

LO PÚBLICO ES NUESTRO

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

MICHOACÁN



INSTITUTO DE LIDERAZGO SIMONE DE BEAUVOIR

ISPC

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

REDefine

Sofía Alessio-Robles
Mariana Mancilla
Pascale Brennan
Cristina Santana

REDefine Michoacán

Diovana Rodríguez Corona
Kevin Omar Guerrero Ramírez

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, Cuahtémoc, 06700
Ciudad de México

www.ilsb.org.mx/embarazoadolescentes

LO PÚBLICO ES NUESTRO

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

MICHOACÁN

ÍNDICE

06

Presentación

11

Situación del
embarazo en
adolescentes
en Michoacán

17

Hallazgos

27

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

32

Conclusiones
generales

35

Recomenda-
ciones

39

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), el compromiso para 2030 es reducir en 50% la tasa específica de fecundidad en adolescentes (entre 15 y 19 años) y erradicar el embarazo en niñas de entre 10 y 14 años.

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

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

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 mujeres indígenas, y participan investigadores e investigadoras 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

Situación de los embarazos en adolescentes en Michoacán

Michoacán tiene 4.5 millones de habitantes, de los cuales 865 749 tienen entre 10 y 19 años, es decir, 19.23%. Según la Encuesta Intercensal 2015, del total de mujeres entre 10 y 18 años del estado, 8.29% eran madres.

Las repercusiones del embarazo en la adolescencia, pueden tener implicaciones en su plan de vida.

Resultados de la investigación

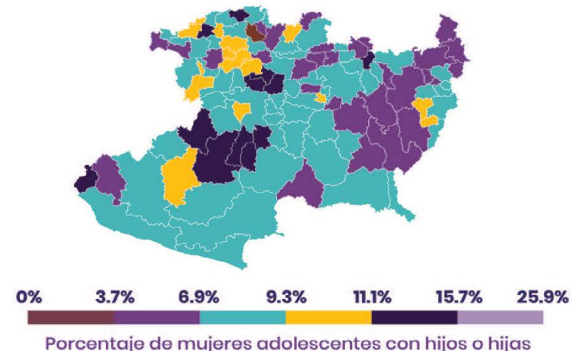
Del total de la población de Michoacán, 3.5% son personas mayores de tres años hablantes de alguna lengua indígena (alrededor de 153 000 personas). Sin embargo, 27.69% de la población se autoadscribe como indígena y 2% se considera indígena en parte.⁵ La principal lengua indígena que se habla en Michoacán es el tarasco, que habla más de 81.91% de la población mayor de tres años que habla alguna lengua indígena. Además, Michoacán es un estado receptor de personas migrantes, muchas de las cuales son indígenas. Ya que el estado cuenta con servicios de salud de tercer nivel de atención, atiende de manera particular a personas migrantes.

El 8.29% de las mujeres adolescentes entre 10 y 18 años en Michoacán eran madres. Los municipios de Coahuayana (12.20%), Apatzingán (11.36%), Pajacuarán (11.26%), Nahuatzen (11.20%), Álvaro Obregón (11.19%) y Paracho (10.04%) reportaron un mayor porcentaje de madres adolescentes (inegi, Encuesta Intercensal 2015). Dichos niveles de prevalencia, tanto a escala estatal como municipal, se encuentran por arriba de la media nacional (7.36%), lo cual es preocupante.

Gráfica 1. Prevalencia del embarazo adolescente en Michoacán



Estado: Michoacán 8.29%





Resultados de la investigación

Las repercusiones del embarazo en adolescentes pueden afectar directamente su plan de vida:

- A escala nacional, el embarazo en la adolescencia es la sexta causa de abandono escolar entre jóvenes, aunque en mujeres es la segunda causa de deserción.⁶ En Michoacán, la tasa de abandono total para mujeres en educación media superior es de 12.7% (Indicadores de Acceso y Trayectoria Escolar del INEE),⁷ arriba de la media nacional para mujeres de 13.3 por ciento.

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

- Mientras que 66.08% de las mujeres sin hijas e hijos estudia solo el 3.86% de las que son madres lo hace; en tanto que sólo 17.77% de las mujeres sin hijas e hijos se dedica a quehaceres del hogar, 77.44% de las mujeres que son madres lo hace. El cambio más drástico en la vida de las adolescentes es el cambiar el estudio por las labores domésticas y de cuidado.
- Las mujeres aceleran su ingreso al mercado de trabajo como menores de edad: mientras que 9.14% de las mujeres adolescentes sin hijas e hijos son económicamente activas, cuando ellas son madres, esta cifra asciende a 12.85 por ciento.

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

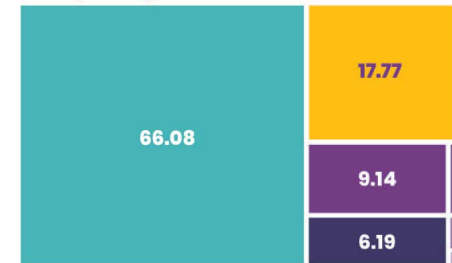
⁶ Razones manifiestas de la deserción escolar según la Encuesta Nacional de Deserción de la Educación Media Superior, datos para el ciclo escolar 2011. Disponible en: http://www.sems.gob.mx/work/models/sems/Resource/10787/1/images/Anexo_6Reporte_de_la_ENDEMS.pdf.

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

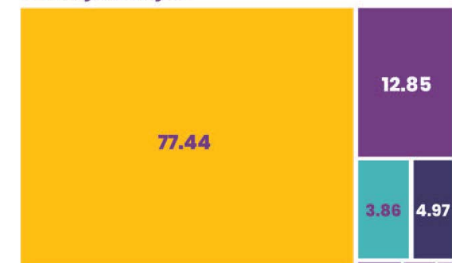
Gráfica 2. Actividades principales de mujeres adolescentes

- Estudiante
- Económicamente activa
- Quehaceres del hogar
- Otro tipo de actividad económica

Sin hijas e hijos



Con hijas e hijos



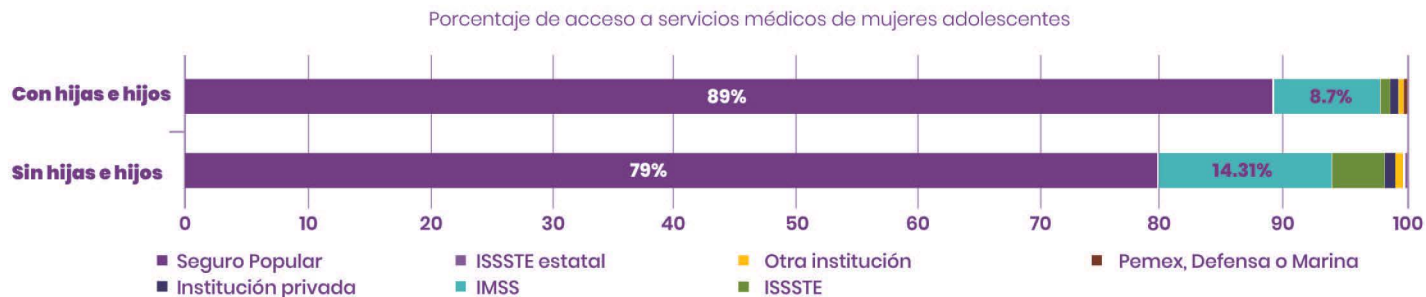
Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Intercensal del Inegi, 2015. Para más información, consultar: <http://ilsb.org.mx/embarazoenadolescentes>.

Resultados de la investigación

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

- El IMSS reporta un descenso de 14.31% de adolescentes sin hijas e hijos a 8.7% con hijas e hijos. El ISSSTE lo reporta de 4.2 a 0.9 por ciento.
- En contraste, aumenta significativamente la afiliación al Seguro Popular cuando las mujeres adolescentes se convierten en madres: de 79% sin hijas e hijos a 89% cuando son madres.

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



⁸De 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>

Resultados de la investigación

En materia de violencia sexual en el estado, observamos que éste es un fenómeno preocupante, ya que pone en riesgo la vida y la integridad de las mujeres, y cuenta con un alto índice de no denuncia.

En el estado se abrieron 128 carpetas de investigación sobre casos denunciados en el año 2016, de acuerdo con cifras del Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública. Sin embargo, la Encuesta Nacional de Victimización (envipe) reportó 6 030 casos, lo cual implica un índice de no denuncia de 97.87 por ciento.

Para 2017 aumentó el número de casos denunciados o carpetas de investigación a 340 y la Envipe redujo el número de casos probables a 1,232, lo que implica que aproximadamente 72.4% de los casos que ocurrieron no se denunció.

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

Tabla 1. Cifras de violencia sexual en Michoacán

	Casos denunciados ⁹	Casos según la Envipe ¹⁰	Cifra negra ¹¹
2016	128	6 030	97.87%
2017	340	1 232	72.4%

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

⁹ 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).

¹⁰ Cifras obtenidas de la Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública (Envipe) del Inegi. Para Michoacán no hubo Envipe en 2018.

¹¹ Se refiere al porcentaje de delitos no denunciados.

3

Hallazgos

Las y los investigadores de REDefine Michoacán¹² trabajaron sobre los cuatro ejes de análisis del proyecto: abasto de métodos anticonceptivos, corresponsabilidad masculina, interculturalidad y conocimiento de la NOM-046. Su investigación de campo fue realizada de marzo a octubre de 2018 en el IMSS Prospera, clínica rural en el municipio de Zurumbeneo, y en la UMR 93-Irapeo, clínica rural que está en el municipio de Charo.

Resultados de la investigación

En general, faltan directrices institucionales para asegurar que los servicios de salud sexual y reproductiva (principalmente el abasto, acceso y promoción de métodos anticonceptivos) lleguen a jóvenes y mujeres indígenas con una perspectiva intercultural, etaria y de género. Por eje de análisis:

a) Abasto de métodos anticonceptivos

La evaluación ciudadana a los servicios de salud investigó el abasto en los métodos anticonceptivos en el estado. Se realizaron solicitudes de acceso a la información (SAI) y trabajo de campo para conocer el número de métodos anticonceptivos comprados por el estado y distribuidos en las clínicas, así como su disponibilidad, la consejería en planificación familiar y la generación de materiales de información para las personas usuarias de dichos métodos.

Las solicitudes de acceso a la información realizadas en el estado de Michoacán revelaron un abasto suficiente y variado de métodos anticonceptivos, aunque no necesariamente completo, ya que no se reporta la compra ni de condones femeninos¹³ ni de pastillas de anticoncepción de emergencia (PAE).¹⁴

Se reporta que las jurisdicciones sanitarias solicitan la distribución de PAE, pero no se otorgan a las mismas instituciones, sin dar razones para ello.¹⁵ En visita a las unidades de salud con el ejercicio de usuario simulado, la clínica reportó que sí existían PAE, por lo que se nota un patrón inconsistente de garantía y disponibilidad de este método.

Las respuestas a las SAI realizadas reportan que el IMSS adquirió condones y pastillas anticonceptivas, así como anticonceptivos orales e inyectables, y parches subdérmicos (estos últimos fueron adquirido por el sistema de compras consolidadas del Centro de Equidad de Género y Salud Reproductiva).¹⁶ Por su parte, en las

¹³ Secretaría de Salud de Michoacán, respuesta a SAI con número SSM-LTAIP/052/18.

¹⁴ Secretaría de Salud de Michoacán, respuesta a SAI con número SSM-LTAIP/056/18.

¹⁵ Respuesta a SAI con número 00313918.

¹⁶ Cabe precisar que, en la respuesta a la SAI con número 00354118, se coloca la compra de anticonceptivos orales, el parche subdérmico y la PAE como parte del programa Manejo Ambulatorio de Cuidados Paliativos y del Dolor.

Resultados de la investigación

visitas a las unidades de salud se reportó mediante entrevistas que se cuenta con un abasto variado de métodos anticonceptivos: condón femenino, condón masculino, pastillas anticonceptivas y dispositivo intrauterino. Sin embargo, al momento de hacer la visita a las clínicas para verificar la disponibilidad de los mismos, sólo se reportó provisión de condones masculinos.

La consejería que se da para la provisión de métodos anticonceptivos también carece de apego a cuestiones institucionales y más bien revela prejuicios del propio personal de salud, pues a pesar de que se refirió en entrevistas que el protocolo para la provisión de métodos está apegado a la a NOM-005-SSA2-1993, “De los servicios de planificación familiar”, y a los criterios médicos de elegibilidad para uso de métodos anticonceptivos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la sugerencia del personal médico es que el uso de métodos anticonceptivos por parte de jóvenes sea a partir de los 20 años.

El ejercicio de usuaria(o) simulada(o) reveló dichos prejuicios para la provisión de métodos anticonceptivos, particularmente con el dispositivo intrauterino (DIU), pues se refirió que para su colocación era necesaria la presentación de una prueba de embarazo, al argumentarse que “no quería matar a ningún bebé”. El usuario también reportó un trato infantilizado y burlesco en la consulta.

Los prejuicios de las personas prestadoras del servicio de salud referentes a métodos anticonceptivos pueden estar relacionados con la poca capacitación que tuvieron. De acuerdo con la propia Secretaría de Salud, sólo se impartió una sensibilización en la Jurisdicción Sanitaria de Uruapan, donde se trataron temas referentes a generalidades y principios de la consejería en planificación familiar, riesgo reproductivo, anticoncepción posevento obstétrico y criterios médicos de elegibilidad. Al mismo asistieron 62 personas: 21 hombres y 41 mujeres.¹⁷

Se revela un abasto suficiente de métodos anticonceptivos, sin embargo, aún existen prejuicios en la consejería de planificación familiar.

¹⁷ Respuesta a la SAI, con folio 00314318.

Resultados de la investigación

La Secretaría de Salud de Michoacán reportó vía acceso a la información la existencia de campañas de planificación familiar, pero no especifica que haya material, mismo que tampoco se encontró en campo.

A partir de la información recabada en campo se constató que el personal de salud no orienta a las y los jóvenes que van a solicitar asesoría de manera adecuada, debido a que, si bien tiene conocimiento sobre los métodos más recomendables, no ofrece una perspectiva contextualizada que se base en las necesidades de las y los usuarios.

Se percibe que los prestadores de servicios de salud tienen prejuicios hacia la juventud, al no considerar que las y los jóvenes sean competentes para ejercer su sexualidad y decidir sobre sus vidas de forma libre y responsable.

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

La evaluación de los servicios de salud en cuanto a perspectiva intercultural se basó en observar si en los centros de salud existía personal hablante de lengua indígena, intérpretes o traductores, así como material escrito o audiovisual en alguna lengua indígena. Aunado a ello, se verificó que la atención fuera culturalmente pertinente.

Se reconoce, en general, que el sistema de salud ha realizado esfuerzos para integrar la perspectiva intercultural en algunas unidades de salud, que incluso están certificadas en este sentido. Sin embargo, en el contraste en campo se aprecia que la inversión realizada no es suficiente.

En las solicitudes de acceso a la información, la Secretaría de Salud de Michoacán (SSM) refirió que no existía contratación de personal hablante de alguna lengua indígena¹⁸ ni para la traducción. A pesar de ello, se mencionó que el Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (INALI) capacitó y certificó a 15 personas, entre médicos y enfermeras, como Promotores Hablantes de Lengua Indígena (PHLI), quienes hacen sus actividades diarias en lengua purépecha.

¹⁸ Respuesta a la SAI con folio 00314618.

Resultados de la investigación

Ello corresponde sólo a tres jurisdicciones (Zamora, Pátzcuaro y Uruapan), que incluyen nueve municipios en los que existe personal hablante de purépecha para la atención a la salud.¹⁹ Es decir, en 8% de los municipios del estado hay dicha atención.

De las unidades de salud visitadas, la que se encuentra en el municipio de Charo (UMR 93) cuenta con una certificación en interculturalidad según los Lineamientos Interculturales para la Operación de los Servicios de Salud (SSA, 2013). Por esta razón se realizó un ejercicio de usuaria simulada en dicha clínica. Al solicitarse la atención médica, el personal de salud nunca indagó sobre la pertenencia de la usuaria a alguna comunidad indígena ni tomó en consideración sus prácticas culturales al ofrecer la consejería sobre métodos anticonceptivos.

En esa misma línea, cuando se realizaron las entrevistas al personal de salud, a éste no le pareció relevante la pertenencia o adscripción étnica de las y los pacientes que acuden a la misma, y tampoco refirió que existiera personal contratado o disponible para fungir como traductor o intérprete.

Respecto a la existencia de materiales de difusión sobre planificación familiar en lengua indígena, la SSM informó que no se produjo en 2017 ningún material de este tipo.²⁰ En las visitas se pudo constatar la inexistencia de materiales audiovisuales e impresos que promuevan la interculturalidad en salud (pertinencia cultural, referencia a infraestructura intercultural, derechos de las personas indígenas en el acceso a la salud, etc). Tampoco se encontraron materiales sobre salud sexual y reproductiva traducidos a alguna de las lenguas habladas en el estado.

Cabe mencionar que, según la SSM, el personal de servicios de salud sí recibió una capacitación en interculturalidad en salud, con duración de ocho horas. Se capacitó a un total de 588 personas prestadoras de servicios de salud en hospitales, de las cuales 255 fueron mujeres.²¹ Estos esfuerzos son insuficientes respecto de las necesidades de Michoacán, tanto por el número de prestadores que recibieron la

La SSA informó que en 2017 no se generaron materiales audiovisuales o impresos sobre salud sexual y reproductiva traducidos a alguna de las lenguas habladas en el estado de Michoacán.

¹⁹ SAI, con folio 00314718.

²⁰ Respuesta a la SAI, con folio 00314918.

²¹ Respuesta a la SAI, con folio 00315018.

Resultados de la investigación

capacitación como por el número de horas y porque sólo se dieron en hospitales.

En las entrevistas realizadas se apreció que existe confusión entre la necesidad de reconocer la diferenciación cultural como requisito para dar una atención de calidad y el hecho de discriminar a alguien en función de su adscripción étnica: el personal de salud refiere que no se puede dar una diferenciación en el trato porque esto es discriminatorio, obviando el hecho de que el reconocimiento de las características culturales es una condición para dar una atención no discriminatoria. El mismo personal, a pesar de reportar que recibió capacitación en materia de interculturalidad en salud, no parecía tener certeza de lo que se considera que es la interculturalidad en los servicios de salud.

La interculturalidad en los servicios de salud es un eje dentro de la Enapea, pero no se ha incorporado debidamente: al no existir traductores de lenguas indígenas o procedimientos para solicitar el servicio de traducción, se concluye que no se ha trabajado para poder acercar los servicios de salud a otros contextos culturales. Además, la ausencia de capacitación en interculturalidad en clínicas que pertenecen a otras latitudes desconoce el fenómeno de la migración en el estado.

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

La información pública solicitada y los ejercicios en campo permitieron constatar que existe un reconocimiento de la responsabilidad compartida en el ejercicio de salud sexual y reproductiva entre hombres y mujeres, pero esto no se traduce en directrices prácticas en la atención, donde aún persiste una carga mayor de responsabilidad hacia las mujeres en el cuidado y la atención a la salud sexual y reproductiva.

Un contraste importante es que el personal en campo expresó en repetidas ocasiones que se cuenta con materiales de información y comunicación dedicados a la promoción de la corresponsabilidad masculina, pero dichos materiales no se encontraron en los ejercicios de observación. Ello suma a la información

Existe confusión entre la necesidad de reconocer la diferenciación cultural como requisito para dar una atención de calidad y el hecho de discriminar a alguien en función de su adscripción étnica

Resultados de la investigación

obtenida mediante solicitudes de acceso a la información, en las que se negó dotación presupuestal para producir materiales en corresponsabilidad,²² así como la existencia de campañas de comunicación que se dediquen específicamente a este tema.²³

La Secretaría de Salud de Michoacán también confirmó la inexistencia de capacitaciones en materia de corresponsabilidad masculina para la planificación familiar.²⁴ Esto es congruente con las respuestas del personal de salud en entrevista, ya que mencionó que es importante fomentar una responsabilidad compartida entre hombres y mujeres en el ejercicio de la sexualidad, pero que esto es muy difícil de hacer, debido a que existe un contexto general que “asigna siempre toda la responsabilidad a la mujer”. Dicho personal mencionó constantemente que hay un estigma y a la Iglesia como un actor muy fuerte para el fomento de las desigualdades entre hombres y mujeres.

Las preocupaciones reportadas por el personal de salud fundamentan la necesidad de promover la corresponsabilidad masculina. Sin embargo, no se traducen en directrices prácticas para la atención, tal como fue reportado en los ejercicios de usuarios simulados. A pesar de que en consulta el usuario preguntó cómo hacer mejores elecciones para el uso de métodos anticonceptivos en diálogo con la pareja sexual, el personal de salud desestimó la importancia de dichas prácticas, negando componentes importantes que en la consejería pudieran promover un enfoque de corresponsabilidad.

Mientras que en las entrevistas y los ejercicios de usuario(a) simulado(a), las y los prestadores de servicios de salud reconocen la importancia del involucramiento del hombre en la responsabilidad de la planificación familiar, esto no se traduce en esfuerzos institucionales, en la generación de comunicación mediante materiales específicos ni en directrices prácticas de consejería dentro de las consultas

Se reconoce la responsabilidad compartida en el ejercicio de la sexualidad, pero hay pocos esfuerzos institucionales para incorporar la perspectiva de corresponsabilidad en la planificación familiar.

²² Respuesta a la SAL, con folio 00315418.

²³ Respuesta a la SAL, con folio 00315618.

²⁴ Respuesta a la SAL, con folio 00315218.

Resultados de la investigación

de salud sexual y reproductiva. Lo anterior revela que la preocupación es más bien del personal de salud de la unidad y no fruto de capacitaciones específicas en la materia, las cuales solamente se reportan en temas más generales de planificación familiar.

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

Al evaluar la atención a la violencia sexual o familiar se toman en cuenta tres cosas: la calidad de los servicios, la capacitación de personal médico en la NOM-046 y la suficiencia de insumos y medicamentos para la atención de los casos de violencia sexual.

Por medio de solicitudes de acceso a la información comprobamos que no hubo compra de PAE en Michoacán,²⁵ y si bien se reconoce que la compra puede ser centralizada, no hubo información disponible sobre los patrones de distribución de medicamento. Por la misma vía, tampoco se refirió ninguna capacitación específica sobre el tema, por lo que no se conocen los esfuerzos del estado en este sentido.

En las visitas realizadas se registró que el personal de salud afirma no identificar a dónde se debe referir a las personas con signos de violencia sexual. Esto ignora los protocolos de la NOM-046, que establecen que estos casos deben atenderse como emergencia médica con la provisión de anticoncepción de emergencia (PAE) y profilaxis para la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), o bien, mediante consejería para detección y opción de interrupción del embarazo cuando el mismo sea producto de una violación.

El personal de salud también refirió que en varias ocasiones canaliza para la denuncia o refiere al sistema de justicia, ignorando sus responsabilidades en la materia.

Se observó que hace falta capacitación para un adecuado cumplimiento de los protocolos establecidos en la NOM-046.

²⁵ Respuesta a la SAI, con folio 00314118.

Resultados de la investigación

Mediante el ejercicio de usuario(a) simulado(a) se constató que el personal de salud carece de conocimientos para la atención adecuada de casos de violencia sexual. Por ejemplo, se registró que existen directrices institucionales que contienen discursos religiosos y no científicos en torno al aborto, lo que se complementa con prejuicios detectados en el personal de salud en la misma materia. Estas cuestiones ponen en riesgo a posibles víctimas de violencia sexual que lleguen a solicitar atención a dichas unidades de salud, ya que la NOM-046 especifica que los casos de embarazo producto de una violación deben ser tratados como emergencia médica y debe garantizarse la interrupción legal del embarazo.

Se puede concluir que en Michoacán hace falta capacitación sobre la NOM-046 para garantizar una adecuada atención a las víctimas de violencia sexual. Igualmente, el estado debe ampliar sus esfuerzos para otorgar una atención digna, de calidad, laica, científica y libre de prejuicios.



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

El enfoque de los servicios de salud (DAAC/AAAQ),²⁶ por sus siglas: Disponibilidad / Availability,²⁷ Accesibilidad / Accessibility,²⁸ Aceptabilidad / Adaptability²⁹ y Calidad / Quality,³⁰ 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.”

²⁶ (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.

²⁷ 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.

²⁸ Son las facilidades físicas, económicas (costos razonables) y de información, para que ninguna sea discriminatoria por razón de género, edad o condición étnica.

²⁹ Sucede cuando los servicios, las instalaciones y el trato son culturalmente apropiados, incluyendo razones étnicas, de edad y de género.

³⁰ 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>En las unidades de salud se observó existencia variada de los diversos métodos anticonceptivos, excepto del condón femenino y la PAE, sobre la cual tampoco es clara la forma en que se distribuye.</p>	<p>Los mecanismos de acceso a la atención están limitados por diversos prejuicios del personal de salud, particularmente creencias religiosas alrededor de la edad adecuada para el ejercicio de la sexualidad y la solicitud de pruebas de embarazo para la colocación de métodos como el DIU.</p>	<p>La provisión de métodos anticonceptivos no se ha adaptado a la edad o condición étnica de las y los usuarios de los servicios de salud.</p>	<p>La falta de información sobre los patrones de compra de medicamentos y su distribución, así como las razones por las cuales no existen ciertos anticonceptivos en la clínica limitan la calidad en el acceso a métodos anticonceptivos.</p>

Resultados de la investigación

Eje de investigación	Disponibilidad	Accesibilidad	Aceptabilidad	Calidad
La promoción de la corresponsabilidad entre hombres y mujeres en salud sexual y reproductiva.	En clínicas de atención médica no existe material sobre corresponsabilidad masculina. Tampoco hay información o lineamientos para la provisión de servicios de planificación familiar corresponsables.	El personal de salud entrevistado reconoció la importancia de la corresponsabilidad, pero estos esfuerzos parecen ser aislados.	Hacen falta materiales sobre corresponsabilidad, así como una mayor capacitación sobre el tema, particularmente con enfoque de juventudes.	Hace falta que el sistema de salud produzca materiales y guías para que la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva tenga una perspectiva de corresponsabilidad masculina.
Implementación de la perspectiva intercultural en salud.	Hay personal hablante de lenguas indígenas en las clínicas de atención a la salud. Sin embargo, no hay suficiencia de traductores ni de materiales en lengua indígena.	Las personas hablantes de alguna lengua indígena no siempre tienen acceso a servicios de salud, ya que no hay claridad sobre las rutas a seguir para tener acceso a servicios de traducción. Tampoco hay accesibilidad a materiales traducidos en lenguas indígenas o consejería en planificación familiar otorgada en lenguas indígenas.	A pesar de que el personal de salud reconoce la importancia de la población purépecha en la zona, este hecho no se considera relevante en términos de implementación de estrategias con pertinencia cultural o etaria para que los servicios de salud sexual y reproductiva sean accesibles para las poblaciones objetivo.	Los servicios de salud deberían demandar servicios de traducción, materiales y una estrategia clara para garantizar una atención de calidad en lengua indígena.

Resultados de la investigación

Eje de investigación	Disponibilidad	Accesibilidad	Aceptabilidad	Calidad
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".	La disponibilidad de servicios de atención a las víctimas de violencia sexual está en entredicho al no haber suficiente personal capacitado, protocolos, consejería, provisión de PAE y profilaxis para la prevención de ITS o canales de atención a las víctimas de violencia sexual.	En términos de acceso a la atención de emergencias médicas como la violencia sexual, existen barreras para que el personal médico siga los protocolos de atención: se refiere al ministerio público, persisten prejuicios y no se garantiza la interrupción legal del embarazo.	Los servicios de atención a la violencia sexual no están adaptados para atender a juventudes o mujeres indígenas.	La falta de claridad sobre un protocolo de atención a víctimas de violencia sexual y la falta de capacitación al personal de salud limitan la calidad en la atención a emergencias médicas como lo es la violencia sexual.



Conclusiones generales

Resultados de la investigación

Los Servicios de Salud de Michoacán han realizado algunos esfuerzos por garantizar una atención basada en derechos para la población del estado, sin embargo, aún no es suficiente. Dentro de los hallazgos se encontró que aparentemente hay suficiencia y diversidad de métodos anticonceptivos, pero falta incorporar la perspectiva de juventudes en la provisión de servicios de planificación familiar. Como ejemplo, no hay materiales de corresponsabilidad apropiados para dar seguimiento a esta línea de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en la Adolescencia (ENAPEA).

En materia de interculturalidad en los servicios de salud, el principal obstáculo es la ausencia de directrices institucionales para una atención con pertinencia cultural y adecuada a la edad, el género y la adscripción étnica de las y los usuarios de los servicios; es necesaria además una dotación presupuestaria suficiente para la capacitación del personal, disponibilidad de traductores certificados, flujogramas para la solicitud de estos servicios y la generación de materiales específicos en lengua indígena, de preferencia audiovisuales.

Sobre la atención a la violencia sexual, observamos que en Michoacán aún existen barreras para una atención apegada a las normas, digna y de calidad. En este sentido, la atención dada a las víctimas es obstaculizada por prejuicios del personal de salud, falta de registro y seguimiento a las víctimas, la inexistencia de insumos y medicamentos para dar tratamiento completo, y la falla al no considerar el evento como una emergencia médica, garantizando la interrupción legal del embarazo.

6

Recomendaciones

Resultados de la investigación

- **Eliminar las barreras que dificultan el acceso de todas las personas a métodos anticonceptivos, cuando así lo requieran:**
 - 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 servicios de consejería en planificación familiar visibles y accesibles para todas las personas, adaptados a la población joven y con perspectiva de género e interculturalidad, como lo requiere la NOM 047-SSA2-2015 y la Enapea.
- **Generar mecanismos que garanticen que las unidades de salud cumplan con los requisitos establecidos para contar con la perspectiva intercultural:**
 - 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.
 - Garantizar la existencia o disponibilidad de personas que funjan como traductores o intérpretes para las y los usuarios de servicios de salud. Para ello, 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.
 - Contar con dotación presupuestaria suficiente para la elaboración de materiales de información y comunicación sobre interculturalidad, tanto en español como en las lenguas más habladas en el estado (impresos y audiovisuales), tal como lo señala la Ley General de Salud .
- **Asegurar que exista la perspectiva de corresponsabilidad en los servicios de salud sexual y reproductiva de acuerdo con la NOM 047-SSA2-2015 y la Enapea:**
 - Contar con directrices para la consejería en planificación familiar en materia de corresponsabilidad masculina.
 - Contar con materiales y campañas en corresponsabilidad masculina.

Resultados de la investigación

- **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 para dar una atención apropiada, laica, científica y sin prejuicios a las víctimas de violencia sexual.
 - Capacitar al personal de salud en el primer nivel de atención de manera continua y adecuada al marco conceptual de género, violencia familiar y sexual, violencia contra las mujeres, derechos sexuales y reproductivos.
 - Dotar de insumos suficientes a las clínicas de atención médica para que puedan atender a las víctimas: pastillas de anticoncepción de emergencia y kits de profilaxis posexposición.
 - Atender la violencia sexual como emergencia médica y ofrecer servicios de interrupción legal del embarazo cuando es producto de una violación.
 - Garantizar que las víctimas sean atendidas sin mediar denuncia ante el ministerio público.
 - Ofrecer atención psicológica y humana a las víctimas de violencia sexual.
 - Generar un registro de casos de víctimas de violencia sexual, a fin de poder dar seguimiento a ellas.
 - Sensibilizar a los prestadores de servicios de salud, a fin de que su atención no revictimice y sea sensible a la situación de emergencia.



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

Resultados de la investigación

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

Normas y reglamentos

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

Ley General de Víctimas

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

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 Michoacán. Folios 0321500108218, 0321500043118, 0321500095918, 0321500042818, 0321500108318, 0321500108418, 0321500108518, 0321500108618, 0321500108718, 0321500108818, 0321500108918, 03215000956118, 0321500095118, 0321500040818, 0321500095218, 0108000204518, 0321500095418, 0321500095318 y 0321500095118

Servicios de Salud Pública de Michoacán. Folio 0321500095818

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

