



# LO PÚBLICO ES NUESTRO

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

CAMPECHE



## **INSTITUTO DE LIDERAZGO SIMONE DE BEAUVOIR**

### **Autoría:**

#### **ISPC**

Ana Joaquina Ruiz Guerra

Ángel Ruiz

Rubén López

Tania Martínez

Aída Bustos

#### **Promui**

Zenaida Pérez

Sharon Cano

Guillermina Juárez Leyva

### **Investigadoras Promui Campeche:**

María Adriana Cauich Puc

Nayeli del Carmen Hernández García

### **Apoyo de investigación:**

Ana Laura Flores Torres

### **Directora:**

Friné Salguero

### **Subdirectora:**

Valentina Zendejas

### **Coordinadora de edición:**

Arabella Jiménez

### **Diseño:**

Murcio Editores

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

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

[www.ilsb.org.mx/embarazoenadolescentes](http://www.ilsb.org.mx/embarazoenadolescentes)

# LO PÚBLICO ES NUESTRO

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

CAMPECHE

# ÍNDICE

**06**

Presentación

**10**

Salud y derechos sexuales y reproductivos en Campeche

**16**

Hallazgos

**24**

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

**29**

Conclusiones  
generales

**32**

Recomenda-  
ciones

**36**

Referencias



## **Presentación**

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

## Resultados de la investigación

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

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

1. El abasto, el acceso y la promoción de métodos anticonceptivos para adolescentes y mujeres indígenas.
2. La perspectiva intercultural en la atención de la salud sexual y reproductiva.
3. La promoción de la corresponsabilidad entre hombres y mujeres en salud sexual y reproductiva.
4. La atención de casos de violencia sexual o familiar, a partir del conocimiento e implementación de la NOM-046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención<sup>2</sup>, 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,<sup>3</sup> y el Programa de Mujeres Indígenas (Promui),<sup>4</sup> 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.

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

<sup>2</sup>La NOM-046-SSA2-2005 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.

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

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



**Diagrama 1. Metodología del proyecto Lo Público es Nuestro**



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

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

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

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

Análisis y desarrollo de diagnósticos y recomendaciones.

Desarrollo de la estrategia de incidencia.

Implementación de la estrategia de incidencia.

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

2

## **Salud y derechos sexuales y reproductivos en Campeche**

El estado de Campeche tiene aproximadamente 850 mil habitantes, de los cuales 11.51% es población de más de tres años hablante de alguna lengua indígena (alrededor de 98 mil personas). De éstos 2% no habla español. El 44.54% de la población se autoadscribe como indígena y 1.46% se considera indígena en parte.<sup>5</sup> Las lenguas más habladas en la entidad son maya (78.43% de la población hablante de lenguas indígenas), chol (11.59% de la población hablante de lenguas indígenas), tzeltal y kanjobal.

## Resultados de la investigación

En Campeche, 8.52% de las mujeres adolescentes entre 10 y 18 años fueron madres. Los municipios de Palizada (12.04%), Calakmul (11.70%) y Candelaria (10.73%) fueron aquellos donde se reportó un mayor porcentaje de madres adolescentes (Inegi, Encuesta Intercensal 2015). Dichos niveles de prevalencia a escala estatal y municipal se encuentran por arriba de la media nacional (7.36%), lo cual es preocupante para el nivel de desarrollo del estado.

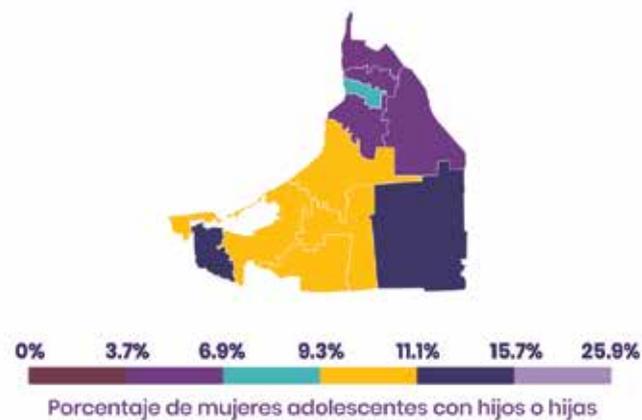


Gráfica 1. Prevalencia del embarazo en la adolescencia en Campeche



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

Estado: Campeche 8.52%



5 Datos 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 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.<sup>6</sup> En Campeche, la tasa de abandono total para mujeres en educación media superior es de 16.5% (Indicadores de Acceso y Trayectoria Escolar del INEE),<sup>7</sup> arriba de la media nacional para mujeres, que es de 13.3 por ciento.

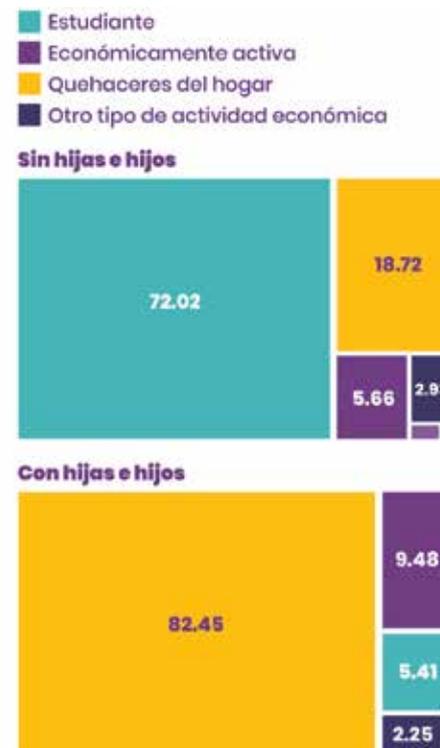
Si bien el embarazo en adolescentes tiene consecuencias graves en mujeres y hombres adolescentes, el efecto negativo es mayor para ellas, y en el ejercicio de la maternidad esta desigualdad es aún más profunda:

- Como se ve en el gráfico 2, mientras que 72.02% de las mujeres sin hijas e hijos estudian, sólo 5.41% de quienes son madres lo hace y 82.45% de las mujeres que son madres se dedican a quehaceres del hogar. Así pues, el cambio más drástico en la vida de las adolescentes es el cambiar el estudio por las labores domésticas y de cuidado.
- Otra consecuencia es que las mujeres aceleran su ingreso al mercado de trabajo como menores de edad cuando son madres: mientras que 5.66% de las mujeres adolescentes sin hijas e hijos son económicamente activas, cuando ellas son madres esta cifra asciende a 9.48 por ciento.

<sup>6</sup> 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](http://www.sems.gob.mx/work/models/sems/Resource/10787/1/images/Anexo_6Reporte_de_la_ENDEMS.pdf)

<sup>7</sup> 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. Los códigos de color son los siguientes: azul para 'Estudiante', amarillo para 'Quehaceres del hogar', violeta para 'Económicamente activa', morado para 'Otro tipo de actividad económica'. Para más información, consultar: <http://ilsb.org.mx/embarazoenadolescentes>

## Resultados de la investigación

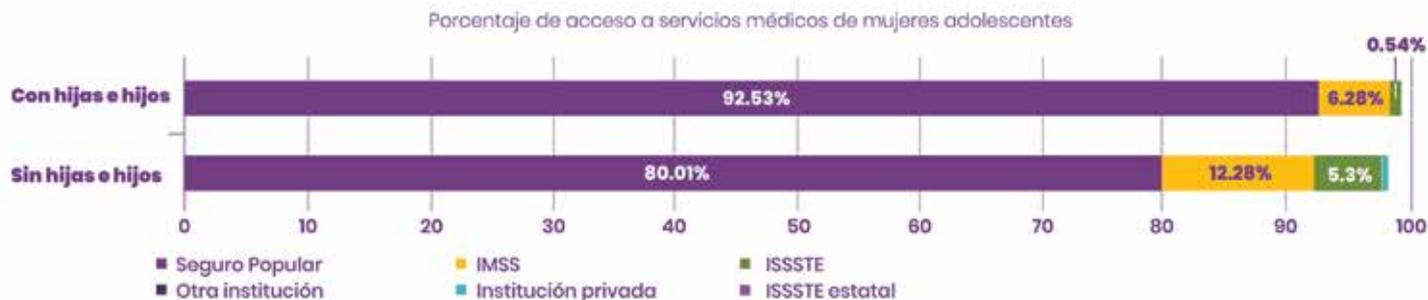
El acceso a la salud se precariza cuando se es madre adolescente, ya que ellas dejan de contar con los servicios de seguridad social y aumenta su afiliación al Sistema de Protección Social en Salud o Seguro Popular, que no ofrece una gama amplia de servicios de salud ni cuenta con servicios adicionales como el de guardería. Esto puede deberse a que las madres adolescentes no suelen tener trabajos remunerados formales,<sup>8</sup> 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 12.28% sin hijas e hijos a 6.28% con hijas e hijos. El ISSSTE lo reporta de 5.3 a 0.5 por ciento.

En contraste, aumenta la afiliación al Seguro Popular cuando las mujeres adolescentes se convierten en madres: de 80% sin hijas e hijos a 82.53% cuando son madres.

**El IMSS reporta un descenso de 12.28% sin hijas e hijos a 6.28% con hijas e hijos. El ISSSTE lo reporta de 5.3 a 0.5 por ciento.**

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



<sup>8</sup> 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](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/embarazoadolescentes>



La violencia sexual en Campeche es un fenómeno preocupante, ya que pone en riesgo la vida y la integridad de las mujeres. En 2018 fueron denunciados 184 casos de violencia sexual, según cifras del Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública. Sin embargo, la Encuesta Nacional de Victimización (Envipe) reportó 520 casos. Esto implica que aproximadamente 64% de los casos que ocurrieron no fueron denunciados.

### Cifras de violencia sexual en Campeche

	Casos denunciados <sup>9</sup>	Casos según la Envipe <sup>10</sup>	Cifra negra <sup>11</sup>
2015	79	450	82.44%
2018	184	520	64.61%

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.

<sup>9</sup> 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).

<sup>10</sup> Cifras obtenidas de la Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública (Envipe) del Inegi. Para Campeche no hubo Envipe en 2016 ni 2017.

<sup>11</sup> Se refiere al porcentaje de delitos no denunciados.

3

## Hallazgos

Las investigadoras de Campeche<sup>12</sup> trabajaron en los cuatro ejes de análisis: abasto de anticonceptivos, corresponsabilidad masculina, interculturalidad y conocimiento de la NOM-046-SSA2-2005, “Violencia familiar, sexual y contra las mujeres” así como la interrupción del embarazo en víctimas de dichos casos de violencia. Su investigación de campo fue realizada en el Centro de Salud Dr. Wilberth Escalante, en San Francisco Campeche (urbano), y en el Centro de Salud Comunitario del municipio de Hopelchén (rural).<sup>13</sup>

## Resultados de la investigación

Es importante destacar que, en el caso de Campeche, se negó sistemáticamente la información pública solicitada vía acceso a la información. Se realizaron tres rondas de solicitudes de acceso a la información, con un total de 40 solicitudes, a dos sujetos obligados: Secretaría de Salud e Instituto de Servicios Descentralizados de Salud Pública del Estado de Campeche. De estas solicitudes, sólo se obtuvo una respuesta.

Por esta razón, los hallazgos que aquí se presentan se basan en el trabajo de campo (entrevistas, observación dirigida y usuaria simulada) realizado en dos clínicas. En este sentido, no podemos saber si los esfuerzos que se realizan para la provisión de la salud son exclusivos de estas clínicas o son una política del estado. Observamos que existen esfuerzos institucionales para certificar las clínicas en interculturalidad y adecuarlas en dicha perspectiva, pero aun los esfuerzos dependen de las clínicas ya que no hay traductores certificados ni materiales audiovisuales o escritos en ambas. Esto resulta en una falta de atención intercultural integral para el usuario.

En cuanto a la corresponsabilidad, encontramos buenas prácticas en la clínica rural, pero no sabemos si son comunes a todo el sector. El abasto de métodos anticonceptivos, así como la implementación de la NOM-046 dependen de esfuerzos de todo el sistema de salud, por lo que hay que hacer énfasis en ellos.

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

La información que se obtuvo tanto en la investigación de campo como vía acceso a la información revela que **el abasto de métodos anticonceptivos no es una prioridad para las políticas de salud en el estado**. Se negó información a las solicitu-



Módulo de atención en la unidad de salud Hopelchén

<sup>12</sup> María Adriana Cauich Puc y Nayeli del Carmen Hernández García.

<sup>13</sup> En junio de 2019, este centro de salud tuvo un cambio de nombre a Hospital Comunitario de Hopelchén.



des realizadas en el portal de transparencia y en campo se constató el desabasto por medio de entrevistas y en el ejercicio de usuaria simulada.

En el ejercicio de observación a las clínicas de salud no se encontró material sobre salud sexual y reproductiva en la clínica rural, y en ninguna había material traducido en lengua indígena. Para tener acceso a los métodos anticonceptivos se requiere una entrevista en planificación familiar y el doctor tiene que valorar el mejor anticonceptivo para poderlo recetar.

Tanto en la unidad de salud rural como en la urbana cuentan con métodos anticonceptivos, pero los diferentes métodos de campo utilizados revelan que es muy difícil el acceso a ellos. Por ejemplo, en las entrevistas realizadas al personal de salud de ambas clínicas se mencionó que había suficiente disponibilidad de todos los métodos, como condones masculinos y femeninos, pastillas anticonceptivas, parches anticonceptivos, inyecciones anticonceptivas, dispositivos intrauterinos y anticoncepción de emergencia. En la clínica urbana, además, se mencionó que se contaba con vasectomía.

Sin embargo, tanto en el ejercicio de usuaria simulada como en la observación realizada no se comprobó disponibilidad de condones en farmacia o consultorio. En la unidad rural, mediante el ejercicio de usuaria simulada, se ofrecieron todos los métodos, aunque en farmacia no pudieron ofrecer ni un condón. Por su parte, en la unidad urbana se informó a la usuaria en entrevista que sólo contaban con condones y, al señalarse que no había suficiencia de métodos para toda la comunidad, se le sugirió estar afiliada al Seguro Popular o al Seguro Social para facilitar el acceso a los métodos anticonceptivos (lo cual es violatorio de la normatividad vigente).

Es decir, en cuanto a **los servicios de salud sexual y reproductiva dirigidos a mujeres indígenas, no cuentan con disponibilidad de métodos anticonceptivos.** A pesar de que se encontraron materiales informativos en español, no estaban traducidos a alguna lengua indígena.

## Resultados de la investigación

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

**La perspectiva intercultural en la atención de la salud sexual y reproductiva parece un ejercicio de simulación:** por un lado, hay esfuerzos para lograr la certificación de unidades de salud con los criterios de interculturalidad,<sup>14</sup> se reporta una capacitación de 151 trabajadores(as) sociales en ese tema,<sup>15</sup> pero esto no se traduce en la existencia de otras condiciones que fomenten la atención a pueblos indígenas, como serían intérpretes y traductores en campo.

La unidad de salud visitada en San Francisco Campeche, el Centro de Salud Dr. Wilberth Escalante, no estaba certificada en interculturalidad en salud. Por lo tanto, ni en la atención ni en las entrevistas se encontró personal capacitado en materia de interculturalidad, ni tampoco personal que pudiera traducir y que contara con certificaciones oficiales o con la infraestructura adecuada para ello. Tampoco se encontraron materiales de comunicación sobre interculturalidad, ni audiovisuales o impresos traducidos a lenguas indígenas.

Por su parte, la unidad rural (Hopelchén) **se encontraba certificada en interculturalidad bajo los Lineamientos Interculturales para la Operación de los Servicios de Salud (SSA, 2013)**. En la entrevista realizada al subdirector de la clínica, éste afirmó que sí contaba con servicios de traducción e interpretación para la atención en salud, servicio brindado por enfermeras y enfermeros que estaban disponibles en cada turno, así como con infraestructura para la atención intercultural en salud. Igualmente, el médico mencionó que la clínica contaba con materiales de comunicación, como videos, líneas de vida y nutrición, traducidos a lengua maya y accesibles a todo público, mismos que se mostraba en las áreas comunes; en salud

<sup>14</sup> Las unidades de salud con criterios de interculturalidad son aquellas que respetan la dignidad de los pacientes, promueven ambientes positivos de atención a los usuarios, dan información acerca de los servicios, sus requisitos y tienen personal técnicamente capacitado con actitudes respetuosas y de servicio. Para ello, reconocen la diversidad cultural y utiliza los servicios relacionados. Hacen adecuaciones interculturales y están certificadas por la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural de la Secretaría de Salud. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29316/ServiciosUnidades.pdf>

<sup>15</sup> Folio de las SAI con número 0100281118.



sexual y reproductiva mencionó que se contaba sólo con alguna orientación de ginecología. Señaló que la clínica no cuenta con materiales escritos traducidos a lenguas indígenas.

Esta información, sin embargo, no pudo ser constatada en la observación participante ni en el ejercicio de usuaria simulada.

Si en Campeche hay esfuerzos por incorporar la perspectiva de interculturalidad en salud, éstos no pudieron ser comprobados en campo. Además, en las entrevistas se constata que el personal médico considera que es responsabilidad de los usuarios de servicios de salud preguntar por la existencia de servicios de traducción, dejando al paciente la responsabilidad de su atención. A pesar de la existencia de servicios de traducción, no hay evidencia para sostener que sean profesionales capacitados y con pago digno.

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

**La promoción de la corresponsabilidad entre hombres y mujeres en salud sexual y reproductiva se encontró en varios niveles dentro de las unidades de salud,** aunque el hecho de que no hubiera respuestas por acceso a la información impide saber si esto es un esfuerzo institucional o es propio de las unidades de salud visitadas.

En ambas clínicas se pudo comprobar que al menos en el discurso oficial se reconoce la corresponsabilidad dentro de las clínicas, ya que en las entrevistas se encontró una serie de buenas prácticas en la consejería dada en la materia: claves de comunicación de la pertenencia del propio cuerpo como eje rector del ejercicio de la sexualidad, así como de las implicaciones del ejercicio recíproco de la sexualidad para la prevención tanto de embarazos como de infecciones de transmisión sexual (ITS). Sin embargo, no se otorgaron materiales de información en corresponsabilidad en los ejercicios de usuaria simulada y no se pudieron ver en la observación dirigida.

**La promoción de la corresponsabilidad entre hombres y mujeres en salud sexual y reproductiva se encontró en varios niveles dentro de las unidades de salud.**

## Resultados de la investigación

Por ejemplo, en la clínica urbana de Campeche, el médico dijo que “es responsabilidad de ambos prevenir el embarazo en adolescentes, porque el embarazo es de dos, es un consenso, ya que los dos son responsables y no debe dejárselo a la mujer”.

En la unidad en Hopelchén se utilizaron estas claves del discurso como la forma de justificar la necesidad del uso responsable de métodos anticonceptivos. El médico entrevistado señaló que “el embarazo en adolescentes es responsabilidad de ambos, pero aún existe el tabú. Los dos deben cuidarse, no sólo de embarazo sino de enfermedades de ITS”. En la unidad de Hopelchén, además, señalaron que existen laboratorios de sífilis para prevenir las ITS.

A pesar de lo destacado en las entrevistas, en los ejercicios de usuaria simulada no fue tan claro el ejercicio de la corresponsabilidad. En este sentido, se sugieren directrices institucionales para el ejercicio de la consejería, para que la información en el otorgamiento del servicio sea objetiva, científica y laica.

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

El hecho de que se negara la información por parte de la Secretaría de Salud y del Instituto de Servicios Descentralizados de Salud Pública del estado de Campeche (Indesalud) sobre protocolos de atención, así como las ausencias encontradas en campo **muestran que no existe interés institucional por cumplir las obligaciones mínimas para asegurar la atención necesaria para casos de violencia sexual en el estado.**

En las unidades de salud visitadas se verificó que se desconoce no solo la NOM-046, sino las directrices prácticas que se requieren en la atención en clínicas para casos de emergencia médica como la violencia sexual. Dicha norma establece claramente que la violación sexual debe tratarse como urgencia médica, se debe dar estabilidad emocional y anticoncepción de emergencia, así como profilaxis para la prevención de ITS y VIH/sida, y que no se requiere para dicha atención dar aviso al ministerio público.

**No existe interés institucional por cumplir las obligaciones mínimas para asegurar la atención necesaria para casos de violencia sexual en el estado.**



El personal de salud de ambas clínicas reveló en entrevistas que, en caso de que la paciente llegue con signos de violencia, se le canaliza al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) cuando son hechos concretos. En el caso de violencia sexual se menciona que, en caso de que “la paciente pida ser atendida, se sigue el procedimiento de revisión de servicio de urgencia por el ginecólogo(a) y se canaliza a la Procuraduría General del Estado”.

Que las respuestas sean similares en ambas clínicas revela un conocimiento mínimo o capacitación mínima sobre la NOM-046, porque los protocolos de atención no son los establecidos exactamente por dicha norma. Esto se debe a que solo en casos de urgencia, en los que la paciente llegara cuando acabara de cometerse el acto, se contaba con la instrucción de atención ginecológica, y el protocolo final mandaba a la fiscalía del estado. Lo anterior niega la importancia de contar con atención médica sin mediar denuncia penal, cuestión que está claramente especificada en la normatividad vigente.

Asimismo, no se mencionó nada relativo a la provisión de bienestar psicológico, o bien, contar con servicios de traducción para personas que no hablen español. Finalmente, se refirió claramente que la violencia debe ser probada por la víctima con hechos concretos, lo que contradice las especificaciones de la NOM-046.



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

El enfoque DAAC/AAAQ 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”.<sup>16</sup>

## Resultados de la investigación

Dicho enfoque contiene las siguientes dimensiones de los servicios de salud, por sus siglas: Disponibilidad / *Availability*,<sup>17</sup> Accesibilidad / *Accessibility*,<sup>18</sup> Aceptabilidad / *Adaptability*<sup>19</sup> y Calidad / *Quality*,<sup>20</sup>

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

Eje de investigación	Disponibilidad	Accesibilidad	Aceptabilidad	Calidad
Abasto, el acceso a la promoción de métodos anticonceptivos para adolescentes y mujeres indígenas.	La ausencia de información pública no permite evaluar cabalmente el componente de disponibilidad. El órgano garante de acceso a la información no garantizó que se emitieran respuestas a las preguntas realizadas. Tampoco se pudo corroborar en campo la disponibilidad de medicamentos en farmacia.	El acceso a los servicios está mediado por las interpretaciones propias del personal de salud sobre lo que significan los de mecanismos de gratuidad. Incluso sugieren afiliarse al SPSS para tener mayores facilidades en el acceso.	No existen mecanismos para hacer adaptables en términos de edad o condición étnica dichos servicios para poblaciones como juventudes o mujeres indígenas. No hay traducción física de materiales en maya u otras lenguas indígenas, tampoco hay materiales audiovisuales sobre salud sexual y reproductiva en lenguas indígenas.	Se encuentra fuertemente limitada por el desconocimiento del personal sobre su rol. No hay evidencia para decir que hay directrices institucionales para la provisión de una consejería culturalmente pertinente y relevante en salud sexual y reproductiva.

<sup>16</sup> (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.

<sup>17</sup> 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.

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

<sup>19</sup> Sucede cuando los servicios, las instalaciones y el trato sean culturalmente apropiados, incluyendo razones étnicas, de edad y de género.

<sup>20</sup> 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>Promoción de la corresponsabilidad entre hombres y mujeres en salud sexual y reproductiva</p>	<p>En la entrevista, el subdirector médico de la unidad de salud urbana señala que se promueve la corresponsabilidad en la consejería en planificación familiar y existen materiales. También se encuentra disponible el control de ITS y VIH/sida. (Esta información no se pudo verificar por otros medios.)</p>	<p>La consejería, sin embargo, no está culturalmente adaptada a las juventudes más allá del discurso del médico entrevistado.</p>	<p>En el caso de las buenas prácticas identificadas en materia de corresponsabilidad, la negación de la información pública impide evaluar si dichos esfuerzos forman parte de un empuje institucional o si dependen de la voluntad y percepción propia del personal de salud.</p>	<p>No hay lineamientos institucionales para la consejería en planificación familiar que permitan que las responsabilidades sean del personal que provee la consejería y no queden como cuestiones que inciden directamente en la calidad de las intervenciones médicas posibles.</p>
<p>Implementación de la perspectiva intercultural en salud</p>	<p>La unidad de salud de Hopelchén se encuentra certificada como intercultural, por lo que se reconoce un esfuerzo en la disponibilidad de servicios culturalmente adaptados. En dicha clínica, las y los enfermeros fungen como traductores.</p>	<p>La atención y la infraestructura, sin embargo, no son culturalmente pertinentes y la pertenencia étnica no se considera de relevancia para una mejor consejería. Tampoco se observó infraestructura en este sentido.</p>	<p>Se informó que existen algunos materiales audiovisuales traducidos al maya en la clínica rural, pero no acerca de salud sexual y reproductiva. No hay materiales escritos traducidos. Supone una buena práctica contar con los servicios audiovisuales y las cápsulas informativas a la comunidad; sin embargo, no se pudo corroborar dicha información en campo.</p>	<p>El que no haya respuestas a las SAI no permite saber si hay una política institucional de transversalizar la perspectiva intercultural o son esfuerzos aislados de las clínicas. Tampoco hay un protocolo, directrices o lineamientos que permitan que la atención con perspectiva intercultural sea igual.</p>

## Resultados de la investigación

Eje de investigación	Disponibilidad	Accesibilidad	Aceptabilidad	Calidad
<p>Atención de casos de violencia sexual o familiar, así como de la interrupción del embarazo en víctimas de dichos tipos de violencia.</p>	<p>Por las entrevistas realizadas se puede apreciar que hubo acciones de capacitación en la NOM-046. Sin embargo, la atención no cumple con los estándares de calidad.</p> <p>Sí hay disponibilidad de métodos anticonceptivos de emergencia, pero no hay evidencia de que se practique la interrupción legal del embarazo en estos casos.</p>	<p>Las personas víctimas de violencia deben solicitar el servicio de urgencias.</p> <p>Además, el personal refiere que se deben comprobar los hechos de violencia. Ninguno de estos hallazgos es congruente con la NOM-046.</p>	<p>No hay evidencia que sustente que la atención para la violencia sexual o familiar tenga perspectiva intercultural. La referencia inmediata al DIF o a la fiscalía del estado no es congruente con la NOM-046.</p>	<p>No hay evidencia de atención psicológica o servicios de traducción.</p> <p>No hay protocolos dentro de la clínica para seguir procedimientos en el caso de violencia familiar o sexual.</p>



# **Conclusiones generales**



Con base en los resultados de los ejes de investigación, se puede concluir que el acceso y la aceptabilidad de los servicios se encuentran limitados, al punto de que ponen en entredicho la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, particularmente para poblaciones vulnerables. Si bien Campeche ha hecho esfuerzos por implementar la perspectiva de interculturalidad en salud, aún hay mucho camino por recorrer.

Debe fomentarse la producción de materiales audiovisuales en lenguas indígenas (no sólo maya), pero aún hace falta que sean sobre salud sexual y reproductiva, y que estén en todas las clínicas, así como que haya una directriz institucional para difundirlos. Asimismo, debe haber directrices para la atención en corresponsabilidad y la consejería en planificación familiar.

Por otro lado, se requiere reforzar la atención frente a la violencia sexual, particularmente con perspectiva intercultural. En materia de abasto de métodos anticonceptivos, es fundamental contar con respuestas desde la Secretaría de Salud que permitan conocer la disponibilidad y distribución de dichos métodos.

La falta de información pública para hacer un contraste no permite establecer una evaluación más específica sobre la pertinencia de capacitaciones e infraestructura con la que cuentan las unidades de salud en materia de corresponsabilidad e interculturalidad, y además, revela que no existe la garantía de información señalada en la Constitución y que el órgano de acceso a la información local no tiene injerencia en la producción de información relevante para la ciudadanía.

6

# Recomendaciones

## Resultados de la investigación

---

- Crear mecanismos que garanticen que las unidades de salud con certificación de interculturalidad cumplan con los requisitos establecidos para dicha mención de calidad:
  - Realizar evaluaciones periódicas al personal de salud en las clínicas certificadas de acuerdo con las rúbricas establecidas en los Lineamientos Interculturales para la Operación de los Servicios de Salud, particularmente en las unidades que se encuentran en municipios con alta población indígena.
  - Asegurar la contratación, la permanencia y el pago digno a traductores o intérpretes especializados y sensibilizados en interculturalidad.
  - Contar con un mecanismo claro y conocido por todo el personal 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 dotación presupuestaria suficiente para la generación de materiales de información y comunicación sobre interculturalidad, salud sexual y reproductiva, y derechos de las víctimas de violencia sexual tanto en español como en las lenguas más habladas en el estado (impresos y audiovisuales).
- Asegurar que haya dotación suficiente de métodos anticonceptivos en todas las clínicas del sector salud y que existan mecanismos de acceso eficientes para todas las personas.



- 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, en un formato que vaya más allá del de sensibilización, evitando realizar capacitaciones generales sobre muchos temas en pocos días.
  - Contar con directrices para la consejería en planificación familiar en materia de corresponsabilidad masculina.
- Asegurar un clima y directrices claras para la atención de la violencia sexual como emergencia médica:
  - Capacitar al personal de salud en la NOM-046, con especial énfasis en la inexistencia de un requerimiento penal para la atención en salud.
  - Capacitar al personal de salud para que implemente prácticas para el registro de casos de violencia hacia niñas y mujeres desagregados por pertenencia étnica.
  - Asegurar una dotación adecuada y suficiente de anticoncepción de emergencia y kits de profilaxis para prevenir ITS en caso de violencia sexual
- Garantizar que exista la información suficiente, relevante y adecuada para la población cuando realiza solicitudes de acceso a ella o mediante información publicada de forma proactiva en los portales de transparencia del estado de Campeche.
  - El órgano garante de acceso a la información debe vigilar el cumplimiento de las obligaciones de transparencia.
  - El órgano garante debe impulsar el cumplimiento de las solicitudes de acceso a la información.



## Referencias

## Resultados de la investigación

### Fuentes estadísticas

Encuesta Intercensal Inegi, 2015

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

Censo Nacional para Procuración de Justicia Estatal, Inegi, 2015

Censo Nacional para Procuración de Justicia, Inegi, 2015

### Bibliografía

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

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

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

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

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



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

### **Solicitudes de acceso a la información**

Instituto de Salud del estado de Campeche. Solicitud de acceso a la información pública. Folio 0100281118.

