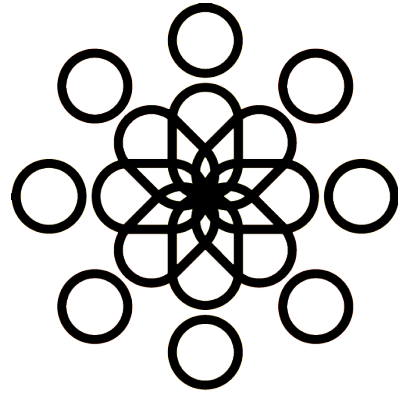


**Hallazgos generales
del monitoreo de servicios
públicos de salud sexual
y reproductiva
por parte de jóvenes
y mujeres indígenas**

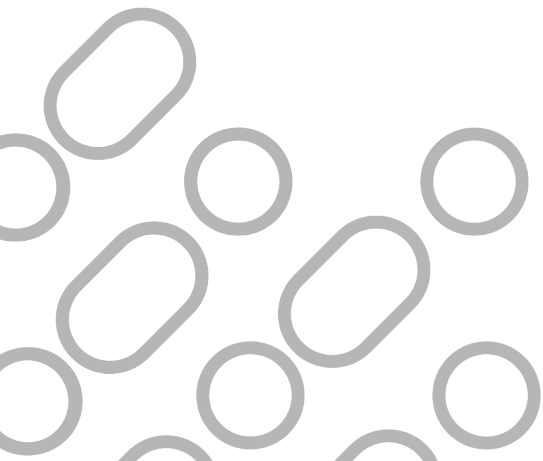


Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir
**Proyecto “Fortalecimiento de los servicios de salud sexual
y reproductiva dirigidos a mujeres indígenas y jóvenes a través
de mecanismos de transparencia y rendición de cuentas”**



ILSB

Género • Innovación
Liderazgo



AGRADECIMIENTOS

Esta publicación y la investigación general fueron posibles gracias al apoyo de la Fundación Hewlett.

Publicado por el Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir

Presidenta: Emilienne de León Aulina
Directora ejecutiva: Ximena Andión Ibáñez
Subdirectora: Valentina Zendejas Moheno

ISBN: en trámite
Diseño: Verónica Palomar

Calle Tabasco núm. 68, int. 3, Colonia Roma,
Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06700, Ciudad de México
Teléfonos: 5651 4117 / 5207 2517 / 5525 2592
Twitter: @ISBeauvoir
Facebook: Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir

Correo: investigacion@ilsb.org.mx

EDICIÓN

Louise Mereles Gras
Edición

Oswaldo Barrera
Corrección de estilo

Murcio Soluciones
Diseño

Murcio
SOLUCIONES

La edición de este informe estuvo a cargo de Murcio Editores, S.C., con domicilio en Guillermo González Camarena 999, ofna. 2203, Santa Fe, Ciudad de México, C.P. 01210, T. (55) 3687 4492. contacto@murciosoluciones.com



Hallazgos generales del monitoreo de servicios públicos de salud sexual y reproductiva por parte de jóvenes y mujeres indígenas

Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir

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"

EN LA REALIZACIÓN DE ESTA INVESTIGACIÓN PARTICIPARON

Investigadoras/es de las redes de jóvenes y de mujeres indígenas

REDefine Aguascalientes

Betsy Montoya Arechar
Karen Segura Soto

Red de Mujeres de los Pueblos Indígenas y Afrodescendientes de Chiapas (Remiac)

Martha López Gómez
Norma Aracely Méndez Gómez

REDefine Guanajuato

Ana Libertad Flores Martínez
Anami Lee Tapia Torres
María Elena Sandoval Barajas

REDefine Guerrero

Citlali Ávila Bello
Delfino Arriaga Alvarado
Erick Vázquez Ramírez
Efraín de Jesús Arroyo
Iris Cruz Arriaga
Ranferi Gustavo Rosendo Rosendo

REDefine Morelos

Ana Laura Rodríguez Cortés
Diego Ramón García Hernández
Fany Ailed Reyes Ruiz

Red Oaxaqueña de Mujeres Jóvenes “Trenzando Saberes”

Asunción Sandoval Ildelfonso
Guillermina Edith Juárez Leyva
Judith Mariano Aguilar
Lidia Iliana Jiménez Rasgado

REDefine Puebla

Alex Bolívar Ríos López
Jocelin Yolanda Rosas Ávila
María Elena Netzahualcoyotzi Gómez
Yulitzin Annette Granados Maldonado

REDefine Quintana Roo

Aldwin Román Barrales Pintado
Alejandra Suárez Suárez
Jaer Padilla Balam
Lilia Varela Rivas

REDefine Veracruz

Grisel Yuridia Ortega Méndez
Iraís Gabriela de San Martín Vásquez
Katya Gabriela Esteva Cruz
Laura Fabiola Orihuela Cortés
Saira Gabriela Vázquez Aragón

Red de Mujeres Jóvenes Indígenas de Campeche y Yucatán “Péepeno'ob”

Juana Pinzón Pinzón
María del Rosario Nieto Pérez

Equipo del Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir

Alejandra Tapia, Connie Flores y Diana Zepeda
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 Programa de Innovación Social y Participación Ciudadana/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”

Maylí Sepúlveda
Consultora internacional en rendición de cuentas, contraloría social y promoción del acceso a la información/coordinadora general de *ControlaTuGobierno.com*

ÍNDICE

Introducción	7
Justificación	9
1. Metodología	11
1.1. Monitoreo mediante acceso a la información	15
1.2. Monitoreo mediante trabajo de campo	19
2. Hallazgos	21
Conclusiones y recomendaciones	28
Referencias	31

INTRODUCCIÓN

LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS forman parte de los derechos humanos y, por lo 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 con sus convicciones y deseos sobre su sexualidad– si tienen o no hijas e hijos, cuándo, cuántos y con quién, es una garantía que puede contribuir a combatir situaciones de desigualdad que, al día de hoy, limitan el desarrollo y el acceso a mejores condiciones de vida de jóvenes y mujeres.

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

El contacto directo con la población y el fortalecimiento de su participación se vuelven cruciales en un tema tan relevante como lo es el embarazo en adolescentes. Desde hace cuatro años, México es el país de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) con la tasa más alta de fecundidad en este grupo poblacional. Según cifras del Subsistema de Información sobre Nacimientos (Sinac), de la Secretaría de Salud, en nuestro país se registran 997 nacimientos diarios en mujeres entre 10 y 19 años.

La problemática tiene su raíz en diversos factores: escaso acceso a información y servicios integrales de salud sexual y reproductiva especialmente dirigidos a adolescentes; desabasto de anticonceptivos; falta de acceso a un aborto legal y seguro; falta de servicios amigables para adolescentes; estigmatización y discriminación por parte de los prestadores de servicios; estigmatización sobre la sexualidad en adolescentes, y discriminación a niñas y mujeres adolescentes que exigen sus derechos. Muchos de estos factores inciden directamente en los servicios que debe garantizar el Estado.

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 en 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.

Deben descansar, además, en una perspectiva de interculturalidad, dado que México alberga 68 pueblos indígenas que representan más de 21% de la población total del país. Esta perspectiva debe sustentarse en el reconocimiento de la diversidad, el respeto a las diferencias, la construcción de relaciones equitativas y el enriquecimiento mutuo a partir de la convivencia.

Esto se debe reflejar en los servicios de salud, en cuestiones como considerar las necesidades y la percepción de las/los usuarias/os como un elemento esencial en su atención, lo que lleva a hacer a un lado las actitudes de indiferencia, deshumanización, despersonalización y discriminación en la provisión de servicios de salud. Así, es necesario evitar la imposición de una visión particular que se presenta en muchas ocasiones por parte del personal de salud, lo que dificulta que la población indígena acuda a él con pleno convencimiento.

De esta forma, la organización, los marcos éticos del personal, las formas del ejercicio del poder, la elaboración de programas y planes, y, más aún, las subjetividades que conforman los prejuicios y valores deben atravesar un proceso de resignificación para implementar esta perspectiva.

Esta investigación presenta un diagnóstico general sobre los derechos sexuales y reproductivos en México a partir de ejercicios de contraloría social por parte de jóvenes y mujeres indígenas en 10 estados del país. Este documento 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. Los hallazgos tienen la finalidad de servir como insumo para exigir la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de estas poblaciones.

JUSTIFICACIÓN

DESDE 2014, EL INSTITUTO de Liderazgo Simone de Beauvoir (ILSB) comenzó un proceso de formación, adaptación e implementación de conocimientos en política pública, así como de herramientas de acceso a la información, transparencia, rendición de cuentas y de 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 las redes de mujeres indígenas y de jóvenes que trabajan con los programas de Mujeres Indígenas (Promui) y de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos (REDefine) del ILSB. 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 partir de la aplicación de conocimientos y herramientas específicas, promuevan una mejoría en sus condiciones de vida.

En el Promui del ILSB participan jóvenes integrantes de las diversas redes que pertenecen a los pueblos de lengua maya, ch'ol, tzeltal y mixteco, de los estados de Yucatán, Campeche, Chiapas y Oaxaca, respectivamente. El Promui busca disminuir la brecha de desigualdad en el cumplimiento de los derechos humanos de las mujeres indígenas y de sus pueblos.

REDefine es una red de jóvenes activistas de Aguascalientes, Guanajuato, Puebla, Morelos, Guerrero, Veracruz y Quintana Roo, que trabajan para avanzar y defender los derechos sexuales y reproductivos en cada uno de sus estados.

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 qué cambios puede ocasionar en su vida cotidiana el uso y la aplicación de estas herramientas.

Así, 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 poder

ejercerse por cualquier persona, sin importar su origen étnico o nacional, el color de piel, la cultura, el sexo, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, económica, de salud o jurídica, la religión, la apariencia física, las características genéticas, la situación migratoria, el embarazo, la lengua, las opiniones, las preferencias sexuales, la identidad o filiación política, el estado civil, la situación familiar, las responsabilidades familiares, el idioma, los antecedentes penales o cualquier otro motivo.

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 periodismo.¹

De esta manera, se investigan dos grandes temas: por un lado, el abasto, el acceso y la disponibilidad de métodos anticonceptivos para adolescentes, así como la calidad de la atención con perspectiva de género e interculturalidad que se otorga en unidades rurales y urbanas del sector salud en 10 estados de la República.

¿Por qué los servicios de salud de primer nivel?

Mejorar estos servicios puede tener un efecto específico dentro de una estrategia más amplia, ya que más de 80% de la demanda de servicios de salud de la población se da en estas instancias. Es en este nivel donde se forma la promoción específica, el tratamiento preventivo y oportuno para las necesidades más frecuentes, y en el que, por definición normativa, se debiera impulsar la participación de la ciudadanía.

¿Por qué la Enapea?

La Estrategia Nacional para Prevenir el Embarazo en Adolescentes (Enapea) fue presentada, en su momento, como una política muy ambiciosa en términos de resultados: "La Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo en

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

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”.

En el acto oficial de presentación de la Enapea, el secretario de Gobernación, Miguel Ángel Osorio Chong, abrió el evento apuntando que “la obligación y el compromiso del gobierno con la infancia y adolescencia es traducir los derechos abstractos en realidades concretas”.

El objetivo principal de la Enapea establece la disminución a cero de los nacimientos en niñas de 10 a 14 años y la reducción en 50% de la tasa específica de fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años (TEF15-19) para el año 2030.²

Como se mencionó al inicio, éste es un tema preocupante, ya que según la propia estrategia nacional “entre 2010 y 2013 la tasa de embarazo en adolescentes de 15 a 19 años aumentó en el país y la dinámica de cambio de este indicador en las últimas décadas ha mostrado avances menores comparados con los observados en otros grupos de edad”.³

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.

Es importante señalar que las adolescentes indígenas tienen una tasa de fecundidad más alta

que las no indígenas. La tasa de fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años hablantes de una lengua indígena es de 96.7 por cada 1,000 mujeres, de acuerdo con el diagnóstico de la propia Enapea, y las entidades con mayor porcentaje de adolescentes hablantes de lengua indígena son Chiapas (29%) y Guerrero (28%). También es importante mencionar que hay una menor permanencia en la escuela por parte de este grupo de edad hablante de lengua indígena: 35% entre los 10 y 19 años, y casi 50% entre los 15 y 17 años.

Hay además una asociación de embarazos en la adolescencia con una posible continuidad de las condiciones de pobreza y desigualdad de género.⁴

La decisión de investigar ambos temas se tomó con base en un contexto 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 de derechos humanos, entre ellos el derecho a la salud, el cual implica su progresividad, es decir, una asignación cada vez mayor de recursos para garantizar su cumplimiento.

Por último, la investigación es un ejercicio para ensayar qué tanto la ciudadanía puede sensibilizar y acercarse a los tomadores de decisiones para que tengan en cuenta sus opiniones, escuchen su voz y establezcan adecuaciones a las políticas públicas destinadas a ellas/ellos.

2 Fragmento del discurso pronunciado por el Presidente de México Enrique Peña Nieto, durante la presentación oficial de la Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes. Revisado julio 2017.

3 Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes. Revisado julio 2017. Ver: <https://www.gob.mx/presidencia/prensa/presento-el-presidente-enrique-pena-nieto-la-estrategia-nacional-de-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes/>

4 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#>

1. Metodología



REDES DE MUJERES INDÍGENAS Y JÓVENES QUE REALIZARON LA INVESTIGACIÓN	
Red de Mujeres Indígenas y Afrodescendientes del estado de Chiapas (Remiac)	REDefine Aguascalientes
Red de Mujeres Indígenas de Campeche y Yucatán: "Péepeno'ob"	REDefine Guanajuato
Red Oaxaqueña de Mujeres Jóvenes "Trenzando Saberes"	REDefine Guerrero
	REDefine Morelos
	REDefine Puebla
	REDefine Veracruz
	REDefine Quintana Roo

Cuadro 1

ESTE TRABAJO SE DESARROLLÓ en dos etapas. La primera dio inicio a finales de 2015 y consistió en una serie de talleres para dotar a los integrantes de ambas redes del ILSB de conocimientos y habilidades básicas en el manejo de las plataformas y mecanismos de acceso a la información pública, así como darles a conocer fundamentos alrededor de políticas públicas y familiarizarlos con las técnicas de investigación de campo.

La segunda etapa comenzó 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 implementación de la Estrategia Nacional de Prevención de Embarazo en Adolescentes, política pública impulsada desde 2015 por la actual administración federal.

El objetivo principal de este diagnóstico fue conocer el abasto, el acceso y la disponibilidad de métodos anticonceptivos para adolescentes, así como la calidad de la atención con perspectiva de género e interculturalidad que se otorga en unidades rurales y urbanas del sector salud en 10 estados de la República seleccionados para la investigación: Aguascalientes, Chiapas, Guanajuato, Guerrero, Morelos, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Veracruz y Yucatán. Para lograrlo, se adaptaron y desarrollaron estrategias de contraloría social, que consistieron en solicitudes de acceso a la información y

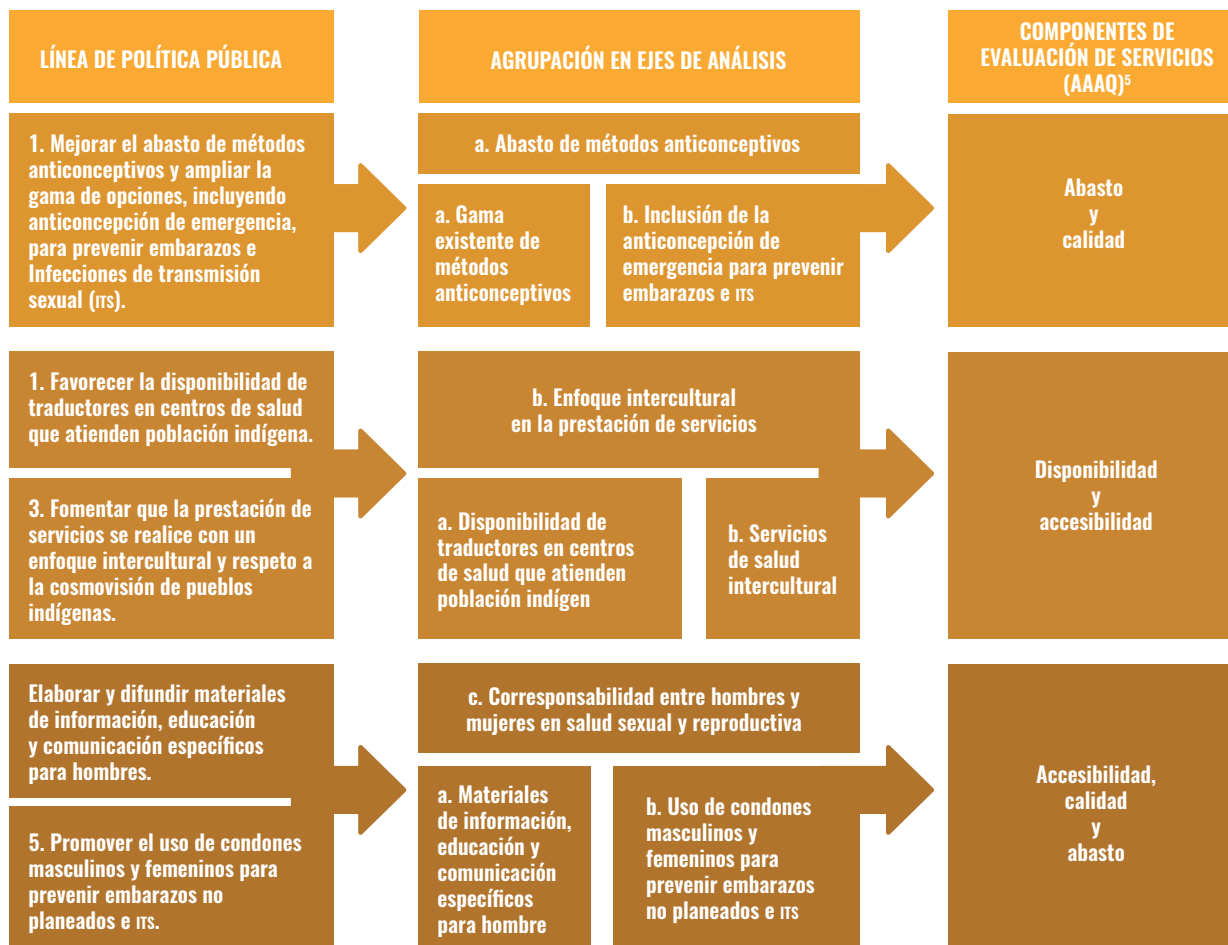
monitoreo en campo de los servicios de salud sexual y reproductiva.

Como se ha establecido en la justificación, la importancia de que fueran mujeres indígenas y jóvenes quienes llevaron a cabo la investigación radicaba en sentar bases firmes para la exigencia de sus derechos a partir de las problemáticas observadas. Las redes estatales que participaron en la investigación aparecen en el **cuadro 1**.

Para que la información recabada respondiera a un análisis coherente se eligió trabajar con un enfoque denominado DAAC: disponibilidad, accesibilidad, adaptabilidad y calidad de los servicios de salud (AAAQ, por sus siglas en inglés: *availability, accessibility, adaptability, quality*). El enfoque, que se centra en estas dimensiones de los servicios de salud, es el más común para evaluar marcos de derechos humanos en la provisión de los mismos (Organización de las Naciones Unidas/Organización Mundial de la Salud).

5 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 / Accesibility;; 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.

ESQUEMA DE ANÁLISIS DE COMPONENTES DE POLÍTICA PÚBLICA A PARTIR DE LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO



FUENTE: elaboración propia con base en Potts y Hunt (2008), Gobierno de la República (2015) y CNEGSR (2013). Estos documentos aluden respectivamente a la Estrategia Nacional para Prevenir el Embarazo en Adolescentes (Enapea) y los programas sectoriales de salud en planificación familiar y anticoncepción, y en salud sexual y reproductiva para adolescentes.

Cuadro 2

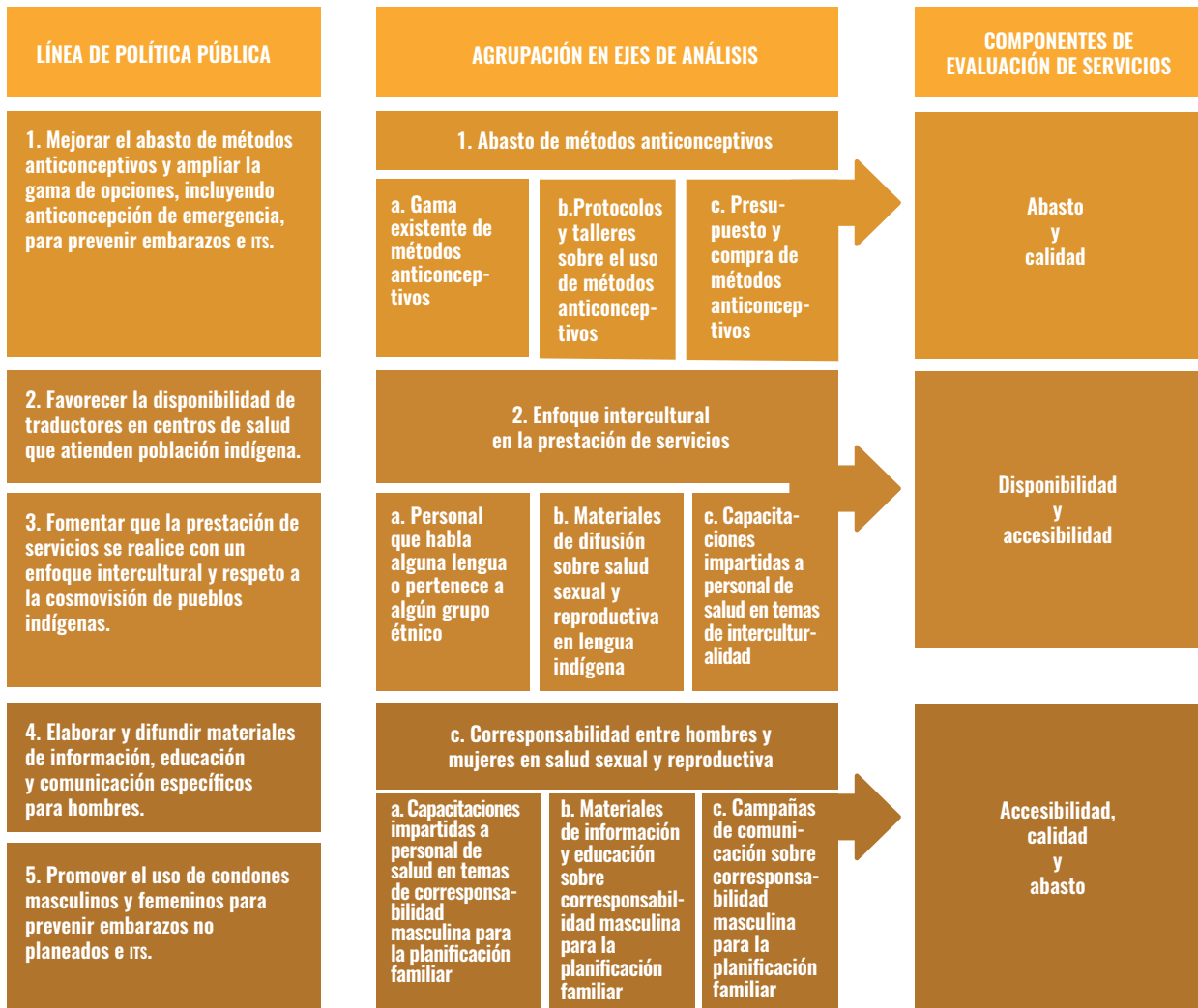
Los criterios de la DAAC/AAAQ están definidos según la observación general núm. 14: el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, contenido en el artículo 12 del Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (U.N. Doc. E/C.12/2000/4). Cada una de las dimensiones enumeradas se refiere 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 Organización Mundial de la Salud (OMS)".

- **Accesibilidad:** "Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin

ESQUEMA DE ANÁLISIS DE COMPONENTES EN LA POLÍTICA PÚBLICA A PARTIR DE LAS HERRAMIENTAS DE ACCESO A LA INFORMACIÓN



FUENTE: elaboración propia con base en Potts y Hunt (2008), Gobierno de la República (2015) y CNEGSR (2013). Estos documentos aluden respectivamente a la Estrategia Nacional para Prevenir el Embarazo en Adolescentes (Enapea) y los programas sectoriales de salud en planificación familiar y anticoncepción, y en salud sexual y reproductiva para adolescentes.

Cuadro 3

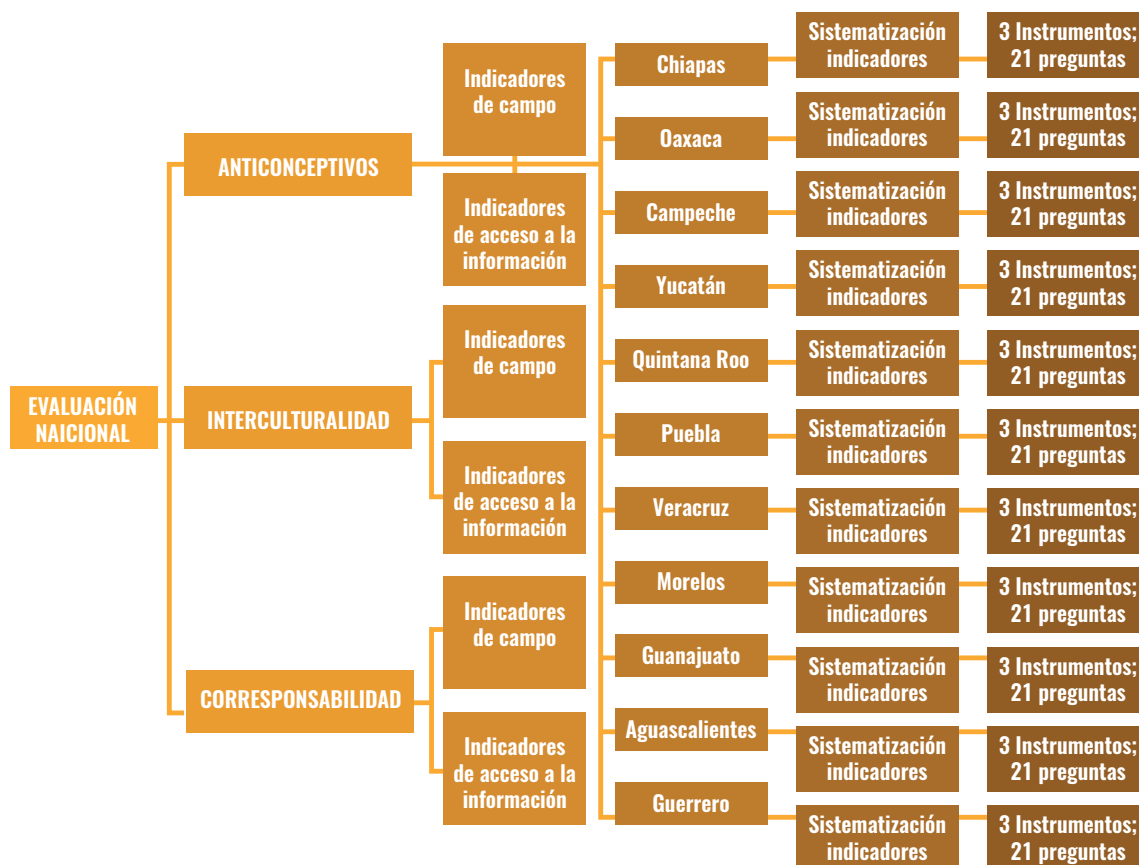
discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: i) No Discriminación; ii) Accesibilidad Física; iii) Accesibilidad Económica (Asequibilidad); y iv) Acceso a la Información".

- **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".

ESTRATEGIA DE ANÁLISIS Y MONITOREO DE SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



FUENTE: elaboración propia.

Esquema 1

El ILSB identificó tres ejes de análisis entre las 89 líneas de acción que incluye la Enapea:

1. Abasto de métodos anticonceptivos
2. Interculturalidad
3. Corresponsabilidad masculina

Estos tres ejes de análisis corresponden a cinco líneas de acción de la Enapea, que tienen relación con dos programas específicos del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva:

- Planificación Familiar y Anticoncepción
 - Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes
- Por último, estos elementos se investigan a partir de dos metodologías:
- Investigación de campo (que incluye: entrevista, usuario simulado y cuestionarios de observación dirigida)
 - Preguntas de acceso a la información

Así, en los cuadros 2 y 3 puede verse cómo los distintos componentes analizados respondieron a los ejes seleccionados, y éstos corresponden a

las líneas de política pública en materia de salud sexual y reproductiva.

La estrategia elegida buscó obtener información pública relevante sobre el estado de los servicios de salud sexual y reproductiva, a fin de contrastarla con los hallazgos de monitoreo en campo, que consistió en visitas a unidades de primer nivel del sector salud en entornos urbanos y rurales.

La información recabada fue analizada a partir de componentes de abasto de métodos anticonceptivos, corresponsabilidad masculina e interculturalidad en los servicios de salud sexual y reproductiva. Al mismo tiempo se evaluó la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y acceso a los servicios de salud por parte de jóvenes y mujeres indígenas.

El esquema general de la estrategia puede observarse en el **esquema 1**.

1.1. Monitoreo mediante acceso a la información

EN EL PROCESO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN, el equipo del ILSB capacitó a las/los investigadoras/es de las redes en la materia. En contraparte, el proceso de elaboración de las preguntas, la recepción de la información y el proceso de sistematización fueron realizados por las/los investigadoras/es.

Se diseñó una base de 21 preguntas que guió las solicitudes de acceso a la información y que puede observarse en el siguiente cuadro. Las preguntas fueron dirigidas en su mayoría a las secretarías estatales de salud. También se le solicitó información a sujetos obligados, como el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), e institutos estatales de las

mujeres y de la juventud. En total se realizaron 217 solicitudes de acceso a la información.

Adicionalmente, se analizó si la información entregada por los sujetos obligados cumplía con los atributos de calidad de la información: accesibilidad, confiabilidad, comprensibilidad, oportunidad, veracidad, congruencia, integralidad, actualidad, verificabilidad y la posibilidad de transformarse en conocimiento público útil.⁶ Lo anterior se cumplió en contadas ocasiones.

⁶ 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.

Cuadro 4. Batería de preguntas para solicitudes de acceso a la información

NÚM	SUBTEMAS	PREGUNTA
1	MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	Solicito todos los documentos que contengan el número de métodos anticonceptivos, en todas sus variedades, adquiridos por la Secretaría de Salud del estado de [nombre del estado] y su distribución en todos los municipios de la entidad, del 1 de enero de 2015 al 22 de febrero de 2016.
2		Solicito todos los documentos que contengan el número de condones masculinos y femeninos que se han distribuido en cada una de las unidades de salud en el estado de [nombre del estado], desagregado por municipios, del 1 de enero de 2015 al 22 de febrero de 2016.
3		Solicito todos los documentos que indiquen el número de anticonceptivos reversibles de acción prolongada (ARAP) (implante hormonal subdérmico, dispositivo intrauterino) adquiridos en el estado de [nombre del estado], desagregados por tipo y su distribución a nivel municipal, del 1 de enero de 2015 al 22 de febrero de 2016.
4		Solicito todos los documentos que indiquen la cantidad de métodos anticonceptivos (pastillas anticonceptivas, parche anticonceptivo, anticoncepción hormonal inyectable y otros) adquirida por la Secretaría de Salud del estado de [nombre del estado], desagregados por tipo y su distribución a nivel municipal, del 1 de enero de 2015 al 22 de febrero de 2016.
5		Solicito todos los documentos que contengan la cantidad de pastillas de anticoncepción de emergencia (PAE) adquiridas y distribuidas por la Secretaría de Salud del estado de [nombre del estado], desagregando dichas cantidades por municipio, del 1 de enero de 2015 al 22 de febrero de 2016.

NÚM	SUBTEMAS	PREGUNTA
12	MATERIALES DE DIFUSIÓN	Solicito todos los documentos que contengan el número de materiales de difusión (trípticos, manuales, pósters, cápsulas de radio y audiovisuales) sobre métodos anticonceptivos producidos en lenguas indígenas durante el periodo del 1 de enero de 2015 al 22 de febrero de 2016, así como los lugares de distribución en el estado de [nombre del estado] y sus municipios, y una copia de dichos materiales.
13		Solicito todos los documentos que contengan el número y tiraje de materiales de difusión (trípticos, manuales, pósters, cápsulas de radio y audiovisuales) sobre planificación familiar, producidos en lenguas indígenas durante el periodo del 1 de enero de 2015 al 22 de febrero de 2016 en el estado de [nombre del estado], así como los lugares de distribución y una copia de dichos materiales.
17		Solicito todos los documentos que especifiquen el número, tiraje y lugar de distribución de materiales informativos o educativos específicos para hombres sobre corresponsabilidad masculina en la planificación familiar para el estado de [nombre del estado] y sus municipios, del 1 de enero de 2015 al 25 de febrero de 2016, así como una copia de dichos materiales. Anexo: considerando la corresponsabilidad masculina como lo señala el objetivo 3 de la Enapea.
18		Solicito todos los documentos o archivos que contengan el número de materiales de difusión o de carácter educativo específicos para hombres sobre corresponsabilidad masculina en la planificación familiar, en lengua indígena, para el estado de [nombre del estado] y sus municipios, del 1 de enero de 2015 al 25 de febrero de 2016, así como una copia de dichos materiales. Anexo: considerando la corresponsabilidad masculina como lo señala el objetivo 3 de la Enapea.
19		Solicito todos los documentos que contengan información relativa a campañas de comunicación sobre la corresponsabilidad masculina en la planificación familiar para el estado de [nombre del estado] y sus municipios, del 1 de enero de 2015 al 25 de febrero de 2016. Anexo: considerando la corresponsabilidad masculina como lo señala el objetivo 3 de la Enapea.
7	CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD	Solicito la cantidad, los temas, los públicos objetivo, el número de asistentes por sexo y el tipo (talleres, seminario u otras formaciones) de capacitaciones sobre el uso de métodos anticonceptivos, así el costo de cada una, que se hayan impartido del 1 de enero de 2015 al 19 de febrero de 2016, en todos los municipios del estado de [nombre del estado].
14		Solicito la cantidad, las fechas, los temas, los públicos objetivo, el número de asistentes por sexo y el tipo (talleres, seminario u otras formaciones) de capacitaciones impartidas al personal médico de unidades de salud de primer y segundo nivel del estado de [nombre del estado] sobre interculturalidad, en los municipios del estado durante el periodo del 1 de enero de 2015 al 22 de febrero de 2016.
15		Solicito la cantidad, los temas, los públicos objetivo, el número de asistentes por sexo y el tipo de capacitaciones impartidas al personal médico de unidades de salud de primer y segundo nivel sobre perspectiva de género, en los municipios del estado de [nombre del estado] durante el periodo del 1 de enero de 2015 al 22 de febrero de 2016, así como pruebas gráficas de estas actividades.

NÚM	SUBTEMAS	PREGUNTA
16	CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD	Solicito la cantidad, los temas, los públicos objetivo, el número de asistentes por sexo y el tipo de capacitaciones impartidas al personal médico de unidades de salud de primer y segundo nivel de los municipios del estado sobre corresponsabilidad masculina en la planificación familiar, del 1 de enero de 2015 al 22 de febrero de 2016. Anexo: considerando la corresponsabilidad masculina como lo señala el objetivo 3 de la Enapea.
10	ENFOQUE INTERCULTURAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD Y DISPONIBILIDAD DE PERSONAL DE CUATRO ESPECIALIDADES MÉDICAS	Solicito todos los documentos con el número de personas hablantes de lengua indígena o pertenencia étnica que trabajan en las unidades del sector salud, del 1 de enero de 2015 al 22 de febrero de 2016, desagregados por lengua indígena, sexo, así como el cargo o función que desempeñan dentro de las instancias de salud y su distribución a nivel estatal y municipal en [nombre del estado].
11		Solicito el número de traductores/as de lengua indígena que hay en las unidades de salud de todo el estado de [nombre del estado], desagregado por lengua indígena, sexo y municipio, durante el periodo del 1 de enero de 2015 al 22 de febrero de 2016.
20		Solicito todos los documentos generados del 1 de enero de 2015 al 25 de febrero de 2016 en [nombre del estado] y todos sus municipios, que contengan información del número de personal médico especializado en: a) medicina familiar, b) ginecología, c) urología y d) partería, desagregados por sexo y unidades de salud de primer nivel de atención.
6	PROTOCOLOS DE ATENCIÓN Y SERVICIOS AMIGABLES	Solicito un documento que contenga los protocolos de consejería en planificación familiar en el estado de [nombre del estado], aplicables en el sector salud, del 1 de enero de 2015 al 22 de febrero de 2016, así como una copia digital o física de cada uno de los protocolos vigentes.
21		Solicito todos los documentos que contengan el total de los servicios amigables (como lo señala la NOM 047-SSA2-2015) con los que cuenta el estado de [nombre del estado] y sus municipios, del 1 de enero de 2015 al 25 de febrero de 2016.
8	ASPECTOS RELACIONADOS CON EL PRESUPUESTO	Solicito todos los documentos donde se registren los montos de las compras consolidadas, el número de unidades adquiridas y el costo unitario de los métodos anticonceptivos en todas sus variedades, adquiridos por el sector salud del estado de [nombre del estado], durante el periodo del 1 de enero de 2015 al 19 de febrero de 2016.
9		Solicito todos los documentos que contengan el presupuesto específico destinado a la compra o adquisición de métodos anticonceptivos en toda su variedad para el estado de [nombre del estado] y todos sus municipios, del 1 de enero de 2015 al 22 de febrero de 2016.

Fuente: elaboración propia.

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

- La agrupación de las líneas de acción de la política pública (Enapea⁷, PSSA⁸, PPFA⁹) en torno a

7 Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes.

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

9 Programa de Acción Específico en Planificación Familiar y Anti-concepción, del Centro Nacional para la Equidad de Género y

tres ejes de análisis: abasto de métodos anti-conceptivos, corresponsabilidad masculina e interculturalidad en los servicios.

- La calidad, disponibilidad, accesibilidad y adaptabilidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, llamadas por sus siglas en inglés AAAQ.¹⁰

Salud Reproductiva.

10 Ver Nota 1 y Glosario.

1.2. Monitoreo mediante trabajo de campo

PARA HACER EL MONITOREO, la estrategia metodológica consistió en la aplicación de tres instrumentos cualitativos¹¹ en unidades de salud de primer nivel de atención,¹² en los estados de Aguascalientes, Campeche, Chiapas, Guanajuato, Guerrero, Morelos, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Veracruz y Yucatán, que se distribuyeron en cuatro visitas en promedio por cada estado, realizadas entre los meses de marzo y octubre de 2016 a dos unidades de salud ubicadas en una zona rural y dos en una zona urbana.

El alcance geográfico de la investigación puede observarse en el **cuadro 5**. La valía de la investigación no se da en términos de

representatividad muestral (pues la muestra no es estadísticamente representativa) o geográfica (pues no existe un patrón espacial seguido en la elección de las unidades de salud),¹³ sino en términos del criterio de delimitación, que consistió en la disyuntiva urbano/rural en municipios distintos del mismo estado, a fin de observar las diferencias y similitudes existentes dentro de un mismo estado, así como en términos generales de los 10 estados donde se hizo monitoreo en campo. Debido a lo anterior, los resultados son indicativos y no representativos, ya que indican problemáticas y oportunidades por explorar en los servicios de salud sexual y reproductiva del país.

11 Estos fueron guía de observación dirigida, cuestionario de entrevista para personal de salud y guía de usuario simulado. Su especificidad y función se explican más adelante.

12 Por ejemplo, la cercanía o lejanía de las unidades a las capitales de los estados, la conexión de los municipios a las redes carreteras, la ubicación de las unidades respecto de las zonas metropolitanas, etc.

13 Por ejemplo, la cercanía o lejanía de las unidades a las capitales de los estados, la conexión de los municipios a las redes carreteras, la ubicación de las unidades respecto de las zonas metropolitanas, etc.

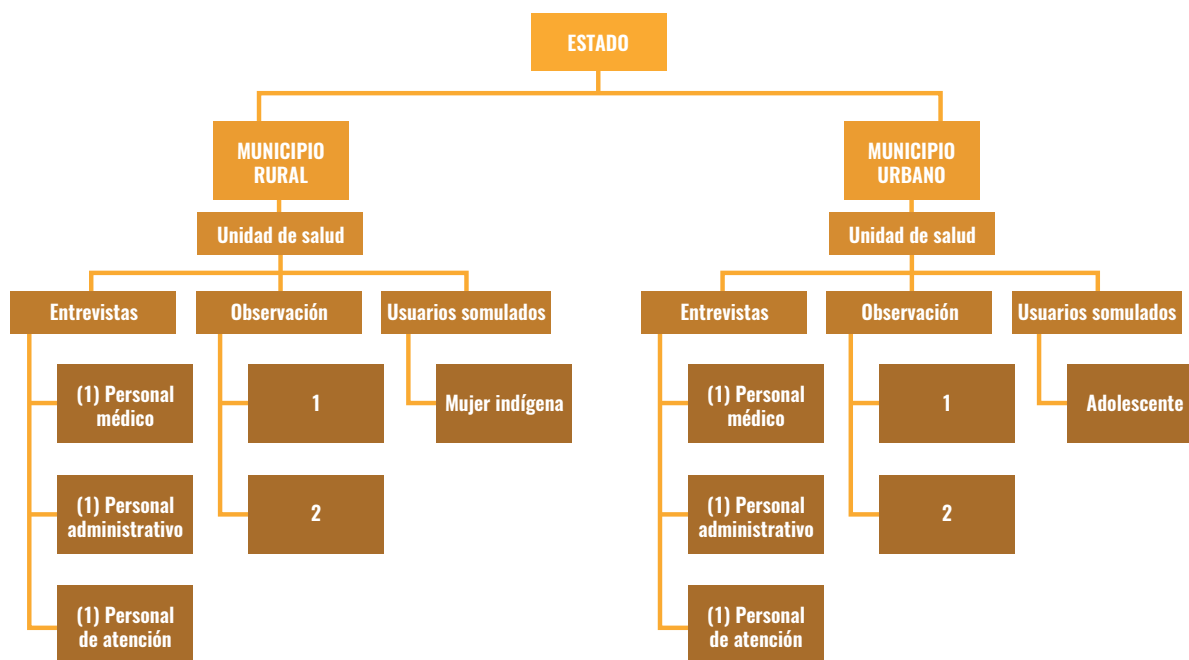
Cuadro 5. Relación de alcance geográfico en unidades de primer nivel dentro de contextos

ESTADO	UBICACIÓN MUNICIPAL	
	Unidad en entorno urbano	Unidad en entorno rural
Aguascalientes	Aguascalientes	Calvillo
Chiapas	San Cristóbal de las Casas	San Juan Cancuc
Guanajuato	León	León
Guerrero	Chilpancingo de los Bravo	Quechultenango
Morelos	N/A	N/A
Oaxaca	San Martín Huamelulpan, de Tlaxiaco	La Joya, distrito de distrito
Puebla	Puebla	San Martín Mexicapan
Quintana Roo	Chetumal	Cuetzalan del Progreso
Veracruz	Xalapa	Bacalar
Yucatán	Mérida	Zongolica
		Motul

Fuente: elaboración propia con base en la sistematización por entidad federativa.

N/A quiere decir que no se pudo aplicar el instrumento de monitoreo.

ESQUEMA 2. ESTRATEGIA DE MONITOREO EN CAMPO CON BASE EN POBLACIONES DIFERENCIADAS



FUENTE: elaboración propia.

Los ejercicios fueron los señalados a continuación.

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 usuarios/as simulados/as en las clínicas:
 Dos jóvenes (de entre 15 y 25 años) acudieron a solicitar una consulta médica sobre salud sexual y reproductiva en las mismas unidades donde se realizaron 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/los investigadoras/es llenaron 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 (Enapea¹⁴, PSSA¹⁵, PPFA¹⁶) en torno a tres ejes de análisis: abasto de métodos anticonceptivos, corresponsabilidad masculina e interculturalidad en los servicios.
2. La calidad, disponibilidad, accesibilidad y adaptabilidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, llamadas por sus siglas en inglés AAAQ.¹⁷

14 Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes.

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

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

17 Ver Nota 1 y Glosario.

2. Hallazgos

Con base en el enfoque DAAC/AAAQ, y para evaluar al nivel en que se encuentra la investigación global de los 10 estados, se eligieron indicadores que ayudarán a evaluar cada una de las dimensiones del enfoque.

- *Disponibilidad*
 - Número de métodos anticonceptivos por adolescente
 - Presupuesto per cápita (por adolescente) para compra de métodos anticonceptivos
- *Accesibilidad*
 - Tasa de presencia de servicios amigables
- *Aceptabilidad*
 - Tasa de presencia de traductores en los servicios de salud del estado
- Capacitaciones en temas de género e interculturalidad para el personal de las unidades de salud
- *Calidad*
 - Tiempos de espera en servicios de salud sexual y reproductiva

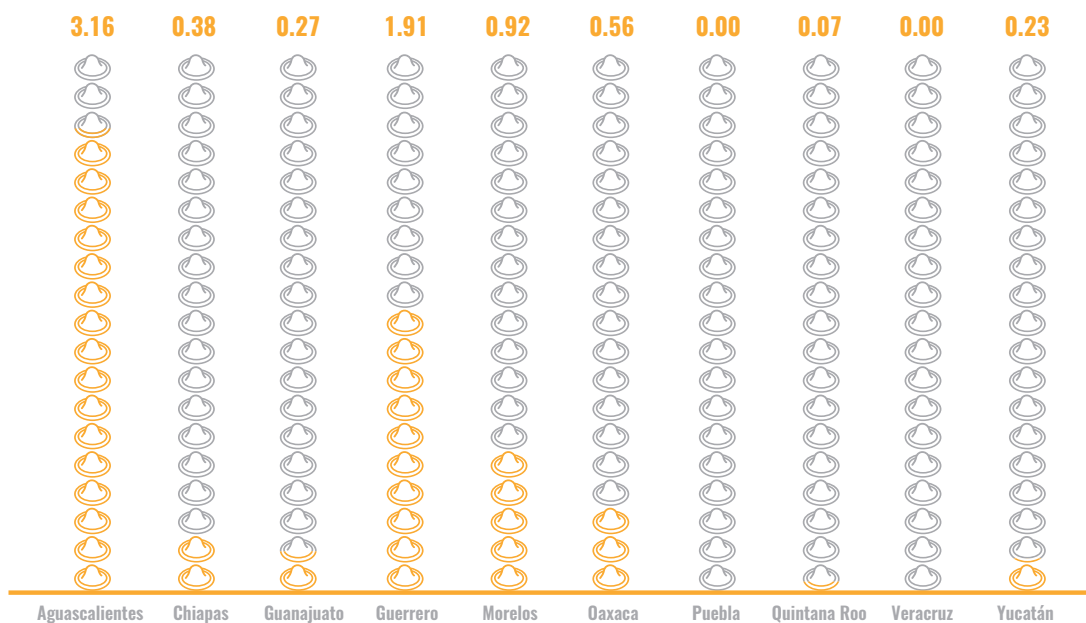
Resultados de la evaluación, con la información obtenida a partir de solicitudes de acceso a la información y por trabajo de campo de investigadoras e investigadores de las 10 redes estatales. Cada uno de estos indicadores revela problemáticas diferentes en cada uno de los estados y da una perspectiva global de los servicios de salud sexual y reproductiva.

Cuadro 6. Disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva (con indicadores)

Núm.	Estado	Disponibilidad		Accesibilidad	Aceptabilidad		Calidad	
		Número de métodos anticonceptivos por adolescente (1)	Presupuesto de metodología anticonceptiva per cápita por adolescente (pesos) (2)	Promedio de servicios amigables por municipio (3)	Capacitaciones del personal de salud en temas de género e interculturalidad (4)	Tasa de presencia de traductores en los servicios de salud (5)	Tiempos de espera y consulta en servicios de salud sexual y reproductiva (6)	Nivel de confianza en el personal de salud (7)
1	Aguascalientes	3.16	78.05	1.91	6	0.000	20	Indiferente
2	Chiapas	0.38	0.00	0.00	99	0.000	35	Bueno
3	Guanajuato	0.27	0.31	1.24	7	0.000	10	Regular
4	Guerrero	1.91	30.58	0.68	23	0.158	32	Bueno
5	Morelos	0.92	46.28	0.58	17	1.640	N/I	N/I
6	Oaxaca	0.56	38.28	0.00	24	0.032	120	Indiferente
7	Puebla	0.00	0.00	0.30	16	0.087	80	Indiferente
8	Quintana Roo	0.07	0.00	2.80	0	0.000	70	Regular
9	Veracruz	0.00	0.00	0.42	9	0.120	60	Indiferente
10	Yucatán	0.23	0.00	0.00	0	0.041	30	Regular

1. Número de métodos reportados para el estado en el año/población adolescente total en el año.
2. Presupuesto reportado para la compra de métodos anticonceptivos en el año/población adolescente total en el año.
3. Número de servicios amigables reportados/número de municipios totales.
4. Número de capacitaciones reportadas para el personal de salud en los temas mencionados.
5. Número de traductores/as reportados en el año/población indígena reportada en el año x 1000.
6. Minutos transcurridos entre la llegada a las unidades de salud y la atención por el personal médico.
7. Nivel de confianza en el personal reportado por las poblaciones que recibieron atención con usuarios simulados.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POR ADOLESCENTE (POR ESTADO)



FUENTE: elaboración propia con base en solicitudes de acceso a la información pública (consulte los folios en el anexo) y en la Encuesta Intercensal 2015 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Se presenta el número de métodos reportados en 2015, mismo año que se toma como base para la referencia de la población (la población adolescente se toma entre los 10 y 19 años).

Gráfico 1

A continuación se analizan los indicadores que corresponden a cada componente (disponibilidad, accesibilidad, adaptabilidad y calidad) en torno a dos dimensiones: el significado singular del indicador por estado (p. ej., el hecho de que haya un valor per cápita bajo para métodos anticonceptivos para adolescentes) y la comparativa entre estados (p. ej., el hecho de que la tasa de traductores sea baja en casi todos los estados con mayor presencia de población indígena).

Disponibilidad

Como se puede observar en el **gráfico 1**, el estado que cuenta con mayor número de métodos anticonceptivos por adolescente es Aguascalientes (3.2). En esta entidad, las plataformas de transparencia simularon entregar la información, aunque ésta no se encontraba.

En el estado de Puebla no obtuvimos información como respuesta a las solicitudes que presentaron las/los investigadoras/es, por lo que acudieron en persona.

En el estado de Veracruz señalaron que "durante el periodo solicitado no se adquirieron dichos bienes", aunque aparece un mínimo porcentaje, puesto que también informaron (de manera contradictoria con la primera respuesta)

que se había adquirido un número mínimo de "parques" anticonceptivos.

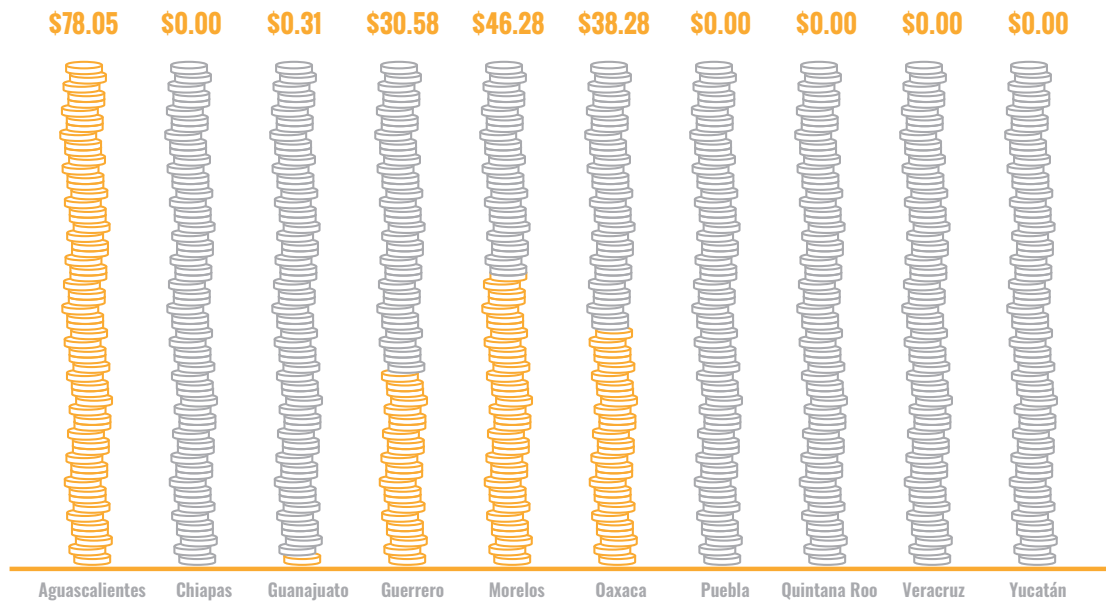
Fuera de los casos de Aguascalientes y Guerrero, *ninguno de los estados restantes tiene una provisión de métodos anticonceptivos de al menos una unidad por adolescente*. El hecho de que el número sea también bajo en Aguascalientes y Guerrero revela que la compra y adquisición de metodología anticonceptiva no se hace con base en la población objetivo a la que está referida.

En el **gráfico 2** se observa que la mayor parte de los estados cuenta con un per cápita que no llega a los 100.00 pesos por adolescente, lo que tiene sentido dada la baja provisión por adolescente reportada en el gráfico 1.

En dos casos (Veracruz y Chiapas) se refirió a otras instancias para poder conocer los presupuestos; en el caso de Chiapas, todas las compras son centralizadas por el Centro Nacional para la Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) y, en el caso de Veracruz, se consultaron ligas caducas en la plataforma Compranet, lo que podría modificar el gasto igual a cero que se reporta.

"Hace falta que surtan los métodos, hay carencia también en los insumos". Una enfermera declara que, aun con abasto, hace falta material para colocar ciertos métodos: "Incluso

**PRESUPUESTO PER CÁPITA (POR ADOLESCENTE)
PARA COMPRA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (POR ESTADO)**



FUENTE: elaboración propia con base en solicitudes de acceso a la información pública (consulte los folios en el anexo) y en la Encuesta Intercensal 2015 del INEGI. Se presenta el presupuesto reportado en 2015, tanto de compras consolidadas como del anexo IV, ramo 12, el mismo año que se toma como base para la referencia de la población (la población adolescente se toma entre los 10 y 19 años).

Gráfico 2

tenemos DIU, pero no hay material para aplicarlos o retirarlos".

Personal médico entrevistado en la unidad de salud urbana en Quintana Roo

Uno de los hallazgos más importantes es que, en general, los estados adquieren métodos anticonceptivos por medio del ramo 12, del anexo IV, del Presupuesto de Egresos de la Federación, o bien por medio del mecanismo de compras consolidadas. Todo lo anterior, junto con el bajo presupuesto real que se observa, obliga a señalar que es necesario contar con recursos suficientes para la provisión de métodos anticonceptivos.

"Las instituciones dicen que sí existe un abasto suficiente en cuanto a métodos anticonceptivos, que sí cuentan con el personal para suministrar métodos anticonceptivos, sin embargo, al momento de corroborarlo con la 'usuaría simulada' te das cuenta de que la información es sesgada o inadecuada, de acuerdo a la edad, específicamente al género y la condición".

Investigadoras de REDefine Puebla

Accesibilidad

Como se puede observar en el gráfico 3, la presencia de traductores/as en los servicios de salud es muy baja en todos los estados (una cifra

entre 0.5 y 1 indica que el número de traductores se adecua de manera más correcta a la demanda de dichos servicios).

El estado que tiene mayor presencia de traductores es Morelos; en los casos de Aguascalientes, Chiapas y Quintana Roo, las instancias de salud estatales reportaron que no contaban con personal para traducir en los servicios de salud. En contraste, estas entidades reportan porcentajes de población indígena de entre 10 y 30 por ciento.

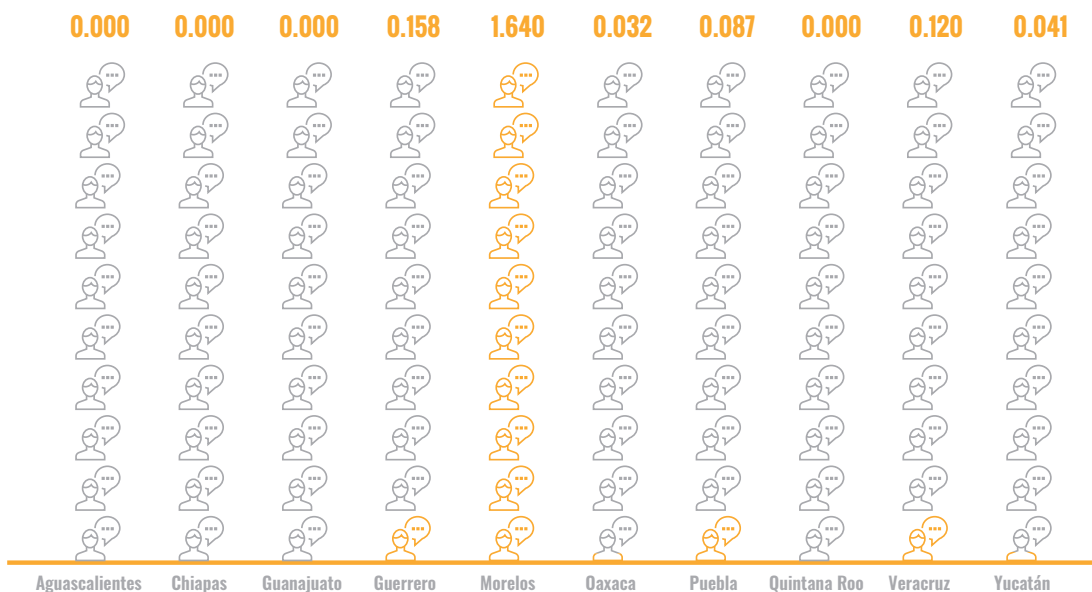
"Me permito informar que en esta institución no contamos con traductores contratados de lengua indígena. Sin embargo, contamos con auxiliares de salud, personas capacitadas por esta institución de las diversas localidades, quienes apoyan en la traducción de las atenciones que solicitan los habitantes de lengua indígena".

Secretaría de Salud de Chiapas, número de folio 1520

Una de las situaciones recurrentes fue que el personal que funge como traductor/ra se dedica al apoyo general de las áreas y es hablante de alguna lengua indígena.

Un caso relevante es Oaxaca, ya que la tasa de presencia de traductores es la más baja de las reportadas para un estado donde 32.2% de la población habla alguna lengua indígena.

TASA DE PRESENCIA DE TRADUCTORES EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO (POR ESTADO)



FUENTE: elaboración propia con base en solicitudes de acceso a la información pública (consulte los folios en el anexo) y en la Encuesta Intercensal 2015 del INEGI. Se presenta el número de traductores reportado para 2015 en todo el estado, mismo año que se toma como base para la referencia de la población indígena (se toma como referencia el indicador Hablante de Lengua Indígena).

Gráfico 3

Adaptabilidad

Por otro lado, el estado de Quintana Roo tiene mayor presencia de servicios amigables, seguido por Aguascalientes, como se observa en el **gráfico 4**. Sin embargo, en ambos el número aún es reducido, ya que, ni en el mejor de los casos (Quintana Roo), se logra contar con por lo menos tres servicios amigables por municipio. En el caso de Guanajuato, esta cantidad asciende a uno por municipio.

Es cierto que en ambos estados (Aguascalientes y Quintana Roo) la densidad poblacional es menor respecto al resto de las demás entidades, sin embargo, precisamente ese dato revela con preocupación que el resto cubre apenas una tasa de 0.5 servicios por municipio. Esto hace ver que el acceso preferente y confiable (objetivos de los servicios amigables) está aún lejos de cumplirse.

“Durante las visitas que realizamos no existió lenguaje incluyente, se siguen reproduciendo los roles de género en el lenguaje. Por ejemplo, sólo se menciona a ‘los jóvenes’, o cuando se habló de planificación el médico hizo énfasis en ‘es que las mujercitas no quieren planificar o cuidarse’, esto quiere decir que las mujeres son las únicas responsables de la planificación, sin pensar en que esta información es contraproducente y

misógina. No hubo percepción de lenguaje incluyente en ninguno de los dos centros de salud.

Investigadoras de Remiac, Chiapas

“En Oaxaca, a la usuaria simulada la doctora en turno le comentó ‘que tenía que ir acompañada de su novio para que se les orientara a los dos sobre qué método podían utilizar. Pero que para su edad sólo le podían otorgar el condón masculino y que no le podían brindar otros métodos, porque no viven en el pueblo y no sabían si los iban a utilizar de manera correcta o no’”.

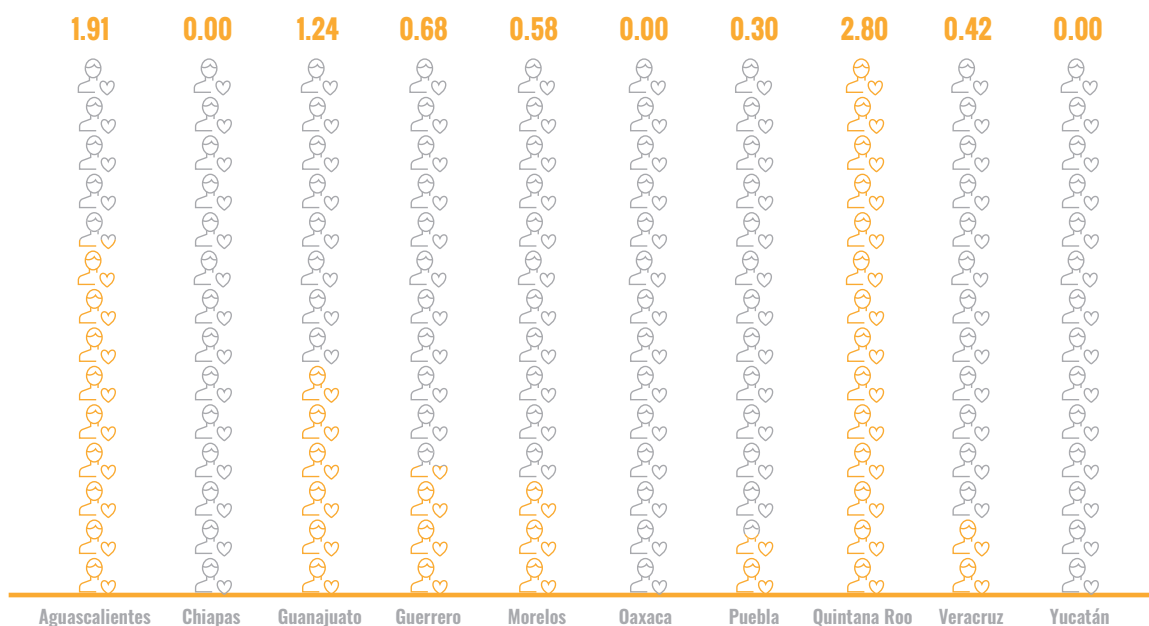
Investigadoras de la red Trenzando Saberes

“En la unidad rural se establece como requisito para todos los métodos hormonales el hecho de que las mujeres tengan que acudir reglando”.

Investigadoras de REDefine Guanajuato

Chiapas, una de las entidades con mayor presencia de población indígena, tiene el mayor número de capacitaciones al personal de salud, como se observa en el **gráfico 5**. Sin embargo, esto decrece considerablemente en el resto de las entidades con importante presencia de población indígena: Guerrero, Morelos, Oaxaca, Puebla y Veracruz.

PROMEDIO DE SERVICIOS AMIGABLES (POR ESTADO)



FUENTE: elaboración propia con base en solicitudes de acceso a la información pública (consulte los folios en el anexo) y en la Encuesta Intercensal 2015 del INEGI. Se presenta el número de servicios amigables reportados para 2015 en todo el estado, mismo año que se toma como base para la referencia del número de municipios

Gráfico 4

En los casos de Quintana Roo y Yucatán se encontró que no se había capacitado al personal en estos temas, lo que fue congruente con las respuestas que dio el personal de salud en el monitoreo de campo.

En el caso de Quintana Roo resultó complicado evaluar si el enfoque de corresponsabilidad se encontraba presente en los talleres que imparten las secretarías estatales de salud, ya que a las listas de asistencia sólo se les agregó la leyenda “Se contempla de manera general la corresponsabilidad masculina”. Esta afirmación es difícil de probar, ya que no se respondió a los requerimientos de temas, público objetivo, número de asistentes y tipo de capacitaciones impartidas (Secretaría de Salud del estado de Quintana Roo, número de folio 0035516).

Calidad

Los tiempos de espera para la atención de las/los usuarias/os simuladas/os que acudieron a las unidades de salud urbanas y rurales variaron de manera importante: mientras que en Oaxaca el tiempo de espera promedio fue de 120 minutos (dos horas), en el estado de Aguascalientes fue de 20 minutos e, incluso, en el estado de Guanajuato fue de 15 minutos.

Así, hubo dos grupos de estados: los que tendieron a unos de 30 minutos de espera (Guanajuato, Aguascalientes, Chiapas, Guerrero y Yucatán) y los que tuvieron tiempos de espera de una a dos horas (Oaxaca, Puebla, Quintana Roo y Veracruz). En un caso (Morelos) se les impidió a las investigadoras hacer ejercicios de usuario/as simulado/as.

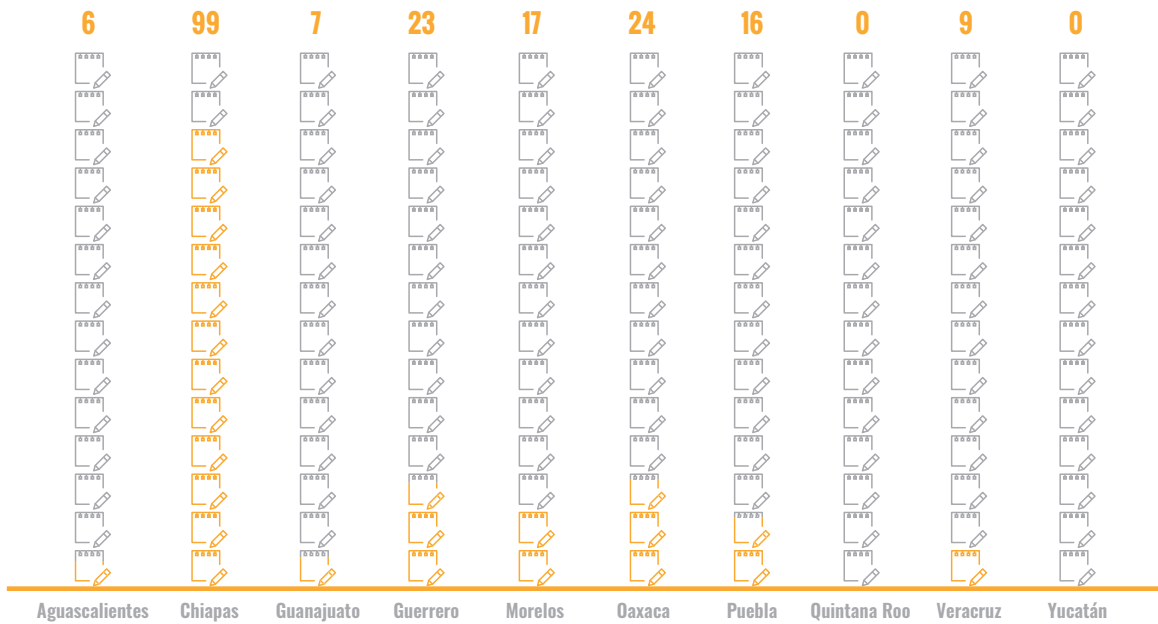
Por otra parte, como revela el indicador cualitativo del nivel de confianza hacia el personal de salud de las/los usuarias/os simuladas/os que tomaron consultas de planificación familiar, sólo en dos estados el nivel de confianza fue bueno.

“[La recepcionista] primero me dijo que no había médico, cuando 15 días antes me indicó que acudiera el lunes; fue a checar y estuve esperando como 30 minutos”.

Investigadoras de REDefine Guanajuato

En situaciones todavía muy comunes –en las que las mujeres desempeñan dobles o hasta triples jornadas, incluidas las horas de trabajo, las labores de cuidado de adultos mayores, niñas y niños, personas con alguna discapacidad, y las labores del hogar–, los tiempos de espera tan prolongados marcan un primer gran obstáculo en su acercamiento y posterior acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

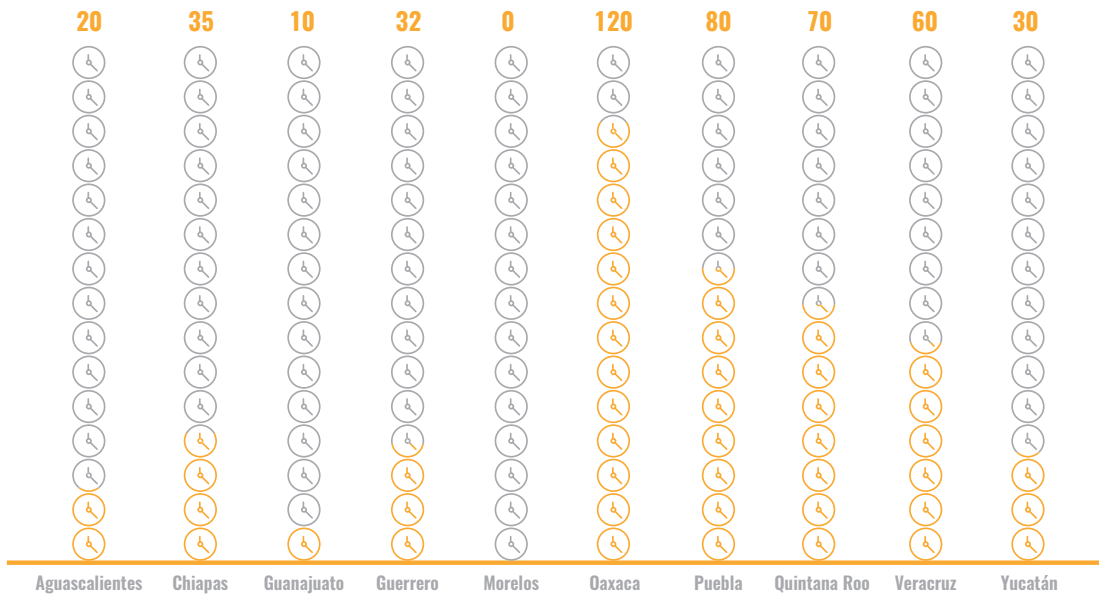
CAPACITACIONES EN TEMAS DE GÉNERO E INTERCULTURALIDAD AL PERSONAL DE LAS UNIDADES DE SALUD (POR ESTADO)



FUENTE: elaboración propia con base en solicitudes de acceso a la información pública (consulte los folios en el anexo).

Gráfico 5

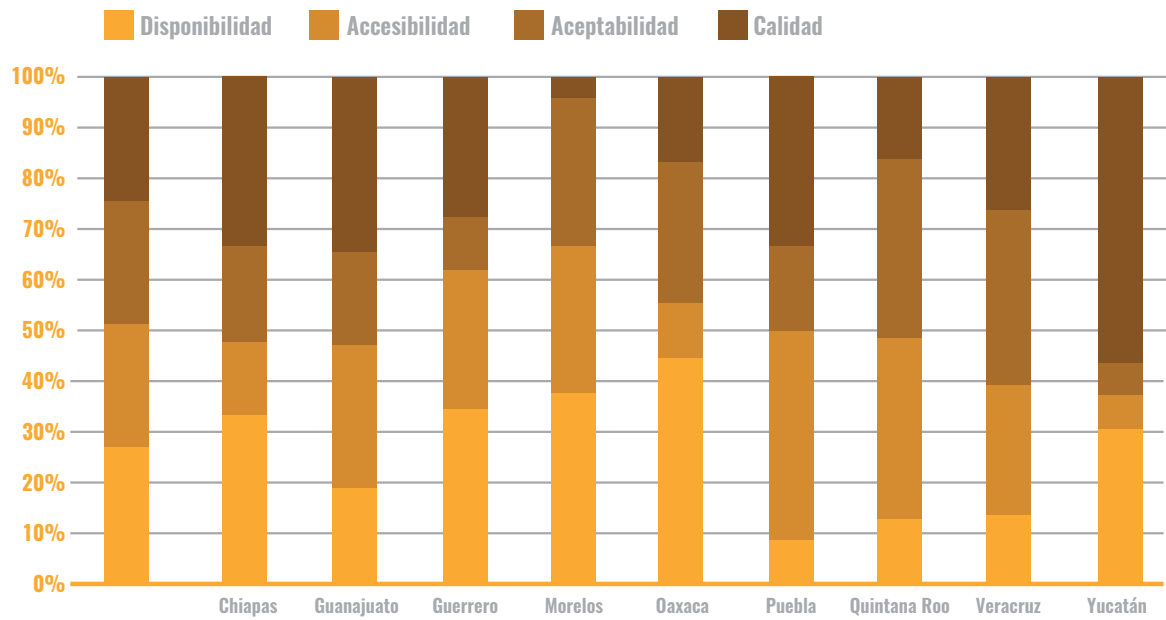
TIEMPOS DE ESPERA (EN MINUTOS) EN SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (POR ESTADO)



FUENTE: elaboración propia con base en ejercicios de usuarios/as simulados/as realizados en unidades rurales y urbanas del primer nivel de atención. Los valores igual a cero representan ausencia de datos.

Gráfico 6

IMPORTANCIA RELATIVA DE LA DISPONIBILIDAD, ACCESIBILIDAD, ACEPTABILIDAD Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (POR ESTADO)



FUENTE: elaboración propia con base en solicitudes de acceso a la información, ejercicios de usuario/as simulado/as realizados en unidades rurales y urbanas del primer nivel de atención, y datos de población, género y etnicidad reportados en la Encuesta Intercensal 2015 del INEG

Gráfico 7

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Después de un intenso proceso de formación de capacidades para las/los investigadoras/es participantes, de monitoreo de los servicios y de sistematización de la información, las/los investigadoras/es del proyecto encontraron que la focalización de esfuerzos, así como los recursos humanos y materiales destinados por el Estado para brindar acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad son insuficientes. En ocasiones, estas políticas y ejes contenidos en grandes estrategias nacionales no guardan mucha relación con la forma en que se implementan en distintos niveles y en el camino pierden el enfoque con el que pretendía resolver un problema o brindar un servicio.

Las situaciones más comunes observadas en la investigación sobre la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva fueron:

- Largos tiempos de espera en el ámbito urbano y cortos tiempos de consulta otorgados a las/los usuarias/os simuladas/os en el ámbito rural, que se vuelven una primera barrera para recibir servicios de calidad.
- En el ámbito rural, el hecho de no pertenecer al municipio donde se encuentra la unidad de salud representó una dificultad para tener acceso a los servicios y para obtener una provisión de métodos anticonceptivos.
- Hay desconocimiento acerca de los protocolos de atención en casos de violencia sexual y de normas oficiales mexicanas de salud que

abordan la anticoncepción de emergencia y los servicios amigables para población adolescente y joven.

- El enfoque de interculturalidad se reconoce como un elemento importante por parte del personal de salud, sobre todo en entidades con un porcentaje elevado de población indígena. Sin embargo, las condiciones materiales de las unidades de salud urbanas y rurales, así como los conocimientos del personal encargado de brindar la atención a la población no corresponden a esa realidad.

- Hay una tendencia a promover anticonceptivos reversibles de larga duración (ARAP), como DIU, implantes, parches, etc., sin ofrecer suficiente información a las/los usuarias/os respecto de otros métodos anticonceptivos.

- La corresponsabilidad masculina en los servicios de salud es abordada con un enfoque poblacionista y no de derechos.

- Son contadas las entidades que destinan presupuesto propio para la provisión de métodos anticonceptivos (depende casi exclusivamente de la federación, por medio de una sola fuente de financiamiento).

Estos elementos, que hoy se observan como barreras, deben modificarse para mejorar sustantivamente la calidad de los servicios y la cercanía de éstos para las poblaciones jóvenes e indígenas. A continuación, presentamos algunas recomendaciones en el **Cuadro 7**.

RECOMENDACIONES GENERALES	
HALLAZGO	RECOMENDACIÓN
<p>INEXISTENCIA DE SERVICIOS DE TRADUCCIÓN EN UNIDADES DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, ASÍ COMO DE SENSIBILIZACIÓN, CAPACITACIÓN E INFRAESTRUCTUR CON PERSPECTIVA INTERCULTURAL.</p>	<p>Disponibilidad de servicios de traducción, tanto en los mayores centros de población como en las zonas donde exista población hablante de lengua indígena, de acuerdo con la línea del objetivo 2 de la Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes.</p> <p>La provisión de intérpretes certificados puede solicitarse al Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (Inali).</p>

HALLAZGO	RECOMENDACIÓN
<p>DESCONOCIMIENTO POR PARTE DE PROFESIONALES DE SALUD DE LAS UNIDADES VISITADAS SOBRE 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.</p>	<p>Capacitaciones para asegurar que el personal de salud conozca estos servicios (anticoncepción de emergencia y profilaxis para prevención de ITS), parte fundamental de la atención para las mujeres que son víctimas de violencia sexual y que está contenida 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, al igual que en la Ley de Víctimas del estado de Aguascalientes.</p> <p>Se requiere destinar recursos específicos para este tipo de capacitaciones y asegurar que el personal en el primer nivel de atención a la salud tome los cursos y se actualice.</p>
<p>CONDICIONANTE DE “ACUDIR REGLANDO” PARA LA PROVISIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES (GUANAJUATO Y GUERRERO).</p>	<p>Eliminar dicha condicionante, para ceñirse mínimamente a las formas de administración de métodos anticonceptivos de la NOM005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar.</p> <p>Capacitar al personal en el primer nivel de atención a la salud en el conocimiento de esta norma oficial.</p>
<p>INEXISTENCIA (O Poca presencia) DE SERVICIOS AMIGABLES EN UNIDADES DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.</p>	<p>Inclusión de servicios amigables en las unidades de salud del primer nivel de atención, con los parámetros de la NOM-047-SSA2-2015, la cual 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, 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.</p>
<p>CONDICIONANTE DE ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ACUERDO CON EL ESTADO CIVIL (CASADO/A) O LA ESTABILIDAD DE PAREJA (GUERRERO).</p>	<p>Eliminar dicha condicionante, con base en la NOM-047-SSA2-2015,¹⁸ la cual 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, 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.</p>

Cuadro 7

El presente ejercicio de contraloría ciudadana se sustenta en la hipótesis de que la información pública es un derecho puente que facilita el acceso a otros derechos, como la salud o la participación en la toma de decisiones en la vida pública. Debe ejercerse por cualquier persona, sin importar su origen étnico o nacional, el color de piel, la cultura, el sexo, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, económica, de salud o jurídica, la religión, la apariencia física, las características genéticas, la situación

migratoria, el embarazo, la lengua, las opiniones, las preferencias sexuales, la identidad o filiación política, el estado civil, la situación familiar, las responsabilidades familiares, el idioma, los antecedentes penales o cualquier otro motivo.

¹⁸ 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.

Esta investigación reveló que las/los jóvenes y las mujeres indígenas que participaron en este proceso se encontraron con diversos escenarios desfavorables al hacer uso de su derecho de acceso a la información: plataformas caídas temporalmente, folios que no recibieron respuesta, respeto al anonimato de quien solicitó la información. Por su parte, en la investigación de campo se encontraron con largos tiempos de espera, información sesgada y situaciones claramente discriminatorias.

No obstante, en el proceso las/los investigadoras/es reforzaron el conocimiento de sus derechos y desarrollaron capacidades para ejercerlos y exigirlos. Los resultados del monitoreo dan sustento a las/los participantes para hacer un llamado a las autoridades responsables para que implementen acciones a fin de mejorar la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva.

Esta investigación confirmó que el acceso a la información es una herramienta útil para la exigencia de otros derechos, pero en la práctica el sistema resulta insuficiente para la mayor parte de la ciudadanía, pues, tal como sucedió en este ejercicio, para obtener información valiosa fue necesario un proceso de capacitación en el uso del sistema de acceso a la información, la asesoría de especialistas, una red de apoyo y recursos económicos.

La información obtenida reveló carencias estructurales en la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva en los tres ejes analizados: abasto de métodos anticonceptivos, provisión con enfoque de interculturalidad y presencia del componente de corresponsabilidad masculina. La experiencia de las/los investigadoras/es que solicitaron los servicios evidenció además deficiencias en el trato ofrecido a jóvenes y mujeres indígenas como usuarias de los servicios de salud: por ejemplo, al reforzar estereotipos o minimizar sus necesidades.

Buscamos que estos hallazgos sean un llamado a las autoridades responsables de evaluar, rediseñar e implementar las políticas de salud sexual y reproductiva, e incentiven más ejercicios de gobernanza en los que la ciudadanía y el gobierno colaboren para identificar fallas y soluciones de manera conjunta, continua y transparente, donde la corresponsabilidad derivada del diálogo sea un elemento permanente.

REFERENCIAS

Encuesta Intercensal, Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 2015.

Censo de Población y Vivienda 2010, INEGI.

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 General de Víctimas.

CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (art. 12).

Diario Oficial de la Federación (2008). Catálogo de las lenguas indígenas nacionales: variantes lingüísticas de México con sus autodenominaciones y referencias geoestadísticas. Instituto Nacional de Lenguas Indígenas, 14 de enero de 2008.

Gobierno federal (2015). Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. México.

Norma Oficial Mexicana. NOM-005-SSA2-1993, “De los servicios de planificación familiar”.

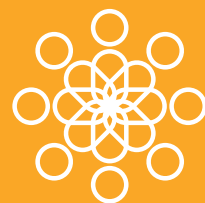
Norma Oficial Mexicana. NOM-046-SSA2-2005, “Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención”.

Norma Oficial Mexicana. NOM-047-SSA2-2015, “Para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad”.

Potts, Helen y 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. Adherence meeting report. Organización Mundial de la Salud, Ginebra. *Med Clin (Barcelona)*, 2001; 116 (supl. 2): 141-146.





ILSB
Género • Innovación • Liderazgo