



LO PÚBLICO ES NUESTRO

Juventudes evalúan servicios de salud sexual y reproductiva
a través de mecanismos de transparencia y rendición de
cuentas en **Quintana Roo**

www.ilsb.org.mx/embarazoenadolescentes



ILSB
Género • Innovación
Liderazgo

AGRADECIMIENTOS

Esta publicación y la investigación general son posibles gracias al apoyo de la *William and Flora Hewlett Foundation* y la *Open Society Foundations*.

Publicado por: Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir (ILSB)

Presidenta: Emilienne de León Aulina

Directora Ejecutiva: Ximena Andión Ibáñez

ISBN: En trámite

Diseño: Verónica Palomar T.

Calle Tabasco no. 68 int 3, Colonia Roma,
Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06700 Ciudad de México.

Teléfonos: 5651 4117 / 5207 2517 / 5525 2592

Tw @ISBeauvoir

FB Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir

Correo: investigacion@ilsb.org.mx

AUTORAS/ES

Jaer Padilla Balam

Aldwin Román Barrales Pintado

Alejandra Suárez Suárez

Lilia Varela Rivas

Investigadoras/es de Redefine en el estado de Quintana Roo

Alejandra Tapia, Diana Zepeda e Irma Concepción Flores

Oficiales del Programa de jóvenes por los derechos sexuales y reproductivos (REDEFINE)

Andrea González, Elvira Pablo y Sharon Cano Chulim

Oficiales del Programa de mujeres indígenas (PROMUI)

Ángel Ruiz y Rubén López

Oficiales de Investigación del Programa de Innovación Social y Participación Ciudadana

Sofía Alessio Robles

Coordinadora del Programa de jóvenes por los derechos sexuales y reproductivos (REDEFINE)

Zenaida Pérez

Coordinadora del Programa de mujeres indígenas (PROMUI)

Brando Flores

Coordinador del Proyecto “Fortalecimiento de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva dirigidos a Mujeres Indígenas y Jóvenes a través de mecanismos de Transparencia y Rendición de Cuentas”. Coordinador del Programa de Innovación Social y Participación Ciudadana del ILSB

Quetzalli Villanueva

Investigación sociodemográfica

Maylí Sepúlveda

Consultora internacional en rendición de cuentas, contraloría social y promoción del acceso a la información. Coordinadora General de ControlaTuGobierno.com



INTRODUCCIÓN

Los Derechos Sexuales y Reproductivos forman parte de los Derechos Humanos y por tanto son inherentes a todas las personas sin importar su edad, identidad, género, nacionalidad, adscripción étnica o condición social.

La libertad reproductiva como reconocimiento de la autonomía y determinación de las personas para elegir de acuerdo a sus convicciones y deseos tener o no hijos, cuándo, cuántos y con quién, es una garantía que puede abatir situaciones de desigualdad que el día de hoy limitan el desarrollo y el acceso a mejores condiciones de vida, especialmente de las mujeres indígenas y jóvenes.

Para que esto sea una realidad en México, el Estado debe garantizar acceso a servicios de salud sexual y reproductiva oportunos, cálidos e inclusivos, que cuenten con información veraz, laica y científica, sin importar su ubicación geográfica y respetando principios como la confidencialidad.

Mejorar estos servicios en las unidades del primer nivel de atención en salud, puede tener un impacto específico dentro de una estrategia más amplia, ya que la captación de más del 80% de la demanda de salud de la población se da en estas instancias. Es además en este nivel donde se genera promoción específica, tratamiento preventivo oportuno para las necesidades más frecuentes y donde por definición normativa se debería impulsar la participación de la ciudadanía.

Las prácticas institucionales enfocadas en la atención directa de la ciudadanía deben descansar en una cultura de transparencia, colaboración, participación y rendición de cuentas, así como el mejoramiento de los mecanismos que fomentan la creación conjunta de soluciones, práctica que los gobiernos más efectivos alrededor del mundo han implementado en las instancias públicas que promueven el desarrollo social.

Este proyecto busca contribuir desde un enfoque de derechos humanos, interculturalidad y género aplicados a los principios de transparencia proactiva, a mejorar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes, jóvenes y mujeres indígenas en diez estados del país.

JUSTIFICACIÓN

Desde 2014 el Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir (ILSB) comenzó un proceso de formación, adaptación e implementación de conocimientos en política pública y herramientas de acceso a la información, transparencia, rendición de cuentas y un enfoque de gobierno abierto que pudieran fortalecer los procesos de incidencia que se realizan desde la ciudadanía y la sociedad civil organizada.

En esta iniciativa han participado integrantes de áreas sustantivas del ILSB como el Programa de Mujeres Indígenas (PROMUI) y la Red de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos (REDEFINE), ya que una de las premisas que dan pie a la Teoría de Cambio del Instituto, ha sido **que las poblaciones directamente afectadas por diversos fenómenos que las colocan en condiciones de desigualdad, sean quienes a través de la aplicación de conocimientos y herramientas específicas, promuevan una mejoría en sus condiciones de vida.**

En el PROMUI del Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir, participan jóvenes de los pueblos maya, Ch'ol, tzeltal y mixteco, que viven en los estados de Yucatán, Campeche, Chiapas y Oaxaca. PROMUI es un programa que contribuye a reducir las brechas de desigualdad de las mujeres indígenas a través de procesos de fortalecimiento y articulación de los liderazgos de mujeres indígenas y su consolidación como agentes de cambio.

REDEFINE es una red de jóvenes universitarias/os de Aguascalientes, Chiapas, Puebla, Morelos, Guerrero, Veracruz y Quintana Roo, todas activistas y defensores de los derechos sexuales y reproductivos en cada uno de estos estados. REDEFINE enmarca algunas de las principales líneas de trabajo del ILSB.

La participación de ambas redes en el proceso de investigación radica no sólo en su importancia como **sujetas/os de cambio que ejercen sus derechos**, sino que además permite conocer de qué manera y hasta qué punto, estas poblaciones (juventudes y mujeres indígenas) **interactúan con las herramientas de acceso a información pública y que cambios puede generar en su vida cotidiana el uso y la aplicación de estos recursos.**

De esta forma surge la hipótesis que impulsa el presente ejercicio: **el derecho a la información pública como un derecho puente hacia otros beneficios como la salud o la participación en la toma de decisiones de la vida pública, debe ser ejercido por cualquier persona sin importar su condición o situación específica.**

Esta investigación permite poner a prueba lo anterior, ya que hasta el momento el perfil ligado a quienes utilizan mecanismos de acceso a la información pública apunta significativamente a “usuarios especializados” como académicas, investigadores, poblaciones urbanas o profesionales de la comunicación y el periodismo¹.

Este trabajo se desarrolló en dos etapas: la primera dio inicio a finales de 2015 y consistió en una serie de talleres para adquirir conocimientos y habilidades básicas en el manejo de las plataformas y mecanismos de acceso a la información pública, a conocer fundamentos alrededor de políticas públicas, y a familiarizarse con técnicas de investigación de campo, por parte de integrantes de ambas redes del Instituto.

La segunda etapa inició a mediados de 2016 con la implementación de estos conocimientos en 10 estados de la república, en torno a un mismo tema de investigación: la Estrategia Nacional de Prevención de Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), política pública impulsada desde 2015 por la actual Administración Federal.

¹ El perfil del solicitante de información muestra que son principalmente hombres (62%) de entre 35 y 39 años, que trabajan en el ámbito académico (40.5%), cuentan con estudios de licenciatura (57.7%) y posgrado (24.6%), y residen principalmente en la Ciudad de México (47.8%), el Estado de México (11.2%) y Jalisco (4.3%). Datos tomados de: INAI. Informe de Labores 2015. México. Disponible en: http://inicio.ifai.org.mx/nuevo/Informe%20de%20Labores%202015%20Ok_Med.pdf

¿POR QUÉ LA ENAPEA?

El embarazo no deseado en adolescentes es un tema que tiene efectos inmediatos en el desarrollo poblacional presente y futuro de México. De acuerdo con el Subsistema de Información sobre Nacimientos de la Secretaría de Salud (SINAC), durante 2014 se registraron más de 364 mil nacidos vivos de mujeres cuyas edades se ubican entre los 10 y los 19 años de edad, es decir, 997 nacimientos diarios registrados en mujeres adolescentes.

La Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), señala desde 2013 a México como el país integrante de dicho organismo con la Tasa de Fecundidad más alta entre la población de 12 a 19 años de edad, hecho que probablemente detonó el establecimiento de la ENAPEA.

De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID 2014), 44.9% de las adolescentes sexualmente activas de 15 a 19 años declaró no haber usado un método anti-conceptivo. Existe además una asociación de los embarazos en la adolescencia y la perpetuación de condiciones de pobreza y desigualdad de género².

En su momento la estrategia federal fue presentada como una política muy ambiciosa en términos de resultados: “la Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes incluye 90 líneas de acción que serán públicas, y que estarán enfocadas a reforzar la educación, la salud, la prevención de la violencia y las oportunidades para que los jóvenes puedan tener un mejor futuro”³.

Ante ese escenario y en un contexto en donde el uso eficaz y transparente de los recursos públicos se vuelve determinante para el éxito de una política

de esta magnitud, aunado a un enfoque derechos humanos, entre estos el derecho a la salud, que implica su progresividad, es decir, una asignación cada vez mayor de recursos para garantizar su cumplimiento, es que se decidió investigar sobre la ENAPEA.

2 De acuerdo con los Indicadores del Desarrollo Mundial elaborados por Banco Mundial, el fenómeno de adolescentes fuera de las escuelas se explica en un 63 por ciento debido a la fertilidad en ese grupo de edad (15 a 19 años). <http://databank.bancomundial.org/data/reports.aspx?source=Indicadores%20del%20desarrollo%20mundial#>

3 Fragmento del discurso pronunciado por el Presidente de México Enrique Peña Nieto, durante la presentación oficial de la ENAPEA.

1. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

Desde el Programa de Innovación Social y Participación Ciudadana del ILSB se eligieron 3 ejes de análisis:

1. Abasto de Métodos Anticonceptivos,
2. Interculturalidad, y
3. Corresponsabilidad Masculina.

Estos a su vez representan 5 de las 90 líneas de acción que finalmente incluye la ENAPEA. Estos 3 ejes de análisis y 5 líneas de acción tienen relación con 2 Programas Específicos del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva:

- Planificación Familiar
- Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes.

Por último, estos elementos se investigan a través de 2 metodologías:

- Investigación de Campo (que incluye a su vez Entrevista, Usuario Simulado y Cuestionarios de Observación dirigida).
- Herramientas de Acceso a la Información

ESQUEMA 1. ANÁLISIS A TRAVÉS DE LAS HERRAMIENTAS DE ACCESO A LA INFORMACIÓN

LÍNEA DE POLÍTICA PÚBLICA	AGRUPACIÓN EN EJES DE ANÁLISIS			COMPONENTES DE EVALUACIÓN DE SERVICIOS
1. Mejorar el abasto de métodos anticonceptivos y ampliar la gama de opciones, incluyendo anticoncepción de emergencia, para prevenir embarazos e ITS.	a. Abasto de métodos anticonceptivos			Abasto, Calidad
	a. Gama existente de métodos anticonceptivos	b. Protocolos y Talleres sobre el uso de métodos anticonceptivos	c. Presupuesto y compras de métodos anticonceptivos	
2. Favorecer la disponibilidad de traductores en centros de salud que atienden población indígena	b. Enfoque Intercultural en la prestación de servicios			Disponibilidad, Accesibilidad y Calidad
3. Fomentar que la prestación de servicios se realice con un enfoque intercultural y respecto a la cosmovisión de los pueblos indígenas	a. Número de personal que habla alguna lengua o pertenece a algún grupo étnico	b. Materiales de difusión sobre salud sexual y reproductiva en lengua indígena	c. Capacitaciones impartidas a personal de salud en temas de Interculturalidad	
4. Elaborar y difundir materiales de información, educación y comunicación específicos para hombres	c. Corresponsabilidad entre hombres y mujeres en salud sexual y reproductiva			Accesibilidad, Disponibilidad y Calidad
5. Promover el uso de condones masculinos y femeninos para prevenir embarazos no deseados e infecciones de ITS	a. Capacitaciones impartidas a personal de salud en temas de corresponsabilidad masculina para la planificación familiar	b. Materiales de información y educación sobre corresponsabilidad masculina para la planificación familiar	c. Campañas de comunicación sobre corresponsabilidad masculina para la planificación familiar	

Fuente: Elaboración propia con base en Potts & Hunt (2008), y Gobierno de la República (2015), CNEGSR (2013). Estos últimos documentos aluden respectivamente a la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, y los Programas Sectoriales de Salud en Planificación Familiar y Anticoncepción, y en Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes.

ESQUEMA 2. ESQUEMA DE ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

LÍNEA DE POLÍTICA PÚBLICA	AGRUPACIÓN EN EJES DE ANÁLISIS		COMPONENTES DE EVALUACIÓN DE SERVICIOS (AAAQ) ⁴
1. Mejorar el abasto de métodos anticonceptivos y ampliar la gama de opciones, incluyendo anticoncepción de emergencia, para prevenir embarazos e ITS	a. Abasto de métodos anticonceptivos:		<ul style="list-style-type: none"> • Abasto • Calidad
	a. Gama existente de métodos anticonceptivos	b. Inclusión de la anticoncepción de emergencia, para prevenir embarazos e ITS	
2. Favorecer la disponibilidad de traductores en centros de salud que atienden población indígena	b. Enfoque intercultural en la prestación de servicios		<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad • Accesibilidad
3. Fomentar que la prestación de servicios se realice con enfoque intercultural y respeto a la cosmovisión de pueblos indígenas	a. Disponibilidad de traductores en centros de salud que atienden población indígena	b. Servicios de salud intercultural	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad • Accesibilidad
4. Elaborar y difundir materiales de información, educación y comunicación específicos para hombres.	c. Corresponsabilidad entre hombres y mujeres en salud sexual y reproductiva		<ul style="list-style-type: none"> • Accesibilidad • Calidad • Abasto
5. Promover el uso de condones masculinos y femeninos para prevenir embarazos no planeados e ITS	a. Materiales de información, educación y comunicación específicos para hombres	b. Uso de condones masculinos y femeninos para prevenir embarazos no planeados e ITS	

Fuente: Elaboración propia con base en Potts & Hunt (2008), y Gobierno de la República (2015), CNEGSR (2013). Estos últimos documentos aluden respectivamente a la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, y los Programas Sectoriales de Salud en Planificación Familiar y Anticoncepción, y en Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes.

⁴ El enfoque AAAQ/DAAC es el más común para evaluar marcos de derechos humanos en la provisión de servicios de salud (ONU/OMS) Significa, por sus siglas: Disponibilidad / Availability; Accesibilidad / Accessibility; Adaptabilidad / Adaptability; Calidad / Quality; todo esto como dimensiones de los servicios de salud. Este enfoque tiene sustento legal en la Observación General No. 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, que refiere al Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (U.N. Doc. E/C.12/2000/4). Para una revisión académica, Cf. Potts, Helen and Hunt, Paul H (2008) Participation and the right to the highest attainable standard of health. Project Report. Human Rights Centre, Colchester, Essex.

2. HALLAZGOS A TRAVÉS DE LAS HERRAMIENTAS DE ACCESO A LA INFORMACIÓN

El proceso de elaboración de las preguntas, la recepción de la información y la sistematización fueron realizados por la red de Jóvenes REDefine Quintana Roo, previa capacitación en el uso de Herramientas y Plataformas de Acceso a la Información y Rendición de Cuentas.

Para el estado de Quintana Roo se realizaron un total de 22 solicitudes de acceso a la información.

El equipo considera que las respuestas fueron accesibles pero incompletas y que la veracidad y lo oportuno de las mismas estaría en entredicho. Esto se debe a que la información entregada no correspondió a lo que se solicitó en todos los casos: en algunos existió simulación en las respuestas, en otros hubo entrega parcial de la información requerida y en otros efectivamente se entregó la información solicitada. A decir de las y los investigadores:

“ Tal vez [existió simulación o entrega parcial de la información] porque la institución en verdad no tiene la información o no hay voluntad de quienes dirigen las áreas dentro de las instituciones; por falta de compromiso o conocimiento de parte de los servidores públicos, porque las instituciones no han hecho acciones en los temas que competen o porque las áreas que se encargan de transparencia dentro de las instituciones no tienen relación directa con las áreas operativas.”-Equipo Redefine Quintana Roo.

En general las respuestas son imprecisas, incompletas, e inconsistentes. La información entregada carece de la mayor parte de los atributos de calidad de la información que son: Accesibilidad, Confiabilidad, Comprensibilidad, Oportunidad, Veracidad, Congruencia, Integralidad, Actualidad, Verificabilidad y que puedan transformarse en conocimiento público útil ⁵.

Se incumple también con el artículo 13 de la LGT que textualmente señala: “En la generación, publicación y entrega de información se deberá garantizar que ésta sea accesible, confiable, verificable, oportuna y atenderá las necesidades del derecho de acceso a la información de toda persona”.

En los casos en los que se solicitaron TODOS los documentos que pudieran tener la información requerida, se respondió con la leyenda “...no aclara a qué documentos se refiere, por lo que no se pueden conceder (sic)”, excusando así la no entrega de información, toda vez que la razón de solicitar “todos los documentos” es precisamente porque la ciudadanía no tiene la obligación ni las competencias para saber en qué documentos se encuentra la información⁶ (folios 00031616 y 00031716, 00031916, 00035416 y 00035716).

De las 22 solicitudes sólo una (folio 00032116) cumple con los requisitos de calidad de la información en los documentos de respuesta.

No existieron ampliaciones de plazo para responder, ni se solicitó a las investigadoras/es precisar las preguntas o ampliarlas.

El total de las respuestas se entregaron en medio electrónico en la Plataforma INFOMEXQROO.

⁵ Lineamientos para determinar los catálogos y publicación de información de interés público; y para la emisión y evaluación de políticas de transparencia proactiva. Diario Oficial de la Federación. 15 de abril de 2016.

⁶ De hecho, en otras solicitudes de acceso a la información redactadas de la misma manera sí se provee de la información (folio 00031516).

2.1 OBSERVACIONES IDENTIFICADAS EN LAS RESPUESTAS A LAS SOLICITUDES DE ACCESO A LA INFORMACIÓN

FOLIO	SUJETO OBLIGADO	ASPECTOS RELEVANTES
00031616 00031716 00031916 00035416 00035916 00032316 00035716	SSA-SESA	La SSA-SESA responde a ocho solicitudes de información con la siguiente leyenda para excusar la entrega de información parcial o declarar la inexistencia de la misma: “Como no aclara a qué documentos se refiere, por lo que no se pueden conceder” (Sic). La razón de solicitar “todos los documentos” es precisamente porque la ciudadanía no tiene la obligación ni las competencias para saber en qué documentos se encuentra la información.
00035516 00035716 00035416	SSA-SESA	Anexan los mismos documentos para responder tres solicitudes de información distintas. La información duplicada no responde de manera cabal ni correcta, máxime que en dos de los casos (00035716 y 00035416) se anexan los documentos citados tras explicar que la información “no se puede conceder” por no aclarar los documentos (caso anterior).
00032316	SSA-SESA	La SSA-SESA adjunta la información solicitada pero omite sistemáticamente la fuente. Adjunta sólo con el membrete sin hacer alusión al lugar de donde se obtiene la información , por lo que el rastreo presupuestal se vuelve imposible. Esta acción se justifica con el siguiente argumento: “Con respecto a los documentos que se solicitan al no aclara a qué documentos se refiere, nos encontramos imposibilitados (puede ser acuerdo, ley de egresos, presupuesto de la federación, etc.)” (sic).

TABLA. EXPERIENCIAS DE LAS Y LOS USUARIOS DE LOS MECANISMOS DE ACCESO A LA INFORMACIÓN

CUANTITATIVOS	NÚM.
Total de solicitudes	22
Total de solicitudes a otras dependencias	0
Número de notificaciones de incompetencia	0
Número de notificaciones de ampliación de plazo	22
Número de notificaciones para precisar o ampliar la pregunta	0
Cuántas entrega de información en medio electrónico (Todas fueron entregadas en digital, ya sea como documento escaneado-adjunto (anexo), como párrafo dentro de un oficio o solamente como link de búsqueda.)	22
Cuántas negativas de acceso (la información no se considera pública)	0
Cuántas inexistencia de la información	0
Cuántas SIMULACIONES de entrega de información en medio electrónico: EL ARCHIVO ANEXO NO CONTIENE LA INFORMACIÓN QUE DICE TENER O DECLARA INEXISTENCIA, QUE NO LA ENCONTRARON, QUE NO SON COMPETENTES.	22
Número de solicitudes registrados con la siguiente respuesta: Como no se aclara a qué documentos se refiere, nos vemos imposibilitados a concederlos (esto a pesar de que en algunos casos sí aportaron alguna información).	9
Cuántos casos en que el sujeto obligado NO RESPONDIÓ DENTRO DE LOS PLAZOS LÍMITES	0
En cuántos casos respondieron que la información está disponible públicamente (no respondieron que la información es pública, sólo dieron links de búsqueda).	6
Cuántas solicitudes se convirtieron en recursos de revisión.	0

2.2 HALLAZGOS EN TORNO AL ABASTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

La población en el estado de Quintana Roo para el año 2015 ascendía a 1 millón 501 mil 522 personas. Las y los adolescentes entre los 10 y 19 años representaban el 17.66 por ciento de la población total con 265 mil 221 personas en este rango de edad.

Es importante señalar que la concentración poblacional se ubica en la base de la pirámide (de los 0 a los 29 años el número de personas asciende a 704 mil 985 personas, lo que representa el 46.95 por ciento de total de la población).

Para todo el Estado se reportaron en 2015 **un total de 0 condones masculinos, 0 condones femeninos**, 8,957 implantes hormonales subdérmicos, 2,000 DIU, 357 pastillas anticonceptivas, 4,190 parches anticonceptivos y 6,242 Anticoncepción Hormonal inyectable, adquiridos. Según la misma solicitud de información, para abril de 2016 no se habían adquirido métodos anticonceptivos por parte de Secretaría de Salud (**folios 00031816, 00031616 y 00031516**).

La cantidad de anticonceptivos es alta para la población atendida, pero es sorprendente **la ausencia de condones masculinos y femeninos**, siendo los masculinos la base del abasto de metodología anticonceptiva. **No se proporcionó información solicitada sobre la distribución de la metodología anticonceptiva a nivel municipal ni por unidad de salud** ya que “se solicita la entrega a las Unidades de Salud en cada municipio por cada métodos anticonceptivos y no de manera específica, tal y como esta alimentado en el sistema” (**folio 00031716**).

Esto impide analizar la pertinencia de la distribución en cuanto a la población adolescente, ya que existe una importante diferenciación municipal: el municipio de Felipe Carrillo Puerto es el que cuenta con el mayor número de jóvenes entre los 12 y 19 años que habla una lengua con 3 mil 924 jóvenes, lo que representa el 40 por ciento de la juventud indígena del estado, mientras Isla Mujeres es el municipio con el menor número de jóvenes hablantes de lengua indígena con solamente 63 jóvenes, el 1 por ciento del total de jóvenes indígenas del estado; por otro lado son tres los municipios que concentran el 67 por ciento de la juventud indígena, Felipe Carrillo Puerto, Benito Juárez y José María Morelos que en total suman 6,638 jóvenes (Intercensal INEGI, 2015).

De acuerdo con la Encuesta Intercensal INEGI 2015, en Quintana Roo la mayor tasa de fecundidad se concentra entre el grupo de edad de los 20 a 24 años con 130.93 nacimientos por cada cien mil nacidos vivos, seguida de quienes se encuentran entre los 25 y 29 años con 115.69. El cuarto lugar lo ocupan las adolescentes entre los 15 y 19 años con 58.47.

El embarazo adolescente de acuerdo a la misma encuesta está presente en todos los municipios con un mínimo de 8 por ciento de incidencia entre las jóvenes de entre 12 y 19 años en el municipio de José María Morelos, en contraste otros municipios como Isla Mujeres hasta con 12.79% de la población adolescente total.

En términos de proporción en el estado, tres municipios concentran el 89 por ciento de los embarazos adolescentes: Benito Juárez, Othón P. Blanco y Solidaridad.

Entre los 9 municipios el que tiene mayor número de jóvenes embarazadas es Benito Juárez con 4 mil 305 jóvenes entre los 12 y los 19 años, lo que representa el 47 por ciento de todos los embarazos adolescentes del estado.

Sobre el número de Anticonceptivos Reversibles de Acción Prolongada (ARAP), las dependencias respondieron que el total de Implantes Hormonales Subdérmicos que existen en el estado son 8,957; así como 2,000 Dispositivos Intrauterinos (DIU) (folios 00031816, 00031616 y 00031516).

La preferencia por los ARAP es evidente, sobre todo tomando en cuenta las diferencias que hay en torno al resto de metodología anticonceptiva (especialmente, respecto de condones masculinos y femeninos).

El tema de los ARAP es relevante ya que organizaciones como la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP, por sus siglas en inglés), señalan que dichos métodos anticonceptivos deben estar en la primera línea de disponibilidad para adolescentes, por su efectividad y facilidad de uso, así como por la poca adherencia⁷ que tienen otros métodos como los de barrera (AAP, 2014). Otras organizaciones como IPAS México, los consideran adecuados y necesarios para la población adolescente.

Sin embargo el ofrecimiento y disponibilidad de ARAP debe ir siempre en relación con la oferta más amplia de los métodos anticonceptivos, como lo señala la misma AAP:

“ [Las y los médicos] deben aconsejar y asegurar el acceso al espectro más amplio posible de servicios anticonceptivos a sus pacientes adolescentes. Esto incluye la educación de los pacientes sobre todos los métodos anticonceptivos que son seguros y apropiados para ellas y ellos, así como describir primero los métodos más efectivos (AAP, 2014: e1251).

Desde esta postura, un énfasis exclusivo y excesivo en los ARAP puede derivar solución rápida que evita y no promueve la amplitud y calidad de la información proporcionada a las y los adolescentes.

Por lo tanto es necesario ofrecer la gama más completa de métodos anticonceptivos, priorizando aquellos que son más seguros, tanto para prevenir embarazos no deseados como una infección de transmisión sexual (ITS).

Por otro lado, se señala (al momento de la respuesta) no existían pastillas anticonceptivas y se contaban con 4,190 parches anticonceptivos. De Anticoncepción Hormonal Inyectable un total 6,242 inyecciones mensuales. Con respecto a las de Pastillas de Anticoncepción de Emergencia (PAE) reportaron la cantidad total de 375 (folios 00031816, 00031616 y 00031516).

La Anticoncepción de Emergencia toma relevancia en el marco de la aplicación de la Norma Oficial Mexicana de Salud 046 (NOM-046-SSA2-2005), referente a criterios de atención a la violencia familiar, sexual y contra las mujeres, que además establece el protocolo de actuación para recibir atención que incluye la profilaxis que permite evitar infecciones de transmisión sexual y el VIH, así como la anticoncepción de emergencia para evitar un embarazo producto de una violación.

Para el estado de Quintana Roo se reportaron 410 delitos sexuales, de los cuales 91.7% fueron hacia mujeres (INEGI, 2015).

Dado que la interrupción del embarazo es ilegal en Quintana Roo salvo las causales vigentes en todo el país, se cuenta con registro del número de procedimientos realizados en la Ciudad de México donde ya se encuentra legalizado. Para el 19 de abril del año de 2016, se habían realizado 69 procedimientos a mujeres provenientes de Quintana Roo, de un total 157 mil 984 usuarias atendidas provenientes de todo el país desde abril de 2007.

⁷ La adherencia se define como el cumplimiento del tratamiento prescrito por parte de profesionales de salud. Cf. Sabate E. WHO. Adherence Meeting Report. Geneva. World Health Organization. Med Clin (Barc) 2001; 116 (Supl 2):141-146.

Sobre la petición de conocer los protocolos de consejería en planificación familiar para el estado, la respuesta emitida por la Secretaría de Salud estatal fueron los links a los siguientes documentos: estos links no estaban habilitados al ser introducidos en el buscador (folio 00032016):

NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar
http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/dirgral/marco_juridico/normas/nom_02.pdf

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

Haciendo una revisión del Catálogo, puesto que en la respuesta no se explicita mayor detalle, se encuentran las Guías de Práctica Clínica para Enfermería respecto de Planificación para los tres niveles de atención, con base en la misma NOM005.

SOBRE LA CONFORMACIÓN DE HOGARES EN LA ENTIDAD

En cuanto a la conformación de los hogares en la entidad son los de 2 integrantes los que tienen mayor preponderancia. El 72 por ciento tiene una jefatura masculina del total y los hogares con jefatura femenina representan el 26 por ciento.

Los hogares integrados por 6 o más personas tienen una jefatura 50 masculina y 50 por ciento femenina, lo que nos habla acerca de un importante aumento de las responsabilidades económicas de las mujeres en los casos donde hay mayor dependencia familiar.

En los hogares con jefaturas entre los 12 y 19 años de edad, las jefaturas femeninas son mayoritarias en hogares que cuentan con dos y tres integrantes.

SOBRE PRESUPUESTO

Sobre el tema presupuestario la Secretaría de Salud de Quintana Roo respondió que “el presupuesto específico destinado a la compra o adquisición de métodos anticonceptivos en toda su variedad para el estado de Quintana Roo y todos sus municipios” ascendía a un total de \$7,421,144.24, comprados a la Tesorería de la Federación con la clave presupuestaria 0518220-20-2531 (folio 00032316).

Sin embargo, en ningún momento establece la fuente de dicho financiamiento. Se contestó en otra solicitud que la información respecto de Compras Consolidadas no existía ya que “no existe adquisición bajo la modalidad solicitada [compras consolidadas]” (folio 00032216), cabría preguntarse si el presupuesto corresponde al Ramo Federal 12.

Independientemente de lo anterior, la información presupuestaria es preocupante si tomamos en cuenta que con el segundo recorte al Gasto Público de 2016 anunciado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), la Cámara de Diputados confirmó que la mayor disminución del gasto será en el capítulo 4000 (transferencias), con el ramo 12 (Salud) como principal afectado, el Seguro Popular, con casi 6,500 millones de pesos, que se suman a 2 mil 062 millones de pesos recortados en el mes de febrero de 2016.

Este instrumento presupuestario federal es muy importante ya que al parecer es el principal rubro que abastece a programas enfocados al fortalecimiento de los sistemas de salud sexual y reproductiva, así como de la planificación familiar en México a través del Seguro Popular, que contempla personas que no son derechohabientes de seguridad social.

2.3 HALLAZGOS EN TORNO AL ENFOQUE INTERCULTURAL EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

SOBRE TRADUCTORES EN LENGUAS INDÍGENAS

Respecto de la información de personas hablantes de lengua indígena que pudieran asistir a otras personas que requirieran traductores la SSA-SESA se refirió:

“ Que el personal contratado en los servicios de salud, relacionado con la zona maya (Felipe Carrillo Puerto, José María Morelos, Lázaro Cárdenas, Puerto Morelos, Benito Juárez, Othón P. Blanco) se contempla que hable dicha lengua o en su defecto, sea nativa de esa zona para brindar una atención integral.

Con relación a documentos que solicita, no especifica a cuales se refiere, sin embargo, el personal que labora en esta entidad y que específicamente hable la lengua maya, no lo tiene registrado nuestro sistema por número, ni por sexo o por municipio (folios 00032516 y 00032516).

Esto quiere decir que la Secretaría de Salud asegura que se cuenta con personal capacitado para traducir en los servicios de atención a la salud, pero no cuenta con ningún tipo de registro que pueda validarlo.

SOBRE MATERIALES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LENGUAS INDÍGENAS

La SSG - ISAPEG refirió: “no tenemos registro de que [los materiales] se realicen en distinta lengua” (folios 00032616 y 00032716). A su vez se hizo alusión a los siguientes links para revisar los materiales:

<http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/objetivos-del-programa-de-planificacion-familiar-y-anti-concepción-cnegrs>

<http://www.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7202.pdf>

Estas ligas se encontraban caídas desde el momento de recibir la información.

De acuerdo con la Encuesta Intercensal INEGI 2015, la población indígena en Quintana Roo representa el 10 por ciento de la población total. Esta distribución varía significativamente a nivel municipal: el municipio de Felipe Carrillo Puerto es el que cuenta con el mayor número de jóvenes entre los 12 y 19 años que habla una lengua con 3 mil 924 jóvenes, lo que representa el 40 por ciento de la juventud indígena del estado, mientras Isla Mujeres es el municipio con el menor número de jóvenes hablantes con solamente 63 jóvenes, el 1 por ciento del total de jóvenes indígenas del estado; por otro lado son tres los municipios que concentran el 67 por ciento de la juventud indígena, Felipe Carrillo Puerto, Benito Juárez y José María Morelos que en total suman 6,638 jóvenes.

La prevalencia de población indígena respecto del total es también importante: en Felipe Carrillo Puerto representa la mayoría de la población (59.63%) mientras que en Cozumel sólo el 1.75 por ciento de la población. En 4 de los 9 municipios del estado la población indígena representa más del 30 por ciento de la población total de los mismos (Felipe Carrillo Puerto, José María Morelos, Tulum y Lázaro Cárdenas (en orden de prevalencia).

Por otra parte, la Secretaría en comento refiere que la actividad que se realiza con el personal de salud actualmente, es capacitarlos en los siguientes temas: Logística y Distribución de Métodos Anti-conceptivos, Sensibilización y Planificación Familiar, y Planificación Familiar y Sistemas de Información. En ningún caso se capacitó al personal en temas de Interculturalidad. El número total de personal capacitado fue de 328 personas: 50.8 por ciento mujeres y 49.2 por ciento hombres; 50.4 por ciento personal de enfermería y 49.6 por ciento personal médico (folio 00032116).

2.4 HALLAZGOS EN TORNO A LA CORRESPONSABILIDAD ENTRE HOMBRES Y MUJERES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La corresponsabilidad masculina es un asunto que debe ir más allá de indicadores asociados al uso o aplicación de un método anticonceptivo de corta o larga duración.

En el caso de los mecanismos que permiten el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva plantea un reto ante la implementación de elementos integrales que van desde la transformación sustentada en la reapropiación de conceptos, que permita a los jóvenes **comprender la nueva motivación de sus objetivos en el marco de un plan de vida que va más allá del roles tradicionales de proveeduría o protección.**

Aquí es muy importante la preparación que profesionales de salud, personal de enfermería, de promoción de la salud y en especial de Servicios Amigables deben tener para generar un cambio de actitud en este sector de la población.

Respecto de la visión y de cómo abordar las problemáticas referentes a los embarazos no planificados, la misma ENAPEA plantea que se “debe involucrar a quienes integran la comunidad, incluyendo a las autoridades locales y municipales, a padres y madres de familia, directivos y docentes de las escuelas, a responsables y personal de los centros de salud, a responsables de espacios de recreación y, desde luego, a los y las adolescentes”.

Al respecto las preguntas buscan conocer las acciones que bajo esta línea se tiene contempladas desde las instancias de salud.

En las respuestas se ubica una incongruencia al informar que el personal capacitado fueron 328 personas, numeralia que corresponde a las **capacitaciones reportadas sobre Logística y Distribución de Métodos Anticonceptivos, Sensibilización y Planificación Familiar y Planificación Familiar y Sistemas de Información**, sólo que a estas listas se les agrega la siguiente leyenda: “Se contempla de manera general la corresponsabilidad masculina”. Esta afirmación es difícil de probar ya que la solicitud no respondió a los requerimientos: temas, público objetivo, número de asistentes por sexo y tipo de capacitaciones impartidas. (folio 0035516).

Por otro lado la SSA - SSA señaló que: “durante 2015 no se surtió material de promoción [relacionado con la corresponsabilidad] ya que se contaba con este en las unidades médicas” (sic) (folio 0035516).

Hay que recordar que esta línea está contenida en el Objetivo 3 de la Estrategia Nacional para Prevenir el Embarazo Adolescente.

“ Parece que la transparencia en Quintana Roo es solo simulación, las instituciones no le dan la seriedad e importancia al tema, tal vez porque no creen que haya ciudadanos interesados en pedir información; o porque no están acostumbrados a rendir cuentas; o porque no están sensibilizados”
-Equipo REDefine Quintana Roo.

3. HALLAZGOS A TRAVÉS DE LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

Como se explica en la metodología se realizaron tres ejercicios de trabajo de campo en unidades del primer de atención a la salud del estado de Quintana Roo. Estos fueron llevados a cabo en cuatro visitas durante los meses de abril y mayo de 2016. Se visitaron dos unidades de salud, cada una ubicada en una zona rural y urbana de los municipios de Chetumal y Bacalar, respectivamente.

Los ejercicios fueron los siguientes:

1. Entrevistas a los siguientes públicos:

- a. Personal médico (pasantes, médico/as generales, especialistas, etc.)
- b. Personal de asistencia (de enfermería, trabajo social, promoción a la salud, etc.)
- c. Personal administrativo

2. Ejercicios de usuario/as simulado/as en las clínicas:

Dos jóvenes acuden a solicitar una consulta médica sobre salud sexual y reproductiva en las mismas unidades donde fueron realizadas las entrevistas. La finalidad de este ejercicio es conocer la calidad de la atención y el modo en que se brinda la información en una consulta.

3. Cuestionarios de observación dirigida:

Las y los investigadores llenan un cuestionario cerrado que tiene como objetivo evaluar las condiciones materiales (infraestructura, higiene, servicios, ubicación) y no materiales (servicios ofrecidos, personal) de atención en las unidades.

La información recabada se analizó en función de dos líneas complementarias:

- 1) La agrupación de las líneas de acción de la política pública (ENAPEA⁸, PSSA⁹, PPFA¹⁰) en torno a tres ejes de análisis (abasto de métodos anticonceptivos, corresponsabilidad masculina e interculturalidad en los servicios); y a su vez,
- 2) La calidad, disponibilidad, accesibilidad y adaptabilidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, llamado por sus siglas en inglés AAAQ¹¹.

8 Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes.

9 Programa de Acción Específico en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, del Centro Nacional para la Equidad de Género y Salud Reproductiva.

10 Programa de Acción Específico en Planificación Familiar y Anticoncepción, del Centro Nacional para la Equidad de Género y Salud Reproductiva.

11 Ver Nota 1 y Glosario.

TABLA 1: DATOS DE LEVANTAMIENTO DE CAMPO, QUINTANA ROO

ZONA	TIPO	HORA DE LLEGADA	HORA DE ATENCIÓN	HORA TÉRMINO DE ATENCIÓN	HORA DE SALIDA	TIEMPO DE ESPERA	DURACIÓN DE LA ATENCIÓN	DURACIÓN DE LA VISITA
Urbana	Entrevista	12:00	13:15	14:07	14:10	01:15	00:52	02:10
Urbana	Entrevista	07:30	09:30	10:00	10:11	02:00	00:30	02:41
Urbana	Usuario/a	11:15	11:20	12:03	12:05	00:05	00:43	00:50
Rural	Entrevista	14:08	14:25	14:28	14:30	00:17	00:03	00:22

Fuente: Elaboración propia. Los datos que no son visibles son datos que no aplican. Los tiempos se muestran en horas y minutos.

Como puede observarse en la Tabla 1, existen diferencias importantes en tiempos de espera y de la duración real de la atención dependiendo si es zona rural o urbana.

Mientras que en la zona urbana la consulta duró cerca de una hora, en el caso rural la misma consulta duró sólo 3 minutos. Esto contrasta con el tiempo de espera, en la zona rural fue casi inmediata mientras que en la urbana ascendió a más de dos hora de espera.

3.1 HALLAZGOS EN TORNO AL ABASTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Sobre la gama existente de métodos anticonceptivos

TABLA 2: GAMA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN EJERCICIOS DE CAMPO, QUINTANA ROO

Método/Unidades	Unidad rural		Unidad urbana	
	Disponibilidad	Número	Disponibilidad	Número
Condón masculino	√	300	√	No se sabe
Condón femenino	√	3	√	No se sabe
Pastillas anticonceptivas	√	336	√	No se sabe
Parche anticonceptivo	√	12	√	No se sabe
Inyección anticonceptiva	√	22	√	No se sabe
Implante	√	1	√	No se sabe
DIU	√		√	No se sabe
Anticoncepción de emergencia	√	5		
Otros			DIU para adolescentes	No se sabe

Fuente: Elaboración propia con base en registros de campo (*números p/mes).

Como podemos observar en la Tabla 2, la gama existente de métodos es amplia, aunque aún insuficiente como llega a señalar un miembro del personal de salud, pasante de medicina:

“ [Hace falta] que surtan los métodos, hay carencias también en los insumos”. Una enfermera declara que aún con abasto, hace falta material para colocar ciertos métodos: “Incluso, tenemos DIU, pero no hay material para aplicar o retirarlos”.

También señala que no siempre cuentan con el equipo completo para colocar un implante subdérmico.

SOBRE EL DIU Y LOS ARAP

A este respecto se encontraron versiones diferentes en las unidades. En la unidad urbana se consideró que el dispositivo intrauterino (DIU) era “el método para adolescentes por excelencia”, al tiempo que no se señaló riesgo alguno (omitiendo con ello la posibilidad de contraer ITS), como tampoco para otros métodos que no fueran de barrera.

Por otro lado, los métodos anticonceptivos más recomendados fueron los Reversibles de Acción Prolongada (ARAP).

AUSENCIA DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

Es muy importante señalar la carencia de anticoncepción de emergencia, lo cual no se consideró como problemático por parte del personal de la unidad de salud urbana.

En la unidad rural se contaba con la anticoncepción de emergencia pero el personal en general no lo recomendaba “por lo sangrados que provoca”, sin dar importancia a la prevención de un embarazo no deseado en los que casos que ameritara.

En ninguna de las entrevistas y ejercicios de usuarios simulados realizados se habló de la importancia de la anticoncepción de emergencia para prevenir embarazos no deseados, ni tampoco de qué métodos anticonceptivos ayudaban a prevenir ITS y cuáles no. A preguntas expresas sobre cómo prevenir y atender infecciones de transmisión sexual, se contestó que realmente no se han atendido casos de ITS.

Para contrastar esta información, se realizó una solicitud de información a través del sistema INFOMEX (Número de folio: 006300481515), la cual arrojó los siguientes resultados:

El 64 por ciento de los métodos anticonceptivos usados se concentra en el preservativo, método de barrera de único uso; seguido de cerca de los métodos hormonales que se aplican en mujeres pero que no previenen contra infecciones de transmisión sexual, en la siguiente relación:

Oral: 11%, Inyectable: 6%, Transdérmico: 4%, Implante: 3%

La elección de métodos anticonceptivos en Quintana Roo muestra una clara preferencia por los preservativos antes que por una intervención.

Debe destacarse que a pregunta expresa sobre el protocolo de actuación para casos de violencia sexual, no se comentó que la provisión de anticoncepción de emergencia era una obligación que debía ofrecer el personal de salud, que tiene como fundamento la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

3.2 HALLAZGOS EN TORNO AL ENFOQUE INTERCULTURAL EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

SOBRE TRADUCTORES EN LENGUAS INDÍGENAS

Los profesionales de salud consideran de manera unánime que es muy importante conocer y comprender el origen étnico: “son los grupos más vulnerables”, “sí [es] muy importante [preguntar por el origen o adscripción étnica], para respetar las creencias que puedan tener según el pueblo indígena de origen”). Sin embargo durante el ejercicio parecían no contar con la capacitación suficiente para conocer las necesidades profesionales que derivan de esto: “No [es importante saber si son personas indígenas o no], sólo si se dan cuenta [lo/as médico/as] de la forma del dialecto”.

Ninguna unidad de las observadas contaba con traductores disponibles al momento en que fue realizado el levantamiento de datos.

SOBRE LOS SERVICIOS DE SALUD INTERCULTURAL

Dichos servicios son inexistentes en las unidades que fueron visitadas. En una de ellas, el médico declaró que “En esta unidad no [existen], desconozco si en el (Hospital) Materno-Infantil. Además si no hay consentimiento firmado, no se le hace nada”.

3.3 CORRESPONSABILIDAD ENTRE HOMBRES Y MUJERES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

SOBRE MATERIALES DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN ESPECÍFICOS PARA HOMBRES

Los materiales que se encontraron, solicitaron, buscaron y observaron, fueron materiales sobre salud sexual y reproductiva en general (planificación familiar, métodos anticonceptivos).

De estos, en ningún caso se encontró, ni en entrevistas ni en ejercicios de usuario/as simulado/as alguno que estuviera enfocado específicamente en la importancia de la corresponsabilidad masculina.

En el ejercicio de usuario simulado, en la unidad rural se ofreció el servicio de vasectomía, cuestión que no fue señalada en la gama de métodos en la entrevista.

3.4 HALLAZGOS EN LOS SERVICIOS DESDE LA AAAQ

DISPONIBILIDAD

Tanto en la unidad de salud rural como en la urbana, una gama variada de métodos anticonceptivos se encuentra disponible. Resalta que en la unidad rural se tenga el número exacto de métodos disponibles, lo cual es un dato que las y los médicos declararon desconocer en la unidad urbana.

ACCESIBILIDAD

En ambas unidades de salud, así como en el ejercicio de usuario simulado, se atendió el protocolo de la consulta médica, al momento de solicitarla para obtener información sobre los métodos anticonceptivos excepto a los condones.

Un hallazgo interesante es que existe una contradicción entre los métodos disponibles y los métodos recomendados para el público adolescente: las profesionales de salud, en ambas intervenciones, declararon que el mejor método para adolescentes era el DIU, “es el método por excelencia para adolescentes”, el cual no tenían disponible en ninguna de las dos unidades. En una de ellas, sin embargo, al referenciar el parto a una unidad del segundo nivel de atención se les especificó que el mecanismo de acceso a un DIU era precisamente el parto; es decir, que parte del protocolo de atención al parto indica la colocación de un DIU.

Por otro lado, resaltó que en la unidad donde existen disponibles condones femeninos, evitaban recomendarlos pues existía riesgo ya que “las muchachas no lo saben retirar”.

A este respecto la Norma Oficial Mexicana de Salud 047 (NOM-047-SSA2-2015)¹² señala que el Sistema Nacional de Salud deberá proveer servicios de atención integral a la salud para el segmento de población entre los 10 y 19 años de edad, siempre en el marco del respeto a los Derechos Humanos, con perspectiva de género e interculturalidad, respetando la confidencialidad y coadyuvando en el desarrollo de la autonomía sobre la toma de decisiones.

En la unidad rural **se establece como requisito para todos los métodos hormonales el hecho de que las mujeres tengan que acudir “reglando”.** Esto no cumple con los estándares de la NOM 005-SSA2-1993, **De los Servicios de Planificación Familiar**, que establece periodos diferenciados por tipo de método anticonceptivo y establece que incluso, salvo excepciones, puede colocarse en cualquier momento si se tiene seguridad de que no existe embarazo. Por lo anterior, **la condición impuesta de acudir “reglando” se puede considerar como mínimo hecha para facilidad del o la profesional de salud, y hasta considerarse discriminatoria**, puesto que asume que la usuaria no conoce su propio ciclo ni puede asegurarse de si está o no embarazada.

ADAPTABILIDAD

En la unidad de salud urbana las y los profesionales no declararon que existieran mecanismos para un traductor o traductora, así como que el preguntar sobre la pertenencia a un grupo indígena no era algo importante para la valoración médica.

¹² Su objeto es objeto establecer los criterios para brindar atención integral a la salud, prevención y control de enfermedades prevalentes en las personas de 10 a 19 años de edad y la promoción de la salud, con perspectiva de género, pertinencia cultural y respeto a sus derechos fundamentales.

En contraste, en la unidad de salud rural, las profesionales creían importante el preguntar por la pertenencia a algún pueblo indígena por dos factores: uno de obligatoriedad, “la hoja lo específica” y otro que revela la falta de capacitación para hacer frente a dichas situaciones “sí [lo preguntamos], por percepción y por su forma de actuar. Luego se ofenden con preguntas sobre vida sexual o por el número de parejas sexuales”.

En ninguna de las dos unidades se cuenta con equipo, infraestructura o personal adecuado para servicios de salud con un enfoque intercultural. Las usuarias simuladas no declararon que sufrieran un trato discriminatorio en virtud de su pertenencia étnica o su edad¹³; aunque sí declararon que la información que se les dio fue vaga, “poco profunda” y que “no respondía a sus preguntas”.

CALIDAD

En los ejercicios de usuario simulado, las usuarias declararon que el trato dado no lo calificarían profesional, sino más bien “indiferente”.

La calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, no se vio reflejado en la información que se proporcionó, ni en las entrevistas, ni en el ejercicio de usuario simulado. Lo anterior, podemos juzgarlo bajos los siguientes puntos:

- La información sobre métodos anticonceptivos e ITS fue omitida en ambos ejercicios de usuario simulado.
- Ninguna de las personas entrevistadas dieron respuestas adecuadas sobre cómo identificar y qué es la violencia sexual y la violencia de género.
- La anticoncepción de emergencia es un servicio en el que hubo contradicciones en las misma unidad de salud (“se tiene pero no se da” y “no se tiene”), y en la que se declaró no se recomendaba “por los sangrados que provoca”.
- Respecto del DIU, se declaró que a la vez que era el “método para adolescentes por excelencia”, este no se encontraba disponible en ninguna de las dos unidades. En la unidad urbana por no tener el método físicamente, y en la unidad rural, se contaba con el método en físico, pero se carecía de equipo adecuado para colocarlo.

Respecto de este último punto resalta una variación de respuestas respecto de la edad de las y los profesionales de salud, ya que una pasante de medicina fue la única que contradujo lo dicho por otros profesionales de que el DIU era el mejor método para adolescentes, aduciendo que este era el implante. Sin embargo, en el estado de Quintana Roo, sí podemos observar una preferencia por Anticonceptivos Reversibles de Acción Prolongada (ARAP) hacia la población adolescente.

13 No se pudo hacer valoración de este factor en el usuario simulado, ya que la usuaria que fue no era adolescente (23 años).

4. RECOMENDACIONES

HALLAZGO	RECOMENDACIÓN
Inexistencia de Servicios Amigables en Unidades de Salud del Primer Nivel de Atención.	Inclusión de Servicios Amigables en las Unidades de Salud del Primer Nivel de Atención, bajo los parámetros de la NOM-047-SSA2-2015, para la Atención a la Salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad.
Inexistencia de servicios de traducción en Unidades de Salud del Primer Nivel de Atención, así como de sensibilización, Capacitación e infraestructura con perspectiva intercultural	Disponibilidad de servicios de traducción, tanto en los mayores centros de población, como en las zonas donde exista población hablante de lengua indígena, siguiendo la línea del Objetivo 2 de la Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes.
Desconocimiento de la provisión de la anticoncepción de emergencia, como parte del protocolo de atención a casos de violencia sexual para prevenir embarazos no deseados, así como de la aplicación de profilaxis de emergencia para prevenir ITS, por parte de profesionales de salud de las Unidades visitadas.	Asegurar capacitaciones para el conocimiento de la provisión de estos servicios (anticoncepción de emergencia y profilaxis para prevención de ITS), que forma parte fundamental de la atención para las mujeres que son víctimas de violencia sexual, y que está contenido en la NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, así como en la Ley General de Víctimas, así como en la Ley de Víctimas del Estado de Quintana Roo.

5. EXPERIENCIAS DEL EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

JAER DE JESÚS PADILLA BALAM

¿Sirven las herramientas que persiguen el acceso a diversos derechos si no pueden adaptarse a las condiciones locales?

No contar con herramientas adaptables a las condiciones locales puede limitar la posibilidad de ejercer en plenitud los derechos de las personas. La información como garantía del acceso a los derechos requiere una adecuada delimitación temporal y espacial.

¿Cuál es la importancia de que grupos específicos de la población desarrollen capacidades para el ejercicio de sus derechos a la información?

Cuando las personas conocen sus derechos existe entonces la posibilidad de que los vivan, sea como un ejercicio de derecho, o una exigencia frente a la acción estatal.

Cuando grupos específicos de la población hacen uso del derecho a la información le dan vida al ciclo de las políticas públicas. Con la información recibida permiten que la sociedad construya argumentos que hacen a su vez de la rendición de cuentas una práctica en la que la misma sociedad se convierte en el ente auditor frente a las acciones del estado y, dan pie a que las políticas públicas se rediseñen al señalar las omisiones y errores que existen en el diseño o implementación.

Cómo Jóvenes o Mujeres Indígenas ¿Cómo les ha cambiado o no el hecho de contar con herramientas de acceso a la información?

Poder conocer los procesos con los cuales el Estado busca respetar y garantizar mis derechos, así como los costos que implican, me permite emitir una opinión fundamentada sobre las acciones realizadas, así como de las omisiones.

Someterse al proceso de acceso a la información puede resultar frustrante dada la escasa disposición de entregar información desagregada y clara, sobre todo cuando son diversas las solicitudes y se pueden contrastar con otras fuentes, ya que se pueden encontrar discrepancias entre los datos obtenidos.

¿A qué retos se han enfrentado durante este proyecto?

El primer reto es el temor de las y los servidores públicos de ofrecer información que cumpla con todos los requisitos establecidos por el marco jurídico, muchas veces desconocido por los sujetos obligados. Inclusive personas que realizan servicio social tuvieron una mejor disponibilidad y conocimiento de los servicios de salud sexual y reproductiva que ofertaba la unidad entrevistada.

Este temor tiene como base las represalias políticas (la investigación se desarrolló en medio de un proceso electoral) a la que pueden ser sometidas las personas que brinden información que pueda “comprometer la imagen” de funcionarios públicos.

En la entrevista a un centro de salud rural viví, junto con mi compañero Román, una rotunda negativa para poder realizar preguntas al personal que ahí se encontraba. El principal argumento utilizado fue el temor a las represalias, aunque el trato recibido, dada la nula amabilidad, generó un escaso deseo de retornar. Es posible extrapolar este sentimiento hacia los usuarios y parcialmente entender a partir de ahí la supuesta negativa de hacer uso de los servicios de salud públicos.

¿Por qué es importante que las instituciones locales de acceso a servicios de salud y de acceso a la información se preparen mejor para los diferentes públicos que demandan los servicios?

La diversidad de condiciones en las que las mujeres y jóvenes vivimos debería obligar al Estado a diseñar programas y prácticas que sean apropiadas para satisfacer las necesidades de los distintos grupos poblacionales que integran una comunidad.

Cada persona desarrolla necesidades específicas que no pueden ser solucionadas de la misma forma, aun cuando se trate de una comunidad pequeña. Ignorar esto al momento de brindar un servicio de salud atenta contra los derechos de las personas. De igual manera, la información que se genera al dar el servicio tiene que garantizar la mayor transparencia posible para la comunidad.

REFERENCIAS

Encuesta intercensal INEGI, 2015.

Censo INEGI, 2010

Incidencia delictiva del fuero común, del Secretariado Ejecutivo del sistema Nacional de Seguridad Pública, 2015

Censo Nacional para Procuración de Justicia Estatal, INEGI, 2015

Censo Nacional para Procuración de Justicia, INEGI, 2015

BIBLIOGRAFÍA:

AAP. (2014). Contraception for adolescents. *Pediatrics*, doi:10.1542/peds.2014-2299. <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2014/09/24/peds.2014-2299.full.pdf>

Ley de salud del estado de Quintana Roo:
<http://documentos.congresoqroo.gob.mx/leyes/salud/ley039/L1520170414050.v2.pdf>

Ley de las juventud del estado de Quintana Roo:
http://www.tsjqroo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=2768:ley-de-la-juventud-del-estado-libre-y-soberano-quintana-roo&catid=160&Itemid=867

Código penal del estado de Quintana Roo:
<http://documentos.congresoqroo.gob.mx/codigos/C6-XV-20170719-88.v1.pdf>

Constitución estatal de Quintana Roo:
<http://documentos.congresoqroo.gob.mx/leyes/fundamental/L1520170703002.pdf>

CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12)
<http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/GC14.pdf>

Diario Oficial de la Federación (2008). CATALOGO de las Lenguas Indígenas Nacionales: Variantes Lingüísticas de México con sus autodenominaciones y referencias geoestadísticas. Instituto Nacional de Lenguas Indígenas. 14/01/2008.

Potts, Helen and Hunt, Paul H (2008) Participation and the right to the highest attainable standard of health. Project Report. Human Rights Centre, Colchester, Essex. <http://repository.essex.ac.uk/9714/1/participation-right-highest-attainable-standard-health.pdf>

Sabate E. WHO. Adherence Meeting Report. Geneva. World Health Organization. *Med Clin (Barc)* 2001; 116 (Supl 2):141-146.

DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA AAAQ / DAAC

Es la Disponibilidad, Accesibilidad, Adaptabilidad y Calidad de los Servicios de Salud. Definidos según el Observación General No. 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, contenido en el artículo 12 del Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, cada una de estas dimensiones refieren a:

- Disponibilidad: “Contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas (...) Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS”.
- Accesibilidad: “Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: i) No discriminación, ii) Accesibilidad Física, iii) Accesibilidad Económica (Asequibilidad), y iv) Acceso a la Información.”
- Adaptabilidad: “Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.”
- Calidad. “Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.”



LO PÚBLICO ES NUESTRO

Juventudes evalúan servicios de salud sexual y reproductiva
a través de mecanismos de transparencia y rendición de
cuentas en **Quintana Roo**

www.ilsb.org.mx/embarazoenadolescentes



ILSB
Género • Innovación
Liderazgo



ILSB

Género • Innovación
Liderazgo