y al creciente desarrollo de riesgos relacionados con estilos de vida poco saludable. Los daños a la salud como lo son la enfermedad, la discapacidad y la muerte, tienden a concentrarse de manera creciente en adultos mayores, según estimaciones de la Dirección General de Informática en Salud (DGIS) de la Secretaría de Salud; el 84% de las muertes en el país se deben a enfermedades no transmisibles y lesiones, y el 53% de éstas se concentran en los mayores de 65 años.

II.2 Mortalidad general, esperanza de vida y natalidad (nacional)

En México, el descenso de la mortalidad general pasó de 19 defunciones por 1,000 habitantes en 1950, a 4.4 por 1,000 habitantes en 2005, por otra parte se originó un importante incremento de la esperanza de vida, que pasó de 49.6 años en 1950, a 78 años en las mujeres y 75 años en los hombres en el momento actual.

La caída de la mortalidad se acompañó de una disminución de la fecundidad, el número promedio de hijos por mujer en edad reproductiva pasó de 6.8 en 1970, a 2.2 en el 2006.

Estos tres fenómenos: a) el descenso de la mortalidad general, b) el aumento de la esperanza de vida y, c) la reducción de la natalidad, está dando lugar a un proceso conocido como envejecimiento poblacional, que implica una participación creciente de los adultos mayores en la estructura poblacional. La base de esta estructura muestra un adelgazamiento debido al descenso en la contribución de la población infantil producto de la baja tasa de natalidad.

La población de jóvenes y adultos en edad reproductiva atraviesa por una etapa de crecimiento heredada de los periodos de alta fecundidad del pasado reciente. Los mayores de 65 años muestran una tasa de crecimiento superior del 4% anual que nos llevará a concentrar en el 2030, el 12% del total de la población nacional.

El proceso de envejecimiento y la exposición a riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables, han modificado el cuadro de las principales causas de muerte. México presenta una transición epidemiológica por el predominio cada vez mayor de las enfermedades no transmisibles y las lesiones.

Casi el 15% de las muertes en el país se deben a infecciones comunes, problemas reproductivos y padecimientos asociados a la desnutrición, el 11% se deben a lesiones accidentales e intencionales, y el 73% a padecimientos no transmisibles, como la diabetes mellitus, los problemas cardiovasculares y el cáncer.

II.3 Mortalidad en adultos mayores (nacional)

Después de los 65 años de edad las tasas de mortalidad se incrementan de manera importante (4.697 por 100,000 habitantes), las muertes en este grupo de edad se deben sobre todo a enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes mellitus, las enfermedades

isquémicas del corazón, las enfermedades cerebro-vasculares, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la hipertensión arterial y los tumores malignos.

Aunque las causas de muerte son semejantes en mujeres y hombres, el riesgo de morir por diabetes es mayor en las mujeres al igual que las enfermedades hipertensivas, mientras que el riesgo de enfermar o morir por enfermedades isquémicas del corazón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y cirrosis es mayor en los hombres. *Es probable que este comportamiento se deba a las diferencias en la prevalencia de consumo de alcohol y tabaquismo, mucho más marcado en las generaciones que hoy tienen 65 años y más. (PNS 2007-2012).*

En México son tres las enfermedades que concentran más del 33% de las muertes en mujeres y del 26% de las muertes en hombres: 1) la diabetes mellitus, 2) la enfermedad isquémica del corazón y, 3) las enfermedades cerebro-vasculares. Estas enfermedades comparten algunos factores de riesgo como son: el sobrepeso y la obesidad que afecta al 70% de la población de 20 años y más, el tabaquismo y el colesterol elevado. (PNS 2007-2012).

La diabetes mellitus específicamente incrementa el riesgo de morir por diversos padecimientos como las cardiopatías, las enfermedades cerebro-vasculares y la insuficiencia renal, además es la causa más importante de amputación de miembros inferiores y la principal causa de ceguera.²

En el nivel nacional entre el 2001 y 2005 la tasa de mortalidad por diabetes mellitus pasó de 48.47 a 61.66 por 100,000 habitantes. Se ha observado un incremento importante de la mortalidad por esta causa en todo el país. Los aumentos más importantes entre el 2000 y 2005 fueron superiores al 30%, y se presentaron en Campeche, Guanajuato y Nuevo León (PNS 2007-2012).²

La hipertensión arterial, además de ser un factor de riesgo para el desarrollo de las enfermedades isquémicas del corazón, las enfermedades cerebro-vasculares y la insuficiencia renal, es la causa directa de un número importante de muertes en el país. La prevalencia en la población de 20 años o más es de 30.8 % a partir de los 60 años de edad y de este grupo en especial, más de 50% en los hombres y más del 60% en las mujeres. De acuerdo a datos de la Dirección de la General de Informática en Salud, registrados en el Programa Nacional de Salud 2004-2012, durante el año 2005 ocurrieron en el país 45,622 muertes relacionadas con hipertensión arterial en mujeres, representando un 20.5% del total de las defunciones en este grupo de población, de las cuales 23,570 fueron originadas por enfermedades isquémicas del corazón, un 10.6 %; 14,500 ocasionadas por enfermedades cerebro-vasculares con 6.5 % y 7, 552 causadas por cardiopatías hipertensivas con 3.4%. En este mismo año las enfermedades relacionadas con la hipertensión causaron 42,739 muertes en hombres, de las cuales 29, 843 (10.9%) fueron producidas por enfermedades isquémicas del corazón y 12, 896 (4.7%) por enfermedades cerebro-vasculares alcanzando un 15.6% del total de las defunciones en hombres.

² Perfil Epidemiológico y de Salud en Nuevo León y México, SSNL., Ana María Villarreal Herrera, 2006.

II.4 Población del estado de Nuevo León, Apodaca, Dr. González y Rayones

De acuerdo a los datos del INEGI 2005 la población registrada para este año en la entidad es de 4 millones 117 mil 211 habitantes, de los cuales 2 millones 562 mil 254 son mayores de 20 años que representan el 62.23 % del total de la población, de ésta el 50.8% son mujeres (1 millón 302 mil 081), y el 49.2% son hombres (1 millón 260 mil 173).

En el Municipio de Apodaca de acuerdo al conteo de población y vivienda (INEGI 2005), la población total registrada es de 412,657 habitantes de los que 233,471 se encuentran en el grupo de 20 años y más y representan el 56.6% del total de la población; de ésta el 50% son mujeres (116,758), y el 49.73% son hombres (116,113).

En Dr. González, la población total para este mismo año es de: 3,085 habitantes; el 61.2% es mayor de 20 años (1,889) y de éstos el 48.8% corresponde al grupo de mujeres (922), y el 51.2% son hombres (967), (INEGI 2005).

Por otro lado, en Rayones, la población total para el año 2005 es de 2,557 habitantes, de los cuales 1,627 (63.6%) son mayores de 20 años, y de éstos 758 son mujeres (47.3%), y 858 son hombres (52.7 %) del total de la población mayor de 20 años.³

II.5 Prevalencia de diabetes mellitus e hipertensión arterial

La Encuesta Nacional de Salud 2000 reporta en diabetes mellitus e hipertensión arterial una prevalencia nacional del 30.01%, y ubica a Nuevo León en el segundo lugar nacional, con una prevalencia del 40%.

De acuerdo a informes de la Secretaría de Salud, "A tres años de gobierno", del año 2007, para 2006 los casos registrados de diabetes mellitus ascendieron a 174,350, de los que el 62.2% son mujeres y el 30.8% hombres; para este mismo año, los casos de hipertensión arterial registrados en esta institución son 199,409 y de éstos, el 71% corresponden a mujeres y 29% a hombres.

II.6 Mortalidad general, esperanza de vida y natalidad

En Nuevo León el descenso de la mortalidad general bajó de 17.4 defunciones por 1,000 habitantes en 1950, y de 4.6 por 1,000 habitantes en 2005, esto conllevó a un importante incremento en la esperanza de vida, que pasó de 57.8 años en mujeres y 56.5 años en hombres en 1950, a 77.4 años en mujeres y 72.3 años en hombres, en el 2005.

La caída en la mortalidad se acompañó de una disminución de la fecundidad, ya que el número promedio de hijos por mujer en edad reproductiva pasó de 6.8 en 1970, a 2.2 en el 2006.

Las tres variables ya mencionadas: 1) la disminución de la mortalidad, 2) el descenso de la fecundidad, y 3) el incremento de la esperanza de vida ocasionaron una creciente participación de los adultos de 20 años y más en la estructura poblacional; este fenómeno da

³ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI 2005

lugar a la llamada transición epidemiológica donde se visualizan las enfermedades crónico-degenerativas como: diabetes mellitus, hipertensión arterial, cáncer y lesiones.

II.7 Mortalidad por diabetes mellitus e hipertensión arterial

En la entidad en el año 2005, la diabetes mellitus se situó en el tercer lugar de la mortalidad general, con una tasa de 58.79 por 100,000 habitantes; las enfermedades isquémicas del corazón se ubicaron en el primer lugar con una tasa de 66.21 por 100,000 habitantes; las enfermedades cerebro-vasculares con tasa de 20.58 por 100,000 habitantes; estas últimas relacionadas con la hipertensión arterial.⁴

Además, de acuerdo al Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones de la Secretaría de Salud en el año 2006, en el Municipio de Apodaca la diabetes mellitus se colocó en el tercer lugar de la mortalidad general con una tasa de 31.3 por 100,000 habitantes; aunque la hipertensión arterial no aparece en las primeras causas de muerte, sí se registraron muertes por enfermedades relacionadas con la hipertensión arterial, como las enfermedades cerebro-vasculares, situadas en el 6º lugar con una tasa de 14 por 100,000 habitantes.⁵

En el Municipio de Dr. González, la diabetes mellitus se situó en el segundo lugar de la mortalidad general, la tasa fue de 53.5 por 100,000 habitantes, y la hipertensión arterial, no se encontró en las 10 primeras causas de mortalidad general, pero las enfermedades isquémicas del corazón relacionadas con ésta se colocaron en el tercer lugar, con una tasa de 53.5 por 100,000 habitantes.

En el Municipio de Rayones, la diabetes mellitus no se encuentra dentro de las diez primeras causas de mortalidad general, sin embargo, se reportan como causa de muerte las enfermedades isquémicas del corazón, situadas en el segundo lugar de la mortalidad general con una tasa de 106.9 por 100,000 habitantes y las enfermedades cerebro-vasculares en el sexto lugar con una tasa de 35.6 muertes por 100,000 habitantes (ambas relacionadas con hipertensión arterial).

III. Situación actual de adolescentes en riesgo de embarazo no deseado y adicciones

III.1 Panorama sociodemográfico

En México este grupo etáreo enfrenta una transformación sociodemográfica, cuyos principales indicadores de salud, derivan de la transición demográfica; la pirámide de población está cambiando gradualmente, y de forma paralela se avanza hacia una transición epidemiológica en donde se han modificado el cuadro de las principales causas de enfermedad y de muerte; los padecimientos de tipo infeccioso que afectaron en décadas pasadas a la población se han modificado, predominando cada vez más las enfermedades no transmisibles y las lesiones. Los embarazos no deseados y las adicciones afectan principalmente a la población de adolescentes y constituyen dos importantes problemas de salud pública.

⁴ Perfil Epidemiológico en Nuevo León, México SSNL, Ana María Villarreal Herrera, 2006.

⁵ Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones de la Secretaría de Salud en el año 2006.

⁶ PNS (2007) Programa Nacional de Salud 2007-2012; Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México: Secretaría de Salud, Primera edición, 2007.

El Plan Nacional de Salud 2007-2012, que a su vez está inscrito en el *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012*, partiendo de la perspectiva del Desarrollo Humano Sustentable, apunta al desarrollo de las capacidades humanas y el mejoramiento en las condiciones de vida que permitan a la población potencializar sus recursos y contribuir al desarrollo social, de tal forma que se comprometa al bienestar tanto de esta generación como de las generaciones futuras. Lo anterior se encuentra claramente definido desde el eje temático tercero que establece la igualdad de Oportunidades en la población, particularmente entre los grupos vulnerables, dentro de los cuales se encuentran las y los adolescentes (PNS2007-2012).⁶

La adolescencia y la juventud son dos términos que se emplean en forma indistinta para denominar en forma coloquial a las personas que han dejado de ser infantes, pero que aún no alcanzan la edad adulta. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, las y los adolescentes son personas que están en el grupo de edad de 10 a 19 años, y las y los jóvenes comprenden las edades de 10 a 24 años. Por lo tanto, la edad adolescente es la parte inicial de la juventud y se estima que hay 1,700 millones de jóvenes en el mundo y de éstos 1,200 millones son adolescentes, lo que representa el 70.59% del total de la juventud.⁷

En México, la población adolescente ha iniciado su descenso en torno a la proporción que guarda respecto a la población total; de acuerdo con datos oficiales la proporción de adolescentes en 1970 correspondía al 23.8% de la población total, en 1990 se incrementó ligeramente al 24.9%, en tanto al año 2000 se aprecia que disminuyó al 21.7% de la poblacional nacional (INEGI, 1970; INEGI, 1990; INEGI, 2000). En el 2006 la población adolescente correspondía al 20.3% de la población total (ENSANUT, 2006).⁸

Pese a la disminución en la proporción, resultado de la transición demográfica que la población mexicana enfrenta desde finales del siglo pasado, el volumen (números absolutos) se mantiene elevado (superando los 20 millones) lo que representa en la actualidad más de la quinta parte de la población de acuerdo con las proyecciones demográficas el volumen de la población adolescente llegará a su máximo tope el 20115, lo cual se encuentra cercano.⁹

En Nuevo León, la población de adolescentes también ha disminuido su proporción en relación a la población total, al observarse en las estadísticas oficiales que en el año de 1990 representaba casi la cuarta parte de la población total con un 24.4%, mientras que para el 2005 ésta ha disminuido hasta un 18% de la población total (INEGI, 1990; INEGI, 2005). No obstante, sigue siendo una proporción considerable al conformar actualmente poco más de la sexta parte de la población en el estado (INEGI, 2005).¹⁰

En el Municipio de Apodaca la proporción de este grupo es del 18.8% de la población total, 0,310 hombres y 38.628 mujeres; en Dr. González el 18.3% del total de la población son adolescentes 296 son hombres y 269 son mujeres; en Rayones los adolescentes representan el 18.4% de la población total, (237 hombres y 238 mujeres). (INEGI 2005).¹¹

7. OMS (2001). *Iniciativa de diabetes para las Américas (día): plan de acción para América Latina y el Caribe 2001-2006; División de prevención y control de enfermedades. Programa de enfermedades no-transmisibles. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud; Julio 2001.*

8. ENSN (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición: Resultados por entidad federativa, Nuevo León: Secretaría de Salud.*

9. Stern, Claudio (1997). *El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. Salud Pública de México: Salud pública Méx. Vol. 39 No. 2 Cuernavaca, Marzo/Abril 1997.*

10. INEGI (2007). *Estadísticas a propósito del día Internacional de la Juventud. Datos Nacionales. Aguascalientes: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.*

11. *Ibidem.*

III. 2 Población adolescente: Nacional, Estatal y de los municipios

Nivel o Región	1970	1980	1990	2000	2005
Nacional	11,450,565 23.7%	16,562,470 24.9%	20 171 408 24.2%	20 728 628 21.3%	21 061 144 20.4%
Estatal	391 649 23.1%	628 024 25%	757 939 24.5%	729 001 19%	754 484 18%
Apodaca	4 036 21.7%	9 486 25.5%	26 603 23%	53 047 18.7%	78 938 18.8%
Dr. González	569 23.4%	514 23.1%	588 19.5%	560 17.6%	565 18.3%
Rayones	851 22.9%	868 24.8%	818 25.9%	487 18.6%	475 18.4%

Fuente: Población y vivienda INEGI 1970 – 2005.

La adolescencia se caracteriza principalmente por una rebeldía hacia las normas y deseo de autonomía, lo que conlleva a probar una y otra vez los límites establecidos por los padres y negociar para que éstos sean más flexibles, en un intento por dejar de depender de ellos. Otra característica presente es el conflicto con las figuras de autoridad (padres, maestros, etc.). Algunas características más que se presentan son un cambio de expectativas y búsqueda de identidad: la/el joven cambia sus necesidades y establece nuevas prioridades, además cuestiona y reformula todos los paradigmas de su niñez, retomando nuevos valores y actitudes que lo alejen de sus padres y las figuras de autoridad que lo han formado. Las características señaladas colocan al adolescente en una situación de riesgo, al carecer de estabilidad emocional y principalmente, experimentar conductas adultas como un medio para ensayar una nueva identidad, lo cual en ocasiones, representa riesgos a su salud física y/o mental (Aberasturi, 1989).¹²

III.3 Embarazos no planeados

La adolescencia es una etapa de la vida que establece grandes oportunidades, pero también es altamente vulnerable, las decisiones sobre la conducta sexual y reproductiva son trascendentes para el desarrollo futuro de los y las adolescentes. El embarazo no planeado es una de las amenazas para el desarrollo integral, ya que esta situación no esperada puede poner en peligro la salud de las mujeres. Si bien el ejercicio de la sexualidad es un derecho humano, es necesario que se realice con responsabilidad.¹³

12. Aberasturi, Arminda y Mauricio Knobel (1989). *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. México: Editorial Paidós Mexicana, S. A. 163p.

13. Stern, Claudio (2003). *Significado e implicaciones del embarazo adolescente en distintos contextos socioculturales de México: reseña de un proyecto en proceso*. México: COLMEX, El Colegio de México.

De acuerdo con las estadísticas oficiales, en México el 33% de los hombres y el 14% de las mujeres inician su vida sexual alrededor de los 16 años (INEGI, 2007).¹⁴ Asimismo, se advierte que de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud (2006), el 4.1% de los adolescentes que tenían entre 15 y 19 años de edad señalaron haber iniciado su vida sexual antes de los 15 años; en Nuevo León este porcentaje se eleva al 4.4% del grupo, siendo de 4% en los hombres y de 4.8% de las mujeres.¹⁵

En México para el año del 2006 se registró una tasa de fecundidad de 2.2 hijos por mujer en etapa reproductiva, en Nuevo León para este mismo año se reportó una tasa de 2.1; para el año 2007 a nivel nacional descendió la tasa a 2.1 y en Nuevo León también se observó una reducción, ubicándose en 2 hijos por mujer en etapa reproductiva.¹⁶

En torno a los embarazos no deseados y de alto riesgo en la población adolescente se registra que la proporción de hijos nacidos vivos de adolescentes ha disminuido en Nuevo León, advirtiéndose que en 1970 el promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres entre los 12 y 19 años correspondía a 0.2, bajando a 0.1 en las décadas de 1980, 1990, 2000 y en 2005 (INEGI, 1970, 1980, 1990, 2000 y 2005). No obstante, aun cuando el promedio de hijos ha mostrado disminución, así como la proporción de adolescentes que registran hijos durante las últimas décadas.¹⁷

Cabe señalar que el volumen de nacimientos de madres adolescentes se ha mantenido sin variación significativa en las zonas urbanas del Estado, de 12,333 en 1991; a 11,337 en 1995; así como 12,585 en 2000 y 12,230 en 2005, mientras que en las zonas rurales ha decrecido fuertemente, de 1058 en 1991 a 1,089 en 1995; a 864 en 2000 y 388 en 2005; lo cual denota, que la ligera disminución en el volumen de nacimientos de madres adolescentes si bien está presente en las zonas rurales, ello puede ser efecto de la creciente migración de generaciones jóvenes que abandonan las zonas rurales (INEGI, 2005).¹⁸

En el municipio de Apodaca el 7% de las adolescentes entre 12 y 19 años de edad tienen entre 1 y 6 hijos, mientras que en el Municipio de Dr. González el 16.8% de este grupo poblacional tiene entre 1 y 4 hijos, y en Rayones 4.6% de 1 a 6 hijos. (INEGI 2005)¹⁹

14 INEGI (2007). *Estadísticas oficiales sobre el registro de nacimientos en cruce con la edad de la mujer en el transcurso del año 2007*.

15 ENS (2008). *Encuesta Nacional de Salud*. México: Secretaría de Salud.

16 INEGI 2006. *Estadísticas oficiales consultadas en línea de la página oficial*.

17 Stern, Claudio (1997). *El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica*. Salud Pública de México: Salud Pública. Méx. Vol. 39 No. 2 Cuernavaca. Marzo/Abril 1997.

18 INEGI 2005. *Estadísticas oficiales en base al conteo de población 2005*.

19 *Idem*.

A nivel nacional en el uso de métodos anticonceptivos se advierte que el 69% de los adolescentes entre 12 y 19 años de edad conocen algún método anticonceptivo. Con respecto al uso del condón se advierte que el 52.3% de los jóvenes a nivel nacional utilizaron condón en su primera relación sexual, mientras que en el Estado corresponde al 43.1% el grupo que lo hizo, denotándose que el 58.7% de los hombres fue quien utilizó condón en su primera relación sexual, mientras que en las mujeres correspondió al 27% solamente. No obstante, llama la atención que en Nuevo León, el 65.7% de las adolescentes de entre 12 y 19 años de edad encuestadas dijo haber iniciado su vida sexual y haber estado embarazada (ENSANUT, 2006).²⁰

III.4 Adicciones

Las estadísticas sobre adicciones señalan que a nivel nacional cada año, se incorporan 100,000 jóvenes al uso del tabaco; 1 de cada 10 hombres adictos, empezaron a fumar alrededor de los 11 años de edad, siendo mayor la incidencia en las zonas urbanas, 15.4% de los hombres y 4.8% de las mujeres, en tanto en las rurales el 11.3% hombres y 1.0% de las mujeres. Asimismo, se advierte que el 17.7% de las y los adolescentes en México señalan haber ingerido bebidas alcohólicas; en tanto que el 14% señala haber fumado 5 o más cajetillas de cigarros (ENSANUT, 2006).²¹

En Nuevo León se ha observado que a los 13 años es la edad de inicio en el uso de drogas y de 11 años en el uso de drogas legales: tabaco y alcohol (SISVEA, 2006). Cabe señalar que alrededor del 40% de las personas adictas en el Estado de Nuevo León se ubica en la adolescencia, así como que éste es principalmente un problema en hombres, guardando una relación de 1 mujer por cada 6 hombres (INEGI, 2006). Con respecto al uso del alcohol se advierte que el 13% de las y los adolescentes ha ingerido bebidas alcohólicas (16% de los hombres y 10% de las mujeres); además que el 7% de las y los adolescentes han fumado al menos 100 cigarrillos en su vida (10.5% hombres y 3.7% mujeres) (ENSANUT, 2006).

Otro aspecto que denota aumento en el transcurso de la última década (1995-2005) es el tipo de sustancias utilizadas por las y los adolescentes, advierte que en el caso del alcohol su consumo prácticamente se ha triplicado de 13.3% a 40.6%; así como el de cocaína 11.8% a 33.2%; en el caso de sedantes se vio duplicado 5.4% a 12.4%, sin embargo, el más preocupante corresponde a drogas no especificadas que se multiplicó seis veces, 4.5% a 27.9% (INEGI, 2006; SISVEA, 2006).²²

20 ENS (2008). Encuesta Nacional de Salud. México: Secretaría de Salud.

21 Idem.

22 SISVEA (2007). Estadísticas oficiales sobre adicciones. Informe 2007. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las adicciones.

Ambos problemas de salud pública; el embarazo no deseado y/o de alto riesgo, y el incremento de las adicciones son de origen multicausal, que surgen de la confluencia de factores de tipo individual, familiar y social, a lo cual se agregan causales relacionadas con la política pública, ya que los programas establecidos no inciden en forma positiva en la calidad de vida de los adolescentes además, la literatura reporta que en ocasiones se combinan ambas problemáticas, en tanto algunos comparten algunos de los factores causales (Rafael Mejía, 2008).²³

Algunos de los factores que inciden en el incremento de las adicciones son: 1) individuales: disminución de la autoestima, falta de tolerancia a la frustración, poca claridad o inexistencia de un proyecto de vida, escasas expectativas de vida, entendiéndose en éste que carece de un proyecto de vida, y tendrán una escasa percepción de riesgo en el consumo de drogas; 2) familiares; disfuncionalidad, conflictos y/o tensión en las relaciones, límites de disciplina difusos, escasa comunicación sobre todo afectiva entre padres e hijos, padres adictos; 3) sociales; un entorno social poco sano, un ambiente escolar desfavorable, inseguridad, insuficientes alternativas educativas, insuficiencia de alternativas laborales y otros, 4) lo público; como la insuficiente atención de la problemática adolescente desde la perspectiva de género, insuficiente coordinación de las instituciones de atención para brindar una atención integral del grupo poblacional adolescente.

Por lo anterior, es de particular importancia que en la elaboración e implementación de las acciones y programas de atención dirigidos a la población adolescente se implemente la perspectiva de género, tanto en el análisis de la problemática en cuestión, así como en la atención de la misma, para lo cual es imprescindible partir de las condiciones presentes en cada género en torno a la problemática de salud a responder.

IV. Políticas de Salud

México enfrenta una compleja situación de salud pública, por un lado persisten todavía enfermedades del subdesarrollo, como las asociadas a padecimientos infecciosos y a la desnutrición, y al mismo tiempo, presenta desafíos de los países avanzados, como las enfermedades crónico-degenerativas; junto con esta transición epidemiológica enfrenta rezagos que no ha podido superar, como los embarazos de alto riesgo en adolescentes, la mortalidad materno-infantil y las adicciones.

Hoy predominan por un lado las enfermedades que afectan a las personas, entre las que destaca la diabetes mellitus y las enfermedades relacionadas con la hipertensión arterial, tales como las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebro-vasculares, donde la mayor prevalencia se registra en las mujeres, y el riesgo de morir por diabetes e hipertensión arterial es también mayor en este grupo de población (PNS 2007-2012).

23 Mejía, Rafael (2007). Embarazo en adolescentes, problema de hoy. Publicado en Revista electrónica: Salud, Medicinas.com.mx, consultado en línea: 20 de septiembre de 2008.

La prevalencia y mortalidad de las enfermedades crónicas degenerativas son asociadas a la multicausalidad, en donde el incremento en la esperanza de vida, la disminución de la mortalidad, la transición epidemiológica y los estilos de vida poco saludables son ampliamente reconocidos como los determinantes en el comportamiento de estas enfermedades, sin embargo, no se han establecido las causas que agravan las manifestaciones y consecuencias de las enfermedades crónico-degenerativas en las mujeres y en los hombres, el conocimiento científico sobre su origen *tiene sesgo, las investigaciones en torno al género en salud son limitadas, lo que trae como consecuencia la falta de reconocimiento de los problemas reales de salud en las mujeres y en los hombres.* ²⁴

Por otro lado, la adolescencia es una etapa de la vida de grandes oportunidades pero también es altamente vulnerable, las decisiones sobre la conducta sexual y reproductiva son trascendentes para el desarrollo futuro de los individuos. El embarazo no planeado es una de las amenazas para el desarrollo integral de los y las adolescentes, ya que esta situación no esperada puede poner en peligro la salud de las mujeres y retrasar o suspender los procesos de capacitación para la vida y para el trabajo productivo. Si bien el ejercicio de la sexualidad es un derecho humano, éste debe hacerse con responsabilidad en cualquier etapa de vida.

Además, los trastornos relacionados con el consumo de sustancias tóxicas son causados por múltiples factores, incluyendo la vulnerabilidad genética, los factores familiares, ambientales, las presiones sociales, las características individuales de la personalidad y problemas psiquiátricos. Sin embargo, todavía no se ha determinado cuál de estos factores son determinantes en las personas con adicciones, pero se acepta que son todos combinados los que generan una adicción en las y los adolescentes, colocándolos en un situación de riesgo.

Las políticas públicas en México, definidas desde el *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012*, retoman los lineamientos y directrices de los acuerdos internacionales en torno a derechos humanos y la defensa de las mujeres, en especial los señalados por la Organización de las Naciones Unidas a través de la División para el Adelanto de la Mujer y cuya directriz especial es la incorporación de la perspectiva de género en las acciones de política pública. Desde esta división el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer se encuentra a cargo de monitorear el cumplimiento de los acuerdos adquiridos en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, CEDAW, que fueron adoptados desde 1979. ²⁵

24 OSM Observatorio de Salud de la Mujer. *Políticas de Investigación en Salud, Guía de recomendaciones para la incorporación de la perspectiva de género.* María del Mar García Calvente, María Luisa Jiménez Rodrigo, Emilia Martínez Morante. Escuela de Andalus de Salud Pública s/año.

25 ONU, 1979

Asimismo, en las políticas públicas que han sido definidas por el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, se incorporan las directrices de la Declaración del Milenio, aprobada en septiembre de 2000 por los Estados Miembros, poniendo énfasis en 8 objetivos, de los cuales en particular se retoma el Objetivo 3 que establece la promoción de la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer, el cual señala el compromiso de promover la equidad entre hombres y mujeres como una forma de promover el desarrollo humano, que es una condición necesaria para el desarrollo económico y social de los Estados Miembros.²⁶

El Gobierno de nuestro país ha reconocido ampliamente los tratados internacionales en torno a los derechos de las mujeres y se han realizado grandes esfuerzos para dar cumplimiento a los compromisos establecidos, sin embargo, existe insuficiencia y deficiencia de mecanismos efectivos de apoyo, federales, estatales y municipales que permitan la consolidación de la administración de las políticas de Salud Pública con enfoque de género.

En Nuevo León los programas de prevención y control de enfermedades crónico degenerativas y la atención de los y las adolescentes están diseñados con alto enfoque preventivo, la detección temprana y el tratamiento oportuno es uno de los objetivos prioritarios; la promoción, educación para la salud y la participación comunitaria son estrategias para lograr disminuir los riesgos que representan el mal control de las mismas, la incorporación de la tecnología de la información y comunicación a través del sistema computarizado de la información, y el programa de telemedicina pretenden mejorar la eficiencia y la integración del sector, la política financiera contempla garantizar recursos suficientes para hacer efectivo el acceso universal de los servicios de salud de las personas, sin embargo, el análisis, planeación, presupuestación y asignación de recursos se realizan sin el enfoque de género que se requiere de acuerdo a la problemática de salud por la que atraviesa la población.

V. Planteamiento del problema

En la entidad en los últimos 50 años se ha observado un descenso importante de la mortalidad y la fecundidad, este descenso ha originado un aumento en la esperanza de vida, ocasionando un cambio significativo en las principales causas de muerte, hoy predominan como causa de daños a la salud las enfermedades no transmisibles y las lesiones. Estos padecimientos son más difíciles de tratar y más costosos que las infecciones comunes. Esta transición está íntimamente ligada al envejecimiento de la población y al reciente desarrollo de riesgos relacionados con estilos de vida poco saludable, dentro de los que destacan la mala nutrición, el sedentarismo, las prácticas sexuales de alto riesgo, el consumo de drogas entre otras.

Lo anterior pone en evidencia el riesgo de dos grupos de población vulnerables; por un lado a la población de 20 años y más (4,117,211) que representan el 62.2 % del total de la población y que se ven afectado por enfermedades crónico degenerativas como son la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y las enfermedades relacionadas con ésta, como son las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebro-vasculares que ocasionan complicaciones evitables como son: retinopatías, nefropatías, amputaciones y muerte, ocasionando un alto costo individual, familiar, social y presupuestal.

²⁶ Plan Nacional de Desarrollo, 2007-2012

Por otro lado la población de adolescentes (10-19 años) registrada en el año 2005 es de 754,484, que representa el 18% de la población en el estado y conforma un sector vulnerable a riesgos y daños a la salud dentro de los que destacan: embarazos no deseados y de alto riesgo, relaciones sexuales en etapas tempranas, (alrededor de 16 años), agravado por insuficientes conocimientos sobre el uso adecuado de métodos de planificación familiar.

Las adicciones representan un problema de salud pública; el 40% de los adictos en Nuevo León son adolescentes, el inicio en el uso de las drogas es a los 11 años (tabaco y alcohol) es más frecuente en hombres, en una relación de 1 mujer por cada 6 hombres, el consumo de otras drogas como la cocaína o los sedantes, agravan la situación de salud del grupo de adolescentes, lo que conlleva a un impacto de largo alcance en la población al ocasionar daños a la salud física y mental en los jóvenes, repercutiendo en las generaciones venideras al reproducir el círculo de vulnerabilidad de este grupo de población.

Las instituciones de salud realizan acciones dirigidas a la prevención y control de la diabetes mellitus e hipertensión arterial y en los adolescentes, prevención de embarazos de alto riesgo y las adicciones. La promoción de la salud, la capacitación de la población, la atención dirigida a la detección temprana y el tratamiento oportuno, son estrategias que buscan disminuir los riesgos y daños a la salud, sin embargo; el análisis de la problemática está mal orientado y tiende a no reconocer los factores de riesgo y su protección de manera diferencial entre mujeres y hombres. La investigación en salud con enfoque de género está limitada, la programación, presupuestación, asignación de recursos y evaluación no contemplan la perspectiva de género como política de salud pública, lo que limita la atención a las necesidades concretas en salud de mujeres y hombres y dificulta la igualdad de género. Es necesario un reconocimiento de las interacciones causales que influyen en la salud, específicamente de dos maneras fundamentales: la identificación concreta de los factores de riesgo en forma temprana de las enfermedades y las interacciones de los factores sociales que participan en ellas.

Se requiere de un avance hacia una política sensible al género que genere conocimientos tanto de la realidad como de las desigualdades entre mujeres y hombres en relación a la salud; por lo anterior, se propone incorporar la Perspectiva de Género en el análisis, programación, presupuestación y evaluación en las políticas de salud públicas; el principal beneficio de la incorporación de esta perspectiva de género en la elaboración de las políticas públicas es, sin duda al avance hacia la equidad y la igualdad entre mujeres y hombres además de aumentar la eficacia y la eficiencia de las intervenciones y programas públicos.

VI. Propuesta

Fortalecimiento y consolidación de la administración de las políticas de salud pública con enfoque de género con énfasis en diabetes mellitus, hipertensión arterial, adolescentes en riesgo de embarazos no deseados y adicciones.

VII. Objetivo general

Fortalecer y consolidar la perspectiva de género como política pública en la administración de salud pública estatal y en los Municipios de: Apodaca, Dr. González y Rayones, a través de la transversalización de programas de salud con perspectiva de género en el ejercicio 2008-2009.

VII.1 Objetivos específicos

VII.1.1 Incorporar la perspectiva de género en la Subsecretaría de Salud, específicamente en los Programas de diabetes mellitus, hipertensión arterial y adolescentes en riesgo de embarazo no deseado y adicciones desde el análisis, la programación, presupuestación, ejecución y evaluación, en el ejercicio 2008-2009.

VII.1.2 Incorporar la perspectiva de género en los planes, programas y presupuestos de la administración de salud pública de los Municipios de: Apodaca, Dr. González y Rayones, en el ejercicio 2008-2009.

VIII. Metodología (Marco Lógico)

Una vez concretado el árbol de problemas en base al Modelo del Marco Lógico, se estructura el árbol de objetivos, precisando en éste la necesidad de transformar las causas en medios factibles y viables, al dimensionar objetivamente los tiempos y modalidades de ejecución, de las soluciones planteadas, y establecer en relación a los efectos definidos, fines objetivos y prácticos en modalidades de intervención.

Para fortalecer y consolidar la transversalización e incorporación de la perspectiva de género en los planes, programas y presupuestos en el ejercicio 2008-2009 de la administración pública Estatal y Municipal, se trabajará interactuando con las y los funcionarios del 2° al 6° nivel de los Municipios de: Apodaca, Dr. González y Rayones, así como a nivel Estatal con una dependencia de la Secretaría de Salud, en especial con la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades. Para ello se desarrolló un Modelo operativo de intervención en salud en dos vertientes: enfermedades crónico-degenerativas con énfasis en diabetes mellitus e hipertensión arterial y en los problemas de adicciones y embarazos no deseados o planeados en las y los adolescentes; desde el diseño, aplicación, seguimiento, evaluación y publicación de sus resultados.

Asimismo con el fin de lograr la colaboración de las autoridades estatales y municipales en la transversalización de la perspectiva de género en sus planes, programas y presupuestos en el ejercicio 2008-2009, se llevaron a cabo reuniones de sensibilización con: funcionarios de la Secretaría de Salud de nivel estatal, con los alcaldes, funcionarios y cabildos de los Municipios de Apodaca, Dr. González y Rayones. Posteriormente, se llevaron a cabo cursos-talleres con el fin de que cuenten con las herramientas necesarias para la incorporación de la perspectiva de género en las políticas de Salud Pública estatal, municipal, en forma paralela se atendió y sensibilizó a otros 23 municipios sobre estas tareas.

VIII.1 Análisis de involucrados

Instituciones participantes

Institución Participante	Gobierno			Ámbito/Sector	Misión Institucional
	Federal	Estatal	Municipal		
Secretaría de Salud		X		Desarrollo Social Ejecutivo	
Municipio de Apodaca			X	Ejecutivo	
Municipio de Rayones			X	Ejecutivo	
Municipio de Dr. González			X	Ejecutivo	

Análisis de involucrados

Municipio	Funcionarios (as) Municipales											
	Alcalde		Regidor (a)		Síndico (a)		Funcionarios (as) del 2º al 6º		DIF		Total	
	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H
Apodaca		1	4	9		2		10	1		5	22
Dr. González		1	2	4		1	2	6	1		5	12
Rayones		1	-	6		1	1	4	-		1	12
Total		3	6	19		4	3	20	2		11	46

Fuente. Municipios / www.nl.gob.mx

Funcionarios Municipales	Mujeres	Hombres
Apodaca	19%	81%
Dr. González	29%	71%
Rayones	8%	92%

NIVEL	SECRETARÍA DE SALUD									
	Funcionarios (as) del 2° al 6° Nivel		Director (a) General		Jefe de Depto*		Jefe de Jurisdicción		Total	
	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H
Estatal		1	1	1	2	1			3	3
Jurisdicción No. 4					3			1	3	1
Jurisdicción No. 6						3		1		4
Jurisdicción No. 8					2	1		1	2	2
Total		1	1	1	7	5		3	8	10

v Responsables de: Adicciones, Enfermedades Crónicas Degenerativas y Adolescentes. Fuente. Secretaría de Salud

Análisis de involucrados: Como se puede observar en los cuadros, a nivel municipal los funcionarios son predominantemente hombres, correspondiendo a 8 de cada 10, en las categorías de alcalde y síndicos, la totalidad de los puestos son cubiertos por hombres en estos tres municipios, la participación de las mujeres se limita a 2 de cada 10 funcionarios, siendo principalmente en las categorías de regidores (24%) y funcionarios (as) del 2° al 6° Nivel (13%) corresponde a las mujeres.

En la Secretaría de Salud, incluyendo las tres jurisdicciones, la participación en general de las mujeres es de 4 por cada 10 funcionarios, en el caso de los directores generales la participación de mujeres y hombres es igual, mientras que en la categoría de jefes de departamento es ligeramente superior la participación de las mujeres (6 de cada 10 jefes de

departamento); mientras que en las categorías de subsecretario y jefe de jurisdicción solo se presenta la participación de los hombres.

***Nota: Documentos contenidos en disco anexo al TOMO III.**

- VIII.2 Apodaca: árbol de problemas, objetivos y alternativas en diabetes mellitus e hipertensión arterial. (Anexo 1 power point).
- VIII.3 Apodaca Matriz del Marco Lógico de diabetes mellitus e hipertensión arterial. (Anexo 2 power point).
- VIII.4 Apodaca: Árbol de problemas, objetivos y alternativas de embarazo en adolescentes. (Anexo 3 power point).
- VIII.5 Apodaca: Matriz del Marco Lógico de embarazo en adolescentes. (Anexo 4 power point).
- VIII.6 Apodaca: Árbol de problemas, objetivos y alternativas de adicciones en adolescentes. (Anexo 5 power point).
- VIII.7 Apodaca: Matriz del Marco Lógico de adicciones en adolescentes (Anexo 6 power point).
- VIII.8 Dr. González: árbol de problemas, objetivos y alternativas de: diabetes mellitus e hipertensión arterial. (Anexo 7 power point).
- VIII.9 Dr. González: Matriz del Marco Lógico de diabetes mellitus e hipertensión arterial. (Anexo 8 power point).
- VIII.10 Dr. González: Árbol de problemas, objetivos y alternativas de embarazo en adolescentes. (Anexo 9 power point).
- VIII.11 Dr. González: Matriz del Marco Lógico de embarazo en adolescentes (Anexo 10 power point).
- VIII.12 Dr. González: Árbol de problemas, objetivos y alternativas de adicciones en adolescentes. (Anexo 11 power point)
- VIII.13 Dr. González: Matriz del Marco Lógico de adicciones en adolescentes (Anexo 12 power point)
- VIII.14 Rayones: árbol de problemas, objetivos y alternativas de diabetes mellitus e hipertensión arterial. (Anexo 13 power point)
- VIII.15 Rayones: Matriz del Marco Lógico de diabetes mellitus e hipertensión arterial. (Anexo 14 power point)
- VIII.16 Rayones: árbol de problemas, objetivos y alternativas de embarazo en adolescentes. (Anexo 15 power point)
- VIII.17 Rayones: Matriz del Marco Lógico de embarazo en adolescentes. (Anexo 16 power point)
- VIII.18 Rayones: Árbol de problemas, objetivos y alternativas de adicciones en adolescentes. (Anexo 17 power point)
- VIII.19 Rayones: Matriz del Marco Lógico de adicciones en adolescentes (Anexo 18 power point)

IX. Diagnóstico situacional y propuesta de fortalecimiento y consolidación de la perspectiva de género en la administración de salud pública con énfasis en diabetes mellitus e hipertensión arterial, adolescentes en riesgo de embarazo no deseado y adicciones en el Municipio de Apodaca. (Anexo 19 power point)

X. Diagnóstico situacional y propuesta de fortalecimiento y consolidación de la perspectiva de género en la administración de salud pública con énfasis en diabetes mellitus e hipertensión arterial, adolescentes en riesgo de embarazo no deseado y adicciones en el Municipio de Dr. González. (Anexo 20 power point)

XI. Diagnóstico situacional y propuesta de fortalecimiento y consolidación de la perspectiva de género en la administración de salud pública con énfasis en diabetes mellitus e hipertensión arterial, adolescentes en riesgo de embarazo no deseado y adicciones en el Municipio de Rayones. (Anexo 21 power point)

XII. Cronograma de actividades (Anexo 22 power point)

XII.1 Cronograma de actividades (programación) (Anexo 23 power point)

XII.2 Cronograma de actividades (cumplimiento) (Anexo 24 power point)

XIII. Glosario de términos empleados

Análisis de género

Intenta identificar y comprender las diferencias entre las mujeres y los hombres según sus papeles y responsabilidades, el acceso y el control de los recursos y sus necesidades e intereses.

Asignación de recursos

Distribución de los recursos económicos existentes entre diversos usos. El problema de la asignación de recursos se plantea porque la existencia de éstos es limitada, en tanto que las necesidades y deseos humanos no lo son; de ahí surge la necesidad de combinar adecuadamente los recursos disponibles, de modo de maximizar la utilidad del consumidor o la ganancia del productor.

Condición

Se refiere a la situación de vida de las personas. Apunta específicamente a las llamadas necesidades prácticas (por ejemplo: condiciones de pobreza, acceso a servicios, a recursos productivos, a oportunidades de atender su salud, educación)

Condición de las mujeres

Este concepto alude al concepto material que define la situación de las mujeres: Pobreza, falta de acceso a la educación, falta de capacitación, excesiva carga de trabajo, etc. En general, los proyectos dirigidos a atender las necesidades prácticas de género mejoran la condición de las mujeres.

Datos desagregados

Recolección de información con base en el sexo, por ejemplo: datos sobre los roles socioeconómicos de grupos diferentes de hombres y mujeres.

Derechos humanos

Son las facultades, prerrogativas o bienes fundamentales e inherentes a todos los seres humanos. Se fundamentan en valores universales como: la vida, la igualdad, la libertad, la seguridad, el desarrollo y la paz, entre otros.

DGIS

Dirección General de Informática en Salud.

Diferencia entre género y sexo

El sexo alude a las diferencias entre el hombre y la mujer, es una categoría física y biológica, con funciones de reproducción específicas de cada uno. Mientras que género (masculino o femenino) es una categoría construida social y culturalmente, se aprende y por lo tanto, puede cambiar.

Diferencia entre igualdad y equidad

Igualdad es dar las mismas condiciones, trato y oportunidades a mujeres y a hombres. La equidad es dar las mismas condiciones, trato y oportunidades a mujeres y a hombres, pero ajustados a las especiales características o situaciones (sexo, género, clase, etnia, edad, religión) de los diferentes grupos, de tal manera que se pueda garantizar el acceso.

Enfoque de género

Es una alternativa que implica abordar primero el análisis de las relaciones de género para basar en él la toma de decisiones y acciones para el desarrollo. Es una forma de observar la realidad con base en las variables sexo y género y sus manifestaciones en un contexto geográfico, cultural, étnico e histórico determinado. Reconoce que el género es una construcción social y cultural que se produce históricamente y por lo tanto es susceptible de ser transformada. Toma en cuenta, además, las diferencias por clase, etnia, raza, edad y religión.

Esperanza de vida

Es la media de la cantidad de años que vive cierta población en un cierto periodo de tiempo. Se suele dividir en masculina y femenina, y se ve influenciada por factores como la accesibilidad a los servicios de salud.

Estilos de vida

Son un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que unas veces son saludables y otras son nocivos para la salud. En los países desarrollados los estilos de vida poco saludables son los que causan la mayoría de las enfermedades. En el triángulo epidemiológico causante de enfermedad, estaría incluido dentro del factor huésped.

Efectividad

Una medida de la amplitud con la que una intervención consigue su objetivo u objetivos específicos.

Eficacia

Una medida del modo en que se aplican económicamente las entradas para obtener los resultados.

Eficiencia

Consiste básicamente en producir la mayor cantidad al menor costo, o lograr los resultados esperados, usando la menor cantidad posible de recursos.

Envejecimiento poblacional

El envejecimiento es un proceso que se desarrolla gradualmente entre los individuos y en el colectivo demográfico. Las personas envejecen a medida que en su tránsito por las diversas etapas del ciclo de vida ganan en años; en cambio, una población envejece cada vez que las cohortes de edades mayores aumentan su ponderación dentro del conjunto.

Cohorte

Conjunto de individuos que presentan una característica en común, generalmente la edad, por ello se habla de que han vivido un mismo acontecimiento demográfico.

Fecundidad

Es una de las variables demográficas más importantes para evaluar las tendencias del crecimiento de la población en un país. La reducción de la fecundidad es considerada importante porque constituye una de las estrategias para la disminución de la mortalidad infantil y materna.

Formación

Por formación se entiende todos aquellos estudios y aprendizajes encaminados a la inserción, reinserción y actualización laboral, cuyo objetivo principal es aumentar y adecuar el conocimiento y habilidades de los actuales y futuros trabajadores a lo largo de toda la vida.

Género

Es el conjunto de características sociales, culturales, políticas, psicológicas, jurídicas, económicas asignadas a las personas en forma diferenciada de acuerdo al sexo.

Refiere diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres por razones sociales y culturales. Estas diferencias se manifiestan por los roles (reproductivo, productivo y de gestión comunitaria), que cada uno desempeña en la sociedad, las responsabilidades, conocimiento local, necesidades, prioridades relacionadas con el acceso, manejo, uso y control de los recursos.

Gasto público

Conjunto de erogaciones que realiza el gobierno federal, estatal y municipal, incluidos los poderes Legislativo y Judicial y el sector paraestatal en sus respectivos niveles, en el ejercicio de sus funciones.

Gasto etiquetado

Es una herramienta de análisis sobre el destino de los recursos gubernamentales desagregados por sexo, es decir, una revisión de los programas y proyectos implementados por el gobierno en los que se detectan aquellos recursos que van dirigidos a atender y satisfacer las necesidades específicas de un grupo poblacional. Para aplicarla, es necesario contar con información administrativa desagregada por sexo y edad.

Igualdad

Igualdad de acceso, participación y beneficios. La finalidad es lograr la igualdad para las mujeres y los hombres en el proceso de desarrollo, y también conseguir la igualdad entre las mujeres y los hombres a través del desarrollo.

Igualdad de género

La igualdad de género consiste en que los diferentes comportamientos, aspiraciones y necesidades de mujeres y hombres, se tomen en cuenta, valoren y promuevan de la misma manera.

Índice

Es una o más claves que identifican un único registro (fila o renglón).

Índices demográficos

Se refieren a las cohortes, el conjunto de personas nacidas en un período determinado.

Índice de desarrollo humano

Es una medición por país. Mide el logro medio de un país en cuanto a tres dimensiones básicas del desarrollo humano: una vida larga y saludable, conocimientos, un nivel satisfactorio de vida, es decir: esperanza de vida al nacer; tasa bruta de matriculación primaria, secundaria y terciaria; e ingreso per-cápita PIB.

Índice de potencialización de género

Oportunidades para la equidad e igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres.

Índice de dependencia

Relación en el número de no trabajadores y la población trabajadora. Es una fracción cuyo numerador es el número de personas de todas las edades con pocas probabilidades de estar trabajando, y cuyo denominador es el total de la población.

Índice de feminidad

Es la relación entre el número de mujeres y el de hombres. Dado que en términos absolutos la cantidad de mujeres es mayor a la de hombres, generalmente se calcula un índice de feminidad ajustado. Por cada 100 hombres en un mismo grupo de edad y en un año determinado.

Índice de vejez

Relación entre la población mayor de 60 años y la población total.

Inequidad

Condición de diferencia o brecha que se presenta entre grupos o sectores en el ámbito social, cultural, civil, económico y político, considerada como injusta, innecesaria y evitable.

Indicador

Es una especificación cuantitativa de la relación entre dos o más variables que permiten verificar el nivel de logro alcanzado en el cumplimiento de los objetivos

Indicador de eficiencia

Elemento de estadística que permite identificar la relación que existe entre las metas alcanzadas, tiempo y recursos consumidos con respecto a un estándar, una norma o una situación semejante. Posibilita dimensionar el logro del máximo de resultados con el mínimo de recursos utilizados.

Indicadores de género

Medidas específicas y verificables de la situación relativa de mujeres y hombres, y de los cambios que se producen en dicha situación.

Meta

Cuantificación del objetivo que se pretende alcanzar en un tiempo señalado, con los recursos necesarios.

Meta del indicador

Valor numérico de un indicador cuya medición se establece con especificaciones precisas para mostrar de manera objetiva el cumplimiento de los propósitos de las políticas públicas.

Mortalidad

La mortalidad es un término demográfico que designa un número proporcional de muertes en una población y tiempo determinado. Así, se define la **tasa bruta de mortalidad** como el indicador demográfico que señala el número de defunciones de una población por cada mil habitantes, durante un periodo de tiempo determinado generalmente un año.

Natalidad

La natalidad es el número proporcional de nacimientos en una población y tiempo determinado. En Demografía, la **tasa bruta de natalidad** o simplemente **tasa de natalidad** es una medida de cuantificación de la fecundidad, que refiere a la relación que existe entre el número de nacimientos ocurridos en un cierto periodo de tiempo y la cantidad total de efectivos del mismo periodo. El lapso es casi siempre un año, y se puede leer como el número de nacimientos de una población por cada mil habitantes en un año.

Obesidad

Obesidad (grasa abdominal): cintura mayor a 104 cm en hombres y 88 cm en mujeres.

PAC

Programa de Ampliación de Cobertura.

Perspectiva de género

Tomar en cuenta el impacto de la acción pública en hombres y mujeres. Incorporar la voz, intereses, demandas y necesidades de hombres y mujeres.

Perspectiva androcéntrica

Se utiliza para explicar una manera específica de conocer la realidad. Una perspectiva androcéntrica es aquella en donde la visión de experiencias masculinas adquiere hegemonía al punto de identificarlas como lo humano, relegando de este modo lo femenino a una posición marginal, insignificante o inexistente.

Prevalencia

En Epidemiología se denomina prevalencia la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un periodo de tiempo determinado (“prevalencia de periodo”).

La prevalencia de una enfermedad es el número total de los individuos que presentan un atributo o enfermedad en un momento o durante un periodo dividido por la población en riesgo de tener el atributo o la enfermedad en ese punto en el tiempo o en la mitad del periodo. Cuantifica la proporción de personas en una población que tienen una enfermedad (o cualquier otro suceso) en un determinado momento y proporciona una estimación de la probabilidad (riesgo) de que un sujeto de esa población tenga la enfermedad en ese momento.

Es un parámetro útil porque permite describir un fenómeno de salud, identificar la frecuencia poblacional del mismo y generar hipótesis explicatorias. La utilizan normalmente los epidemiólogos, las personas encargadas de la política sanitaria, las agencias de seguros y en diferentes ámbitos de la salud pública.

Política

Una **política** representa el marco de referencia para la realización de las acciones que se deben emprender en una institución o empresa en un periodo de tiempo. La política debe incluir tres cosas: “que debemos hacer, como hacer para llegar a hacerlo, y la medida empleada para evaluar lo que hemos hecho”. Estos tres elementos los podemos definir como:

1. Tener un área de acción o dirección sobre el que se debe trabajar por ejemplo reducir costos, mejorar la calidad de un producto.
2. La **meta** u **objetivo** cuantitativo que se espera alcanzar en un futuro, en el área de acción elegida.
3. Una guía para alcanzar la meta. Esto nos da el cómo se podría alcanzar el objetivo esperado.

Políticas públicas

Las políticas públicas son, sin duda alguna, la parte ejecutora de la Administración Pública, políticas públicas sanas, eficientes y que respondan a los problemas sociales darán como resultado un Estado con administración capaz de enfrentar con seguridad cualquier adversidad venidera. Las políticas públicas generalmente se definen desde el punto de vista de la “decisión” del gobierno, que opta o no por aplicar. Dye menciona que una política pública es *aquello que el gobierno escoge hacer o no hacer*, Frohock menciona que una política pública es: una práctica social y no un evento singular o aislado, ocasionado por la necesidad de reconciliar demandas conflictivas o, establecer incentivos de acción colectiva entre aquellos que comparten metas.

Políticas de Salud

Las políticas tienen que ver con la salud más que con la enfermedad. Son el marco donde los individuos, las organizaciones, las empresas y las asociaciones de una comunidad pueden ejercer su actividad y condicionan además la forma y el contexto en el que se desenvuelven nuestras vidas. Las políticas tienen que ver con los procesos y el poder para situar los valores (recursos e ideas) en la sociedad. Éstas se dan a varios niveles, desde el que se produce a nivel legislativo (macro) como las decisiones que se toman a nivel micro en las instituciones, centros de salud, etc. Hacemos políticas de salud cuando decidimos realizar unas cosas y no otras y cuando éstas las realizamos de un modo y no de otro.

Presupuestación

Proceso de consolidación de las acciones encaminadas a cuantificar monetariamente los recursos humanos, materiales y financieros, necesarios para cumplir con los programas establecidos en un determinado periodo; comprende las tareas de formulación, discusión y aprobación, ejecución, control y evaluación de presupuesto.

Presupuesto público

Es el instrumento directo del cual dispone el Estado para influir en toda la economía. Refleja el plan económico del gobierno y establece jerárquicamente el orden de prioridades que las finanzas públicas tienen sobre las principales políticas públicas. Se divide en dos rubros básicos: ingreso y gasto.

Presupuesto con perspectiva de género

Es el análisis de los gastos e ingresos gubernamentales reales en relación a mujeres y niñas comparados con los realizados en relación a hombres y niño.

Programación

Proceso a través del cual se definen estructuras programáticas, metas, tiempos, responsabilidades, instrumentos de acción y recursos necesarios para el logro de los objetivos de largo y mediano plazos fijados en el Plan Nacional de Desarrollo y los programas sectoriales y que se irán concretando mediante la programación económica y social, considerando las limitaciones y posibilidades reales de la economía nacional.

Riesgo

Daño o pérdida previstos debido a una combinación de vulnerabilidad y peligro. Se considera que las personas están en riesgo cuando no tienen capacidad para hacer frente a un desastre.

Razón

Razón es el cociente indicado de dos números que pueden ser enteros o no. El dividendo se llama antecedente y el divisor, consecuente.

Relaciones de género

Manera en que la cultura define los derechos, las responsabilidades y las identidades de las mujeres en relación con los hombres.

Rol

Conjunto de funciones, tareas, responsabilidades y prerrogativas que se generan como expectativas/exigencias sociales y subjetivas: es decir, una vez asumido el rol por una persona, la gente en su entorno exige que lo cumpla y pone sanciones si no se cumple. La misma persona generalmente lo asume y a veces construye su psicología, afectividad y autoestima en torno a él.

SISPA

Sistema de Información en Salud para Población Abierta.

Sexo

Identifica las diferencias biológicas entre mujeres y hombres percibidas como universales e inmutables.

Sedentarismo

El sedentarismo físico es la carencia de actividad física fuerte como el deporte, lo que por lo general pone al organismo humano en situación vulnerable ante enfermedades especialmente cardíacas. El sedentarismo físico se presenta con mayor frecuencia en la vida moderna urbana, en sociedades altamente tecnificadas en donde todo está pensado para evitar grandes esfuerzos físicos, en las clases altas y en los círculos intelectuales en donde las personas se dedican más a actividades cerebrales. Asimismo, como consecuencia del sedentarismo físico aparece la obesidad que es un problema preocupante en los países desarrollados, al igual que el sedentarismo.

Sensibilización al género

Implica un proceso que facilita generar un cambio de actitud en hombres y mujeres, respecto al reconocimiento y aceptación de que los roles son determinados por la historia, la sociedad y la cultura y que pueden ser modificables.

Transición epidemiológica

Es el proceso de transición epidemiológica caracterizado por cambios en los patrones de morbimortalidad de las poblaciones, que progresivamente pasan de presentar perfiles con preeminencia de causas agudas, fundamentalmente infecciosas, a situaciones en las que prevalecen enfermedades crónicas no transmisibles.

Transversalización

Integración de las cuestiones de género en el análisis, formulación y seguimiento de las políticas, programas y proyectos, con el objetivo de asegurar la reducción de las desigualdades entre hombres y mujeres (OMS, 1998). No solo responde al principio de Justicia social, sino también al principio en la excelencia y en la calidad de los servicios.

Es la integración sistemática de la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres en la organización y su cultura en todos los programas, políticas y prácticas, y en las maneras de ver y de hacer las cosas (Rees, 1998).

Transversalidad

Es una herramienta horizontal de planeación, programación, presupuestación, seguimiento y evaluación.

Transversalización del enfoque de género

Proceso de acceder a las implicaciones para las mujeres y para los hombres de cualquier acción que se planifique, trátase de legislación, políticas o programas en todas las áreas y a todos los niveles. Es una estrategia para conseguir que las preocupaciones y experiencias de las mujeres, al igual que las de los hombres, sean parte integrante de la elaboración, puesta en marcha, control y evaluación de las políticas y los programas en todas las esferas políticas, económicas y sociales, de manera que las mujeres y los hombres puedan beneficiarse de ellos igualmente y no se perpetúe la desigualdad. El objetivo final es conseguir la igualdad de los géneros [transformando la corriente principal]. (Consejo Económico y Social de la ONU, ECOSOC, 1997).

Vulnerabilidad

Conjunto de condiciones y procesos que se generan por efecto de factores físicos, sociales, económicos y ambientales que aumentan la susceptibilidad de una comunidad frente al impacto de los peligros.

XIV. Bibliografía

Aberasturi, Arminda y Mauricio Knobel (1989). *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. México Paidós Mexicana, S.A. 163p.

Apodaca (2007). Página oficial del Municipio de Apodaca.

Astelarra (2004). *Políticas de género en la Unión Europea y algunos apuntes sobre América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL Serie Mujer y Desarrollo.

Careaga, Gloria, Mercedes Barquet e Irene Brenes (2004). *El ABC de género en la Administración pública*. México: Instituto Nacional de las Mujeres; INMUJERES 1ª Edición 2004 México D. F.

CEPAL (2001). *Institucionalización del enfoque de género en las políticas públicas en Argentina*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

CEPAL (2001)a. *Transversalidad del enfoque de género en el Estado: la experiencia de Paraguay*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

CEPAL (2001) b. *Estrategias para promover la incorporación transversal de la dimensión género en las funciones e instituciones del Estado*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

Diario Oficial (1995). Norma Oficial Mexicana, NOM-007-SSA2-1993, Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio a recién nacidos. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. México: Diario Oficial.

Diario Oficial (2006). Ley general para la Igualdad entre Mujeres y Hombres. México: Diario Oficial del 10 de Agosto del 2006.

Diario Oficial (2007). Lineamientos generales para la evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal. México: Diario Oficial.

Dr. González (2007). Página oficial del Municipio de Dr. González.

ENS (2008). Encuesta Nacional de Salud. México: Secretaría de Salud.

ENSN (2006). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición: Resultados Por Entidad Federativa, Nuevo León: Secretaría de Salud.

García, María, María Luisa Jiménez y Emilia Martínez (2008). *Políticas de Investigación en salud. Guía de recomendaciones para la incorporación de la perspectiva de género: Escuela Andaluza de Salud Pública*. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer.

Gómez, Manuel y Luis Cámara (2003). *Orientaciones para la aplicación del enfoque del Marco Lógico*. Madrid: 1ª Ed. 2003.

Hevia, Teresa y Laura Peniche (2007). *Elaboración de Proyectos de Desarrollo Social con Perspectiva de Género*. México: Instituto Nacional de las Mujeres, INMUJERES; 2da Ed. 2007.

Hofbauer, Helena, Dora Sánchez-Hidalgo y Verónica Zebadúa (2002). *Presupuestos Sensibles al Género: Conceptos y Elementos Básicos*. México: Primera Edición, 2002, D.R. © Secretaría de Salud.

IEM (2004). *Adolescentes embarazadas: Los rostros de la desigualdad de género*, por Sonia A. López García. Publicado en: *Revista Violeta: por una cultura de equidad*. Revista trimestral del Instituto Estatal de las Mujeres, Nuevo León. Año 1, No. 2, Junio del 2004 pp. 12-13.

IMSS (2008). *Género y control de diabetes mellitus 2 en pacientes del primer nivel de atención*. México: Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, Vol. 46, pp. 73-81.

INEGI (2006). Población femenina de 12 años y más por municipio y grupos quinquenales de edad según número de hijos nacidos vivos. Aguascalientes: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

INEGI (2008). 12 de agosto Día Internacional de la Juventud. Datos Nacionales. Aguascalientes: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

INEGI (2007). Estadísticas oficiales sobre el registro de nacimientos en cruce con la edad de la mujer en el transcurso del año 2007.

INEGI (2008). Estadísticas oficiales de los registros de nacimientos en el cruce con escolaridad y ocupación.

INEGI (2007). Estadísticas a propósito del día Internacional de la Juventud. Datos Nacionales. Aguascalientes: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

INEGI (2008). Estadísticas a propósito del día Internacional de la Juventud. Aguascalientes: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

INMUJERES (2005). *Guía Metodológica, para la inclusión de la perspectiva de género en los Presupuestos públicos*. México: Instituto Nacional de las Mujeres; Primera Ed. Diciembre de 2005.

Lombardo, Emanuela (2006). *Mainstreaming, evaluación de impacto y presupuesto de género: conceptos y criterios*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

López, Irene; Paula Cirujano y otros (2007). *Género y políticas de cohesión social: Conceptos y experiencias de transversalización*. Fundación Internacional y para Iberoamérica de Administración y Políticas Públicas (FIIAPP).

Mendoza, Alberto (2007). *Embarazo y adolescencia*. Revista: *Salud Materna y Perinatal*. Coordinador Médico Estatal.

Mejía, Rafael (2007). *Embarazo en adolescentes, problema de hoy*. Publicado en Revista electrónica: *Salud, Medicinas*. Com.mx consultado en línea: 20 de septiembre de 2008.

Miller, Kevin (2006). *Seguimiento, mediante presupuestos con perspectiva de género, de los compromisos gubernamentales en favor de la autonomía de la mujer*.

Montes de Oca, Edison (2002). *Transversalización del enfoque de género en Organizaciones y en el Proceso de Políticas*; CEM-H, Honduras 2002.

OMS (2001). Iniciativa de diabetes para las Américas (día): Plan de acción para América Latina y el Caribe 2001-2006; división de prevención y control de enfermedades. Programa de enfermedades no-transmisibles. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud; Julio 2001.

OPS (2001). Enfermedades Crónicas no Transmisibles Organización. Guías para el diseño, implementación y evaluación de sistemas de vigilancia Epidemiológica de violencia y lesiones. Organización Panamericana de la Salud.

Palán, Zonia y María de los Ángeles Barrionuevo (2002). *Análisis con enfoque de Género de los presupuestos, planes y programas del Municipio Distrito Metropolitano de Ecuador*: Comisión de la Mujer, el Niño y la Familia Quito - Ecuador, Noviembre 2002.

PND (2007). Plan Nacional de Desarrollo.

PNUD (2003). *Transversalización del enfoque de género en la gestión del agua: Gender and Water*. Alliance; PNUD.

PNS (2007). Programa Nacional de Salud 2007-2012; Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México: Secretaría de Salud, Primera edición, 2007.

Rayones (2007). Página oficial del Municipio de Rayones.

Santos, Villa, García y otros (2003). *La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México*. México: Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia.

S.S.N.L. (2007) Servicios de Salud de Nuevo León. A tres años de gobierno. Dr. Gilberto Montiel Amoroso, Secretario de Salud, 13 de julio 2007.

SIEGPA (2004). *Sistema de indicadores con enfoque de género de Panamá*. Jocedeno: SIEGPA 2004.

SISVEA (2007). Estadísticas oficiales sobre adicciones. Informe 2007. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las adicciones.

Standing, Hilary (2000). *El género y la reforma del sector Salud*: Organización Panamericana de la Salud Vol. 3 2000.

Stern, Claudio (1997). *El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica*. *Salud Pública de México*: Salud Pública. Méx. Vol. 39 No. 2, Cuernavaca Marzo/Abril 1997.

Stern, Claudio (2003). *Significado e implicaciones del embarazo adolescente en distintos contextos socioculturales de México: reseña de un proyecto en proceso*. México: COLMEX, El Colegio de México.

UNIFEM (1006). *Manual para transversalizar la perspectiva de género en la Secretaría de Relaciones Exteriores en México*. México: Secretaría de Relaciones Exteriores; UNIFEM: PENUD, 1ª. Ed. 2006. 115 p.

Valdés, Teresa, Claudia Dides y otros (2006). PNUD Chile; Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Elaborado por: Área de Estudios de Género, FLACSO-Chile. Santiago de Chile: PNUD.

Villarreal, Ana María (2007). *Perfil epidemiológico y de salud en Nuevo León, México*: Secretaría de Salud en Nuevo León.

XV. Anexos

- XV.1 Sensibilización y Capacitación a Funcionarios (as) del 2º al 6º nivel de la Secretaría de Salud y Municipales. (concentrado)
- XV.2 Sensibilización a: Funcionarios (as) del 2º al 6º nivel de la Secretaría de Salud
- Concentrado
 - Orden del día
 - Minuta
 - Lista de asistencia
- XV.3 Sensibilización a: C. Alcalde, Regidores(as) y Funcionarios(as) del 2º al 6º nivel de Apodaca.
- Concentrado
 - Orden del día
 - Minuta
 - Lista de asistencia
- XV.4 Sensibilización a: C. Alcalde, Regidores(as) y Funcionarios(as) del 2º y 6º nivel de Dr. González
- Concentrado
 - Orden del día
 - Minuta
 - Lista de asistencia
- XV.5 Sensibilización a: C. Alcalde, Regidores(as) y Funcionarios(as) del 2º al 6º nivel de Rayones
- Concentrado
 - Orden del día
 - Minuta
 - Lista de asistencia

XVI. Capacitación

- XVI.1 Capacitación (concentrado)
- XVI.2 Equipo de Salud Responsable del Proyecto de Salud
- Concentrado
 - Orden del día
 - Minuta
 - Lista de asistencia
- XVI.3 Capacitación a Personal de la Secretaría de Salud Estatal
- Concentrado
 - Orden del día
 - Minuta
 - Lista de asistencia
- XVI.4 Capacitación al personal de salud de la Jurisdicción Sanitaria no. 6
- Concentrado
 - Orden del día
 - Minuta
 - Lista de asistencia

XVI. 5 Capacitación a funcionarios (as) del municipio de Apodaca

- Concentrado
- Orden del día
- Minuta
- Lista de asistencia

XVI.6 Capacitación a funcionarios (as) del municipio de Dr. González

- Concentrado
- Orden del día
- Minuta
- Lista de asistencia

XVI.7 Capacitación a funcionarios (as) del municipio de Rayones

- Concentrado
- Orden del día
- Minuta
- Lista de asistencia

Coordinación del proyecto:

Dra. María del Refugio Ávila Carmona

Con la colaboración de:

María Elena Chapa H., Alejandra Osteguín, Guadalupe Elósegui M.,
Érika Ramos Flores, Tania Ocampo Carvajal

Diseño y maquetado:

nanygarcia@prodigy.net.mx

En portada:

Alfredo Gracia A., Sin título (2007),
óleo s/tela. 2.10 x 2.50 m. Colección privada.

*Fortalecimiento y consolidación de la perspectiva de género
en la Administración Pública Estatal y Municipal.
Memorias Tomo II. Modelos de transversalización.
Instituto Estatal de las Mujeres * Nuevo León
Fue impreso en los talleres de:
Eugenio Galindo Mora*

*en Monterrey, N.L.
El tiraje consta de 1,000 ejemplares
más sobrantes para reposición.*