

FORMATO DE DESCRIPCIÓN DETALLADA DE PROYECTO DE GESTIÓN EN RED 2016

ESTE FORMATO DEBERÁ REQUISITARSE EN ESTRICTO APEGO A LAS INSTRUCCIONES DE CADA APARTADO. SE SOLICITA NO DEJAR ESPACIOS EN BLANCO.

1.- Título del Proyecto: Se deberá señalar el tema central del proyecto relacionado con uno de los siete temas prioritarios señalados en la convocatoria, ser congruente con el objetivo general, así como describirse de forma clara y precisa. (Deberá ser idéntico al registrado en el Sistema en línea).

Red de Atención Integral para la Salud de la Adolescencia con énfasis en la prevención del embarazo adolescente, como una estrategia de atención materna y perinatal

2.- Tema prioritario que abordará y componentes por medio de los cuales se desarrollará el Proyecto de Gestión en Red:

A) TEMAS PRIORITARIOS. Deberá seleccionar el tema prioritario sobre el que trata el proyecto.

B) COMPONENTES. Posteriormente elija por lo menos un tema de cada uno de los cuatro componentes (B1, B2, B3 y B4) y describa cómo por medio de los mismos se abordará el tema prioritario, para obtener resultados de valor y contribuir a la mejora de la calidad.

C) y D) Modelo de Gestión de Calidad en Salud y Salud a la Población.- Estos apartados son transversales, por lo que se consideran parte integral del proyecto.

A) TEMAS PRIORITARIOS			Marcar con una X el tema prioritario seleccionado
		Mejora de la calidad en la atención materna y perinatal.	X
		Mejora de la calidad en la atención al paciente con síndrome metabólico.	
		Mejora de la calidad en la atención al paciente con cáncer cérvico uterino.	
		Mejora de la calidad en la atención al paciente con cáncer de mama.	
		Mejora de la calidad en la atención de la salud mental.	
		Mejora de la calidad en la atención de tumores de la infancia y la adolescencia.	
		Mejora de la calidad en la atención de infarto agudo al miocardio y sus complicaciones.	
B) COMPONENTES			Marcar con una X al menos un tema de cada uno de los cuatro componente y para cada uno de ellos describir con detalle cómo se abordará en el proyecto
D) Salud en la población C) Modelo de Gestión de Calidad en Salud	B4) Organizaciones confiables y seguras	1.- Seguridad del Paciente: Metas Internacionales (modificado de Joint Commission): <i>1.1. Identificar correctamente a los pacientes.</i>	
		<i>1.2. Mejorar la comunicación efectiva.</i>	
		<i>1.3. Mejorar la seguridad de los medicamentos.</i> 1.3.1 Uso racional de medicamentos. 1.3.2 Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo. 1.3.3 Disminución de riesgos por alergia a medicamentos. 1.3.4 Prevención de errores en las etapas del proceso de medicación.	
		<i>1.4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.</i>	
		<i>1.5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica.</i> 1.5.1 Bacteriemia Cero: Reducción de infecciones asociadas a catéter. 1.5.2 Reducción de Neumonía asociada a ventilador. 1.5.3 Reducción de infecciones asociadas a vías urinarias. 1.5.4 Reducción de infecciones asociadas a herida quirúrgica.	

		1.6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.	
		2.- Gestión de Riesgos.	
		3.- Medicina basada en la evidencia a través de las Guías de Práctica Clínica.	X
		4.- Planes de Cuidados de Enfermería. 4.1 Clínica de heridas y ostomías.	
		5.- Calidad de los Servicios de Odontología.	
	B3) Experiencia Satisfactoria	6.- Participación Ciudadana: Aval Ciudadano.	
		7.- Sistema Unificado de Gestión para la Atención y Orientación a los usuarios de los Servicios de Salud.	
		8.- Cultura de Seguridad del Paciente en Establecimientos de Atención Médica.	X
	B2) Costos Razonables	9.- Diagnóstico oportuno de la Enfermedad.	
		10.- Prevención primaria y/o secundaria.	X
		11.- Seguimiento del paciente para el control de la enfermedad.	
		12.- Coordinación entre los diferentes niveles de atención para la ubicación correcta del paciente en el nivel que le corresponda.	
	B1) Acceso Efectivo	13.- Redes de Atención.	X
		14.- Red de Urgencias.	
		15.- Apoyo a la Acreditación.	
		16.- Cuidados Paliativos.	

3.- Unidades que conforman la RED: Coloque el nombre completo de todas las unidades que conforman la Red; misma que deberá estar integrada por un mínimo de cuatro establecimientos de atención médica de primer nivel, uno de segundo nivel y/o uno de tercer nivel y estar coordinada por una Jurisdicción sanitaria, Región, Delegación o su equivalente. En caso de que la Red se conforme de más unidades, agregar las celdas en el nivel de atención correspondiente.

Jurisdicción/Región/Delegación/etc:	CUAUTLA (Jurisdicción Sanitaria No. III).
Unidades de Primer Nivel de Atención	Centro de Salud de Yautepec
	Centro de Salud de Cuautla
	Centro de Salud de Cuatlixco
	Centro de Salud de Jonacatepec
Unidades de Segundo Nivel de Atención	Hospital de la Mujer (Hospital de Segundo Nivel de Alta Especialidad).
Unidades de Tercer Nivel de Atención	

4.- Identificación y análisis del problema: Es la identificación y análisis descriptivo de la situación actual de la problemática que se pretende solucionar. Dicha descripción deberá estar sustentada con datos o cifras que permitan la detección de las causas que la originaron, así como su prioridad de solución frente a otras problemáticas de la organización.

Se habla de embarazo adolescente cuando este se presenta en mujeres que tienen entre 10 y 19 años de edad, el cual se considera un importante problema de salud pública que causa consecuencias graves para las madres y los padres adolescentes y para sus hijas e hijos. Esta situación ha ido creciendo debido a que: 1) las mujeres de 15 a 19 años de edad constituyen el grupo de mayor tamaño entre los grupos quinquenales de mujeres en edad fértil; y 2) la disminución de la fecundidad en adolescentes es menor que en otros grupos de edad, tanto por su bajo uso de anticonceptivos (solamente 37.6% de las adolescentes empleó un método en su primera relación sexual y 45% usó uno en la última; en ambos casos, principalmente métodos con poca efectividad)¹, como por el aumento en el porcentaje de la población adolescente que ha sido alguna vez sexualmente activa.

El embarazo en adolescentes es considerado un problema de salud pública debido a que afecta negativamente la salud de las mujeres y la de sus hijos/hijas; puede coartar su educación porque muchas de ellas desertan o presentan un bajo rendimiento, de la misma forma los adolescentes hombres se ven orillados a dejar la escuela para iniciar su vida laboral en condiciones desfavorables, por tanto, hombres y mujeres tienen menos acceso a oportunidades laborales de calidad y desarrollo humano.

Debido a las consecuencias de este problema de salud pública se está implementando la Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente, la cual está coordinada por el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) y el Consejo Nacional de Población (CONAPO), a continuación se presentan algunos datos estadísticos proporcionados en el documento base la estrategia mencionada.

El embarazo a temprana edad está asociado a niveles de mortalidad materna más elevados que en mujeres de mayor edad, y a una alta prevalencia de aborto en condiciones inseguras. Entre 2012 y 2013, a nivel nacional el número de muertes maternas en mujeres de 10 a 14 años, disminuyó de 960 a 861, lo que se tradujo en una reducción de la razón de muerte materna de 42.3 a 38.2 por cada 100 mil nacimientos (Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud, 2015); cabe mencionar que este indicador entre las mujeres de este rango de edad es variable de un año a otro y el riesgo de complicaciones maternas y perinatales es sustancialmente mayor que en otros grupos de edad. Entre las adolescentes de 15 a 19 años, la razón de muerte materna se incrementó de 32.0 a 37.3 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos, cifra superior a la registrada entre las mujeres de 20 a 24 años (Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud). En relación con el aborto, la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2009) señala que 9.2% de los embarazos en mujeres de 15 a 19 años ocurridos entre 2004 y 2009 terminó en aborto. Otros estudios estiman tasas de aborto de alrededor de 44 por cada mil mujeres de 15 a 19 años a nivel nacional. La tasa anual de hospitalizaciones por aborto en adolescentes de 15 a 19 años se ha incrementado en el país de 6.1 por cada mil en el año 2000 a 9.5 en el 2010 Shiavon, R., Troncoso E. y Polo, E., 2012).

El embarazo puede truncar la educación de las y los adolescentes, la de ellas con mayor frecuencia: De acuerdo con cifras del 2010, 17.7% de las mujeres menores de 18 años y 30.7% de las menores de 15 años que se embarazaron, dejaron de ir a la escuela después del embarazo (Eccharri, C., 2014). De la misma manera, dejar de ir a la escuela aumenta el riesgo de un embarazo: más del 90% de las mujeres de 12 a 19 años de edad que han tenido un hijo o hija no asisten a la escuela, comparado con 24% en el grupo de edad que no los ha tenido (INEGI, 2010); y 57% de las mujeres mexicanas nacidas entre 1964 y 1984 que no terminaron la primaria tuvieron su primer embarazo antes de cumplir 20 años, comparado con 12% de aquellas de las que alcanzaron al menos el bachillerato (Welti, C., 2014).

En relación al área laboral, el embarazo también afecta las oportunidades y los ingresos de las adolescentes. La mayor parte de las madres adolescentes no tiene empleo ni ingreso independiente al momento de tener a sus hijos e hijas. De las adolescentes de 15 a 19 años que tuvieron un hijo/hija en 2011, 8.3% tenían una actividad laboral remunerada. En cuanto a las adolescentes de 10 a 14 años que tuvieron un hijo/hija, tienen mayor probabilidad de estar trabajando en una etapa en la que deberían estar en la escuela, aún y cuando su contratación es contra la ley (7% reportaron una actividad remunerada) ya que en México no se permite el trabajo a menores de 15 años, y cuando se tiene dicha edad, sólo en determinadas condiciones se autoriza. Del total de 18.8 millones de adolescentes entre 12 y 19 años que reportó el censo de 2010, había 2, 463,000 que no estudiaban ni trabajaban, casi dos tercios de este grupo eran

mujeres (1.6 millones); de ellas, más de una cuarta parte tenía hijos o hijas y una de cada tres vivía en pareja (Tuirán, R., Ávila, J., 2014). Por su parte, los hombres sin ocupación y casados, o con descendencia ascienden a menos del tres por ciento. Así, la unión y la fecundidad temprana están relacionadas con el bajo nivel de escolaridad y con condiciones que apuntalan a orillar a un trabajo de baja remuneración por falta de estudios. El trabajo de cuidado –de niños, niñas y adultos mayores, sobre todo- y otros tipos de trabajo no remunerado está asociado a la falta de recursos, y contribuye a que la mujer no se desarrolle en lo profesional, se encontró que casi nueve de cada diez madres de 15 a 19 años se dedica a las actividades del hogar (INEGI, 2010).

Las madres adolescentes llegan a tener mayor descendencia que las que aplazan su primer embarazo a una edad mayor. En México, las mujeres que tuvieron un embarazo en la adolescencia terminan su periodo reproductivo hasta con tres hijos o hijas más que las mujeres que iniciaron su maternidad después de los 19 años (Menkes, C., y Suárez, L., 2003). De las menores de 15 años que tuvieron un hijo o hija en 2011, 9% había tenido un hijo/hija previamente y 7.5% dos o más hijos/ hijas. Entre las de 15 a 19 años, 23% ya había tenido uno o más hijos o hijas anteriormente (Fuentes, M., 2013). Los costos sociales se ven magnificados en efectos negativos para las y los hijos de las madres adolescentes. La bibliografía internacional muestra que las y los hijos de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de tener bajo peso al nacer, mortalidad infantil, menores niveles de apoyo emocional y estimulación cognitiva, menores habilidades y capacidad de aprendizaje cuando entran a pre-escolar, más problemas conductuales y sufrir más condiciones médicas crónicas, propensión a ser internados en centros penitenciarios en la adolescencia, alcanzar menos logros académicos y desertar de la educación secundaria y media superior, repetir el patrón de fecundidad temprana y tener hijos o hijas durante la adolescencia y, estar desempleado(a) o subempleado(a) en la etapa adulta. Estos efectos permanecen aún cuando se ajusta por los factores que incrementan la probabilidad del embarazo en la adolescencia, como la pobreza, tener madres y padres con niveles educativos bajos, crecer en familias con padre o madre ausentes y tener poca permanencia y bajo desempeño escolar (Hoffman, S., y Maynard, R., 2008). Aunque existen pocos estudios sobre el tema en México, se ha observado que los hijos e hijas de madres adolescentes tienen mayor probabilidad de ser prematuros y tener bajo peso al nacer (Escartín, M., 2011; Moyeda, I., 2014; y Valencia, J., 2014). Estos efectos son aún mayores en el caso de las madres entre los 10 y 14 años, que según un estudio reciente (Valencia, J., y Schiavon, R., 2014), realizado a partir de los certificados de nacimientos, representan 0.7% de los más de ocho millones de nacimientos registrados en el periodo 2008–2011. Solo una de cada siete de estas adolescentes de 10 a 14 años que tuvo un parto, residía en un municipio con muy baja marginación, lo que muestra que este fenómeno no está condicionado únicamente por factores de pobreza sino que influyen otros de contexto cultural, económico y social como son la violencia familiar, sexual y de género.

De acuerdo a datos históricos de 2010 al 2014, el Estado de Morelos se ha encontrado por arriba de la media nacional, en cuanto a tasa de fecundidad en adolescentes de 10 a 14 años, por ejemplo para el 2014, la media nacional fue de 1.1 y para el estado de Morelos de 1.4. En el año en el que hubo más nacimientos de madres adolescentes de 10 a 14 años fue el 2011 con 223 nacimientos y en el año que hubo menos nacimientos fue en el 2014 con 118.

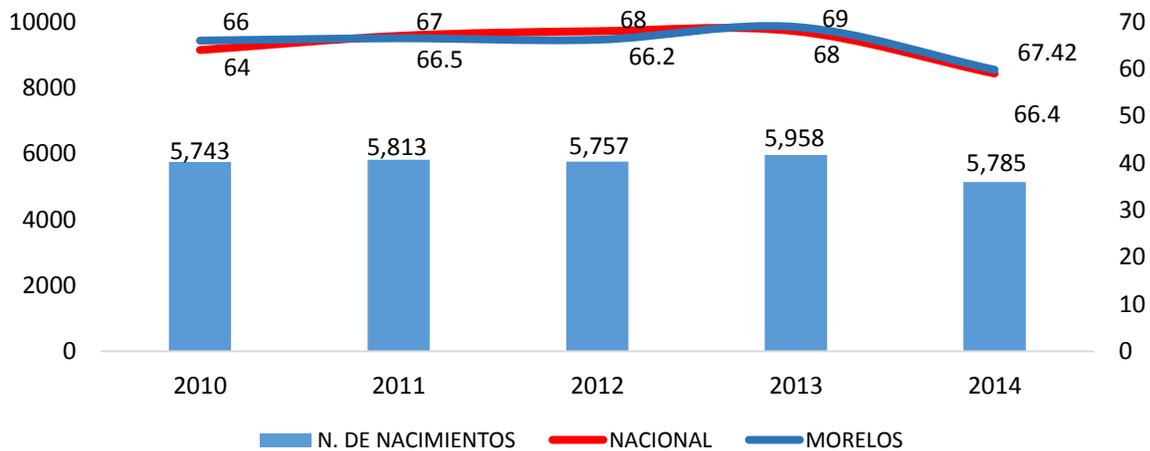
Tasa de fecundidad, adolescentes de 10 a 14 años, por año



Fuente: Secretaría de Salud, Servicios de Salud de Morelos.

La tasa de fecundidad para el grupo de 15 a 19 años en el estado de Morelos, mostró cifras similares a las estimaciones consideradas en el panorama nacional, sin embargo estamos por arriba de la media nacional, para el año 2014 la media nacional se ubicó en 66.4 y para el Estado de Morelos fue de 67.42.

Tasa de fecundidad, adolescentes de 15 a 19 años, por año



Fuente: Secretaría de Salud. Servicios de Salud de Morelos.

En 2013, en Morelos se registraron 6 mil 155 nacimientos de adolescentes de 10 a 19 años, mientras que en 2014, fueron 5 mil 903, lo que denota una reducción en el número de los mismos. Para adolescentes de 10 a 14 años, la reducción en tasa de fecundidad fue de 2.17 a 1.4, del año 2013 al 2014. Para adolescentes de 15 a 19 años, la reducción en tasa de fecundidad fue de 69 a 67.42, del año 2013 al 2014.

Para el 2015, de enero a septiembre, se registraron 4 mil 51 nacimientos de adolescentes de 10 a 19 años, para el mismo período del tiempo pero el año 2014 se había reportado 4 mil 394 embarazos en mujeres de 10 a 19 años.

Es necesario reducir la tasa de fecundidad de adolescentes para garantizar un avance en su calidad de vida.

5.- Justificación del proyecto: Describir por qué se considera oportuno, necesario ó indispensable la realización del proyecto y su factibilidad. Argumentar cómo con su realización se atenderá el problema planteado, cuál será su contribución y a quiénes se pretende beneficiar con su desarrollo.

Se ha demostrado que el embarazo adolescente implica consecuencias negativas para la madre y para el producto, en comparación con otras mujeres, las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo (Organización Mundial de la Salud 2015, citado en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>), asimismo, los hijos o hijas de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de tener bajo peso al nacer, mortalidad infantil, menores niveles de apoyo emocional y estimulación cognitiva, menores habilidades y capacidad de aprendizaje cuando entran a pre-escolar, más problemas conductuales y sufrir más condiciones médicas crónicas, propensión a ser internados en centros penitenciarios en la adolescencia, alcanzar menos logros académicos y desertar de la educación secundaria y media superior, repetir el patrón de fecundidad temprana y tener hijos o hijas durante la adolescencia y, estar desempleado(a) o subempleado(a) en la etapa adulta. Debido a esta situación se reproducen las condiciones de vulnerabilidad en las que se encuentra la adolescente que se embarazó y su pareja.

Para evitar la muerte materna también es fundamental que se eviten los embarazos no deseados o a edades demasiado tempranas. Todas las mujeres, y en particular las adolescentes, deben tener acceso a la contracepción, a servicios que realicen abortos seguros en la medida en que la legislación lo permita, y a una atención de calidad tras el aborto (Organización Mundial de la Salud 2015, citado en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>). Por ello, es indispensable reducir la tasa de fecundidad en el grupo etario de 10 a 19 años por medio de estrategias que permitan una atención de integral y de calidad para las y los adolescentes en el área de la salud.

De acuerdo a los datos proporcionados por la Dirección General de Información en Salud, SINAC, Certificado de Nacimientos, para el 2015, la tasa de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años del Estado de Morelos se ubica en 61.34 por cada 1000 adolescentes (datos preliminares), en el municipio de Yautepec la tasa de fecundidad es de 75.25 (datos preliminares SINAC 2015), y en Cuautla es de 66.76 (datos preliminares SINAC 2015), ambos municipios son prioritarios debido a que las tasas de fecundidad están por arriba de la media así como el número de nacimientos de adolescentes, por tal motivo, la intervención en red se implementará en ellos.

Las y los adolescentes son un grupo sano, sin embargo, están expuestos a conductas de riesgo como las relaciones sexuales sin protección, debido a que es el grupo etario que menos acude a consulta, es necesario acercar a ellos los servicios de salud acorde a la línea de vida. Esto puede lograrse por medio de una Unidad Móvil donde se les brinde una atención integral con énfasis en salud sexual y reproductiva.

La Unidad Móvil de Atención Integral para la Salud de la Adolescencia, visitará las colonias prioritarias de los municipios Yautepec y Cuautla, se ubicará cerca de escuelas de nivel básico y medio superior, Plazas Públicas y centros recreativos, con el objetivo de captar adolescentes a quienes se les brindará orientación consejería en salud sexual y reproductiva, así como atención integral. A los adolescentes que necesiten seguimiento de metodología anticonceptiva o de otro tipo (sobre peso y obesidad, salud mental, entre otras), se les referirá a los Centros de Salud de Cuautla, Cuatlixco, Yautepec y Jonacatepec, en donde existen módulos de Servicio Amigable para adolescentes, en los casos de embarazos adolescentes se les referirá a su Centro de Salud correspondiente así como al Hospital de la Mujer ubicado en Yautepec, Morelos para su atención como Embarazo de Alto Riesgo. Asimismo, las referencias se realizarán hacia otros Centros de Salud si la o el adolescente manifiestan que se les facilitaría más acudir a otro, en ambos municipios se cuenta con 9 unidades de salud, también se harán referencia a otros municipios si el adolescente así lo requiere.

Se contará con un médico, un psicólogo y un promotor de salud, quienes brindará atención a las y los adolescentes (10-19 años) en un horario de 12:00 a 20:00 horas, brindando orientación y consejería para prevenir embarazos no

planificados e infecciones de transmisión sexual, así como atención integral (con base en la línea de vida).

Para garantizar la asistencia de las y los adolescentes a la Unidad Móvil se brindarán pláticas sobre prevención de embarazo adolescente y de infecciones de transmisión sexual, dirigidas a adolescentes y padres de familia, también se trabajará con la población abierta, convocando a reuniones a líderes comunitarios para darles información sobre la atención que podrán recibir las y los adolescentes en la Brigada de Salud, con el fin de que avisen y animen a la población de adolescentes no escolarizados para que acudan. Si es necesario se realizarán actividades deportivas y culturales para atraer a las y los adolescentes a la Unidad Médica exclusiva para ellos.

En todos los espacios donde se presente la Unidad Móvil para adolescentes, se buscará crear la necesidad de servicios de salud en las y los adolescentes.

Es importante resaltar que el personal que esté en contacto con los adolescentes será capacitado para asegurar la atención integral y de calidad.

6.- Objetivo general: Describir el propósito general que se pretende alcanzar, el cual deberá estar vinculado con el tema prioritario que abordará el proyecto. Debe ser específico, medible, orientado a una acción, realista y con un tiempo limitado.

Reducir el número de embarazos adolescentes de 10 a 19 años en el Estado de Morelos, con absoluto respeto a los derechos humanos, particularmente los derechos sexuales y reproductivos.

7.- Objetivos específicos: Describir lo que se pretende realizar para lograr el objetivo general y presentarse en una secuencia lógica y conectada, es decir deberán ser logros parciales asociados a los componentes seleccionados, que en su conjunto permitan atender el tema prioritario y garantizar la consecución del proyecto. Los objetivos específicos deben ser claros, congruentes, factibles y medibles por medio de las metas e indicadores definidos en el apartado correspondiente.

Objetivo específico 1 (vinculado al componente de Organizaciones confiables y seguras)

Detectar adolescentes con factores de riesgo para embarazo a través de un tamizaje integral sustentado en guías de práctica clínica.

Objetivo específico 2 (vinculado al componente de Experiencia Satisfactoria)

Detectar casos de violencia en adolescentes embarazadas de manera oportuna para la adecuada referencia y atención materna.

Objetivo específico 3 (vinculado al componente de Costos Razonables)

Incrementar al 65% la cobertura de adolescentes de 10 a 19 años aceptantes de métodos anticonceptivos eficaces (dispositivo intrauterino e implante subdérmico) durante el post-evento obstétrico.

Objetivo específico 4 (vinculado al componente de Acceso Efectivo)

Contribuir en la reducción de embarazos no planeados de las adolescentes atendidas en los Centros de Salud que integran la red (Cuautla, Cuatlilco, Yautepec y Jonacatepec), mediante el acceso efectivo a servicios de calidad específicos para esta población.



--

8 y 9.- Metas e Indicadores.- Se deberán establecer metas e indicadores para dar seguimiento trimestral al avance en la implementación del proyecto, conforme a lo establecido en las Reglas de Operación vigentes.

Metas. Deberán ser la expresión cuantitativa de cada uno de los objetivos específicos definidos en el proyecto y vinculados con los componentes seleccionados. Deberán ser factibles considerando los plazos, así como los recursos humanos y financieros.

Indicadores. Definir el indicador que permita medir con claridad los resultados obtenidos de las metas planteadas en el proyecto.

El número de metas e indicadores definidos deberán estar estrictamente vinculado con el número de objetivos específicos establecidos y los componentes seleccionados. Esta información deberá registrarse en la tabla correspondiente para cada indicador tomando como base el siguiente ejemplo:

Ejemplo:

<p>Meta: Deberán ser la expresión cuantitativa de cada uno de los objetivos específicos definidos en el proyecto y que permitirán medir el grado de avance y cumplimiento de los mismos. Deberán ser factibles considerando los plazos, así como los recursos humanos y financieros, por lo que se deberá hacer referencia concreta al cuánto y al cuándo, y mediante su definición se deberá garantizar un avance de las mismas de al menos un 50% de cumplimiento al primer semestre.</p>	<p><i>95% de las mujeres que acuden al servicio de urgencias con preeclamsia se les mide y registra la tensión arterial y proteinuria.</i></p>
<p>Indicador: El indicador deberá medir el logro de las actividades que permitirán alcanzar las metas planteadas en el proyecto y deberá contener los siguientes elementos para su adecuado seguimiento y evaluación:</p>	
<p>Nombre: Deberá señalarse la denominación precisa con la que se distingue al indicador. Debe ser claro, entendible y consistente con el método de cálculo.</p>	<p><i>Porcentaje de pacientes con preeclamsia que se atienden en el servicio de urgencias y que se les midió y registró la tensión arterial y proteinuria por medio de tira reactiva.</i></p>
<p>Definición: Se debe explicar brevemente y en términos sencillos, qué es lo que mide el indicador. Debe precisar qué se quiere medir del objetivo al que está asociado (no debe repetir el nombre del indicador).</p>	<p><i>El indicador permite identificar con precisión la medición de tensión arterial y proteinuria en los casos indicados.</i></p>
<p>Método de cálculo: Será la expresión numérica del indicador y determinará la forma en que se relacionan las variables establecidas para el mismo. La fórmula deberá estar compuesta por un numerador que represente los eventos observados y un denominador que describa los factores de referencia.</p>	<p><i>Número de pacientes con preeclamsia que se les midió y registró la tensión arterial y proteinuria</i> <i>X 100</i></p> <hr style="width: 80%; margin-left: 0;"/> <p><i>Total de pacientes que acudieron al servicio de urgencias con preeclamsia</i></p>
<p>Unidad de medida: Será la forma en que se</p>	

quiere expresar el resultado de la medición al aplicar el indicador; deberá estar relacionada invariablemente con el método de cálculo y los valores expresados en la línea base y las metas.	<i>Porcentaje</i>			
Sentido: Se hará referencia a la dirección que debe tener el comportamiento del indicador para identificar su desempeño. Cuando el sentido es ascendente, la meta siempre será mayor a la línea base y si el resultado es mayor al planeado, representará un desempeño positivo. Cuando el sentido es descendente, la meta siempre será menor a la línea base y si el resultado es menor a la meta planeada, representará un desempeño positivo.	<i>Ascendente</i>			
Frecuencia de medición: Se hará referencia a la periodicidad con que se realizará la medición del indicador (será importante considerar que los informes de seguimiento solicitados a nivel federal serán de frecuencia trimestral).	<i>Trimestral</i>			
Línea base: Será el valor del indicador que se establece como punto de partida para evaluarlo y darle seguimiento.	<i>75% de las mujeres que acuden al servicio de urgencias con preeclamsia se les mide y registra la tensión arterial y la proteinuria.</i>			
Avances de la meta: El avance por trimestre corresponderá a los logros parciales de la meta, por lo que en el ejemplo el 100% de avance corresponderá al logro de la meta que es de 95%.	1er. Trimestre	2º. Trimestre	3er. Trimestre	4o. Trimestre
	20%	50%	80%	100%
Medios de verificación. Indican las fuentes de información que se utilizarán para medir y verificar el cumplimiento de los indicadores, esta información podrá ser tomada de sistemas de información, reportes diarios, libretas de registro, entrevistas, bitácoras, etc.	<i>Expediente clínico y hoja de datos.</i>			

Detectar adolescentes con factores de riesgo para embarazo a través de un tamizaje integral sustentado en guías de práctica clínica.

Meta e Indicador 1 (vinculado al objetivo 1 y al componente de Organizaciones confiables y seguras)

Meta:	Detectar factores de riesgo para embarazo en el 85% de adolescentes que recibieron pláticas educación sexual integral por parte del personal de la Unidad Móvil.
Indicador	
Nombre:	Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años con detección de factores de riesgo para embarazo adolescente
Definición:	El indicador permite identificar factores de riesgo para embarazo en las y los adolescentes.
Método de cálculo:	Total de adolescentes de 10 a 19 años tamizados/Total de adolescentes de 10 a 19 años que recibieron pláticas de educación sexual integral x 100
Unidad de medida:	Porcentaje
Sentido:	Ascendente
Frecuencia de medición:	Trimestral
Línea base:	Será una acción nueva, no existe línea base.

Meta	1er. Trimestre	2º. Trimestre	3er. Trimestre	4o. Trimestre
	0%	30%	50%	85%
Medios de verificación.	Listas de asistencia de los adolescentes que reciben pláticas de educación sexual integral y reporte de cuestionarios realizados.			

Detectar situaciones de violencia en adolescentes embarazadas de manera oportuna para la adecuada referencia y atención materna.

Meta e Indicador 2 (vinculado al objetivo 2 y al componente de *Experiencia Satisfactoria*)

Meta:	Detectar violencia en el 90% de adolescentes embarazadas que acuden a consulta médica en los Centros de Salud de la Red y en la Unidad Móvil.			
Indicador				
Nombre:	Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años embarazadas con búsqueda intencionada de violencia.			
Definición:	El indicador permite identificar el porcentaje de adolescentes embarazadas que viven en situación de violencia.			
Método de cálculo:	Total de adolescentes que acuden a consulta de primera vez de embarazo en cualquier trimestre de gestación con herramienta de detección de violencia requisitada/Total de adolescentes que acuden a consulta de primera vez en cualquier trimestre de gestación x 100			
Unidad de medida:	Porcentaje			
Sentido:	Ascendente			
Frecuencia de medición:	Trimestral			
Línea base:	Se aplica la herramienta de detección de violencia sólo a las pacientes en las que se sospecha caso de violencia.			
Meta	1er. Trimestre	2º. Trimestre	3er. Trimestre	4o. Trimestre
	0%	30%	80%	90%
Medios de verificación.	Expediente clínico y herramienta de detección de violencia			

Incrementar al 65% la cobertura de adolescentes aceptantes de métodos anticonceptivos eficaces (dispositivo intrauterino e implante subdérmico) durante el post-evento obstétrico.

Meta e Indicador 3 (vinculado al objetivo 3 y al componente de *Costos Razonables*)

Meta:	El 65% de las adolescentes de 10 a 19 años aceptan un método anticonceptivo eficaz (dispositivo intrauterino o implante subdérmico) durante el post-evento obstétrico.			
Indicador				
Nombre:	Porcentaje de adolescentes que se atienden el Hospital de la Mujer de Morelos que aceptan un método anticonceptivo efectivo (dispositivo intrauterino o implante subdérmico) durante el post-evento obstétrico.			
Definición:	El indicador permite identificar el porcentaje de adolescentes que aceptan un método anticonceptivo post-evento obstétrico en el Hospital de la Mujer.			
Método de cálculo:	Total de mujeres adolescentes de 10 a 19 años que aceptan un método anticonceptivo eficaz (dispositivo intrauterino o implante subdérmico) durante el post-evento obstétrico/Total de mujeres adolescentes de 10 a 19 años que cursaron un post-evento obstétrico x 100			
Unidad de medida:	Porcentaje			
Sentido:	Ascendente			

Frecuencia de medición:	Trimestral			
Línea base:	50%			
Meta	1er. Trimestre	2º. Trimestre	3er. Trimestre	4o. Trimestre
	0%	55%	60%	65%
Medios de verificación.	Sistema de Información en Salud, Egresos Hospitalarios			

Contribuir en la reducción de embarazos no planeados de las adolescentes atendidas en los Centros de Salud que integran la red (Cuautla, Cuatlixco, Yautepec y Jonacatepec), mediante el acceso efectivo a servicios de calidad específicos para esta población.

Meta e Indicador 4 (vinculado al objetivo 4 y al componente de Acceso Efectivo)

Meta:	Contribuir en la reducción del 10% los embarazos de adolescentes de 10 a 19 años en los Centros de Salud que integran la Red			
Indicador				
Nombre:	Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años embarazadas			
Definición:	El indicador permite identificar el porcentaje de adolescentes embarazadas en los Centros de Salud que integran la Red.			
Método de cálculo:	Total de consultas de primera vez de embarazo en menores de 20 años, en cualquier trimestre de la gestación / Total de consultas de primera vez en cualquier trimestres de gestación, en todos los grupos de edad x 100.			
Unidad de medida:	Porcentaje			
Sentido:	Descendente			
Frecuencia de medición:	Trimestral			
Línea base:	Cuautla: 30.08% Cuatlixco: 9.32% Yautepec: 27.73% Jonacatepec: 15.29% Fuente: SIS 2015			
Meta	1er. Trimestre	2º. Trimestre	3er. Trimestre	4o. Trimestre
	(-)0%	(-)5%	(-)7%	(-)10%
Medios de verificación.	Sistema de Información en Salud (Consulta de Embarazo Adolescente y Consulta de Embarazo Trimestre Gestacional).			

10.-Metodología: Se describirá de manera precisa ordenada sistemática y coherente la intervención a realizar; para el proceso metodológico deberá considerar en la descripción la siguiente información:

- Describir el funcionamiento de la Red, así como su interrelación para el logro de los objetivos y metas.

La Red de Atención Integral para la Salud de la Adolescencia con énfasis en la prevención del embarazo adolescente, como una estrategia de atención materna y perinatal estará conformada por cuatro Centros de Salud, un Hospital y una Unidad Móvil exclusiva para brindar atención integral a las y los adolescentes, sin embargo las referencias se podrán hacer al Centro de Salud más cercano al adolescente.

Unidad Móvil: Estará conformada por un consultorio médico, un consultorio psicológico y un área de recepción, con adaptaciones para el acceso a adolescentes con discapacidad. Se ubicará en zonas estratégicas donde concurren

adolescentes de 10 a 19 años, es decir, cercanas a escuelas de nivel básico y medio superior, plazas públicas y centros recreativos de los Municipios de Yautepec, Cuautla y Jonacatepec, por un tiempo aproximado de cinco semanas. Durante ese tiempo el promotor/a de salud difundirá los servicios de la unidad por medio de pláticas sobre educación sexual integral para la prevención de embarazos adolescentes, asimismo, realizará detecciones de factores de riesgo para embarazo por medio de un tamizaje integral sustentado en guías de práctica clínica, para ello se utilizarán tabletas electrónicas por adolescente para agilizar tiempo y costos, las detecciones positivas se enviarán a la Unidad Móvil para su atención, si se requiere el adolescente será referido a uno de los Centros de Salud de la red o al Centro de Salud más cercano a su domicilio.

En la Unidad Móvil se brindará atención integral basada en las guías de práctica clínica a los adolescentes con detecciones positivas y a todo adolescente que la solicite, se priorizará la orientación consejería de salud sexual y reproductiva y otorgamiento de métodos anticonceptivos.

En los casos en que adolescentes embarazadas soliciten atención en la Unidad Móvil, se les otorgará la consulta y serán referidas al Hospital de la Mujer como Embarazo de Alto Riesgo, se aplicará la herramienta de detección de violencia y si resulta positivo se referirá a la adolescente al Hospital de la Mujer donde recibirá atención especializada.

El personal de salud de la Unidad Móvil brindará un servicio de calidad y calidez, buscando crear en las y los adolescentes la necesidad de servicios de salud de manera preventiva.

Los Centros de Salud que participan en la red contarán con personal de salud capacitado en la atención integral para la adolescencia con énfasis en salud sexual y reproductiva, atenderán a las y los adolescentes que sean referidos por la Unidad Móvil. Atenderán a las adolescentes embarazadas y realizarán la referencia como Embarazo de Alto Riesgo al Hospital de la Mujer. Realizarán detecciones de violencia en adolescentes embarazadas y en los casos positivos las referirán al Hospital de la Mujer para que reciban una atención especializada.

El Hospital de la Mujer de Morelos (de Segundo Nivel de Alta Especialidad), atenderá a las adolescentes embarazadas referidas por los Centros de Salud y por la Unidad Móvil, asimismo, lo casos positivos de violencia, y promoverá el Dispositivo Intrauterino e Implante Subdérmico como métodos eficaces para la anticoncepción post-evento obstétrico en las adolescentes de 10 a 19 años.

Tanto en los Centros de Salud de la red como en el Hospital se registrará si la adolescente llegó a consulta por la referencia de la Unidad Móvil.

Por medio del trabajo en red se podrán realizar detecciones oportunas en adolescentes con factores de riesgo para embarazo, lo cual nos permitirá implementar acciones de prevención de embarazo y de conductas de riesgo ya que se brindará una atención integral y se reforzará la responsabilidad del adolescente en el cuidado de su salud. Los adolescentes atendidos en la Unidad Móvil serán referidos a los Centros de Salud para el seguimiento correspondiente o para posteriores ocasiones que necesiten atención médica.

De la misma forma se brindará atención a las adolescentes embarazadas para prevenir un segundo embarazo y para prevenir o en su caso atender situaciones de violencia; ellas serán referidas al Hospital de la Mujer.

El personal de los Centros de Salud de la red, designado para la implementación del proyecto, será capacitado y sensibilizado para brindar una atención integral y amigable a las y los adolescentes y con ello se reforzarán las acciones de la Unidad Móvil y las acciones para la población adolescente en general.

Con las detecciones y atenciones oportunas se contribuirá a la disminución de los embarazos adolescentes en estos municipios prioritarios.

- Describir las características de la población a la que va dirigido el proyecto, es decir las características de la población beneficiada.

La población beneficiada con atenciones integrales en la Unidad Móvil será de 5600 adolescentes.

De acuerdo a las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), en el Municipio de Cuautla, la población adolescente para el 2016 es de 32,752 de los cuáles 16,758 (51%) son hombres y 15,994 (49%) son mujeres, los adolescentes de 10 a 14 años representan el 51% (16,611) y los adolescentes de 15 a 19 años representan el 49% (16,141). Es importante mencionar que en Cuautla se localizan polígonos de inseguridad por lo cual, una parte importante de este grupo etario se encuentra en condiciones de vulnerabilidad debido a factores educativos y de pobreza, entre otros, asimismo se activó la alerta de violencia de género debido a que es uno de los municipios donde se concentran un número importante de feminicidios.

En lo que respecta al Municipio de Yautepec, la población adolescente está conformada por 19,518 habitantes de este grupo etario, siendo 10,029 hombres (51%) y 9,489 mujeres (49%), los adolescentes de 10 a 14 años representan el 49.6 % (9,688) y los de 15 a 19 años el 50.4% (9,830). En este municipio la mayoría de las localidades son rurales, y también se activó la alerta de género por el número de feminicidios.

En cuanto al Municipio de Jonacatepec, su población adolescente es de 2803, son hombres 1384 (49.4%) y mujeres 1419 (50.6%), los adolescentes de 10 a 14 años representan el 49.7% (1392) y los de 15 a 19 años representan el 50.30% (1411). Es un municipio considerado rural.

En los tres municipios mencionados, la población adolescente representa aproximadamente el 18% del total de los habitantes.

- Describir el espacio geográfico o local en el que tendrá lugar el desarrollo del proyecto.

La red estará conformada por el Hospital de la Mujer de Morelos, ubicado en el Municipio de Yautepec y los Centros de Salud de Yautepec, Cuautla, Cuatlixco y Jonacatepec; debido a que éstos cuentan con un módulo de Servicio Amigable para Adolescentes, asimismo, se realizarán referencias a los centros de salud de la región si el adolescente lo solicita.



los adolescentes, así como la relación entre preguntas y variables. El análisis se llevará a cabo utilizando el paquete estadístico Stata versión 12.

La interpretación de la información ya procesada se realizará por un grupo multidisciplinario experto en la salud de la adolescencia.

La evaluación de la red se realizará con los reportes del cumplimiento de objetivos.

Para la presentación de los datos se elaborará un documento final con la descripción y logros de la red.

- Describir cómo será la difusión/divulgación de resultados/logros.

La difusión de resultados se llevará a cabo en los boletines y espacios de comunicación de Servicios de Salud de Morelos, de la Secretaría de Salud y de todas las instituciones involucradas en la problemática de embarazo adolescente. Asimismo, se presentarán en el Grupo Estatal de Prevención del Embarazo Adolescente (GEPEA), en los Centros Nacionales de Salud para la Infancia y la Adolescencia y de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

Se buscará publicar los hallazgos y documentación de la experiencia en revistas de divulgación local y nacional.



13.- Resultados comprometidos: Deberán ser logros concretos, observables, evaluables y medibles, con los que se demuestre que se han alcanzado los objetivos definidos en el proyecto.

Resultado 1 (vinculado al objetivo específico 1 y al componente de *Organizaciones confiables y seguras*)

Se detectaron factores de riesgo para embarazo en el 85% de adolescentes que recibieron pláticas educación sexual integral por parte del personal de la Unidad Móvil.

Resultado 2 (vinculado al objetivo específico 2 y al componente de *Experiencia Satisfactoria*)

Se aplicó la herramienta de detección de violencia en el 90% de adolescentes embarazadas que acuden a consulta médica en los Centros de Salud de la Red y en la Unidad Móvil.

Resultado 3 (vinculado al objetivo específico 3 y al componente de *Costos Razonables*)

El 65% de las adolescentes de 10 a 19 años aceptaron un método anticonceptivo eficaz (dispositivo intrauterino o implante subdérmico) durante el post-evento obstétrico.

Resultado 4 (vinculado al objetivo específico 4 y al componente de *Acceso Efectivo*)

Se corrobora mediante el Sistema de Información en Salud, la reducción del 10% los embarazos de adolescentes de 10 a 19 años en los Centros de Salud que integran la Red, por medio de las cifras de consultas de primera vez de adolescentes embarazadas en cualquier trimestre de gestación.