



LO PÚBLICO ES NUESTRO

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

QUINTANA ROO



INSTITUTO DE LIDERAZGO SIMONE DE BEAUVOIR

Autoría:

ISPC:

Ana Joaquina Ruiz Guerra

Ángel Ruiz

Rubén López

Tania Martínez Hernández

Aída Bustos

REDefine:

Sofía Alessio-Robles

Mariana Mancilla

Pascale Brennan

Cristina Santana

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, Cuahtémoc, 06700 Ciudad
de México

www.ilsb.org.mx/embarazoadolescentes

LO PÚBLICO ES NUESTRO

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

QUINTANA ROO

ÍNDICE

06

Presentación

10

Salud y derechos sexuales y reproductivos en Quintana Roo

16

Hallazgos

23

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

27

Conclusiones
generales

30

Recomenda-
ciones

34

Referencias



Presentación

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.

Resultados de la investigación

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

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

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

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>

Resultados de la investigación

La metodología del proyecto es la siguiente:

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 sexual y derechos sexuales y reproductivos en Quintana Roo

Quintana Roo tiene 1.5 millones de habitantes, de los cuales 16.62% es población de más de tres años hablante de alguna lengua indígena (alrededor de 236 000 personas). Además, 44.44% de la población se considera indígena y 2.07% se considera indígena en parte. De la población hablante de una lengua indígena, 86.72% habla maya.⁵

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

Resultados de la investigación

Casi 11% de las mujeres adolescentes entre 10 y 18 años en Quintana Roo fueron madres. Los municipios de Isla Mujeres (12.79%), Solidaridad (12.79%), Tulum (10.29%) y Lázaro Cárdenas (10.04%) fueron aquellos donde se reportó un mayor porcentaje de madres adolescentes (Inegi, Encuesta Intercensal 2015). Dichos niveles de prevalencia, en los ámbitos estatal y municipal, se encuentran arriba de la media nacional de 7.63 por ciento.

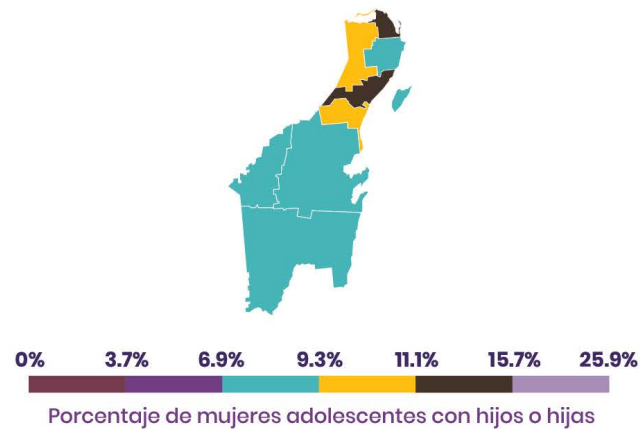
Gráfica 1. Prevalencia del embarazo en la adolescencia en Quintana Roo



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



Estado: **Quintana Roo 11%**





Resultados de la investigación

Las repercusiones del embarazo en la adolescencia repercuten 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.⁶ En Quintana Roo, la tasa de abandono total para mujeres en educación media superior es de 10.7% (Indicadores de Acceso y Trayectoria Escolar del INEE),⁷ debajo 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 76.05% de las mujeres sin hijas e hijos estudia, sólo 7.32% de quienes son madres lo hace; mientras que 10.75% de las mujeres sin hijas e hijos se dedica a quehaceres del hogar, 72.54% de las mujeres que son madres lo hacen. 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 7.80% de las mujeres adolescentes sin hijas e hijos son económicamente activas, cuando ellas son madres, esta cifra asciende a 15.51 por ciento.

El acceso a la salud se precariza para 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 puede obedecer a que las madres adolescentes no suelen tener tra-

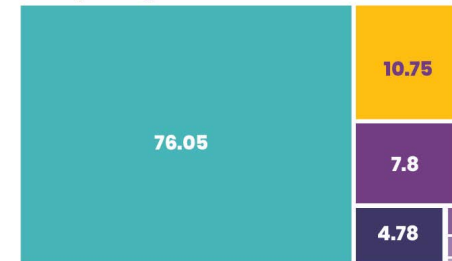
⁶ Razones manifiestas de la deserción escolar según la Encuesta Nacional de Deserción de la Educación Media Superior, datos para el ciclo escolar 2011. Disponible en: http://www.sems.gob.mx/work/models/sems/Resource/10787/h/images/Anexo_6Reporte_de_la_ENDEMS.pdf

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

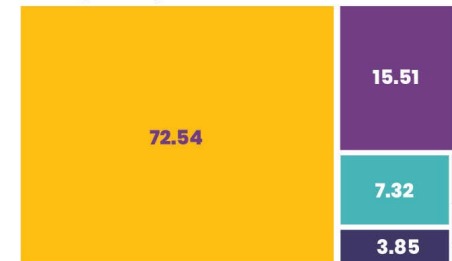
Gráfica 2. Actividades principales de mujeres adolescentes

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

Sin hijas e hijos



Con hijas e hijos



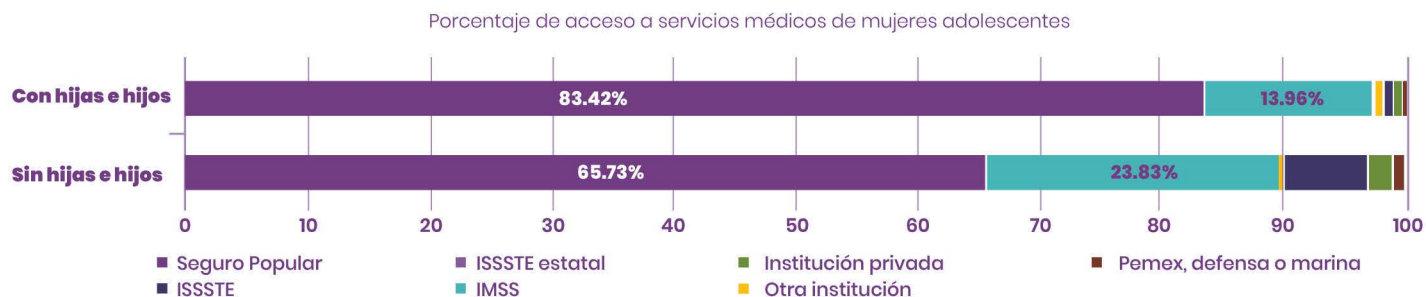
Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Intercensal del Inegi, 2015. Para más información, consultar: <http://iilsb.org.mx/embarazoenadolescentes>

Resultados de la investigación

bajos remunerados formales,⁸ 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 23.83% de adolescentes afiliadas sin hijas e hijos a 13.96% con hijas e hijos. El ISSSTE lo reporta de 7 a 0.7 por ciento.
- En contraste, aumenta significativamente la afiliación al Seguro Popular cuando las mujeres adolescentes se convierten en madres: de 65.73% sin hijas e hijos a 83.42% 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/embarazoadolescentes>

Resultados de la investigación

En cuanto a 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 existe un alto índice de no denuncia. En 2017 fueron abiertas 220 carpetas de investigación sobre casos de violencia sexual, según cifras del Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública. Sin embargo, la Encuesta Nacional de Victimización (Envipe) reportó 8130 casos, lo cual implica un índice de no denuncia de 97.3%. Para 2018, se redujo el número de casos denunciados o carpetas de investigación a 136 y la Envipe reduce el número de casos probables a 2150 lo que implica que aproximadamente 93.68% de los casos que ocurrieron no fueron denunciados.

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 un rango de error.

Tabla 1. Cifras de violencia sexual en Quintana Roo

	Casos denunciados ⁹	Envipe ¹⁰	Cifra negra ¹¹
2017	220	8130	97.3%
2018	136	2150	93.68%

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 las fiscalías generales de las entidades federativas).

¹⁰ Cifras obtenidas de la Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública (Envipe) del Inegi.

¹¹ Se refiere al porcentaje de delitos no denunciados.

3

Hallazgos

Las y los investigadores de REDefine Quintana Roo¹² pertenecen a la segunda generación de investigadores en el estado. Durante la investigación realizada anteriormente se constató una carencia en métodos anticonceptivos y en los insumos para colocarlos, así como un escaso conocimiento de lo que implica impartir el enfoque de interculturalidad en salud.¹³

¹² Farid Alejandro Aguilar Tun y Valeria María Escalante Ávila

¹³ Más información sobre los hallazgos disponible en: <http://www.ilsb.org.mx/embarazoenadolescentes/assets/files/QuintanaRoo.pdf>

Resultados de la investigación

En este caso, los investigadores profundizaron su investigación sobre dos ejes de análisis: abasto de anticonceptivos y conocimiento de la NOM-046. Su investigación de campo fue realizada de marzo a octubre de 2018 en el Centro de Salud Jurisdicción 3, Colonia Cecilio Chi, en el municipio de Felipe Carrillo Puerto, una unidad de salud rural, y en el Centro de Salud Urbano número 3 en el municipio de Othón P. Blanco, una clínica urbana.

En general, los investigadores llegaron a la conclusión de que faltan directrices institucionales para asegurar que los servicios de salud sexual y reproductiva (principalmente el abasto, el acceso a la promoción de métodos anticonceptivos) que se encuentran disponibles lleguen a las y los jóvenes y mujeres indígenas, para asegurar una perspectiva intercultural, etaria y de género. Asimismo, se constató que falta capacitación y guías para la atención para asegurar servicios de calidad a víctimas de violencia sexual, así como controles institucionales que garanticen que la violencia sexual se atienda adecuadamente. A continuación se relatan los hallazgos.

a) Abasto de métodos anticonceptivos

La investigación realizada sobre el abasto de métodos anticonceptivos buscó comprobar su disponibilidad en las clínicas y para la población del estado a partir de solicitudes de acceso a la información, mismas que en su mayoría no fueron respondidas por los servicios de salud estatales. También se contrastó en campo la forma en que se otorga la consejería en planificación familiar sobre el uso de métodos anticonceptivos.

Las solicitudes de acceso a la información¹⁴ realizadas no fueron respondidas en su mayoría por los servicios de salud del estado, a pesar de que se hicieron tres ron-

¹⁴ Sobre el proceso de acceso a la información, los investigadores cuentan con 38 acuses de las preguntas solicitadas, de las cuales obtuvieron 21 respuestas en las que las autoridades se deslindan de toda responsabilidad ante las preguntas al mencionar que las solicitudes no eran claras. En este caso, se procedió a ocho recursos de revisión, de los cuales sólo se tuvo una respuesta y el resto no fueron respondidos.

Se reportó una
disponibilidad de
1 514 010
condones masculinos y
femeninos en 2016.

Resultados de la investigación

das de solicitudes. Sólo se respondió una, en la que se informó del abasto de condones femeninos y masculinos (no se informó de otros métodos anticonceptivos como DIU, anticonceptivos hormonales e inyectables, pastilla de anticoncepción de emergencia u otros).

Esto refleja inconsistencias con el ejercicio anterior de investigación realizado en el estado, en el cual se reportaron compras y distribución de métodos anticonceptivos para el año 2016 (hormonales: inyección, parche e implante; dispositivo intrauterino, y pastilla de anticoncepción de emergencia), pero no así de condones masculinos y femeninos.¹⁵

Respecto a los condones, se reportó una disponibilidad de 1,514,010 condones masculinos y femeninos en 2016.¹⁶ Éstos son insuficientes para la población adolescente del estado, que, según el Inegi, era de 1,501,562 habitantes, de los cuales 750,024 eran mujeres y 751,538 eran hombres en 2017. Este único dato contrasta con lo encontrado en los ejercicios de campo realizados. En éstos, los prestadores de servicios de salud refirieron contar con un abastecimiento suficiente de métodos anticonceptivos: condones masculinos y femeninos, pastillas anticonceptivas, inyecciones, implantes subdérmicos, dispositivos intrauterinos (DIU), pastillas de anticoncepción de emergencia (PAE) y parches anticonceptivos.

Respecto de la disponibilidad de otros métodos, se refirió que el servicio de vasectomía también se realizaba mediante una cita previa, mientras que la PAE se otorgaba con un costo para los gastos de recuperación. En cuanto a los costos, se reportó que el resto de los métodos no tienen costo alguno en caso de tener afiliación al Seguro Popular, ni tampoco la consulta. En caso de no tener afiliación, los costos son de 30 pesos.

En las entrevistas realizadas en campo se observó inconsistencias en la consejería sobre métodos anticonceptivos. No se mencionó el uso adecuado de los métodos

¹⁵ ILSB (2017). *Lo público es nuestro*. Juventudes evalúan servicios de salud sexual y reproductiva a través de mecanismos de transparencia y rendición de cuentas en Quintana Roo, Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir: 2017.

¹⁶ Folio de solicitudes de acceso a la información (SAI) 00811218.

Los prestadores de servicios de salud refirieron contar con un abastecimiento suficiente de métodos anticonceptivos.

Resultados de la investigación

ni de cuáles de éstos sirven también para prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), enfocándose únicamente en la detección de las mismas mediante las pruebas rápidas para ITS y VIH. La consejería tampoco concluyó en la entrega de algún método anticonceptivo. Finalmente, es importante decir que la información no fue consistente, ya que los métodos fueron clasificados en temporales y permanentes, sin especificar cuáles correspondían a cada categoría.

En el ejercicio de usuaria simulada, la consejería estuvo enfocada en el conocimiento del tipo de métodos (sin mención específica de cuáles eran ni su función en prevención de embarazos e ITS). Además, el personal de salud mencionó durante la consejería que la prevalencia de ITS era mayor en las mujeres, por lo que ellas tendrían un mayor grado de responsabilidad en materia de salud sexual y reproductiva.

Cabe señalar que el ejercicio de observación mostró una buena práctica, que es la existencia de dispensarios de condones, sin embargo, éstos no estaban abastecidos.

La investigación concluye que en el estado no hay datos para corroborar que el abastecimiento de métodos anticonceptivos sea suficiente en las clínicas. La situación se agrava al no haber una consejería adecuada para la promoción de la salud sexual y reproductiva.

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

La evaluación ciudadana sobre la atención a la violencia sexual y familiar, así como a la interrupción del embarazo en víctimas de dichos tipos de violencia, se realizó con base en solicitudes de acceso a la información sobre la disponibilidad de insumos para la atención (PAE y kits de profilaxis postexposición), así como las capacitaciones otorgadas al personal de salud. Además, se verificó en campo la calidad



Materiales de promoción de métodos anticonceptivos en clínica rural.



Resultados de la investigación

de la atención a las víctimas de violencia sexual en cumplimiento con la NOM-046.¹⁷

Como en el caso de la disponibilidad de métodos anticonceptivos, hubo ausencia de información pública sobre la disponibilidad de insumos y medicamentos para la atención a víctimas de violencia sexual y profilaxis postexposición, así como de capacitaciones sobre la NOM-046. Es importante resaltar que la ausencia de información pública impide observar las diferencias en el trato con la información de denuncias de violencia sexual y atenciones a la misma por parte de la Fiscalía General y de la Secretaría de Salud del Estado, ambas instancias encargadas del seguimiento y la investigación de casos de violencia sexual y de atención a la misma, respectivamente.

También se recalcó la falta de información sobre los casos de aborto realizados en el estado, de acuerdo con las causales estipuladas y en concordancia con la NOM-046, la cual estipula la posibilidad de interrupción de un embarazo cuando éste sea producto de una violación. El hecho de que la información al respecto no exista puede revelar que en el estado este derecho es impedido institucionalmente por las instancias públicas correspondientes.

La ausencia de información pública no permite conocer el estado de la atención de los servicios de salud a las víctimas de violencia sexual, lo cual es consistente con el ejercicio de evaluación ciudadana realizado en campo. En dicho ejercicio, las y los investigadores constataron que hay poco conocimiento acerca de los procedimientos sobre la atención a los casos que llegan a la clínica y que se otorga atención diferenciada según el contexto. A la par, se encontraron barreras a la atención basadas en una poca o deficiente capacitación por parte del personal médico, tanto en el nivel de conocimiento de la normativa como en el de prevención de embarazos no deseados o infecciones de transmisión sexual derivados de un caso de violencia sexual.

En cuanto a la atención que efectivamente se da, los prestadores de servicios

¹⁷ Recordamos que la NOM-046 es la norma oficial mexicana que regula la forma en que deben darse los servicios de salud por parte del personal médico, en este caso, para la atención de la violencia sexual en clínicas de primer nivel de atención.

Se reportó que hay un desconocimiento de los protocolos de actuación conforme a la NOM-046 y el personal de salud se deslinda de dar un acompañamiento a las víctimas de violencia sexual.

Resultados de la investigación

de salud señalaron que brindan acompañamiento a las víctimas de violencia sexual en todo el proceso y posterior a ello, según lo referido en las entrevistas. Incluso señalan conocer los formatos de reporte de casos para vigilancia epidemiológica (SUIVE-I-2000). Sin embargo, en el ejercicio de usuaria simulada en los mismos centros de salud donde el personal fue entrevistado se reportó que hay un desconocimiento de los protocolos de actuación conforme a la NOM-046 y el personal de salud se deslinda de dar un acompañamiento a las víctimas de violencia sexual en tanto éstas no hagan previa denuncia ante el ministerio público, cuestión que no es necesaria según la norma oficial anterior.

El hecho de que el personal reporte conocer la NOM-046, pero al momento de requerir aplicarla no siga sus protocolos, refiere que no es suficiente con capacitar al personal de salud en la materia, sino que también son necesarios controles institucionales para que la violencia sexual se atienda oportunamente. También es preciso el registro de víctimas para su seguimiento, así como la provisión de insumos y el material necesario para atender dichos casos y prevenir embarazos no deseados, así como la transmisión de ITS. Finalmente, se deben registrar las solicitudes de interrupción legal del embarazo para víctimas de violencia sexual.

El hecho de que el personal reporte conocer la NOM-046, pero al momento de requerir aplicarla no siga sus protocolos, refiere que no es suficiente con capacitar al personal de salud en la materia, sino que también son necesarios controles institucionales para que la violencia sexual se atienda oportunamente.

Resultados de la investigación



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

El enfoque DAAC/AAAQ es el más común para evaluar marcos de derechos humanos en la provisión de servicios de salud (ONU/OMS), de acuerdo con la observación general número 14 del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) que refiere al “disfrute del más alto nivel posible de salud”.¹⁸

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.

Resultados de la investigación

Dicho enfoque contiene las siguientes dimensiones de los servicios de salud, por sus siglas: Disponibilidad/Availability,¹⁹ Accesibilidad/Accessibility,²⁰ Aceptabilidad/Adaptability²¹ y Calidad/Quality.²²

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

Eje de investigación	Disponibilidad	Accesibilidad	Aceptabilidad	Calidad
Abasto, acceso y promoción de métodos anticonceptivos para adolescentes y mujeres indígenas.	<p>No existe un abasto suficiente de métodos anticonceptivos para el estado de Quintana Roo y la información otorgada al respecto no está completa.</p> <p>La investigación previa reportó que no había abasto de condones masculinos o femeninos, mientras que en esta ocasión los servicios de salud del estado reportaron abasto de condones. Es necesario que el estado dé información completa sobre los métodos anticonceptivos comprados y distribuidos en las clínicas.</p>	<p>Los mecanismos de acceso son adecuados para el caso de las personas afiliadas al Seguro Popular. Sin embargo, representan costos para la población no afiliada.</p> <p>Existen dispensarios de condones para facilitar el acceso, pero no se encuentran abastecidos.</p>	<p>La consejería en planificación familiar no se encuentra adaptada a la edad, el género o la condición étnica. No hay lineamientos para la consejería en planificación familiar en consonancia con la NOM-005 y la NOM-047.</p>	<p>La falta de acceso a métodos anticonceptivos, ya sea por su baja disponibilidad o porque no se otorgan conforme a lo indicado por las normas en la consejería en planificación familiar, ocasiona que los servicios de salud sexual y reproductiva no sean de calidad.</p>

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 son 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.

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>No existe información suficiente sobre la disponibilidad de insumos y medicamentos para la atención de los casos de violencia sexual. Tampoco hay información disponible sobre el número de casos, su registro y seguimiento, la capacitación que se ha dado al personal prestador de los servicios de salud o el número de interrupciones legales del embarazo.</p>	<p>El personal de salud no cuenta con capacitación suficiente ni con lineamientos de seguimiento de los protocolos de atención. Particularmente en lo relativo a la prevención de embarazos producto de violación sexual (uso de la PAE), la profilaxis para la prevención de infecciones de transmisión sexual y la interrupción legal del embarazo.</p>	<p>A pesar de que el personal de salud reporta la importancia de la población maya en la zona, este hecho no se considera relevante en términos de requerir implementar estrategias con pertinencia cultural o etaria para que los servicios de salud sexual y reproductiva den servicios de atención a la población víctima de violencia sexual.</p>	<p>El personal de salud no siguió los protocolos de atención conforme a la NOM-046, ni al artículo 35 de la Ley General de Víctimas de Violencia. Es decir, no trató los casos de violencia sexual como una emergencia médica, por lo que está entredicho la calidad de la atención a las víctimas de violencia sexual.</p>



Conclusiones generales

Resultados de la investigación

Con base en los resultados de esta investigación se puede concluir que en Quintana Roo los servicios de salud sexual y reproductiva no pueden ser evaluados en su totalidad, debido a la falta de información provista por el estado en cuanto a disponibilidad de métodos anticonceptivos, abasto de éstos y atención a la violencia sexual.

En campo se constató que la provisión y consejería de métodos anticonceptivos, así como la atención a casos de violencia sexual carecen de mecanismos institucionales para asegurar un acceso adecuado, una adaptación cultural y etaria, y una atención de calidad. En casos como el de la violencia sexual contrasta particularmente el hecho de que un conocimiento de la normatividad y los protocolos por parte del personal no garantiza una atención adecuada en casos específicos, ni el registro y seguimiento de los casos.

Quintana Roo aún tiene un trecho importante por recorrer para considerarse un estado garantista en materia de derechos sexuales y reproductivos. Para hacerlo, necesita lograr un acceso efectivo a los servicios de salud sexual y reproductiva, desde la entrega de métodos anticonceptivos con consejería adecuada hasta la atención oportuna de salud en casos de delitos sexuales. Con una segunda investigación en la materia se puede concluir que las estrategias para modificar las ausencias encontradas tienen que ir más allá de capacitaciones para el personal y traducirse en mecanismos institucionales que permitan asegurar una consejería adaptada sobre el uso y la provisión de métodos anticonceptivos, así como una ruta crítica de la atención de casos de violencia sexual.

La falta de información pública para el contraste, además de que no permite evaluar la relación entre disponibilidad y acceso a los insumos necesarios para atención de calidad en materia de salud sexual y reproductiva, revela que hay pocos esfuerzos institucionales para la medición y mejora de los procesos requeridos para asegurar que la atención médica se enfoque en que el paciente sea un sujeto de derecho en el ejercicio de su salud sexual y reproductiva.

6

Recomendaciones

Resultados de la investigación

- ▶ Contar con sistemas de información accesibles y transparentes para el reporte de compras y provisiones de métodos anticonceptivos, así como sobre la atención de casos de violencia sexual:
 - Canalizar la información recabada en sistemas de información, como el Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas, a unidades de transparencia de la Secretaría de Salud y el Sistema Estatal de Salud, para la respuesta de solicitudes de acceso a la información pública.
 - Establecer ámbitos de competencia entre la Fiscalía General y la Secretaría de Salud del estado para el reporte de denuncias y atenciones en materia de violencia sexual, con la claridad de que estos números no tienen por qué ser los mismos.
 - Generar un registro del seguimiento de los casos de atención a la violencia sexual o familiar, de conformidad con la NOM-046, que desagregue la información por tipo de violencia y grupo al que pertenece la víctima.

- ▶ Establecer mecanismos institucionales para la atención de calidad en materia de provisión y consejería de métodos anticonceptivos, así como para la atención de casos de violencia sexual:
 - Establecer mecanismos internos (rúbricas, reportes de notas clínicas u otros) en los que se evalúe la calidad de la información que el personal de salud provee cuando da consejería para el uso de métodos anticonceptivos.
 - Establecer mecanismos internos (solicitudes de formatos de vigilancia epidemiológica o referencias en la provisión de la pastilla de anticoncepción de emergencia o de kits de profilaxis para prevención de infecciones de transmisión sexual), de modo que la atención a casos de violencia sexual cuente con reportes internos que permitan evaluar la prevalencia de casos con sus mecanismos de atención específicos.

Resultados de la investigación

- Contar con una ruta crítica basada en la normatividad existente para la atención de casos de violencia sexual, tanto en los centros de salud como en la canalización entre instancias de salud y justicia.



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”.

Solicitudes de acceso a la información

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

Secretaría de Salud de Quintana Roo. Folios 0108000092118, 0108000092018, 0108000223618, 0108000092518, 01080000206118 y 0108000092418.

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

