



# LO PÚBLICO ES NUESTRO

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

VERACRUZ



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

### **Autoría:**

#### **ISPC:**

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

### **REDefine:**

Sofía Alessio – Robles  
Mariana Mancilla  
Pascale Brennan  
Cristina Santana

### **REDefine Veracruz (investigadoras LPEN):**

Amanda V. González  
Sandra L. Solanes  
Daniela Morales Hernández

### **Apoyo de investigación:**

Ana Laura Flores Torres

### **Directora:**

Friné Salguero

### **Subdirectora:**

Valentina Zendejas

### **Coordinadora editorial:**

Arabella Jiménez

### **Diseño:**

Murcio EditoresDR

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

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

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

# LO PÚBLICO ES NUESTRO

**RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN**

---

VERACRUZ

---

# ÍNDICE

**06**

Presentación

**10**

Salud sexual y  
reproductiva en  
Veracruz

**16**

Hallazgos

**26**

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

**30**

Conclusiones  
generales

**33**

Recomenda-  
ciones

**36**

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 a través 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 1,000 adolescentes.<sup>1</sup> 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,<sup>2</sup> que incluye el acceso a anticoncepción de emergencia, así como a la interrupción del embarazo en víctimas de dichos tipos de violencia.

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

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

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

<sup>2</sup> 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.

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

<sup>4</sup> 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 a través de entrevistas a profundidad, cuestionarios de observación participante, usuario simulado y solicitudes de acceso a la información.

Generación 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 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 del embarazo en adolescentes en Veracruz**

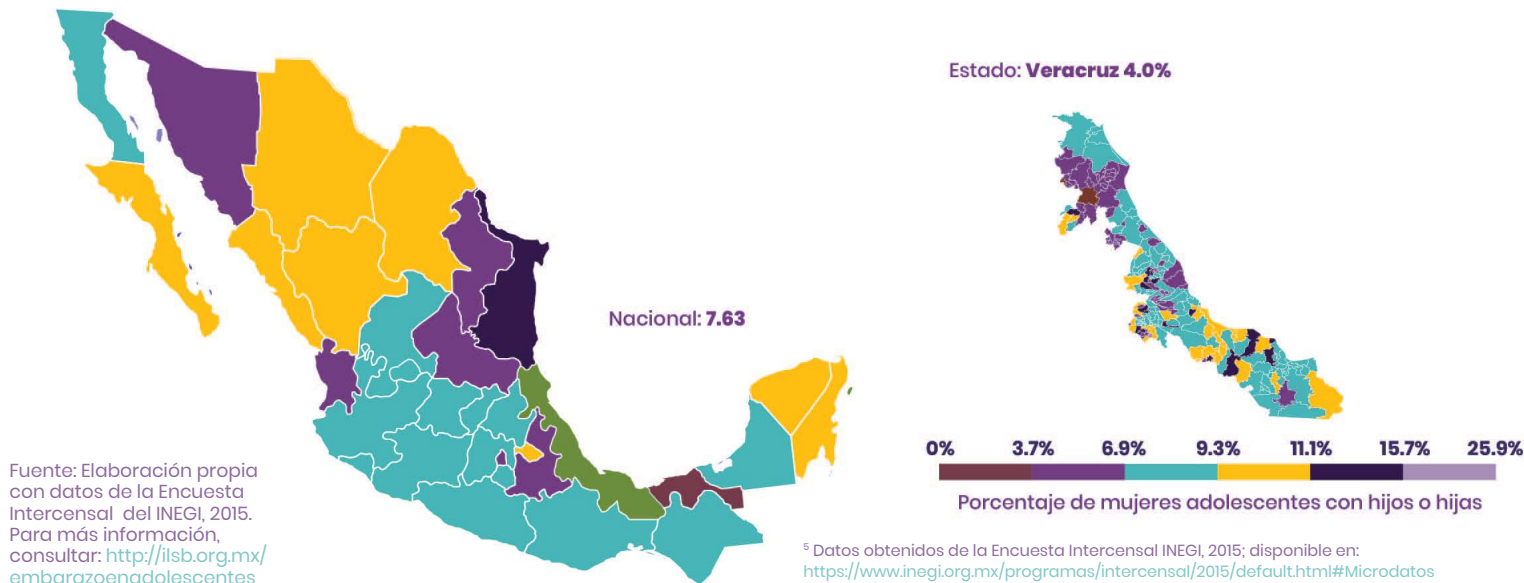
Veracruz tiene 8.1 millones de habitantes, de los cuales 1.47 millones tienen entre 10 y 19 años, es decir, 18.14%. Según la Encuesta Intercensal 2015, del total de mujeres entre 10 y 18 años del estado, el 9% eran madres. Las repercusiones del embarazo en la adolescencia, pueden tener implicaciones en su plan de vida.

De la población total del estado, el 9.19% son población de más de 3 años hablante de alguna lengua indígena (alrededor de 708 mil personas). Además, el 29.25% de la población se considera indígena y 1.85% se considera indígena en parte.<sup>5</sup> En Veracruz, la lengua indígena que más habla la población mayor de 3 años es el náhuatl, ya que 54.3% de esta población lo habla. Le siguen el totonaco, con 18.31, y el huasteco, con 7.36%.

El 9% de las mujeres adolescentes entre 10 y 18 años en Veracruz eran madres en el 2015. Los municipios de Mixtla de Altamirano (17.21%), Mecayapan (15.29%), Soledad Atzompa (14.59%), Xalapa (14%) y Zontecomatlán de López y Fuentes (13.95%) reportaron un mayor porcentaje de madres adolescentes (INEGI, Encuesta Intercensal 2015). Veracruz se encuentra por encima de la media nacional (7.63%) y los municipios anteriormente mencionados registran los porcentajes más altos de embarazo en adolescentes en el estado.



**Gráfica 1. Prevalencia del embarazo adolescente en Veracruz**



## Resultados de la investigación

Las repercusiones del embarazo en la adolescencia pueden impactar directamente en el plan de vida de las y los jóvenes:

- A nivel nacional, el embarazo en la adolescencia es la sexta causa de abandono escolar entre jóvenes, aunque en mujeres es la segunda causa de deserción.<sup>6</sup> En Veracruz, la tasa de abandono total para mujeres en educación media superior es de 11.4% (Indicadores de Acceso y Trayectoria Escolar del INEE),<sup>7</sup> debajo de la media nacional para mujeres, la cual es de 13.3%.

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 el 73.62% de las mujeres sin hijas e hijos estudian, sólo el 4.6% que es madre lo hace; mientras que el 15.42% de las mujeres sin hijas e hijos se dedican a quehaceres<sup>8</sup> del hogar, el 82.39% 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 el 5.81% de las mujeres adolescentes sin hijas e hijos son económicamente activas, cuando ellas son madres esta cifra asciende a 8.58%.

<sup>6</sup> Razones manifiestas de la deserción escolar según la Encuesta Nacional de Deserción de la Educación Media Superior, datos para el ciclo escolar 2011. Disponible en: [http://www.sems.gob.mx/work/models/sems/Resource/10787/1/images/Anexo\\_6Reporte\\_de\\_la\\_ENDEMS.pdf](http://www.sems.gob.mx/work/models/sems/Resource/10787/1/images/Anexo_6Reporte_de_la_ENDEMS.pdf)

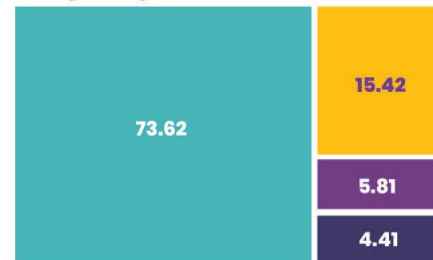
<sup>7</sup> Datos del ciclo escolar 2015-2016, disponibles en: <https://www.inee.edu.mx/wp-content/uploads/2019/04/AT02d-2017.pdf>

<sup>8</sup> La encuesta intercensal llama "quehaceres del hogar" al trabajo doméstico y de cuidados.

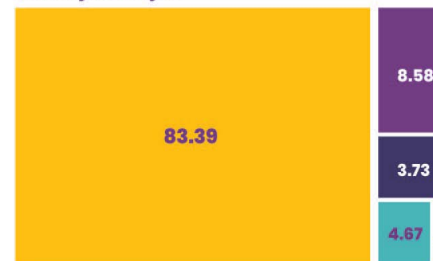
**Gráfica 2. Actividades principales de mujeres adolescentes**

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

### Sin hijas e hijos



### Con hijas e hijos



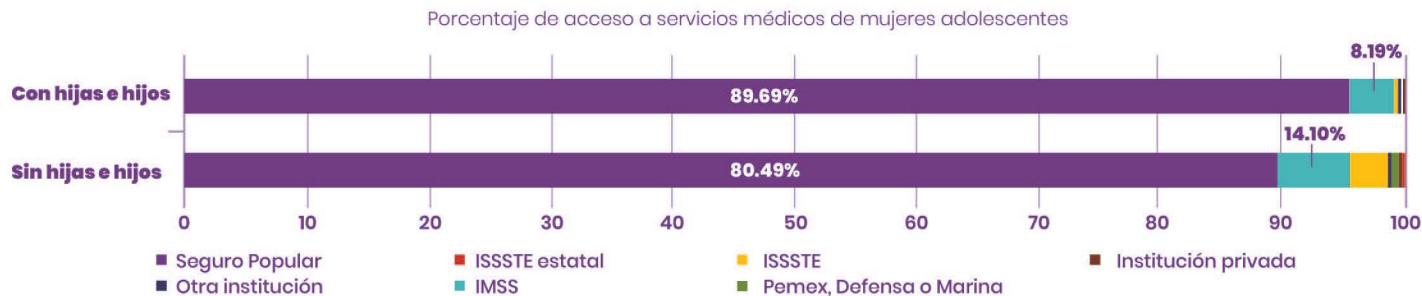
Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta Intercensal del INEGI, 2015. Los códigos de color son los siguientes: naranja para 'Estudiante', azul para 'Quehaceres del hogar', rosa para 'Económicamente activa', rojo claro para 'Otro tipo de actividad económica'. Para más información, consultar: <http://ilsb.org.mx/embarazoenadolescentes>

## Resultados de la investigación

El acceso a la salud se precariza 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 trabajos remunerados formales,<sup>9</sup> otra explicación puede estar en que, al dejar de ser dependientes de sus padres, pierden su afiliación a la seguridad social. Los datos lo confirman:

- El IMSS reporta un descenso de 14.10% de adolescentes afiliadas sin hijas e hijos a 8.19% con hijas e hijos. El ISSSTE lo reporta de 2.44% a 0.5%.
- En contraste, aumenta significativamente la afiliación al Seguro Popular cuando las mujeres adolescentes se convierten en madres: de 80.49% sin hijas e hijos a 89.69% cuando son madres.

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



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

<sup>9</sup> De acuerdo con la OIT, en México, el 64% de los jóvenes que trabajan no tienen acceso a la seguridad social. Perspectivas sociales y de empleo formal en el mundo, disponible en: [https://www.ilo.org/global/research/global-reports/weso/2018/WCMS\\_615674/lang-es/index.htm](https://www.ilo.org/global/research/global-reports/weso/2018/WCMS_615674/lang-es/index.htm)

## Resultados de la investigación

En materia de violencia sexual en el estado, observamos que este 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 2016 se abrieron 128 carpetas de investigación sobre casos de violencia sexual, según cifras del Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (SNSP). Sin embargo, la Encuesta Nacional de Victimización (ENVIPE) reportó 6,030 casos, lo cual implica un índice de no denuncia del 97.87%. Para 2017, aumentó el número de casos denunciados o carpetas de investigación a 340 y la ENVIPE reduce el número de casos probables a 1,232, que implican que aproximadamente el 72.4% 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 en 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.

### Cifras de violencia sexual en Veracruz

	Casos denunciados <sup>10</sup>	Casos según la Envipe <sup>11</sup>	Cifra negra <sup>12</sup>
2016	128	6 030	97.87%
2017	340	1232	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.

<sup>10</sup> Cifras obtenidas del Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (delitos registrados en averiguaciones previas iniciadas o carpetas de investigación, reportadas por las procuradurías de Justicia y fiscalías generales de las entidades federativas).

<sup>11</sup> Cifras obtenidas de la Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública (Envipe) del Inegi. En Chiapas no hubo Envipe en 2017.

<sup>12</sup> Se refiere al porcentaje de delitos no denunciados.

3



## Hallazgos

Las investigadoras de la Red REDefine Veracruz<sup>13</sup> son de la segunda generación de investigadoras del proyecto Lo Público es Nuestro, razón por la cual trabajaron en profundizar 2 ejes de análisis: corresponsabilidad masculina 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 el Centro de salud San Rafael, unidad de salud rural ubicada en el municipio de San Rafael, y en la Clínica número 66 en el municipio de Xalapa, en una zona urbana.

<sup>13</sup> Amanda V. González y Sandra L. Solanes

## Resultados de la investigación

En la investigación realizada anteriormente en Veracruz<sup>14</sup> se constató que se daban algunas capacitaciones en materia de corresponsabilidad masculina a los prestadores de servicios de salud, particularmente sobre procedimientos de vasectomía sin bisturí. En esta ocasión, se encontró que hubo un mayor número de capacitaciones; pero aún no es posible hablar de un enfoque de corresponsabilidad en la consejería en planificación familiar, ya que éste no es integral. Por otro lado, se observa que en Veracruz aún hace falta realizar trabajo para que el cumplimiento de la NOM-046 en los servicios de salud sea la norma a seguir en casos de violencia sexual.

### **a) Corresponsabilidad masculina en el ejercicio de la salud sexual y reproductiva**

En esta investigación, entendemos corresponsabilidad masculina como un enfoque en la consejería y promoción que fomenta la responsabilidad compartida en el ejercicio de la sexualidad y la reproducción. También se parte de que la capacitación tiene que ver con la adquisición de competencias y la actualización o la toma de conciencia de elementos para un mejor ejercicio profesional, mientras que la promoción es el fomento de un enfoque o servicio que es importante desarrollar en la población objetivo de, en este caso, las políticas de salud sexual y reproductiva.

Para observar el enfoque de corresponsabilidad en los servicios de salud sexual y reproductiva, las investigadoras analizaron las capacitaciones al personal de salud, la existencia de material de información sobre corresponsabilidad en las clínicas y la atención con esta perspectiva de en la consejería que se da en los servicios de planificación familiar.

En términos de capacitaciones al personal de salud, así como al público en general, durante el 2016 se realizaron 54 capacitaciones, 10 cursos, 7 talleres y 48 actividades de promoción, mientras que en 2017 se realizaron 67 capacitaciones, 14 cursos, 13 talleres y 57 actividades de promoción.<sup>15</sup>

<sup>14</sup> <https://iisb.org.mx/embarazoenadolescentes/assets/files/Veracruz.pdf>

<sup>15</sup> Respuestas a las SAI con folios: 00577018, 00576718 y 00576918

## Resultados de la investigación

Los temas en los cursos fueron: “Panorama nacional y estatal de la vasectomía sin bisturí”, “Técnica de vasectomía sin bisturí del Dr. Li”, “Orientación consejería dirigida a población masculina con énfasis en la corresponsabilidad masculina en el cuidado de la salud reproductiva y la planificación familiar”, “Diagnóstico de patologías y condiciones excluyentes del procedimiento” y “Cuidados posteriores a la cirugía: preguntas frecuentes, dudas y comentarios”. De los contenidos de las capacitaciones y su número podemos deducir que la corresponsabilidad se entiende únicamente como vasectomía sin bisturí, y no como una perspectiva integral de promoción del papel de los hombres en el ejercicio de la sexualidad; lo cual se traduce en la falta de contenidos impartidos para la atención de la población joven. Dicho sector no aparece en los cursos, y tampoco hay un enfoque hacia ellos para la prevención del embarazo en adolescentes.

Sobre la cantidad de personas que asistieron a los cursos mencionados con anterioridad, en 2016 asistieron 6,978 mujeres y 13,184 hombres y en el 2017 hubo 16,920 mujeres y 19,824 hombres. No es claro si estos cursos fueron para la población en general, pero se puede deducir así ya que a Secretaría de Salud de Veracruz menciona que estas cifras no son exactas, debido a que muchas de estas actividades fueron de promoción (105 actividades en dos años). Esto demuestra que hay una diferencia entre capacitación y promoción que aún no es clara en las respuestas a las solicitudes de acceso a la información. Asimismo, se demuestra que se necesita una mejor sistematización de la información del público objetivo de las capacitaciones, a fin de poder conocer de manera más detallada qué personal fue capacitado, en qué tema y formato<sup>16</sup> y cuál es la distinción entre capacitaciones al público en general y específicas para el sector salud.

Si bien existe un esfuerzo institucional constatado para abordar el tema de corresponsabilidad en las capacitaciones, faltan elementos que permitan evaluar en el tiempo la efectividad de dichos procesos ( como el medir la proporción entre ca-

**Si bien existe un esfuerzo institucional constatado para abordar el tema de corresponsabilidad en las capacitaciones, faltan elementos que permitan evaluar en el tiempo la efectividad de dichos procesos.**

<sup>16</sup> Folios de solicitudes de acceso a la información (SAI) con números: 00576718 y 00537118

## Resultados de la investigación

pacitación técnica y actividades de sensibilización, o bien, conocer si los contenidos de los formatos repercuten en el personal de salud).

En la investigación en campo, tanto en los ejercicios de usuaria simulada como en las entrevistas a personal de salud, se buscó observar la forma en que se implementa la perspectiva de corresponsabilidad en los servicios de consejería en planificación familiar. A partir de estos ejercicios se constató que el personal de salud aún no conoce a profundidad el tema de la corresponsabilidad, ya que, si bien comprenden que el hombre tiene compromiso con la salud sexual y reproductiva, no se aprecia que se hable de responsabilidad compartida.

En las clínicas visitadas en los municipios de Xalapa y San Rafael, el personal de salud consideró en las entrevistas, que la corresponsabilidad masculina implica capacidad de elegir, prevenir y planificar, así como la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y vasectomía. A pesar de ello, consideraron que no existe la corresponsabilidad masculina en el embarazo en la adolescencia y hay falta de información y orientación para mujeres y hombres. A la pregunta directa sobre en qué medida las estrategias mencionadas fomentaban la corresponsabilidad, el personal médico señaló que en sí la estrategia de promoción se limitaba a “jornadas de vasectomía y promoción del uso del condón.” No mencionaron la existencia de material para la promoción de la corresponsabilidad.

Sobre la promoción de la corresponsabilidad a personas jóvenes, el personal de salud mencionó que solo un centro en la zona rural les otorga orientación y preservativos, mientras que a las mujeres que van a control de embarazo se les dan pláticas sobre métodos anticonceptivos. Además, es importante resaltar que en el centro de salud rural hay una estrategia en la que a todas las mujeres a las que les atienden el parto les ponen el DIU. Si no acceden, no las dan de alta, lo cual vulnera el ejercicio de la libertad reproductiva.

Del ejercicio realizado en Veracruz podemos apreciar que el personal de salud no impulsa la corresponsabilidad, e incluso hay menos esfuerzos para promocionarla entre la población joven. La visión más amplia respecto a la corresponsabilidad que

**El personal médico señaló que en sí la estrategia de promoción se limitaba a “jornadas de vasectomía y promoción del uso del condón”.**

## Resultados de la investigación

dicho personal manifestó tener es cuando consideraron que ambos miembros de la pareja tienen capacidad de elegir, prevenir y planificar, pero nunca hablaron de responsabilidad compartida. Por ello, podemos constatar no se cumplen los criterios de la ENAPEA en cuanto a incidir en la reducción del embarazo en adolescentes vía la promoción de la corresponsabilidad en jóvenes. Hay que decir que la falta de un enfoque de corresponsabilidad está en contra de la NOM-005-SSA2-1993 De los servicios de planificación familiar y de la NOM-047-SSA2-2015 Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad. Entonces, hace falta reforzar los mecanismos institucionales disponibles para el fomento de la corresponsabilidad como una herramienta para la reducción del embarazo en adolescentes.

### **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 los casos de violencia sexual y la interrupción del embarazo en víctimas de dichos tipos de violencia depende de una capacitación apropiada del personal de salud, que permita cumplir a cabalidad con la NOM-046 así como de la existencia de insumos, de la aptitud técnica del personal de salud, del registro y seguimiento a víctimas y de la existencia de servicios para la atención de la violencia sexual.

Como se mencionó anteriormente, según la ENVIPE se estima que en 2017 en Veracruz habría 1,232 casos de violencia sexual en 2017, de los cuales sólo se abrieron 340 carpetas de investigación, lo que conlleva a que un 72.4% de los casos no denunció. Estos datos se traducen a que probablemente se presentan 3.37 casos diarios de violencia sexual en el estado.

Sobre la atención en el sistema de salud a casos de violencia sexual y familiar en Veracruz, el Informe General de Avances (IGA) del Programa de Prevención y Atención a la Violencia Familiar y de Género (PPAVFG) registró en 2016, 4,863 consultas (1,855 médicas y 3,008 psicológicas) para mujeres víctimas de violencia, de las cuales 2,823 fueron de primera vez, mientras que en 2017 se reportaron 7,824 consultas (2,171 médicas y 5,653 psicológicas), datos menores a los que arrojó la consulta

## Resultados de la investigación

de cubos dinámicos, misma que reportó 6,979 consultas psicológicas de primera vez<sup>17</sup> para dicho año El IGA también menciona que se dio acompañamiento a 407 casos en 2016 y 1,328 casos en 2017. Es decir, tan sólo se le brindó seguimiento a un 8% y 16% de los casos entre 2016 y 2017<sup>18</sup>, respectivamente. A pesar de la importancia de esta información, el formato no permite distinguir entre el tipo de violencia (familiar o sexual), lo que impide conocer la magnitud de actos de violencia sexual reportados en el estado que han tenido atención en el sistema de salud.

Sobre el registro de casos de víctimas de violencia sexual, en la investigación en campo los prestadores de servicios de salud mencionaron que en el municipio de San Rafael se han presentado casos de violencia sexual, mientras que en la clínica de Xalapa respondieron que no se han registrado casos. En ambos casos las pautas de acción son referencias a otros servicios y llenados de registros (notificación al Sistema Nacional de Salud y llenado del formato estadístico del Registro de Atención en Casos de Violencia Familiar o Sexual), acciones que van en consonancia con la NOM-046. En ambos casos se mencionó que la atención consiste en la referencia a servicios psicológicos como paso previo para la atención médica, lo cual es contradictorio con la NOM-046. Asimismo, se mencionó en las entrevistas que solo en casos específicos (mismos que no se mencionaron) se pueden dar la PAE o la profilaxis de emergencia, con un énfasis muy claro en la necesidad de la denuncia, aunque la NOM-046 menciona que no es necesaria para otorgar estos medicamentos.

Es justo en este punto donde no hay certeza sobre la atención a la violencia sexual como emergencia médica para la garantía de la interrupción legal del embarazo (ILE). Por ejemplo, el volumen registrado de solicitudes de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) para 2017 únicamente fue de 4 casos según los Servicios de Salud de Veracruz.<sup>19</sup> La Fiscalía, por su parte, no registra “ningún documento,

<sup>17</sup> Respuestas a las SAI con folios: 00537418 y 00537518

<sup>18</sup> Respuestas a las SAI con folios: 00537418 y 00537518

<sup>19</sup> Respuesta a las SAI con folio: 00538018

## Resultados de la investigación

ni solicitud referente a la interrupción legal del embarazo,<sup>20</sup> es decir, en caso de que se denuncie la violación ante dicha instancia.

En campo se comprobó la existencia de prejuicios en la atención a la violencia sexual para la interrupción del embarazo. Cuando las investigadoras plantearon la posibilidad de una interrupción del embarazo producto de una violación, el personal de salud mencionó que existía la posibilidad de interrumpirlo, pero que la adopción era una posibilidad también, al menos en el municipio de San Rafael. En el municipio de Xalapa, por el contrario, se mencionó que en estos casos existía una canalización al Ministerio Público (lo cual es innecesario de acuerdo con la NOM-046), sin claridad de qué sucedía ahí ni de cómo es el tránsito de vuelta a la atención de salud.

Esto se agrava con el tema de la objeción de conciencia, ya que el 22 de marzo de 2018 se hizo una adición al artículo 10 bis a la Ley General de Salud en dicha materia,<sup>21</sup> a partir del cual se permite al personal de salud excusarse de participar en la prestación de servicios. En Veracruz, los prestadores de servicios de salud han utilizado esta reforma como excusa para no participar en casos de interrupción voluntaria del embarazo en mujeres víctimas de violación.

Como esto constituye una violación a la NOM-046, al no garantizar la ILE a quienes han sufrido violencia sexual, se preguntó a la Secretaría de Salud (SSA) por el número y distribución de personal objetor de conciencia en las unidades de salud del estado. La SSA respondió que no se cuenta “con documentos que contengan el número de personal de los servicios de salud de Veracruz objetores de conciencia, ya que es una decisión personal”, pero que “se cuenta con el número de NO objetores de conciencia del ejercicio 2017” los cuales conforman un “total de 192, de los cuales,

<sup>20</sup> Respuesta a las SAI con folio: 0058718

<sup>21</sup> La reforma a la Ley General de Salud dice: “El personal médico y de enfermería que forme parte del Sistema Nacional de Salud podrá ejercer la objeción de conciencia y excusarse de participar en la prestación de servicios que establece esta Ley. Cuando se ponga en riesgo la vida del paciente o se trate de una urgencia médica, no podrá invocarse la objeción de conciencia, en caso contrario se incurrirá en las causas de responsabilidad profesional. El ejercicio de la objeción de conciencia no derivará en ningún tipo de discriminación laboral.” Si bien se regula la objeción de conciencia, esto no implica que se nieguen los servicios de salud a la población que quiera realizar interrupciones legales o voluntarias del embarazo.

## Resultados de la investigación

147 son hombres y 45 mujeres ubicados en 30 hospitales<sup>22</sup>. Este es un dato preocupante, dado que en Veracruz el total de médicos generales y especialistas es de 96,861 y el total de personal de enfermería en contacto con el paciente es de 167,292.<sup>23</sup>

Estos datos revelan que para los servicios de salud en el estado tiene mayor importancia la libertad de creencias del personal que labora en los servicios que los derechos de las personas víctimas de delitos sexuales, ya que han realizado un registro de no objetores de conciencia para la atención de estos casos, pero no garantizan que existan suficientes médicos en las unidades de salud. En la misma línea, se observa que en 212 municipios solo existen 30 unidades con personal no objetor de conciencia (de entre 96 mil médicos), lo que pone en entredicho el acceso a los servicios a los que tiene derecho una víctima de violencia sexual.

Para una atención apropiada de la violencia sexual, se requiere que el personal de salud esté capacitado. La Secretaría de Salud reportó que “el Programa Prevención y Atención a la Violencia Familiar y de Género (PPFVG) cuenta con un control de las capacitaciones otorgadas que se encuentran mensualmente en el Informe General de Avances (IGA), del cual se tomaron los siguientes datos: ‘en el año 2016, tema NOM-046-SSA2-2005, asistentes 1,533: mujeres, 1,020 y hombres, 513, en pláticas y capacitaciones.’” Por lo tanto, el personal de salud ha recibido capacitaciones en la materia, aunque hay una clara preferencia femenina para la capacitación (que podría referirse a la posibilidad de que sea una mujer quien atienda en casos de violencia sexual por requerimiento de la víctima)<sup>24</sup>. El presupuesto para las capacitaciones sobre la NOM-046-SSA2-2005 descendió 55.74% de 2016 a 2017 (de \$469,999.82 a 2017 con \$262,004.00).<sup>25</sup> Las capacitaciones sobre la NOM-046 son insuficientes para atender a las víctimas de violencia sexual en el estado, ya que como vimos

<sup>22</sup> Respuesta a las SAI con folio 00537318.

<sup>23</sup> Datos obtenidos del Sistema de Información en Salud, “Recursos en Salud”, disponible en: “Recursos en salud 2017, Nivel Central” y el vínculo <https://datos.gob.mx/busca/dataset/recursos-en-salud-nivel-central/resource/led6a15c-9bcf-40c5-a2a9-da9704f16cdb>

<sup>24</sup> Respuesta a las SAI con folio: 00537918

<sup>25</sup> Respuesta a las SAI con folio: 00537718



## Resultados de la investigación

anteriormente, persisten prejuicios y no se atienden claramente los lineamientos establecidos.

Además de la capacitación, una atención adecuada requiere que existan insumos suficientes para atender a las víctimas de violencia sexual. La Secretaría de Salud de Veracruz reportó que se carecía de presupuesto para la adquisición de Pastillas de Anticoncepción de Emergencia (PAE) y de kits de profilaxis de emergencia para prevenir infecciones de transmisión sexual (ITS)<sup>26</sup>.

Si bien en campo se corroboró que en relación a la investigación pasada\* existe cierto avance en la socialización de algunos procesos relativos a la atención de la violencia sexual, por ejemplo la existencia de una ruta crítica para atender dichos casos, cabe mencionar que esta no está apegada a la NOM-046, por lo que la medida no es suficiente para asegurar la atención a las víctimas.

Es necesario destacar que en las entrevistas el personal de salud hizo comentarios revictimizantes, por ejemplo, que las víctimas promueven la agresión al “no dejar” al agresor que “casi siempre es su pareja.” Este hecho se repitió en la usuaria simulada,<sup>27</sup> a la cual no se le mencionaron los protocolos de la NOM-046. Además, se le señaló la importancia de la denuncia casi como requisito de la atención, aun aceptando que ello no era válido debido a la misma Norma.

Por tanto, con una valoración conjunta de lo encontrado vía información pública y por monitoreo en campo, puede concluirse que los esfuerzos de las instancias de salud en prevenir y atender la violencia sexual son insuficientes. Esto se debe a que, a pesar del incremento en la oferta de capacitaciones, existen barreras como los prejuicios traducidos en objeción de conciencia a la interrupción voluntaria del embarazo y la dotación de PAE, así como una falta de capacitación en los procedimientos de la NOM-046, que inciden en baja calidad de la atención a las víctimas de violencia sexual.



**Clínica rural San Rafael**

<sup>26</sup> Respuestas a las SAI con folios: 00537218 y 00577018.

<sup>27</sup> El ejercicio de usuaria simulada consistió en una persona que solicitaba orientación para guiar a una persona que fue víctima de violencia sexual.



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

El enfoque de los servicios de salud (DAAC/AAAQ),<sup>28</sup> por sus siglas: Disponibilidad / Availability;<sup>29</sup> Accesibilidad / Accessibility;<sup>30</sup> Aceptabilidad / Adaptability<sup>31</sup> y Calidad / Quality;<sup>32</sup> 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 Económico, Sociales y Culturales (DESC) que refiere al “disfrute del más alto nivel posible de salud.”

<sup>28</sup> (U.N. Doc. E/C.12/2000/4). Cf. Potts, Helen and Hunt, Paul H (2008) Participation and the right to the highest attainable standard of health. Project Report. Human Rights Centre, Colchester, Essex.

<sup>29</sup> Se refiere a que los servicios públicos de salud sean funcionales; que las instalaciones, los bienes, los servicios, el personal, los insumos y los programas, sean suficientes para la población hacia la que van dirigidos

<sup>30</sup> Son las facilidades físicas, económicas (costos razonables) y de información, para que ninguna sea discriminatoria por razón de género, edad o condición étnica

<sup>31</sup> Sucede cuando los servicios, instalaciones y el trato sean culturalmente apropiados, incluyendo razones étnicas, de edad y de género

<sup>32</sup> Se refiere a que los servicios sean científica y médicamente apropiados y estén dentro de un marco de derechos al cumplir con los estándares nacionales e internacionales en la materia.

## 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
La promoción de la corresponsabilidad entre hombres y mujeres en salud sexual y reproductiva	La promoción de la corresponsabilidad consiste únicamente en jornadas de vasectomía y promoción del uso del condón. No se encontró existencia de material para la promoción de la corresponsabilidad masculina.	El acceso a los servicios que promuevan la corresponsabilidad es limitado, ya que faltan campañas de comunicación y difusión de materiales que aborden el tema de una manera amplia.	No existen directrices prácticas para el otorgamiento de consejería especializada en materia de corresponsabilidad que reconozcan las desigualdades de género atravesadas en el ejercicio de la salud sexual y reproductiva, desde un enfoque de juventudes e intercultural.	La promoción de la corresponsabilidad no está en consonancia con la NOM-005 ni la NOM-047; Se comprobó en campo que la corresponsabilidad se limita a la promoción de la vasectomía y el uso del condón, y que a las mujeres que van a control de embarazo se les dan pláticas sobre métodos anticonceptivos e incluso se les impone el DIU para darles de alta; lo que demerita el ejercicio libre de la sexualidad.

<sup>29</sup> (U.N. Doc. E/C.12/2000/4). Cf. Helen Potts y Paul H. Hunt (2008), "Participation and the right to the highest attainable standard of health". Project Report. Human Rights Centre, Colchester, Essex.

<sup>30</sup> Se refiere a que los servicios públicos de salud sean funcionales; que las instalaciones, los bienes, los servicios, el personal, los insumos y los programas sean suficientes para la población hacia la que van dirigidos.

<sup>31</sup> Son las facilidades físicas, económicas (costos razonables) y de información, para que ninguna sea discriminatoria por razón de género, edad o condición étnica.

<sup>32</sup> Sucede cuando los servicios, las instalaciones y el trato sean culturalmente apropiados, incluyendo razones étnicas, de edad y de género.

<sup>33</sup> Se refiere a que los servicios sean científica y médicamente apropiados, y estén dentro de un marco de derechos al cumplir con los estándares nacionales e internacionales en la materia.

## 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 e implementación de la NOM-046– SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención</p>	<p>No hay insumos suficientes para atender a las víctimas de violencia sexual. La Secretaría de Salud de Veracruz reportó que se carecía de presupuesto para la adquisición de Pastillas de Anticoncepción de Emergencia (PAE) y de kits de profilaxis de emergencia para prevenir infecciones de transmisión sexual (ITS). No se cuenta con suficiente personal no objetor de conciencia en el estado.</p>	<p>El acceso a los servicios de salud para la atención a víctimas de violencia sexual en clínicas de primer nivel de atención aún se encuentra limitado: se refiere a las víctimas al Ministerio Público o a otra clínica, se requiere orientación psicológica para otorgar profilaxis postexposición y PAE, no se puede acceder a la IVE, y no se da seguimiento a la víctima. Hay registro de casos de violencia, pero no están desagregados por tipo de violencia.</p>	<p>El personal de salud no está sensibilizado y repite discursos y formas de atención revictimizantes, e inapropiadas para atender a las víctimas en contra la NOM-046.</p>	<p>La atención a las víctimas de violencia sexual es de baja calidad; hay evidencia que permite verificar que las víctimas de violencia sexual no tienen una atención apropiada y de conformidad con los lineamientos establecidos por la NOM-046.</p>



# **Conclusiones generales**

## Resultados de la investigación

---

Veracruz tiene un trecho aún importante que recorrer para poder considerarse una entidad que garantiza el derecho a la salud sexual y reproductiva, pues los esfuerzos institucionales resultan insuficientes para atender a las problemáticas de mujeres jóvenes y niñas, particularmente en relación con la prevención del embarazo en adolescentes y la atención a las víctimas de violencia sexual.

En materia de corresponsabilidad, hemos encontrado que éste es un enfoque que se ha tratado de implementar en el sistema de salud pero no necesariamente en consonancia con la NOM-005 ni la NOM-047. Así pues, se promueve la vasectomía y el uso del preservativo en hombres, pero aún prevalecen los prejuicios y estereotipos en la responsabilidad de las mujeres para la prevención de los embarazos. No se impulsa el ejercicio libre de la sexualidad, ya que no se otorga una consejería con perspectiva de juventudes, género e interculturalidad.

En cuanto a la atención de la violencia sexual, aún existen muchas barreras para la implementación de cuidados adecuados. Se han disminuido los presupuestos en capacitación, y tampoco se garantiza la presencia de personal no objetor de conciencia en todos los centros de salud. No se reporta presupuesto para la adquisición de la PAE en el estado ni profilaxis post-exposición y no existe información sobre los patrones de distribución. Tampoco se garantiza la interrupción legal del embarazo para embarazos producto de una violación. En Veracruz hay un camino recorrido pero aún son necesarios esfuerzos grandes para mejorar la calidad de la atención en víctimas de violencia sexual.



6

# Recomendaciones

## Resultados de la investigación

- ▶ **Contar con mecanismos y directrices claras para fomentar la corresponsabilidad masculina en el ejercicio de la salud sexual y reproductiva, de acuerdo con la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en la Adolescencia (ENAPEA), la NOM-005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar y la NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad.**
  - Asegurar que las capacitaciones en la materia cuenten con mecanismos prácticos en términos de consejería y libres de prejuicios sobre la edad o el momento para el ejercicio de la sexualidad.
  - Diseñar guías de corresponsabilidad para la consejería en planificación familiar.
  - Fortalecer la corresponsabilidad del varón en el ejercicio de la sexualidad, la doble protección en el uso de métodos anticonceptivos, la responsabilidad en la prevención del embarazo, la paternidad responsable y la construcción de nuevas masculinidades a través de materiales, campañas y espacios de reflexión, para el cumplimiento de la ENAPEA.
  
- ▶ **Contar con una política de atención a la salud en casos de violencia sexual que priorice a las víctimas, 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; la Ley General de Víctimas (LGV); y, el Código Penal del estado de Veracruz:**
  - Capacitar al personal de salud del primer nivel de atención en los más altos estándares de atención a la violencia sexual, comenzando por el conocimiento de la NOM-046.
  - Asegurar dotación presupuestaria para contar con insumos suficientes para prevenir ITS y embarazos no deseados en víctimas de violencia sexual.
  - Tratar la violencia sexual como una emergencia médica y brindar atención

## **Resultados de la investigación**

---

inmediata sin referir antes al Ministerio Público con base en la NOM 046, así como en el principio de Buena Fé mencionado en la LGV. Para ello, brindar la PAE y profilaxis post-exposición y garantizar la interrupción legal del embarazo en casos de violencia sexual .

- Desarrollar un modelo de atención y seguimiento a las víctimas que cuente con atención psicológica y humana.
- Homologar el registro de casos de víctimas de violencia sexual a fin de poder dar seguimiento a ellos.
- Contar con rutas de acción para que el personal de salud cuente con los pasos necesarios para la atención de la violencia sexual en un diagrama de procedimientos y responsabilidades apegados a la NOM-046.



## 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 and Hunt, Paul H (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. WHO. Adherence Meeting Report. Geneva. World Health Organization. *Med Clin (Barc)* 2001; 116 (Supl 2):141-146.

## **Resultados de la investigación**

---

### **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.

Ley General de Salud.

Ley General de derechos lingüísticos de los Pueblos Indígenas.

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 la Veracruz. Folios: 0321500108218, 0321500043118, 0321500095918, 0321500042818, 0321500108318, 0321500108418, 0321500108518, 0321500108618, 0321500108718, 0321500108818, 0321500108918, 03215000956118, 0321500095118, 0321500040818, 0321500095218, 0108000204518, 0321500095418, 0321500095318, 0321500095118, 0321500095818.

Secretaría de Salud de Veracruz. Folios: 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.



