



LO PÚBLICO ES NUESTRO

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

ESTADO DE MÉXICO



INSTITUTO DE LIDERAZGO SIMONE DE BEAUVOIR

Autoría:

Ana Joaquina Ruiz Guerra
Ángel Ruiz
Rubén López
Tania Martínez
Aída Bustos

Apoyo de investigación:

Ana Laura Flores Torres

REDefine

Sofía Alessio-Robles
Mariana Mancilla
Pascale Brennan
Cristina Santana

REDefine Estado de México (investigadores LPEN)

Jaqueline Palma Mota
Tonatiúh Navarro Caballero

Revisión de investigación y texto por REDefine Estado de México

René Reyes Hernández
Lizbeth Marcelino Reyes
María Fernanda Rangel López

Directora:

Friné Salguero

Subdirectora:

Valentina Zendejas

Coordinadora de edición:

Arabella Jiménez

Diseño:

Murcio Editores

“Esta investigación se realizó con apoyo de The William and Flora Hewlett Foundation y Open Society Foundations.”

© Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir
Tabasco 68, int. 3, colonia Roma, Cuauhtémoc, 06700
Ciudad de México

www.ilsb.org.mx/embarazoadolescentes

LO PÚBLICO ES NUESTRO

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

ESTADO DE MÉXICO

ÍNDICE

06

Presentación

10

Salud sexual y
reproductiva
en el Estado de
México

15

Hallazgos

24

Hallazgos
en materia
de criterios de
servicios de
salud sexual y
reproductiva

30

Conclusiones
generales

33

Recomenda-
ciones

36

Referencias



Presentación

México es el país de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) con mayor número de embarazos en adolescentes:¹ su tasa de fertilidad es de 69 nacimientos por cada 1000 adolescentes. La Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) es la respuesta del gobierno federal a esta situación.

Resultados de la investigación

Por medio de 90 acciones concretas de diversas instancias gubernamentales, coordinadas por el Consejo Nacional de Población (Conapo), la Secretaría de Salud (SS) y el Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres), se adopta el compromiso para 2030 de reducir en 50% la tasa específica de fecundidad en adolescentes (entre 15 y 19 años) y erradicar el embarazo en niñas de entre 10 y 14 años.

En este contexto surge Lo Público es Nuestro, un ejercicio de contraloría social para vigilar la provisión de servicios públicos de salud en cuatro líneas:

1. El abasto, el acceso y la promoción de métodos anticonceptivos para adolescentes y mujeres indígenas.
2. La perspectiva intercultural en la atención de la salud sexual y reproductiva.
3. La promoción de la corresponsabilidad entre hombres y mujeres en salud sexual y reproductiva.
4. La atención de casos de violencia sexual o familiar, a partir del conocimiento e implementación de la NOM 046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención,² que incluye el acceso a anticoncepción de emergencia, así como a la interrupción del embarazo en víctimas de dichos tipos de violencia.

En el proceso de monitoreo y vigilancia se pone en el centro la perspectiva de juventudes y la interculturalidad en la entrega de los servicios. Son las y los jóvenes, y las mujeres indígenas quienes participan como investigadores de dos redes que forman parte del ILSB: REDefine, la red de liderazgos jóvenes que desde 2011 promueve y defiende los derechos sexuales y reproductivos en 12 estados del país,³ y el Programa de Mujeres Indígenas (Promui),⁴ que contribuye a reducir las brechas de desigualdad de las mujeres indígenas mediante procesos de fortalecimiento y articulación de los liderazgos.

La gran virtud de Lo Público es Nuestro es construir y replicar modelos de monitoreo de los servicios de salud a partir del ejercicio del derecho de acceso a la información y la investigación en campo, lo que fortalece un ejercicio de ciudadanía informada y participativa para la mejora de los servicios de salud desde la visión y las necesidades de las y los usuarios.

¹ Datos obtenidos de los Registros Administrativos de Natalidad, Inegi, disponibles en: <https://www.inegi.org.mx/programas/natalidad/default.html#Microdatos>

² La NOM es la norma oficial mexicana que regula la forma en que deben darse los servicios de salud por el personal médico, en este caso, para la atención de la violencia sexual en clínicas de primer nivel de atención.

³ Ver más en: <http://ilsb.org.mx/redefine>

⁴ Ver más en: <http://ilsb.org.mx/promui>



Diagrama 1. Metodología del proyecto Lo Público es Nuestro



Talleres para el desarrollo de capacidades: Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos.
Acceso a la información e investigación de campo.

Definición y diseño de los instrumentos de investigación para cada red y estado.

Investigación y monitoreo de los servicios de salud por medio de: entrevistas a profundidad, cuestionarios de observación participante, usuario simulado y solicitudes de acceso a la información.

Obtención de hallazgos desde las redes para evaluar la entrega de servicios de salud y el sistema de transparencia en México.

Análisis y desarrollo de diagnósticos y recomendaciones.

Desarrollo de la estrategia de incidencia.

Implementación de la estrategia de incidencia.

Transformación de los servicios de SSyR, y de los sistemas de acceso a la información, para que sean de calidad, accesibles, asequibles, pertinentes culturalmente.

2

Salud sexual y reproductiva en el Estado de México

El Estado de México tiene aproximadamente 16.2 millones de habitantes, de los cuales 2.74% es población de más de tres años hablante de lengua indígena (alrededor de 384 mil personas). El 17.42% de la población se autoadscribe como indígena y 1.64% se considera indígena en parte.⁵ Las lenguas más habladas son mazahua (29.55% de la población hablante de lengua indígena), otomí (25.36% de la población hablante de lengua indígena) y náhuatl (17.58% de la población hablante de lengua indígena).

Resultados de la investigación

En 2015, 7.73% de las mujeres adolescentes entre 10 y 18 años en la entidad fueron madres. Los municipios de Ayapango (12.52%), Joquicingo (11.19%) y Coyotepec (10.71%) fueron los que reportaron un mayor porcentaje de madres adolescentes (Inegi, Encuesta Intercensal 2015). La media estatal del Estado de México rebasa la media nacional (7.63%), al mismo tiempo que un número considerable de municipios (19) tiene un porcentaje cercano a 10% de mujeres adolescentes con hijas o hijos. Estos datos son preocupantes para un fenómeno que en sus consecuencias afecta de manera directa y negativa la autonomía de mujeres adolescentes y jóvenes.

Gráfica 1. Prevalencia del embarazo en la adolescencia en el Estado de México



Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Intercensal del Inegi, 2015. Para más información, consultar: <http://iilsb.org.mx/embarazoenadolescentes>



Estado: Estado de México 7.73%



© Datos obtenidos de la Encuesta Intercensal del Inegi, 2015; disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/default.html#Microdatos>



Las repercusiones del embarazo en adolescentes afectan directamente su plan de vida:

- A escala nacional, el embarazo en la adolescencia es la sexta causa de abandono escolar entre jóvenes, aunque en mujeres es la segunda causa de deserción. En el Estado de México, la tasa de abandono total para mujeres en educación media superior es de 12.8% (Indicadores de Acceso y Trayectoria Escolar del INEE), debajo de la media nacional para mujeres, que es de 13.3 por ciento.

Si bien el embarazo en la adolescencia tiene consecuencias graves en mujeres y hombres, el efecto negativo es mayor para ellas. En el ejercicio de la maternidad estas desigualdades se profundizan:

- Mientras que 76.55% de las mujeres sin hijas e hijos estudian, sólo 7.64% de quienes son madres lo hace; mientras que 5.61% de las mujeres sin hijas e hijos se dedica a quehaceres del hogar,⁶ 73.51% de las mujeres que son madres lo hace. El cambio más drástico en la vida de las adolescentes es reemplazar el estudio por las labores domésticas y de cuidado.
- Las mujeres aceleran su ingreso al mercado de trabajo como menores de edad: mientras que 6.98% de las mujeres adolescentes sin hijas e hijos son económicamente activas, cuando ellas son madres, esta cifra asciende a 13.47 por ciento.

⁶ La encuesta intercensal del Inegi refiere como "quehaceres del hogar" al trabajo doméstico y de cuidados.

⁷ La encuesta intercensal llama al trabajo doméstico y de cuidados "quehaceres del hogar".

Gráfica 2. Actividades principales de mujeres adolescentes



Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Intercensal del Inegi, 2015.⁷ Para más información, consultar: <http://ilsb.org.mx/embarazoenadolescentes>

Resultados de la investigación

El acceso a la salud se precariza cuando se es madre adolescente, ya que se deja de contar con los servicios de seguridad social y aumenta su afiliación al Sistema de Protección Social en Salud o Seguro Popular, el cual no ofrece una gama amplia de servicios de salud, ni cuenta con servicios adicionales como el de guardería. Esto puede deberse a que las madres adolescentes no suelen tener empleos formales;⁸ otra explicación está en que, al dejar de ser dependientes de sus familias o al dejar de estudiar, pierden su afiliación a la seguridad social. Los datos lo confirman:

- El IMSS reporta un descenso de 21.62% de adolescentes afiliadas sin hijas e hijos a 10.64% con hijas e hijos. El ISSSTE lo reporta de 3.08 a 0.7 por ciento.
- En contraste, aumenta significativamente la afiliación al Seguro Popular cuando las mujeres adolescentes se convierten en madres: de 67.46% sin hijas e hijos a 85.25% cuando son madres.

Gráfica 3. Acceso a servicios de salud por parte de mujeres adolescentes



⁸ Folio de la SAI número 00441/ISEM/IP/2018.

Elaboración propia con datos de la Encuesta Intercensal de INEGI, 2015. Para más información, consultar: <http://ilsb.org.mx/embarazoadolescentes>

3

Hallazgos

Las y los investigadores del Estado de México trabajaron sobre los cuatro ejes de análisis: abasto, acceso y promoción de métodos anticonceptivos para adolescentes; promoción de la corresponsabilidad entre hombres y mujeres en salud sexual y reproductiva; perspectiva intercultural en la atención de la salud sexual y reproductiva y atención de casos de violencia sexual o familiar, así como el acceso a la anticoncepción de emergencia e interrupción legal del embarazo a víctimas de dichos tipos de violencia por medio de la implementación de la NOM-046-SSA2-2005.



Su investigación de campo fue realizada en las clínicas del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM) Alfredo del Mazo, ubicada en el municipio de Toluca (urbana), y de San Francisco Tlaltenco, que está en el municipio de Mexicaltzingo (rural). Cabe mencionar que la clínica del ISSEMyM requiere afiliación por ser un servicio para trabajadores del gobierno del estado y sus familiares.

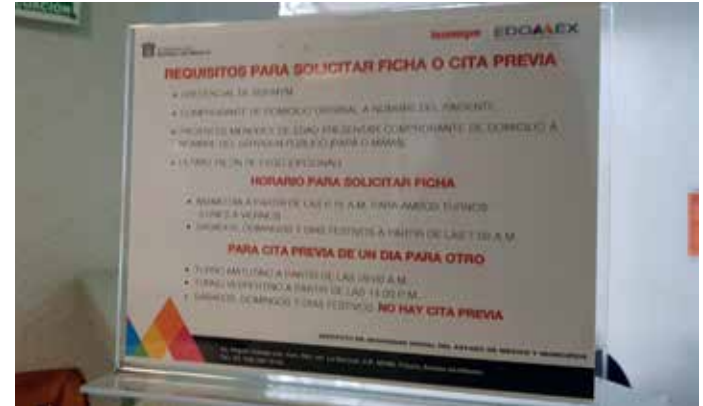
Entre sus conclusiones generales, las y los investigadores encontraron que hay brechas en la implementación de la NOM-046, ya que existen prejuicios en el actuar del personal de salud y no cuenta con información suficiente para actuar conforme al marco legal, por lo que es necesario reforzar su aplicación.

a) Abasto, acceso y promoción de métodos anticonceptivos para adolescentes y mujeres indígenas

Toda la información solicitada vía acceso a la información muestra que hay suficiente abasto de métodos anticonceptivos. Sin embargo, los mecanismos de compra y distribución no son claros, lo que ocasiona que en las clínicas no necesariamente haya disponibilidad ni accesibilidad a los métodos.

Sumado a ello, el acceso a atención y métodos anticonceptivos se ve limitado por los horarios en los que se entregan las fichas para la atención médica, ya que éstos son inseguros y no son amigables para adolescentes, como se muestra en la siguiente foto.

De acuerdo con la siguiente tabla (1), podemos ver que hay abasto suficiente de métodos anticonceptivos en el estado, a pesar de que su adquisición no fue por mecanismos de compra consolidada.⁹ También se puede apreciar que no hay claridad en la forma de distribución de los métodos, ya que en ocasiones se distribuye más de lo adquirido y en otras menos.



Letrero en el ISSEMyM (clínica urbana) donde especifica los requisitos y horarios para solicitar ficha.

⁹ Sic

Resultados de la investigación

Tabla 1. Adquisición y distribución de métodos anticonceptivos durante 2016 y 2017 de acuerdo con información proporcionada por el Instituto de Salud del Estado de México (ISEM)

Método	Cantidad adquirida ene.-dic. 2016 (en piezas)	Cantidad distribuida 2016(en piezas)	Cantidad adquirida ene.-dic. 2017 (en piezas)	Cantidad distribuida 2017 (en piezas)
Implante hormonal	52 000	32 519	58 000	46 073
DIU T "CU"	75 500	110 246	70 000	13 328
DIU nulíparas	1 500	0	14 000	1 500
DIU medicado ¹⁰	24 000	20 388	24 000	16 165
H. oral clave 3507	300 000	179 407	300 000	236 709
H. oral clave 3508	No se adquirió	30 814	50 000	0
H. oral clave 4506	8 200	No disponible	4 880	No disponible
Parche	182 000	162 805	250 110	179 667
Inyectable hormonal mensual ¹¹	75 000	401 737	160 000	264 727
Inyectable hormonal bimensual	300 000	97 073	118 090	103 657
Anticoncepción de emergencia	10 000	22 594	8 000	26 890

Fuente: elaboración propia con base en las respuestas a las solicitudes de acceso a la información con folios 00435-004356-00437-0438-ISEM/IP/2018 y 00435-004356-00437-0438-ISEM/IP/2018.

¹⁰ En la distribución, se refiere a la suma de las claves 3509 y 3515

¹¹ Folio de la SAI número 00440/ISEM/IP/2018



El abasto reportado como suficiente es consistente con lo encontrado en la investigación de campo en cuanto a preservativos masculinos, pastillas e inyecciones anticonceptivas (mensual, bimensual y trimensual), implante subdérmico y dispositivo intrauterino (cobre y hormonal-MIRENA). Durante el ejercicio de usuaria simulada (US) se obtuvo la provisión de un condón femenino, aunque no se proporcionó una explicación sobre cómo colocarlo. En ambas clínicas, la aplicación de anticonceptivos es gratuita. Sin embargo, en la clínica urbana, al ser del ISSEMyM, sólo se atiende a personas afiliadas, lo que requiere ser empleada(o) del gobierno o familiar directo de alguna empleada(o) del gobierno afiliada(o).

En cuanto a la aplicación de los métodos anticonceptivos hormonales, se hace un estudio clínico individualizado y dependiendo de las características de la usuaria se le otorga el anticonceptivo, lo que es una buena práctica en consonancia con la NOM-005-SSA2-1993. Para su aplicación se requiere realizar la prueba de papanicolaou y, si es candidata, se le propone este método y aplica; en el caso del DIU medicado, además se debe de hacer un perfil tiroideo. Todos los métodos los otorga el personal de enfermería, a excepción del MIRENA (DIU hormonal), que tiene que recomendarlo el o la médico(a) general o el o la ginecólogo(a), y cuyo tiempo de espera es de cuatro a cinco meses. En ningún caso se mencionaron métodos quirúrgicos en la consejería.

El Instituto de Salud del Estado de México reportó casi 20 ciclos de capacitaciones en planificación familiar.¹² Sin embargo, no existe evidencia sobre su eficacia, debido a que, tanto en el ejercicio de US como en las entrevistas, se observó que la consejería en planificación familiar depende en mucho del criterio y las opiniones del personal médico. Por ejemplo, el personal entrevistado señaló que “por normatividad no tienen permitido otorgar métodos anticonceptivos a menores de 18 años, por promover el inicio de la vida coital temprana”. De igual forma, reportó que las y los adolescentes no solicitan métodos anticonceptivos debido a que, por

¹² Folio de la SAI número 0049/ISEM/IP/2018

Resultados de la investigación

lo general, acuden acompañados de sus padres por lo que no piden los métodos frente a ellos. Por otro lado, en la unidad rural, la enfermera opinó que es decisión de cada quien el uso de métodos anticonceptivos, sin referir a alguna normatividad, e incluso promueve el uso de métodos de barrera.

A pesar de que existen los métodos anticonceptivos con suficiencia y disponibilidad, aún persisten vacíos en su promoción por parte del personal de salud, al mismo tiempo que el acceso a ellos se ve limitado por dicho personal. Por esta razón, es importante continuar con la capacitación en la NOM-005-SSA2-1993 y la NOM-047-SSA2-2015, así como en la elaboración de guías para la consejería en planificación familiar.

b) Perspectiva intercultural en la atención de la salud sexual y reproductiva

Hay una ausencia notable de perspectiva intercultural en la atención de la salud sexual y reproductiva, ya que comprobamos que no existe material traducido en lengua indígena, capacitaciones en interculturalidad en salud para el personal médico,¹³ servicios de traducción o infraestructura adaptada a la interculturalidad.

En cuanto a los materiales de información o comunicación traducidos en lengua indígena, constatamos que no existen para las personas usuarias, ni para el personal de salud.¹⁴ Tampoco hay plazas específicas para personal de salud adscrito como traductor o intérprete especializado con pago digno en los servicios de salud,¹⁵ ni mecanismos para asegurar que este personal llegue de otras instituciones.

A partir de la investigación de campo, comprobamos que el personal de salud tiene la percepción de que la atención a personas indígenas se debe realizar en lugares específicos y no en unidades de salud generales, excusándose por no integrar la perspectiva intercultural en que no existe población indígena en la zona.¹⁵ El personal de salud en Toluca dijo, por ejemplo: "Nosotros [en el centro de salud] no



Material de difusión sobre el “mes del adolescente”, clínica rural.

¹³ Folio de la SAI número 00445/ISEM/IP/2018.

¹⁴ Folio de la SAI número 00443/ISEM/IP/2018.

¹⁵ Dos de cada diez personas en el Estado de México se consideran o consideran en parte como indígenas, siendo un total de 456,409 personas según la Encuesta Intercensal del INEGI de 2015.



somos una institución que dé atención médica a pacientes con diferentes idiomas o lenguaje porque los derechohabientes trabajan para el gobierno y normalmente los que trabajan tienen algún tipo de estudio y no es su lengua primaria”.

De lo anterior se deriva que para el personal de salud no es sorprendente que no exista material en lengua indígena, aduciendo que nunca se había necesitado. Ello ignora a la población indígena existente, las dinámicas migratorias, así como la obligación del Estado mexicano de contar con servicios de salud no discriminatorios e interculturales, lo que perpetúa el desconocimiento de las necesidades específicas de los pueblos indígenas de la zona, violando así el derecho a la no discriminación como requisito para el acceso y ejercicio del derecho a la salud.

c) Promoción de la corresponsabilidad entre hombres y mujeres en salud sexual y reproductiva

La promoción de la corresponsabilidad entre hombres y mujeres se traduce en la ausencia de mecanismos y esfuerzos institucionales para asegurar atención en salud sexual y reproductiva que fomente la corresponsabilidad de los hombres en el ejercicio de la sexualidad y la prevención del embarazo en la adolescencia. Debido a que la corresponsabilidad puede ser compleja de entender, observamos que su ejercicio puede traducirse, también, en la promoción de la vasectomía y las pruebas para detectar y atender infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo VIH. Los hallazgos de la investigación son los siguientes.

No hay capacitaciones en materia de corresponsabilidad masculina ni presupuesto destinado para ellas.¹⁶ Tampoco existen materiales de comunicación, puesto que, a pesar de que se reportó la existencia de dípticos de vasectomía sin bisturí (3 069 para 2016 y 3 000 para 2017),¹⁷ ninguno pudo encontrarse en las visitas de campo.¹⁸ En el ejercicio de usuaria simulada realizado en la clínica rural se men-



Materiales de difusión sobre embarazo y otros temas (completamente en castellano), clínica urbana.



¹⁶ Folio de la SAI número 0049 /ISEM/IP/2018.

¹⁷ Folio de la SAI número 00459/ISEM/IP/2018.

¹⁸ En la unidad urbana el médico refirió que la información se encontraba con el consultor de planificación familiar, quien no la dio cuando se le visitó. En la unidad rural, no hay ningún material de difusión al respecto o visible. Aunque refieren de su existencia en la clínica, no lo muestran.

Resultados de la investigación

cionó que la práctica de la vasectomía requiere referencia a otra clínica.

En las entrevistas, el personal de salud refiere que es indispensable la corresponsabilidad entre hombres y mujeres en el ejercicio de la sexualidad. Sin embargo, en el ejercicio de usuaria simulada se hacía énfasis en que la responsabilidad reproductiva es sólo de las mujeres. Consecuencia de lo anterior es que el personal de salud de la clínica urbana dijo en el ejercicio de la US: al hombre sólo se le puede ofrecer preservativo, pero a la mujer un estudio personalizado. Igualmente, cuando la usuaria simulada reportó en la clínica rural que su pareja sexual no quería utilizar métodos anticonceptivos, este respondió que eso correspondía al ámbito privado de la pareja y que la decisión de usarlos era de cada persona.

Sobre la detección de VIH e ITS, en la clínica rural no contaban con pruebas rápidas. En caso de pacientes con ITS o VIH canalizan al centro especializado de Toluca o a los Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención en Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) más cercanos.

Como podemos constatar, aún hay mucho trabajo que hacer para promover la corresponsabilidad en los centros de salud.

d) Atención de casos de violencia sexual o familiar, así como el acceso a la anticoncepción de emergencia e interrupción legal del embarazo en víctimas de dichos tipos de violencia.

La atención a la violencia sexual requiere capacitación, sensibilización del personal de salud, así como la entrega de anticoncepción de emergencia y profilaxis postexposición al VIH para una atención de calidad.

En materia de abasto de medicamento, el Instituto de Salud del Estado de México reportó que cuenta con abasto de anticoncepción de emergencia, aunque no respondió si tenían o no profilaxis postexposición al VIH para su entrega tras un



episodio de violencia sexual.¹⁹ En el trabajo de campo se verificó que **el uso de la pastilla de anticoncepción de emergencia (PAE) se provee en casos de violación.**

En términos de capacitaciones para profesionalizar al personal en la norma oficial mexicana NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, solamente se impartieron dos en 2017, mismas que tuvieron como público objetivo a auxiliares de enfermería.²⁰ No es claro si la capacitación fue eficiente, suficiente en contenidos y vasta, lo que se corrobora en el trabajo de campo, ya que a partir de las entrevistas realizadas se indicaron respuestas que contravenían la normatividad (aunque el personal mencionó que conocía la NOM y, en consecuencia, el protocolo de atención).

Por ejemplo, en las respuestas se habló de enviar a la víctima al ministerio público para interponer una denuncia. De acuerdo con la NOM-046, esto no es necesario, ni siquiera en el caso de menores de edad, desde 2016. También se mencionó el proceso de referenciar a otras clínicas para pruebas de ITS antes de iniciar con la profilaxis postexposición, ignorando que la NOM-046 menciona que se debe dar este tratamiento para evitar que se desarrolle una infección. Finalmente, se impuso una serie de mecanismos administrativos para la atención, cuando sólo es necesario el testimonio de la víctima.

Para una mejor atención de los casos de violencia sexual, quienes otorguen la capacitación se deberían asegurar de que las capacitaciones sean al personal médico y de enfermería (incluyendo auxiliares), en cuyo contenido se encuentren las actualizaciones a la NOM-046. Asimismo, que existan guías, protocolos o rutas de acción para que el personal de salud dé cumplimiento a la NOM-046. Sería ideal, igualmente, que haya un monitoreo constante para una provisión adecuada de dichos servicios de emergencia.

¹⁹ Folio de la SAI número 00435-004356-00437-0438-ISEM/IP/2018.

²⁰ Folio de la SAI número 00440/ISEM/IP/2018.



Hallazgos en materia de criterios de servicios de salud sexual y reproductiva

El enfoque DAAC es el más común para evaluar el marco de derechos humanos en la provisión de servicios de salud (ONU/OMS), de acuerdo con la observación general número 14 del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) que refiere al “disfrute del más alto nivel posible de salud”.²¹ Dicho enfoque contiene las siguientes dimensiones de los servicios de salud: Disponibilidad,²² Accesibilidad,²³ Aceptabilidad,²⁴ y Calidad.²⁵

²¹ (U.N. Doc. E/C.12/2000/4). Cf. Helen Potts y Paul H. Hunt (2008), “Participation and the right to the highest attainable standard of health. Project Report. Human Rights Centre, Colchester, Essex.

²² Se refiere a que los servicios públicos de salud sean funcionales; que las instalaciones, los bienes, los servicios, el personal, los insumos y los programas sean suficientes para la población hacia la que van dirigidos.

²³ Son las facilidades físicas, económicas (costos razonables) y de información, para que ninguna sea discriminatoria por razón de género, edad o condición étnica.

²⁴ Sucede cuando los servicios, las instalaciones y el trato sean culturalmente apropiados, incluyendo razones étnicas, de edad y de género.

²⁵ Se refiere a que los servicios sean científica y médicamente apropiados, y estén dentro de un marco de derechos al cumplir con los estándares nacionales e internacionales en la materia.

Resultados de la investigación

La investigación realizada en el marco del proyecto de LPEN comprende una evaluación ciudadana de dichos servicios con el enfoque DAAC, la cual refiere a:

Eje de investigación	Disponibilidad	Accesibilidad	Aceptabilidad	Calidad
Abasto, acceso y promoción de métodos anticonceptivos para adolescentes y mujeres indígenas.	Hay insumos suficientes para la atención de salud sexual y reproductiva. Sin embargo, no es clara la razón por la cual la compra de métodos anticonceptivos no coincide con la cantidad distribuida, lo que puede afectar al usuario final.	La necesidad de afiliación en algunas clínicas del estado limita el acceso a métodos anticonceptivos. Se debe garantizar que se hagan estudios basados en las necesidades del paciente para la prescripción de métodos y que la exigencia de prueba de papanicolaou sea conforme a la NOM-005. La consejería se ve influenciada por los prejuicios de quien la provee, en ocasiones limitando el acceso a los métodos para los adolescentes.	No existe evidencia de que la consejería en planificación familiar sea neutral o adaptada a la perspectiva de juventudes o población indígena. Aún se ve influenciada por los prejuicios de quien la otorga.	No hay evidencia para saber si la provisión de anticoncepción es de calidad, ya que no hay reglas claras de distribución a los centros de salud; tampoco sobre la forma en que se dan a los usuarios finales. No existen guías para que la consejería esté libre de prejuicios.



Eje de investigación	Disponibilidad	Accesibilidad	Aceptabilidad	Calidad
<p>Implementación de la perspectiva intercultural en salud.</p>	<p>No existen materiales disponibles en lengua indígena, tampoco hay intérpretes ni traductores para la atención a la salud. No hay una guía o ruta crítica con los pasos que deben seguirse para tener acceso a servicios de traducción en caso de necesitarse.</p>	<p>Al no haber traducción o materiales, las personas hablantes de lenguas indígenas no tienen acceso a los servicios de salud.</p>	<p>No existen mecanismos en las unidades de salud para adaptar culturalmente los servicios de salud, ni personal que pueda ejercer como intérprete o traductor. Se niega la necesidad de adaptar culturalmente los servicios.</p>	<p>Hay discriminación al negarse la necesidad de proveer servicios de salud de calidad adaptados culturalmente a población indígena.</p>

Resultados de la investigación

Eje de investigación	Disponibilidad	Accesibilidad	Aceptabilidad	Calidad
<p>La promoción de la corresponsabilidad entre hombres y mujeres en salud sexual y reproductiva.</p>	<p>En entrevistas, el personal médico refiere que conoce la existencia de material sobre corresponsabilidad, aunque no se pudo constatar. También hay la disponibilidad de tener acceso a vasectomía sin bisturí y detección de VIH e ITS.</p>	<p>En campo no se pudo corroborar la existencia del material que se alega que existe para fomentar la corresponsabilidad, por lo tanto no hay información certera sobre las acciones que los hombres pueden realizar para ejercer su responsabilidad en lo relativo a la reproducción. Más aún, la vasectomía requiere referencia externa, y no siempre se hacen las pruebas de detección de VIH e ITS.</p>	<p>En la consejería, si bien se aduce que la corresponsabilidad en la prevención del embarazo en la adolescencia es de ambos, en general se menciona que tiene mayor responsabilidad la mujer. Hay que elaborar guías para el fomento de la corresponsabilidad que sean amigables para adolescentes y jóvenes de ambos sexos.</p>	<p>Para la promoción de la corresponsabilidad con calidad, aún se requiere que la consejería en planificación familiar y la atención no se vean influenciadas por los prejuicios del personal de salud.</p>



Eje de investigación	Disponibilidad	Accesibilidad	Aceptabilidad	Calidad
<p>La atención de casos de violencia sexual o familiar, a partir del conocimiento e implementación de la NOM 046-SSA2-2005, “Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención”</p>	<p>Hubo algunas capacitaciones para la atención de la violencia sexual; también hay suficiente existencia de la pastilla de anticoncepción de emergencia. No es claro que se provean los medicamentos para la profilaxis postexposición al VIH.</p>	<p>La falta de capacitación o su eficiencia refleja que no siempre se aplican los criterios marcados por la NOM-046 en casos de atención de la violencia sexual.</p>	<p>Las víctimas de violencia sexual requieren una atención específica y de emergencia. Sin embargo, no hay ninguna evidencia de que se otorgue. Se requiere mayor capacitación en la NOM-046, la supervisión de estos servicios y la elaboración de guías para la atención de víctimas de violencia sexual.</p>	<p>Se limita la atención a las víctimas de violencia sexual cuando se les remite al MP, o bien cuando no se proveen medicamentos post-exposición. Se niega así una atención con calidad.</p>



Conclusiones generales

Resultados de la investigación

En el Estado de México existen 150 servicios amigables, sin embargo, no se ha hecho lo necesario para que la atención en salud sexual y reproductiva, dirigida a reducir el embarazo en adolescentes, sea aún más adecuada y de mayor calidad. Hay suficiencia en abasto de métodos anticonceptivos en el nivel central y quizá en la mayoría de las clínicas, aunque esto no se puede corroborar por la falta de transparencia en la distribución. Asimismo, hace falta la existencia de guías de planificación familiar con perspectiva de juventudes, género y pertinencia cultural que hagan énfasis en la corresponsabilidad y los derechos de adolescentes y jóvenes, a fin de que la provisión de métodos y la consejería no dependa del arbitrio del personal de salud.

En materia de calidad y aceptabilidad de la atención médica, no encontramos traductores ni lineamientos para solicitar servicios de traducción, incluso se negó la existencia de personas indígenas en el estado como una clara falta de sensibilización en cuanto a la perspectiva intercultural. Por su parte, fuera de los servicios amigables, la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva no cuentan con una perspectiva de juventudes.

Finalmente, hay que decir que, aunque existe capacitación en cuanto a la NOM-046, así como suficiencia de anticoncepción de emergencia, la falta de guías para la atención a víctimas de violencia sexual provoca confusión a la hora de implementar la NOM. Por este motivo, el personal médico menciona que debe referir a las y los pacientes al ministerio público o esperar referencias externas para la provisión de anticoncepción de emergencia o profilaxis postexposición, lo cual no constituye un requisito de la NOM-046. Para una atención de mayor calidad, es necesario elaborar guías de actuación, monitorear la entrega de servicios con calidad, y una mayor capacitación y sensibilización al personal de salud.

6

Recomendaciones



- Eliminar procesos que obstaculizan el acceso de todas las personas a los servicios de salud sexual y reproductiva:
 - Dotar a todas las clínicas de salud de primera atención con infraestructura adecuada e insumos suficientes para la provisión de métodos anticonceptivos.
 - Contar con servicios de consejería en planificación familiar visibles, accesibles, adecuados a la edad y culturalmente pertinentes, así como con guías que permitan al personal de salud atender a las y los usuarios sin prejuicios.
- Elaborar guías institucionales, así como capacitar y sensibilizar al personal de salud para que pueda dar atención pertinente al género, la edad y la identidad étnica de las y los usuarios.
- Asegurar mecanismos para el acceso de mujeres indígenas, adolescentes y jóvenes a los servicios de salud sexual y reproductiva:
 - Contar con mecanismos o procedimientos claros y conocidos por todo el personal de salud para la solicitud de traductoras e intérpretes en las unidades de salud de primer nivel de atención.
 - Contar con materiales de promoción de la salud traducidos en lengua indígena.
- Contar con directrices para la consejería en planificación familiar en materia de corresponsabilidad masculina.
- Asegurar que se atienda a las víctimas de violencia sexual:
 - Garantizar que las capacitaciones sobre la NOM-046 sean eficientes y que se elaboren guías o rutas de acción para garantizar que se atienda en el momento a las víctimas de violencia sexual.
 - Garantizar la provisión de anticoncepción de emergencia y profilaxis postexposición
 - Garantizar la interrupción legal del embarazo en los casos solicitados por las víctimas, sin necesidad de mediar una denuncia.
 - Monitorear el cumplimiento de la NOM-046.



Referencias

Resultados de la investigación

Fuentes estadísticas

Encuesta Intercensal Inegi, 2015

Incidencia delictiva del fuero común, del Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública, 2017-2018

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>

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. 14/01/2008.

Potts, Helen, y Paul H. Hunt (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. (2001). Adherence Meeting Report. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. *Med Clin* (Barc); 116 (supl 2): 141-146



Secretaría de Salud (2017). Norma oficial mexicana NOM-190-SSA1-1999, “Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar”, para quedar como NOM-046-SSA2-2005. “Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención”.

Solicitudes de Acceso a la Información

Instituto de Salud del Estado de México. Folios 00435/ISEM/IP/2018, 00436/ISEM/IP/2018, 00437/ISEM/IP/2018, 00438/ISEM/IP/2018, 00440/ISEM/IP/2018, 00441/ISEM/IP/2018, 00443/ISEM/IP/2018, 00445/ISEM/IP/2018, 0047/ISEM/IP/2018, 0049/ISEM/IP/2018, 00459/ISEM/IP/2018, 00453/ISEM/IP/2018, 00454/ISEM/IP/2018.

