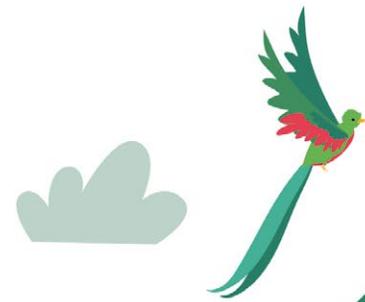


Recomendaciones para prevenir el embarazo en adolescentes por medio de los servicios de salud sexual y reproductiva en Chiapas



CENTRO DE SALUD



20 años ILSB

LO PÚBLICO ES NUESTRO



REMIAC



Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir, A.C.

ELABORADO POR:

**Programa de Innovación Social
y Participación Ciudadana**

Tania Martínez
Aída Bustos
Ana Laura Flores

DIRECCIÓN

Friné Salguero
DIRECTORA

Eugenia Likar
SUBDIRECTORA

COORDINACIÓN EDITORIAL

Arabella Jiménez
DISEÑO: Murcio Editores

AGRADECIMIENTOS:

Al Programa de Mujeres Indígenas (Promui), al Programa de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos (REDefine) y a activistas de la segunda generación de Lo Público es Nuestro, por acompañar la elaboración de este documento mediante la generación de insumos y la revisión del mismo.

Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir, A.C.
Tabasco 68, int. 3, colonia Roma, Cuauhtémoc
06700 Ciudad de México
www.ilsb.org.mx

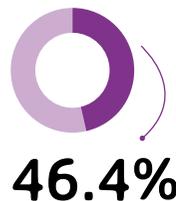
Recomendaciones para prevenir el embarazo en adolescentes por medio de los servicios de salud sexual y reproductiva en Chiapas



Lo Público es Nuestro (LPEN) es una iniciativa de contraloría social del Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir (ILSB), la cual fortalece la participación ciudadana de jóvenes y mujeres indígenas en 13 estados del país con el objetivo de hacer incidencia política, con base en evidencia, para mejorar los servicios de salud sexual y reproductiva en el marco de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (Enapea).¹ La información y las recomendaciones que se presentan a continuación son producto del análisis y la investigación que han hecho el ILSB y la Red de Mujeres de los Pueblos Indígenas y Afrodescendientes de Chiapas (Remiac), a través de dos generaciones de investigadoras, durante los últimos cinco años.

Embarazo en la adolescencia

El embarazo en adolescentes de entre 12 y 19 años se considera un problema de salud pública por sus causas e impactos multidimensionales de corto, mediano y largo plazo para las y los adolescentes, sus familias, comunidades e incluso el Estado.



Se estima que en México **“una de cada diez mujeres adolescentes ha tenido hijos”**.²

de las **adolescentes** que ya iniciaron su vida sexual **ha estado embarazada al menos una vez**.³

En México, la tasa de fecundidad **en adolescentes de 15 a 19 años** para 2020 fue de 68.5⁴, es decir, **hubo casi 70 nacimientos por cada mil adolescentes**. Esta es la **tasa más alta entre los países de la OCDE**,⁵ incluso está por encima de las tasas promedio de América Latina y el Caribe (66.5), y del mundo (46).⁶

Chiapas, 2020

Tasa de fecundidad específica por cada mil habitantes



Los municipios de Mitontic, Ixhuitán, Chalhuitán y Jitolol son los que cuentan con el promedio más alto de hijas e hijos nacidos vivos de madres adolescentes.⁸

El embarazo en la adolescencia tiene efectos adversos en la salud, ya que el cuerpo aún no está en condiciones aptas para el embarazo, lo cual puede llevar a discapacidades o fallecimientos en las adolescentes, además de afectaciones sociales como abandono escolar, bajo acceso a servicios de salud, incorporación tardía al mercado laboral, perpetuación del círculo de pobreza para estas adolescentes y sus hijas e hijos, entre otras.

¹ La Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes tiene como objetivo “reducir el número de embarazos en adolescentes en México, con absoluto respeto a los derechos humanos, particularmente a los derechos sexuales y reproductivos”; busca para 2030 reducir a “la mitad la actual tasa de fecundidad entre las adolescentes mexicanas de 15 a 19 años y erradicar el embarazo en niñas menores de 15 años”. En Conapo, Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (Enapea) [en línea], p. 17.

² Juárez, J., (18 de junio 2019), El embarazo adolescente, un problema de salud pública en México, [en línea] <https://quimica.unam.mx/el-embarazo-adolescente-un-problema-de-salud-publica-en-mexico/>

³ SSA/Inegi, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2018. Microdatos [en línea].

⁴ Conapo, “Sistema de indicadores para seguimiento y monitoreo de la Enapea” [en línea].

⁵ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

⁶ UNFPA México, “América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo” [en línea].

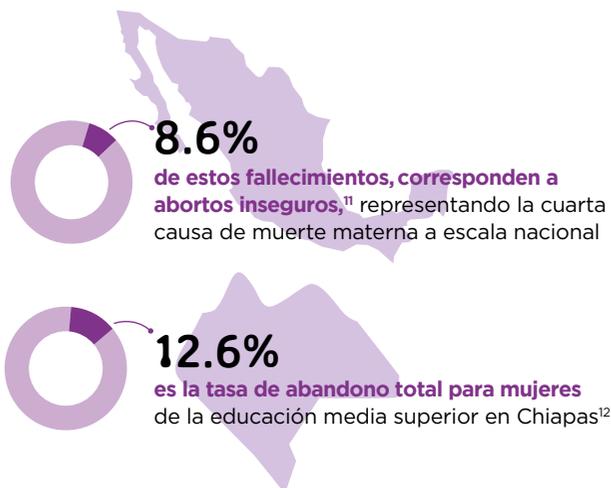
⁷ Consejo Nacional de Población (Conapo), “Sistema de indicadores para monitoreo y seguimiento de la Enapea”.

⁸ Inegi, Censo de Población y Vivienda 2020, cuestionario básico.

Recomendaciones para prevenir el embarazo en adolescentes por medio de los servicios de salud sexual y reproductiva en Chiapas

Una de las posibles consecuencias de los embarazos en la adolescencia es **la muerte materna**, la cual, entre las **adolescentes de 15 a 19 años**, se incrementó de **32 a 37.3 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos**.⁹

El embarazo no deseado incrementa las posibilidades de practicarse un aborto en condiciones inseguras. En entidades como Ciudad de México, donde la interrupción del embarazo es legal, segura y gratuita, se han reportado cero muertes maternas por aborto en los servicios públicos desde 2007, cuando se despenalizó.¹⁰



A escala nacional, el embarazo en adolescentes es la segunda causa de deserción escolar para las mujeres.¹³

El embarazo en la adolescencia en muchas ocasiones es resultado de falta de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva; de deficiente educación integral en sexualidad; de ausencia de estrategias de promoción de la corresponsabilidad de los hombres en torno a la sexualidad y la reproducción; de escaso, e incluso, nulo acceso a métodos anticonceptivos; de violencia sexual, entre otras causas, todas con impactos diferenciados en diversos grupos de mujeres, entre ellos, el de las mujeres indígenas.

En Chiapas, Lo Público es Nuestro concentra su trabajo en dos ejes de investigación y acción, los cuales responden al contexto y las necesidades identificadas por el ILSB y Remiac. Así, al integrar el enfoque de interculturalidad en los servicios de salud e implementar de manera adecuada la NOM-046-SSA2-2005 para la atención de casos de violencia sexual y familiar se fortalece el acceso, así como la atención oportuna y de calidad en los servicios de salud sexual y reproductiva para todas las personas, incluyendo a adolescentes, jóvenes y mujeres indígenas.

⁹ Conapo, Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (Enapea) [en línea], p. 20. El incremento se dio de 2012 a 2013.

¹⁰ Gobierno de la Ciudad de México, "CDMX continúa con cero muertes maternas por aborto en servicios públicos", en Boletín 34:209, 2019 [en línea].

¹¹ Observatorio de Mortalidad Materna en México, Numeralia 2016 [en línea].

¹² Instituto Nacional de Evaluación de la Educación, "Indicadores de acceso y trayectoria escolar" (en línea), p. 7.

¹³ SEP, "Reporte de la Encuesta Nacional de Deserción de la Educación Media Superior" [en línea], p. 51.

Enfoque de interculturalidad en los servicios de salud sexual y reproductiva

El enfoque de interculturalidad “visibiliza la constitución dinámica de diversos conjuntos socioculturales que desarrollan formas particulares de vivir, pensar y actuar y contribuye a promover la paridad de trato hacia los diferentes grupos sociales. Asimismo, reconoce el papel de las instituciones de salud en el establecimiento de normas y programas con pertinencia sociocultural que definen la respuesta de los servicios de atención.”¹⁴



17.2%

de las **adolescentes indígenas de 12 a 19 años** que declararon haber sido **discriminadas entre 2016 y 2017** lo fueron **en los servicios médicos** (Consultorios, clínicas u hospitales)¹⁵



19%

de las adolescentes de 15 a 19 años que hablan alguna lengua indígena en Chiapas **les han sido negados servicios de salud**.¹⁷



100%

adolescentes de 15 a 19 que hablan alguna lengua indígena en Chiapas no utilizaron algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, mientras que en las adolescentes que no hablan lengua indígena el porcentaje es de 61.6 por ciento.¹⁶

A partir de los ejercicios de observación y de usuaria simulada, se confirmó que las unidades de salud no cuentan con materiales en lenguas indígenas sobre salud sexual y reproductiva, así, sólo se obtuvo material sobre salud en general y el cuidado del embarazo, el cual estaba únicamente en versión escrita y sólo en tsetal.

*“No nos compartieron material audiovisual, el cual es más pertinente para la población que se encuentra en comunidades indígenas”.*¹⁸

Las personas indígenas continúan enfrentando, de manera cotidiana, barreras para tener acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Por ello, son urgentes acciones desde el Estado para proveer servicios de salud que cumplan con los estándares de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, a fin de proteger la vida, los derechos y las oportunidades de las y los adolescentes.

¹⁴ Secretaría de Salud. (junio 2021), Lineamiento técnico para la atención del aborto seguro en México, [en línea] https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/646958/LINEAMIENTO_AB_CNEGSR_OPS.pdf

¹⁵ Inegi/Conapred, Encuesta Nacional sobre Discriminación 2017, “Tabulados básicos con precisiones estadísticas” [en línea].

¹⁶ Inegi, Enadid 2018.

¹⁷ Inegi, Encuesta Nacional sobre Discriminación (Enadis) 2017.

¹⁸ Lo público es nuestro, “Resultados de la investigación Chiapas”.

Recomendaciones¹⁹



Garantizar la disponibilidad de personal médico bilingüe y de promotores hablantes de lengua indígena (PHILI) en estados con población que hable lengua indígena y no hable español, como Chiapas, donde 27.2 % no habla español.²⁰



Garantizar la disponibilidad de personal médico bilingüe en las unidades de salud que dan atención en comunidades indígenas.²¹



Contar con presupuesto asignado y suficiente para la elaboración de materiales de promoción de la salud sexual y reproductiva con enfoque de interculturalidad en español y en lenguas indígenas, elaborados por personas expertas. Dando prioridad al desarrollo de materiales audiovisuales, spots en audio y materiales impresos.²⁵



Adoptar e implementar en todos los ámbitos, en especial en las unidades médicas rurales, los lineamientos del enfoque de interculturalidad en salud emitidos por la Subdirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural.²²



Hacer pública la ruta para la elaboración, difusión, distribución y en su caso, solicitud de los materiales para la promoción de la salud en diversos formatos.



Contar con una ruta clara, y conocida por el personal de salud, y por las y los usuarios para la solicitud de atención de personal médico bilingüe en las unidades de salud de primer nivel.²³



Generar, recabar y transparentar información sobre las personas indígenas, en todo su ciclo de vida, relacionada con el ejercicio de su sexualidad y su reproducción, con el objetivo de diseñar e implementar acciones que respondan a sus realidades y necesidades.²⁶



Desarrollar e implementar capacitaciones obligatorias anuales para el personal médico y de enfermería sobre el enfoque de interculturalidad en salud.²⁴

¹⁹ Estas recomendaciones se sustentan en el marco normativo vigente, por lo que su implementación es obligatoria por parte de las instancias de gobierno. Todas tienen como base la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujeres, la Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas, así como el Plan Sectorial de Salud 2019-2024. Por lo que se especifica aquellas que, además, están comprendidas en otros instrumentos legales.

²⁰ Inegi, Encuesta Intercensal 2015, principales resultados [en línea], p. 75. El fundamento legal para esta recomendación se encuentra en el reglamento interno de la Secretaría de Salud.

²¹ Ley General de Salud, arts. 51° bis 1, 54° y 67°, y reglamento interno de la Secretaría de Salud.

²² Ley General de Salud, art. 93, y Reglamento interior de la Secretaría de Salud, art. 25°.

²³ Ley General de Salud, art. 51° bis 1.

²⁴ Reglamento de capacitación de la Secretaría de Salud.

²⁵ CPEUM, art. 2°; Ley General de Salud, arts. 67° y 93°.

²⁶ Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública

Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005²⁷

La NOM-046-SSA2-2005 (NOM-046) establece “los criterios a observar en la detección, prevención, atención médica y la orientación que se proporciona a las y los usuarios de los servicios de salud [...] involucrados en situaciones de violencia familiar o sexual, así como en la notificación de los casos. Esta norma es de observancia obligatoria para todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud. Su incumplimiento da origen a sanción penal, civil o administrativa que corresponda, conforme a las disposiciones legales aplicables”.²⁸



41.3%

de las mujeres de 15 años en adelante ha sufrido al menos un incidente de violencia sexual a lo largo de su vida, en México.²⁹



32.7%

de las **adolescentes de 15 a 19 años en Chiapas ha sufrido algún tipo de violencia sexual**;³⁰ para las adolescentes indígenas, la cifra es de 23.7 por ciento.³¹

De igual forma, en Chiapas las autoridades se declararon incompetentes para reportar las cifras de ILE por violación, de enero de 2009 a junio de 2016; sin embargo, en este mismo periodo hubo 1,905 avisos al ministerio público bajo el apéndice informativo núm. 1 de la NOM-046.³²

De acuerdo con los datos obtenidos por medio de solicitudes de acceso a la información, **se capacitó a 303 personas entre 2016 y 2017 en atención a la violencia sexual y la NOM-046.**³³

Las cifras anteriores evidencian cómo la atención para las personas que vivieron violencia sexual, como acceso a anticoncepción de emergencia, interrupción voluntaria del embarazo, entre otras medidas, se brindan de manera limitada, en relación con la cantidad de casos de violencia sexual de los que se tiene registro. Por ello, son urgentes acciones desde el Estado para proveer servicios de salud que cumplan con estándares de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, para proteger la vida, los derechos y las oportunidades de las y los adolescentes.

²⁷ Esta norma es de observancia obligatoria para todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud. Su incumplimiento da origen a sanción penal, civil o administrativa que corresponda, conforme a las disposiciones legales aplicables.

²⁸ NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, (2016) [en línea] https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/VIH/LeyesNormasReqlamentos/NormaOficialMexicana/NOM-046-SSA2-2005_ViolenciaFamiliarSexual.pdf

²⁹ Inegi, Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (Endireh) 2016, principales resultados [en línea] p. 8.

³⁰ Le han hecho sentir miedo de ser atacada o abusada sexualmente; le han dicho piropos groseros u ofensivos de tipo sexual o sobre su cuerpo; le han enviado mensajes o publicado comentarios con insinuaciones sexuales, insultos u ofensas; le han levantado la falda, el vestido o le han jaloneado la ropa para ver sus partes íntimas o su ropa interior; la han manoseado, tocado, besado o se le han arrimado, recargado en ella o encimado sin su consentimiento; alguna persona le mostró sus partes íntimas o se las manoseo enfrente de ella; la han obligado a mirar escenas o actos sexuales o pornográficos; ha sido violada o la han intentado violar.

³¹ Inegi, Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (Endireh) 2016.

³² Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), “Violencia sin interrupción” [en línea], 2017.

³³ Folio de SAI: 135418.

Recomendaciones³⁴



Desarrollar e implementar capacitaciones obligatorias anuales para el personal médico y de enfermería sobre la NOM-046 y su adecuada implementación. En los contenidos de las capacitaciones deben incluirse, entre otras cuestiones, los criterios para tener acceso a profilaxis post-exposición (PPE), anticoncepción de emergencia (PAE) e interrupción voluntaria del embarazo, así como la garantía de que no haya repercusiones legales o administrativas para el personal médico y de enfermería que dé esta atención.



Proveer y difundir las directrices y mecanismos internos necesarios al personal médico y de enfermería para la adecuada implementación de la NOM-046, entre ellas el manual de procedimientos apropiado y la ruta crítica para la atención a las personas víctimas de violencia sexual o familiar.



Garantizar la presencia de personal médico y de enfermería no objetor de conciencia en las unidades de salud, así como de traductores e intérpretes en lenguas indígenas.



Garantizar la disponibilidad y provisión de los insumos requeridos para dar atención oportuna y de calidad a las víctimas de violencia sexual, como profilaxis post-exposición a VIH y anticoncepción de emergencia, principalmente.³⁵



Crear un registro del personal objetor de conciencia por jurisdicción sanitaria y unidad de salud, así como establecer un procedimiento claro para el personal médico sobre cómo registrarse como objetor de conciencia y cómo referir a las y los usuarios con el personal médico no objetor de conciencia, para recibir atención oportuna y de calidad.³⁶



Realizar y notificar el registro de los casos de violencia sexual atendidos, así como el tipo de atención que se dio a la víctima y su seguimiento, a la Dirección General de Información en Salud.



Dar a conocer a las y los usuarios su derecho a la atención, aun si hay personal objetor de conciencia, y la obligación de la clínica a garantizar este acceso.



Desarrollar campañas o materiales de promoción de la salud, con pertinencia cultural y lingüística, para el personal médico y de enfermería, así como para las y los usuarios, que les permita conocer los servicios que se brindan como parte de la atención a la violencia sexual y familiar.



Brindar consejería, con pertinencia cultural y lingüística, que proporcione información a las y los usuarios sobre alternativas de atención y apoyo en los casos de violencia sexual y familiar; se les informará sobre su derecho a denunciar los hechos, pero sin que haya la obligación de hacerlo, así como sobre los centros de atención y apoyo a víctimas en sus comunidades.³⁷

³⁴ Todas tienen como base la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer; Ley General de Víctimas; el Plan Sectorial de Salud 2019-2024, así como la NOM-046-SSA2-2005. Se especifican aquellas que, además, están comprendidas en otros instrumentos legales.

³⁵ NOM-047-SSA2-2015.

³⁶ Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, en el artículo 9, fracción VI.

³⁷ Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, art. 52.

³⁸ Convención Americana sobre Derechos Humanos, art. 3°; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, art. 18.

Lo Público es Nuestro, a través de la contraloría social liderada por juventudes y mujeres indígenas, ha logrado identificar criterios para la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva, que aunque ya están considerados en el marco legal y programático mexicano, en muchas ocasiones se omiten. Es con base en ese trabajo de investigación y análisis que hacemos las recomendaciones anteriores para incrementar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva a adolescentes y mujeres indígenas, mejorar su calidad y contribuir así a la prevención del embarazo en adolescentes como lo establecen las metas de la Enapea.

Contacto REMIAC

Correo electrónico: remiacchiapas@gmail.com

20 ILSB
años

