



LO PÚBLICO ES NUESTRO

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

OAXACA



INSTITUTO DE LIDERAZGO SIMONE DE BEAUVOIR

Autoría:

Investigadoras del estado de Oaxaca
Red Oaxaqueña de Mujeres Indígenas “Trenzando Saberes”
Johana Zurita Ruiz
Viridiana Bautista García
Lidia Iliana Jiménez Rasgado

Programa de Innovación Social y Participación Ciudadana:

Ana Joaquina Ruiz Guerra
Ángel Ruiz Tovar
Rubén Bernardo López Juárez
Tania Martínez Hernández
Aída Bustos Martínez

Programa de Mujeres Indígenas:

Zenaida Pérez Gutiérrez
Sharon Renee Cano Chulim
Guillermina Edith Juárez Leyva
Andrea Guadalupe González Bautista

Apoyo de investigación:

Ana Laura Flores Torres
Florencia Pérez Vela Quiroz

Directora:

Friné Salguero Torres

Subdirectora:

Valentina Zendejas Moheno

Coordinación de diseño y edición:

Arabella Jiménez Sánchez

Diseño:

Murcio Editores, DR

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

OAXACA

ÍNDICE

06

Presentación

10

Situación del
embarazo en la
adolescencia en
Oaxaca

16

Hallazgos de
investigación

24

Disponibilidad,
accesibilidad,
aceptabilidad
y calidad de
los servicios de
salud

28

Recomenda-
ciones

32

Referencias

36

Bibliografía



Presentación

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 la 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 1 000 adolescentes.¹ La Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (Enapea)² 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 e implementación de la NOM-046-SSA2-2005, "Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención",³ 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 la interculturalidad en la provisión de los servicios de salud. Son las y los jóvenes, y las mujeres indígenas quienes participan como personas investigadoras desde dos programas 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,⁴ y el Programa de Mujeres Indígenas (Promui),⁵ 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 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 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.

En el caso de Oaxaca, el proceso de investigación se lleva a cabo desde 2015. La actual investigación es parte del trabajo de la segunda generación de investigadoras, formadas en acceso a la información y conocimiento del sistema de salud, que llevaron a cabo el monitoreo de los ser-

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

² La Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (Enapea) se inició en 2015.

³ 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.

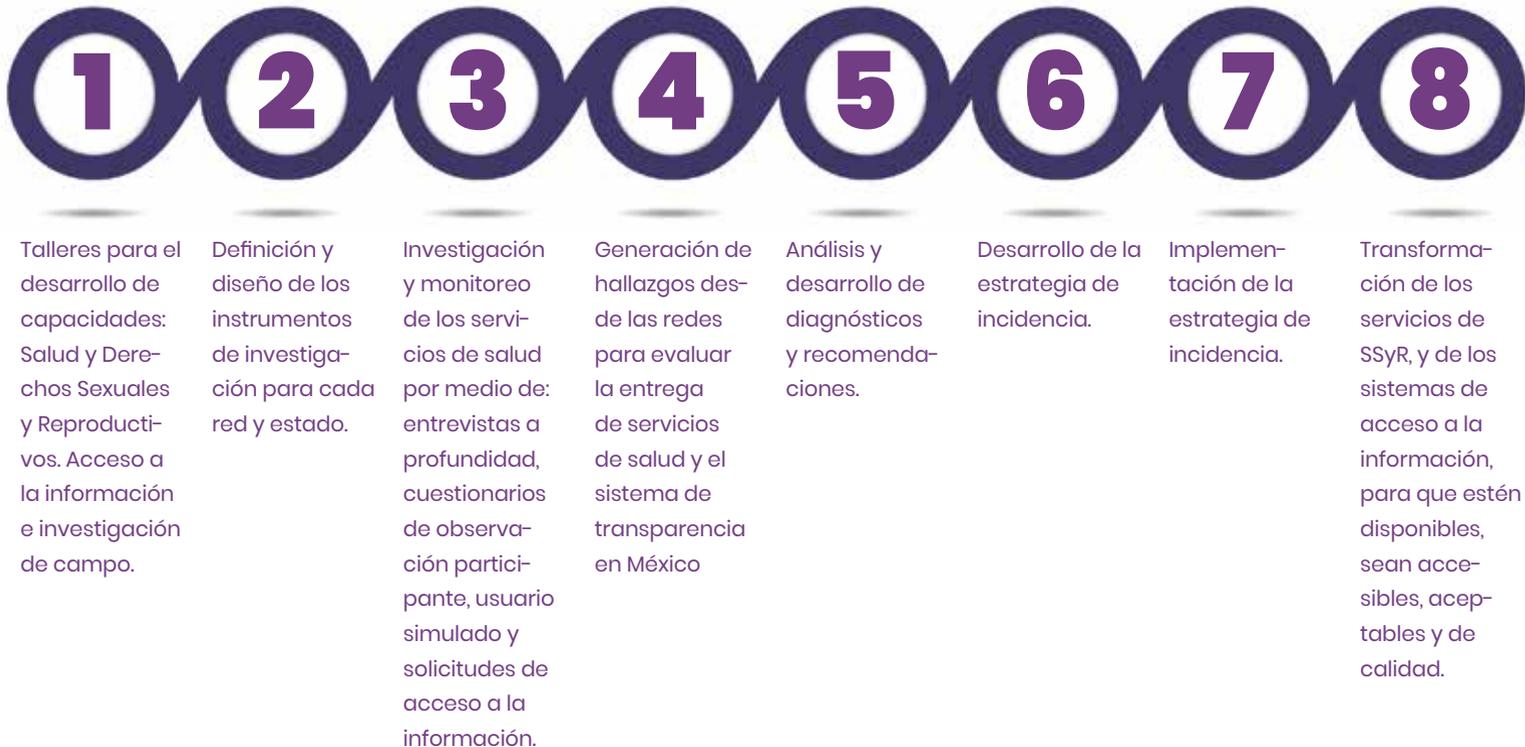
⁴ Ver más en: <http://ilsb.org.mx/redefine>.

⁵ Ver más en: <http://ilsb.org.mx/promui>.



vicios. Las investigadoras profundizaron en dos líneas de investigación: el enfoque intercultural en los servicios de salud sexual y reproductiva, y la atención de casos de violencia sexual o familiar a partir del conocimiento e implementación de la NOM-046-SSA2-2005.

Metodología del proyecto Lo Público es Nuestro



2

Situación del embarazo en la adolescencia en Oaxaca

Oaxaca tiene 3.9 millones de habitantes; del total de la población del estado, 32.15% son personas de más de tres años hablantes de alguna lengua indígena (alrededor de 1.2 millones de personas); además, 65.73% de la población se autoadscribe como indígena y 1.53%, se considera indígena en parte.⁶ De la población de más de tres años que habla una lengua indígena, 33.61% habla zapoteco, 22.09% mixteco, 14.87% mazateco, 9.62% mixe y 8.94% chinanteco. Es preciso mencionar que en Oaxaca también se habla chatino, triqui, huave, náhuatl, entre otras lenguas.

⁶ Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Encuesta Intercensal 2015 (en línea).

Resultados de la investigación

De acuerdo con datos de 2015, en Oaxaca 9% de las mujeres adolescentes de 10 a 18 años eran madres, cifra que es mayor que el promedio nacional de 7.63%. En 62 de los 570 municipios del estado, la prevalencia de embarazo en adolescentes es superior a 11%, esto incluye el municipio de Santa María del Rosario, con una tasa de 25.93 por ciento.⁷

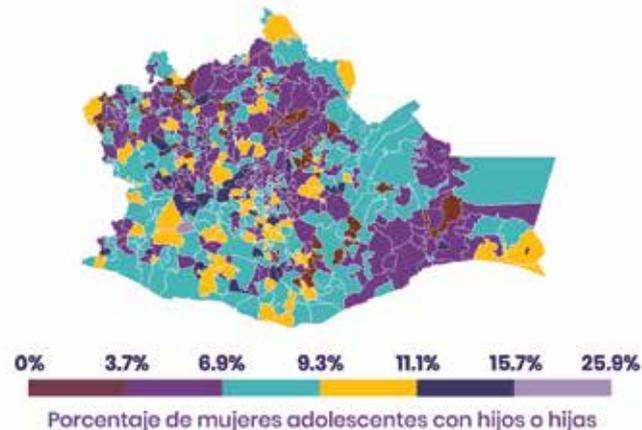
Asimismo, hay ocho municipios donde la prevalencia de embarazo en adolescentes es mayor de 15% como: San Cristóbal Amoltepec (18.18%), Santiago Amoltepec (16.99%), San Miguel Coatlán (15.59%), Santiago del Río (15.38%), Santa María Lachixío (15.24%) y Santa Catarina Lachatao (15.12%).⁸



Gráfica 1. Prevalencia del embarazo adolescente en Oaxaca



Estado: Oaxaca 9.00%



⁷ Idem.
⁸ Idem.

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



El embarazo en la adolescencia incide 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;⁹ para las mujeres es la segunda causa de deserción.¹⁰
- En Oaxaca, la tasa de abandono total para mujeres en educación media superior es de 10.9%,¹¹ es decir, tan sólo 2.4% debajo de la media nacional para mujeres, que es de 13.3 por ciento.

Si bien el embarazo en la adolescencia tiene implicaciones para mujeres y hombres, las afectaciones 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 69.11% de las mujeres sin hijas e hijos estudia, sólo 3.51% de las que son madres lo hace; por otro lado, sólo 18.20% de las mujeres sin hijas e hijos se dedica a quehaceres del hogar, mientras que 82.82% de las mujeres que son madres se dedican a dicha actividad.
- Las mujeres aceleran su ingreso al mercado de trabajo al tener menos de 18 años: mientras que 5.99% de las mujeres adolescentes sin hijas e hijos son económicamente activas, cuando son madres, esta cifra asciende a 8.45 por ciento.

⁹ Secretaría de Educación Pública, Reporte de la Encuesta Nacional de Deserción en la Educación Media Superior (en línea), p. 50.

¹⁰ *Ibid.*, p. 51.

¹¹ Instituto Nacional de Evaluación de la Educación, Indicadores de Acceso y Trayectoria Escolar [en línea], p. 7.

Gráfica 2. Actividades principales de mujeres adolescentes



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

Resultados de la investigación

El acceso a la salud se puede dificultar cuando se es madre adolescente, pues en algunos escenarios 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 de guardería.

El aumento en la afiliación al Seguro Popular puede obedecer a que las madres adolescentes no suelen tener empleos formales.¹² Otra explicación puede ser que, al dejar de ser dependientes de su familia, pierden su afiliación a la seguridad social. De acuerdo con los datos:

- El IMSS reporta un descenso de adolescentes afiliadas sin hijas e hijos de 5.8 a 3.5% con hijas e hijos. El ISSSTE lo reporta de 3.2 a 0.3 por ciento.
- En contraste, aumenta significativamente la afiliación al Seguro Popular cuando las mujeres adolescentes se convierten en madres: de 89.77% sin hijas e hijos a 95.49% cuando son madres.

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



¹² 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), 43-46.

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



En cuanto a la violencia sexual en Oaxaca, es un fenómeno preocupante, ya que pone en riesgo la vida e integridad de las mujeres. En Oaxaca hubo un incremento sustancial del delito de violencia sexual entre 2015 y 2018, al pasar de 84 a 508 denuncias, según cifras del Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública. La Encuesta Nacional de Victimización reporta un incremento de 386 a 2508 casos, es decir, un incremento de 64.97%. En 2018, aproximadamente 79.74% de los casos no fueron denunciados, lo que hace urgente atender este delito en la entidad.

Tabla 1. Cifras de violencia sexual en Oaxaca

	Casos denunciados ¹³	Casos según la Envipe ¹⁴	Cifra negra ¹⁵
2015	84	386	78.23%
2018	508	2508	79.74%

Fuente: elaboración propia con base en datos del Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública y la Encuesta Nacional de Victimización y Percepción de la Seguridad Pública.

¹³ 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 carpetas de investigación, reportadas por las procuradurías de justicia y fiscalías generales de las entidades federativas.

¹⁴ Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública 2017 y 2018 (Envipe) (en línea).

¹⁵ "Es el número total de casos en que las personas son victimizadas, en un tiempo y espacio determinados, pero no denuncian ante las autoridades competentes, sea por considerarlo improcedente, por falta de tiempo, por temor o por el insuficiente conocimiento de sus derechos" (Centro de Formación Estudio Criminal).

3

Hallazgos

Las investigadoras de la Red Oaxaqueña de Mujeres Indígenas “Trenzando Saberes” trabajaron con dos ejes de análisis: el enfoque de interculturalidad en los servicios de salud sexual y reproductiva, y la atención de casos de violencia sexual, a partir del conocimiento y la implementación de la NOM-046-SSA2-2005. Su investigación de campo fue realizada de marzo a octubre de 2018 en el Centro de Salud Santa María Ozolotepec, ubicado en el municipio de Santa María Ozolotepec, en una zona rural, y en el Centro de Salud núm. 2 de la Colonia Estrella, que está en una zona urbana del municipio de Oaxaca de Juárez, Oaxaca.

Resultados de la investigación

Cabe destacar que la unidad de salud urbana tiene uno de los tres Centros Especializados para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar, Sexual y de Género (Cepavi) del estado. Éste es un modelo de atención oportuna que cuenta con diversas buenas prácticas, por lo que los resultados entre ambos centros se contrastan; según lo observado, este modelo debería ser replicado.

La particularidad de esta investigación es que profundiza en los hallazgos realizados por la primera generación¹⁶ de Lo Público es Nuestro en Oaxaca, entre 2016 y 2017.¹⁷ En dicha investigación se encontró, al realizarse el diagnóstico del sistema de salud, que faltaban directrices institucionales en el sistema de salud para asegurar que los servicios de salud sexual y reproductiva (principalmente el abasto, el acceso a y la promoción de métodos anticonceptivos) estuvieran disponibles para jóvenes y mujeres indígenas, asegurando en ellos la integración del enfoque de interculturalidad, la perspectiva de género y de juventudes.

La presente investigación profundiza el enfoque de interculturalidad en los servicios de salud sexual y reproductiva, así como en la implementación de la NOM-046-SSA2-2005. Sus principales hallazgos se presentan a continuación:

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

La investigación constata la ausencia de una perspectiva intercultural en la atención de la salud sexual y reproductiva para mujeres indígenas, puesto que los servicios no cuentan con insumos para la prevención y promoción de la salud, como folletos, trípticos o material audiovisual en lenguas indígenas; tampoco existe infraestructura para la atención intercultural y el personal no está suficientemente capacitado en atención intercultural ni profesionalizado en servicios de traducción.

A diferencia de la primera investigación realizada en Oaxaca por Lo Público es Nuestro, en la que se corroboró que había algunas labores de interpretación o traducción en las clínicas, más no traductores certificados,¹⁸ en esta ocasión pudimos observar que, en situaciones de emergencia, hay una ruta para solicitar servicios de traducción a la Coordinación Estatal de Salud, según lo señalado en entrevista.¹⁹ Dicha ruta también se facilita para personal sensibilizado en la materia.

Prevalece la ausencia de intérpretes y traductores profesionales que brinden servicios en lenguas indígenas a las usuarias. Cuando ellas llegan hablando una lengua indígena, en lugar de solicitar servicios de traducción se acude a sus familiares, lo que deja en manos de las usuarias la responsabilidad de resolver esa carencia. Una de las causas de ausencias graves identificadas en uno de los estados del país con mayor diversidad cultural fue la insuficiente coordinación institucional entre diferentes instancias de salud y dependencias, como el Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (Inali), las cuales pudieran asegurar estos servicios, en consonancia

¹⁶ Integrantes de la Red Oaxaqueña de Mujeres Indígenas "Trenzando Saberes".

¹⁷ Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir, "Lo Público es Nuestro: juventudes evalúan servicios de salud sexual y reproductiva a través de mecanismos de transparencia y rendición de cuentas en Oaxaca" (en línea).

¹⁸ *Idem*.

¹⁹ Instrumento de entrevista a personal de salud, clínica urbana, 2018.



con el artículo 7º de la Ley de Derechos Lingüísticos.²⁰ No existe un registro de intérpretes y traductores profesionales en las unidades de salud, ni una ruta clara para tener acceso a ellos.

La falta de servicios de traducción se complementa con falta de capacitación en materia intercultural. De acuerdo con la Secretaría de Salud del estado de Oaxaca (SSO), el personal de salud no ha recibido capacitación en el eje de interculturalidad, pues se mencionó que (la capacitación) “no se centra en el componente intercultural debido a que el centro nacional solicitó que el abordaje de las capacitaciones... fuera con énfasis en atención a la violencia sexual”.²¹

En cuanto a la existencia de material de difusión en lenguas indígenas para la promoción de la salud sexual y reproductiva, tampoco se pudo constatar su existencia durante las visitas en campo, ni mediante solicitudes de acceso a la información. En esta solicitud, Servicios de Salud de Oaxaca respondió que “no existe material de difusión en este tema en lenguas indígenas, para dar cumplimiento a este rubro se establecerá un trabajo interinstitucional con la Comisión de Derechos Indígenas (CDI)”.²²

En lo relativo a infraestructura, tampoco se observa que haya lo mínimo para la atención intercultural según los Lineamientos de Interculturalidad en Salud de la propia Secretaría de Salud federal. No existen sillas de parto verticales u otra infraestructura para adaptar los servicios, como se observa en la siguiente fotografía tomada en la unidad rural.

La ausencia de mecanismos, herramientas y procedimientos adecuados impide atender de manera apropiada las diferencias culturales de las y los usuarios de los centros de salud, lo que resulta en que la atención de la salud digna, basada en de-



Imagen 1. Fotografía tomada en el Centro de Salud Santa María Azolotepec, Oaxaca.

rechos, queda en la buena voluntad de las y los servidores públicos, y la práctica particular de las clínicas. Lo grave es que se deja a las usuarias la tarea de contar con atención intercultural.

A pesar de que están los Lineamientos Institucionales para la Interculturalidad en Salud y otras herramientas de la Dirección de Medicina Tradicional, como la certificación de servicios de salud, aún hay una brecha grave para su implementación, lo que sigue dejando en situación de vulnerabilidad a las mujeres indígenas, en especial a las que sólo hablan lengua indígena.

²⁰ El artículo 7º de la Ley de Derechos Lingüísticos señala que “las lenguas indígenas serán válidas, al igual que el español, para cualquier asunto o trámite de carácter público, así como para acceder plenamente a la gestión, servicios e información pública”, Cámara de Diputados, Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas (en línea), p. 2.

²¹ Folio de solicitud de acceso a la información (SAI): 203618.

²² Folio de SAI: 203518.

Resultados de la investigación

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

Como se mencionó inicialmente, Oaxaca es un estado con un incremento significativo de casos de violencia sexual, por lo que fue importante investigar la implementación de la NOM-046-SSA2-2005 para comprender cómo brindan los servicios de salud sexual y reproductiva a las mujeres. Cabe señalar que esta norma contiene protocolos de atención y denuncia para las víctimas de violencia, por lo que también se realizó la investigación respecto de su implementación en las unidades médicas.

La investigación contrasta una clínica rural con una clínica urbana, que es además una de las tres que cuentan con un Centro Especializado para la Prevención y Atención de la Violencia (Cepavi) en el estado de Oaxaca. Por eso, el personal de psicología que brinda atención en el centro urbano cuenta con las rutas de atención oportuna para víctimas de violencia. Si bien esta condición puede suponer un sesgo para nuestros hallazgos, consideramos que es una oportunidad para documentar algunas buenas prácticas en la atención a víctimas de violencia.

En ambos centros de salud declararon que se han reportado casos de violencia. En la clínica rural se refirió que cuando la usuaria “viene así, se nota”, mientras que en el centro urbano existe un protocolo de detección de la violencia, que señala que toda mujer mayor de 15 años que haya asistido constantemente a los servicios por dolores de cabeza, golpes u otros indicadores se refiera directamente al Cepavi. En dicho centro se reportó la atención de 416 casos de violencia sexual y familiar de diciembre de 2016 a 2017, y 268 casos hasta agosto de 2018. Es decir, mientras que la clínica rural sólo señala que “se nota la violencia”, el Cepavi cuenta con un proceso de detección, referencia y registro de víctimas de violencia.

²³ Folio de SAI: 203218.

²⁴ Folio de SAI: 203718.

²⁵ La realización del ejercicio de usuaria simulada consistió en que una mujer indígena visitara la clínica y se presentara como una líder comunitaria que iba a preguntar sobre qué hacer en caso de violencia sexual.

En materia de capacitación sobre la NOM-046-SSA2-2005, de acuerdo con lo reportado vía acceso a la información, los servicios de salud de Oaxaca indicaron que sólo se han impartido siete cursos sobre la NOM-046 (uno en 2016 y seis en 2017), en los que participaron 210 personas de todo el estado, 180 mujeres y 30 hombres, durante dos años.²³ Aunado a ello, se reportó que en los temarios de los cursos no hay información sobre profilaxis para prevenir ITS ni embarazos no deseados. La Secretaría de Salud reportó que sí se han brindado cursos-talleres a personal de salud, como médicos, paramédicos, psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales; sin embargo, señaló que el programa de violencia no contó con recursos económicos para realizarlo,²⁴ argumentando que las instituciones que brindan las capacitaciones lo hacen de manera gratuita.

La falta de capacitación se corroboró en la visita de campo, ya que en la clínica de Santa María Ozolotepec (rural) se conoce parcialmente la NOM-046-SSA2-2005. Durante la entrevista, el personal de salud señaló que ha recibido una sola capacitación y se refirió a ella como la “nueva norma”, como algo por conocer. En el ejercicio de usuaria simulada²⁵ se mencionó que se tiene la disposición de dar apoyo “siempre y cuando sea la víctima quien acuda a solicitarlo”, y no por conducto de otras personas.



De igual forma, en esta clínica se mencionó que, en caso de que la víctima quiera levantar una denuncia, se llama al síndico municipal, aunque “depende del familiar si se va a hacer la demanda o no, porque es algo muy delicado”. En el mismo sentido, el personal de salud indicó que “si se nota físicamente la violencia, refiere a la paciente al DIF, pero con autorización de un familiar”. Esto contraviene la NOM-046-SSA2-2005, ya que no se requiere la autorización de ninguna autoridad, servidor/a público o persona para atender a las víctimas de violencia. Aunado a esto, es preciso señalar que tampoco existe un registro claro de los casos atendidos.

En contraste, en el Cepavi se corroboró la existencia de una hoja de registro diario de actividades: cada caso se notifica al Sistema Nacional de Salud (formato de vigilancia epidemiológica SUIVE-1-2000). Además se realiza un informe general de avances (IGA), un registro en el cual se incluyen herramientas de detección de la violencia, cantidad de casos detectados, tipos de violencia (física, psicológica, sexual, económica, etc.), así como si ésta es leve, moderada o severa. Para el caso de las usuarias de primera vez del Cepavi, se registran las pláticas y los talleres que se les brindan.

Sobre el protocolo de atención referida por el Cepavi, incluye los siguientes pasos, de acuerdo con la entrevista realizada:

- 1.** Se le piden datos personales, si no se los han preguntado en el centro de salud. Si la persona es referida por el centro de salud, en ocasiones ya tienen lista su hoja de vida.
- 2.** Aplicación de protocolos de atención psicológica, dependiendo del nivel de riesgo al que esté expuesta la persona con respecto a su agresor.
- 3.** Aplicación de la herramienta de detección de violencia, la herramienta de evaluación de capacidad de la usuaria ante los eventos violentos, situación específica de violencia y la que mide la peligrosidad del agresor.
- 4.** Aplicación de la profilaxis (en caso de violencia sexual).
- 5.** Notificar al ministerio público para “los efectos de procuración de justicia”.²⁶
- 6.** Se realiza, de ser necesario, la referencia de la víctima, ya sea a un refugio o atención psiquiátrica, o bien a otras organizaciones que ayuden con el caso.
- 7.** Se buscan redes de apoyo.
- 8.** Se brinda información sobre OSC que brinden asesoría legal de ser necesario.

²⁶ NOM-046-SSA2-2004, “Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención” (en línea).

Resultados de la investigación

En cuanto a la atención psicológica señalada en la NOM-046-SSA2-2005, el Cevapi refiere contar con ella, mientras que la clínica rural no tiene personal suficiente para la atención especializada en estos casos. En cuanto al material de apoyo para la atención a las usuarias, identificamos ciertas carencias en las clínicas. Si bien el centro de salud urbano cuenta con un mayor número de materiales, éste aún es escaso; en muchas ocasiones, la existencia de material depende de organizaciones de la sociedad civil, por lo que su producción no necesariamente obedece a esfuerzos institucionales de la Secretaría de Salud.



Imagen 2: fachada del Centro Especializado de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género (Cevapi).

En muchas ocasiones, la existencia de material depende de organizaciones de la sociedad civil, por lo que su producción no necesariamente obedece a esfuerzos institucionales de la Secretaría de Salud

Otro tema relevante es el acceso a la interrupción legal del embarazo (ILE) en caso de violación. En Oaxaca, la ILE se puede realizar cuando se es víctima de una violación o el embarazo pone en riesgo la salud o la vida de la mujer. La NOM-046-SSA2-2005 especifica que las mujeres pueden acceder a la ILE por medio de un escrito que manifieste que el embarazo es producto de una violación sexual y que es su voluntad interrumpir el mismo, es decir, no se requiere la canalización, autorización o denuncia ante instancias de justicia.

En la clínica rural, el personal de salud entrevistado señaló que la ILE se practica dependiendo del caso y que no cuentan con una persona experta para realizar la interrupción; asimismo,



mencionan que estos casos se canalizan a instancias de justicia para hacer la denuncia. En el ejercicio de usuaria simulada no se obtuvo una respuesta puntual del servidor público sobre la autorización de la víctima o de la familia para hacer la denuncia, aunque se hizo la pregunta expresa, sin embargo, se señaló que era la víctima quien debía solicitar el servicio.

Por su parte, el Cepavi reporta haber realizado interrupciones legales de embarazo por la causal violación; por ejemplo, en 2017 se realizaron ocho ILE y hasta agosto de 2018, cuando se realizó la investigación de campo, se habían llevado a cabo dos ILE. El Cepavi cuenta además con una serie de organizaciones aliadas que dan apoyo a las pacientes en estos casos.

En el caso de la clínica rural, el personal de salud señaló que la violencia es un problema que viven las pacientes y, como centro de salud, dan algunas pláticas o talleres, pero reconocen que no alcanzan a cubrir las necesidades de toda la comunidad.

El modelo de los Cepavi es interesante como ejemplo para la prevención de la violencia familiar y sexual. Podemos observar que su eficiencia depende en buena medida de los esfuerzos del personal que atiende la clínica. Esta unidad puede tomarse como una referencia de que, cuando existe capacitación, sensibilización, presupuesto y voluntad, se puede atender, prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres.

En este sentido, los esfuerzos deben ser transversales en el sistema de salud y considerar la salud de las mujeres y el derecho a una vida libre de violencia como una prioridad. Para ello es importante invertir en la capacitación y sensibilización del personal respecto a la NOM-046-SSA2-2005, desarrollar guías o protocolos de acción para su implementación en las clínicas, así como materiales para la difusión, atención y sanción a la violencia sexual y familiar.



Disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud

De acuerdo con la observación general 14 al artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC), el derecho a la salud abarca los siguientes componentes: disponibilidad,²⁷ accesibilidad,²⁸ aceptabilidad²⁹ y calidad³⁰ (DAAC),³¹ los cuales permiten que los “elementos de la SDR³² pueden hacerse más tangibles”;³³ en este sentido, facilita la evaluación del marco de derechos humanos en la provisión de servicios de salud (ONU/OMS).

²⁷ 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.

²⁸ Los servicios de SSR deben ser accesibles para todos, en términos de acceso físico, asequibilidad, acceso a la información y no discriminación. *Idem.*

²⁹ Los servicios de SSR deben ser aceptables para los consumidores, culturalmente pertinentes y sensibles a los grupos vulnerables. *Idem.*

³⁰ Los servicios de SSR deben cumplir con las normas de calidad aplicables. *Idem.*

³¹ Helen Potts y Paul Hunt, “Participation and the right to the highest attainable standard of health” (en línea), secc. I Introduction, p. 12.

³² Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos.

³³ 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:

Eje de investigación	Disponibilidad	Accesibilidad	Aceptabilidad	Calidad
Implementación del enfoque de interculturalidad en salud	No se encuentran disponibles para mujeres jóvenes indígenas en las clínicas de salud investigadas. A pesar de que hay traductores, no es claro si han estado en procesos de profesionalización y que cuenten con pago justo.	Hay algunas rutas para solicitar servicios de traducción en casos de emergencia. Sin embargo, los servicios de salud señalan que basta con que haya alguien disponible (familiar o no) para hacer de intérprete o traductor. Ello contraviene la accesibilidad de los servicios médicos en la lengua indígena del paciente.	Ausencia de materiales, programas, protocolos y rutas de atención y promoción de los servicios en lenguas indígenas. Escaso conocimiento y sensibilización del personal de salud en cuanto al enfoque intercultural, lo que merma la aceptabilidad de los servicios.	Los servicios que reciben las personas indígenas carecen de calidad, ya que no se les informa adecuadamente sobre los mismos debido a que sólo se hace en español y no hay un traductor profesional que pueda transmitir el mensaje, libre de creencias o juicios, en cuanto a la información sobre la atención y el tratamiento que recibirán; tampoco es entendible, porque no se hace con conocimiento de su cultura y lengua, por lo cual la prevención y atención no cuentan con la calidad requerida.



Eje de investigación	Disponibilidad	Accesibilidad	Aceptabilidad	Calidad
<p>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”.</p>	<p>Los servicios de atención a la violencia sexual están disponibles, aunque de forma limitada, pues sólo se cuenta con tres Cepavi en todo el estado de Oaxaca.</p> <p>En la clínica rural persisten barreras que limitan la disponibilidad de los servicios de salud para la atención de la violencia sexual.</p>	<p>El caso de la clínica rural es ejemplo de que no es claro el procedimiento que se debe seguir para cumplir con la NOM-046-SSA2-2005; se limita a la denuncia y la solicitud de la víctima, por lo que no es claro el proceso para acceder a la anticoncepción de emergencia ni a la ILE. Sólo hay tres Cepavi en Oaxaca, por lo que tampoco es accesible para la mayoría de las mujeres, si consideramos distancia territorial, presencia de varias lenguas indígenas en el estado, entre otros aspectos.</p>	<p>El modelo de atención del Cepavi es adecuado para la atención de la violencia; cuenta con redes de organizaciones de la sociedad civil aliadas para la prevención y atención de la violencia en razón de género; fomenta el registro de casos y la atención comunitaria del problema.</p> <p>Sin embargo, es un modelo que no se ha replicado (más que en dos ocasiones). La atención a la violencia en el centro de salud rural no cumple con estos criterios de prevención, atención y registro, lo cual es insuficiente para hablar de la aceptabilidad de los servicios.</p>	<p>Hay desconocimiento de la NOM-046 por parte del personal y, donde sí la conocen, no cuenta con infraestructura; donde sí se atiende, depende más de la voluntad del personal que de un eficiente protocolo institucional, además no se respetan los derechos lingüísticos de las usuarias.</p>



Recomendaciones

Resultados de la investigación

Oaxaca es uno de los estados del país con mayor diversidad lingüística y cultural, ya que 32.15% de su población es indígena y 13.42% no habla español. Con base en estos datos, son preocupantes las barreras para alcanzar una atención accesible, eficiente y de calidad en materia de salud sexual y reproductiva para las mujeres jóvenes indígenas, en especial en lo relacionado con la violencia sexual.

La falta de servicios de salud con enfoque intercultural, perspectiva de género y de juventudes vulnera sus derechos sexuales y reproductivos, el derecho a una vida libre de violencia, los derechos lingüísticos y el derecho a la no discriminación.

Derivadas de estos hallazgos, y en ejercicio de nuestra ciudadanía, elaboramos las siguientes recomendaciones para alcanzar una atención de calidad en la materia:

- **Asegurar la implementación de los criterios de interculturalidad en los servicios de salud:**
 - Recuperar, elaborar y difundir materiales sobre salud sexual y reproductiva (audiovisuales e impresos) en las lenguas indígenas que son habladas mayoritariamente por las y los usuarios de los centros de salud.
 - Contratación, permanencia y pago digno a traductores profesionalizados, especializados y sensibilizados en interculturalidad, para garantizar el ejercicio de los derechos humanos de la población indígena en todo el estado de Oaxaca.
 - Implementar protocolos o guías para la solicitud de personal profesional en traducción e interpretación en todos los casos que se requiera.
 - Invertir en infraestructura que permita adaptar con pertinencia cultural los servicios de salud que atienden a usuarias y usuarios indígenas.



- **Contar con una política intercultural de atención a la salud en casos de violencia sexual para mujeres indígenas; revisar la aplicación de la NOM-046-SSA2-2005 en caso de tratarse de mujeres indígenas:**
 - Capacitar al personal de salud del primer nivel de atención en los más altos estándares de atención a la violencia sexual, comenzando por el conocimiento de la NOM-046-SSA2-2005 y la sensibilización sobre dichos casos.
 - Elaborar guías para la atención a víctimas de violencia basadas en la NOM-046-SSA2-2005, con especial atención a mujeres indígenas.
 - Asegurar el abasto y acceso a la anticoncepción de emergencia y kits para dotación de profilaxis postexposición.
 - Garantizar la ILE en casos de violencia sexual cuando las mujeres así lo soliciten y sin la necesidad de una denuncia penal.
 - Contar con una dotación presupuestal adecuada para la atención de la violencia contra las mujeres, particularmente para los Cepavi.
 - Replicar los modelos de Cepavi o algunas de sus prácticas en el resto del sistema de salud, como los mecanismos de registro de casos de violencia contra niñas y mujeres, desagregados por pertenencia étnica, así como los mecanismos de atención a la violencia contra las mujeres.



Referencias

Resultados de la investigación

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 (Endireh) 2016. “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).



Secretaría de Salud, Recursos en salud, nivel central, Recursos 2017 (en línea), México, <https://datos.gob.mx/busca/dataset/recursos-en-salud-nivel-central/resource/bc17cf02-052f-4ba3-b582-cb4e854d28c1> (consulta: 23 de febrero 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

Resultados de la investigación

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/pdfid/4538838d0.pdf> (consulta: 10 de febrero de 2019).

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 de Liderazgo Simone de Beauvoir, “Lo Público es Nuestro: juventudes evalúan servicios de salud sexual y reproductiva a través de mecanismos de transparencia y rendición de cuentas en Oaxaca” (en línea), México, 2017, <http://ilsb.org.mx/embarazoenadolescentes/assets/files/Oaxaca.pdf> (consulta: 5 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 el *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_dihr_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).

Resultados de la investigación

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).

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).

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).

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 Oaxaca/Servicios de Salud del estado de Oaxaca

Folios: 00202618, 00203018, 00203618, 00203718, 00203218, 00202818, 00202718, 203318, 203418, 00203118, 00202518, 00202918

Sistema Local de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de Oaxaca (Sipinna)

Folios: 00205318, 00205418, 00205518, 00205618, 00205718, 00205818, 00206018, 00206118, 00206218, 00206318, 00206418, 00206518, 00206618, 00206718, 00206818, 00206918, 00207018, 00536318, 00536418

