

LO PÚBLICO ES NUESTRO

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

GUANAJUATO



INSTITUTO DE LIDERAZGO SIMONE DE BEAUVOIR

Autoría:

ISPC

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

REDefine:

Sofía Alessio-Robles
Mariana Mancilla
Pascale Brennan
Cristina Santana

REDefine Guanajuato (investigadores LPEN):

Brenda Fayrut Flores Cuéllar
María Mayela del Sagrado Corazón de Jesús
Torres Martínez

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

GUANAJUATO

ÍNDICE

06

Presentación

11

Salud y derechos sexuales y reproductivos en Guanajuato

16

Hallazgos

27

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

31

Conclusiones
generales

34

Recomenda-
ciones

38

Referencias



Presentación

"Lo Público es Nuestro" es un programa de contraloría social implementado por el ILSB que busca fortalecer la participación ciudadana de jóvenes y mujeres indígenas en temas de salud sexual y reproductiva, para hacer incidencia informada por medio del uso de herramientas de transparencia y acceso a la información e instrumentos de investigación en campo, a fin de fortalecer con recomendaciones dichos servicios y vigilar el desarrollo y cumplimiento de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes."

Resultados de la investigación

México es el país de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) con mayor número de embarazos en adolescentes: su tasa de fertilidad es de 69 nacimientos por cada 1000 adolescentes.¹ La Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) es la respuesta del gobierno federal a esta situación. Por medio de 90 acciones concretas de diversas instancias gubernamentales, coordinadas por el Consejo Nacional de Población (CONAPO), la Secretaría de Salud (SSA) y el Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres), se adopta el compromiso para 2030 de reducir en 50% la tasa específica de fecundidad en adolescentes (entre 15 y 19 años) y erradicar el embarazo en niñas de entre 10 y 14 años.

En este contexto surge *Lo Público es Nuestro*, un ejercicio de 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.

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.

Resultados de la investigación

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

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

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

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

Resultados de la investigación

Metodología del proyecto Lo Público es Nuestro



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 Guanajuato

Guanajuato tiene 5.8 millones de habitantes, de los cuales 1.15 millones tienen entre 10 y 19 años, es decir, 19.8%. Según la Encuesta Intercensal 2015, del total de mujeres entre 10 y 18 años del estado, 7.22% eran madres. Las repercusiones del embarazo en la adolescencia pueden tener implicaciones en su plan de vida.

Resultados de la investigación

Del total de la población de Guanajuato, 0.25% son personas de más de tres años hablantes de alguna lengua indígena (alrededor de 12000 personas). Además, el 9.13% de la población se considera indígena y 1.27% se considera indígena en parte.⁵ De las personas de más de tres años hablantes de lengua indígena, 19.81% habla una lengua no especificada, 15.91% habla otomí, 14.62% habla chichimeco jonaz, 13.18% habla náhuatl y 9.83% habla mazahua.

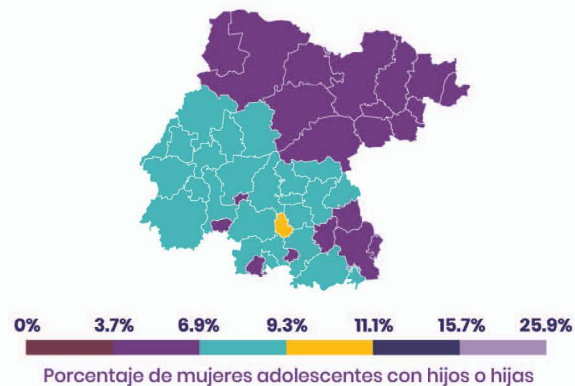
El 7.22% de las mujeres adolescentes entre 10 y 18 años en Guanajuato eran madres en 2015.⁶ Los municipios de Jaral del Progreso (10.27%), Villagrán (8.68%), Cortázar (8.54%) y Apaseo el Grande (8.4%) reportaron un mayor porcentaje de madres adolescentes (INEGI, Encuesta Intercensal 2015). Si bien Guanajuato se encuentra debajo de la media nacional (7.63%), los municipios anteriormente mencionados cuentan con porcentajes arriba de ésta.



Gráfica 1. Prevalencia del embarazo adolescente en Guanajuato



Estado: **Guanajuato 7.22%**





Resultados de la investigación

Las repercusiones del embarazo en la adolescencia influyen directamente en el plan de vida de ellas y ellos:

- A escala nacional, el embarazo en adolescentes es la sexta causa de abandono escolar entre jóvenes, aunque en mujeres es la segunda causa de deserción.⁷ En Guanajuato, la tasa de abandono total para mujeres en educación media superior es de 16.0% (Indicadores de Acceso y Trayectoria Escolar del INEE);⁸ arriba de la media nacional para mujeres, la cual es de 13.3 por ciento.

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 64.97% de las mujeres sin hijas e hijos estudia, solo 4.76% de las que son madres lo hace; en tanto que 13.7% de las mujeres sin hijas e hijos se dedica a quehaceres del hogar,⁹ 73.01% 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 10.74% de las mujeres adolescentes sin hijas e hijos son económicamente activas, cuando ellas son madres, esta cifra asciende a 17.58 por ciento.

El acceso a la salud se precariza en las madres adolescentes, 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

⁷ 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

⁸ Datos del ciclo escolar 2015-2016, disponibles en: <https://www.inee.edu.mx/wp-content/uploads/2019/04/AT02d-2017.pdf>

⁹ La encuesta intercensal se refiere a "quehaceres del hogar" para referirse a trabajo no remunerado, doméstico y de cuidados.

Gráfica 2. Actividades principales de mujeres adolescentes



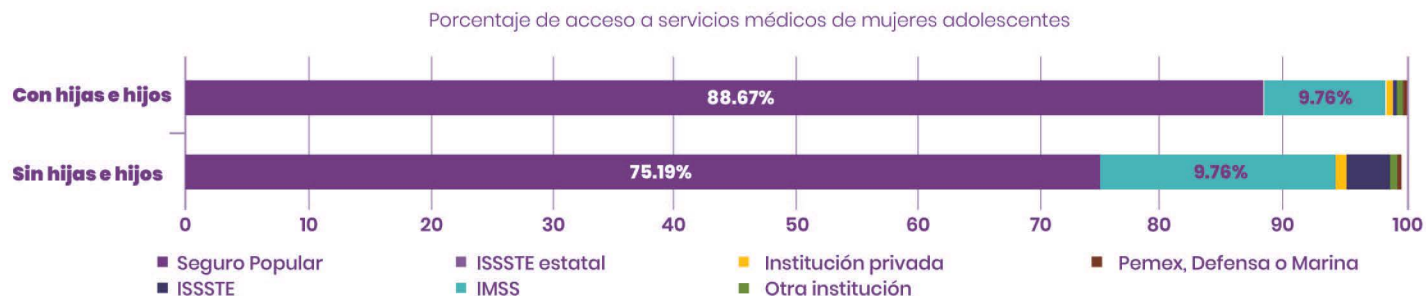
Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Intercensal del INEGI, 2015. Para más información, consultar: <http://ilsb.org.mx/embarazoenadolescentes>

Resultados de la investigación

puede obedecer a que las madres adolescentes no suelen tener trabajos remunerados formales,¹⁰ 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 18.94% de adolescentes afiliadas sin hijas e hijos a 9.76% con hijas e hijos. El ISSSTE lo reporta de 3.61 a 0.43 por ciento.
- En contraste, aumenta significativamente la afiliación al Seguro Popular cuando las mujeres adolescentes se convierten en madres: de 75.19% sin hijas e hijos a 88.67% cuando son madres.

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



¹⁰ De acuerdo con la OIT, en México 64% de los jóvenes que trabajan no tiene acceso a la seguridad social. Perspectivas sociales y de empleo formal en el mundo, disponible en: https://www.ilo.org/global/research/global-reports/weso/2018/WCMS_615674/lang-es/index.htm

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

3

Hallazgos

Las investigadoras de REDefine Guanajuato¹¹ son parte de la segunda generación de investigadores que hicieron monitoreo en las clínicas de salud del estado, por lo que profundizaron en dos ejes de análisis: abasto de anticonceptivos y atención a la violencia sexual a partir del conocimiento y aplicación de la NOM-046. Su investigación de campo fue realizada de marzo a octubre de 2018 en la Unidad Médica de Atención Primaria a la Salud (UMAPS) La Libertad, clínica situada en una zona urbana, y en la UMAPS La Sandía, situada en una zona rural. Ambas unidades se ubican en el municipio de León.

¹¹ Brenda Fayrut Flores Cuellar y María Mayela del Sagrado Corazón de Jesús Torres Martínez

Resultados de la investigación

En general, constatamos que existe información sobre el abasto de métodos anticonceptivos, pero que falta diversidad y consejería adecuada para el trato con la población joven del estado. Al igual que con la generación anterior de investigadoras,¹² constatamos que sigue la disponibilidad de métodos anticonceptivos por abasto suficiente, pero se mantienen las restricciones respecto de la forma en que se otorgan a los jóvenes. Por otro lado, constatamos un grado de avance en el objetivo de lograr una atención mínima adecuada para casos de violencia sexual, pero ésta resulta insuficiente todavía, puesto que el personal de salud aún confunde sus ámbitos de competencia respecto a los de procuración de justicia y atiende con información no científica ni actualizada sobre esta materia. Igualmente, verificamos que no hay presupuesto para la compra de insumos para la atención a la violencia sexual, lo que resulta preocupante.

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

En el ejercicio de evaluación ciudadana de los servicios de salud, verificamos el abasto, acceso y promoción de métodos anticonceptivos en Guanajuato. Para ello, solicitamos vía acceso a la información datos sobre el abasto y la distribución de medicamentos y, en campo, verificamos que existieran en la clínica. También verificamos que la promoción de métodos mediante la consejería en planificación familiar fuera adecuada y con apego a la NOM-005-SSA2-1993, "De los servicios de planificación familiar".

El estado de Guanajuato cuenta con un abasto amplio y variado de métodos anticonceptivos. Su adquisición se da por medio de compras consolidadas, lo que según los datos consultados permite hacer mayores adquisiciones de forma más accesible para los centros de salud. La excepción a este paso es la pastilla de an-

¹² Los hallazgos de la primera generación pueden encontrarse en: <https://iisb.org.mx/embarazoadolescentes/narrativa/guanajuato>

Resultados de la investigación

ticoncepción de emergencia (PAE), la cual es adquirida por la Dirección General de Servicios de Salud. Su forma de llegada a las unidades de salud es por vía de esta dirección y de otros programas, lo que impide un control presupuestal y de disponibilidad de la PAE en el estado.¹³

En general, la distribución de métodos anticonceptivos en las unidades de salud en el estado es constante por jurisdicción, sin embargo, la periodicidad no queda clara, pues se da en los meses de febrero, abril, junio, julio, septiembre, octubre y diciembre.¹⁴ Es decir, no se especifican las razones por las cuales las jurisdicciones obtienen las cantidades que reciben y las fechas en que las reciben. En el análisis realizado se pudo deducir que la distribución puede depender de las fechas de firma de los Acuerdos de Fortalecimiento de las Acciones de Salud en los Estados (AFASPE) o bien del abasto en clínicas y la forma en que las jurisdicciones solicitan el reparto de medicamentos. En la tabla 1 se aprecian los métodos anticonceptivos distribuidos en 2017 por jurisdicción sanitaria, por parte de los Servicios de Salud del Estado de Guanajuato. En el trabajo de campo se ha constatado, tanto en el ejercicio de usuarias simuladas como en las entrevistas, dicha disponibilidad de métodos, ya que, a decir del personal de salud, no había ocurrido que usuarias o usuarios solicitaran métodos anticonceptivos no existentes en los servicios.

El estado de Guanajuato cuenta con un abasto amplio y variado de métodos anticonceptivos, excepto por el condón femenino y la PAE.

¹³ Folio de solicitud de acceso a la información (SAI) 587818.

¹⁴ Respuestas a las SAI, con folios 498618 y 499018.

Resultados de la investigación

Tabla 1. Distribución de métodos anticonceptivos por jurisdicción sanitaria en 2017, Guanajuato

Distribución	Orales			Inyectables			Condón		Dispositivos			Implantes subdérmicos (clave 3510)	Anticoncepción de emergencia	Parche anticonceptivo (clave 3511)
	Clave 3507	Clave 3508	Clave 4526	Mensual (clave 3509)	Mensual (clave 3515)	Bimestral (clave 3503)	Masculino (clave 0177)	Femenino (clave 0227)	TCU 308 A (clave 0029)	Nulípara (1093)	Medicado (2208)			
Jurisdicción I. Guanajuato	10132	230	111	4494	1000	16078	74341	180	900	50	817	6100	51	4999
Jurisdicción II. Allende	6283	400	294	2810	140	15260	0	0	618	10	465	4395	377	2403
Jurisdicción III. Celaya	10059	550	400	6000	3000	13516	117615	70	500	80	3210	6220	685	9360
Jurisdicción IV. Acámbaro	7616	250	150	4400	200	9300	123300	1109	500	0	700	1800	200	3800
Jurisdicción V. Salamanca	18414	200	500	11000	0	13500	100885	0	4450	100	900	1630	200	6200
Jurisdicción VI. Irapuato	15897	1575	1030	15200	2145	20850	186960	1350	2575	120	1550	3980	490	6275
Jurisdicción VII. León	8668	800	100	5712	850	7900	26350	2300	8500	100	2350	6500	400	4940
Jurisdicción VIII. San Francisco	8896	150	100	8000	200	18800	3552	500	850	10	1800	3900	260	4948

Fuente: elaboración propia con base en respuesta a solicitud con folios 32093 y 32097.

Resultados de la investigación

En la tabla anterior se puede ver que hay poca disponibilidad del condón femenino y de la PAE. En el ejercicio de usuaria simulada se verificó que no se dio el condón femenino, ya que es de difícil acceso. Y, por otro lado, no es claro si hay acceso a la PAE en el estado. En materia de salud sexual y reproductiva de adolescentes, vemos poca disponibilidad de DIU para nulípara. Es decir, existe, pero no sería suficiente para el acceso a mujeres jóvenes.

Una cuestión importante encontrada en el ejercicio en campo fue que, a pesar de que el condón masculino es el método anticonceptivo de más fácil acceso para jóvenes y adolescentes, los métodos más solicitados por la población joven son el dispositivo intrauterino (DIU) y las inyecciones hormonales, según lo reportado por el personal de salud. Vale decir que no son suficientes los DIU distribuidos a las clínicas de atención para atender a las mujeres jóvenes, pero también que es importante que exista una consejería adecuada para la utilización de estos métodos y la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS).

En las entrevistas aplicadas y el ejercicio de usuario simulado, no siempre quedaba claro para el personal de salud que la consejería en planificación familiar debe tener lenguaje amigable y prevenir no sólo embarazos sino la transmisión de ITS. Otro aspecto que llama la atención es la gran necesidad de un enfoque de corresponsabilidad masculina, pues el personal de salud también reporta que el énfasis del cuidado en el ejercicio de la sexualidad y la reproducción está claramente establecido en las mujeres, sobre todo en las jóvenes.

El contraste entre entrevistas, ejercicios de observación y de usuarias simuladas mostró que, a pesar de contar con un abasto suficiente y preocupación por parte del personal de salud para dar consejería adecuada para la elección de métodos anticonceptivos, éste carece de competencias técnicas para el trato con la población joven. Por ello resulta interesante pensar en guías para la consejería a población joven en la aplicación de la NOM-005.



Usaria de clínica rural con condones masculinos proporcionados en la UMAPS.

Resultados de la investigación

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

La atención a casos de violencia sexual pasa en primera instancia por contar con un personal capacitado que conozca los protocolos mínimos de atención, que en el país es la NOM-046. Nuestra investigación giró en torno a la capacitación del personal sobre la norma, la provisión de insumos a las clínicas de salud para que las víctimas de violencia sexual reciban atención postexposición y la propia atención a las víctimas en la clínica.

Respecto de los datos de violencia sexual en Guanajuato, observamos que la violencia sexual es preocupante, ya que pone en riesgo la vida y la integridad de las mujeres y cuenta con un alto índice de no denuncia. En 2015 fueron denunciados 724 casos de violencia sexual, según cifras del Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública. Sin embargo, la Encuesta Nacional de Victimización (ENVIPE) reportó 2,293 casos, lo cual implica un índice de no denuncia de 68.42%. Para 2016, bajó el número de casos denunciados a 450 y la ENVIPE eleva el número de casos probables a 6846 casos. Esto significa que aproximadamente 93.42% de los casos que ocurrieron no fueron denunciados. Es decir, hay aún mucho camino que recorrer para mejorar los indicadores de denuncia, atención y registro de la violencia sexual.

Tabla 2. Cifras de violencia sexual en Guanajuato

	Casos denunciados ¹⁵	ENVIPE ¹⁶	Cifra negra ¹⁷
2015	724	2293	68.42 %
2016	450	6846	93.42 %

Fuente: elaboración propia con base en datos del Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública y la Encuesta Nacional de Victimización y Percepción de la Seguridad Pública. Cabe recordar que la ENVIPE es una encuesta probabilística, por lo que puede tener errores de estimación.

¹⁵ 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).

¹⁶ Cifras obtenidas de la Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública (ENVIPE) del INEGI. Para Guanajuato no hubo Envipe en 2017 ni 2018.

¹⁷ Se refiere al porcentaje de delitos no denunciados.

Resultados de la investigación

En las unidades de atención en salud se deben registrar los casos de violencia sexual o familiar, según la NOM-046. Sin embargo, en Guanajuato, de acuerdo con la tabla 3, se registra el número de atenciones otorgadas, ya sea en casos de violencia sexual o familiar. Estos datos no nos dicen con precisión el número de mujeres violentadas ni el tipo de violencia a la que fueron sujetas, por lo que destacamos la necesidad de hacer un registro puntual para dar seguimiento a los casos.

Tabla 3. Registro de atención en caso de violencia familiar o sexual, 2016–2018

Indicador	2016	2017	2018*
Número de registros de atención en caso de violencia familiar o sexual	68 979 atenciones otorgadas por las áreas de medicina, psicología, enfermería o trabajo social	77 547 atenciones otorgadas por las áreas de medicina, psicología, enfermería o trabajo social	5 845 atenciones otorgadas por las áreas de medicina, psicología, enfermería o trabajo social

Fuente: solicitud de acceso a la información, folio 499818.

* Fuente: IGA (Informe general de avances), enero-diciembre 2017 y 2018 (1 al 28 de enero).

La investigación anterior realizada en el estado mostró importantes carencias en el personal de salud en cuanto a conocimientos mínimos en la materia, por lo que el hecho de encontrar esfuerzos por capacitar al personal en 2017 y 2018 (según lo reportado vía acceso a la información) es importante aunque insuficiente, pues en ambos años sólo se capacitó a 367 personas en todo el estado,¹⁸ de un total de 139 233 médicos generales y especialistas, así como 251 425 enfermeras en contacto con el/la paciente.¹⁹ Según lo reportado, el presupuesto ejercido para las

¹⁸ Respuesta a las SAJ, con folio 587618.

¹⁹ "Recursos en salud 2017, Nivel Central", disponible en: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/recursos-en-salud-nivel-central/resource/1ed6a15c-9bcf-40c5-a2a9-da9704f16cdb>

Resultados de la investigación

capacitaciones fue de 216127.90 pesos, lo que querría decir que en promedio cada capacitación tuvo un costo de 21612.79 pesos para un curso de 16 horas.²⁰

A pesar de que la capacitación es importante, aún se muestran rezagos importantes respecto de un estándar mínimo de calidad en la atención, así como de un enfoque de derechos en la atención de casos de violencia sexual. El personal de ambas unidades de salud manifestó estar capacitado para atender casos de violencia sexual e incluso externó que ya lo han hecho. Un avance respecto de lo encontrado en el ejercicio anterior en el estado de Guanajuato es el hecho de que el personal de salud, en su mayoría, tiene claro que para efectos de salud las acciones inmediatas, además de comprobar el estado de salud de una persona que fue víctima de violencia sexual, son la prevención del contagio de infecciones de transmisión sexual o la interrupción del embarazo, garantizando condiciones para ello. Sin embargo, a pesar de que en varias ocasiones el personal manifestó saber que la denuncia era importante pero no necesaria, dicha atención se sigue canalizando al ministerio público, donde la dejan al arbitrio del servicio de médicos legistas, lo que representa un obstáculo importante para que las víctimas tengan acceso a atención mínima necesaria.

En cuanto a la existencia de insumos para la atención de la violencia sexual, es importante mencionar que éstos llegan a las unidades de salud gracias al Convenio Específico en Materia de Ministración de Subsidios para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública de las Entidades Federativas, por parte del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.²¹ En dicho convenio se asignan 1582 kits al estado entre 2015 y 2017; para 2017 se enviaron sólo 574.²² Esto muestra que los kits disponibles son insuficientes para cubrir los casos posibles según la ENVIPE, tan sólo para el año 2017.

²⁰ Respuesta a las SAI, con folio 588518.

²¹ Respuesta a las SAI, con folio 587918.

²² <https://siaffaspe.gob.mx/app/ConveniosAfaspe/Convenios>

Resultados de la investigación

Si los kits de profilaxis enviados al estado son insuficientes, esto se agrava con que en el ámbito estatal no se identifican recursos específicos dentro del presupuesto para la compra de kits de profilaxis de emergencia para víctimas de violencia sexual, por lo tanto, no se cuenta con una partida específica para dicho insumo. Es importante mencionar que el no contar con presupuesto específico para la compra de kits de profilaxis entorpece los procedimientos para la atención.

Otra cuestión que resulta importante es que resulta difícil tener acceso al servicio de interrupción del embarazo producto de una violación en el estado de Guanajuato. En primera instancia, se desconoce el número de personal objetor de conciencia dentro de las unidades de salud, lo que impide saber si en todas ellas se cumple con la obligación que marca la NOM-046 de siempre contar con personal que no sea objetor.²³ En segundo lugar, en el año 2017 sólo se hicieron cinco solicitudes de interrupción voluntaria del embarazo (IVE), lo que, contrastado con el número de casos de violencia sexual, resulta ínfimo aun cuando no todos los casos se traducen en embarazos. Entre enero y febrero de 2018 no se reportaron solicitudes.²⁴

Tabla 2. Casos de IVE reportados en Guanajuato, 2017

Casos (IVE)	Municipio	Edad (años)
5	León	11
	León	31
	Celaya	22
	León	20
	San Luis de la Paz	19

Fuentes: solicitudes de acceso a la información. Folios 587718, 588618 y 500418.

²³ Respuesta a las SAI, con folio 500018.

²⁴ Respuestas a las SAI, con folios 587718, 588618 y 500418.

Resultados de la investigación

Una razón que puede explicar lo anterior es que el personal de salud aún carece de la información científica necesaria para atender adecuadamente los casos de violencia sexual, pues, en entrevista, parte del personal de salud señaló que en su formación supo que el aborto “se hace por legrado y que puede traer riesgos”, lo cual es cierto sólo en una pequeña proporción de casos, ya que existen diversos métodos ya recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En resumen, la atención a la violencia sexual en Guanajuato aún debe mejorarse. Hay que incrementar el número de capacitaciones, sobre todo para que el personal de salud no atienda los casos de violencia sexual sujeto a sus opiniones, sino con base en evidencia científica, particularmente en lo relativo a la interrupción legal del embarazo. Más aún, se requiere implementar rutas de acción que eliminen prejuicios en la atención a las víctimas de violencia sexual en concordancia con la NOM-046.



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

El enfoque de los servicios de salud (DAAC/AAAQ),²⁵ por sus siglas: Disponibilidad / Availability,²⁶ Accesibilidad / Accessibility,²⁷ Aceptabilidad / Adaptability²⁸ y Calidad / Quality,²⁹ 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.”

²⁵ (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.

²⁶ 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.

²⁷ Son las facilidades físicas, económicas (costos razonables) y de información, para que ninguna sea discriminatoria por razón de género, edad o condición étnica.

²⁸ Sucede cuando los servicios, las instalaciones y el trato son culturalmente apropiados, incluyendo razones étnicas, de edad y de género.

²⁹ Se refiere a que los servicios sean científica y médicamente apropiados, y estén dentro de un marco de derechos al cumplir con los estándares nacionales e internacionales en la materia.

Resultados de la investigación

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

Eje de investigación	Disponibilidad	Accesibilidad	Aceptabilidad	Calidad
<p>Abasto, el acceso y la promoción de métodos anticonceptivos para adolescentes y mujeres indígenas</p>	<p>Existe poca disponibilidad de la PAE y del condón femenino.</p>	<p>El acceso a métodos anticonceptivos para jóvenes debería tener perspectiva de juventudes, un lenguaje amigable y prevenir no sólo embarazos, sino también ITS. Esto no siempre estuvo claro en los ejercicios.</p>	<p>Los servicios de consejería en planificación familiar no son adecuados al género, no cuentan con perspectiva de juventudes ni tampoco son culturalmente apropiados. Hace falta promover un enfoque de corresponsabilidad masculina.</p>	<p>La provisión de métodos anticonceptivos debe sustentarse en la NOM-005, la NOM-010 y la NOM-047 para que sea de calidad. En campo observamos que el personal de salud requiere mayores competencias técnicas y conocimiento de los estándares nacionales y el marco normativo para dar cumplimiento a dichas normativas.</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 y la implementación de la NOM 046–SSA2–2005, “Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención”</p>	<p>Aún existen trabas en la disponibilidad de servicios de atención médica para víctimas de violencia sexual. Particularmente, hacen falta insumos para la atención de emergencia, como la PAE y el kit de profilaxis posexposición así como un registro de las víctimas de violencia sexual.</p>	<p>Aún existen retos en la atención oportuna y eficiente de la violencia sexual: se sigue solicitando una denuncia o la referencia a ministerio público para dar la atención a las víctimas de violencia sexual, lo cual dificulta el acceso a una atención adecuada. El personal de salud sigue repitiendo formas revictimizantes e inadecuadas para atender de manera oportuna y eficaz estos hechos.</p>	<p>Los servicios están poco adaptados y la atención no es adecuada según la NOM-046. Por ejemplo, no se cuenta con datos de registro y seguimiento a víctimas.</p>	<p>El personal de salud no cuenta con la capacitación necesaria y en concordancia con la normativa correspondiente (NOM-046, Ley General de Víctimas y Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia) para proporcionar una atención de calidad, por lo que no se garantizan los derechos de las víctimas.</p>



Conclusiones generales

Resultados de la investigación

Guanajuato está en vías de lograr ser una entidad que garantice los derechos sexuales y reproductivos, particularmente en relación con el cumplimiento de la ENAPEA. Se observan esfuerzos institucionales para mejorar la calidad de la atención médica, pero resultan insuficientes para atender las problemáticas de mujeres jóvenes y niñas en dicho estado, particularmente en materia de provisión de una gama variada de métodos anticonceptivos para jóvenes y en atención a la violencia sexual.

Si bien, a diferencia de la investigación realizada anteriormente, el estado cuenta con mayor control presupuestal y disponibilidad de insumos, así como con mayor capacidad técnica en el personal médico (con un mayor conocimiento de la normatividad en general), esto no se traduce en atención efectiva que redunde en la reducción del embarazo en adolescentes. La capacitación en la NOM-046 es insuficiente, ya que, además de que se invierte menos en ella, no logra incidir en las inercias institucionales anteriores, que pasaban por revictimización y envío al ministerio público a víctimas de violencia. Sumado a ello, no hay insumos suficientes para la atención a las víctimas de violencia, ni registro y seguimiento de casos o referencia a la interrupción legal del embarazo.

6

Recomendaciones

Resultados de la investigación

- ▶ Asegurar el abastecimiento y acceso de métodos anticonceptivos a adolescentes y mujeres indígenas.
 - Asegurar el acceso efectivo a una gama completa de métodos anticonceptivos, incluidos los reversibles de acción prolongada para garantizar una elección libre, informada y con corresponsabilidad del varón en el ejercicio de la sexualidad, como lo señala la ENAPEA.
 - Generar rutas de acción y directrices para la impartición de la consejería a adolescentes y la provisión de métodos anticonceptivos.
 - Garantizar que la consejería en planificación familiar se apegue a la NOM-047 y que sea científica, laica y sin prejuicios, y que tenga perspectiva de género, de juventudes y sea culturalmente apropiada.

- ▶ Priorizar la atención a la salud en casos de violencia sexual, en concordancia con la NOM-046-SSA2-2005, "Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención"; la NOM-010-SSA2-2010, "Para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana", y la Ley General de Víctimas:
 - Capacitar al personal de salud del primer nivel de atención de manera continua y adecuada al marco conceptual de género, violencia familiar y sexual, violencia contra las mujeres, derechos sexuales y reproductivos.
 - Mantener una dotación presupuestaria en el tiempo e incluir la compra de PAE como una de las prioridades del estado de Guanajuato. Con ello, asegurar la dotación presupuestaria suficiente para contar con insumos para prevenir ITS y embarazos no deseados en víctimas de violencia sexual.
 - Atender la violencia sexual como emergencia médica y ofrecer servicios de interrupción voluntaria del embarazo cuando es producto de una violación.
 - Garantizar que las víctimas sean atendidas sin mediar denuncia ante el ministerio público

Resultados de la investigación

- Establecer rutas dentro del Sector Salud para mejorar el proceso de generación de información y registro de personas involucradas en situaciones de violencia familiar o sexual.
- Garantizar que se cumpla con la obligación establecida en la NOM-046 de que los sectores público y privado otorguen atención médica, provean los mecanismos internos necesarios y cuenten con un manual de procedimientos apropiado para establecer y aplicar una ruta crítica de atención a personas involucradas en situaciones de violencia familiar o sexual.



Referencias

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",

Resultados de la investigación

para quedar como NOM-046-SSA2-2005. "Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención".

Normas y reglamentos

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

Ley General de Víctimas

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

Norma oficial mexicana, NOM 005-SSA2-1993, "De los servicios de planificación familiar"

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

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

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

Solicitudes de acceso a la información

Servicios de Salud Pública de Guanajuato. Folios 0321500043118,0321500095918, 0321500042818, 0321500108218, 0321500108318, 0321500108418, 0321500108518, 0321500108618, 0321500108718, 0321500108818, 0321500108918, 03215000956118, 0321500095118, 0321500040818, 0321500095218, 0108000204518, 0321500095418, 0321500095318, 0321500095118, 0321500095818, 0108000092118, 0108000092018, 0108000223618, 0108000092518, 01080000206118, 0108000092418.

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

Instituto Nacional de Lenguas Indígenas. Folio 1131100006818.

