



LO PÚBLICO ES NUESTRO

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

CIUDAD DE MÉXICO



INSTITUTO DE LIDERAZGO SIMONE DE BEAUVOIR

Autoría:

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

REDefine

Sofía Alessio-Robles
Mariana Mancilla
Pascale Brennan
Cristina Santana

REDefine Ciudad de México:

Dení Bustos Lara
Pamela López Castro
Yoalli Melo Salvador Rosas

Apoyo de investigación:

Ana Laura Flores Torres

Directora:

Friné Salguero

Subdirectora:

Valentina Zendejas

Coordinadora editorial:

Arabella Jiménez

Diseño:

Murcio Editores

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

www.ilsb.org.mx/embarazoenadolescentes

LO PÚBLICO ES NUESTRO

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

CIUDAD DE MÉXICO

ÍNDICE

06

Metodología
del proyecto
Lo Público es
Nuestro

10

Salud y derechos
sexuales y
reproductivos
en Ciudad de
México.

16

Hallazgos

26

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

31

Conclusiones
generales

34

Recomenda-
ciones

38

Referencias



México es el país de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) con mayor número de embarazos en adolescentes: su tasa de fertilidad es de 69 nacimientos por cada 1,000 adolescentes¹. La Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) es la respuesta del gobierno federal a esta situación.

Resultados de investigación

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

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

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

En el proceso de monitoreo y vigilancia se pone en el centro la perspectiva de juventudes y la interculturalidad en la entrega de los servicios. Son las y los jóvenes, y las mujeres indígenas quienes participan como investigadores de dos redes que forman parte del ILSB: REDefine, la red de liderazgos juveniles que desde 2011 promueve y defiende los derechos sexuales y reproductivos en 13 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 necesidades de las y los usuarios.

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

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

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

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



La metodología del proyecto es la siguiente:

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 a través de: entrevistas a profundidad, cuestionarios de observación participante, usuario simulado y solicitudes de acceso a la información.

4 Generación 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 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.

2

Salud y derechos sexuales y reproductivos en Ciudad de México.

Ciudad de México (CDMX) tiene 8.9 millones de habitantes, de los cuales 1.5% son población de más de 3 años hablante de lengua indígena (alrededor de 120 mil personas). Además, el 8.8% de la población se considera indígena y 1.97% se considera indígena en parte⁵.

Resultados de la investigación

A pesar de que el porcentaje de población hablante de lengua indígena es relativamente bajo, al contar con centros de salud de tercer nivel de atención, CDMX es receptora y tránsito de migrantes, por lo que requiere integrar la perspectiva intercultural en la atención de la salud.

El 6.23% de las mujeres adolescentes entre 10 a 18 años en CDMX fueron madres. Las alcaldías de Cuauhtémoc (12%), Milpa Alta (9.13%) e Iztapalapa (7.24%) reportaron un mayor porcentaje de madres adolescentes (INEGI, Encuesta Intercensal 2015). Si bien la entidad se encuentra debajo de la media nacional de embarazo en adolescentes (7.63%), estas cifras son muy altas para su nivel de desarrollo.

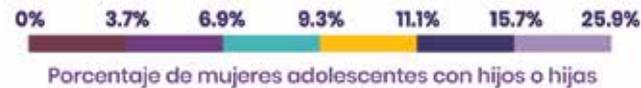
Gráfica 1. Prevalencia del embarazo en la adolescencia en Ciudad de México



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



Estado: **Distrito Federal 6.23%**



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



Las repercusiones del embarazo en adolescentes afectan directamente el plan de vida de ellas y ellos:

- A nivel nacional, el embarazo en adolescentes es la sexta causa de abandono escolar entre jóvenes, aunque en mujeres es la segunda causa de deserción⁶. En CDMX, la tasa de abandono total para mujeres en educación media superior es de 21.3% (Indicadores de Acceso y Trayectoria Escolar del INEE),⁷ arriba de la media nacional para mujeres, la cual es de 13.3%.

Si bien el embarazo en la adolescencia tiene 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 el 82.48% de las mujeres sin hijas e hijos estudian, solo el 11.17% que es madre lo hace; mientras que el 5.61% de las mujeres sin hijas e hijos se dedican a quehaceres del hogar, el 63.39% de las mujeres que son madres lo hace. El cambio más drástico en la vida de las adolescentes es reemplazar el estudio por las labores domésticas y de cuidado.
- Las mujeres aceleran su ingreso al mercado de trabajo como menores de edad: mientras que el 7.05% de las mujeres adolescentes sin hijas e hijos son económicamente activas, cuando ellas son madres esta cifra asciende a 19.02%.

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/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://iilsb.org.mx/embarazoenadolescentes>

Resultados de la investigación

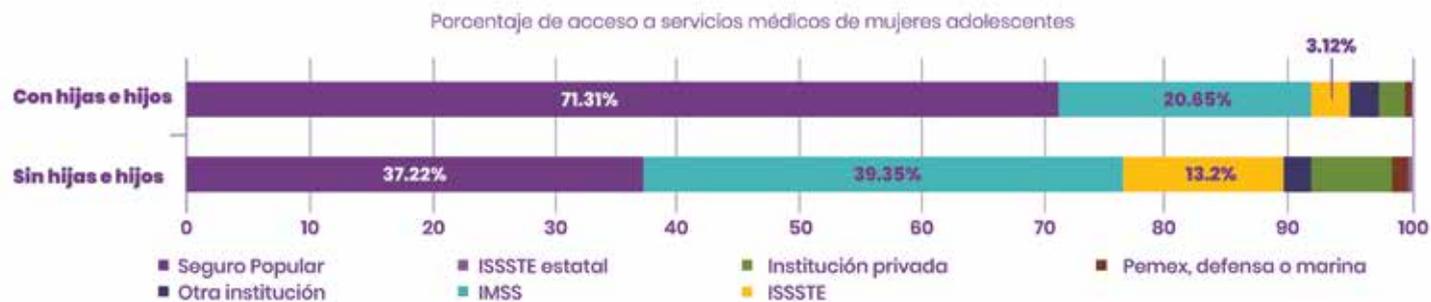
El acceso a la salud se precariza cuando se es madre adolescente, ya que ellas dejan de contar con los servicios de seguridad social y aumenta su afiliación al Sistema de Protección Social en Salud o Seguro Popular, que no ofrece una gama amplia de servicios de salud ni cuenta con servicios adicionales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

- El IMSS reporta un descenso de 39.35% de adolescentes afiliadas sin hijas e hijos a 20.65% con hijas e hijos. El ISSSTE lo reporta de 13.20% a 3.12%.
- En contraste, aumenta significativamente la afiliación al Seguro Popular cuando las mujeres adolescentes se convierten en madres: de 37.22% sin hijas e hijos a 71.31% cuando son madres.

⁸De acuerdo con la OIT, en México, el 64% de los jóvenes que trabajan no tienen 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



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



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

3

Hallazgos

Las investigadoras de la Red Redefine CDMX⁹ trabajaron sobre los 4 ejes de análisis: abasto de anticonceptivos, corresponsabilidad masculina, interculturalidad y conocimiento e implementación de la NOM 046-SSA2-2005.

Resultados de la investigación

Su investigación de campo fue realizada de marzo a octubre de 2018 en las clínicas San Andrés Tomatlán, ubicada en la Alcaldía Iztapalapa en una zona urbana, y San Francisco Tlaltenco, que está en la Alcaldía Tláhuac, en una zona semiurbana.

En general, las investigadoras llegaron a la conclusión de que faltan guías o rutas críticas que permitan el cumplimiento de la NOM 005 y la NOM 047, a fin de asegurar que los servicios de salud sexual y reproductiva (principalmente el abasto, acceso y promoción de métodos anticonceptivos) lleguen a jóvenes y mujeres indígenas, con una perspectiva intercultural, de juventud y de género.

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

Tanto la información de campo como la obtenida por medio de solicitudes de acceso a la información confirman que existe abastecimiento de diversos métodos anticonceptivos. Sin embargo, no existe claridad de los criterios sobre su distribución en las jurisdicciones sanitarias¹⁰, lo que se corroboró en campo al mostrarse poca variedad en la distribución.

Los métodos con más abastecimiento son implantes subdérmicos (8,200 en Iztapalapa y 1,300 en Tláhuac), condones femeninos (6,000 en Iztapalapa y 1,200 en Tláhuac), y parches (4,540 en Iztapalapa y 1,100 en Tláhuac).¹¹

El método con menor abastecimiento son las pastillas anticonceptivas. En 2017, en Tláhuac estaban disponibles 50 cajas, lo que significa que tan solo cuatro personas podrían acceder a este método por un año completo. El mismo año, en

**Faltan guías o rutas
críticas que permitan el
cumplimiento de la**

**NOM 005 Y
LA NOM 047**

⁹Yoalli Melo Salvador Rosas; Pamela López Castro y Dení Bustos Lara

¹⁰Folio de solicitudes de acceso a la información (SAI) con números: 0321500108218 y 0321500043118

¹¹Respuestas a las SAI con folios: 321500108218 y 0321500043118.



Iztapalapa la disponibilidad era de 280 cajas, lo que equivale a 23 personas usando ese método por un año completo.¹²

Acceso:

- Existe suficiencia de algunos métodos anticonceptivos, aunque no necesariamente de otros de fácil acceso, como las pastillas anticonceptivas. En el caso de la salpingoclasia y la vasectomía, es necesario canalizar al usuario a una clínica que proporcione métodos permanentes.
- Sobre la entrega de anticonceptivos para jóvenes: los horarios de atención son amplios pero el acceso sigue siendo limitado, porque se otorgan fichas para la atención, que se entregan entre 5:00 y 5:30 a.m. (un horario escolar e inseguro para las y los adolescentes).
- Los horarios establecidos para los servicios amigables son de 13:00 a 15:00, lo que resulta en que fuera de este horario las y los adolescentes tengan que recurrir a otro tipo de servicio para la consejería en planificación familiar.
- En la clínica semiurbana, la entrega de métodos anticonceptivos hormonales se condiciona a la realización de papanicolau.
- Existen máquinas dispensadoras de preservativos masculinos, pero se encontraron vacías y nadie conocía de quien era la responsabilidad de rellenarlas.
- Sobre la compra de anticonceptivos y su presupuesto, el organismo descentralizado de Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México (SSPCDMX) tuvo un presupuesto de \$534,200.00 para materiales y suministros en el primer trimestre de 2017.¹³ En cuanto a la compra consolidada, se obtuvo información de tres contratos: condones masculinos y dispositivos intrauterinos para mujeres nulíparas y mujeres multíparas.¹⁴ Respecto a los métodos anticonceptivos hormonales no se pudo obtener información, ya que en las respuestas a las Solicitudes de Ac-



Fila en clínica urbana para recoger fichas 5:00-5:30am



Horario de servicios amigables 13:00 a 15:00.
Clínica urbana

¹²Respuestas a las SAI con folios: 321500108218 y 0321500043118

¹³Búsqueda de información pública de oficio del organismo descentralizado Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México, en específico en los programas operativos anuales y de trabajo del 2018. <http://vpn.salud.df.gob.mx:88/portalut/archivo/20184Trim/a121/22/A121F22a.xls>

¹⁴Que nunca han tenido hijas o hijos (nulíparas) y que han tenido 6 o más hijas e hijos (multíparas).

Resultados de la investigación

ceso a la Información (SAI) se argumentó que de enero de 2017 a febrero 2018 no se llevaron a cabo procedimientos de contratación consolidada para la adquisición de estos métodos.¹⁵

- En cuanto a la atención a las personas jóvenes, la NOM-005-SSA2-2014 De los servicios de planificación familiar, especifica que una consejería debe darse con calidad, brindando particular atención a grupos como adolescentes, población de diferentes etnias y personas que no hablen el mismo idioma que hable el consejero. Sin embargo, no hay evidencia suficiente para comprobar que se dé así:

- El personal médico no cuenta con habilidades para atender de manera integral y culturalmente pertinente a las juventudes, ya que lo hacen desde una visión infantilizada de las y los usuarios. En el ejercicio de usuaria simulada se percibió que la consejería para desincentivar el embarazo en adolescentes tiene una visión del embarazo en la adolescencia estereotipada y basada en prejuicios personales en lugar de una visión de prevención desde el reconocimiento de las y los adolescentes como titulares de derechos y con información certera, científica y laica.
- Se valora positivamente que existen brigadas itinerantes de salud sexual y reproductiva, mecanismos especializados y con mejor capacitación en la materia, pero el personal de salud de las clínicas no contaba con información exacta sobre dónde y cuándo se realizan dichas jornadas.
- SSPCDMX reportó una sola capacitación de sensibilización para personal del primer nivel de atención coordinada por el Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción, en la cual se abordaron los temas: consejería en servicios de planificación familiar y anticoncepción, anticoncepción post evento obstétrico y vasectomía sin bisturí.¹⁶

¹⁵Respuestas de las SAI con folios 0321500108418, 0321500108518, 0321500108618, 0321500108718 y 0321500108818.

¹⁶Folios de las SAI con número: 0321500095918.



· En el ejercicio de usuaria simulada a ambas investigadoras se les ofreció una variedad de métodos y se les recomendó uno en específico de acuerdo con su perfil y necesidades, como se menciona en la siguiente transcripción, de la clínica Andrés Tomatlán:

“Al entrar a la cita con la Dra., primero hacen un procedimiento de chequeo de salud (peso, glucosa, presión), mientras tanto la doctora empieza a preguntar qué tipo de método anticonceptivo le interesa a la usuaria simulada (US). La US señala que no sabe muy bien y que si puede darle una explicación de algunos para tener más información. La doctora pregunta número de embarazos, de hijos, de abortos, peso, enfermedades tipo diabetes, ya que conforme a eso ella puede recomendar un método que se adecue a su cuerpo y contexto. Señala que bajo las respuestas de la US seguir con el método del DIU puede ser conveniente.”

La investigación constata que el reconocimiento de la diversidad en las alcaldías de Ciudad de México es aún una tarea pendiente, pues la interculturalidad en salud se limita al discurso institucional aunque no se ha implementado en la práctica.

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

La investigación constata que el reconocimiento de la diversidad en las alcaldías de Ciudad de México es aún una tarea pendiente, pues la interculturalidad en salud se limita al discurso institucional aunque no se ha implementado en la práctica. Esto se corrobora con la ausencia de intérpretes, traductores y materiales en lenguas indígenas, así como con las pocas capacitaciones al personal para implementar la perspectiva intercultural en los centros de salud.

“El personal entrevistado en la unidad semiurbana de Tláhuac mencionó que han llegado a necesitar mecanismos de emergencia como que la persona acompañante a la paciente fuera quien tradujera. También afirmó que sí es necesario tener material de apoyo [en otras lenguas] para poderse comunicar.”

Resultados de la investigación

Tanto para la existencia de materiales en lengua indígena como para la presencia de intérpretes y traductores se requiere coordinación de diferentes instancias gubernamentales por sus diferentes atribuciones legales. En este caso, la Secretaría de Salud (local y federal) certifica a las clínicas y asegura que existan los materiales, el Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (INALI) certifica a los traductores y genera un listado de traductores disponibles en salud, así como sus tabuladores de pago justo, y, finalmente, la Secretaría de Desarrollo Rural y Equidad para las Comunidades (SEDEREC) se encarga de coordinar a nivel local los derechos de los pueblos indígenas.

Sin embargo, la Secretaría de Salud de la CDMX (SEDESA) refiere que ni el INALI ni la SEDEREC cuentan con recursos, mecanismos o procedimientos para dar atención a las y los usuarios que hablan lenguas indígenas, ya que no hay un registro de personas traductoras ni tampoco un procedimiento para solicitar dicho servicio en las clínicas.¹⁷

Mediante las solicitudes de información¹⁸ y durante la investigación realizada en campo se corroboró que no existen materiales de difusión en lenguas indígenas.

Sí existen capacitaciones sobre interculturalidad, pues la Secretaría de Salud reporta al menos tres. Sin embargo, el personal médico carece de información y habilidades pertinentes para atender a las personas indígenas. Además, no se observan mecanismos (por ejemplo, horarios y trámites accesibles), herramientas, ni habilidades que demuestren la implementación de la perspectiva de interculturalidad en salud.

En la observación de los centros de salud visitados se constató que no cuentan con servicios de salud culturalmente pertinentes, ni cuentan con sillas de parto vertical, traductores o materiales de difusión en alguna otra lengua diferente al español, ya que que ninguna dependencia los genera.

¹⁷Folios de las SAI con número: 0108000092518, 0103500029518, 01080000206118, 1131100006818, 0321500108918 y 0108000092418

¹⁸Folios de las SAI número: 108000092618, 321500095018, 103500029618, 108000092718, 321500095118 y 103500029718

No existen materiales de difusión en lenguas indígenas.

El personal médico carece de información y habilidades pertinentes para atender a las personas indígenas.

No cuentan con servicios de salud culturalmente pertinentes, ni cuentan con sillas de parto vertical, traductores o materiales de difusión en alguna otra lengua diferente al español, ya que que ninguna dependencia los genera



La investigación demuestra que la interculturalidad está presente en el discurso y a través de algunas capacitaciones, sin embargo, no se ha implementado en la práctica de los servicios de salud.



Fotografía de los materiales de difusión en español

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

No existen directrices institucionales sobre corresponsabilidad masculina, a pesar de que el personal médico está sensibilizado en este tema y existen algunas prácticas que aluden a la corresponsabilidad.

Aunque no se ha implementado a nivel institucional mediante la generación de materiales, sí se registra capacitación sobre el tema. Por ejemplo, la SSPCDMX

No existen directrices institucionales sobre corresponsabilidad masculina

Resultados de la investigación

reporta que “se llevó a cabo el taller de Sensibilización para personal del Primer Nivel de Atención, donde se incluyó el tema de vasectomía sin bisturí¹⁹. Sin embargo, “no se ha generado material informativo relativo al tema de corresponsabilidad masculina en la planificación familiar de Ciudad de México”,²⁰ La misma situación aplica para materiales de corresponsabilidad en lenguas indígenas.²¹

El personal médico entrevistado reconoció que las desigualdades entre mujeres y hombres fomentan los roles de género tradicionales, depositando la responsabilidad de la reproducción y los trabajos de cuidado de hijas e hijos en las mujeres. También señaló la importancia de la corresponsabilidad de la pareja y reconoció los problemas estructurales como el machismo y la educación, además de que mencionó el papel de los medios de comunicación y otros sectores en la difusión y toma de conciencia sobre el tema. Lo que hace falta es abordar el tema de forma más institucional y sistemática dentro de los servicios de salud sexual y reproductiva.

Debido a que el término “corresponsabilidad” puede ser difuso, se indagó sobre dos prácticas que aluden a ella en el sector salud: el uso de anticonceptivos y la prevención y detección de infecciones de transmisión sexual (ITS). Sobre la primera, existe una comunicación uno a uno entre médico(a) y usuario(a) en la que se señala la conveniencia del uso de protección doble: método de base y condón; sin embargo, no existen materiales de difusión al respecto. En la investigación de campo se constató que existían materiales en el centro de salud visitado en la alcaldía de Tláhuac, pero dichos materiales se encontraban a resguardo del área de trabajo social, la que no tuvo disponibilidad para entregarlos.

¹⁹Folio de la SAI número 0321500095218

²⁰Folio de las SAI números: 0321500095318 y 0321500095418.

²¹Folio de la SAI número 0321500095118.



En cuanto a las prácticas para la promoción de la prevención y detección de ITS, la investigación de campo permitió identificar algunas buenas prácticas, por ejemplo, ofrecer pruebas rápidas de VIH con una atención amigable y sin prejuicios.

d. Atención de casos de violencia sexual o familiar e interrupción del embarazo en víctimas de dichos tipos de violencia

La Secretaría de Seguridad Pública de la Ciudad de México reportó que un total de 6,282 personas se capacitaron en 2017 en violencia de género dentro del marco de la "Actividad institucional de prevención y atención de la violencia de género." Dicha capacitación no fue exclusiva de la NOM – 046 – SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. En este sentido, se tiene constancia de que se realizan capacitaciones, pero no se conoce qué porcentaje del personal médico total las ha recibido, o si dicha capacitación es suficiente o efectiva.²²

Elo se confirmó en las entrevistas y los ejercicios de usuaria simulada, ya que el personal médico no mencionó los protocolos de atención de la salud física de la víctima y quedó constatado que el personal médico no tiene presente que los protocolos de atención derivan de una Norma Oficial Mexicana, la cual deben de seguir de manera obligatoria en su ejercicio profesional.

Ya que el personal médico no mencionó los protocolos de atención de la salud física de la víctima el personal médico no tiene presente que los protocolos de atención derivan de una Norma Oficial Mexicana

²² Folio de la SAI número 0321500095818.



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

El enfoque DAAC es el más común para evaluar el marco de derechos humanos en la provisión de servicios de salud (ONU/OMS), de acuerdo con la observación general número 14 del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) que refiere al “disfrute del más alto nivel posible de salud.”²³

Resultados de la investigación

Dicho enfoque contiene las siguientes dimensiones de los servicios de salud, por sus siglas: Disponibilidad,²⁴ Accesibilidad,²⁵ Aceptabilidad²⁶ y Calidad.²⁷

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

Eje de investigación	Disponibilidad	Accesibilidad	Aceptabilidad	Calidad
Abasto, el acceso y la promoción de métodos anticonceptivos para adolescentes y mujeres indígenas.	Existe una gama amplia y disponible de métodos anticonceptivos en las clínicas de salud, particularmente de barrera y hormonales. Los métodos definitivos (como la OTB y la vasectomía) requieren referencia a otras clínicas.	El acceso a las consultas de salud sexual y reproductiva es limitante, pues sigue dependiendo de sistemas de fichas a horas muy tempranas de la mañana. Los métodos hormonales se condicionan a la toma de papanicolaou	La provisión de servicios de consejería en planificación familiar no cuenta con directrices institucionales, por lo que aún está sujeto a los prejuicios de quienes otorgan los servicios. En el caso de adolescentes, dichos juicios suelen infantilizarlos y desconocer sus derechos.	A pesar de que existen mecanismos interesantes para la provisión, como máquinas expendedoras, estas no contaban con preservativos y ninguna persona sabía de quién era la responsabilidad de proveerla.

²³ (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.

²⁴ 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.

²⁵ Son las facilidades físicas, económicas (costos razonables) y de información, para que ninguna sea discriminatoria por razón de género, edad o condición étnica.

²⁶ Sucede cuando los servicios, las instalaciones y el trato sean culturalmente apropiados, incluyendo razones étnicas, de edad y de género.

²⁷ 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.



Eje de investigación	Disponibilidad	Accesibilidad	Aceptabilidad	Calidad
<p>Implementación de la perspectiva intercultural en salud</p>	<p>A pesar de que existen capacitaciones para la implementación de la perspectiva intercultural en los servicios de salud, no hay evidencia de su implementación.</p>	<p>No hay intérpretes ni existen traductores certificados y con pago justo. Tampoco hay materiales de salud sexual y reproductiva en lengua indígena.</p>	<p>En el caso de traductores de lengua indígena, los sujetos obligados reflejaron que no hay una coordinación interinstitucional para la provisión de traductores. Tampoco hay un mecanismo o herramienta para que usuarios y proveedores de salud sepan cómo solicitar traductores.</p>	<p>El derecho a la salud de quienes no hablan español no se garantiza.</p>
<p>La promoción de la corresponsabilidad entre hombres y mujeres en salud sexual y reproductiva</p>	<p>El término “corresponsabilidad” es difuso para el personal de las instituciones de salud, pero existen buenas prácticas como la promoción de la vasectomía sin bisturí y la prevención de ITS.</p>	<p>Hay accesibilidad a métodos, así como a consejería en los mismos. También hay acceso a pruebas y atención de ITS.</p>	<p>La opinión de los consejeros en planificación familiar atraviesa los juicios personales, mencionando cómo es que las cargas de la maternidad y el cuidado recaen en las mujeres.</p>	<p>Hay un escaso entendimiento de la corresponsabilidad en prácticas específicas del personal médico, así como del papel de los hombres en la salud sexual y reproductiva y la prevención del embarazo en adolescentes.</p>

Resultados de la investigación

Eje de investigación	Disponibilidad	Accesibilidad	Aceptabilidad	Calidad
<p>La atención de casos de violencia sexual o familiar, a partir del conocimiento e implementación de la NOM 046 – SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.</p>	<p>El personal ha tenido capacitaciones en la atención de la violencia de género. Pero no es claro si estos hacen más disponibles los servicios para las víctimas de violencia.</p>	<p>El personal médico no mencionó en las entrevistas los protocolos que se deben seguir en estos casos, por lo que no se sabe la accesibilidad a la anticoncepción de emergencia y/o la interrupción legal del embarazo.</p>	<p>No existe evidencia sobre si los servicios de atención a la violencia sexual se adaptan culturalmente o tienen perspectiva de género y juventudes. Tampoco hay evidencia de la provisión de atención psicológica o física a las víctimas.</p>	<p>El personal de salud desconoce una atención basada en los derechos: hay desconocimiento de Normas Oficiales Mexicanas (como la NOM-046).</p>



Conclusiones generales



Ciudad de México está en vías de lograr ser una entidad garantista de los derechos sexuales y reproductivos, pero aún tiene un trecho importante por recorrer en lo que se refiere al acceso efectivo a los servicios de salud sexual y reproductiva, desde la entrega de métodos anticonceptivos con consejería adecuada hasta la atención oportuna de salud ante delitos sexuales.

El acceso efectivo a los servicios de salud pasa por conocer cómo se proveen servicios de salud adecuados al género, edad o condición étnica, de modo que los servicios puedan estar adaptados y ser sensibles a estas condiciones identitarias. Ello permite tener estándares de calidad basados en derechos. Particularmente en el caso de las y los adolescentes y de población indígena, nos referimos a vivir de manera libre, autónoma e informada el cuerpo y la sexualidad, así como el derecho a vivir libres de discriminación.

6

Recomendaciones

Resultados de la investigación

- Eliminar mecanismos que dificultan el acceso de todas las personas a los servicios de salud sexual y reproductiva:
 - Ampliar los horarios de los servicios de consejería en salud sexual y reproductiva, particularmente en el caso de servicios amigables.
 - Eliminar el mecanismo de la ficha, especialmente en las madrugadas.
 - Eliminar condicionantes generales en la provisión de métodos anticonceptivos hormonales, a fin de garantizar la decisión libre del ejercicio de la sexualidad.
 - 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 y jóvenes a los servicios de salud sexual y reproductiva:
 - Contar con herramientas, lineamientos o mecanismos claros y conocidos por todo el personal de las clínicas de salud para la solicitud de traductoras e intérpretes en las unidades de salud de primer nivel, especialmente en aquellas donde ya se ha reportado tener pacientes indígenas.
 - Contar con materiales audiovisuales en lengua indígena que permitan a los pacientes conocer sus derechos y ejercer libremente su sexualidad.
 - Contar con directrices institucionales para la consejería en planificación familiar, a fin de que no dependa de las opiniones del personal de salud.
- Asegurar un clima institucional en los servicios de salud que respete el género, la edad y la condición étnica de las personas como condición necesaria para la atención de salud de calidad:
 - Capacitar al personal de salud en materia de interculturalidad en salud, género y corresponsabilidad.



- Adoptar las directrices institucionales sobre interculturalidad y salud emitidas por la Subdirección de Medicina Tradicional, la NOM-046 y formatos de consejería amigable, aunque no se trate de clínicas con servicios amigables.
- Garantizar la atención a las víctimas de violencia sexual sin discriminación y con pronta atención.



Referencias

Resultados de la investigación

Fuentes estadísticas

Encuesta Intercensal INEGI, 2015.

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

Censo Nacional para Procuración de Justicia Estatal, INEGI, 2015.

Censo Nacional para Procuración de Justicia, INEGI, 2015.

Bibliografía

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

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

Diario Oficial de la Federación (2008). CATÁLOGO de las Lenguas Indígenas Nacionales: Variantes Lingüísticas de México con sus autodenominaciones y referencias geoestadísticas. Instituto Nacional de Lenguas Indígenas. 14/01/2008.

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

Sabate E. WHO. Adherence Meeting Report. Geneva. World Health Organization. *Med Clin (Barc)* 2001; 116 (Supl 2):141-146.



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

Solicitudes de acceso a la información

Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México. Folios con número:
0321500108218; 0321500043118; 0321500095918; 0321500042818; 0321500108318;
0321500108418; 0321500108518; 0321500108618; 0321500108718; 0321500108818.
0321500108918; 03215000956118; 0321500095118; 0321500040818; 0321500095218;
0108000204518; 0321500095418; 0321500095318; 0321500095118; 0321500095818.

Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Folio: 0108000092118; Folio:
0108000092018; 0108000223618; Folio: 0108000092518; Folio: 01080000206118; Folio:
0108000092418.

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

