



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NAYARIT
Área de Ciencias de la Salud
Coordinación de la Maestría en Salud Pública
Generación 2014-2015

**Adolescente embarazada con depresión
en el primer nivel de atención**

Proyecto de Desarrollo Institucional

**Trabajo recepcional para obtener el título de
Maestría en Salud Pública**
Área: Gerencia de Servicios de Salud

Aspirante: Sinnay Carolina Ramos Zavala
Director: M en C. Martha Karina Jalomo Ortiz

Tepic, Nayarit
Junio 2016



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NAYARIT
Área de Ciencias de la Salud
Coordinación de la Maestría en Salud Pública
Generación 2014-2015



**Adolescente embarazada con depresión
en el primer nivel de atención**

Proyecto de Desarrollo Institucional

**Trabajo recepcional para obtener el título de
Maestría en Salud Pública**
Área: Gerencia de Servicios de Salud

Aspirante: Sinnay Carolina Ramos Zavala
Director: M en C. Martha Karina Jalomo Ortiz

Tepic, Nayarit

Junio 2016

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. DIAGNÓSTICO	3
2.1 Diagnóstico externo institucional	3
2.1.1 Antecedentes históricos de los Servicios de Salud de Nayarit	3
2.1.2 Cobertura de población de la Jurisdicción Sanitaria No.1	7
2.1.3 Tasa de natalidad	9
2.1.4 Educación	10
2.1.5 Población Económicamente Activa.....	11
2.1.6 Tecnologías de Información y Comunicación	11
2.1.7 Grado de Marginación	12
2.2 Diagnóstico interno institucional	14
2.2.1 Funciones de la Jurisdicción Sanitaria No. 1	15
2.2.2 Estructura orgánica de la Jurisdicción Sanitaria No. 1.....	16
2.2.3 Infraestructura de la Jurisdicción Sanitaria No. 1	19
2.2.4 Recursos materiales en la Jurisdicción Sanitaria No. 1	19
2.2.5 Recursos humanos en la Jurisdicción Sanitaria No. 1.....	20
2.2.6 Programas y servicios otorgados en la Jurisdicción Sanitaria No. 1....	21
2.2.7 Programa de Salud Materna y Perinatal.....	21
2.2.8 Programa de Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes	26
2.2.9 Programa de Salud Mental	31
2.2.10 Alineación del proyecto con políticas nacionales y estatales.....	39
2.3 Diagnóstico estratégico	41
2.3.1 Matriz FODA plana	42
2.3.2 Matriz FODA estratégica	43

3. ESTRATEGIAS DEL PROYECTO	44
4. OBJETIVOS ESTRATEGICOS Y PRIORIDADES DEL PROYECTO.	45
4.1 Priorización por comparación de pares de objetivos del proyecto.....	48
5. LINEAS DE ACCIÓN, INDICADORES Y METAS DEL PROYECTO	50
6. PREVISIÓN DE RECURSOS.....	53
7. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN.....	54
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
9. ANEXOS	62

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Objetivos y funciones de un sistema de salud de México.....	3
Figura 2.	Estructura y cobertura del Sistema de salud de México.....	4
Figura 3.	Jurisdicciones Sanitarias de los Servicios de Salud de Nayarit.....	7
Figura 4.	Pirámide poblacional de la Jurisdicción Sanitaria No.1.....	8
Figura 5.	Número de nacimientos por municipio.....	9
Figura 6.	Grado de marginación por municipio.....	13
Figura 7.	Partos atendidos por municipio.....	24
Figura 8.	Partos atendidos según la edad de la madre.....	25

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Población de cobertura de la Jurisdicción Sanitaria No. 1.....	9
Tabla 2.	Población de 15 años y más con alfabetización.....	10
Tabla 3.	Indicadores de educación del ciclo escolar 2013-2014.....	10
Tabla 4.	Población Económicamente Activa.....	11
Tabla 5.	Servicios en los hogares.....	12
Tabla 6.	Infraestructura de la Jurisdicción Sanitaria No. 1.....	19
Tabla 7.	Servicios del Programa de Salud Materna y Perinatal.....	24
Tabla 8.	Principales causas de morbilidad en el embarazo.....	26
Tabla 9.	Servicios del programa de Planificación Familiar.....	31
Tabla 10.	Priorización de objetivos estratégicos del proyecto.....	49

1. INTRODUCCIÓN

La depresión, es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que este trastorno afecta a 350 millones de personas en el mundo y que para el año 2020 será la primera causa de ausentismo laboral y la segunda causa de incapacidad, después de las enfermedades cardiovasculares. ¹

Este trastorno es recurrente y reduce la actividad de las personas, produciendo importantes costos económicos y sociales, considerándose dentro de las primeras causas de baja laboral. ¹

La depresión se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino, con una relación hombre/mujer de 1:2, principalmente durante el periodo de vida fértil, aumentando en la menarquia, final del climaterio y en el periodo perinatal (considera desde la fecundación hasta los 42 días después del parto); caracterizada por la mayor susceptibilidad a la depresión en la mujer. ²

La depresión afecta a una gran proporción de mujeres en edad fértil y existe una relación especial entre la depresión con el embarazo y el período posparto, representando riesgos y efectos sobre el embarazo y sobre el niño en desarrollo. ³

A nivel mundial se han realizado estudios que han evaluado la prevalencia de la depresión posparto, con prevalencias entre 10% y 15%, sin embargo, la depresión durante el embarazo ha sido poco estudiada aun cuando los resultados sobre la depresión posparto han mostrado que el 56.4% de las mujeres presenta depresión antes del embarazo o durante este. ³ En México se han realizado poco estudio, con prevalencias que van desde el 6.4% al 32%.^{4, 5}

Las adolescentes embarazadas, constituyen un grupo de alto riesgo, vinculado a la morbilidad y mortalidad materno-infantil y al aborto, tanto por inmadurez física como por las dificultades psicosociales y económicas; considerándose una situación de salud

pública, por los riesgos que implica para el bienestar físico, psíquico y social, tanto de la adolescente, el bebé, el padre, como del entorno familiar. ⁶

Los embarazos en adolescentes no ocurren por un solo motivo son consecuencia de una combinación de factores. Según estudios realizados estos incluyen la pobreza, falta de educación, aceptación de uniones o matrimonio infantil por parte de las comunidades y familias, deserción escolar y la ausencia de opciones o circunstancias que están más allá del control de las adolescentes. ⁷

En México, durante el año 2014, la tasa de fecundidad en el grupo de 15 a 19 años de edad fue de 77 nacimientos por cada 1000 habitantes. Nayarit se ubica dentro de unos de los estados con una tasa superior a la nacional. ⁸

La depresión en el embarazo no se presenta de manera distinta (a cuando es en otra etapa de la vida) y se asocia con cambios conductuales como el abandono del control prenatal, deterioro del autocuidado que requiere el embarazo, mala adherencia a las indicaciones médicas, el abuso de sustancias nocivas para la salud incrementando las complicaciones obstétricas. ^{9,10} Es por esta razón que se necesita de una atención integral de la salud materna, que aborde la salud mental de la embarazada adolescente.

El primer nivel de atención a la salud es el primer contacto de la adolescente embarazada con el sistema de salud, el que otorga la atención para un embarazo, parto y puerperio saludable con enfoque de riesgo.¹¹ Sin embargo, no se realiza un abordaje de la salud mental en la adolescente embarazada, considerando esta acción importante, por los factores de riesgo, que este grupo de edad representa.

Bajo este panorama, se consideró necesario, el diseño de un Proyecto de Desarrollo Institucional para la prevención, detección y atención de la depresión en la adolescente embarazada, en el primer nivel de atención de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 de los Servicios de Salud de Nayarit, que pueda fortalecer atención integral abordando no solo la salud física, sino la salud mental, desde el primer contacto con el sistema de salud.

2. DIAGNÓSTICO

2.1 Diagnóstico externo institucional

El entorno externo institucional, busca la comprensión integral del ambiente que rodea a la Jurisdicción Sanitaria No.1 de los Servicios de Salud de Nayarit (SSN) e identifica los cambios y tendencias importantes que han ocurrido en dicho ambiente y que afectan directa o indirectamente a la institución.¹²

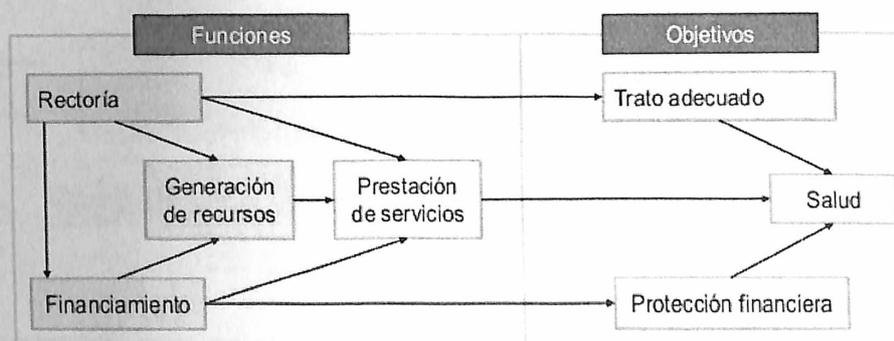
En general, el análisis del entorno debe considerar la situación y tendencias económicas, sociales, políticas, científicas, tecnológicas y demográficas de los municipios de cobertura de la Jurisdicción Sanitaria (JS) No.1 Tepic.

2.1.1 Antecedentes históricos de los Servicios de Salud de Nayarit

Para la OMS los sistemas de salud surgen ante la necesidad de responder a los problemas de salud y enfermedad de una población, formándose a partir de la estructura económica y política de la misma.¹³

De acuerdo con Murray y Frenk, los objetivos finales, básicos o medulares de los sistemas de salud son tres: I) mejorar la salud de la población; II) ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud y III) garantizar seguridad financiera en materia de salud.¹⁴(figura 1).

Figura 1. Objetivos y funciones de un sistema de salud



Fuente: Soto G, González R. Rasgos generales del sistema de salud de México: UNAM: 2011

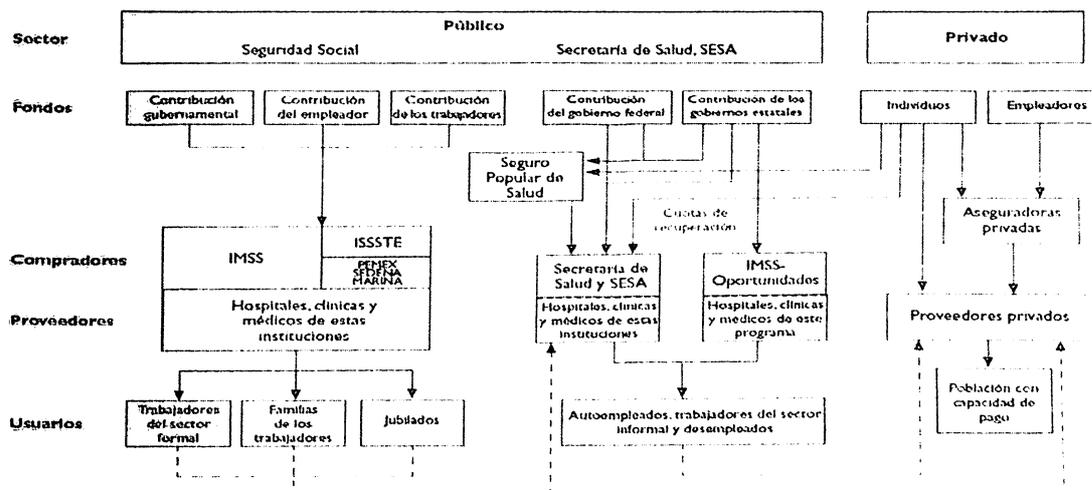
Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx>

En el sistema de salud de México, para garantizar a toda la población del país el acceso regular a servicios integrales de salud, en cumplimiento con lo establecido en el artículo 4º constitucional y para lograr los objetivos de un sistema de salud, se estructura por dos sectores, el público y el privado ¹⁵(figura 2).

El sector público incluye a las instituciones de seguridad social [Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de Defensa (SEDENA), Secretaria de Marina (SEMAR)] y las instituciones de seguridad social para los trabajadores de los gobiernos estatales así como las instituciones y programas que protegen y ofrecen servicios a la población sin seguridad social [Secretaría de Salud (SS), Servicios estatales de Salud (Sesa), IMSS-Prospera y Seguro Popular (SP). ¹⁶

El sector privado incluye a las aseguradoras privadas y a los prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, en general bajo un esquema lucrativo. Este sector incluye también a los prestadores de servicios de medicina alternativa que por lo general trabajan en consultorios o unidades ambulatorias. ¹⁶

Figura 2. Estructura y cobertura del Sistema de salud en México



Fuente: Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS, 2000.

La SSN, conforma parte de la estructura del Sistema Mexicano de Salud. Se funda en 1943 con el propósito principal de llevar la rectoría del sistema, comprendiendo la planeación estratégica, el diseño de políticas, a coordinación intra e inter-sectorial, la regulación de la atención a la salud, la regulación sanitaria de bienes y servicios, la evaluación de servicios, programas y políticas y la protección de usuarios de los servicios de salud.¹⁷

La SSN llevó a cabo un proceso de descentralización de sus servicios en dos etapas: la primera sucedió durante la década de 1980 y la segunda en 1990. Este proceso, se dio como respuesta a una serie de problemas de ese momento, pues presentaba un enfoque burocrático y en extremo centralizado del diseño y la aplicación de las políticas; una asignación de recursos inapropiada, de modo que los recursos y las necesidades apenas tenían correspondencia; y una débil coordinación entre los prestadores de servicios que atendían a la población sin seguridad social. Con base en esto, se responsabilizó a las autoridades federales, de establecer los objetivos de la atención a la salud, definir el marco legal para el funcionamiento general del sistema, asegurar la coordinación y la planeación y dar seguimiento a los resultados. Los estados contaron con flexibilidad operativa amplia y fueron responsables de legislar sobre la organización y operación de los servicios de salud para la población sin seguridad social, en el nivel estatal. La coordinación entre el gobierno federal y los estados se llevó a cabo por medio del Consejo Nacional de Salud (CNS), integrado por los secretarios de salud de cada Estado y presidido por el secretario de salud a nivel federal.¹⁷

Los cambios estructurales en el Artículo 4º Constitucional implicaron la sectorización de los servicios de salud para la población sin seguridad social, la descentralización de los servicios de salud, de la Secretaría de Salud a los gobiernos de las entidades federativas, la modernización de estos mismos y el fortalecimiento de la coordinación intersectorial para aprovechar la sinergia entre las distintas dependencias del gobierno federal, surgiendo para el estado de Nayarit, los SSN.

Cuando Nayarit adquiere su soberanía como estado libre en el año de 1917, se responsabiliza de la Salubridad el Consejo Superior de Salubridad, a través de las

Juntas de Salubridad y de Sanidad en Puertos Marítimos. El primero de enero de 1936, se firmó el convenio entre el Gobierno Federal y Estatal para establecer los Servicios Coordinados, actualmente los SSN. ¹⁸

Con el proceso de descentralización de la SS las funciones de esta institución se impulsaron hacia los organismos estatales de salud. Favoreciendo la creación de las Jurisdicciones Sanitarias (JS) que en una unidad técnico-administrativa desconcentrada por regiones de los Servicios Estatales de Salud. Cuenta con recursos y facultades para otorgar atención médica a la población afiliada al Seguro Popular y la población no asegurada, con el propósito de conducir adecuadamente las acciones del sector en su área de influencia. ¹⁸

Dentro del proceso de regionalización y descentralización de los servicios de salud, la Jurisdicción Sanitaria tiene un papel relevante debido a que es el área técnico-administrativa que está más próxima al sitio donde se otorgan dichos servicios a la comunidad y su ubicación en el ámbito geográfico. Está colocada en una posición estratégica para concertar con los municipios, acciones que permitan alcanzar los objetivos del programa General de Salud, pero ajustadas a las circunstancias socioeconómicas y al patrón epidemiológico locales. ¹⁹

Con el fin de promover su desarrollo, la JS ha sido objeto de diversas transformaciones orgánico funcionales para hacer de ella una estancia de carácter operativo, con la autonomía suficiente para tomar decisiones. Este objeto solo se logró parcialmente, entre otras razones por falta de recursos e insuficiencia de metodologías, procedimientos apropiados, así como su gran dependencia de nivel estatal. ¹⁹

La JS, agrupa un determinado número de municipios en el área rural y en la urbana, su conformación está determinada por la regionalización, es decir, por la conformación de áreas geodemográficas delimitadas con características étnicas, culturales, económicas, políticas, sociales, ambientales y de desarrollo comunes, con el fin de planificar la prestación de los servicios, hacer uso óptimo de los recursos y responder a las necesidades de atención a la salud particulares de la región. ²⁰

Los Servicios de Salud de Nayarit es la institución de salud que brinda atención a la población sin seguridad social y la que se encuentra afiliada al Seguro Popular. Tiene una cobertura del 56% de la población del estado de Nayarit.²¹

Para brindar atención en salud a esta población los SSN se organizan en 3 JS desde el año 1993: la No.1 Tepic, No.2 Compostela y No.3 Tuxpan (figura 3)²⁰

Figura 3. Jurisdicciones Sanitarias de los Servicios de Salud de Nayarit



Fuente: INEGI. Anuario estadístico y geográfico de Nayarit 2014; Disponible en: <http://www.inegi.org.mx>

Para el diseño de este proyecto se consideró a la JS No1, que brinda atención al 49.1% de la población de cobertura de los SSN. Esta jurisdicción tiene como área de influencia a los municipios del estado, Tepic, Xalisco, Santa María de Oro, San Blas, La Yesca y El Nayar.

2.1.2 Cobertura de población de la Jurisdicción Sanitaria No.1

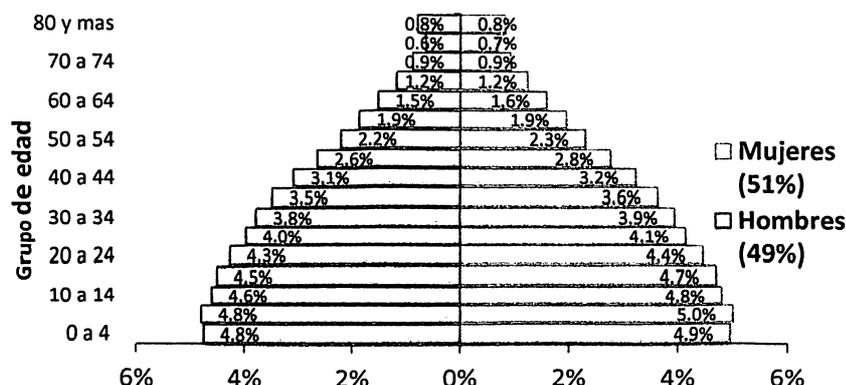
La población del estado de Nayarit, durante el año 2014 fue de 1,182,225 habitantes, de los cuales 635,556 corresponden a la población total son y sin seguridad social de los municipios que conforman la jurisdicción sanitaria no.1 representando el 53.7% de la población total del estado.¹⁹ (figura 4)

La población en edad fértil, comprende de los 15 a los 49 años de edad y durante el año 2014, fue de 339,387 habitantes (hombres y mujeres) lo que representó el 53.4%

del total de la población de los municipios que conforman la jurisdicción sanitaria no.1. La población de mujeres en edad fértil (MEF) fue de 171,181 el 52.4% del total de la población de femenina.²²

Considerando al grupo de edad de 10 a los 19 años (adolescentes), durante el año 2014 la población fue de 120,756 habitantes, ²³ que represento el 19% del total de la población de los municipios de cobertura de la Jurisdicción, independientemente de su condición de seguridad social.

Figura 4. Pirámide poblacional la Jurisdicción Sanitaria No.1, 2014



Fuente: CONAPO. Proyecciones de población 2010-2030. Disponible en: www.conapo.gob.mx

Considerando la condición de seguridad social, la población de responsabilidad de la JS No. 1 de los Servicios de Salud de Nayarit fue de 361,070 habitantes, (tabla 1), lo que representa el 51.4% de la población total de los municipios que conforman dicha jurisdicción.²³

Durante este mismo año, los municipios que presentaron un mayor porcentaje de población sin seguridad social fueron, La Yesca con el 90% y Del Nayar con el 87%, estos municipios, también son los que tienen el más alto índice de marginación del estado.

Tabla 1. Población de cobertura de la Jurisdicción Sanitaria No. 1, por municipio, 2014

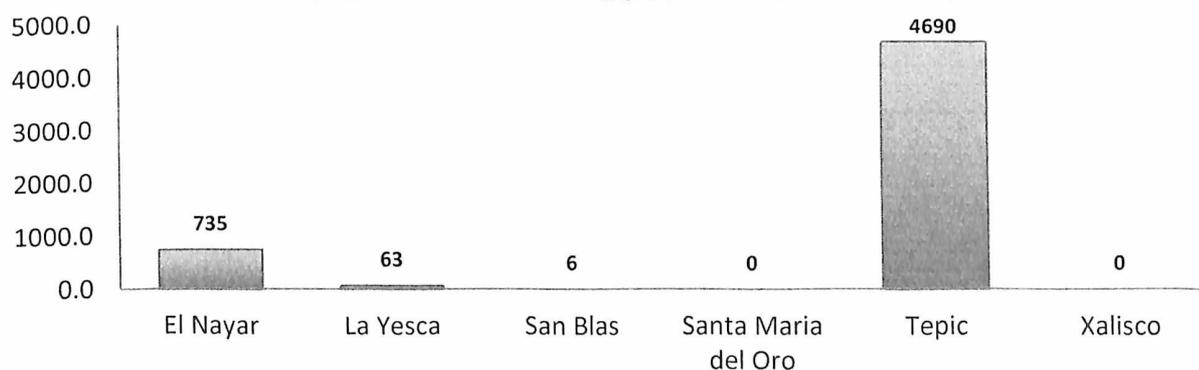
Municipio	Población total	Población de cobertura	% de población sin seguridad social
El Nayar	58,389	50,798	87%
La Yesca	21,456	19,310	90%
San Blas	39,846	32,275	81%
Santa María de Oro	27,753	19,427	70%
Tepic	438,905	206,285	47%
Xalisco	49,217	32,975	67%
Total	635,556	361,070	56%

Fuente: CONAPO. Proyecciones de población 2010-2030. Disponible en: www.conapo.gob.mx
INEGI. Anuario estadístico y geográfico de Nayarit 2014; Disponible en: <http://www.inegi.org.mx>

2.1.3 Tasa de natalidad

En el año 2014, se registraron 5,494 nacimientos, en una población de 361,070 habitantes, con una tasa de natalidad de 16.7 por cada 1000 habitantes, inferior a la tasa estatal que es de 21. De los 6 municipios de cobertura de la Jurisdicción Sanitaria No. 1, el municipio de Tepic registro el 85% del total de nacimientos, siendo este mismo municipio el que presenta el mayor número de nacimientos a nivel estatal (figura 5).²³

Figura 5. Número de nacimientos de los municipios de la Jurisdicción Sanitaria No.1, 2014



Fuente: INEGI. Dirección General de Estadísticas Sociodemográficas. Estadísticas de natalidad. Disponible en: www.inegi.org.mx

2.1.4 Educación

La población mayor de 15 años, durante el año 2014, fue de 233,629 habitantes, con una tasa de alfabetización de 97.8%, que es inferior a la tasa estatal que es de 98.6%. El municipio con la tasa de alfabetización más alta, durante el año 2013, fue el municipio de Tepic, con una tasa de 98.6% (tabla 2), que es igual a la tasa estatal.²⁴

Tabla 2. Población de 15 años y más con alfabetización, de los municipios de la Jurisdicción No.1, 2014

Municipio	Población de 15 años y más	Población alfabetizada	Tasa de alfabetización
El Nayar	11,981	10,555	88.1%
La Yesca	5,327	5,119	96.1%
Santa María de Oro	9,225	8,902	96.5%
San Blas	19,187	18,784	97.9%
Tepic	167,004	164,666	98.6%
Xalisco	20,906	20,551	98.3%
Total	233,629	228,577	97.8%

Fuente: SNIE. Estadística del sistema educativo Nayarit, ciclo escolar 2013.2014. Disponible en: www.snie.sep.gob.mx

En el ciclo escolar 2013-2014, el estado de Nayarit, registró una tasa de absorción del 97.2% en el nivel secundaria (escolaridad de los 12 a 14 años) con una eficiencia terminal de 98.2%.²⁵

En el nivel medio superior (escolaridad 15 a 17 años), durante el mismo ciclo escolar, se obtuvo una tasa de absorción de 97.3% con una eficiencia terminal de 63.6%²⁵ (tabla 3).

Tabla 3. Indicadores de educación en Nayarit del ciclo escolar 2013-2014

Nivel de educación	% de absorción	Eficiencia terminal	Cobertura
Educación Primaria	ND	99.8	103.6
Educación Secundaria	97.2	98.2	92.1
Educación Media Superior	97.3	63.6	69.2

Fuente: SNIE. Estadística del sistema educativo Nayarit, ciclo escolar 2013.2014. Disponible en: www.snie.sep.gob.mx

ND: no disponible

2.1.5 Población Económicamente Activa

El porcentaje de la Población Económicamente Activa (PEA) de los municipios de cobertura de la jurisdicción sanitaria No.1, es del 51.9% de la población total de 15 y más años (233,629 habitantes) que es inferior a la PEA estatal (52.9%).²⁴

La población masculina económicamente activa de los municipios de cobertura de la Jurisdicción No.1, predomina con un 71.30%, respecto a la población femenina con 28.70 y las principales actividades económicas de esta población son la agricultura, la construcción, la industria extractiva y eléctrica y las actividades de comunicaciones y transportes.²⁴ (tabla 4)

Tabla 4. Población Económicamente Activa, Jurisdicción No.1, 2014

Población		Total	%	Hombres	Mujeres
15 años y mas 233,629	Económicamente Activa	121,254	51.90%	71.30%	28.70%
	Ocupada	116,525	96.10%	ND	ND
	Desocupada	4,729	3.9.%	ND	ND

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2015. Disponible en: www.inegi.com.mx

ND: no hay datos disponibles

2.1.6 Tecnologías de Información y Comunicación

En los municipios de cobertura de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 de los SSN, se registró durante el año 2011, que en el municipio de Tepic, el 53 de cada 100 hogares contaban con línea telefónica, cifra mayor que en el resto de los municipios.(San Blas, Del Nayar, La yesca, Santa María de Oro y Xalisco).²⁶

Considerando los hogares con telefonía celular, el municipio de Santa María del Oro, presentó la cifra más alta, de 94 de cada 100 hogares contaron con este servicio (tabla 5).

De los municipios que conforma la Jurisdicción Sanitaria No. 1 de los SSN, en el municipio de Santa María de Oro, se registró que durante el año 2011, 96 hogares de cada 100 contaron con el servicio de internet, que fue la cifra más alta del total de municipios de la Jurisdicción. ²⁶

Tabla 5. Servicios en los hogares de cobertura de Jurisdicción No.1, 2011

Municipio	Telefonía fija	Telefonía Celular	Internet
El Nayar	2.3%	2.6%	0.2%
La Yesca	17.4%	13.3%	0.8%
Santa María de Oro	49.6%	93.6%	96.5%
San Blas	28.8%	53.5%	7.3%
Tepic	53.3%	81.3%	32.1%
Xalisco	49.8%	77.4%	23.9%
Total	33.5%	53.6%	26.8%

Fuente: Elaborado con datos del INEGI. Módulo sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares, 2013. <http://www.inegi.org.mx>

2.1.7 Grado de Marginación

La marginación, como fenómeno estructural, expresa la dificultad para propagar el progreso en el conjunto de la estructura productiva, pues excluye a ciertos grupos sociales del goce de beneficios que otorga el proceso de desarrollo. Exponiendo a la población a riesgos y vulnerabilidad social. ²⁷

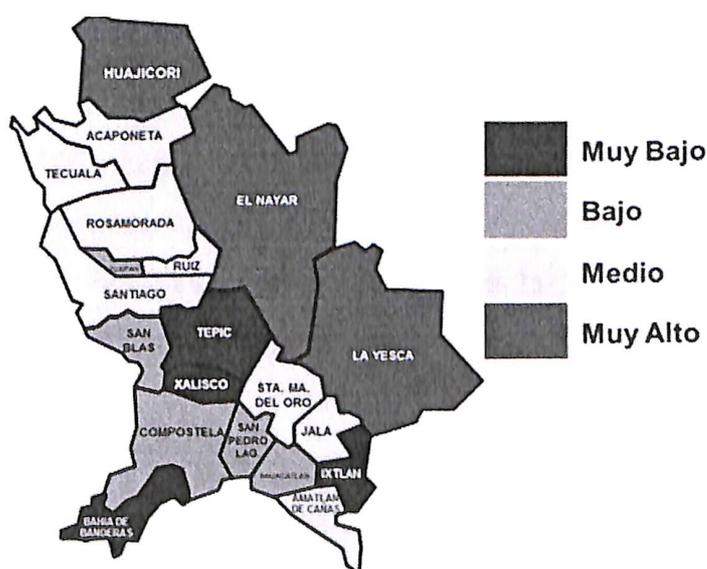
El índice de marginación es una medida resumen que permite diferenciar las localidades del país con base en el impacto global de las privaciones que padece la población a consecuencia de la falta de acceso a la educación, la residencia en viviendas inadecuadas y la carencia de bienes. A través de este índice CONAPO identifica las inequidades socio espaciales que persisten en las localidades del país,

que es donde se observa que a pesar de los avances significativos en los indicadores sociales, económicos y demográficos persiste rezago.²⁷

En el año 2010, el estado de Nayarit, fue considerado con un grado de marginación medio, ocupando el 12º lugar en el contexto nacional; En la figura 6, se puede observar que a nivel municipal, Nayarit cuenta con 4 municipios clasificados como de muy bajo nivel de marginación (Xalisco, Tepic, Ixtlán del Río y Bahía de Banderas); de nivel medio de marginación, 8 municipios (Acaponeta, Rosamorada, Ruíz, Santiago Ixcuintla, Tecuala, Amatlán de Cañas, Jala y Santa María del Oro); de nivel bajo de marginación, 5 (Tuxpan, San Blas, Ahuacatlán, San Pedro Lagunillas y Compostela) y en el nivel de muy alto grado de marginación, se encuentran los 3 municipios de la zona serrana, donde el municipio de La Yesca se encuentra en el lugar 152, Huajicori en el 195 y El Nayar que ocupa el lugar número 4 en el contexto nacional, siendo la región de mayor prioridad para medidas de intervención interinstitucional e intersectorial.²⁷

Dentro del área de influencia de la Jurisdicción No. 1 de los SSN, se encuentran los municipios de Tepic y Xalisco con muy baja marginación; el municipio de Santa María del Oro con marginación media; San Blas con marginación baja y los municipios de La Yesca y El Nayar con muy alto grado de marginación.²⁷

Figura 6. Grado de marginación por municipio, en Nayarit, 2014



Fuente: CONAPO. Índice de marginación por entidad federativa y municipio 2010. Disponible en: www.conapo.org.mx

2.2 Diagnóstico interno institucional

La Jurisdicción Sanitaria, es una unidad administrativa regional conformada con base en criterios demográficos, epidemiológicos, geográficos, políticos y sociales. Agrupa a municipios rurales y urbanos y dispone de centros de salud, unidades médicas especializadas, hospitales y otros organismos para desarrollar programas y servicios de prevención y protección de la salud. ²⁸

La Situación Interna Institucional de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 de los SSN identifica los principales recursos, procesos y servicios con que cuenta la institución así como las deficiencias, necesidades o problemas que existen para el cumplimiento de sus objetivos.

La responsabilidad de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 de los SSN es planear, programar, dirigir y controlar la prestación de los servicios de atención médica a la población en su área de influencia, así como de coordinar y promover los programas institucionales de salud pública, las acciones intersectoriales con instituciones y autoridades del sector público, privado y social, y con todas aquellas que pueden contribuir al mejoramiento de la salud de la población. ²⁸

Misión

Fungir como la instancia técnico-administrativa encargada de vigilar el buen funcionamiento de las políticas, estrategias y normas de salud emitidas por el nivel Federal y Estatal, en el ámbito de su competencia, a través de la coordinación intra y extra sectorial con los diferentes niveles de gobierno, y del trabajo coordinado de su estructura orgánica, utilizando los recursos económicos, de planeación, organización, información, supervisión, evaluación y control en la red de unidades que integran la Jurisdicción Sanitaria I Tepic, apoyados por la Coordinación Municipal de Salud. ²⁸

Visión

Consolidarse como un órgano desconcentrado con mayor capacidad de respuesta y suficiencia presupuestal, otorgando por medio de la red de las unidades de salud que integran la Jurisdicción Sanitaria, una mayor calidad en la atención médica, salud

pública y asistencia social, minimizando los riesgos sanitarios, ofertando mejores recursos y servicios en el marco de la descentralización.²⁸

2.2.1 Funciones de la Jurisdicción Sanitaria No. 1

Para cumplir con la misión y la visión de los SSN, la jurisdicción sanitaria lleva a cabo las siguientes funciones:

- Participar en la planeación de los servicios de salud a la población a nivel estatal y municipal en su área de competencia.
- Aplicar en su área de competencia las políticas, normas y lineamientos que en materia de salud emitan la Secretaría de Salud federal, el Gobierno del Estado y los Servicios de Salud de Nayarit.
- Efectuar el Diagnóstico Integral de Salud de la Jurisdicción, con la participación de las Unidades de Atención Primaria a la Salud de su adscripción, y la concertación con instituciones del ramo, públicas o privadas.
- Organizar, operar, supervisar y evaluar los programas Nacionales, Estatales y Locales de Salud que tiendan a resolver la problemática de salud en los municipios de su área de adscripción.
- Operar el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica a nivel local, mediante la programación, difusión y supervisión de su cumplimiento en las Unidades de Atención Primaria a la Salud.
- Proporcionar los servicios locales de salud a la población, a través de los Centros de Salud de su adscripción.
- Promover la participación social y el fomento a la salud en su área de influencia, mediante la concertación de acciones con instituciones públicas y privadas en beneficio de la salud.
- Promover la formación y desarrollo de recursos humanos para la salud en su ámbito de competencia, en coordinación con la Unidad de Enseñanza, Investigación y Calidad.

- Mantener en una situación financiera estable a la Jurisdicción, mediante una adecuada administración de los recursos asignados.
- Establecer mecanismos de coordinación intra e intersectorial en el ámbito local que permitan mejorar la prestación de los servicios de salud a la población de su competencia.

2.2.2 Estructura orgánica de la Jurisdicción Sanitaria No. 1

1. Administración

1.1.1. Departamento de recursos humanos

1.1.2. Departamento de recursos financieros

1.1.3. Departamento de conservación y mantenimiento

1.2. Servicios de Salud

1.2.1. Equipos zonales de supervisión

1.2.2. Coordinación de Epidemiología

1.2.2.1. Responsable del programa de Vigilancia epidemiológica

1.2.2.2. Responsable del programa de salud del niño y el adolescente

1.2.2.3. Responsable del programa de salud del adulto mayor

1.2.2.4. Responsable del programa micobacteriosis

1.2.2.5. Responsable de programa de VIH/SIDA e ITS

1.2.2.6. Responsable de Zoonosis y Vectores

1.2.3. Coordinación de Salud Reproductiva

1.2.3.1. Responsable de programa de planificación familiar

1.2.3.2. Responsable de programa de salud materno y perinatal

1.2.3.3. Responsable de programa de cáncer de la mujer

1.2.3.4. Responsable de programa de salud del adolescente

1.2.3.5. Responsable del programa de violencia

1.2.4. Coordinación de Promoción a la Salud

1.2.4.1. Responsable de contenidos educativos

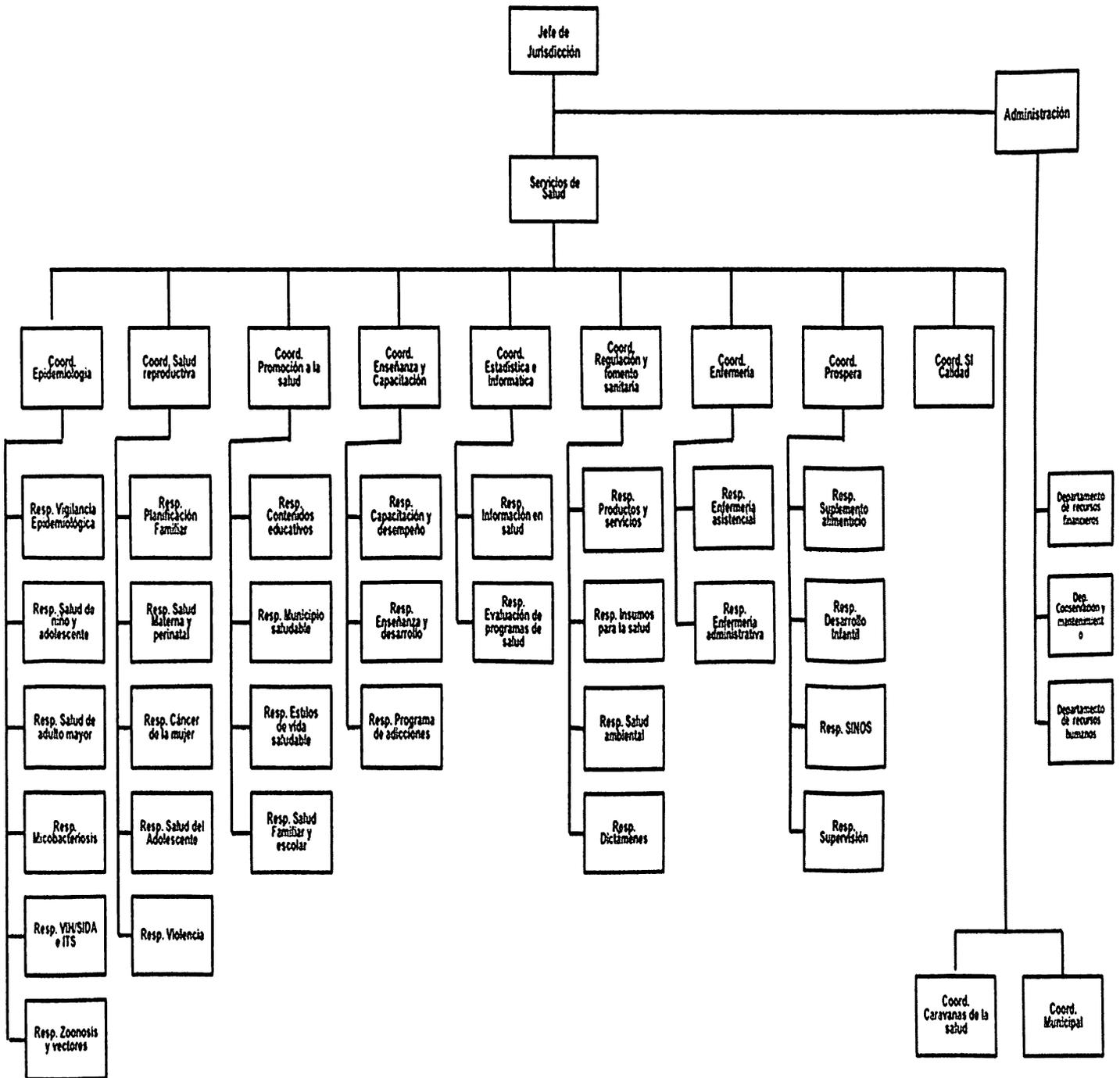
1.2.4.2. Responsable del programa de municipio saludable

1.2.4.3. Responsable del programa de estilos de vida saludables

1.2.4.4. Responsable del programa de salud familiar y escolar

- 1.2.5. Coordinación de Enseñanza y Capacitación
 - 1.2.5.1. Responsable del programa de capacitación y desempeño
 - 1.2.5.2. Responsable del programa de enseñanza y desarrollo
 - 1.2.5.3. Responsable del programa de adicciones
- 1.2.6. Coordinación de Estadística e Informática
 - 1.2.6.1. Responsable del programa de información en salud
 - 1.2.6.2. Responsable de evaluación de programas de salud
- 1.2.7. Coordinación de Regulación y Fomento Sanitario
 - 1.2.7.1. Responsable del programa de productos y servicios
 - 1.2.7.2. Responsable del programa de insumos para la salud
 - 1.2.7.3. Responsable del programa de salud ambiental
 - 1.2.7.4. Responsable de dictámenes
- 1.2.8. Coordinación de Enfermería
 - 1.2.8.1. Responsable de enfermería asistencial
 - 1.2.8.2. Responsable de enfermería administrativa
- 1.2.9. Coordinación de PROSPERA
 - 1.2.9.1. Responsable del suplemento alimenticio
 - 1.2.9.2. Responsable desarrollo infantil
 - 1.2.9.3. Responsable de SINOS
 - 1.2.9.4. Responsable de supervisión
- 1.2.10. Coordinación del Sistema Integral de Calidad
- 1.2.11. Coordinación de Caravanas Nayar
- 1.2.12. Coordinación de Caravanas Yesca
- 1.2.13. Coordinación Municipal de San Blas

Organigrama de la Jurisdicción Sanitaria No.1



2.2.3 Infraestructura de la Jurisdicción Sanitaria No. 1

En el año 2014 la JS No. 1 de los SSN, contó con 109 unidades de consulta externa, para atender una población de 361,070 habitantes y representaron el 40% del total de las unidades de los SSN. De acuerdo a su nivel de operación el 71% fueron unidades de salud fijas y 28% unidades Médicas móviles.²⁹ (Tabla 6)

La mayor concentración de las unidades de salud fijas se encuentra en el municipio de Tepic, para una población de 197,389 habitantes y representan el 28.5% de total de unidades fijas de la jurisdicción No. 1 de los SSN.

Tabla 6. Infraestructura de la Jurisdicción Sanitaria No. 1, por municipio, 2014

Municipio	Unidades de salud Fijas	Unidades Médicas Móviles	Unidades de Hospitalización general	Unidades de hospitalización especializada	Centros de Salud mental
El Nayar	12	23	1	-	-
La Yesca	4	8	1	-	-
San Blas	15	-	-	-	-
Santa María de Oro	6	-	-	-	-
Tepic	31	-	-	1	1
Xalisco	10	-	-	-	-

Fuente: INEGI. Anuario estadístico y geográfico de Nayarit 2014; México; 2014; 2:434p. Disponible en: www.inegi.org.mx

2.2.4 Recursos materiales en la Jurisdicción Sanitaria No. 1

La Jurisdicción Sanitaria No. 1 de los SSN, en el año 2014, contó con 154 camas censables,²⁹ para una población de 361,070 habitantes, con una relación de 1 por cada 2,345 habitantes, cuando el Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS) refiere que por cada 1,000 habitantes debe haber 1 cama censables, considerándose insuficientes para la población de cobertura.³⁰

El 84% del total de camas censables (130 camas), se encontraron en el municipio de Tepic, para una población de 225,597 habitantes, lo que genera una relación de 1 cama por cada 1,735 habitantes, insuficiente para su población, de acuerdo al MIDAS.

Dentro de las funciones de la Jurisdicción Sanitaria No. 1, está proporcionar los servicios locales de salud a la población, a través de los Centros de Salud de su adscripción, para ello, en el año 2014, contó con 109 consultorios para una población de 361,070 habitantes, que generó una relación de 1 consultorio por cada 3,312 habitantes, superior a lo recomendado por el MIDAS que es de 1 consultorio por cada 2,500 habitantes,³⁰ considerándose que el número de consultorios de la Jurisdicción No. 1 son insuficientes para su población de cobertura.

2.2.5 Recursos humanos en la Jurisdicción Sanitaria No. 1

En el año 2014, la jurisdicción No. 1 de los SSN contó con 326 médicos generales para atender a una población de 361,070 habitantes que genera un indicador de 1 médico por cada 1,107 habitantes y considerándose la recomendación del MIDAS, de un médico por cada 1,000 habitantes, el número de médicos para la atención de la salud de la población es suficiente. Cabe mencionar que 62 son médicos pasantes, que representan el 20 % del total de médicos generales para la atención de la población; Si se considera únicamente a los médicos generales titulados, se obtiene un indicador de 1 médico por cada 1,367 habitantes, que es insuficiente para su población de cobertura.

El número de recursos de enfermería, de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 durante el año 2014, fue de 489 para 326 médicos generales con una relación de 1.4 enfermeras por cada médico general, que es considerado por el MIDAS, insuficiente para conformar el núcleo básico de atención para la salud (1 médico y 2 recursos de enfermería). Cabe mencionar que del total de recursos de enfermería, el 30.5% es personal de enfermería auxiliar (150 enfermeras) y el 10.5% es personal de enfermería pasante (49 enfermeras), lo que repercute en el indicador de médico/enfermería y en la calidad de la atención.

2.2.6 Programas y servicios otorgados en la Jurisdicción Sanitaria No. 1

La Jurisdicción Sanitaria No.1 es la unidad administrativa que desarrolla, coordina y promueve los programas y servicios de prevención y protección de la salud. Para realizar estas acciones, se estructura a través de Coordinaciones que dirigen los 24 programas prioritarios de salud, planificando su organización y operación para atender las necesidades de la población.

Para fines de este proyecto, los programas en los que se enfocara son, el Programa de Salud Materna y Perinatal, el Programa de Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes y el Programa de Salud Mental.

2.2.7 Programa de Salud Materna y Perinatal

El Programa de Salud Materna y Perinatal del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), se construye vinculado estrechamente al Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018, en la Meta II. México Incluyente y al Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018 con la finalidad de acelerar la obtención de resultados de impacto en la salud materna y perinatal. ³¹

Este programa es un instrumento de la política nacional de salud en México, que plantea la necesidad de mejorar la calidad de los servicios de salud materna y perinatal, su efectividad, el seguimiento y la rendición de cuentas y lograr que se disminuyan los rezagos en salud que afecta a esta población. Coordina y articula las acciones que permitan a los servicios de salud brindar a las mujeres en edad fértil, embarazadas y sus parejas información y atención. Para fines de este proyecto, las acciones que se vinculan son las siguientes: ³¹

- Atención pregestacional, prenatal integral, efectiva, oportuna y programada, a toda mujer en edad fértil.
- Control prenatal integral y con calidad.
- Favorecer la disponibilidad de personal capacitado para la atención pre gestacional, prenatal, de parto, puerperio y del neonato.

- Consejería durante la edad fértil, el embarazo, parto y puerperio en metodología anticonceptiva y anticoncepción post-evento obstétrico (APEO), con énfasis en adolescentes y mujeres con enfermedades concomitantes.
- Identificación oportuna de riesgos en el embarazo, para la referencia oportuna a la evaluación especializada y contra referencia oportuna.
- Atención obstétrica de bajo riesgo y alto riesgo en el primer nivel y segundo nivel, con intervenciones de probada eficacia.

Dentro de los principales servicios que se otorgan a través del Programa de Salud Materno y Perinatal se encuentra el control prenatal, que es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar la morbilidad materna y perinatal.³²

El control prenatal tiene como objetivos, fomentar el autocuidado y nutrición perinatal. Detectar las enfermedades preexistentes y las complicaciones durante el embarazo, vigilar el crecimiento y viabilidad fetal, fomentar la detección temprana de defectos al nacimiento y proporcionar orientación-consejería para la anticoncepción post-evento obstétrico. Para llevar a cabo estos objetivos con la mejor calidad, la atención prenatal necesita ser oportuna, integral, periódica y de amplia cobertura.²²

La atención prenatal debe realizarla personal calificado quien deberá diferenciar entre un embarazo del alto o bajo riesgo, por lo que es necesario la disponibilidad de personal capacitado. Durante el año 2014, el Programa de Salud Materna y Perinatal realizó seis capacitaciones para el personal médico y de enfermería, con un total de 230 asistentes, de los cuales 148 fueron médicos y 82 enfermeras incluyendo al personal pasante.³³ Estas capacitaciones integraron temas referentes a expediente clínico de embarazo, atención prenatal con enfoque de riesgo, censo de embarazadas, tamiz neonatal, ácido fólico, sensibilización en atención prenatal y obstétrica, así como la atención de la emergencia obstétrica. Es importante mencionar que dentro del control prenatal no se incluyen temas de permitan al personal de salud integrar la atención de la salud mental de la embarazada.

Dentro de las acciones del Programa de Salud Materna y Perinatal se encuentra el seguimiento del embarazo en las unidades de primer nivel y una de las estrategias para esto es la realización de un censo de embarazadas; durante año 2014 se registraron 2,565 embarazadas, de las cuales 1,288 fueron identificadas como embarazos de alto riesgo representando el 50.2% del total.³⁴

De los 1,288 embarazos de alto riesgo, 786 fueron en mujeres menores de 20 años, que representaron el 61% del total de embarazos de alto riesgo y el 30.1% del total de embarazos registrados.³⁴

Los embarazos en las adolescentes (menores de 20 años) tienen un mayor riesgo de morbi-mortalidad obstétrica, considerándose de alto riesgo por lo que es necesario llevar un control prenatal estrecho, oportuno, continuo y de calidad.

De acuerdo a las consultas de control prenatal otorgadas durante el año 2014, la plataforma de Información en Salud (SIS) registró que en la JS No.1 se otorgaron 26,889 consultas a embarazadas, de las cuales 7,831 fueron en menores de 20 años, representando el 29% del total.³⁵ (tabla 7)

De las 7,831 consultas de embarazo en adolescentes 2,417 fueron de primera vez representando el 30% del total y 5,414 fueron consultas subsecuentes, es decir, el 70%.³⁵ Considerando estas cifras la relación de consultas fue de 3.2 que es inferior a lo recomendado por la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido (mínimo 5 consultas).³²

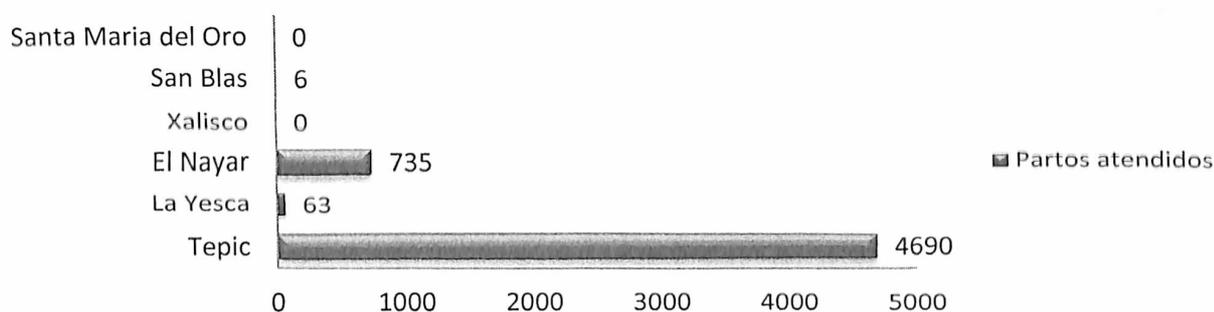
Tabla 7. Servicios del Programa de Salud Materna y Perinatal otorgados en la Jurisdicción Sanitaria No. 1, 2014

Municipio	Consultas a embarazadas	Consulta de 1ª vez	%	Consulta Subsecuentes	%	Consulta en > de 20 años	%	Consulta en < de 20 años	%
El Nayar	5,595	1,683	30	3,912	70	3,981	71	1,614	29
La Yesca	764	177	23	547	72	596	78	168	22
San Blas	2,291	500	22	1,791	78	1,679	73	612	27
Santa María del Oro	689	138	20	551	80	519	75	170	25
Tepic	15,432	4858	31	10,574	69	10766	70	4,666	30
Xalisco	2,118	466	22	1,652	78	1517	72	601	28
Total	26,889	7,822	29	19,027	71	19,058	71	7,831	29

Fuente: DGIS. Informe anual del Sistema de Información en Salud Nayarit 2014. SSN; México: 2014.

El número de atención de partos registrados en la Jurisdicción Sanitaria No.1, durante el año 2014 fue de 5,494; ³⁶ de acuerdo el municipio de atención, Tepic registró la atención de 85% de total de los partos registrados. (Figura 7)

Figura 7. Partos atendidos en la Jurisdicción Sanitaria No. 1, por municipio de atención, 2014

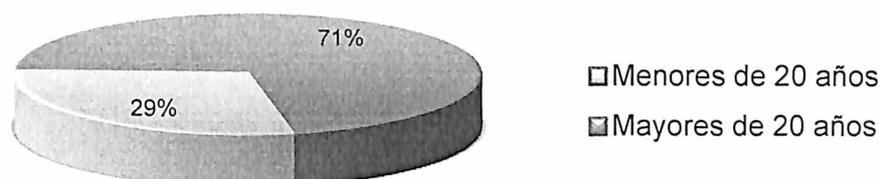


Fuente: DGIS. Informe anual del Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios Nayarit 2014. SSN; México: 2014.

De acuerdo a la edad de la madre el número de partos atendidos en mayores de 20 años fue de 3,959 lo que represento en 71% y los partos atendidos en menores de 20

años fue de 1,541, representando el 29% del total, superior al porcentaje estatal que fue de 21.3%. (Figura 8) ³⁶

Figura 8. Partos atendidos en la Jurisdicción Sanitaria No. 1, según la edad de la madre, 2014



Fuente: DGIS. Informe anual del Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios Nayarit 2014. SSN; México: 2014.

Morbilidad durante el embarazo

Dentro de la morbilidad presentada en las consultas de control prenatal, la patología más frecuente fue las infecciones de vías urinarias, registrándose 3,768 casos de primera vez y subsecuentes. Esta patología tienen gran importancia en la morbilidad en el embarazo debido a que su recurrencia está asociada a la presencia de partos prematuros, amenaza de abortos, ruptura prematura de membranas (tabla 8).

Durante el año 2014, se registraron 347 casos de primera vez de diabetes en el embarazo, esta patología se encuentra asociada a la mortalidad materna y fetal, macrosomía, prematuridad y malformaciones fetales, ²² por lo que es importante su detección temprana para mantener niveles óptimos de glucosa en la embarazada para tener los mejores resultados del mismo.

La Preeclampsia- eclampsia es una patología que puede presentarse durante el embarazo y es una de las complicaciones del mismo. En el año 2014 se registraron 115 casos de acuerdo a SIS y se consideró la primera causa de muerte materna durante este mismo año. ³⁵

Tabla 8. Principales causas de morbilidad en el embarazo, 2014

Diagnóstico	No. De casos	%
1. Infección de vías urinarias	3,768	86.3
2. Diabetes	347	7.9
3. Pre-eclampsia- eclampsia	115	2.6
4. Hemorragias obstétricas	73	1.6
5. Anemia ferropriva	28	0.7
6. Infecciones puerperales	21	0.5
7. Sífilis	5	0.2
8. VIH	6	0.2
Total	4,363	100

Fuente: DGIS. Informe anual del Sistema de Información en Salud Nayarit 2014. SSN; México: 2014.

Mortalidad Materna

Programa de Salud Materna y Perinatal, es un instrumento de política nacional de salud en México cuyo objetivo principal es la disminución de la mortalidad materna. En el estado de Nayarit durante el año 2014 se obtuvo una Razón de Mortalidad Materna (RMM) de 48 y en la Jurisdicción Sanitaria No.1 la RMM fue de 73.

Las principales causas de mortalidad materna en Nayarit durante el año 2014 fueron la Preeclampsia-eclampsia en primer lugar, hemorragia obstétrica en segundo lugar y sepsis puerperal en tercer lugar.³⁷

2.2.8 Programa de Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes

La Sexualidad es un aspecto esencial del ser humano y es un elemento de la salud reproductiva que debe ser satisfactorio, saludable y sin riesgos. Los adolescentes tienen necesidades específicas en este rubro que requieren atenderse.

Para atender los retos y los desafíos que se enfrentan en el campo de la salud sexual y reproductiva para adolescentes se creó el Programa de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (PAE). Se considera una referencia obligada para las instituciones

públicas de salud, quienes son las que realizan acciones en el campo de la salud sexual y reproductiva en la población. La misión del PAE es establecer los elementos rectores en salud sexual y reproductiva dirigida a población adolescente para las instituciones del Sistema Nacional de Salud y brindar información, servicios de calidad, contribuir al ejercicio responsable de la sexualidad y reproducción en forma satisfactoria y con el menor riesgo posible. ³⁸

La visión del PAE es hacia población adolescente atendida bajo un modelo nacional de salud sexual y reproductiva accesible, equitativo, basado en las mejores prácticas, proporcionando información y servicios de calidad, que les permita ejercer sus derechos sexuales y reproductivos de manera responsable e informada para disminuir los riesgos de su salud. ³⁸

Los objetivos del PAE son los de promover en los adolescentes la adquisición del conocimiento y capacidades necesarias, la información sobre derechos sexuales y reproductivos y los beneficios de su ejercicio en la salud sexual y reproductiva; contribuir a que la población adolescente tenga acceso y reciba servicios en salud sexual y reproductiva de calidad, acordes a sus necesidades en todas las entidades federativas del país; por último, contribuir al desarrollo y bienestar de las y los adolescentes, mejorando su salud sexual y reproductiva y disminuir los embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual. ³⁸

Las principales acciones que se realizan para llevar a cabo la misión y visión del Programa de Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes y que atañen a este proyecto son: ³⁸

- Realizar y difundir campañas para prevenir embarazos e infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH/SIDA, en población adolescente.
- Reducir barreras institucionales y culturales que limitan el acceso efectivo de adolescentes a servicios de salud sexual y reproductiva
- Promover la disponibilidad de servicios específicos de salud sexual y reproductiva para adolescentes en todas las instituciones públicas de salud.

- Fortalecer la coordinación institucional, interinstitucional e intersectorial, así como con Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), en materia de salud sexual y reproductiva para adolescentes.
- Fortalecer la competencia técnica y humanista del personal que proporciona servicios específicos de salud sexual y reproductiva para adolescentes.
- Fomentar la oferta de un paquete básico de salud sexual y reproductiva en los Servicios de atención a los adolescentes.
- Promover la atención del embarazo en adolescentes como embarazo de alto riesgo, particularmente en menores de 15 años.
- Generar diversas modalidades para brindar servicios específicos de atención a la salud sexual y reproductiva de la población adolescente.
- Gestionar el desarrollo de proyectos de investigación para apoyar la toma de decisiones basadas en evidencia científica.
- Sensibilizar a actores clave de la población para favorecer el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes.
- Capacitar al personal de salud en aspectos técnicos basados en evidencia científica y las mejores prácticas.

El PAE trabaja vinculado con el Programa de Salud Materna y Perinatal en los objetivos de prevenir el embarazo en los adolescentes y las infecciones de transmisión de sexual, incluyendo VIH/SIDA, mediante el acceso efectivos a servicios de calidad, específicos para esta población, así como en el objetivos de promover la atención del embarazo en adolescentes como embarazo de alto riesgo, particularmente en menores de 15 años.^{31, 38}

Para lograr estos objetivos, desde 1994, dentro de los centros de salud de la Secretaría de Salud, inició el funcionamiento de servicios de atención para adolescentes denominados "Módulos Amigables". La meta principal era proporcionar consejería y orientación sobre planificación familiar, prevención de infecciones de transmisión

sexual y embarazos no planeados, así como otorgar atención a adolescentes embarazadas.³⁸

La Secretaría de Salud también se impulsó la Estrategia Operativa en Salud Sexual y Reproductiva mediante la integración de Brigadas Juveniles que apoyan como agentes promotores en sus propias localidades con actividades de información, educación y comunicación.

En el año 2014 se realizaron 759 sesiones educativas sobre salud sexual y reproductiva, formándose y capacitándose a 4,497 promotores adolescentes, si consideramos que la población de 10 a 19 años de la Jurisdicción Sanitaria No.1 en este mismo año fue de 62,851 adolescentes solo el 7% del total recibió estas sesiones.

35

Estrategia Nacional para la Prevención de Embarazos en Adolescentes

El embarazo en adolescentes se ha convertido en un problema poblacional que amplía las brechas sociales y de género; se trata de un tema de proyecto de vida, de educación, de salud, pero sobre todo de respeto a sus derechos humanos, a su libertad y a su desarrollo como personas. Por ello, prevenir su ocurrencia y erradicar el embarazo en menores de edad, demanda la realización de acciones integrales así como mecanismos de atención profesionales de alta calidad con total cobertura y con perspectiva de género.

Para responder a esta problemática, se diseñó la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), que mediante acciones interinstitucionales coordinadas con políticas y planes nacionales, estatales y municipales enfrenta tanto las condiciones que lo motivan, sus determinantes económicos, sociales y culturales.

La ENAPEA, tiene como objetivo general, disminuir el número de embarazos en adolescentes en México, con absoluto respeto a los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos.³⁹ Para cumplir con este objetivo es necesario tomar en cuenta los siguientes aspectos de salud reproductiva en los adolescentes de Nayarit.

El embarazo adolescente representa una preocupación para las agencias internacionales de la salud, tanto es así que la OMS, lo considera un riesgo para la salud de los jóvenes. Las cifras que ofrecen indican que cada año aproximadamente paren 16 millones de mujeres entre los 15 y 19 años, que equivale al 11% de los nacimientos en el mundo.⁴⁰

En el año 2014 el estado de Nayarit se posicionó dentro de los tres primeros estados de la república mexicana con mayor número de embarazos en adolescentes y en la Jurisdicción Sanitaria No.1 durante el año 2014 del total de embarazos registrados el 30.1% fueron en adolescentes.

La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014 señala que la edad mediana de la primera relación sexual en las mujeres del estado de Nayarit es a los 17.2 años y la edad mediana de la utilización del primer método anticonceptivo fue a los 21.6 años, lo que significa que la mitad de las mujeres de Nayarit tuvo su primera relación sexual en la adolescencia, sin embargo el primer método anticonceptivo lo inicio cuatro años después. ⁴¹ El 57.3% de Mujeres en Edad Fértil en Nayarit que iniciaron su vida sexual y que utilizaron un método anticonceptivo estaban en la adolescencia y el método que más utilizaron fue el condón masculino. ⁴¹

En cuanto al 42.7% restante de las adolescentes que tuvieron su primera relación sexual y no utilizó ningún método de anticoncepción fue porque: querían embarazarse (29.2%), no conocía los métodos de anticoncepción (26.8%), no planeaba tener relaciones sexuales (26.7%) y por qué no pensó que podía quedar embarazada (9.1%).

41

Con base en estas cifras del ENADID 2014 se realizó un análisis de la consejería durante la edad fértil, el embarazo, parto y puerperio en métodos anticonceptivos y anticoncepción post-evento obstétrico (APEO), con énfasis en adolescentes y mujeres con enfermedades concomitantes.

Durante el año 2014 en la JS No.1 se otorgaron un total de 39,066 consultas de planificación familiar, de las cuales el 9.8% fueron consultas de primera vez (29% se

otorgaron en menores de 20 años) y el 90.2% fueron consultas subsecuentes (12% fue en mujeres menores de 20 años).³⁵

Las usuarias activas de planificación familiar registradas fueron 14,784 (13% menores de 20 años). Considerando que la población de Mujeres en Edad Fértil (MEF) fue de 87,666 ²³ el 17% de las MEF fueron usuarias activas de planificación familiar (13% fueron adolescentes).³⁵

Tabla 9. Servicios del programa de Planificación Familiar en la Jurisdicción Sanitaria No.1, por municipio, 2014

Municipio	Consultas de planificación familiar					Usuarias activas de planificación familiar				
	Total	Mayores de 20 años	%	Menores de 20 años	%	Total	Mayores de 20 años	%	Menores de 20 años	%
El Nayar	10,188	8,598	84	1,590	16	2,490	1,982	80	508	20
La Yesca	2,259	2,070	92	189	8	654	589	90	65	10
San Blas	5,326	4,587	86	739	14	2,251	1,957	87	294	13
Santa María del Oro	1,633	1,456	89	177	11	725	654	90	71	10
Tepic	16,057	13,879	86	2,178	14	7,382	6,515	88	867	12
Xalisco	3,603	3,115	86	488	14	1,282	1,157	90	125	10
Total	39,066	33,705	86	5,361	14	14,784	12,854	87	1930	13

Fuente: DGIS. Informe anual del Sistema de Información en Salud Nayarit 2014. SSN; México: 2014.

2.2.9 Programa de Salud Mental

El Programa de Salud Mental, está sustentado en el Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental, y sirve de punto de partida para formular, ejecutar y en su caso consolidar la aplicación de dicho modelo en el país. ⁴²

Este Programa, es una herramienta que ayuda a la coordinación intersectorial en materia de salud mental, a la vez que favorece la organización de los servicios, a través del establecimiento de una red de base comunitaria.

Los objetivos que plantea del Programa de Salud Mental son: ⁴²

- Desarrollar acciones de protección y promoción de salud mental, así como detección oportuna y prevención de los trastornos mentales.
- Fortalecer la cobertura de los servicios de salud mental.
- Promover la mejora de atención en los servicios de salud mental.
- Coordinar la elaboración e instrumentar Programas Específicos de Intervención en las unidades que conforman la red de servicios.
- Establecer las prioridades de capacitación y entrenamiento de recursos humanos calificados.
- Incidir en la protección de los Derechos Humanos de las y los usuarios de los servicios de salud mental.

Para poder lograr estos objetivos, los Servicios de Salud de Nayarit, se apoyan en los Centros de Salud de las 3 jurisdicciones, para este proyecto sólo se mencionara a la JS, la cual cuenta con 105 centros de salud incluyendo las Unidades Móviles Médicas (UMM), que son las que realizan las detecciones de las enfermedades mentales y si alguna resultara positiva, se activa el sistema de referencia y contrareferencia, que en este caso se realizan al Centro de Salud Mental (CESAME), el cual es el único que cuenta con personal especializado para la atención de las afecciones mentales para una población de 361,070 habitantes.

El CESAME cuenta con 1 médico especialista en psiquiatría, 3 médicos generales, 15 psicólogos clínicos, 2 enfermeras 2 trabajadoras sociales y un promotor de salud, aunque esta unidad solo cuenta con un psiquiatra, la atención se apoya con el Hospital General Tepic, el cual cuenta con 2 psiquiatras más para los casos graves o que ameriten hospitalización. ³³

El Programa de Salud Mental pone énfasis en la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales, como una estrategia efectiva para reducir la

carga de estos trastornos, ya que una detección y atención temprana mejora la calidad de vida de las personas y reduce los costos de atención.

Las acciones de la salud mental, se consideran transversales debido a que se llevan a cabo en todos los niveles de atención, sin embargo, la mayor parte de las acciones de promoción de salud mental, deben desarrollarse en los centros de salud, ya que la atención primaria representa el primer contacto de los individuos, la familia y la comunidad, con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, constituyendo el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.⁴²

La salud mental, tiene una gran importancia para el mantenimiento de una salud física adecuada y para la recuperación de enfermedades físicas, debido a que existe interacción entre factores de riesgo del ambiente emocional y psicosocial y la aparición y pronóstico de las más diversas enfermedades físicas.

Los trastornos afectivos, son la segunda alteración más común de las enfermedades mentales a nivel mundial, donde se destaca el trastorno depresivo o también llamado depresión, como una de la principales causas de discapacidad, estimándose que afecta a 350 millones de personas en el mundo, con prevalencias que van desde el 3.3% al 21.4%.⁴³

La depresión es una enfermedad recurrente que reduce la actividad las personas, produciendo importantes costos económicos y sociales. Es por esto que se encuentra dentro de las primeras causas de baja laboral.⁴⁴

La depresión está clasificada como un trastorno afectivo, lo que implica cambios en el humor, sugiriendo que los efectos de la depresión están circunscritos al funcionamiento emocional. Sin embargo el impacto de la depresión es mucho más profundo, afectando prácticamente todos los aspectos de la vida de la persona deprimida, tales como las relaciones interpersonales, el funcionamiento conductual y el funcionamiento cognitivo.

Es entonces comprensible porque la depresión causa una discapacidad laboral significativa. La naturaleza de la depresión, que no es físicamente medible, sino que

depende de la inferencia que se haga de la conducta de la persona deprimida, contribuye a la falta de comprensión y al estigma, dilatando o impidiendo la adecuada detección y manejo.⁴⁵

En las mujeres la depresión tiende a aparecer en una edad más temprana, se presenta con una mayor frecuencia de episodios, con un mayor número de síntomas y con tasas mucho mayores de depresión atípica. En diversos estudios se ha encontrado que la edad temprana de aparición, el exceso de autocrítica y la disminución de la libido, son los mejores predictores de depresión mayor en mujeres. Un número elevado de síntomas atípicos en las mujeres podría estar reflejando una diferencia fisiopatológica en la depresión de hombres y mujeres.⁴⁶

Los problemas y trastornos mentales en las mujeres se pueden desarrollar como consecuencia de problemas de salud reproductiva, entre los cuales están: la falta de elección en las decisiones reproductivas, embarazos no deseados, las infecciones de transmisión sexual, la infertilidad y complicaciones del embarazo, como abortos espontáneos, parto prematuro. Además, el nivel de salud mental está estrechamente relacionado con la morbilidad materna.⁴⁷

La salud mental depende además de las condiciones sociales. Las mujeres están en mayor riesgo de problemas de salud por tener una mayor carga de trabajo no remunerado, por lo general relacionado con el cuidado de sus hijos y las tareas del hogar; tienen más probabilidades de tener un menor nivel socioeconómico, están más expuestas a ser víctimas de la violencia y tienen menor acceso a factores protectores, como participación en la educación, el empleo remunerado y la toma de decisiones políticas.⁴⁷

Las madres adolescentes tienen un mayor riesgo de morbi-mortalidad obstétrica, más probabilidad de deserción escolar, inactividad laboral y dependencia económica y de establecer vínculos de apego inseguros con sus hijos, por lo tanto, los hijos de madres adolescentes estarían más expuestos a la morbimortalidad perinatal y neonatal, prematuridad y bajo peso al nacer, y negligencia parental.⁴⁸

Dentro de la población Mexicana las variables psicosociales que se encuentran asociadas a la depresión en el destacan: depresión previa, abandono del tratamiento antidepresivo, adolescencia, menor escolaridad, nivel socioeconómico bajo, ser ama de casa de tiempo completo, disfunción familiar, madre soltera, embarazo no deseado, no ser el primer embarazo, trastorno depresivo previo y falta de apoyo social.⁴⁹

Un factor que normalmente potencia el riesgo de depresión es el estrés. El malestar puede ser físico o emocional, como es la violencia doméstica, en especial en el último trimestre en el embarazo, un apoyo emocional inadecuado, por la pareja, la familia o los amigos. La depresión en el embarazo afecta mayormente a las mujeres con bajo nivel socioeconómico, así como el antecedente familiar de trastornos psiquiátricos y a las mujeres cuyas expectativas de la maternidad superan la realidad, son más susceptibles a este trastorno.⁴⁹

Tener un antecedente de depresión, es el factor más potente del pronóstico de la depresión en el embarazo, reafirmandose esta aseveración durante la transición del embarazo al puerperio, debido a que una depresión no detectada ni tratada durante el embarazo es un factor de riesgo importante para depresión en el posparto. El 56.4% de las mujeres con depresión puerperal se había identificado depresión antes del embarazo o durante este. ¹⁰

Los principales factores de riesgo para la depresión en el embarazo son la ansiedad prenatal, escaso apoyo social, eventos estresantes recientes, experiencias traumáticas, baja autoestima, conflictos de pareja, factores obstétricos, nivel socioeconómico, escolaridad y antecedentes familiares de depresión.⁵

Cuando un embarazo ocurre en el período de la adolescencia, se presenta una doble exigencia dentro de la vida de la mujer adolescente, ya que además de enfrentar los cambios físicos, psicológicos y sociales propios de la edad, debe enfrentar el proceso de gestación y maternidad, lo que puede colocarla en situación de vulnerabilidad.

Para algunas mujeres adolescentes, el embarazo en esta edad las enfrenta a asumir nuevas responsabilidades para las que aún no están preparadas y en ocasiones, esto se acompaña de rechazo por parte de las personas cercanas, abandono,

estigmatización y censura, lo que conlleva al aislamiento social de la adolescente, generando riesgos para la presentación de trastornos del estado del ánimo como lo es la depresión.

La depresión es un trastorno de salud mental que produce importantes niveles de discapacidad, afectando las funciones físicas, mentales y sociales y se asocia con mayor riesgo de muerte prematura, también puede dificultar la capacidad de las personas para realizar sus actividades cotidianas, causando un deterioro significativo en el funcionamiento habitual y la calidad de vida.⁵⁰

La depresión en el embarazo no se presenta de manera distinta a cuando es en otra etapa de la vida y se asocia con cambios conductuales como el abandono del control prenatal, deterioro del autocuidado que requiere el embarazo, mala adherencia a las indicaciones médicas, el abuso de sustancias nocivas para la salud incrementando las complicaciones obstétricas, óbitos, intentos de suicidio, cuidados de posparto especializados para el infante, productos con bajo peso al nacer retraso en el desarrollo, es por esta razón que se necesita de una atención integral de la salud materna, que aborde la salud mental de la embarazada adolescente.⁵¹

La depresión en la embarazada diagnosticada y no tratada se traduce en cambios conductuales, como el abandono del control prenatal, deterioro del autocuidado que requiere la gravidez, la mala adherencia a las indicaciones médicas y el abuso de tabaco, alcohol y drogas, todo lo cual puede afectar el desenlace obstétrico.⁵¹

La depresión materna padecida, durante periodos críticos del desarrollo fetal puede alterar los estados de comportamiento del producto y como consecuencia su desarrollo neurobiológico. Después del nacimiento las madres depresivas presentan un menor apego hacia sus hijos al manifestar conductas afectivas negativas y disforias durante la interacción con sus hijos, y a su vez, estos, presentan una mayor irritabilidad, se muestran más tensos y se fatigan más que los hijos de madres no deprimidas.⁵²

El primer nivel de atención a la salud es el primer contacto de la embarazada adolescente con el sistema de salud, el que otorga la atención para un embarazo, parto y puerperio saludable, sin embargo la OMS, en el año 2011 realizó un informe sobre el

sistema de salud mental en México, en el que reportó que la atención de las enfermedades mentales no está del todo integrada en los programas de atención a la salud, siendo insuficiente en el trabajo multidisciplinario, por lo que recomienda que se refuerce el primer nivel de atención para la atención integral de la salud.

El panorama actual del embarazo en la adolescencia y la depresión hacen necesario realizar estrategias y acciones para la integración de la detección de depresión en el embarazo adolescente dentro de las actividades del control prenatal que otorga el primer nivel de atención y contribuir a la prevención de complicaciones obstétricas que pueden poner en riesgo la vida de la madre.

Los avances en el conocimiento sobre la depresión no dejan duda respecto al impacto que ésta tiene en la calidad de vida de la población. Pese a ello, una gran mayoría de los individuos no acude a tratamiento lo que conlleva a un incremento en la discapacidad y en el impacto económico y social.⁵³

En países desarrollados la prevalencia e incidencia de depresión durante el embarazo fluctuó entre 6,5% a 12,9% en los diferentes trimestres del embarazo y los meses del primer año puerperio, obteniéndose que hasta un 19,2% de las mujeres tengan un episodio depresivo mayor durante los primeros 3 meses después del parto.¹⁰

En 2012 el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú, realizó un estudio descriptivo, transversal con una muestra de 222 gestantes de 16 a 42 años con bajo riesgo obstétrico que acudían a consulta y obtuvieron como resultado que 40.1% de las 222 gestantes presentaron síntomas de depresión durante el embarazo, caracterizándose por presentar embarazos no planeados o complicaciones durante la gestación ⁵².

Se han realizado algunos estudios sobre la prevalencia de depresión prenatal en los países de Europa del Este, con el objetivo de recopilar datos de prevalencia de la depresión en embarazadas; en el año 2013 se realizó un estudio descriptivo transversal de una muestra de 554 embarazadas húngaras y su asociación con esta patología, obteniéndose un 19.9% de mujeres embarazadas con síntomas de depresión. ⁵³

En México existe poca información sobre la epidemiología de la depresión durante en el embarazo, sin embargo existe un estudio transversal con una muestra de 178 embarazadas, realizado en hospitales públicos de Durango sobre la prevalencia de depresión en el embarazo y las características sociodemográficas, clínicas o psicosociales que se asocian con depresión y se obtuvo que el 32.6% de embarazadas presentaron depresión durante la gestación.⁵

En Quintana Roo, México, en el año 2010, se realizó un estudio transversal comparativo, para determinar la prevalencia de la depresión en el embarazo cuyo resultado fue que el 6.4% presentó depresión durante la gestación y de estas el 21.4% fue adolescente.³

En abril 2015 la Revista de Salud Pública de México publicó un artículo que presenta evidencia sobre la magnitud de la depresión en madres de niños pequeños, sobre el bajo nivel de detección y atención a la depresión en los sistemas de salud mexicanos y sobre la asociación de la depresión con un conjunto de factores de riesgo. Dichos factores incluyen la violencia, la inseguridad alimentaria, el sexo del menor y el bajo peso al nacer, que ameritan esfuerzos de detección, atención oportuna o prevención en los diversos niveles de atención y a través de diversos sectores públicos.⁵⁴

Con base en los embarazos en adolescentes registrados en la Jurisdicción Sanitaria No.1 durante el año 2014 que fueron 786, se esperaría que 235 presenten depresión en el embarazo, esto considerando la prevalencia de la depresión durante el embarazo en México (30% de embarazadas adolescentes).

En la SIS se registraron 9,060 detecciones de depresión en la Jurisdicción No.1 en el año 2014, de los cuales 6,764 se realizaron en la población femenina, 25 representando el 75% del total de detecciones. De las detecciones realizadas en la población femenina, 548 fueron positivas, es decir, el 8% del total. Es importante mencionar que en el SIS, únicamente se registran las detecciones de depresión en general, sin registrar el grupo de edad en que se realizaron y si se acompañaba de alguna enfermedad concomitante.

Este proyecto nace por la necesidad de realizar una atención integral a la embarazada adolescente que incluya la detección de depresión como un componente más del control prenatal, dado a los diversos factores a los que se ve expuesta. Es importante mencionar que por parte del personal del Programa de Salud Mental se hacen detecciones de depresión en la población general; sin embargo, no existe una coordinación con el Programa de Salud Materna y Perinatal ni con el Programa de Salud del Adolescente que permita que la embarazada adolescente tenga esa atención integral.

2.2.10 Alineación del proyecto con políticas nacionales y estatales

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018 se alinea a la mejora del de Salud Materna y Perinatal Respondiendo a la Meta México Incluyente para garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales de todos los mexicanos y mexicanas, que vaya más allá del asistencialismo y que conecte el capital humano con las oportunidades que genera la economía en el marco de una nueva productividad social, que disminuya las brechas de desigualdad y que promueva la más amplia participación social en las políticas públicas como factor de cohesión y ciudadanía a través de los siguientes objetivos estrategias y líneas de acción.⁵⁵

El Programa Sectorial de Salud 2013-2018, establece objetivos, estrategias y líneas de acción a los que deberán apegarse las diferentes instituciones de la administración pública federal para materializar el derecho a la protección de la salud los cuales deberán ser congruentes con las metas nacionales del PND 2013-2018 y se vincula estrechamente con la finalidad de acelerar la obtención de resultados en el impacto de la salud materno perinatal, a través de estrategias y líneas de acción con un enfoque de prevención y atención integral de la salud materno perinatal vinculadas al Plan de Acción Especifico para la salud materna por medio de proveer acciones para prevenir el embarazo adolescente, incrementar la cobertura de prevención prenatal y mejorar la calidad de la atención materna. El plan de Acción Específico de Salud mental a través de desarrollar acciones de protección y promoción de salud mental, así como detección oportuna y prevención de los trastornos mentales. La Estrategia Nacional Para la Prevención del Embarazo adolescente se alinea al Programa Sectorial de Salud en los

objetivos de Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades y asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.⁵⁶

A su vez el Plan Estatal de Desarrollo y Programa Integral de Salud del estado de Nayarit 2011-2017 alinean sus objetivos al PND y Plan Sectorial de Salud de asegurar el acceso a la salud, la prevención de embarazos no deseados, y la atención integral del embarazo.

La realización de este proyecto va orientada a contribuir con los objetivos, estrategias y líneas de acción para la mejora de la atención de la salud materna, enfocado a la atención de la depresión en el embarazo adolescente como parte de la atención integral del embarazo.

2.3 Diagnóstico estratégico

El diagnóstico estratégico es el punto de partida de todo el proceso de planeación estratégica y esto se debe a que en las instituciones es imprescindible conocer los eventos del macro y micro entorno, lo cual permitirá poder cumplir la misión y lograr la visión. El análisis para el diagnóstico estratégico se realiza con el objetivo de establecer la posición en que se encuentra la organización, es decir, sus capacidades internas y los hechos o eventos que tendrá que enfrentar, lo cual facilita establecer la intensidad de los efectos de dichos impactos. ¹²

El diagnóstico estratégico tiene tres niveles; el macro entorno o global, el del micro entorno o local y, finalmente, el interno de la organización. El diagnóstico es esencial y propicia el conocimiento de las amenazas, oportunidades, fortalezas y debilidades y para ello se ha estandarizado el empleo de las matrices de evaluación de factores internos y externos (matriz FODA). No obstante, las variables y procedimientos de estas matrices no son suficientes para definir una posición estratégica fiable. Por esta razón el diagnóstico estratégico no se limitará a la construcción y análisis de esta matriz. ⁵⁷

El análisis FODA provee los elementos necesarios para implantar acciones y medidas correctivas y generar nuevos proyectos de mejoría institucional, de ahí la importancia de identificar fortalezas (internas), debilidades (internas), oportunidades (externas) y amenazas (externas); conociendo fortalezas y debilidades se debe mejorar el logro de los objetivos de la institución, ya que esta metodología marca el rumbo institucional. ⁵⁷

Para la atención de la depresión en la adolescente embarazada se realizó un análisis estratégico utilizando la metodología para el análisis FODA del Instituto Politécnico Nacional. ⁵⁷

2.3.1 Matriz FODA plana

Fortalezas	Debilidades
<p>F1. Contar con un Centro de Salud Mental en la Jurisdicción Sanitaria No.1</p> <p>F2. Módulos de Atención del Embarazo de Alto Riesgo (MATER) en la Jurisdicción Sanitaria No.1 Activos</p> <p>F3. Suficiente No. de consultorios para la atención de la depresión en la embarazada adolescente.</p> <p>F4. Personal médico suficiente para la detección y atención de la depresión en la adolescente embarazada</p> <p>F5. Existencia de un programa de capacitación continua para el personal de salud de la Jurisdicción Sanitaria No.1</p> <p>F6. Existencia de Grupos de Adolescentes Promotores de Salud (GAPS)</p> <p>F7. Acceso de los Adolescentes a métodos de Planificación Familiar.</p> <p>F8. Se cuenta con un censo de embarazadas de alto riesgo</p> <p>F9. Se dispone de personal médico especialista en salud mental</p>	<p>D1. Falta de integración del tema de depresión en las capacitaciones de los Programas de salud Materna y Perinatal y salud Mental.</p> <p>D2. Personal médico, de enfermería y promotores de salud no capacitados para la atención de la depresión en la adolescente embarazada</p> <p>D3. No se dispone de un sistema de información para el registro del proceso de atención de la depresión en la adolescente embarazada</p> <p>D4. No se integra la detección de la depresión en las acciones de control prenatal de la adolescente embarazada</p> <p>D5. Personal promotor de salud solo en la región serrana</p> <p>D6. Falta de capacitación gerencial para los directivos de la Jurisdicción Sanitaria No.1</p> <p>D7. 7% del total de la población adolescente ha recibido sesiones de promoción a la salud</p> <p>D8. Falta de un protocolo de acción para la atención y seguimiento de la depresión en la adolescente embarazada.</p> <p>D9. Utilización de instrumentos no específicos para la detección de la depresión en las adolescente embarazadas</p> <p>D10. Falta de un sistema de información para el registro de actividades de detección y atención de la depresión en las adolescente embarazadas.</p>
Oportunidades	Amenazas
<p>O1. Alineación de los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, Plan Sectorial de Salud 2013-2018 y el Plan Integral de Salud de Nayarit 2011-2017</p> <p>O2. El consenso de Montevideo de sobre población y desarrollo 2013 establece el acceso universal a los servicios de salud reproductiva de los adolescentes.</p> <p>O3. Coordinación intersectorial para la prevención de los embarazos en adolescentes y salud mental</p> <p>O4. Acceso y uso de TIC's por parte de los adolescentes</p> <p>O5. Existencia de métodos de planificación familiar en los Servicios de salud de Nayarit, para la utilización de los adolescentes</p> <p>O6. La tasa de alfabetización de la población de 15 años y mas es de 97.8%</p> <p>O7. Existen vinculación de los objetivos de los Programas de Salud Materna y Perinatal, Salud Mental Y Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes</p> <p>O8. Financiación de la Salud Materna y Perinatal por SSPS y Ramo 12 y Ramo 33</p> <p>O9. Cobertura de la atención de los trastornos afectivos (depresión) por SPSS</p>	<p>A1. El presupuesto para la salud mental en México es de 2% del presupuesto para salud.</p> <p>A2. El 80% del presupuesto para salud mental se destina a los hospitales psiquiátricos.</p> <p>A3. El 19.4% de la población de cobertura de la jurisdicción sanitaria vive en los municipios de más alta marginación.</p> <p>A4. La tasa de eficiencia terminal educativa en la población adolescente es de 69.2%</p> <p>A5. Falta de voluntad política explícita en los SSN para alinear los Programas de Salud Materna y perinatal, Salud mental y Salud sexual y Reproductiva de los Adolescentes</p> <p>A6. Sistema de Información en Salud (SIS) no incluye información de detección y atención de la depresión con enfoque en las adolescente y embarazadas.</p>

2.3.2 Matriz FODA estratégica

MATRIZ FODA ESTRATEGICA	Lista de Fortalezas	Lista de Debilidades
	<p>F1. Contar con un Centro de Salud Mental en la Jurisdicción Sanitaria No.1</p> <p>F2. Módulos de Atención del Embarazo de Alto Riesgo (MATER) en la Jurisdicción Sanitaria No.1 Activos</p> <p>F3. Suficiente No. de consultorios para la atención de la depresión en la embarazada adolescente.</p> <p>F4. Personal médico suficiente para la detección y atención de la depresión en la adolescente embarazada</p> <p>F5. Existencia de un programa de capacitación continua para el personal de salud de la Jurisdicción Sanitaria No.1</p> <p>F6. Existencia de Grupos de Adolescentes Promotores de Salud (GAPS)</p> <p>F7. Acceso de los Adolescentes a métodos de Planificación Familiar.</p> <p>F8. Se cuenta con un censo de embarazadas de alto riesgo</p> <p>F9. Se dispone de personal médico especialista en salud mental</p>	<p>D1. Falta de integración del tema de depresión en las capacitaciones de los Programas de salud Materna y Perinatal y salud Mental.</p> <p>D2. Personal médico, y paramédico no capacitados para la atención de la depresión en la adolescente embarazada</p> <p>D3. No se dispone de un sistema de información para el registro del proceso de atención de la depresión en la adolescente embarazada</p> <p>D4. No se integra la detección de la depresión en las acciones de control prenatal de la adolescente embarazada</p> <p>D5. Personal promotor de salud solo en la región serrana</p> <p>D6. Falta de capacitación gerencial para los directivos de la Jurisdicción Sanitaria No.1</p> <p>D7. 7% del total de la población adolescente ha recibido sesiones de promoción a la salud</p> <p>D8. Falta de un protocolo de acción para la atención y seguimiento de la depresión en la adolescente embarazada.</p> <p>D9. Utilización de instrumentos no específicos para la detección de la depresión en las adolescente embarazadas</p> <p>D10. Falta de un sistema de información para el registro de actividades de detección y atención de la depresión en la adolescente embarazada.</p>
Lista de Oportunidades	F.O. (Maxi-Maxi)	D.O (Mini-Maxi)
<p>O1. Alineación de los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, Plan Sectorial de Salud 2013-2018 y el Plan Integral de Salud de Nayarit 2011-2017</p> <p>O2. El consenso de Montevideo de sobre población y desarrollo 2013 establece el acceso universal a los servicios de salud reproductiva de los adolescentes.</p> <p>O3. Coordinación intersectorial para la prevención de los embarazos en adolescentes y salud mental</p> <p>O4. Acceso y uso de TIC's por parte de los adolescentes</p> <p>O5. Existencia de métodos de planificación familiar en los Servicios de salud de Nayarit, para la utilización de los adolescentes</p> <p>O6. La tasa de alfabetización de la población de 15 años y más es de 97.8%</p> <p>O7. Existen vinculación de los objetivos de los Programas de Salud Materna y Perinatal, Salud Mental Y Salud Sexual</p>	<p>F.O.1 1. Fortalecimiento de la atención en las adolescentes embarazadas, integrando la detección de depresión en el control prenatal en el primer nivel de atención. (O1, O3, F2, F3, F4, F9, F10)</p>	<p>D.O.1. Desarrollo de acciones de promoción de la depresión en la adolescente embarazada en el primer nivel de atención. (D2, D7, D5, O4, O6)</p> <p>D.O.2. 3. Fortalecimiento del programa de capacitación continua del personal médico y paramédico con la integración de la atención de la depresión en adolescente embarazada en el primer nivel. (D1, D2, D4, D8, D9, O4, O1, O7)</p>

<p>y Reproductiva de los adolescentes</p> <p>O8.Financiación de la Salud Materna y Perinatal por SSPS y Ramo 12 y Ramo 33</p> <p>O9.Cobertura de la atención de los trastornos afectivos (depresión) por SPSS.</p>		
Lista de Amenazas	F.A. (Maxi-Mini)	D.A. (Mini-Mini)
<p>A1. El presupuesto para la salud mental en México es de 2% del presupuesto para salud.</p> <p>A2. El 80% del presupuesto para salud mental se destina a los hospitales psiquiátricos.</p> <p>A3. El 19.4% de la población de cobertura de la jurisdicción sanitaria vive en los municipios de más alta marginación.</p> <p>A4. La tasa de eficiencia terminal educativa en la población adolescente es de 69.2%</p> <p>A5. Falta de voluntad política explícita en los SSN para alinear los Programas de Salud Materna y perinatal, Salud mental y Salud sexual y Reproductiva de los Adolescentes</p> <p>A6. Sistema de Información en Salud (SIS) no incluye información de detección y atención de la depresión con enfoque en las adolescente y embarazadas.</p>	<p>F.A.1. Vinculación de unidades de primer nivel con CESAME y módulos MATER para la atención integral de la depresión en la adolescente embarazada.</p>	<p>D.A.1. 5. Fortalecer el sistema de información de la jurisdiccional con integración de acciones de promoción, detección, atención y seguimiento de la depresión en la adolescente embarazada.(D1, D4, D8, D9, D10, A6)</p>

3. ESTRATEGIAS DEL PROYECTO

1. Fortalecimiento de la atención en las adolescentes embarazadas, integrando la detección de depresión en el control prenatal en el primer nivel de atención.
2. Desarrollo de acciones de promoción de la depresión en la adolescente embarazada en el primer nivel de atención.
3. Fortalecimiento del programa de capacitación continua del personal médico y paramédico con la integración de la atención de depresión en adolescente embarazada, en el primer nivel.
4. Vinculación de unidades de primer nivel con CESAME y módulos MATER para la atención integral de la depresión en la adolescente embarazada; donde se brindara en caso de necesitar tratamiento farmacológico y psicoterapéutico.

5. Fortalecer el sistema de información de la jurisdiccional con integración de acciones de promoción, detección, atención y seguimiento de la depresión en la adolescente embarazada.

4. OBJETIVOS ESTRATEGICOS Y PRIORIDADES DEL PROYECTO.

- A. Implementar en todas las unidades de primer nivel la detección de depresión en la adolescente embarazada durante el control prenatal.**

Este objetivo permite que la adolescente embarazada reciba una atención integral con calidad durante su gestación que no se limite a la atención de la salud física sino que incorpore el abordaje de su salud mental con la detección de depresión durante el seguimiento de su embarazo, debido a que este grupo de población tiene un mayor riesgo de morbi-mortalidad obstétrica (anexo 1).

La detección de este padecimiento se realizara con el instrumento de tamizaje: Escala de Depresión de Edimburgo ⁵⁵ (anexo2) con el fin de aumentar la detección precoz y oportuno, cabe mencionar que este instrumento sirve únicamente para detectar una probable depresión y será necesario confirmar el diagnóstico con una atención especializada.

La aplicación de la Escala de Depresión de Edimburgo en el embarazo es al ingreso a control prenatal, repitiéndose su aplicación a las 4 a 6 semanas posteriores si el puntaje obtenido es menor a 10 puntos se continuara con el control prenatal, si se obtiene un resultado entre 10 y 12 puntos se realizara la aplicación de la Escala de Edimburgo dentro de 4 a 6 semanas pero si el resultado obtenido es de 13 puntos o más se realizara la referencia para la confirmación diagnóstica (ver anexo 2).

B. Desarrollar acciones de promoción de la depresión en la adolescente embarazada en el primer nivel de atención.

La promoción de la salud proporciona la información y las herramientas necesarias para mejorar los conocimientos, habilidades y competencias necesarias para la vida. Al hacerlo generará opciones para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el ambiente, y para que utilice adecuadamente los servicios de salud. Además ayuda a que las personas se preparen para las diferentes etapas de la vida y afronten con más recursos las enfermedades y lesiones, y sus secuelas.

Las unidades de primer nivel contarán con material informativo para que las adolescentes embarazadas identifiquen los síntomas y signos de la depresión en la gestación y les permita identificar los riesgo que ésta conlleva para buscar atención.

Se organizará una feria a la salud al año de manera que las unidades de primer nivel participen con temas enfocados a la atención de la salud mental en el embarazo. Así mismo contarán con escala de tamizaje para la detección de la depresión y realizar las acciones oportunas para su atención, tratamiento y seguimiento.

Es importante mencionar que se trabaja en conjunto con el Programa de salud sexual y Reproductiva del Adolescente para la prevención de embarazos.

C. Capacitar al personal médico y paramédico en la atención de la depresión en la adolescente embarazada.

La atención primaria a la salud busca responder eficientemente a las necesidades demográficas y epidemiológicas en materia de salud mental en

la comunidad y mejorar la calidad de vida de los usuarios mediante la atención e identificación oportuna.

Para que la adolescente embarazada pueda llevar en las mejores condiciones su gestación es necesario disponer de personal calificado para la identificación y atención oportuna de aquellos factores de riesgo que pudieran complicar el embarazo.

En las acciones de salud mental del equipo de atención primaria, el médico general tiene como responsabilidad la evaluación médica inicial. Comprenden la aplicación de instrumentos de detección temprana, indagación de antecedentes personales y familiares así como el contexto social que rodea al paciente y localización de sintomatología depresiva. Con esto, el médico puede producir un diagnóstico y referir en su caso a un centro de salud especializado y posteriormente recibir la contrarreferencia para otorgar el seguimiento correspondiente.

Para la capacitación del personal médico y paramédico en salud se diseñara una curso virtual, incorporando la TIC's con contenidos que fortalezcan la formación del personal para atención dela depresión en la adolescente embarazada. Esto nos permite estar en la vanguardia con los cambios tecnológicos que se están presentando y mejorar la administración de los recursos humanos, físicos y materiales.

D. Integrar al sistema de información jurisdiccional acciones de promoción, detección, atención y seguimiento de la depresión en la adolescente embarazada.

Se incorporará a censo de embarazo informatizado rubros que permitan a las unidades de primer nivel registrar las acciones y actividades que se realizan entorno a la detección, atención y seguimiento de la depresión en las

adolescentes embarazadas, que permita información veraz y oportuna para la toma de decisiones.

Existe un sistema de referencias y contrareferencias de las unidades de primer nivel hacia los centros de atención especializada, los cuales cuenta con una plataforma de estas acciones. Esta plataforma se alimenta de los concentrado mensuales que la unidad de salud genera, a las cuales se agregara el rubro de embarazo para la identificación del mismo con los diagnostico emitidos y referidos.

Se gestionará la generación de reportes mensuales de las referencias realizadas de adolescentes embarazadas con diagnósticos probables de depresión y las contrareferencias realizadas por los centros especializados para su seguimiento en el primer nivel de atención.

4.1 Priorización por comparación de pares de objetivos del proyecto.

La comparación por pares: es una herramienta, estructurada, rápida y sencilla, que permite reducir a un número menor, los objetivos identificados para poder priorizarlos con métodos más exactos y fiables. Compara por pares los objetivos detectados, es decir, cada problema se compara con todos los demás. ⁵⁶

Se utiliza la matriz que permite la comparación entre pares (Tabla 10). Se asigna una letra a los diversos objetivos. En cada una de las celdas de la matriz se coloca la letra de la situación que se considera prioritaria, de las dos que se entrecruzan correspondientes a la línea y columna de dicha celda. La situación escogida en más ocasiones es la más prioritaria. La priorización se realiza según los criterios del costo de objetivo, tiempo de implementación y beneficio de la población.

Tabla 10. Priorización de objetivos estratégicos del proyecto para la atención de la depresión en la adolescente embarazada

Objetivo	Comparación			Puntaje	
A Implementar en todas las unidades de primer nivel la detección de depresión en la adolescente embarazada durante el control prenatal.	A	A	A	A= 3	50%
	B	C	D		
B Desarrollar acciones de promoción para prevenir la depresión en la adolescente embarazada, en el primer nivel de atención.	B	B		B= 1	16%
	C	D			
C Capacitar al personal médico y paramédico en la atención de la depresión en la adolescente embarazada.	C			C= 2	34%
	D				
D Integrar al sistema de información jurisdiccional acciones de promoción, detección, atención y seguimiento de la depresión en la adolescente embarazada.	D			D= 0	0%

 **Prioridad**

Fuente: Miralles, J. D. Metodología de evaluación y mejora continuada. Generalitat de Catalunya; Cataluña; 2011

Objetivos estratégicos por orden de priorización

1. Implementar en todas las unidades de primer nivel la detección de depresión en la adolescente embarazada durante el control prenatal.
2. Capacitar al personal médico y paramédico en la atención de la depresión en la adolescente embarazada.
3. Desarrollar acciones de promoción de la depresión en la adolescente embarazada en el primer nivel de atención.

4. Integrar al sistema de información jurisdiccional acciones de promoción, detección, atención y seguimiento de la depresión en la adolescente embarazada.

5. LINEAS DE ACCIÓN, INDICADORES Y METAS DEL PROYECTO

Las metas emanan de los objetivos del proyecto y son la expresión cuantitativa de éstos. Enuncian la magnitud o grado de la realización de los mismos en un tiempo determinado pero sobre todo expresan los compromisos de la institución. ¹²

A su vez los indicadores son el conjunto de parámetros que con la información del proceso de ejecución de la planeación operativa del proyecto, permitirán medir el grado de avance del mismo. ¹²

Establecido con claridad un indicador, se pueden precisar las metas con las que se podrá evaluar si el objetivo se cumplió o no, si se está en tiempo de alcanzarlo o no, o si será imposible obtener dicho logro.

De acuerdo a los objetivos de proyecto de prevención, detección y atención de la depresión en la adolescente embarazada, se diseñaron 4 objetivos, que se describirán a continuación:

Estrategia 1. Fortalecimiento de la atención en las adolescentes embarazadas, integrando la detección de depresión en el control prenatal en el primer nivel de atención (anexo 3).

Objetivo estratégico 1	Línea de acción	Indicador	Meta anual	Responsable
Implementar en todas las unidades de primer nivel la detección de depresión en la adolescente embarazada durante el control prenatal.	Implementación en todas las unidades de primer nivel la detección de depresión en la adolescente embarazada durante el control	Porcentaje de unidades de primer nivel que implementaron la detección de depresión en la adolescente embarazada durante el control prenatal.	20% de unidades de primer nivel considerando línea base 0	Programa de Salud Materna

Estrategia 2. Fortalecimiento del programa de capacitación continua del personal médico y paramédico con la integración de la atención de depresión en adolescente embarazada, en el primer nivel (anexo 4,5,6).

Objetivo estratégico 2	Línea de acción	Indicador	Meta anual	Responsable
Capacitar al personal médico y paramédico en la atención de la depresión en la adolescente embarazada.	Capacitación del personal médico y paramédico de primer nivel en la atención de la depresión en la adolescente embarazada.	Porcentaje de médicos del primer nivel capacitado en la atención de la depresión en la adolescente embarazada.	10% de médicos de primer nivel considerando línea base 0	Programa de Salud Materna
		Porcentaje de enfermeros (a) del primer nivel capacitado en la atención de la depresión en la adolescente embarazada.	10% de médicos de primer nivel considerando línea base 0	Programa de Salud Materna
		Porcentaje de promotores (a) del primer nivel capacitado en la atención de la depresión en la adolescente embarazada.	100% de promotores de primer nivel considerando línea base 0	Programa de Salud Materna

Estrategia 3. Desarrollo de acciones de promoción para prevenir la depresión en la adolescente embarazada en el primer nivel de atención (anexo 7)

Objetivo estratégico 3	Línea de acción	Indicador	Meta anual	Responsable
Desarrollo de acciones de promoción de la depresión en la adolescente embarazada en el primer nivel de atención.	Desarrollar acciones de promoción de la depresión en la adolescente embarazada en el primer nivel de atención	Porcentaje de unidades de primer nivel que implementa acciones de promoción de la depresión en la adolescente embarazada. (especificaciones anexo 7)	20% de unidades de primer nivel	Programa de Salud Materna

Estrategia 4. Fortalecer el sistema de información de la jurisdiccional con integración de acciones de promoción, detección, atención y seguimiento de la depresión en la adolescente embarazada (anexo 8 y 9).

Objetivo estratégico 4	Línea de acción	Indicador	Meta anual	Responsable
Integrar al sistema de información jurisdiccional acciones de promoción, detección, atención y seguimiento de la depresión en la adolescente embarazada.	Integración en el sistema de información jurisdiccional acciones de promoción, detección, atención y seguimiento de la depresión en la adolescente embarazada.	Porcentaje de embarazadas adolescentes con tamizaje de depresión en el primer nivel	90% de las adolescentes embarazadas considerando base 0	Programa de Salud Materna
		Porcentaje de embarazadas con tamizaje positivo a depresión referidas	100% de las adolescentes embarazadas considerando base 0	Programa de Salud Materna
		Porcentaje de embarazadas Con contrareferencias	100% de las adolescentes embarazadas considerando base 0	Programa de Salud Materna

6. PREVISIÓN DE RECURSOS

Categoría	Cantidad	Precio unitario	Total al año
Recursos humanos			
Coordinador del proyecto (médico general)	40 horas al mes	\$546.00 la hora	\$275,184.00
Lic. en Informática	21 días al mes	\$9,606.00 al mes	\$115,146.00
Lic. en Psicología	21 días al mes	\$ 23,419.00 al mes	\$281,036.00
Capacitadores	40 horas (1 curso), por número de cursos a replicar	\$350 la hora	\$14,000.00
Médicos generales a capacitar	40 horas de capacitación	\$546.00 por hora	\$21,840.00
Enfermeras/os a capacitar	40 horas de capacitación	\$289.00 por hora	\$11,552.00
Promotores de salud a capacitar	40 horas de capacitación	\$221.00 por hora	\$8,854.00
Recursos Materiales			
Equipo de Computo	1 equipo	\$15,000.00	\$15,000.00
Diseño de contenido Curso Virtual	1 curso	\$16,000.00	\$16,000.00
Diseño de plataforma del curso virtual	1 curso	\$8,000.00	\$8,000.00
Diseño de Software para censo de embarazadas.	1 software	\$ 12,000.00	\$ 12,000.00
Material de promoción para feria de salud y jornadas móviles (playeras, gorras, termos plásticos)	1000 kits	\$130.00 por kit	\$130,000.00
Material de oficina	Diversos materiales	\$6000.00 al año	\$6000.00
Coffe Break de capacitaciones	112 personas por taller	\$60.00 por persona	\$6,720.00
Gasolina para Supervisiones	4 salidas por mes	\$300.00 por salida	\$14,000.00
Viáticos para supervisiones	48 salidas de supervisión al año	275.00 por persona, por salida	\$33,000.00
Total de presupuesto por año			\$1,004,312.00
Total de presupuesto por 5 años			\$5,021,560.00

7. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

El seguimiento es un instrumento indispensable de gestión de los proyectos de programa. La labor de seguimiento sirve de base para hacer efectiva la responsabilidad en el uso de los recursos destinados al proyecto de desarrollo.

Conocidos objetivos, metas, indicadores y responsables de la ejecución de cada parte del proyecto, es necesario establecer el mecanismo de seguimiento del proceso. Se trata de contar con la opción de supervisar el avance o, en su caso, los problemas que registre el desarrollo del proyecto en su ejecución.

Para realizar el seguimiento de este proyecto, se diseñaron formatos para el registro de las actividades y acciones que se realicen de prevención, detección y atención de la depresión en la adolescente embarazada, los cuales se entregarán, por parte de las unidades de salud de la JS de los SSN, cada mes al Programa de Salud Materna y Perinatal, donde el responsable del proyecto recibirá, validará y alimentará el sistema de información, que generará un informe mensual.

De acuerdo a los resultados del informe mensual, realizará una supervisión sistemática del proyecto, dirigida a la unidad de salud en operación, donde se hará una revisión y valoración de cómo se va desarrollando la ejecución de las actividades de prevención, detección y atención de depresión en la adolescente embarazada, con base en la cédula de supervisión. La supervisión servirá como instrumento para favorecer la detección oportuna de obstáculos y problemas, lo que permite la introducción también oportuna de acciones o medidas correctivas.

La evaluación es un proceso técnico administrativo destinado a soportar la toma de decisiones; es una herramienta para estudiar, comprender y ayudar a mejorar los proyectos en todos los aspectos, incluyendo el diagnóstico de los problemas a los que se dirigen; su conceptualización y diseño; su implementación y administración; sus resultados y su eficiencia.

En asociación con el ciclo de vida del proyecto, en cada fase (preparación, ejecución y operación) se encuentran diferentes tipos de evaluación que tienen por objeto

básicamente medir la conveniencia de asignar recursos, de continuar, de modificar, de terminar o de ver lecciones aprendidas respecto al proyecto objeto de la evaluación.⁵⁹

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Día mundial de la salud mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente. Washington: OMS, salud mental; 2012 OCTUBRE. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/
2. CENETEC. Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primero y segundo niveles de atención. México: Secretaría de Salud; 2014. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/>
3. Ceballos MI. Depresión durante el embarazo epidemiología en mujeres mexicanas. Rev Med IMSS. México: 2010; 48(1). Disponible en: <http://www.medigraphic.com>
4. Wagner, F. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México Salud Ment [online]. 2012; 35(1), pp. 3-11. ISSN 0185-3325. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx>
5. Álvaro C, Sifuentes A, Estrada S, Salas C, Hernández Abigail, Ortiz SG, et al. Prevalencia de depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango. Gas Med Mex. 2010; 146 (1): p. 1-9.
6. Gavira S, Chaskel R. embarazo adolescente de América Latina y el Caribe: impacto psicosocial. CCAP; Bogotá: 2010. Disponible en: http://www.scp.com.co/precop/precop_files/ano12/TERCERO/embarazo_adolescentes.pdf
7. Williamson N. Maternidad en la niñez: enfrentar el reto del embarazo en la adolescencia. 1st ed. New York: UNFPA; 2013. Disponible en: www.unfpa.org
8. CONAPO. Encuesta Nacional de Dinámica y Demografía 2014. INEGI; México: 2014. Disponible en: www.inegi.com.mx
9. Silva E, Díaz V, Mejías M. Ansiedad y Depresión Durante el embarazo. medico.UNA. Venezuela: 2013; 2. Disponible en: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_im/article/view/6207
10. Jadresic E. Depresión en el embarazo y puerperio. Revista Chilena de Neuropsiquiatría. 2010 Diciembre; 48(4): p. 269-278.

11. SSA. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 Atención de la mujer durante el embarazo parto y puerperio y del recién nacido México: SSA; 1995.
12. DGPL. Guía mínima para la elaboración de planes de desarrollo institucional. UNAM; México: 2008. Disponible en: <http://www.planeación.unam.mx/>
13. Dantés O. Sistema de salud de México. salud pública de México. Salud Pública de Méx; 2011; 53; pp. 220-232. Disponible en: <http://s2.medicina.uady.mx>
14. Soto G, González R. Rasgos generales del sistema de salud de México: UNAM: 2011. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx>
15. Knaul, F, et al. Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. Salud Pública de Méx; México: 2013; 55 (2), pp. 207-235.
16. Frenk J. Gomez O. El sistema de salud de México. NOSTRA Ediciones. Mexico: 2015 (1); 55-56p.
17. OCDE. Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud México. Secretaría de Salud. México: 2005. 1; pp 188
18. Kumate J. Fortalecimiento de los sistemas locales de salud. Proyecto de desarrollo de jurisdicciones sanitarias. INSP. México: 1994; 36(6):673-693. Disponible en: <http://bvs.insp.mx>
19. Jaramillo M. La descentralización de la salud en México: avances y retrocesos. Rev Gerenc Polit Salud: Colombia; 2007; 6(13): pp. 85-111. Disponible en: <http://www.scielo.org>
20. SSN. Manual de organización de los Servicios de Salud de Nayarit 2011. SSN; México: 2011. Disponible en: <http://www.transparencia.nayarit.gob.mx>
21. INEGI. Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2014. INEGI; México: 2014 Disponible en: www.inegi.org.mx
22. Fesina S. Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS.3^a ed. OPS.Montevideo: 2011. Disponible en:http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=206&Itemid=219
23. CONAPO. Proyecciones del Consejo Nacional de Población. CONAPO. México: 2014. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/>

24. INEGI. Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2015. INEGI; México: 2015. Disponible en: www.inegi.com.mx
25. SNIE. Estadística del sistema educativo Nayarit, clico escolar 2013-2014. SNIE; México: 2014. Disponible en: www.snie.sep.gob.mx
26. INEGI. Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares 2014. INEGI; México: 2014; pp 48. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/>
27. CONAPO. Índice de Marginación por entidad federativa y municipio 2010. UNFPA; México: 2010. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/>
28. SSN. Manual de organización de los Servicios de Salud de Nayarit 2011. SSN; México: 2011. Disponible en: <http://www.transparencia.nayarit.gob.mx>
29. INEGI. Anuario estadístico y geográfico de Nayarit 2014; Disponible en: <http://www.inegi.org.mx>
30. SSN. Modelo Integrador de Atención a la Salud, MIDAS. SSN; México: 2006; 2; pp 64. Disponible en: <http://www.dgis.salud.gob.mx/>
31. SSA. Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal 2013-2018. SSA; México: 2013. Disponible en: <http://cnegrs.salud.gob.mx/>
32. SSA. NOM, Norma Oficial Mexicana. 007-SSA2-2016, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. SSA; México: 2016. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx>
33. SSN. Plantilla de personal de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 de los SSN. SSN; México: 2014.
34. SSN. Concentrado de embarazadas de la Jurisdicción Sanitaria No.1 de los SSN 2014. SSN; México: 2014.
35. DGIS. Informe anual del Sistema de Información en Salud Nayarit 2014. SSN; México: 2014.
36. DGIS. Informe anual del Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios Nayarit 2014. SSN; México: 2014.
37. SEED. Informe del Subsistema Epidemiológico y Estadístico de defunciones 2014. SSN; México: 2014.

38. SSA. Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva en los Adolescentes 2013-2018. SSA; México: 2013. Disponible en: <http://cnegrs.salud.gob.mx/>
39. SSA. Estrategia Nacional para la Prevención de Embarazos en los Adolescentes. SSA; México: 2013; pp 128; Disponible en: <http://cnegrs.salud.gob.mx>
40. CONAPO. Día mundial para la prevención del embarazo no planificado en adolescentes. informe. Mexico D.F.: CONAPO; 2013. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/26_de_Septiembre_2013_Dia_Mundial_para_la_Preencion_del_Embarazo_No_Planificado_en_Adolescentes
41. CONAPO. Salud sexual y reproductiva en Nayarit 2014. CONAPO; Mexico:2014. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/66399/SaludSexualyReproductivaNY.pdf>
42. DGIS. Informe SUIVE a la semana 53 del estado de Nayarit 2014. SSN; México: 2014.
43. OMS. Día mundial de la salud mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente. comunicado. Washington D.C: OMS, salud mental; 2012 OCTUBRE. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/es/
44. CENETEC. Guía de Práctica Clínica del Control Prenatal con enfoque de riesgo. 2nd ed. México: Secretaría de salud; 2011. Disponible en: www.cenetec.salud.gob.mx/...Prenatal_Riesgo/IMSS_028_08_EyR.pdf
45. Teghtsoonian, K. La depresión y la salud mental en tiempos neoliberales: Un análisis crítico de la política y el discurso. Social Science & Medicine , 2009, vol. 69, no 1, p. 28-35.
46. Schuch J. Las diferencias de género en el trastorno depresivo mayor: resultados del estudio de los Países Bajos de la depresión y la ansiedad. Diario de trastornos afectivos , 2014, vol. 156, p. 156-163.

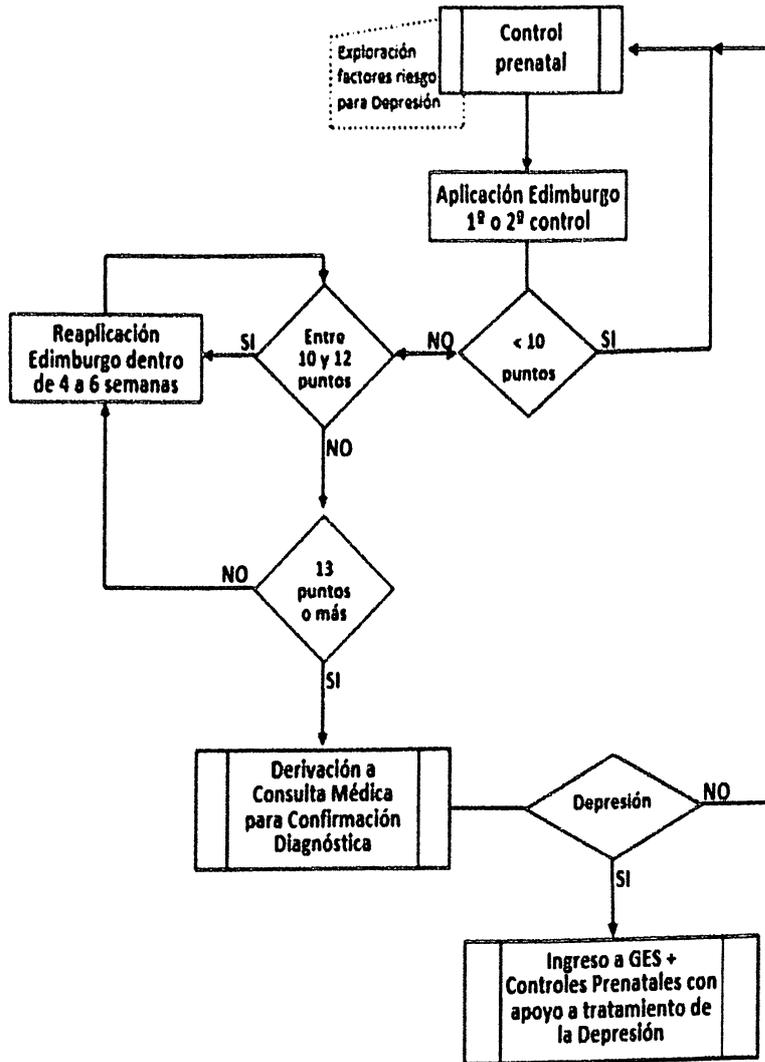
47. Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Barroilhet S, Jadresic E. Caracterización de madres deprimidas en el posparto. *Rev. Médica Chile*. 2010;138(5):536-42
48. Wolff C, Valenzuela P, Esteffan K, Zapata D. Depresión posparto en el embarazo adolescente: análisis del problema y sus consecuencias. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2009;74(3):151-8.
49. Berenzon S, Lara M, Robles R, Medina Mora ME. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*. 2013; 55(1). Disponible en: www.scielosp.org/pdf/spm/v55n1/v55n1a11.pdf
50. Garcia JM, Nogueras EV, Muños F. Guía de práctica clínica para el tratamiento de la depresión en APS. Distrito Sanitario; Málaga: 2011. http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_488_Depresion_AP_resum.pdf
51. Bonilla O. Depresión y factores asociados en mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas en Medellín. *rev colom gine*. Colombia:2010; 61(3): p. 207-213. Disponible en: <http://www.fecolsog.org>
52. Luna M, Salinas J, Luna A. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima. *Rev. Panam. Salud Pública*. 2009; 26(4): p. 310-4.
53. Bödecs, T., Szilágyi, E., Cholnoky, P., Sándor, J., Gonda, X., Rihmer, Z., & Horváth, B. Prevalence and psychosocial background of anxiety and depression emerging during the first trimester of pregnancy: data from a Hungarian population-based sample. *Psychiatria Danubina, Hungría*: 25(4), 352-358p. Disponible en: http://www.hdbp.org/psychiatria_danubina/pdf/dnb_vol25_no4/dnb_vol25_no4_352.pdf
54. De Castro F. Sintomatología depresiva materna en México: prevalencia nacional, atención y perfiles poblacionales de riesgo. *Salud pública Méx*, Cuernavaca, v.57, n.2, abr.2015. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200009&lng=es&nrm=iso.

55. Oquendo M. Validez y seguridad de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburg como prueba de tamiz para detectar depresión perinatal. *Perinatol Reprod Hum*, 2008, vol. 22, no 3, p. 195-202.
56. SSA. Programa de Acción Específico de Salud Mental 2013-2018. SSA; México: 2013. Disponible en: <http://cneqsr.salud.gob.mx/>
57. IPN. Metodología para el análisis FODA. IPN; México: 2002; Disponible en: http://www.uventas.com/ebooks/Analisis_Foda.pdf
58. Davins J. Metodología de evaluación y mejora continua. Departamento de salud; Cataluña España: 2011. Disponible en: <http://projectes.camfic.cat>
59. CONEVAL. Guía para la construcción de matriz de indicadores de resultados. CONEVAL; 2011; pp. 77 Disponible en: <http://www.shcp.gob.mx>

9. ANEXOS

Anexo 1. Algoritmo de detección de depresión en el embarazo

ALGORITMO DE DETECCIÓN DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO



Anexo 2. Escala de depresión de Edimburgo

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: _____

Dirección: _____

Su fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Nacimiento del Bebé: _____ Teléfono: _____

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy.

Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

- | | |
|--|--|
| 1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas
Tanto como siempre
No tanto ahora
Mucho menos
No, no he podido | 6. Las cosas me oprimen o agobian
Sí, la mayor parte de las veces
Sí, a veces
No, casi nunca
No, nada |
| 2. He mirado el futuro con placer
Tanto como siempre
Algo menos de lo que solía hacer
Definitivamente menos
No, nada | 7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir
Sí, la mayoría de las veces
Sí, a veces
No muy a menudo
No, nada |
| 3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien
Sí, la mayoría de las veces
Sí, algunas veces
No muy a menudo
No, nunca | 8. Me he sentido triste y desgraciada
Sí, casi siempre
Sí, bastante a menudo
No muy a menudo
No, nada |
| 4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo
No, para nada
Casi nada
Sí, a veces
Sí, a menudo | 9. He sido tan infeliz que he estado llorando
Sí, casi siempre
Sí, bastante a menudo
Sólo en ocasiones
No, nunca |
| 5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno
Sí, bastante
Sí, a veces
No, no mucho
No, nada | 10. He pensado en hacerme daño a mí misma
Sí, bastante a menudo
A veces
Casi nunca
No, nunca |

Oquendo, M. et al. Validez y seguridad de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh como prueba de tamiz para detectar depresión perinatal. INPER, 2008, vol. 22, no 3, p. 195-202.

Anexo 3. Ficha técnica del indicador

Objetivo Estratégico 1: Implementar en todas las unidades de primer nivel la detección de depresión en la adolescente embarazada durante el control			
Indicador 1: Porcentaje de unidades de primer nivel que implementaron la detección de depresión en la adolescente embarazada durante el control prenatal.			
Descripción general: las unidades de primer nivel de atención que realizan tamizajes de detección de depresión en las adolescentes embarazadas que acuden a su control prenatal expresado en porcentaje.			
Método de cálculo:	No. de unidades de primer nivel que implementaron detección de depresión en las adolescentes embarazadas.	X 100	Unidad de medida:
	Total de unidades de primer nivel de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 de los SSN.		Porcentaje
Frecuencia de medición: Anual			
Responsable del indicador: Programa de Salud Materna			
Determinación de metas			
Línea base, valor y fecha: (año y periodo)			Meta y periodo de cumplimiento
Valor	Año	Periodo	Valor: 20% anual, del total de unidades de primer nivel de la Jurisdicción Sanitaria No.1 de los SSN
0%	2016	Enero-Diciembre	
Comportamiento del indicador hacia la meta: Ascendente			Periodo de cumplimiento: Enero-Diciembre
Características de las variables			
Nombre de la variable		Descripción de la variable	
Variable 1 (Numerador): No. de unidades de primer nivel que implementaron detección de depresión en las adolescentes embarazadas.		Variable 1: unidades de primer nivel que reportan la realización de detecciones de depresión en las adolescentes embarazadas.	
Variable 2 (Denominador): Total de unidades de primer nivel de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 de los SSN.		Variable 2: total de unidades de primer de responsabilidad de la jurisdicción No.1 de los SSN	
Fuentes (medios de verificación)		Unidad de medida	
Variable 1: censo de embarazadas		Variable 1: Número	
Variable 2: relación de CLUES de la jurisdicción no.1		Variable 2: Número	
Frecuencia: Anual			
Método de recopilación de datos: Informe SIS anual		Fecha de disponibilidad de información: 2017	
Grafica de comportamiento del indicador: Grafica de barras, por mes y acumulado			

Anexo 4. Ficha técnica del indicador

Objetivo Estratégico 2: Capacitar al personal médico y paramédico en la atención de la depresión en la adolescente embarazada.			
Indicador 1: Porcentaje de médicos del primer nivel capacitado en la atención de la depresión en la adolescente embarazada.			
Descripción general: este indicador medirá el número de médicos del primer nivel de atención capacitados en la atención de la depresión en la adolescente embarazada.			
Método de cálculo:	No. médicos de primer nivel que implementaron detección de depresión en las adolescentes embarazadas.		Unidad de medida: Porcentaje
	Total de médicos de primer nivel de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 de los SSN.		
Frecuencia de medición: Anual			
Responsable del indicador: Programa de Salud Materna			
Determinación de metas			
Línea base, valor y fecha: (año y periodo)			Meta y periodo de cumplimiento
Valor	Año	Periodo	Valor: 10% anual, del total de médicos de primer nivel de la Jurisdicción Sanitaria No.1 de los SSN
0%	2016	Enero-Diciembre	
Comportamiento del indicador hacia la meta: Ascendente			Periodo de cumplimiento: Enero-Diciembre
Características de las variables			
Nombre de la variable		Descripción de la variable	
Variable 1 (Numerador): No. de médicos de primer nivel que implementaron detección de depresión en las adolescentes embarazadas.		Variable 1: personal médico de primer nivel que realizo la capacitación y aprobó.	
Variable 2 (Denominador): Total de médicos de primer nivel de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 de los SSN.		Variable 2: total de médicos de primer de responsabilidad de la jurisdiccion No.1 de los SSN	
Fuentes (medios de verificación)		Unidad de medida	
Variable 1: relación de médicos aprobados de la capacitación		Variable 1: Número	
Variable 2: plantilla de médicos de la jurisdiccion no.1 de los SSn		Variable 2: Número	
Frecuencia: Anual			
Método de recopilación de datos: plataforma de personal capacitado y aprobado del departamento de enseñanza		Fecha de disponibilidad de información: 2017	
Grafica de comportamiento del indicador: Grafica de barras, por mes y acumulado			

Anexo 5. Ficha técnica del indicador

Objetivo Estratégico 2: Capacitar al personal médico y paramédico en la atención de la depresión en la adolescente embarazada.			
Indicador 2: Porcentaje de enfermeros (a) del primer nivel capacitado en la atención de la depresión en la adolescente embarazada.			
Descripción general: este indicador medirá el número de enfermeros (a) del primer nivel de atención capacitados en la atención de la depresión en la adolescente embarazada.			
Método de cálculo:	No. de enfermeros (a) de primer nivel que implementaron detección de depresión en las adolescentes embarazadas.	X 100	Unidad de medida:
	Total de enfermeros (a) de primer nivel de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 de los SSN.		Porcentaje
Frecuencia de medición: Anual			
Responsable del indicador: Programa de Salud Materna			
Determinación de metas			
Línea base, valor y fecha: (año y periodo)			Meta y periodo de cumplimiento
Valor	Año	Periodo	Valor: 10% anual, del total de enfermeros (a) de primer nivel de la Jurisdicción Sanitaria No.1 de los SSN
0%	2016	Enero-Diciembre	
Comportamiento del indicador hacia la meta: Ascendente			Periodo de cumplimiento: Enero-Diciembre
Características de las variables			
Nombre de la variable		Descripción de la variable	
Variable 1 (Numerador): No. de enfermeros (a) de primer nivel que implementaron detección de depresión en las adolescentes embarazadas.		Variable 1: personal enfermeros (a) de primer nivel que realizo la capacitación y aprobó.	
Variable 2 (Denominador): Total de enfermeros (a) de primer nivel de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 de los SSN.		Variable 2: total de enfermeros (a) de primer de responsabilidad de la jurisdicción No.1 de los SSN	
Fuentes (medios de verificación)		Unidad de medida	
Variable 1: relación de enfermeros (a) aprobados de la capacitación		Variable 1: Número	
Variable 2: plantilla de enfermeros (a) de la jurisdicción no.1 de los SSN.		Variable 2: Número	
Frecuencia: Anual			
Método de recopilación de datos: plataforma de personal capacitado y aprobado del departamento de enseñanza		Fecha de disponibilidad de información: 2017	
Grafica de comportamiento del indicador: Grafica de barras, por mes y acumulado			

Anexo 6. Ficha técnica del indicador

Objetivo Estratégico 2: Capacitar al personal médico y paramédico en la atención de la depresión en la adolescente embarazada.			
Indicador 3: Porcentaje de promotores del primer nivel capacitado en la atención de la depresión en la adolescente embarazada.			
Descripción general: este indicador medirá el número de promotores del primer nivel de atención capacitados en la atención de la depresión en la adolescente embarazada.			
Método de cálculo:	No. de promotores de primer nivel que implementaron detección de depresión en las adolescentes embarazadas.	X 100	Unidad de medida:
	Total de promotores de primer nivel de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 de los SSN.		Porcentaje
Frecuencia de medición: Anual			
Responsable del indicador: Programa de Salud Materna			
Determinación de metas			
Línea base, valor y fecha: (año y periodo)			Meta y periodo de cumplimiento
Valor	Año	Periodo	Valor: 10% anual, del total de promotores de primer nivel de la Jurisdicción Sanitaria No.1 de los SSN
0%	2016	Enero-Diciembre	
Comportamiento del indicador hacia la meta: Ascendente			Periodo de cumplimiento: Enero-Diciembre
Características de las variables			
Nombre de la variable		Descripción de la variable	
Variable 1 (Numerador): No. de promotores de primer nivel que implementaron detección de depresión en las adolescentes embarazadas.		Variable 1: personal promotoría de primer nivel que realizó la capacitación y aprobó.	
Variable 2 (Denominador): Total de promotores de primer nivel de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 de los SSN.		Variable 2: total de promotores de primer de responsabilidad de la jurisdicción No.1 de los SSN	
Fuentes (medios de verificación)		Unidad de medida	
Variable 1: relación de promotores aprobados de la capacitación		Variable 1: Número	
Variable 2: plantilla de promotores de la jurisdicción no.1 de los SSN.		Variable 2: Número	
Frecuencia: Anual			
Método de recopilación de datos: plataforma de personal capacitado y aprobado del departamento de enseñanza		Fecha de disponibilidad de información: 2017	
Grafica de comportamiento del indicador: Grafica de barras, por mes y acumulado			

Anexo 7. Ficha técnica del indicador

Objetivo Estratégico 3: Desarrollo de acciones de promoción de la depresión en la adolescente embarazada en el primer nivel de atención.			
Indicador 1: Porcentaje de unidades de primer nivel que implementa acciones de promoción de la depresión en la adolescente embarazada			
<p>Descripción general: este indicador medirá el porcentaje de las unidades de primer nivel que implementa acciones de promoción de la depresión en la adolescente embarazada. Para que una unidad se considere como unidad intervenida deberá realizar por lo menos alguna de las siguientes acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Disposición de material informativo sobre los trastornos mentales más prevalentes, al interior de las unidades de primer nivel. 2. Disposiciones de escalas de tamizaje depresión en el embarazo. 3. Participación activa en ferias de salud con temas depresión en el embarazo. 			
Método de cálculo:	No. unidades de primer nivel que implementa acciones de promoción de la depresión en la adolescente embarazada Total de unidades de primer nivel de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 de los SSN.	X 100	Unidad de medida: Porcentaje
Frecuencia de medición: Anual			
Responsable del indicador: Programa de Salud Materna			
Determinación de metas			
Línea base, valor y fecha: (año y periodo)			Meta y periodo de cumplimiento
Valor	Año	Periodo	Valor: 20% anual, del total de unidades de primer nivel de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 de los SSN.
0%	2016	Enero-Diciembre	
Comportamiento del indicador hacia la meta: Ascendente			Periodo de cumplimiento: Enero-Diciembre
Características de las variables			
Nombre de la variable		Descripción de la variable	
Variable 1 (Numerador): No. unidades de primer nivel que implementa acciones de promoción de la depresión en la adolescente embarazada		Variable 1: No. de unidades que implemente al menos 1 de las intervenciones de promoción de la depresión en el embarazo en adolescentes.	
Variable 2 (Denominador): Total de unidades de primer nivel de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 de los SSN.		Variable 2: Total de unidades de primer nivel de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 de los SSN.	
Fuentes (medios de verificación)		Unidad de medida	
Variable 1: informes de actividades de la unidad, reportes de supervisión, acuses de material entregado a la unidad.		Variable 1: Número	
Variable 2: relación de CLUES de la jurisdicción sanitaria no.1 de los SSN		Variable 2: Número	
Frecuencia: Anual			
Método de recopilación de datos: Informes de actividades de la unidad, reportes de supervisión, acuses de material entregado a la unidad.		Fecha de disponibilidad de información: 2017	
Gráfica de comportamiento del indicador: Gráfica de barras, por mes y acumulado			

Anexo 8. Ficha técnica del indicador

Objetivo Estratégico 4: Fortalecer el sistema de información de la jurisdiccional con integración de acciones de promoción, detección, atención y seguimiento de la depresión en la adolescente embarazada.			
Indicador 1: Porcentaje de embarazadas adolescentes con tamizaje de depresión en el primer nivel			
Descripción general: este indicador medirá el porcentaje de adolescentes embarazadas que acudieron a control prenatal y que se les aplico escala de tamizaje para detección de depresión en el embarazo.			
Método de cálculo:	No. de embarazadas con aplicación de tamizaje de depresión en el primer nivel de atención	X 100	Unidad de medida:
	Total de adolescentes embarazadas que se encuentran en control prenatal en el primer nivel.		Porcentaje
Frecuencia de medición: Anual			
Responsable del indicador: Programa de Salud Materna			
Determinación de metas			
Línea base, valor y fecha: (año y periodo)			Meta y periodo de cumplimiento
Valor	Año	Periodo	Valor: 90% anual, del total de adolescentes embarazadas que están control prenatal en el primer nivel de atención.
0%	2016	Enero-Diciembre	
Comportamiento del indicador hacia la meta: Ascendente			Periodo de cumplimiento: Enero-Diciembre
Características de las variables			
Nombre de la variable		Descripción de la variable	
Variable 1 (Numerador): No. de embarazadas con aplicación de tamizaje de depresión en el primer nivel de atención		Variable 1: número de embarazadas adolescentes a las que se les aplica tamizaje de depresión en el primer nivel de atención.	
Variable 2 (Denominador): Total de adolescentes embarazadas que se encuentran en control prenatal en el primer nivel.		Variable 2: total de embarazadas adolescentes que se encuentran en control prenatal en las unidades de primer nivel.	
Fuentes (medios de verificación)		Unidad de medida	
Variable 1: informes de actividades de la unidad y censo de embarazadas.		Variable 1: Número	
Variable 2: censo de embarazadas y concentrado de adolescentes embarazadas.		Variable 2: Número	
Frecuencia: Anual			
Método de recopilación de datos: censo de embarazadas y concentrado de adolescentes embarazadas		Fecha de disponibilidad de información: 2017	
Grafica de comportamiento del indicador: Grafica de barras, por mes y acumulado			

Anexo 9. Ficha técnica del indicador

Objetivo Estratégico 4: Fortalecer el sistema de información de la jurisdiccional con integración de acciones de promoción, detección, atención y seguimiento de la depresión en la adolescente embarazada.			
Indicador 2: Porcentaje de embarazadas con tamizaje positivo a depresión referidas			
Descripción general: este indicador medirá el porcentaje de adolescentes embarazadas que obtuvieron un tamizaje positivo a depresión y que se refieren a unidad de atención especializado.			
Método de cálculo:	No. de embarazadas con aplicación de tamizaje positivo a depresión y son referidas	X 100	Unidad de medida:
	Total de adolescentes embarazadas tamizadas a depresión.		Porcentaje
Frecuencia de medición: Anual			
Responsable del indicador: Programa de Salud Materna			
Determinación de metas			
Línea base, valor y fecha: (año y periodo)			Meta y periodo de cumplimiento
Valor	Año	Periodo	Valor: 100% anual, del total de adolescentes embarazadas con tamizaje positivo
0%	2016	Enero-Diciembre	
Comportamiento del indicador hacia la meta: Ascendente			Periodo de cumplimiento: Enero-Diciembre
Características de las variables			
Nombre de la variable		Descripción de la variable	
Variable 1 (Numerador): No. de embarazadas con aplicación de tamizaje positivo a depresión y son referidas		Variable 1: número de embarazadas adolescentes con tamizaje positivo y que son referidas a una unidad especializada.	
Variable 2 (Denominador): Total de adolescentes embarazadas tamizadas a depresión		Variable 2: total de adolescentes embarazadas tamizadas a depresión.	
Fuentes (medios de verificación)		Unidad de medida	
Variable 1: informes de actividades de la unidad y censo de embarazadas.		Variable 1: Número	
Variable 2: censo de embarazadas y concentrado de adolescentes embarazadas.		Variable 2: Número	
Frecuencia: Anual			
Método de recopilación de datos: censo de embarazadas y concentrado de adolescentes embarazadas		Fecha de disponibilidad de información: 2017	
Grafica de comportamiento del indicador: Grafica de barras, por mes y acumulado			