



LO PÚBLICO ES NUESTRO

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

DURANGO



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 Durango:

Jaime Iván Canales Olguín
Jennifer Josefina de la Torre Delfín

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/embarazoenadolescentes

LO PÚBLICO ES NUESTRO

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

DURANGO

ÍNDICE

06

Presentación

10

Salud y derechos sexuales y reproductivos en Durango

16

Hallazgos

27

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

32

Conclusiones
generales

35

Recomenda-
ciones

39

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 1,000 adolescentes.¹ 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 las 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>



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 Durango

Durango tiene 1.7 millones de habitantes, de los cuales 2.4% son población de más de tres años hablante de alguna lengua indígena (alrededor de 39 mil personas).

Además, 7.9% de la población se considera indígena y 1.51% se considera indígena en parte.⁵

Resultados de la investigación

Entre quienes hablan una lengua indígena, 83.68% habla tepehuano del sur y 5.55% habla huichol. Cabe mencionar que en dicho estado también se habla bajo alemán menonita.

El 9.38% de las mujeres adolescentes entre 10 y 18 años en Durango fueron madres. Los municipios que reportaron un mayor porcentaje de madres adolescentes fueron Canelas (15.48%), Tamazula (13.45%), Mapimí (13.43%) y Tlahualilo (12.61%) (Inegi, Encuesta Intercensal 2015). Estos datos son preocupantes, pues Durango se encuentra arriba de la media nacional (7.63%), lo que presenta un costo muy alto para el desarrollo del estado.

Gráfica 1. Prevalencia del embarazo adolescente en Durango



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

9.38%

de las mujeres
adolescentes entre 10
y 18 años en Durango
fueron madres.

Estado: Durango 9.38%



Porcentaje de mujeres adolescentes con hijos o hijas

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.⁶ En Durango, la tasa de abandono total para mujeres en educación media superior es de 16.7% (Indicadores de Acceso y Trayectoria Escolar del INEE),⁷ 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, el efecto negativo es mayor para ellas y en el ejercicio de la maternidad esta desigualdad es aún más profunda:

- Mientras que 72.74% de las mujeres sin hijas e hijos estudian, sólo 6.92% de quienes son madres lo hace; mientras que sólo 15.28% de las mujeres sin hijas e hijos se dedica a quehaceres del hogar,⁸ el 75.60% 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 4.61% de las mujeres adolescentes sin hijas e hijos son económicamente activas, cuando ellas son madres esta cifra asciende a 9.64 por ciento.

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>

⁸ Si bien la Encuesta Intercensal dice "quehaceres del hogar," nos referimos al trabajo doméstico y de cuidados

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>

Resultados de la investigación

El acceso a la salud se precariza cuando se es madre adolescente, ya que se deja 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;⁹ 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 21.13% de adolescentes sin hijas e hijos a 14.78% con hijas e hijos. El ISSSTE lo reporta de 7.37 a 1.7 por ciento.
- En contraste, aumenta significativamente la afiliación al Seguro Popular cuando las mujeres adolescentes se convierten en madres: de 69.64% sin hijas e hijos a 81.98% cuando son madres.

⁹De acuerdo con la OIT, en México, 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 y los investigadores de REDefine Durango¹⁰ trabajaron sobre los cuatro ejes de análisis: abasto de anticonceptivos, corresponsabilidad masculina, interculturalidad y conocimiento de la NOM-046.

Resultados de la investigación

Su investigación de campo fue realizada de marzo a octubre de 2018 en el Centro de Salud núm 2 Dr. Carlos Santa María, clínica urbana en el municipio de Victoria de Durango, y en la Clínica Vicente Guerrero, clínica rural ubicada en el municipio de Vicente Guerrero.

Lo que encontraron fue que, en general, los servicios de salud son poco adaptados culturalmente, ya que no cuentan con traductores profesionales o material en alguna lengua indígena. Asimismo, se muestra que hay una brecha entre las directrices señaladas por la NOM-046-SSA2-2006 y su aplicación en las clínicas. Por ello, aún no se asegura 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, el acceso y la promoción de métodos anticonceptivos para adolescentes y mujeres indígenas

La información recabada con los diversos instrumentos de investigación coincide en que existe abasto de métodos anticonceptivos en términos de cantidad y de variedad, y en que éstos, se concentran primordialmente en la zona urbana del estado. El presupuesto total asignado para compras centralizadas de métodos anticonceptivos fue de \$13 670 250.94.¹⁰

Como podemos ver en la tabla 1, la mayor parte de los métodos se distribuye en la jurisdicción sanitaria 1, que corresponde a la ciudad de Durango y sus alrededores, lo que muestra una gran concentración de los métodos. Se observa también que la compra no coincide con la distribución de métodos anticonceptivos.

Cabe señalar que hay una diferencia importante entre los datos obtenidos por medio de solicitudes de acceso a la información (SAI) y lo encontrado en las visitas

No se asegura 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.

¹⁰ Jaime Iván Canales Olguín y Jennifer Josefina de la Torre Delfín.

¹¹ SSADGO, solicitud de acceso a la información, con número 127918.



a clínicas, ya que en campo se reporta la existencia de anticoncepción de emergencia, mientras que la información pública recolectada indica que dicho insumo no existía en el estado.¹²

Tabla 1. Métodos anticonceptivos reportados para el estado de Durango, 2017

Método	Cantidad comprada (en unidades)	Cantidad distribuida por jurisdicción sanitaria (en unidades)			
		1	2	3	4
Preservativo masculino	647,000	86,013	21,970	14,871	27,761
Preservativo femenino	640	1,576	29	1	213
Implante subdérmico	6,164	6,174	2,273	492	120
DIU T de cobre (sic)	2,280	1,071	1,054	124	68
DIU medicado (sic)	360	225	16	19	22
Hormonal oral claves 3508, 3507 y 4526	42,610	8,966	1,512	1,850	1,085
Parche dérmico	18,500	10,603	910	1,219	1,255
Inyección mensual	16,040	31,119	5,583	5,670	1,964
Inyección bimensual	35,510				
PAE	0				

¹² Folios de la SAI números 127518 y 127618

Fuente: solicitudes de acceso a la información a la Secretaría de Salud del estado de Durango, folios 127718, 127618 y 127518.

Resultados de la investigación

De acuerdo con lo reportado en entrevistas con el personal médico, el acceso a métodos anticonceptivos está mediado en todos los casos por consulta o consejería en planificación familiar. Esto crea barreras para la provisión de métodos más difundidos, como los condones masculinos y femeninos.

La consejería en planificación familiar debería darse conforme con lo señalado en la NOM-005-SSA2-1992, “De los servicios de planificación familiar” Sin embargo, la Secretaría de Salud reporta vía acceso a la información que no cuenta con protocolos de consejería ni capacitaciones específicas en materia de salud sexual y reproductiva. Esta omisión se ve reflejada en el trabajo en campo, ya que el personal de salud reveló prejuicios sobre la edad adecuada del ejercicio de la sexualidad, al recalcar, por ejemplo, “la desventaja de que las ‘niñas’ inicien su vida a temprana edad.”

Entonces, si bien existe suficiencia de métodos anticonceptivos en la zona urbana, no hay evidencia que así sea para todo el estado, ni que se otorguen de forma científica, laica y libre de prejuicios.

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

La investigación constata que el reconocimiento de la diversidad en los municipios de Durango es aún una tarea pendiente, particularmente en materia indígena: la ausencia de materiales en otras lenguas, la insuficiencia de intérpretes y traductores certificados y de capacitaciones sobre el tema son muestra de ello.

Es evidente la falta de coordinación interinstitucional en el tema y, por ende, la poca relevancia de la interculturalidad en la agenda gubernamental. Hay una ausencia de mecanismos, herramientas y procedimientos adecuados, lo que impide atender de manera óptima las diferencias culturales de las y los usuarios de los centros de salud. Lo anterior muestra que la interculturalidad en salud se limita al discurso institucional y que en la práctica no se lleva a cabo.

Se confirma que hay pocos traductores de lengua indígena certificados para la atención en salud, ya que según lo reportado vía acceso a la información sola-



Abasto de métodos anticonceptivos, entre ellos: DIU Mirena, DIU de cobre, Condones.
Clínica urbana Centro de Salud No. 2 Dr. Carlos Santa María



Abasto de métodos anticonceptivos, entre ellos: DIU Mirena, DIU de cobre, Segfemiol (Levonorgestrel, Ethinylestradiol).
Clínica urbana Centro de Salud No. 2 Dr. Carlos Santa María.



mente había siete personas profesionales para la traducción en las unidades de salud de todo el estado: seis para la lengua tepehuana y una para el bajo alemán.¹³ No se contestó por esta vía el cargo de los traductores, por lo que no hay evidencia de si son profesionales, certificados y con pago digno.

Cuando se realizó la investigación en campo, el personal de salud del Centro de Salud Vicente Guerrero (zona rural) negó la existencia de la comunidad indígena, justificando así la inexistencia de traductores certificados. Esta información es inconsistente, ya que otro personal de salud entrevistado mencionó que cuando la población indígena acude a los servicios de salud, suele traer a una persona que puede fungir como intérprete o traductor. De igual modo, la presidencia municipal proporcionó un padrón de personas indígenas, en el que se corrobora que sí existe esta comunidad. Lo anterior evidencia desconocimiento de las necesidades de interculturalidad existentes en la región.

En cuanto a los materiales de difusión en lenguas indígenas, sobre salud en general, y particularmente sobre salud sexual y reproductiva, podemos afirmar que no existen: mediante acceso a la información corroboramos que ninguna dependencia los genera, no los encontramos en campo y el personal de salud de ambas unidades mencionó que no existen materiales para la población ni para el personal.

En cuanto a la capacitación en salud intercultural, servicios de salud del estado mencionaron que “un total de 1132 miembros del personal médico, paramédico, administrativo, de trabajo social, enfermeras, técnicos radiólogos, técnicos laboratoristas, de mantenimiento, imagenología y vigilancia se les capacitó en interculturalidad en 21 cursos diferentes en el periodo solicitado”.¹⁴ A pesar de ello, no se puede comprobar que la perspectiva intercultural tenga una incidencia sobre el personal de salud, ya que se hicieron afirmaciones en campo como la siguiente: “Sí es importante [la atención intercultural], para ver como qué costumbres tienen y

La investigación constata que el reconocimiento de la diversidad en los municipios de Durango es aún una tarea pendiente, particularmente en materia indígena.

¹³ Folios de la SAI con números 128318 y 128418.

¹⁴ Subdirección de Atención a la Salud de la Mujer, solicitud de acceso a la información número 128518

Resultados de la investigación

PADRON GENERAL DE LA COMUNIDAD INDIGENA CON RESIDENCIA EN VICENTE GUERRERO, DGO., ACTUALIZADO AL MES DE ENERO DE 2017

LA ESTACION VICENTE GUERRERO

No.	NOMBRE	EDAD	DIRECCION
1	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
2	[REDACTED]	18 AÑOS	DOM. CONOCIDO
3	[REDACTED]	18 AÑOS	DOM. CONOCIDO
4	[REDACTED]	27 AÑOS	DOM. CONOCIDO
5	[REDACTED]	3 AÑOS	DOM. CONOCIDO
6	[REDACTED]	1 AÑO	DOM. CONOCIDO
7	[REDACTED]	29 AÑOS	DOM. CONOCIDO
8	[REDACTED]	12 AÑOS	DOM. CONOCIDO
9	[REDACTED]	11 AÑOS	DOM. CONOCIDO
10	[REDACTED]	4 AÑOS	DOM. CONOCIDO
11	[REDACTED]	31 AÑOS	DOM. CONOCIDO
12	[REDACTED]	3 AÑOS	DOM. CONOCIDO
13	[REDACTED]	19 AÑOS	DOM. CONOCIDO
14	[REDACTED]	42 AÑOS	DOM. CONOCIDO
15	[REDACTED]	16 AÑOS	DOM. CONOCIDO
16	[REDACTED]	12 AÑOS	DOM. CONOCIDO
17	[REDACTED]	18 AÑOS	DOM. CONOCIDO
18	[REDACTED]	27 AÑOS	DOM. CONOCIDO
19	[REDACTED]	24 AÑOS	DOM. CONOCIDO
20	[REDACTED]	47 AÑOS	DOM. CONOCIDO
21	[REDACTED]	10 AÑOS	DOM. CONOCIDO
22	[REDACTED]	12 AÑOS	DOM. CONOCIDO
23	[REDACTED]	29 AÑOS	DOM. CONOCIDO
24	[REDACTED]	43 AÑOS	DOM. CONOCIDO
25	[REDACTED]	32 AÑOS	DOM. CONOCIDO
26	[REDACTED]	10 AÑOS	DOM. CONOCIDO
27	[REDACTED]	29 AÑOS	DOM. CONOCIDO
28	[REDACTED]	10 mes	DOM. CONOCIDO
29	[REDACTED]	29 AÑOS	DOM. CONOCIDO
30	[REDACTED]	25 AÑOS	DOM. CONOCIDO
31	[REDACTED]	8 AÑOS	DOM. CONOCIDO
32	[REDACTED]	12 AÑOS	DOM. CONOCIDO
33	[REDACTED]	20 AÑOS	DOM. CONOCIDO
34	[REDACTED]	15 AÑOS	DOM. CONOCIDO
35	[REDACTED]	46 AÑOS	DOM. CONOCIDO
36	[REDACTED]	18 AÑOS	DOM. CONOCIDO
37	[REDACTED]	1 AÑO	DOM. CONOCIDO
38	[REDACTED]	32 AÑOS	DOM. CONOCIDO
39	[REDACTED]	32 AÑOS	DOM. CONOCIDO
40	[REDACTED]	15 AÑOS	DOM. CONOCIDO
41	[REDACTED]	11 AÑOS	DOM. CONOCIDO
42	[REDACTED]	26 AÑOS	DOM. CONOCIDO

PADRON GENERAL DE LA COMUNIDAD INDIGENA CON RESIDENCIA EN VICENTE GUERRERO, DGO., ACTUALIZADO AL MES DE ENERO DE 2017

COL. SAN ANTONIO, VICENTE GUERRERO

No.	NOMBRE	EDAD	DIRECCION
1	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
2	[REDACTED]	14 AÑOS	HIGUERAS C. SAN ANTONIO
3	[REDACTED]	16 AÑOS	HIGUERAS C. SAN ANTONIO
4	[REDACTED]	32 AÑOS	HIGUERAS C. SAN ANTONIO
5	[REDACTED]	28 AÑOS	HIGUERAS C. SAN ANTONIO
6	[REDACTED]	24 AÑOS	HIGUERAS C. SAN ANTONIO
7	[REDACTED]	22 AÑOS	HIGUERAS C. SAN ANTONIO
8	[REDACTED]	13 AÑOS	HIGUERAS C. SAN ANTONIO
9	[REDACTED]	12 AÑOS	HIGUERAS C. SAN ANTONIO
10	[REDACTED]	11 AÑOS	HIGUERAS C. SAN ANTONIO
11	[REDACTED]	11 AÑOS	HIGUERAS C. SAN ANTONIO
12	[REDACTED]	18 AÑOS	HIGUERAS C. SAN ANTONIO
13	[REDACTED]	30 AÑOS	HIGUERAS C. SAN ANTONIO
14	[REDACTED]	1 AÑO	HIGUERAS C. SAN ANTONIO
15	[REDACTED]	66 AÑOS	HIGUERAS C. SAN ANTONIO
16	[REDACTED]	69 AÑOS	HIGUERAS C. SAN ANTONIO
17	[REDACTED]	70 AÑOS	HIGUERAS C. SAN ANTONIO
18	[REDACTED]	63 AÑOS	HIGUERAS C. SAN ANTONIO
19	[REDACTED]	41 AÑOS	HIGUERAS C. SAN ANTONIO
20	[REDACTED]	42 AÑOS	HIGUERAS C. SAN ANTONIO
21	[REDACTED]	58 AÑOS	HIGUERAS C. SAN ANTONIO
22	[REDACTED]	36 AÑOS	HIGUERAS C. SAN ANTONIO
23	[REDACTED]	35 AÑOS	HIGUERAS C. SAN ANTONIO
24	[REDACTED]	34 AÑOS	HIGUERAS C. SAN ANTONIO
25	[REDACTED]	33 AÑOS	HIGUERAS C. SAN ANTONIO
26	[REDACTED]	33 AÑOS	HIGUERAS C. SAN ANTONIO
27	[REDACTED]	37 AÑOS	HIGUERAS C. SAN ANTONIO
28	[REDACTED]	8 AÑOS	HIGUERAS C. SAN ANTONIO
29	[REDACTED]	3 AÑOS	HIGUERAS C. SAN ANTONIO
30	[REDACTED]	59 AÑOS	HIGUERAS C. SAN ANTONIO
31	[REDACTED]	29 AÑOS	HIGUERAS C. SAN ANTONIO
32	[REDACTED]	4 AÑOS	HIGUERAS C. SAN ANTONIO
33	[REDACTED]	39 AÑOS	HIGUERAS C. SAN ANTONIO
34	[REDACTED]	36 AÑOS	HIGUERAS C. SAN ANTONIO
35	[REDACTED]	13 AÑOS	HIGUERAS C. SAN ANTONIO
36	[REDACTED]	6 AÑOS	HIGUERAS C. SAN ANTONIO
37	[REDACTED]	2 AÑOS	HIGUERAS C. SAN ANTONIO
38	[REDACTED]	14 AÑOS	HIGUERAS C. SAN ANTONIO
39	[REDACTED]	7 AÑOS	HIGUERAS C. SAN ANTONIO
40	[REDACTED]	6 AÑOS	HIGUERAS C. SAN ANTONIO
41	[REDACTED]	10 AÑOS	HIGUERAS C. SAN ANTONIO
42	[REDACTED]	9 AÑOS	HIGUERAS C. SAN ANTONIO
43	[REDACTED]	59 AÑOS	HIGUERAS C. SAN ANTONIO
44	[REDACTED]	62 AÑOS	HIGUERAS C. SAN ANTONIO
45	[REDACTED]	28 AÑOS	HIGUERAS C. SAN ANTONIO
46	[REDACTED]	34 AÑOS	HIGUERAS C. SAN ANTONIO
47	[REDACTED]	32 AÑOS	HIGUERAS C. SAN ANTONIO

Algunas fotografías del Padrón General de la Comunidad Indígena con Residencia en Vicente Guerrero actualizado al mes de enero de 2017; Colonias “La Estación” y “San Antonio”.



cómo pueden ayudar a mejorar su salud”. Si hay atención, “ellos traen a su traductor como acompañante, regularmente hombre, su pareja, sí habla español, porque no las dejan comunicarse por sí mismas”. Es decir, aún no hay un reconocimiento de la atención a la salud de las personas indígenas como sujetos de derechos.

En la observación de centros de salud visitados se constató que tampoco cuentan con infraestructura adecuada para la atención intercultural, como sillas de parto vertical.

Así pues, podemos constatar que la atención intercultural está aún lejos de ser una práctica de los centros de salud de Durango.

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

En la investigación realizada comprendemos el ejercicio de la corresponsabilidad como capacitación en la materia, disponibilidad de material de información sobre salud sexual y reproductiva, promoción de la vasectomía sin bisturí y prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH. En general, se encontraron algunos esfuerzos institucionales por implementar la corresponsabilidad masculina en los servicios de salud del estado, pero ellos aún son muy endebles.

En cuanto a capacitación, según lo reportado por la Subdirección de Atención a la Mujer, se impartió un solo curso con 36 asistentes, que recibieron capacitación sobre corresponsabilidad durante 2017.¹⁵ La mayor concentración de esfuerzos institucionales se da en los materiales de comunicación y difusión sobre corresponsabilidad masculina, los cuales se encontraron en las unidades visitadas. Sin embargo, aunque se reportó la existencia de tres tipos de materiales, nunca se especificaron cuáles eran ni sobre qué trataban.¹⁶ La fotografía siguiente muestra, por ejemplo, la promoción de la vasectomía sin bisturí.

¹⁵Folio de la SAI número 130318

¹⁶Folio de la SAI número 130418

Resultados de la investigación

A pesar de notarse pocos esfuerzos institucionales para la perspectiva de corresponsabilidad (más allá de la promoción de la vasectomía sin bisturí), el personal médico en campo mencionó en las entrevistas que las desigualdades entre mujeres y hombres afectan en la carga reproductiva. También dijo que son las mujeres quienes tienen mayores consecuencias durante el embarazo en la adolescencia. Por ejemplo, en la clínica rural el personal entrevistado menciona que ambas partes tienen igual nivel de responsabilidad, aunque van más mujeres a la consulta en planificación familiar. Además, cuentan con el material para la consulta, mismo que usan.

Por su parte, en la clínica urbana hay datos contrastantes. El personal dijo que “las mujeres son más responsables en el embarazo porque los hombres evaden”, pero también señaló que concientizan en corresponsabilidad en las consultas y dan pláticas de sensibilización sobre el tema en escuelas.

En materia de prevención de ITS, hay un área de detección en la clínica urbana y se menciona la promoción del condón para evitarlas.

Se refleja de lo anterior que la consejería en corresponsabilidad depende de las opiniones y los esfuerzos del personal de salud. En aquellos casos donde hay voluntad política y ética se generan mecanismos de promoción de la corresponsabilidad, pero no hay guías para implementarla. La promoción de la vasectomía sin bisturí sí es un esfuerzo institucional, pero no es claro si los adolescentes tienen acceso a ella.

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

El personal médico entrevistado en ambas clínicas mostró desconocimiento de la NOM-046-SSA2-2005, particularmente en el centro de salud rural, donde dijeron que era “algo” de violencia. En la clínica urbana se observó algún conocimiento de la Norma Oficial, incluso la clínica cuenta con un módulo de violencia. Sin embargo, el personal médico no pudo referir con claridad los protocolos de atención física y



Fachada de la clínica rural “Vicente Guerrero” donde se muestra una lona promocionando la Vasectomía sin bisturí.



psicológica para las víctimas de violencia, ni en las entrevistas ni en los ejercicios de usuarias simuladas. Tampoco supieron que ellos se derivan de la norma oficial mexicana, que regula su ejercicio profesional en estos casos.

Por vía de acceso a la información, la Secretaría de Salud no mencionó ninguna capacitación que se haya dado sobre la NOM-046. En materia de violencia sólo se dio una capacitación para la prevención del hostigamiento y acoso sexual.¹⁷

En la investigación de campo se pudo constatar el desconocimiento de los protocolos para la atención a víctimas de violencia sexual por parte del personal. En el centro de salud en zona rural, el desconocimiento de la NOM-046 se notó tanto en personal médico como directivo. En la zona urbana, el personal directivo manifestó sí conocer la NOM-046, pero —como fue mencionado— esto no se tradujo en directrices prácticas para la atención.

A partir de los resultados obtenidos puede concluirse que, en las clínicas visitadas, el conocimiento de la NOM-046 no es generalizado, lo que se traduce en una atención inadecuada en dichos casos. Esto repercute en que se desconozca que la interrupción del embarazo es legal en todo el país por la causal de violación. Por lo tanto, concluimos que es difícil que las mujeres ejerzan su derecho al acceso a una interrupción legal del embarazo por violación, ya que los servidores públicos que deberían de garantizarles ese derecho desconocen la NOM-046.

Este desconocimiento podría resolverse de haber directrices, protocolos, guías o rutas de acción que permitieran al personal médico otorgar servicios de atención de calidad a las víctimas y no sólo se dependiera de las capacitaciones para ello.

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

¹⁷ Solicitud de Acceso a la Información con folio SSD/DSS/SASM/001/016/2018.



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

El enfoque DAAC 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”.¹⁸

Resultados de la investigación

Dicho enfoque contiene las siguientes dimensiones de los servicios de salud, por sus siglas: Disponibilidad,¹⁹ Accesibilidad,²⁰ Aceptabilidad²¹ y Calidad.²² La investigación realizada en el marco de LPEN contiene una evaluación ciudadana de dichos servicios con el enfoque DAAC, que concluye que:

Eje de investigación	Disponibilidad	Accesibilidad	Aceptabilidad	Calidad
Abasto, el acceso y la promoción de métodos anticonceptivos para adolescentes y mujeres indígenas	Hay una gama amplia disponible de métodos anticonceptivos en las clínicas del primer nivel de salud, pero aún es insuficiente para la demanda de la población del estado, particularmente dados los mecanismos de distribución.	El acceso a los métodos anticonceptivos depende de una consulta en planificación familiar, de acuerdo con la NOM-005. Sin embargo, hay una exigencia de cita médica para la provisión de métodos anticonceptivos que no la requieren (como condones masculinos y femeninos).	La provisión y promoción de servicios de salud sexual y reproductiva muestran que no hay claridad en la implementación de la perspectiva intercultural y de juventudes en los servicios de salud sexual y reproductiva. Aún hay prejuicios personales en la consejería en planificación familiar.	El contraste de la existencia de insumos con su distribución y los prejuicios personales de quienes otorgan los servicios de consejería provocan dudas sobre la calidad en el acceso a métodos anticonceptivos con perspectiva intercultural, de juventudes y de género. Deberían existir guías para la planificación familiar que subsanen los prejuicios en salud.

¹⁸ (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.

¹⁹ 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.

²⁰ Son las facilidades físicas, económicas (costos razonables) y de información para que ninguna sea discriminatoria por razón de género, edad o condición étnica.

²¹ Sucede cuando los servicios, las instalaciones y el trato sean culturalmente apropiados, incluyendo razones étnicas, de edad y de género.

²² 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
Implementación de la perspectiva intercultural en salud	Hay pocos traductores contratados por servicios de salud del estado y no se conoce su régimen de contratación, por lo que no es claro si son profesionales con pago digno. Por otro lado, no hay materiales disponibles en lenguas indígenas.	En la clínica rural se desconocía que había una población indígena en las cercanías. La falta de traductores, materiales informativos y capacitación habla de la falta de acceso para personas indígenas a los servicios de salud.	Los Lineamientos de Interculturalidad en Salud señalan que debería haber servicios aceptables para las personas hablantes de lengua indígena y adaptados. No se cumple esta condición.	La inexistencia de la perspectiva de interculturalidad en salud hace que los servicios de salud para personas indígenas no sean de calidad.
Promoción de la corresponsabilidad entre hombres y mujeres en salud sexual y reproductiva	La promoción de la corresponsabilidad se basa sobre todo en la promoción de la vasectomía sin bisturí. Sin embargo, hay materiales informativos en esta materia.	La consejería en planificación familiar es accesible para hombres y mujeres, pero sobre todo acuden a ella mujeres.	En la promoción de la corresponsabilidad intervienen los prejuicios del personal que otorga la consejería, por lo que no hay evidencia para saber si dicha consejería es científica, neutral y laica.	Se requieren guías para la consejería en planificación familiar, a fin de que ésta sea científica, neutral, laica, libre de prejuicios, con perspectiva intercultural, de juventudes y género.

Resultados de la investigación

Eje de investigación	Disponibilidad	Accesibilidad	Aceptabilidad	Calidad
La atención de casos de violencia sexual o familiar, a partir del conocimiento e implementación de la NOM-046	La atención a la violencia sexual está poco disponible, ya que el personal de salud no conoce la NOM-046 ni sus protocolos. El estado no compró, por la vía de compras consolidadas, anticoncepción de emergencia, pero menciona que sí se otorga.	Debido al desconocimiento de los protocolos de la NOM-046 no se garantiza el acceso a la interrupción legal del embarazo en casos de violencia sexual.	Es necesario que existan, además de capacitaciones, guías para la atención de víctimas de violencia sexual. Asimismo, se debe garantizar la interrupción legal del embarazo, la provisión de anticoncepción de emergencia y de profilaxis postexposición.	Lo anterior se revela mediante el desconocimiento de normas oficiales mexicanas (como la NOM-046) que reglamentan la atención en casos de violencia sexual, pero también de un amplio espectro para una atención que garantice plenamente el derecho a la salud.



Conclusiones generales



Con base en los resultados de los ejes de investigación se puede concluir que en Durango los servicios de salud sexual y reproductiva están relativamente disponibles para las y los pacientes. Sin embargo, cuando estas pacientes resultan ser personas jóvenes o mujeres indígenas, el acceso a éstos se ve limitado por la falta de perspectiva de juventudes e interculturalidad. Además, el personal de salud cuenta con información necesaria pero no suficiente sobre interculturalidad en salud, corresponsabilidad y género. La falta de acceso efectivo a los servicios de salud sexual y reproductiva, provocada por una atención no adaptada al género, edad y origen étnico de las y los pacientes, resulta en una atención de salud que no cumple con estándares de calidad, vulnera derechos de las y los adolescentes, como el de vivir de manera libre, autónoma e informada el cuerpo y la sexualidad, y el derecho a vivir libres de discriminación.

6

Recomendaciones

Resultados de la investigación

- Mejorar los mecanismos para 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.
 - Contar con mecanismos para la provisión de métodos anticonceptivos (principalmente condones masculinos y femeninos) que no dependan de una consulta.
 - Implementar el programa de servicios amigables para adolescentes, con el que se dé acceso efectivo a las mujeres adolescentes a métodos anticonceptivos.
 - Transparentar los mecanismos de distribución de anticonceptivos, a fin de que haya en todas las clínicas y jurisdicciones sanitarias.
- Asegurar mecanismos para el acceso de mujeres indígenas y jóvenes a los servicios de salud sexual y reproductiva:
 - Contar con un flujograma claro y conocido por todo el personal de salud para la solicitud de traductoras e intérpretes en las unidades de salud de primer nivel, especialmente en aquellas donde ya se ha reportado tener pacientes indígenas.
- Contar con guías para la consejería en planificación familiar en materia de corresponsabilidad masculina.
- Asegurar la atención de calidad, oportuna y expedita, a víctimas de violencia sexual.
 - Capacitar al personal de salud en la NOM-046.



- Crear guías de atención para los prestadores de servicios de salud a fin de garantizar que, aun cuando no exista la capacitación, haya atención médica.
- Garantizar la provisión de anticoncepción de emergencia y medicamentos postexposición.
- Garantizar la interrupción legal del embarazo en casos de violencia sexual.



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

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

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

