



LO PÚBLICO ES NUESTRO

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

GUERRERO



INSTITUTO DE LIDERAZGO SIMONE DE BEAUVOIR

Autoría:

Programa de Innovación Social y Participación Ciudadana

Ana Joaquina Ruiz

Ángel Ruiz

Rubén López

Tania Martínez

Aída Bustos

REDefine:

Sofía Alessio-Robles

Mariana Mancilla

Pascale Brennan

Cristina Santana

REDefine Guerrero (investigadores LPEN):

Efraín de Jesús A.

Soledad Ureiro B.

Apoyo de investigación:

Ana Laura Flores

Directora:

Friné Salguero

Subdirectora:

Valentina Zendejas

Coordinadora editorial:

Arabella Jiménez

Diseño:

Murcio Editores, DR

© 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

GUERRERO

ÍNDICE

06

Metodología
del proyecto
Lo Público es
Nuestro

10

Situación del
embarazo
en la
adolescencia en
Guerrero

16

Hallazgos

28

Hallazgos en el
marco de los
criterios DAAC

32

Conclusiones
generales

36

Recomenda-
ciones

40

Referencias

Lo Público es Nuestro es una iniciativa de contraloría social del Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir (ILSB) que busca fortalecer la participación ciudadana de jóvenes y mujeres indígenas en temas de salud sexual y reproductiva, con el objetivo de hacer incidencia informada mediante el uso de herramientas de transparencia y acceso a la información, e instrumentos de investigación de campo, a fin de fortalecer los servicios de salud sexual y reproductiva, y monitorear la implementación y el cumplimiento de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes.



Resultados de investigación

México es el país de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) con mayor número de embarazos en la adolescencia: su tasa de fertilidad es de 69 nacimientos por cada 1000 adolescentes.¹ La Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (Enapea) es la respuesta del gobierno federal a esta situación; por medio de 90 acciones concretas de diversas instancias gubernamentales, coordinadas por el Consejo Nacional de Población (Conapo), la Secretaría de Salud (SSA) 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 (de 15 a 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 monitorear la provisión de servicios públicos de salud sexual y reproductiva en torno a 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 y la implementación de la NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención,² que, para los casos de violencia sexual, estipula el acceso a anticoncepción de emergencia, así como a la interrupción del embarazo.

En el proceso de monitoreo se pone en el centro la perspectiva de juventudes y de interculturalidad para la provisión de los servicios de salud. Son las y los jóvenes, y las mujeres indígenas quienes participan como investigadores desde dos redes que forman parte del ILSB: REDefine, la red de liderazgos jóvenes que desde 2011 promueve y defiende 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 por medio de procesos de fortalecimiento y articulación de liderazgos.

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

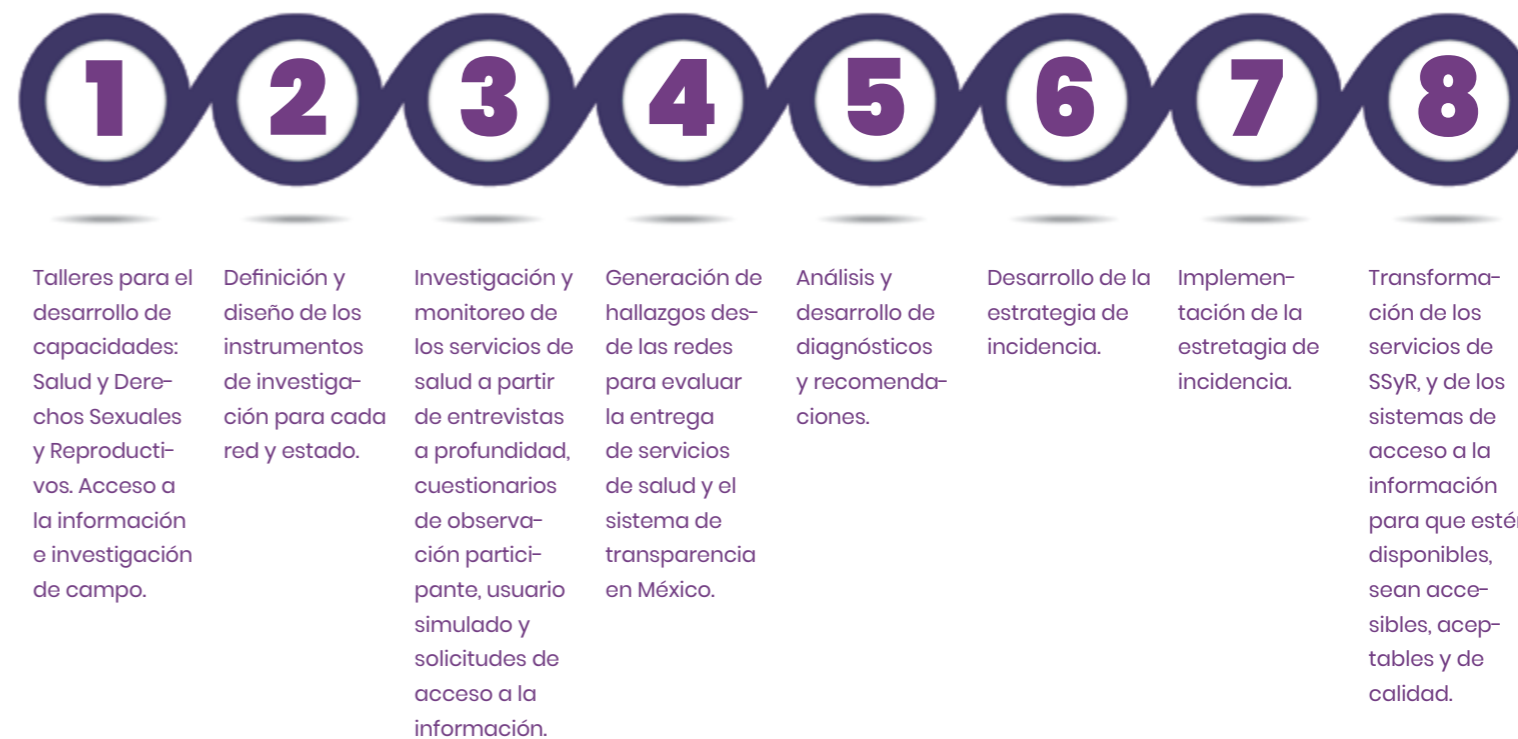
¹Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Registros Administrativos de Natalidad 2017 (en línea).

²La NOM-046-SSA2-2005 es la norma oficial mexicana que regula la forma en que deben darse los servicios de salud por parte del personal médico, en este caso, para la atención de la violencia sexual en clínicas de primer nivel de atención.

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

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

Diagrama 1. Metodología del proyecto Lo Público es Nuestro





Situación del embarazo en la adolescencia en Guerrero

Guerrero tiene 3.5 millones de habitantes, de los cuales 730270 tienen entre 10 y 19 años, es decir, 20.86% de su población es adolescente. Según la Encuesta Intercensal 2015, del total de mujeres de entre 10 y 18 años del estado, 9.08% eran madres. Las repercusiones del embarazo en la adolescencia pueden afectar sustantivamente y a largo plazo las vidas de las y los jóvenes.



Resultados de la investigación

Del total de la población del estado, 15.32% son personas de más de tres años hablantes de alguna lengua indígena (alrededor de 509000 personas); además, 33.92% de la población se autoadscribe como indígena y 1.51% como indígena en parte.⁵ De la población de más de tres años que habla una lengua indígena, 35.59% habla náhuatl, 29.21% mixteco (tu'nzavi), 24.66% tlapaneco (me'phaa) y 9.6% amuzgo, respectivamente.⁶

De acuerdo con datos de 2015, en Guerrero 9.08% de las mujeres adolescentes de 10 a 18 años eran madres. Los municipios de Cocochoapa el Grande (13.37%), Cuajinicuilapa (13.27%), Copanatoyac (13.14%) y Zitlala (11.62%) reportaron un mayor

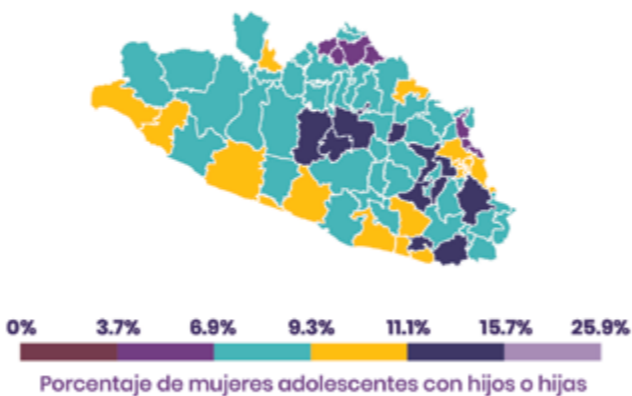
Gráfico 1. Prevalencia del embarazo adolescente en Guerrero



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



Estado: Guerrero 9.08%
Municipio:



⁵ Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Encuesta Intercensal 2015 (en línea).
⁶ *Idem*. Los nombres en paréntesis refieren a la forma local en que se menciona la lengua.

porcentaje de madres adolescentes.⁷ Dichos niveles de prevalencia, en los niveles estatal y municipal, se encuentran por arriba de la media nacional (7.36%), lo cual resulta preocupante para el desarrollo del estado.

El embarazo en la adolescencia puede incidir directamente en el plan de vida de ellas y ellos:

- A escala nacional, el embarazo en adolescentes es la sexta causa de abandono escolar entre jóvenes;⁸ para las mujeres es la segunda causa de deserción.⁹ En Guerrero, la tasa de abandono total para mujeres en educación media superior es de 11.7%,¹⁰ es decir, tan sólo dos puntos por debajo de la media nacional, que es de 13.3 por ciento.

Si bien el embarazo en la adolescencia puede tener consecuencias graves para mujeres y hombres, los efectos son mayores para ellas y, en el ejercicio de la maternidad, esta desigualdad se profundiza aún más:

- Las adolescentes que son madres reemplazan el estudio por las labores del hogar y de cuidado no remuneradas. Mientras que 68.83% de las mujeres sin hijas e hijos estudia, sólo 3.78% de las que son madres lo hace; por otro lado, sólo 18.61% de las mujeres sin hijas e hijos se dedica a quehaceres del hogar, mientras que 81.18% de las mujeres que son madres se dedica a dicha actividad.
- Las mujeres aceleran su ingreso al mercado de trabajo como menores de edad: mientras que 5.8% de las mujeres adolescentes sin hijas e hijos son económicamente activas, cuando son madres esta cifra asciende a 8.59 por ciento.

⁷ *Idem*.
⁸ Secretaría de Educación Pública, Reporte de la Encuesta Nacional de Deserción en la Educación Media Superior (en línea), p. 50.
⁹ *Ibid.*, p. 51.
¹⁰ Instituto Nacional de Evaluación de la Educación, Indicadores de Acceso y Trayectoria Escolar (en línea), p. 7.

Gráfico 2. Actividades principales de mujeres adolescentes



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



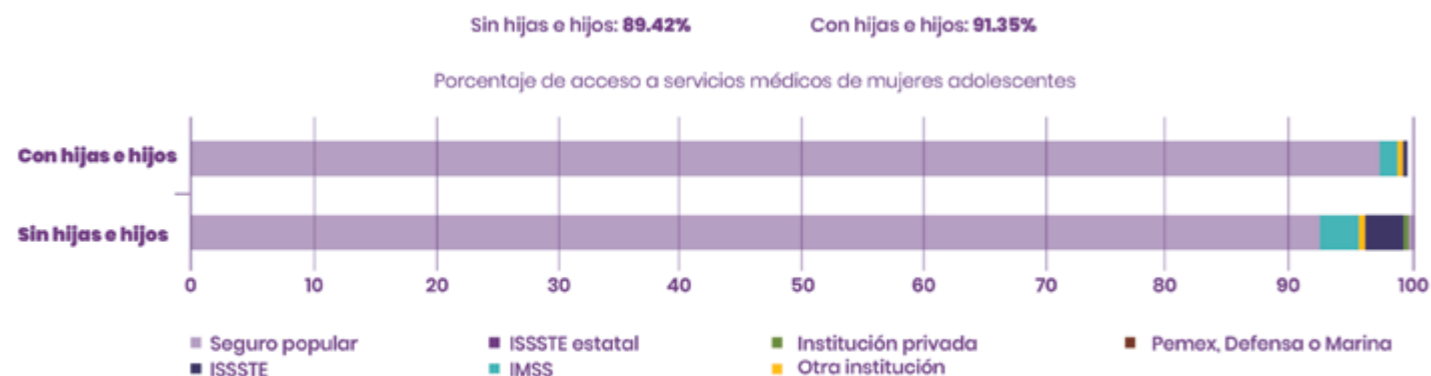
Resultados de la investigación

El acceso a la salud se puede precarizar cuando se es madre adolescente, ya que, en muchas ocasiones, dejan de contar con la gratuidad en 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. El aumento en la afiliación al Seguro Popular puede obedecer a que las madres adolescentes no

suelen tener empleos formales.¹¹ Otra explicación puede ser que, al dejar de ser dependientes de sus padres, pierden su afiliación a la seguridad social. De acuerdo con los datos:

- El IMSS reporta un descenso de 3.26% de adolescentes afiliadas sin hijas e hijos a 1.6% con hijas e hijos. El ISSSTE lo reporta de 3.33 a 0.36 por ciento.
- En contraste, aumenta significativamente la afiliación al Seguro Popular cuando las mujeres adolescentes se convierten en madres: de 92.33% sin hijas e hijos a 97.24% cuando son madres.

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



¹¹ De acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval), en México, en 2017, del total de personas ocupadas de entre 15 y 29 años, 59.9%, se encontraba en empleos informales. Coneval, "Principales Hallazgos de la Evaluación de la Política Social 2018" (en línea), lins. 43-46.

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

Por último, cabe señalar que los riesgos a la salud y a la vida de las mujeres adolescentes representan un factor fundamental que debe considerarse al tratar el tema del embarazo en la adolescencia. De acuerdo con la OMS, el mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes de menos de 15 años; aunado al hecho de que las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte materna entre las adolescentes de 15 a 19 años, basta mencionar que la probabilidad de que una mujer de 15 años muera por una causa relacionada con la maternidad es de una en 3800 en los países desarrollados y de una en 150 en los países en desarrollo.¹² Por ello es necesario abordar el tema del embarazo en adolescentes como un problema de salud pública con efectos multidireccionados que, sobre todo, afectan de manera específica la vida de las mujeres adolescentes.

En cuanto a **la violencia hacia las mujeres**, de acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (Endireh), 57.5% de las mu-

eres de más de 15 años reportó haber "sufrido al menos un incidente de violencia emocional, económica, física, sexual o discriminación a lo largo de su vida en al menos un ámbito y ejercida por cualquier agresor". El 43.6% de las mujeres de 15 años y más ha experimentado violencia por parte de su actual o última pareja, esposo o novio, mientras que 27% ha sufrido violencia sexual a lo largo de su vida.¹³

En el estado de Guerrero hay un alto índice de no denuncia de este tipo de delitos; en 2017 fueron abiertas 246 carpetas de investigación sobre casos de violencia sexual, según cifras del Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (SESNSP). Sin embargo, para ese mismo año, la Encuesta Nacional de Victimización (Envipe) reportó 1322 casos, lo cual representa un índice de no denuncia de 81.39%. Para 2018, el número de casos denunciados fue de 250, en contraste, la Envipe aumentó el número de casos probables a 3350, lo que significa que aproximadamente 92.54% de los casos que ocurrieron no fueron denunciados.

Tabla 1. Cifras de violencia sexual en Guerrero

| | Casos denunciados ¹⁴ | Casos según la Envipe ¹⁵ | Cifra negra ¹⁶ |
|------|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|
| 2017 | 246 | 1322 | 81.39% |
| 2018 | 250 | 3350 | 92.54% |

Fuente: elaboración propia con base en datos del SESNSP y la Envipe. Cabe recordar que la Envipe es una encuesta probabilística, por lo que puede tener errores de estimación.

¹² Organización Mundial de la Salud (OMS), *fact sheet* 2019. "Mortalidad materna" (en línea).

¹³ Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016 (Endireh). "Estimaciones y medidas de precisión: prevalencia de la violencia" (en línea).

¹⁴ Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública. "Incidencia delictiva del fuero común, nueva metodología". Reportes de delitos por año (formato XLSX) para 2017 y 2018 (en línea). Estos datos se integran con los delitos registrados en averiguaciones previas iniciadas o en carpetas de investigación, reportadas por las procuradurías de justicia y fiscalías generales de las entidades federativas.

¹⁵ Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública 2017 y 2018 (Envipe) (en línea).

¹⁶ Es el total de casos en que las personas son victimizadas, en un tiempo y espacio determinados, pero no denuncian ante las autoridades competentes, ya sea por considerarlo impropio, por falta de tiempo, por temor o por el insuficiente conocimiento de sus derechos. Centro de Formación Estudio Criminal, "Qué es la cifra negra" (en línea).



Hallazgos

Las y los investigadores de REDefine Guerrero¹⁷ trabajaron con base en tres ejes de análisis: corresponsabilidad de los hombres, implementación de la NOM-046-SSA2-2005 e interculturalidad en salud. Su investigación de campo, centrada en los ejes de corresponsabilidad e interculturalidad, se realizó de marzo a octubre de 2018 en los centros de salud urbanos de Tatagildo e Indeco, ubicados en el municipio de Chilpancingo,¹⁸ y en el centro de salud Cuba Libre, ubicado en el municipio de Xalpatláhuac. Por su parte, la investigación de gabinete fue realizada a partir de los ejes de implementación de la NOM-046-SSA2-2005 e interculturalidad.

¹⁷ Efraín de Jesús A. y Soledad Ureiro B.

¹⁸ Se realizaron las entrevistas y los ejercicios de usuario simulado en dos centros de salud de la Jurisdicción Sanitaria 03 (Chilpancingo), ya que la entrevista en el centro de salud de Indeco fue negada. Por lo tanto, el investigador realizó el ejercicio de usuario simulado en Indeco y la entrevista y observación participante en Tatagildo.



Resultados de la investigación

De manera general, de acuerdo con los resultados de esta investigación, los componentes de interculturalidad y corresponsabilidad de los hombres en la entrega de servicios de salud sexual y reproductiva reflejan cierta deficiencia con base en los resultados de las zonas investigadas en Guerrero, a pesar de los esfuerzos identificados en algunas de las unidades visitadas.

a. Enfoque de interculturalidad en los servicios de salud sexual y reproductiva

El monitoreo ciudadano sobre interculturalidad en salud giró en torno a la certificación de las clínicas, el número de capacitaciones otorgadas al personal, el material para la promoción de la salud disponible traducido en lengua indígena, la disponibilidad de servicios de traducción e interpretación y, finalmente, la calidad de la atención otorgada. En general, apreciamos que, si bien las autoridades sanitarias tienen voluntad para incorporar la perspectiva intercultural en los servicios de salud, los esfuerzos realizados aún resultan insuficientes. En este mismo sentido, es importante señalar que se aprecia un interés por lograr la certificación de conformidad con los Lineamientos Interculturales para la Operación de los Servicios de Salud,¹⁹ así como por contar con instalaciones que obedezcan a criterios de interculturalidad.

La unidad de salud visitada en el municipio de Xalpatláhuac se encontraba certificada en interculturalidad de acuerdo con los Lineamientos Interculturales para Salud. A pesar de ello, la consejería resultó ineficiente, ya que la usuaria simulada tuvo que esperar tres horas para ser atendida, puesto que no localizaban a alguna persona que pudiera traducir de lengua indígena al español y viceversa. Aunado a ello, es preciso mencionar que una vez que se contó con alguien que tradujera, la consejería sobre métodos anticonceptivos no fue comprendida completamente

por parte de la usuaria. Sumado a ello, en entrevista, el personal médico no consideró relevante la pertenencia o adscripción étnica de las y los pacientes que acuden a la unidad de salud, al señalar que no existe población indígena en el municipio referido, lo cual contrasta con los datos existentes, que demuestran que 90.18% de la población en el municipio de Xalpatláhuac es hablante de lengua indígena.²⁰

En la entrevista realizada en campo, la Secretaría de Salud (SSA) refiere que sí hay capacitación sobre interculturalidad; a pesar de ello, mediante acceso a la información se encontró que sólo hubo una programación básica impartida en dos sesiones, una en 2016 y otra en 2017²¹ (véase la tabla 2). El número de asistentes para ambas sesiones fue de 45 personas; en 2016 se capacitó únicamente al personal médico y, en 2017, al personal médico, de enfermería, parteras y aquellos en contacto con mujeres embarazadas. Estos esfuerzos, si bien son relevantes, aún resultan insuficientes.

Tabla 2. Número de capacitaciones en interculturalidad otorgadas en Guerrero

| Cantidad | Fecha | Temas | Público objetivo | Número de asistentes | Sexo | | Tipo de capacitaciones | Unidades de salud | Municipios |
|----------|-----------------------|--|--|----------------------|------|----|------------------------|---|--|
| | | | | | F | M | | | |
| 1 | 14 de octubre de 2016 | Interculturalidad | Médicos | 20 | 6 | 14 | Presencial | Hospitales generales | Acapulco, Chilpancingo, Ometepec, Tlapa, Iguala, Coyuca de Catalán |
| 1 | 6 de julio de 2017 | Conocer el marco conceptual de la interculturalidad en salud Analizar y discutir las características socio-culturales de la población indígena Avances en atención intercultural de la salud materna | Médicos, enfermeras y personal que está en contacto con la mujer embarazada y parteras | 25 | 19 | 6 | Presencial | Hospitales de la comunidad, centro de salud | Huamuxtitlán, Alcozauca, Apoyeaca, Olnalá, Santa Cruz Itzcuinatoyac Tetici |

Fuente: respuesta a la SAI con folio 00320318.

¹⁹ Secretaría de Salud, "Guía de implantación/implementación: lineamientos interculturales para la operación de los servicios de salud" (en línea).

²⁰ Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Encuesta Intercensal 2015 (en línea).

²¹ Folios de solicitudes de acceso a la información (SAI): 00320318 y 00170818.

Resultados de la investigación

En las visitas a la unidad de salud, también se pudo constatar la inexistencia de materiales audiovisuales e impresos relativos a la interculturalidad en salud (pertinencia cultural, referencia a infraestructura con enfoque intercultural, lineamientos interculturales para el personal de los servicios de salud, etc.) o sobre temas de salud en general, traducidos a alguna de las lenguas habladas en la zona. No obstante, de las respuestas otorgadas mediante acceso a la información, se reportó la existencia de materiales de difusión sobre planificación familiar en lengua indígena;²² al solicitar copia de los mismos, se entregaron las imágenes que se muestran a continuación como materiales dirigidos a la población indígena; con excepción de una frase en uno de ellos, están escritos únicamente en español. Celebramos los esfuerzos en términos de promoción de la salud con perspectiva de interculturalidad que se han hecho de acuerdo con las imágenes proporcionadas por el SAI. Sin embargo, no se obtuvo información sobre materiales en lengua indígena disponibles dentro de las unidades.



Imágenes otorgadas por la SSA como "materiales traducidos en lengua". Fuente: respuestas a las SAI con folios: 00170918, 00171018 y 00170618.

²² Folios de SAI: 00170918, 00171018 y 00170618.

²³ Folio de la SAI: 00170818.

En las entrevistas realizadas se refirió que no hay personal contratado o disponible para fungir como traductor o intérprete en las clínicas visitadas, a pesar de que una de ellas está certificada en interculturalidad.

En cuanto a la existencia de traductores, según las respuestas a las solicitudes de acceso a la información, en 2016 había 36, 54 en 2017 y 22 para junio de 2018.²³ Sin embargo, en las entrevistas realizadas se refirió que no hay personal contratado o disponible para fungir como traductor o intérprete en las clínicas visitadas, a pesar de que una de ellas está certificada en interculturalidad. No hay claridad sobre la ruta que se debe seguir para solicitar y entregar los servicios de traducción e interpretación.

En las entrevistas también se constató que hay una confusión entre la necesidad de reconocer la multiculturalidad para dar atención de calidad y el hecho de discriminar a alguien en función de su origen étnico, pues el personal de salud refiere que dar un trato diferenciado basándose en dicho origen es discriminatorio, ob-

viando el hecho de que el reconocimiento de las características culturales es una condición para dar una atención adecuada. El mismo personal, quien refiere haber sido capacitado en materia de interculturalidad en salud, no parecía tener claro el enfoque de interculturalidad.

De acuerdo con los resultados de esta investigación, se observa que la interculturalidad, enfoque prioritario para la implementación de la Enapea, no se ha implementado como se debe de acuerdo con los resultados del monitoreo. Es necesario enfatizar que el enfoque de interculturalidad en los servicios de salud es fundamental para mejorar la calidad de la atención a las personas indígenas, particularmente adolescentes, jóvenes y mujeres. En este sentido, se debe trabajar para acercar los servicios de salud a las necesidades de las y los usuarios en diversos contextos culturales.

b. Promoción de la corresponsabilidad entre hombres y mujeres en salud sexual y reproductiva

En el caso de la promoción de la corresponsabilidad, los hallazgos de esta investigación se obtuvieron a partir de las visitas en campo, ya que para este eje no se realizaron solicitudes de acceso a la información. La evaluación giró en torno a la calidad de la atención brindada, así como a la relevancia de la información otorgada en la consejería en planificación familiar. Se hicieron preguntas sobre lineamientos o estrategias de promoción de la corresponsabilidad de los hombres, y sobre capacitación, sensibilización y material informativo en el tema. Las visitas se realizaron en dos clínicas de la región centro (Chilpancingo): Centro de Salud Indeco y Centro de Salud Tatagildo.

²⁴ Las unidades de salud pueden requerir afiliación al Seguro Popular para garantizar la gratuidad de los servicios. Sin embargo, esto no quiere decir que se pueda negar la atención por no contar con dicha afiliación (en dado caso, se requiere un cobro de los servicios), menos aún por no estar afiliado a una unidad (mecanismo que no existe, pues sólo hay referencias de las unidades más cercanas al domicilio como dato indicativo).



Fachada del Centro de Salud Xalpatláhuac

En las visitas realizadas al Centro de Salud Indeco, en un principio, la atención en salud fue negada por no contar con afiliación a la unidad.²⁴ Después de mucha insistencia, se brindó atención al usuario simulado, sin embargo, ésta no se enfocó en métodos anticonceptivos, tampoco abordó temas relacionados con la corresponsabilidad de los hombres. El personal se negó a proveer información sobre la vasectomía por razones de edad (por ser joven) y señaló que no era posible brindar información sobre planificación familiar a menos que asistiera la pareja del usuario. Esto refleja el poco conocimiento de la NOM-005-SSA-1993, "De los servicios de planificación familiar", y de la propia Enapea, pues en



Resultados de la investigación

la consejería es necesario brindar información sobre métodos anticonceptivos, así como sobre prácticas que los hombres pueden realizar para fortalecer la corresponsabilidad en el ejercicio de la sexualidad. Además, al solicitar una entrevista al personal de esta clínica para profundizar en la investigación, ésta fue negada.

Durante el ejercicio de usuario simulado realizado en el Centro de Salud de Indeco, el investigador refiere haber recibido un trato discriminatorio al preguntar sobre la vasectomía, ya que quienes lo atendían se burlaron de él por ser joven. Además, se le dijo al usuario que no se le podía atender o informar sobre métodos anticonceptivos si no venía acompañado de su pareja.

En la unidad de salud de la colonia Tatagildo sí se aceptó recibir al investigador para que pudiera realizar entrevistas al personal de salud. Además recibió un buen trato y, aunque se observó que es necesario fortalecer el enfoque de corresponsabilidad de los hombres, no fue objeto de discriminación al recibir la atención sobre planificación familiar, e incluso hubo más apertura por parte del personal del centro de salud.

Según la experiencia en las clínicas visitadas de la región Centro del estado de Guerrero, podemos deducir que el énfasis en la corresponsabilidad de los hombres como una vía para la prevención del embarazo en adolescentes es insuficiente, ya que depende de la voluntad del personal de salud. Lo preocupante es que, a pesar de ser de observancia obligatoria, no hay pleno cumplimiento de la NOM-005-SSA2-1993, “De los servicios de planificación familiar”, ni de la NOM-047-SSA-2015, “Para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad”.

Es decir, la promoción de la corresponsabilidad depende de la voluntad, los prejuicios o las opiniones del personal de salud, más que de las normas y los protocolos que regulan la entrega de los servicios de planificación familiar. En este sentido, es necesario fortalecer la capacitación para la implementación de dichas normas en las unidades de salud.

Durante el ejercicio de usuario simulado realizado en el Centro de Salud de Indeco, el investigador refiere haber recibido un trato discriminatorio al preguntar sobre la vasectomía, ya que quienes lo atendían se burlaron de él por ser joven. Además, se le dijo al usuario que no se le podía atender o informar sobre métodos anticonceptivos si no venía acompañado de su pareja.

c. Atención de casos de violencia sexual o familiar, así como de la interrupción legal del embarazo en víctimas de violencia

Los hallazgos encontrados para este eje de investigación corresponden a las solicitudes de acceso a la información realizadas, ya que no se realizó un trabajo de campo.

La evaluación de los servicios de salud en este rubro giró en torno a la atención a las víctimas de violencia sexual mediante la correcta

implementación de la NOM-046-SSA2-2005. Para ello, se hicieron preguntas sobre las capacitaciones brindadas al personal de salud, el abasto de métodos de anti-concepción de emergencia, la atención entregada, el presupuesto destinado a la compra de PAE y PEP (profilaxis postexposición), el número de casos atendidos, las solicitudes de interrupción legal del embarazo y el número de objetores de conciencia (estrategia que ha utilizado el sector salud para no practicar la interrupción legal del embarazo) en las unidades de salud.

En materia de capacitaciones, la Secretaría de Salud del estado de Guerrero menciona que el Centro de Equidad de Género y Salud Reproductiva envió recursos del Ramo 12, a partir del Acuerdo para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados (AFASPE), para otorgar cursos de capacitación en 2016 y 2018.²⁵ Dicho presupuesto se desagregó de la siguiente manera para el año 2016:

Tabla 3. Presupuesto destinado a capacitaciones en NOM-046-SSA2-2005 en Guerrero para 2016

| Nombre del programa | Descripción del bien/servicio | Precio unitario | Cantidad | Total |
|--|---|-----------------|----------|-----------|
| Prevención y atención de la violencia familiar y de género | Impresión y elaboración de publicaciones oficiales y de información en general para difusión: impresión de herramientas de detección | \$67 303 | 1 | \$67 303 |
| Prevención y atención de la violencia familiar y de género | Impresión y elaboración de publicaciones oficiales y de información en general para difusión: impresión de herramientas de evaluación de riesgo | \$48 459 | 1 | \$48 459 |
| Prevención y atención de la violencia familiar y de género | Cursos para capacitación del personal médico en la aplicación de la NOM-046-SSA2-2005 | \$56 000 | 10 | \$560 000 |

Fuente: Servicios de Salud de Guerrero, respuesta a las SAI con folios 00170418 y 00319618.

²⁵ Folios de las SA: 00170418 y 00319618.



Resultados de la investigación

Como se aprecia en la tabla anterior, el presupuesto se utilizó tanto para capacitaciones como para la impresión de herramientas de detección y evaluación del riesgo. No se obtuvo información sobre la cantidad de personal de salud que recibió capacitaciones, tampoco sobre cuál fue el contenido de dichas capacitaciones ni si tuvieron algún efecto.

En lo que concierne al número de objetores de conciencia, la Secretaría de Salud de Guerrero mencionó que “no existe un área de registro de objetores de conciencia que trabajan en sus unidades de salud”;²⁶ en este sentido, y de acuerdo con la NOM-046-SSA2-2005, se debe contar con personal médico y de enfermería no objetor de conciencia en las unidades de salud, que asegure el acceso a los servicios a cada persona usuaria.

Se solicitaron los registros de casos atendidos en materia de violencia sexual o familiar y que se brindaron con apego a la NOM-046-SSA2-2005 en 2016, 2017 y parte de 2018. Es preciso mencionar que a esta solicitud sólo se brindó informa-

Tabla 4. Número de atenciones psicológicas en materia de violencia sexual y familiar en el marco de la NOM-046-SSA2-2005

| | 2016 | 2017 | 2018 (parte de) |
|---|-------|-------|--------------------|
| Consulta de atención psicológica de primera vez | 6527 | 8240 | 2077 |
| Consultas de atención psicológica subsecuentes | 21625 | 26867 | 6074 |

Fuente: Servicios de Salud de Guerrero, respuesta a las SAI con folios 00170018 y 00319218.

²⁶ Folios de las SA: 00169918 y 00319118.

ción sobre atención psicológica, a partir de la cual sabemos que, en el marco de la NOM-046-SSA2-2005, en 2016, 2017 y parte de 2018 fueron 71410 las citas otorgadas (entre la primera y las subsecuentes), sin embargo, no se obtuvo información relativa al tipo de violencia que se atendió, si todas las personas atendidas fue por violencia y si las atenciones subsecuentes son por año o por varios años.

En cuanto a los casos de interrupción legal del embarazo (ILE) por la causal de violación, la Secretaría de Salud del estado informó que hubo cinco casos, todos en hospitales generales. Según se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 5. Casos de interrupción legal del embarazo entre 2016 y 2018, en Guerrero

En este contexto, me permito informar que de acuerdo con el Informe General de Avance (IGA), se tiene el siguiente registro:

| Municipio | Mes / Año | Unidad médica | Edad de la paciente | Causa |
|---------------------------|-------------------|--|---------------------|------------------|
| Acapulco | 2016 | Hospital General de Renacimiento “Dr. Donato G. Alarcón” | 15 años | Violación Sexual |
| Coyuca de Benitez | Junio de 2017 | Hospital Básico de la Comunidad Mpio. Coyuca de Benitez | 17 años | Violación Sexual |
| Acapulco | Noviembre de 2017 | Hospital General de Renacimiento “Dr. Donato G. Alarcón” | 19 años | Violación Sexual |
| Chilpancingo de los Bravo | Abril de 2018 | Hospital General de Chilpancingo “Dr. Raymundo Abarca Alarcón” | 31 años | Violación Sexual |
| Chilpancingo de los Bravo | Mayo de 2018 | Hospital General de Chilpancingo “Dr. Raymundo Abarca Alarcón” | 16 años | Violación Sexual |
| Total | | | 5 | |

*Fuente: Informe General de avance (IGA) 2016, 2017 y 2018

Fuente: Servicios de Salud de Guerrero, respuesta a la SAI con folio 00319818.

El estado de Guerrero también realiza compras de pastillas de anticoncepción de emergencia (PAE) y de antirretrovirales (ARV) para la profilaxis postexposición al VIH. Sin embargo, no hay datos sobre la distribución de dichos ARV, ni sobre su disponibilidad en clínicas de atención primaria. Además, para los años 2017 y 2018 no hubo compra de pastillas de anticoncepción de emergencia, sólo de antirretrovirales provenientes del Ramo 12, vía AFASPE. En 2016, la PAE se compró con recursos del anexo IV del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular). El número disponible de medicamento es bajo en relación con la violencia sexual en el estado.

Resultados de la investigación

Tabla 6. Pastillas de anticoncepción de emergencia y kits de profilaxis postexposición, en atención a la NOM-046

| Año | Tipo de medicación | Nombre | Cantidad comprada |
|------|------------------------------|--|------------------------|
| 2016 | Anticoncepción de emergencia | Levonorgestrel 0.75 mg con dos comprimidos | 12639 cajas |
| | Antibiótico | Metronidazol 500 mg con 20 tabletas | 6386 cajas |
| | | Doxiciclina 100 mg con 10 tabletas | 21703 cajas |
| | Antirretroviral | Truvada 300 mg y Kaletra 200 mg | 55 frascos de cada uno |
| 2017 | Antirretroviral | Atripla | 30 frascos |
| | | Kaletra Sol 2.8 G | 4 frascos |
| | | Lamivudina solución 1 g | 8 frascos |
| | | Abacavir solución 2 gr | 8 frascos |
| 2018 | Antirretroviral | Atripla | 100 frascos |
| | | Kaletra Sol 2.8 G | 7 frascos |
| | | Lamivudina solución 1 g | 14 frascos |
| | | Abacavir solución 2 gr | 14 frascos |

Fuente: Servicios de Salud de Guerrero, respuestas a la SAI con folios 00169818 y 00319018.

En conclusión, no podemos afirmar que en Guerrero haya condiciones para garantizar la atención de la salud sexual y reproductiva en casos de violencia sexual, ya que las respuestas a las solicitudes de acceso a información demuestran que no hay suficientes capacitaciones, y no hay registro ni seguimiento de las víctimas y su atención, más allá de las consultas psicológicas reportadas.

Hallazgos en el marco de los criterios DAAC

De acuerdo con la observación general 14 al artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC),²⁷ el derecho a la salud abarca los siguientes componentes: disponibilidad,²⁸ accesibilidad,²⁹ aceptabilidad³⁰ y calidad³¹ (DAAC),³² los cuales permiten que los “elementos de la SDR³³ pueden hacerse más tangibles”;³⁴ en este sentido, facilita la evaluación del marco de derechos humanos en la provisión de servicios de salud (ONU/OMS).

²⁷ Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, recomendación general núm. 14. “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud” (en línea), pp. 3-4.

²⁸ Los servicios de SSR deben estar disponibles en cantidad suficiente y ser suministrados de forma continua. Lena Kähler *et al.*, “DAAC y la salud y los derechos sexuales y reproductivos” (en línea), p. 7.

²⁹ Los servicios de SSR deben ser accesibles para todos, en términos de acceso físico, asequibilidad, acceso a la información y no discriminación. *Idem.*

³⁰ Los servicios de SSR deben ser aceptables para los consumidores, culturalmente pertinentes y sensibles a los grupos vulnerables. *Idem.*

³¹ Los servicios de SSR deben cumplir con las normas de calidad aplicables. *Idem.*

³² Helen Potts y Paul Hunt, “Participation and the right to the highest attainable standard of health” (en línea), secc. I Introduction, p. 12.

³³ Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos.

³⁴ Lena Kähler *et al.*, “DAAC y la salud y los derechos sexuales y reproductivos” (en línea), p. 6.



Resultados de la investigación

La investigación realizada en el marco de Lo Público es Nuestro, contiene una evaluación ciudadana de dichos servicios con el enfoque DAAC:

| | Disponibilidad | Accesibilidad | Aceptabilidad | Calidad |
|---|---|--|---|--|
| Implementación de la perspectiva intercultural en salud | El enfoque de interculturalidad en salud es parcial, ya que no se cuenta con personal con conocimiento bilingüe que funja como traductor, por lo cual la disponibilidad se cumple parcialmente. | El acceso a los servicios de salud para la población indígena es parcial por la falta de personal con conocimiento bilingüe. | De acuerdo con los resultados de la investigación, los servicios no cumplen por completo con el criterio de aceptabilidad, ya que no son culturalmente pertinentes (falta de al menos una persona del equipo de salud por turno, con conocimiento bilingüe, presencia del cartel con los lineamientos de interculturalidad, entre otros elementos). | La calidad de los servicios es deficiente por el desconocimiento del personal de los lineamientos de interculturalidad y su papel en la implementación de éstos. |

| | Disponibilidad | Accesibilidad | Aceptabilidad | Calidad |
|---|---|--|---|---|
| Promoción de la corresponsabilidad entre hombres y mujeres en salud sexual y reproductiva | Limitada, ya que la consejería se condicionó a la presencia de la pareja del usuario simulado, aunado a que no se entregó toda la información requerida sobre métodos anticonceptivos (vasectomía). | Los servicios de consejería no son accesibles, ya que, de manera inicial, negaron la atención al usuario simulado al no estar afiliado a la unidad de salud visitada. Una vez que se entregó la consultoría, se condicionó la información de ésta a la edad del usuario simulado, así como al hecho de que no iba con su pareja. | No cumplen con este criterio ya que, además de condicionar la entrega de consejería, discriminaron y se burlaron del usuario por su condición de edad. Es preciso señalar que el no proveer información a un joven sin que esté acompañado de su pareja deja entender que el personal considera que la responsabilidad recae en la mujer. | Los servicios de planificación familiar de las unidades de salud visitadas no cuentan con una perspectiva de corresponsabilidad, no sólo porque la consejería obedece a los prejuicios del personal, sino por el incumplimiento de los componentes establecidos en la NOM-005, NOM-047 y la Enapea. |
| Atención de casos de violencia sexual o familiar, así como de la interrupción del embarazo en víctimas de dichos tipos de violencia | Actualmente no se conoce el número de personal médico capacitado en la NOM-046, además de que no hay registro del personal médico no objetor de conciencia, lo cual no asegura la presencia de personal médico disponible para realizar interrupciones legales del embarazo en caso de violación. | Al no existir un registro y seguimiento de víctimas de violencia sexual en los servicios de salud (más allá de la atención psicológica), no es posible saber si la atención es accesible o no para quienes la solicitan. | N/a | La falta de capacitación en torno a la NOM-046-SSA2-2005 puede influir en la baja calidad de la atención a víctimas de violencia sexual. |



Conclusiones generales

Con base en la investigación realizada, la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las juventudes y mujeres indígenas en las unidades de salud visitadas no se garantizan por completo. Aun cuando hay voluntad por parte de las autoridades sanitarias y del personal de salud, resulta limitado el acceso y el ejercicio del derecho a la salud para las poblaciones clave del país en torno al embarazo en la adolescencia.

Resultados de la investigación

Para garantizar el ejercicio de derechos en el estado, se necesita un acceso efectivo a los servicios de salud sexual y reproductiva, libre de discriminación por motivos de edad y origen étnico, asimismo, se requiere fortalecer el enfoque de interculturalidad en salud, el de juventudes y el de corresponsabilidad en el ejercicio de la sexualidad.

En cuanto a la atención de casos de violencia sexual, es preciso asegurar, por conducto del personal médico no objetor de conciencia, el acceso a métodos anticonceptivos de emergencia y a la profilaxis postexposición al VIH, a la atención oportuna y de calidad para todas las mujeres que así la soliciten. De igual forma, es preciso asegurar el acceso a la interrupción legal del embarazo por causal de violación mediante la correcta implementación de la NOM-046-SSA2-2005, sin condicionar la atención a una denuncia en el ministerio público. En este mismo sentido, es necesario contar con información actualizada y desagregada sobre el número de casos, la atención y el seguimiento de éstos con el objetivo de fortalecer las políticas públicas y las acciones que permitan el acceso de las mujeres jóvenes a este procedimiento. Finalmente, es fundamental garantizar la presencia y práctica de personal médico no objetor de conciencia en cada unidad de salud, con el propósito de proteger el derecho a la salud de todas las personas.

En términos de transparencia y acceso a la información, se debe hacer un esfuerzo significativo para incrementar la cantidad y calidad de la información pública disponible, y cumplir con lo establecido en la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, ya que la información entregada estuvo fuera de los plazos legales y se otorgó en formatos poco accesibles. Por lo tanto, el órgano garante del Estado debe urgir a los servicios de salud para que entreguen información verificable, con formatos amigables, en tiempo y completa.



Recomendaciones



Resultados de la investigación

- Asegurar condiciones para el acceso de mujeres indígenas a los servicios de salud sexual y reproductiva con enfoque de interculturalidad, con base en lo señalado en la Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo en la Adolescencia (Enapea), los Lineamientos Interculturales para la Operación de los Servicios de Salud, la Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas y la Ley General de Salud:
 - Capacitar de manera continua al personal médico en interculturalidad.
 - Realizar evaluaciones periódicas a las unidades de salud certificadas en interculturalidad para confirmar que efectivamente estén implementando el enfoque de interculturalidad, particularmente en las unidades de los municipios de la montaña de Guerrero.
 - Garantizar al menos una persona por turno en el equipo de salud con conocimiento bilingüe y que funja como traductor o intérprete.
 - Contar con un flujograma claro y conocido por todo el personal de salud para la solicitud de traductoras e intérpretes en las unidades de salud del primer nivel, especialmente en aquéllas donde ya se han reportado pacientes indígenas.
 - Contar con dotación presupuestaria suficiente para la elaboración de materiales de información y comunicación impresos y audiovisuales sobre interculturalidad, tanto en español como en las lenguas más habladas en el estado, así como por regiones.
- Asegurar el enfoque de corresponsabilidad de los hombres en la planificación familiar, en seguimiento a lo estipulado en la NOM-005-SSA2-1993, las directrices establecidas por la NOM-005 y la Enapea.
 - Elaborar y difundir materiales de comunicación y realizar campañas sobre corresponsabilidad masculina.
 - Asegurar la disponibilidad de métodos anticonceptivos de larga duración, como la vasectomía.

- Integrar las perspectivas de juventudes, interculturalidad y género en la promoción de la corresponsabilidad masculina.
- Garantizar la atención a la salud en casos de violencia sexual, en concordancia con la NOM-046-SSA2-2005, "Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención", y la Ley General de Víctimas:
 - Capacitar al personal de salud del primer nivel de atención de manera continua y adecuada en torno a género, violencia familiar y sexual, violencia contra las mujeres, derechos sexuales y reproductivos.
 - Asegurar presupuesto suficiente para contar con acciones e insumos que prevengan ITS y embarazos no deseados en víctimas de violencia sexual.
 - Atender la violencia sexual como emergencia médica y ofrecer servicios de interrupción legal del embarazo cuando éste sea producto de una violación.
 - Homologar el capítulo V, artículo 121, sección III del Código Penal del Estado de Guerrero a lo establecido en la NOM-046-SSA2-2005, para garantizar que las víctimas sean atendidas sin mediar denuncia ante el ministerio público.
 - Establecer rutas dentro del sector salud para mejorar el proceso de generación de información y registro de personas involucradas en situaciones de violencia familiar o sexual.
 - Garantizar que se cumpla con la obligación establecida en la NOM-046-SSA2-2005, para que los sectores público, social y privado otorguen atención médica, cuenten con un manual de procedimientos apropiado para la implementación de esta NOM y generen información relacionada con la misma.



Referencias



Referencias

Fuentes estadísticas

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Encuesta Intercensal 2015 (en línea), México, Inegi, 2015,

<https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/default.html#Microdatos> (consulta: 11 de marzo de 2019).

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública (2017 y 2018) (Envipe) (en línea), México, Inegi,

<https://www.inegi.org.mx/programas/envipe/2017> y

<https://www.inegi.org.mx/programas/envipe/2018> (consulta: 23 de abril de 2019)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016 (Endireh). “Tabulados predefinidos. Estimaciones y medidas de precisión: Prevalencia de la violencia” (en línea), México, Inegi, 2017,

<https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2016/default.html#Tabulados> (consulta: 25 de junio de 2019).

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Registros Administrativos de Natalidad 2017 (en línea), México, Inegi, 2018,

<https://www.inegi.org.mx/programas/natalidad/default.html#Microdatos> (consulta: 6 de mayo de 2019).

Instituto Nacional de Evaluación de la Educación, Indicadores de Acceso y Trayectoria Escolar (en línea), México, INEE, 2017,

<https://www.inee.edu.mx/wp-content/uploads/2019/04/AT02d-2017.pdf> (consulta: 12 de junio de 2019).

Secretaría de Educación Pública, Reporte de la Encuesta Nacional de Deserción en la Educación Media Superior (en línea), México, SEP, 2012, http://www.sems.gob.mx/work/models/sems/Resource/10787/1/images/Anexo_6Reporte_de_la_ENDEMS.pdf (consulta: 12 de junio de 2019).

Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública, “Incidencia delictiva del Fuero Común, nueva metodología. Reportes de delitos por año (formato XLSX) para 2017 y 2018” (en línea), México, SESNSP, <https://www.gob.mx/sesnsp/acciones-y-programas/incidencia-delictiva-del-fuero-comun-nueva-metodologia?state=published> (consulta: 23 de abril de 2019).

Bibliografía

American Academy of Pediatrics, “Contraception for adolescents”, en *Pediatrics. Official Journal of the American Academy of Pediatrics* (en línea), 2014, <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2014/09/24/peds.2014-2299.full.pdf> (consulta: 5 de febrero de 2019).

Centro de Formación Estudio Criminal, “Qué es la cifra negra” (en línea), España, CFEC, <https://www.estudiocriminal.eu/blog/que-es-la-cifra-negra> (consulta: 13 de noviembre de 2019).

Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment No. 14: “The Right to the Highest Attainable Standard of Health” (en línea), UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), <https://www.refworld.org/pdf-id/4538838d0.pdf> (consulta: 10 de febrero de 2019).



Referencias

Consejo Económico y Social, Observación General núm. 14: "El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud" (en línea), ONU, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf> (consulta: 10 de febrero de 2019).

Instituto Nacional de Lenguas Indígenas, "Catálogo de las lenguas indígenas nacionales: variantes lingüísticas de México con sus autodenominaciones y referencias geoestadísticas" (en línea), México, Inali, en *Diario Oficial de la Federación*, última actualización, 14 de enero de 2008, https://www.inali.gob.mx/pdf/CLIN_completo.pdf (consulta: 10 de febrero de 2019).

Kähler, Lena, *et al.*, "DAAC y la salud y los derechos sexuales y reproductivos" (en línea), Instituto Danés de Derechos Humanos, Dinamarca, 2017, https://www.humanrights.dk/sites/humanrights.dk/files/media/dokumenter/udgivelser/aaaq/aaaq-srhr_issue_paper_dihf_2017_spanish.pdf (consulta: 12 de febrero de 2019).

Potts, Helen y Paul H. Hunt, "Participation and the right to the highest attainable standard of health" (en línea), project report, Human Rights Centre, Colchester, Essex, 2008, <http://repository.essex.ac.uk/9714/1/participation-right-highest-attainable-standard-health.pdf> (consulta: 5 de febrero de 2019).

Sabaté, Eduardo, "Adherence to long-term therapies: Policy for action" (en línea), World Health Organization, *Med. Clin. (Barc.)* 2001; 116 (supl. 2): 141-146, <https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherencerep.pdf> (consulta: 10 de febrero de 2019).

Normas y reglamentos

Cámara de Diputados, Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas (en línea), México, última actualización, 20 de junio de 2018, http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/257_200618.pdf (consulta: 10 de febrero de 2019).

Cámara de Diputados, Ley General de Salud, México, última actualización, 29 de noviembre de 2019, http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV_130418.pdf (consulta: 10 de diciembre de 2019).

Cámara de Diputados, Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública (en línea), México, 2005, <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGTAIP.pdf> (consulta: 10 de febrero de 2019).

Cámara de Diputados, Ley General de Víctimas (en línea), México, última actualización, 3 de enero de 2013, http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGV_030117.pdf (consulta: 10 de febrero de 2019).

Código Penal del Estado de Guerrero (en línea), México, última actualización, 15 de diciembre de 2017, http://armonizacion.cndh.org.mx/Content/Files/tortura/CodPenal/13Codigo_PE_Gro.pdf (consulta: 13 de febrero de 2019).

Gobierno de la República, Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (en línea), México, Consejo Nacional de Población, 2015, https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/232826/ENAPEA_0215.pdf (consulta: 11 de marzo de 2019).

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (en línea), México, última actualización, 13 de abril de 2018, http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV_130418.pdf (consulta: 10 de febrero de 2019).



Referencias

Norma Oficial Mexicana, NOM-005-SSA2-1993, “De los servicios de planificación familiar” (en línea), México, 2010, <https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR10.pdf> (consulta: 15 de febrero de 2019).

Norma Oficial Mexicana, NOM-010-SSA2-2010, “Para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana (en línea), México, 2010, <https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR04.pdf> (consulta: 15 de febrero de 2019).

Norma Oficial Mexicana, NOM-046-SSA2-2005, “Violencia familiar, sexual y contra las mujeres” (en línea), México, 2009, <https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR19.pdf> (consulta: 15 de febrero de 2019).

Norma Oficial Mexicana, NOM-047-SSA2-2015, “Para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad” (en línea), México, 2015, <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/53624/NOM-047-SSA2-2015.pdf> (consulta: 13 de febrero de 2019).

Organización Mundial de la Salud (OMS), *fact sheet* 2019, “Mortalidad materna” (en línea), 19 de septiembre de 2019, <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality> (consulta: 17 de febrero de 2020).

Secretaría de Salud, “Guía de implantación/implementación: lineamientos interculturales para la operación de los servicios de salud” (en línea), México, <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29327/LineamientosInterculturalesOperacion.pdf> (consulta: 26 de febrero de 2019).

Solicitudes de acceso a la información

Secretaría de Salud de Guerrero

Folios: 00169818, 00169918, 00170018, 00170318, 00170418, 00170418, 00170518, 00170618, 00170818, 00170918, 00170918, 00171018, 00171118, 00318918, 00319018, 00319118, 00319218, 00319318, 00319418, 00319618, 00319718, 00319818, 00320018, 00320118, 00320218, 00320318, 004682185

Fiscalía General del Estado de Guerrero

Folios: 00488318, 00489118, 00489218, 00489418, 00489518, 00489618, 00489718, 00489818, 00542518, 00542618, 00542718, 00543118

