



LO PÚBLICO ES NUESTRO

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

SONORA



INSTITUTO DE LIDERAZGO SIMONE DE BEAUVOIR

ISPC

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

REDefine

Sofía Alessio-Robles
Mariana Mancilla
Pascale Brennan
Cristina Santana

REDefine Sonora

Cynthia Coronado

Apoyo de investigación:

Ana Laura Flores Torres

Directora:

Friné Salguero

Subdirectora:

Valentina Zendejas

Coordinadora editorial:

Arabella Jiménez

Diseño:

Murcio Editores

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

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

www.ilsb.org.mx/embarazoadolescentes

LO PÚBLICO ES NUESTRO

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

SONORA

ÍNDICE

06

Presentación

11

Salud sexual y reproductiva en Sonora

17

Hallazgos

32

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

38

Conclusiones generales

41

Recomendaciones

45

Referencias

Presentación

“Lo Público es Nuestro” es un programa de contraloría social implementado por el ILSB que busca fortalecer la participación ciudadana de jóvenes y mujeres indígenas en temas de salud sexual y reproductiva, para hacer incidencia informada por medio del uso de herramientas de transparencia y acceso a la información e instrumentos de investigación en campo, a fin de fortalecer con recomendaciones dichos servicios y vigilar el desarrollo y 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 adolescentes: 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 (entre 15 y 19 años) y erradicar el embarazo en niñas de entre 10 y 14 años.

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

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

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

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

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

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

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

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



Resultados de la investigación

Metodología del proyecto Lo Público es Nuestro



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

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

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

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

5 Análisis y desarrollo de diagnósticos y recomendaciones.

6 Desarrollo de la estrategia de incidencia.

7 Implementación de la estrategia de incidencia.

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



Salud sexual y reproductiva en Sonora

Sonora tiene 2.8 millones de habitantes, de los cuales 524 754 tienen entre 10 y 19 años, es decir, 18.74%. Según la Encuesta Intercensal 2015, del total de mujeres entre 10 y 18 años del estado, 5% eran madres. Las repercusiones del embarazo en la adolescencia pueden tener implicaciones en su plan de vida.

Del total de la población en Sonora, 2.4% tiene más de tres años como hablantes de alguna lengua indígena (alrededor de 65 000 personas). Asimismo, 17.83% de la población se considera indígena y 1.61% se considera indígena en parte. De la población de más de tres años que habla una lengua indígena, 44.62% habla mayo, 28.22% habla yaqui y 6.30% habla una lengua no especificada.

El 5% de las mujeres adolescentes entre 10 y 18 años en Sonora eran madres. Los municipios de Santa Cruz (22.86%), Tubutama (19.53%), Sáric (16.27%), Altar (15.99%), General Plutarco Elías Calles (15.88%) y Trinceras (15.79%) reportaron un mayor porcentaje de madres adolescentes (Inegi, Encuesta Intercensal 2015). Si bien Sonora se encuentra debajo de la media nacional (7.63%), los municipios anteriormente mencionados reportan algunos de los porcentajes más altos de embarazo en adolescentes en el país.

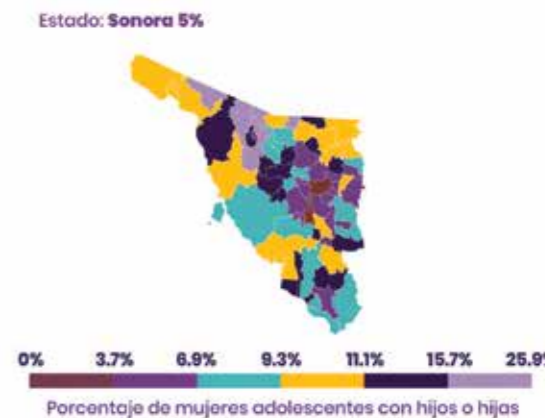
5%
de las mujeres adolescentes entre 10 y 18 años en Sonora eran madres.

Gráfica 1. Prevalencia del embarazo en adolescentes en Sonora.



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

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



Resultados de la investigación

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

- A escala nacional, el embarazo en adolescentes es la sexta causa de abandono escolar entre jóvenes, aunque en mujeres es la segunda causa de deserción.⁶ En Sonora, la tasa de abandono total para mujeres en educación media superior es de 11.6% (Indicadores de Acceso y Trayectoria Escolar del INEE),⁷ abajo de la media nacional para mujeres, que es de 13.3 por ciento.

Si bien el embarazo en adolescentes puede tener consecuencias graves en mujeres y hombres, el efecto negativo es mayor para ellas y en el ejercicio de la maternidad esta desigualdad es aún más profunda:

- Mientras que 79.47% de las mujeres sin hijas e hijos estudia sólo 8.34% de las que son madres lo hace; en tanto que sólo 6.37% de las mujeres sin hijas e hijos se dedica a quehaceres del hogar, el 63.96% de las mujeres que son madres lo hace. El cambio más drástico en la vida de las adolescentes es el cambiar el estudio por las labores domésticas y de cuidado.
- Las mujeres aceleran su ingreso al mercado de trabajo como menores de edad: mientras que 6.25% de las mujeres adolescentes sin hijas e hijos son económicamente activas, cuando ellas son madres, esta cifra asciende a 17.3 por ciento.

El acceso a la salud se precariza cuando se es madre adolescente, ya que dejan de contar con los servicios de seguridad social y aumenta su afiliación al Sistema de Protección Social en Salud o Seguro Popular, que no ofrece una gama amplia de servicios de salud ni cuenta con servicios adicionales, como el de guardería. Esto puede deberse a que las madres adolescentes no suelen tener trabajos remunera-

⁶ Razones manifiestas de la deserción escolar según la Encuesta Nacional de Deserción de la Educación Media Superior, datos para el ciclo escolar 2011. Disponible en: http://www.sems.gob.mx/work/models/sems/Resource/10787/1/images/Anexo_6Reporte_de_la_ENDEMS.pdf.

⁷ Datos del ciclo escolar 2015-2016, disponibles en: <https://www.inee.edu.mx/wp-content/uploads/2019/04/AT02d-2017.pdf>.



Gráfica 2. Actividades principales de mujeres adolescentes

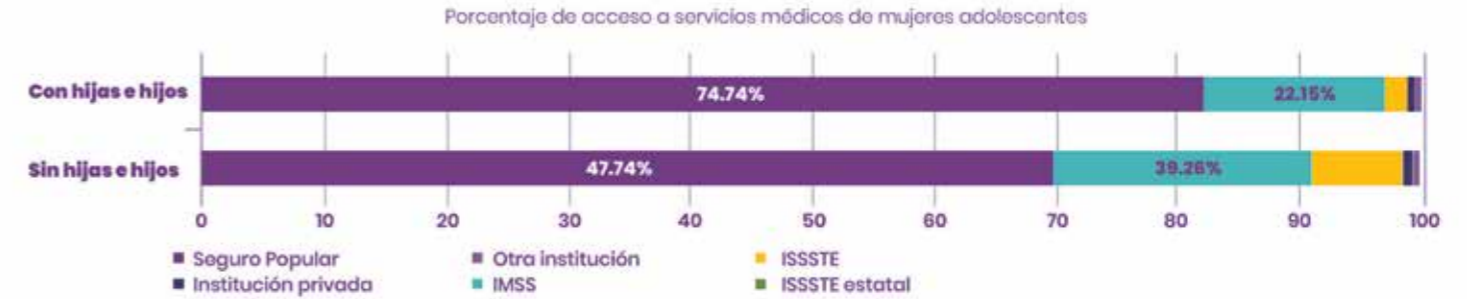


Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Intercensal del INEGI, 2015. Para más información, consultar: <http://ilsb.org.mx/embarazoenadolescentes>

dos formales;⁸ otra explicación puede estar en que, al dejar de ser dependientes de sus padres, pierden su afiliación a la seguridad social. Los datos lo confirman:

- El IMSS reporta un descenso de 39.26% de adolescentes afiliadas sin hijas e hijos a 22.15% con hijas e hijos; el ISSSTE lo reporta de 4.5 a 0.7 por ciento.
- En contraste, aumenta significativamente la afiliación al Seguro Popular cuando las mujeres adolescentes se convierten en madres (de 47.77% sin hijas e hijos a 74.74% cuando son madres).
- Es decir, las madres adolescentes dejan de utilizar los servicios de seguridad social amplios y aumenta su afiliación al Sistema de Protección Social en Salud o Seguro Popular, que no ofrece una gama amplia de servicios de salud para las madres adolescentes ni cuenta con servicios adicionales, como el servicio de guardería.

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



⁸ De acuerdo con la OIT, en México 64% de los jóvenes que trabajan no tiene acceso a la seguridad social. Perspectivas sociales y de empleo formal en el mundo, disponible en: https://www.ilo.org/global/research/global-reports/weso/2018/WCMS_615674/lang-es/index.htm.

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



Resultados de la investigación

En materia de violencia sexual en el estado de Sonora, concluimos que este es un fenómeno preocupante, ya que pone en riesgo la vida y la integridad de las mujeres, además de que existe un alto índice de no denuncia. En 2016 fueron abiertas 267 carpetas de investigación sobre casos de violencia sexual, según cifras del Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública. Sin embargo, la Encuesta Nacional de Victimización (ENVIPE) reportó 12 877 casos; esto implica un porcentaje de no denuncia de 97.87. Para 2017, el número de casos denunciados o carpetas de investigación se redujo a 251 en el estado, y la ENVIPE redujo también el número de casos probables a 889, lo que implica que aproximadamente 71.76% de los casos que ocurrieron no fueron denunciados.

Este decremento en las cifras reportadas por la ENVIPE no se explica necesariamente por una reducción de los delitos de violencia sexual, sino por la naturalización de la violencia, su subregistro y la desconfianza hacia encuestadores y autoridades que la aplican. Asimismo, puede deberse a que la ENVIPE, al ser una encuesta probabilística, tiene un rango de error.

Tabla 1. Cifras de violencia sexual en Sonora

	Casos denunciados ¹⁰	Casos según la Envipe ¹¹	Cifra negra ¹²
2016	267	12 877	97.87%
2017	251	889	71.76%

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. Cabe recordar que la ENVIPE es una encuesta probabilística, por lo que puede tener errores de estimación.

⁹ La ENVIPE es una encuesta que mide la probabilidad de ocurrencia de un delito, según un muestreo que realiza el Inegi antes de aplicarla. La "cifra negra" mide la diferencia entre dicha probabilidad y los casos denunciados.

¹⁰ Cifras obtenidas del Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (delitos registrados en averiguaciones previas iniciadas o carpetas de investigación, reportadas por las procuradurías de Justicia y fiscalías generales de las entidades federativas).

¹¹ Cifras obtenidas de la Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública (ENVIPE) del Inegi. Para Sonora no hubo Envipe en 2018.

¹² Se refiere al porcentaje de delitos no denunciados.





Hallazgos

La investigadora de REDefine de Sonora, perteneciente a la primera generación de investigadores en su estado,¹³ trabajó sobre los cuatro ejes de análisis: abasto de anticonceptivos, corresponsabilidad masculina, interculturalidad y conocimiento de la NOM-046. Su investigación de campo fue realizada de marzo a octubre de 2018 en dos unidades de salud: el Centro de Salud Dr. Domingo Olivares, clínica urbana, y el Centro de Salud Miguel Alemán, clínica rural.

Los esfuerzos de Sonora en términos de abasto y acceso a métodos anticonceptivos en particular, y el fomento de la corresponsabilidad masculina en ámbitos de salud sexual y reproductiva en general, cumplen con los estándares necesarios para considerar una atención pertinente en el estado; sin embargo, la falta de un enfoque intercultural en la atención (debido a una comprensión limitada de la misma en los servicios de salud) y de pautas y materiales para una atención oportuna y eficaz de la violencia sexual en el estado ponen en entredicho la salud sexual y reproductiva de mujeres indígenas y jóvenes en el estado de Sonora. Los hallazgos por eje de investigación son los siguientes:

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

La investigación se enfocó en encontrar la suficiencia en el abasto y acceso a los métodos anticonceptivos, tanto por medio de solicitudes de acceso a la información como por la información recabada por los instrumentos en campo. En materia de promoción de métodos anticonceptivos, se indagó si la consejería en planificación familiar era libre de prejuicios, laica y apropiada para fomentar la corresponsabilidad e incidir en la prevención del embarazo en adolescentes con un enfoque de género, juventudes e interculturalidad.

La información recabada a partir de los diversos instrumentos de investigación (acceso a la información, observación, entrevista y usuaria simulada) coincide en que, en general, hay un abasto adecuado y suficiente de métodos anticonceptivos en términos de cantidad y de variedad. La excepción fue la pastilla de anticoncepción de emergencia, que no se encontraba disponible en la unidad rural de salud visitada, lo cual contradice la NOM-046. El detalle del abasto de métodos para el estado puede observarse en la tabla 2:

¹³ Cynthia Dennis Coronado Ruiz.



Resultados de la investigación

Tabla 2. Métodos anticonceptivos reportados para el estado de Sonora, 2016 y 2017

Tipo de anticonceptivo	2016	2017	Total
CONDÓN DE HULE LÁTEX	1111 000	710 000	2 000 000
PRESERVATIVO FEMENINO	20 200	5 460	25 660
DIU PARA NULÍPARAS EN "T" DIÁMETRO 0.240 A 0.260 MM, SUPERFICIE DE COBRE 380 MM Y 0.312 G	11 500	7 537	20 074
NORELGESTROMINA 6 MG Y ETINILESTRADIOL 0.60 MG PARCHE	11 410	3 000	14 410
LEVONORGESTREL COMPRIMIDO O TABLETA 0.750 MG	7 450	700	8 150
MEDROXIPROGESTERONA 10 MG TABLETAS	118	0	118
LEVONORGESTREL 0.15 MG Y ETINILESTRADIOL 0.03 MG GRAGEA	60 670	14 500	75 170
LEVONORGESTREL EN POLVO DE 52 MG	1711	950	2 661
LEVONORGESTREL 0.03 MG GRAGEA	93	6 000	6 093
NORETISTERONA SOLUCIÓN INYECTABLE 200 MG/ML	18 643	8 000	26 643
NORETISTERONA Y ESTRADIOL SOL. INYECTABLE. 50 MG/5 MG/ML	71 900	0	71 900

Fuente: elaboración propia, con base en el resultado del concentrado de cada método por jurisdicción por año, obtenido mediante acceso a la información por la Secretaría y los Servicios de Salud del estado de Sonora (folios 292618, 292718, 292918, 293218, 293018, 293318). Para la comprobación de las cantidades se ingresó el recurso de revisión que no falló a favor, pero permitió incluir medios de prueba que confirmaron dicha información.

En cuanto a la provisión de métodos anticonceptivos, en la mayor parte de los casos, para tener acceso a ellos se debe acudir a una consulta para otorgar servicios de consejería en planificación familiar; la excepción son los condones masculinos y femeninos en la unidad de salud urbana, ya que dicha clínica cuenta con

servicios amigables en su interior. Los costos sólo son de la consulta y dependen de que la persona usuaria se encuentre afiliada al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) o Seguro Popular; sin embargo, en el momento de la atención se da el servicio, aunque la persona usuaria no cuente con los papeles que comprueban su afiliación al SPSS.

La forma en que se otorga dicha consejería está marcada por el estándar de la Organización Mundial de la Salud y la norma oficial mexicana NOM-005-SSA2-1993, "De los servicios de planificación familiar". A pesar de ello, dichas normas no capturan el tipo específico de consejería necesario para tratar con poblaciones indígenas o jóvenes. Para esto último existe la norma oficial mexicana NOM-047-SSA2-2015, "Para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad". A partir de dichas normas, la investigadora percibió un trato bueno, en consonancia con las NOM, sobre todo en la unidad urbana, donde se contaba con los servicios amigables. En la clínica urbana, incluso, la consejería rompía con prácticas tradicionales e iba más allá de la normativa estatal, ya que, por ejemplo, se mencionó la pertinencia y el uso de la copa menstrual.

En conclusión, el abasto de métodos anticonceptivos y su provisión parece adecuada en Sonora, e incluso vimos una consejería adecuada en la clínica urbana. Es preciso contar con más información sobre los patrones de distribución de los métodos y la forma de provisión de la consejería, a fin de conocer si es adecuada a la edad en todas las clínicas.

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

La investigación constata que el reconocimiento de la diversidad en el estado de Sonora es aún una tarea pendiente, particularmente en materia indígena. En la investigación hallamos ausencia de materiales en otras lenguas, de traductores y de capacitaciones en los servicios de atención médica.

Es importante destacar que en este estado conviven poblaciones indígenas originarias, así como población indígena flotante que llega por migración temporal



Cartel de servicio amigable en clínica urbana, Sonora



Promoción de la Semana Nacional de Salud del Adolescente en clínica urbana, Sonora



Resultados de la investigación

o que ya se ha asentado. En el caso del poblado de Miguel Alemán es claramente de este segundo tipo. A pesar de que el personal de salud identifica algunos de los lugares de origen de las poblaciones indígenas migrantes que llegan a Sonora (Oaxaca, Chiapas, Chihuahua, Veracruz y Querétaro), también reconocen que la combinación de ambos tipos hace particularmente complejo el tratamiento de la interculturalidad en salud.

El ejercicio de evaluación ciudadana mostró la falta de coordinación interinstitucional en el tema y, por ende, la poca relevancia de la interculturalidad en la agenda gubernamental: la falta de mecanismos, herramientas y procedimientos adecuados impide atender de manera óptima las diferencias culturales de las y los usuarios de los centros de salud. Sobre todo, obstaculiza que el personal capacitado llegue a los centros de salud para ejercer labores de traducción e interpretación de la atención en salud sexual y reproductiva. Lo anterior muestra que la interculturalidad en salud se limita al discurso institucional y que en la práctica no se lleva a cabo. Por un lado, hay la creencia de que estas poblaciones sólo necesitan que alguien conozca la lengua para traducir términos técnicos de otra sin mayor complejidad y por otro tenemos el hecho de que dicha traducción es el único punto que toman en cuenta para dar una atención culturalmente pertinente. Lo anterior se constata por diversas razones. En primera instancia, no existen materiales de difusión en lenguas indígenas: no se encuentran disponibles en las unidades de salud puesto que ninguna dependencia los produce. En segunda instancia, sí existe personal identificado por la Secretaría de Salud como potenciales traductores o traductoras, pero no sabemos su nivel de capacitación en la materia. Esto puede observarse más claramente cuando se desglosa por jurisdicción sanitaria el número de personas que dominan la lengua (45 personas en total, cinco en la Jurisdicción I, 32 en la Jurisdicción IV y ocho en la Jurisdicción V), tal como está en la tabla 3. El hecho de que en la jurisdicción se domine la lengua no garantiza un servicio de traducción laica, profesional, apropiada, pertinente o incluso disponible todo el tiempo.

La interculturalidad en salud se limita al discurso institucional, pues en la práctica no se lleva a cabo.

Tabla 3. Personal que habla una lengua indígena según la jurisdicción sanitaria

Jurisdicción Sanitaria I		
Mixteco	Femenino	Poblado Miguel Alemán Mpio. de Hermosillo
Mayo	Femenino	Poblado Miguel Alemán Mpio. de Hermosillo
Triqui	Masculino	Poblado Miguel Alemán Mpio. de Hermosillo
Triqui	Masculino	Poblado Miguel Alemán Mpio. de Hermosillo
Triqui	Masculino	Poblado Miguel Alemán Mpio. de Hermosillo

Jurisdicción Sanitaria IV		
Yaqui	Masculino	Vícam Mpio. de Guaymas
Yaqui	Femenino	Vícam Mpio. de Guaymas
Yaqui	Femenino	Estación Lencho Mpio. de Guaymas
Yaqui	Femenino	Pitaya Mpio. de Guaymas
Yaqui	Femenino	Huirivís Mpio. de Guaymas
Yaqui	Femenino	Rahum Mpio. de Guaymas



Resultados de la investigación

Jurisdicción Sanitaria IV		
Yaqui	Femenino	Estación Oroz Mpio. de Guaymas
Yaqui	Femenino	Guasimitas Mpio. de Guaymas
Yaqui	Femenino	Pueblo Vicam Mpio. de Guaymas
Yaqui	Masculino	Babojori Mpio. de Guaymas
Yaqui	Femenino	Compuertas Mpio. de Guaymas
Yaqui	Femenino	Coracepe Mpio. de Guaymas
Yaqui	Femenino	Torim Mpio. de Guaymas
Yaqui	Femenino	Cárdenas Mpio. de Guaymas
Yaqui	Femenino	Casa Azul Mpio. de Guaymas
Yaqui	Femenino	Tetabiate Mpio. de San Ignacio Río Muerto
Yaqui	Femenino	El Conty Mpio. de Cajeme
Yaqui	Femenino	Tajimaroa Mpio. de Cajeme
Yaqui	Femenino	Potam Mpio. de Guaymas

Jurisdicción Sanitaria IV		
Yaqui	Femenino	Loma de Guamúchil Mpio. de Cajeme

Jurisdicción Sanitaria IV		
Yaqui	Femenino	Vicam Mpio. de Guaymas
Yaqui	Femenino	Potam Mpio. de Guaymas
Yaqui	Femenino	Vicam Mpio. de Guaymas
Yaqui	Femenino	Torim Mpio. de Guaymas
Yaqui	Femenino	Potam Mpio. de Guaymas
Yaqui	Femenino	Vicam Mpio. de Guaymas
Yaqui	Femenino	Vicam Mpio. de Guaymas
Yaqui	Femenino	Potam Mpio. de Guaymas
Yaqui	Femenino	Vicam Mpio. de Guaymas
Yaqui	Femenino	Huirivis Mpio. de Guaymas
Yaqui	Femenino	Vicam Mpio. de Guaymas

Resultados de la investigación

Jurisdicción Sanitaria IV		
Yaqui	Femenino	Bahía de Lobos Mpio. de San Ignacio Río Muerto

Jurisdicción Sanitaria V		
Guarijío	Masculino	Mesa Colorada Mpio. de Álamos
Mayo	Femenino	Etchojoa
Mayo	Femenino	Los Buayums Mpio. de Navojoa
Mayo	Femenino	La Bocana Mpio. de Huatabampo
Mayo	Femenino	Bacabachi Mpio. de Navojoa
Mayo	Femenino	Huatabampo
Mayo	Femenino	Etchojoa
Mayo	Masculino	Etchojoa

Fuente: solicitud de acceso a la información a Servicios de Salud del estado, folio 00293818.

De lo anterior se deriva que hacen falta servicios de traducción y adaptación de los servicios de salud, no solo a la lengua, sino a las prácticas culturales relevantes para la población.

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

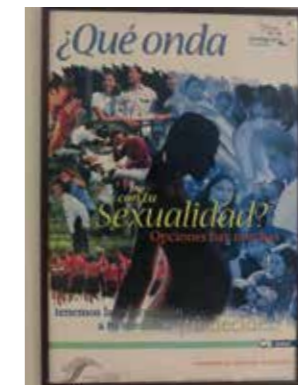
En la investigación realizada se encontró que existen directrices institucionales sobre corresponsabilidad masculina. La evaluación ciudadana realizada preguntó

tanto por la disponibilidad de materiales de difusión sobre la corresponsabilidad masculina como por su difusión en la consejería en planificación familiar. Particularmente se registró la existencia de materiales de difusión, así como un enfoque de corresponsabilidad en la promoción de métodos anticonceptivos y la vasectomía.

El personal médico, tanto en la unidad rural como la urbana del municipio de Hermosillo, mostró en diversos momentos una serie de prácticas para fomentar la corresponsabilidad masculina, como por ejemplo directrices en consejería sobre uso de métodos anticonceptivos.

Es decir, estas prácticas distinguían entre hombres y mujeres, y la necesidad de contar con dicho enfoque en la atención de la salud sexual y reproductiva. Otra cuestión importante fue que en la unidad rural el personal de salud tenía una perspectiva muy clara sobre el uso de métodos anticonceptivos, porque conocía la edad de inicio sexual en las localidades donde laboraba (11-12 años).

Lo anterior, además, estaba complementado con material de difusión dentro de las unidades de salud, que también reportó la Secretaría de Salud, tal como puede observarse en la tabla 4:



Cartel “¿Qué onda con tu sexualidad?”, en clínica rural, Sonora

Tabla 4. Material de promoción de corresponsabilidad en Sonora, por jurisdicción

MATERIAL PROMOCIONAL	JS1	JS2	JS3	JS4	JS5	JS6	DGSSP	TOTAL
Políptico de derechos sexuales y reproductivos para mujeres y hombres adolescentes	2255	843	2041	2255	1264	642	0	9300
Maissra: modelo de atención integral en salud sexual y reproductiva para adolescentes	14	5	13	8	6	4	0	50



Resultados de la investigación

MATERIAL PROMOCIONAL	JS1	JS2	JS3	JS4	JS5	JS6	DGSSP	TOTAL
Juego de 15 infografías con contenedor, con énfasis en metodología anticonceptiva para mujeres y hombres adolescentes	40	8	18	11	9	4	70	160
Tríptico de higiene sexual y reproductiva	1000	600	800	1000	600	600	0	4600

Fuente: solicitud de acceso a la información a Servicios de Salud del estado, folio 303018.

A pesar de ser un servicio fomentado en los materiales de promoción, haciendo un análisis por jurisdicción sanitaria se puede observar que el servicio solamente se encuentra disponible en dos de las cinco jurisdicciones sanitarias, lo que pondría una barrera de acceso a métodos anticonceptivos permanentes por parte de la población masculina de las localidades a las que pertenecen dichas jurisdicciones, tal como se puede apreciar en la tabla 4:

Tabla 4. Material relativo a vasectomías, por jurisdicción sanitaria

MATERIAL PROMOCIONAL	JS1	JS2	JS3	JS4	JS5	TOTAL
Consentimientos informados	15000	11000	11000	13000	10000	60000

MATERIAL PROMOCIONAL	JS1	JS2	JS3	JS4	JS5	TOTAL
Indicaciones pre operatorias VSB*	1500	750	0	0	0	2250
Indicaciones post operatorias VSB*	1500	750	0	0	0	2250
Tríptico de vasectomías sin bisturí	2000	1500	500	500	500	5000

Fuente: solicitud de acceso a la información a Servicios de Salud del estado, folio: 00302818.

* En el caso de las indicaciones preoperatorias y posoperatorias VSB, de las jurisdicciones sanitarias III, IV y V, aparecen en cero ya que no cuentan con médico vasectomizador por parte de los Servicios de Salud de Sonora.

La corresponsabilidad masculina se entiende, aún, como la existencia de métodos permanentes de anticoncepción, particularmente la vasectomía. Sin embargo, llamó la atención la conciencia del personal médico entrevistado para la prevención del embarazo en adolescentes, que utilizó la promoción de la corresponsabilidad masculina.

d) Atención de casos de violencia sexual o familiar, así como de la interrupción del embarazo en víctimas de dichos tipos de violencia

En Sonora hay una prevalencia del índice de no denuncia en casos de violencia sexual, según lo mostrado en la primera sección de este documento. Esto puede deberse, entre otras razones,¹⁴ a que aún se desconocen los procedimientos

¹⁴ Algunas de las razones de la no denuncia de casos de violencia sexual pueden ser la revictimización de las denunciadas, la falta de protocolos de atención en los ministerios públicos, la baja sensibilidad de su personal para levantar este tipo de denuncias, entre otras.



Resultados de la investigación

y protocolos de denuncia a seguir en una situación de violencia sexual en las clínicas de atención médica.

En la evaluación ciudadana realizada, verificamos el cumplimiento de la NOM-046 a partir de la atención otorgada a los pacientes; para ello, observamos la capacitación que existe en la materia mediante solicitudes de acceso a la información y el conocimiento de la NOM-046 a partir de las entrevistas realizadas al personal de salud en la clínica. Cabe destacar que en la clínica urbana se negó la entrevista, alegando que sólo se daba este tipo de entrevistas a medios de comunicación y después de múltiples procedimientos administrativos.

Se pudo constatar mediante solicitudes de acceso a la información pública que la Secretaría de Salud no ha realizado capacitaciones específicas para la atención de la violencia sexual, particularmente de la aplicación de la NOM-046.¹⁵ Para la atención de los casos, la misma secretaría declara que el protocolo de atención es la NOM-046 (cuestión que incluso llevó a un recurso de revisión sobre la existencia de protocolos internos). Es decir, no hay ni capacitaciones ni protocolos que permitan hacer asequible la NOM-046 al personal de salud.

A diferencia de otros ámbitos relativos a la salud sexual y reproductiva, en la clínica rural comprobamos que no existen esfuerzos institucionales para asegurar una atención adecuada a la violencia sexual. El personal médico entrevistado, en dicha clínica, desconoce los protocolos de denuncia a seguir en una situación de violencia sexual, no está capacitado en la materia y sigue reproduciendo lógicas de atención donde la salida es la vía penal. Tal como fue relatado por personal de salud: “Se informa a la autoridad cuando hay un problema de violencia”; el procedimiento que se sigue en caso de que el/la paciente presente signos de violencia sexual o llegue pidiendo ser atendida(o) por este tipo de violencia es “primero: atención inicial; segundo, se levanta una nota médica de lo que se observe y, tercero, se le llama a la policía municipal”. Cabe recordar

que la NOM-046 claramente especifica que no es necesario mediar denuncia penal para una atención adecuada.

Cabe destacar, además, que no se dio información relativa a la compra de pastillas de anticoncepción de emergencia, lo que deja en entredicho la atención a las víctimas de violencia sexual en el estado.

Como se puede confirmar en las líneas de investigación anteriores, es evidente que la falta de esfuerzos institucionales (traducidos en capacitación, directrices y materiales en las unidades de salud) termina poniendo en entredicho el derecho de las mujeres a una atención oportuna y eficaz en casos de violencia sexual.

¹⁵ Respuesta a solicitud de acceso a la información, con folio 293518.

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

El enfoque de los servicios de salud (DAAC/AAAQ),¹⁶ por sus siglas: Disponibilidad / Availability,¹⁷ Accesibilidad / Accessibility,¹⁸ Aceptabilidad / Adaptability¹⁹ y Calidad / Quality,²⁰ es el más común para evaluar marcos de derechos humanos en la provisión de servicios de salud (ONU/OMS), de acuerdo con la observación general número 14 del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) que refiere al “disfrute del más alto nivel posible de salud.”

¹⁶ (U.N. Doc. E/C.12/2000/4). Cf. Helen Potts y Paul H. Hunt (2008), “Participation and the right to the highest attainable standard of health”. Project Report. Human Rights Centre, Colchester, Essex.

¹⁷ Se refiere a que los servicios públicos de salud sean funcionales; que las instalaciones, los bienes, los servicios, el personal, los insumos y los programas sean suficientes para la población hacia la que van dirigidos.

¹⁸ Son las facilidades físicas, económicas (costos razonables) y de información, para que ninguna sea discriminatoria por razón de género, edad o condición étnica.

¹⁹ Sucede cuando los servicios, las instalaciones y el trato son culturalmente apropiados, incluyendo razones étnicas, de edad y de género.

²⁰ Se refiere a que los servicios sean científica y médicamente apropiados, y estén dentro de un marco de derechos al cumplir con los estándares nacionales e internacionales en la materia.



Resultados de la investigación

La investigación realizada en el marco de LPEN contiene una evaluación ciudadana de dichos servicios con el enfoque DAAC, que refiere:

Eje de investigación	Disponibilidad	Accesibilidad	Aceptabilidad	Calidad
Abasto, el acceso y la promoción de métodos anticonceptivos para mujeres indígenas y adolescentes	Existe una gama amplia disponible de métodos anticonceptivos en las clínicas de salud del primer nivel de salud, exceptuando los métodos definitivos como la vasectomía (disponible sólo en tres de las cinco jurisdicciones sanitarias) y la anticoncepción de emergencia.	La forma de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva es adecuada, en general para poblaciones jóvenes. En términos de accesibilidad e infraestructura, resalta una falta de privacidad al atender a las personas en la consulta de la clínica rural visitada por falta de espacio.	Tanto en los servicios amigables como en ambas clínicas visitadas (rural y urbana) se apreció un buen trato.	Se puede decir que existe una calidad relativamente buena pues hay abasto de anticonceptivos, gratuidad y acceso en clínicas amigables, en concordancia con los estándares y las normativas vigentes.

Eje de investigación	Disponibilidad	Accesibilidad	Aceptabilidad	Calidad
Interculturalidad en salud	No existen indicios de que el sector salud cuente con una perspectiva de interculturalidad: no hay traductores disponibles, materiales en lengua o infraestructura para la atención intercultural en salud.	Aunque se reportó en las respuestas a las solicitudes de acceso a información que existían traductores, esto no refleja que sea personal especializado y capacitado. Además, en clínica reportaron que las personas que necesitan intérpretes van acompañadas por alguien que les traduzca y esto va en detrimento de la disponibilidad de servicios de traducción en las clínicas.	Hay una visión limitada en la implementación de la perspectiva intercultural en los servicios de salud sexual y reproductiva. Específicamente en el caso de traductores de lengua indígena, ya que los sujetos obligados reflejaron que no hay una coordinación interinstitucional e instituciones que se responsabilicen de garantizar el acceso a la salud con pertinencia cultural, además de que se piensa que dicha adecuación se limita a la traducción (no especializada) en las consultas.	Aunque se reportó mediante solicitudes de acceso a la información la existencia de personal que domina lenguas indígenas por jurisdicción sanitaria (incluida la zona donde se investigó) ésta no garantiza la calidad de los servicios, ya que se considera que las personas no hispanohablantes tienen que acudir acompañadas de sus propios traductores. Por otra parte, se desconocen los procedimientos para solicitar servicios de traducción y del cumplimiento de dicha obligación. Ello merma la calidad de la atención médica para personas indígenas.



Resultados de la investigación

Eje de investigación	Disponibilidad	Accesibilidad	Aceptabilidad	Calidad
La promoción de la corresponsabilidad entre hombres y mujeres en salud sexual y reproductiva	En la investigación se encontró disponibilidad de material de promoción de la corresponsabilidad masculina. Sin embargo, la vasectomía sólo se encontraba disponible en tres de las cinco jurisdicciones sanitarias.	Se encontró en campo que se utiliza el enfoque de promoción de la corresponsabilidad en los servicios de planificación familiar. El acceso a las vasectomías está limitado a ciertas jurisdicciones solamente.	La atención diferenciada entre hombres y mujeres (y el fomento de la corresponsabilidad en materia de salud sexual y reproductiva) es uno de los esfuerzos institucionales más importantes que se pudieron observar.	La corresponsabilidad masculina se entiende únicamente como la existencia de métodos permanentes de anticoncepción, particularmente la vasectomía. A pesar de ello, llamó la atención la conciencia del personal médico entrevistado en cuanto a la promoción de la corresponsabilidad masculina como forma de prevención de embarazos en adolescentes.

Eje de investigación	Disponibilidad	Accesibilidad	Aceptabilidad	Calidad
Implementación de la NOM-046 sobre prevención y atención de la violencia familiar y sexual	La disponibilidad de servicios de atención a las víctimas de violencia sexual está en entredicho al no haber suficiente personal capacitado, protocolos o canales de atención a las víctimas de violencia sexual.	No existe un acceso efectivo a la pastilla de anticoncepción de emergencia (PAE) o al kit de profilaxis posexposición; tampoco hay acceso a la atención psicológica sin necesidad de denuncia, como lo dicta la NOM-046.	La atención y la consejería en los servicios de salud no son adecuadas para atender a las víctimas de violencia sexual: no se les atiende sin mediar denuncia, no se les dan los medicamentos necesarios ni se garantiza la atención médica.	El desconocimiento del personal de servicios de salud sobre el tema revela una carencia de capacitación, materiales o rutas de acción, así como falta de otros esfuerzos institucionales por parte de las instancias de salud del estado para garantizar una atención adecuada a las víctimas de violencia sexual, de acuerdo con la normativa vigente y los estándares nacionales e internacionales de derechos humanos.



Conclusiones generales

Resultados de la investigación

Sonora está en vías de ser una entidad que garantice los derechos sexuales y reproductivos, pero aún tiene un trecho importante por recorrer. En materia de disponibilidad y acceso a métodos anticonceptivos y de corresponsabilidad masculina, los servicios analizados en el estado muestran que hay esfuerzos por dar una atención adecuada con insumos suficientes de métodos anticonceptivos y de material que promueva la corresponsabilidad.

Sin embargo, en los servicios no existe una visión amplia de cómo asegurar el derecho a la salud sexual y reproductiva de las poblaciones indígenas. El personal de salud desconoce su obligación de dar una atención con pertinencia cultural y adecuada al género y la edad de las personas desde una perspectiva de juventudes. El servicio de traducción se deja al arbitrio del personal de salud, que no cuenta con suficiente capacitación sobre interculturalidad en salud, ni con la asistencia de traductores profesionales disponibles o de materiales traducidos en lenguas indígenas.

También resulta de preocupación el poco avance de la implementación de los protocolos de atención a la violencia sexual expresados en la NOM-046. Hace falta capacitación al personal de salud para la atención de las víctimas de violencia sexual, y la generación de protocolos para que los médicos y el personal de salud en general implementen la norma mencionada sin revictimizar a las usuarias. Es igualmente necesaria la provisión de pastillas de anticoncepción de emergencia y de kits de profilaxis posexposición para una correcta atención.

Por todo lo anterior, observamos que en Sonora existe cierta disponibilidad de servicios de salud sexual y reproductiva. Sin embargo, la atención a la salud no cumple con estándares de calidad, lo que puede ocasionar vulneraciones a derechos de mujeres indígenas y de adolescentes, tales como vivir de manera libre, autónoma e informada sobre el cuerpo y la sexualidad, y el derecho a vivir libres de discriminación y de violencia. Es decir, aún hay mucho que avanzar para tratar a las y los pacientes como sujetos de derecho.





Recomendaciones

- Eliminar barreras que dificultan el acceso de todas las personas a los servicios de salud sexual y reproductiva:
 - Rehabilitar y dotar presupuestalmente a las clínicas de salud del primer nivel de atención para que cuenten con infraestructura física suficiente e insumos para que la provisión de métodos anticonceptivos se haga de manera cercana y efectiva.
- Asegurar mecanismos para el acceso de mujeres indígenas a los servicios de salud sexual y reproductiva con perspectiva de interculturalidad, de acuerdo con la Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo en la Adolescencia (ENAPEA), la Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas y la Ley General de Salud:
 - Contar con clínicas certificadas en interculturalidad en salud, principalmente en zonas donde se reconoce población indígena.
 - Contar con una ruta clara y conocida por todo el personal de salud para la solicitud de traductores e intérpretes en las unidades de salud de primer nivel, especialmente en aquellas donde ya se ha reportado que tienen pacientes indígenas.
 - Capacitar a los prestadores de servicios de salud en interculturalidad.
 - Adoptar las directrices institucionales sobre interculturalidad y salud emitidas por la Secretaría de Salud.
 - Contar con materiales audiovisuales traducidos a lengua indígena.
- Contar con directrices para la consejería en planificación familiar en materia de corresponsabilidad masculina, de acuerdo con lo establecido en la NOM-047 y la Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo en la Adolescencia (ENAPEA):
 - Generar y difundir materiales de comunicación y realizar campañas sobre corresponsabilidad masculina.

Resultados de la investigación

- Asegurar el abasto y 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.
- Priorizar 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"; la NOM-010-SSA2-2010, "Para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana", la Ley General de Víctimas, y el Código Penal del Estado de Sonora:
 - Capacitar al personal de salud en el primer nivel de atención de manera continua y adecuada al marco conceptual de género, violencia familiar y sexual, violencia contra las mujeres, derechos sexuales y reproductivos.
 - Dotar de insumos suficientes a las clínicas de atención médica para que puedan atender a las víctimas: pastillas de anticoncepción de emergencia y kits de profilaxis posexposición.
 - Atender la violencia sexual como emergencia médica y ofrecer servicios de interrupción legal del embarazo cuando sea producto de una violación.
 - Ofrecer atención psicológica y humana a las víctimas de violencia sexual.
 - Homologar el registro de casos de víctimas de violencia sexual a fin de poder dar seguimiento a ellos.
 - Sensibilizar a los prestadores de servicios de salud a fin de que su atención no revictimice y sea sensible a la situación de emergencia.
 - Garantizar que se cumpla con la obligación establecida en la NOM-046 de que los sectores público y privado otorguen atención médica, provean los mecanismos internos necesarios y cuenten con un manual de procedimientos apropiado para establecer y aplicar una ruta crítica de atención a personas involucradas en situaciones de violencia familiar o sexual.



Referencias

Fuentes estadísticas

Encuesta Intercensal Inegi, 2015

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

Censo Nacional para Procuración de Justicia Estatal, INEGI, 2015

Censo Nacional para Procuración de Justicia, INEGI, 2015

Bibliografía

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

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

Diario Oficial de la Federación (2008). "Catálogo de las lenguas indígenas nacionales: variantes lingüísticas de México con sus autodenominaciones y referencias geoestadísticas". Instituto Nacional de Lenguas Indígenas. 14/01/2008.

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

Sabate, E. (2001). Adherence Meeting Report. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. *Med Clin* (Barc); 116 (supl. 2): 141-146.



Resultados de la investigación

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

Normas y reglamentos

Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA)

Ley General de Víctimas

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia

Ley General de Salud

Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas

Norma oficial mexicana, NOM 005-SSA2-1993, “De los Servicios de servicios de planificación familiar”

Norma oficial mexicana, NOM-010-SSA2-2010, “Para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana”

Norma oficial mexicana, NOM-046-SSA2-2005 “Violencia familiar, sexual y contra las mujeres”

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

Código Penal del Estado de Sonora

Solicitudes de acceso a la información

Servicios de Salud Pública de Sonora. Folios 0321500108218, 0321500043118, 0321500095918, 0321500042818, 0321500108318, 0321500108418, 0321500108518, 0321500108618, 0321500108718, 0321500108818, 0321500108918, 03215000956118, 0321500095118, 0321500040818, 0321500095218, 0108000204518, 0321500095418, 0321500095318, 0321500095118 y 0321500095818.

Secretaría de Salud de Sonora. Folios 0108000092118, 0108000092018, 0108000223618, 0108000092518, 01080000206118 y 0108000092418.

Secretaría de Desarrollo Rural y Equidad para las Comunidades. Folio 103500029618 y 0103500029518.

Instituto Nacional de Lenguas Indígenas. Folio 1131100006818.

