

EQUIDAD EN EL ACCESO





Equidad en el acceso:

Fortaleciendo la atención en salud sexual y reproductiva con un enfoque de pertinencia cultural para jóvenes indígenas en México – resumen preliminar del informe

Los adolescentes y los jóvenes de México componen más de una cuarta parte de su población total y, si bien la tasa general de fertilidad de los jóvenes de 15 a 19 años ha disminuido, existen grandes diferencias al interior del país en cuanto a tendencias de fecundidad, uso de métodos anticonceptivos, y acceso a los servicios de la atención a la salud.^{1,2} Para entender estas disparidades, es fundamental reconocer los contextos socioculturales de las poblaciones, en particular, de las indígenas. El acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) entre los jóvenes indígenas está influenciado, y afectado, por los contextos comunitarios y culturales, así como por una deficiente competencia intercultural, como lo demuestran los prestadores de servicios de salud y las autoridades.



Estas cuestiones son preocupantes, dada la falta de claridad sobre cómo la administración del presidente López Obrador responderá a las necesidades únicas de los jóvenes indígenas en México, sobre todo, en la implementación continua de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA). Creada en 2015, la ENAPEA busca disminuir a la mitad la tasa de fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años y eliminar el embarazo en las niñas de 10 a 14 años para el 2030, es un plan alineado con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (PROSESA). Al igual que el PROSESA, la ENAPEA quiere reducir las inequidades en salud entre las diferentes poblaciones y mejorar las condiciones sociales de los más vulnerables.^{3,4}

Si bien la necesidad de mejorar los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) para las poblaciones indígenas es reconocida, existe una falta de información sobre la relación que existe entre las barreras institucionales, las normas sociales y el acceso limitado a la salud para jóvenes y adolescentes indígenas. Además, las poblaciones indígenas del país siguen siendo pasadas por alto, o incluso olvidadas por completo en el desarrollo y ejecución de los planes nacionales.^{5,6,7} Como tal,

mientras los representantes de la sociedad civil participaron en el desarrollo de la ENAPEA de forma interdisciplinaria y multisectorial, y los 32 estados están representados en la implementación local de la estrategia a través de los Grupos Estatales para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GEPEA), no está claro si la ENAPEA responderá a las diferentes necesidades de la juventud indígena en todo el país, o cómo lo hará.

Desde 2018, el Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM), una organización de la sociedad civil (OSC) con sede en Chiapas, ha involucrado a jóvenes indígenas en el monitoreo ciudadano de las unidades médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social-Bienestar antes Prospera (IMSS-B) y el Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH) en seis municipios de la región Altos Tsotsil-Tseltal de Chiapas, México. A través de las visitas a las unidades médicas, los jóvenes promotores han validado la documentación anterior del OMM, sobre las barreras administrativas significativas para la juventud indígena en el acceso a métodos anticonceptivos. Estas barreras incluyen las deficiencias en competencias interculturales por parte de los prestadores de salud y el personal de

La Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) es interinstitucional y establece 5 objetivos para reducir el número de embarazos en adolescentes en México:

1. Contribuir al desarrollo humano y ampliar las oportunidades laborales y educativas de las y los adolescentes en México.
2. Propiciar un entorno habilitante que favorezca las decisiones libres, responsables e informadas de las y los adolescentes sobre el ejercicio de su sexualidad y la prevención del embarazo.
3. Asegurar el acceso efectivo a una gama completa de métodos anticonceptivos, incluyendo los reversibles de acción prolongada (ARAP), para garantizar una elección libre e informada y la corresponsabilidad del varón en el ejercicio de la sexualidad.
4. Incrementar la demanda y calidad de la atención de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes.
5. Garantizar el derecho de las niñas, los niños y la población adolescente a recibir educación integral en sexualidad en todos los niveles educativos de gestión pública privada.

las unidades médicas administradas por el IMSS-B y el ISECH.^{8,9} Con base en los hallazgos del OMM y respondiendo a la preocupación de que la promesa de campaña presidencial de López Obrador de una “cuarta transformación” para fortalecer la democracia, impulsar el desarrollo, y eliminar la corrupción no llegará al sur de México, este informe comparte los resultados de grupos focales

integrados por jóvenes indígenas de Chiapas y Oaxaca realizados en 2019 por el OMM y PAI. Como lo demuestran los resultados, existe una necesidad urgente de mejorar la interculturalidad en salud para responder a las necesidades de la juventud indígena, una población marginada y vulnerable en todo el país.

Además de los cinco objetivos principales, ENAPEA tiene los siguientes ocho principios rectores que abarcan tanto los objetivos como los cursos de acción:

1. Intersectorialidad
2. Ciudadanía y derechos sexuales y reproductivos
3. Perspectiva de género
4. Curso de vida y proyecto de vida
5. Corresponsabilidad
6. Participación juvenil
7. Investigación y evidencia científica
8. Evaluación y rendición de cuentas

Métodos

El OMM y PAI examinaron cómo las barreras institucionales y las normas socioculturales interactúan para limitar la salud y los derechos sexuales y reproductivos (SDSR) y dan forma al acceso –o no- a los servicios de SSR entre las adolescentes y jóvenes indígenas en Chiapas y Oaxaca. Las respuestas sobre este aspecto y otras preguntas relacionadas ampliarán la base de conocimiento sobre las inquietudes, necesidades y deseos específicos de SSR en estos jóvenes, para entender si están ejerciendo sus Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) y cómo, y promover la rendición de cuentas por parte de las administraciones federales y estatales hacia la ciudadanía.

Los datos se obtuvieron entre julio y agosto de 2019 de ocho entrevistas semiestructuradas con informantes clave y grupos focales de discusión con representantes de la sociedad civil de Ciudad de México, Chiapas y Oaxaca; y representantes de las instancias federales y estatales como: el Consejo Nacional de Población (CONAPO), el Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres), la Dirección General de Población de Oaxaca (DIGEPO), y de la Secretaría de las Mujeres de Oaxaca (SMO), que participan en la implementación de la ENAPEA. Además, se llevaron a cabo siete grupos focales de discusión semiestructurados con 45 jóvenes indígenas y adultos jóvenes, de entre 11 y 27 años, en Chiapas y Oaxaca, incluyendo las perspectivas de las comunidades tsotsil, tseltal y mixteca. Se incluyeron 30 niñas y mujeres jóvenes y 15 niños y hombres jóvenes y se llevaron a cabo discusiones en grupos separados por género y de ambos géneros. El consentimiento informado se obtuvo de manera verbal de todos los participantes antes de la recopilación de datos y tanto los participantes como el personal de PAI conservaron copias firmadas.

Identidades en movimiento

Es importante tomar en cuenta aspectos identitarios de la generación de jóvenes incluidos en los grupos focales. La mayoría de los jóvenes chiapanecos que participaron hablaban español, pero en algunos casos la comprensión del español fue limitada pese a su escolarización, y por tanto, las respuestas fueron muy concisas. En los grupos focales con los jóvenes oaxaqueños en cambio hablaban y comprendían el español sin dificultades. En los grupos focales de Chiapas varios de los entrevistados no portaron su traje tradicional, en cambio en los grupos focales de las mujeres más jóvenes sí lo utilizaron. El traje tradicional se ha vuelto una vestimenta ceremonial y además es más costosa que la ropa comercial.¹⁰ En Oaxaca ninguno de los jóvenes participantes utilizó vestimenta tradicional.

La juventud indígena está inmersa en continuos cambios, la migración dentro de México o hacia Estados Unidos transforma las formas de convivencia, se escinden familias, se crean imaginarios de otros lugares, y también se asumen nuevos roles. Más recientemente, la socialización moderna a través de su participación en las redes sociales y el uso del internet los ha expuesto a información que hace una década no se contemplaba. Sin embargo, dentro de sus localidades aún conviven con reglas sociales muy conservadoras con respecto a los roles de cómo ser hombre y mujer.¹¹ Esto crea una incongruencia social en el desarrollo de la juventud indígena. Pese a la mayor incorporación de las adolescentes a las escuelas, la educación en casa las prepara en las tareas domésticas, que se asumen como propias de su género, lo mismo con los varones y su trabajo en el campo o en el comercio. Otro ejemplo de estos cambios es que promotores de SSR del OMM se han apropiado de la información sobre los DSR y la comparten con sus pares espontáneamente o porque se las demandan. Estos cambios son sobresalientes porque las generaciones que anteceden a estos jóvenes difícilmente recibieron y mucho menos promovieron este tipo de información.

Resultados y análisis preliminares

A) LOS JÓVENES INDÍGENAS TIENEN CONOCIMIENTOS LIMITADOS SOBRE DERECHOS HUMANOS (DDHH), DSR Y SSR

Si bien muchos de los jóvenes han tenido alguna introducción a los derechos humanos y reproductivos, su conocimiento estaba desconectado el uno del otro y las conversaciones introductorias se llevaban a cabo de forma aislada. Los diálogos sobre aspectos biológicos de la salud reproductiva se llevaban a cabo en el aula y, a veces, entre madres e hijas, o entre hermanas o primas. Los aspectos sociales de la SSR se mencionaron en gran medida entre amigos y compañeros. Las conversaciones sobre DDHH tuvieron lugar principalmente en el hogar, donde los niños oyeron a sus padres hablar sobre el concepto o, a veces, se les habló directamente sobre el tema. Los DDHH también se discuten a veces en la escuela en clases de tipo educación cívica. Además, un par de niños compartieron que sus padres hablaron con ellos sobre el sexo y la prevención del embarazo. La separación de las conversaciones entre los ámbitos de la escuela, la familia y los compañeros es notable para descifrar de quién, qué y cómo estos jóvenes están aprendiendo e interpretando los DSR.

La mayoría de los jóvenes, niñas y niños indígenas por igual pudieron hablar brevemente sobre las definiciones de salud y derechos sexuales y reproductivos, aunque aterrizados en temas particulares de embarazo y/o parto, tener relaciones sexuales, métodos anticonceptivos, órganos reproductivos masculino y femenino o protección contra enfermedades contagiosas. Cuando se les preguntó sobre los DDHH, los

jóvenes hablaron principalmente de libertad y libre expresión. Inequívocamente, una joven de Santiago el Pinar, Chiapas, afirmó que los DDHH son la igualdad de mujeres y hombres y otra del mismo grupo compartió que “no a la violencia” es un derecho. Cada una de las respuestas, por sí mismas, está incompleta, pero se presentaron conceptos elementales en la mayoría de los entrevistados. Esto demuestra algo de aprendizaje y comprensión dentro de estas comunidades. Sin embargo, un grupo de adolescentes en Santiago el Pinar nunca había oído hablar de los derechos sexuales y reproductivos o de los derechos humanos, lo cual puede señalar, como mínimo, la variación en las experiencias y en el conocimiento de ambos conceptos, así como de las costumbres y normas entre las poblaciones y comunidades indígenas representadas en la muestra.

Un objetivo específico de la ENAPEA es la provisión de educación integral en sexualidad en todos los niveles educativos de los sistemas públicos y privados y vinculada a los entornos comunitario y familiar para promover aún más el conocimiento.¹³ Aunque las conversaciones con los jóvenes indígenas en los grupos focales sugieren que puede haber una formación básica de salud reproductiva, la educación sexual y de salud reproductiva está lejos de ser integral y, en última instancia, incompleta en los hogares, escuelas y comunidades. Aunque los jóvenes tienen un conocimiento rudimentario del sexo, la reproducción y la salud, sus fundamentos no los ayudan en la participación y exposición a experiencias positivas, amigables y receptivas, de servicios de salud sexual y reproductiva.



B) LA COMUNICACIÓN, EL LENGUAJE Y EL RESPETO SON BARRERAS PARA BUSCAR Y ACCEDER A LA ATENCIÓN

Las experiencias negativas que los jóvenes tienen al acceder a los servicios de SSR también se debe en parte, a que a menudo el personal de salud los hace sentir incómodos, debido a la falta de competencia cultural del personal. Esta falta se refleja en los impedimentos para la comunicación y el hecho de que la terminología o los conceptos de DDHH y DSR no existen en muchas de las lenguas indígenas, lo que complica más la relación médico-paciente. Entre los participantes de los grupos focales, los adolescentes jóvenes - hasta 16 años en la muestra - que buscan atención médica generalmente van acompañados por sus padres, a quienes el personal médico habla directamente y, a veces, exclusivamente. Esto genera desafíos en la comunicación y el lenguaje, y socava el respeto y la relación con estos usuarios. En primer lugar, se requiere que los padres/madres expliquen adecuadamente el padecimiento, las dudas o las necesidades de sus hijas o hijos y, posiblemente, expliquen también la experiencia física o emocional de sus hijos. Dado que muchos jóvenes no están discutiendo sus experiencias y necesidades sexuales y reproductivas con sus padres/madres, las interacciones de estos últimos con el personal de salud limitan o ignoran la voz de los jóvenes, lo cual puede causarles molestias y dificultar la prestación de servicios de salud reproductiva.

Además, para que la conversación sea efectiva, el personal médico y los padres/madres deben hablar el mismo idioma. Aunque existe la educación bilingüe para niños y adolescentes indígenas,

en muchas comunidades indígenas de México los padres, y sobre todo las madres, no hablan español, el idioma más ampliamente utilizado en el país y con el que prácticamente todo el personal médico desempeña sus servicios. Junto con la disponibilidad inconsistente de traductores capacitados, y una aversión común entre el personal de salud a interactuar con usuarios jóvenes, muchos de los cuales podrían ofrecer una traducción general para sus padres, o hablar por sí mismos, estos fallos exponen un ambiente generalizado de desprecio hacia los jóvenes indígenas que buscan atención médica y, en última instancia, crean un sistema de salud de injusticia cultural. Pese a ello, los varones generalmente expresaron que se sintieron bien durante las consultas, aunque también hablaron del lenguaje como una barrera. Algunos de los adolescentes mayores y adultos jóvenes, sobre todo los varones, tienden a sentirse más cómodos interactuando directamente con el personal médico.

Varios jóvenes también mencionaron sentirse más cómodos cuando el personal médico habla en su lengua materna. Es importante destacar que pocas veces hay una transliteración de palabras o términos de salud y derechos sexuales y reproductivos del español a lenguas indígenas, o viceversa. Las niñas y los niños revelaron que “les da pena” preguntar cuando tienen dificultades para comprender lo que el personal médico dice o para expresarse. Una joven promotora declaró: “hay palabras en tsotsil que no tiene cómo decirlo en español ... a veces que también utilizan palabras como muy desconocidas, y ya como nosotros tenemos la vergüenza de contestarlos,

solo decimos sí, no”. La vergüenza experimentada por la incapacidad de comunicarse en el idioma predominante del sistema de salud se amplifica por la reacción del personal médico. Las niñas de todas las comunidades compartieron anécdotas de médicos que se burlaban o se frustraban y se enojaban con usuarios que no hablaban español, y también de una enfermera que hablaba español en lugar de tsotsil para sentirse superior. Esto, en última instancia, afecta la calidad de la atención que los jóvenes reciben de los prestadores de servicios, quienes son geográficamente accesibles.

Como con frecuencia el personal médico no los trata bien, los jóvenes indígenas generalmente no confían en el personal o en el sistema de salud público, aunque algunos adolescentes mayores expresaron una mayor confianza en los servicios que otros. Muchos de los encuestados explicaron su búsqueda de servicios u opciones alternativas, como visitar las casas de salud comunitarias de los zapatistas o preguntar en farmacias o centros privados, donde es más probable recibir medicamentos si fuera necesario, pero aun así no se garantiza que estas instituciones respondan a sus necesidades o los traten con respeto y dignidad. Una representante de una instancia estatal validó estas experiencias cuando

dijo: “Pensamos desde el centro, desde la zona urbana, que eso no se mueve en las comunidades indígenas, y también se están moviendo y se mueve también muy rápido, y creo que no hemos encontrado los mecanismos de comunicación adecuados, yo siento que no estamos hablando el mismo lenguaje”. Esto reveló sentimientos figurativos y literales sobre el lenguaje y la comunicación con las poblaciones indígenas.

C) LAS NIÑAS Y LAS JÓVENES TEMEN A LA VIOLENCIA Y EL ACOSO

Junto con la ansiedad de ser examinadas por intimidantes prestadores de servicios, las niñas y las jóvenes experimentan temor a la violencia y el acoso físico y emocional, incluido el abuso físico, la violencia de pareja, la violación y otras agresiones sexuales como el acoso en la calle y el abuso médico. Cuando se les preguntó si sentían temor del acoso sexual y la violencia en la comunidad, una joven en Tenejapa respondió: “Sí, siempre, de todo en todos los lugares”. Muchas jóvenes hablaron de temer a ‘los borrachos’ en sus respectivas comunidades; un refrán de alcohol y machismo se repitió en los grupos focales que incluían niñas, con mayor temor de que ocurran por la noche. Un par de niños también expresaron



Regiones de Chiapas

- Los Altos
- Tsotsil Tseltal

“Pensamos desde el centro, desde la zona urbana, que eso no se mueve en las comunidades indígenas, y también se están moviendo y se mueve también muy rápido, y creo que no hemos encontrado los mecanismos de comunicación adecuados, yo siento que no estamos hablando el mismo lenguaje”

— Representante del gobierno del estado

temores, aunque concluyeron que el miedo era por sus hermanas y por querer protegerlas.

Un punto de discusión entre los funcionarios del gobierno, incluido un informante clave de esta investigación, sobre cómo el embarazo protege a las mujeres y niñas de la violencia, fue desacreditado por declaraciones en casi todos los grupos focales de jóvenes que: “estés embarazada o no, no le va importar para maltratarte” y “No, no importa si están embarazadas ... hay mucha violencia en las comunidades”.

Una niña oyó hablar de “una niña que estaba embarazada y cuya madre comenzó a patearla en el estómago” y otra dijo: “tienen yo creo incluso más riesgo si la familia de tu pareja no te quiere”. Además, las niñas y las mujeres tienen miedo de responder a la violencia por temor a “algo peor”. Está claro que, en estas comunidades indígenas, el embarazo no reduce el riesgo de violencia contra las mujeres y las niñas. A veces empeora las formas de violencia.

Dicho esto, dos promotores de salud, un joven y una joven, hablaron sobre cómo el miedo de la violencia y los actos de violencia dependen de la niña contra la cual se puede cometer la violencia. Donde el joven dijo “a veces las mujeres dan chance, ¿no?... depende mucho del actuar de cada uno”, la joven dijo, “no tengo miedo... porque yo creo que depende también del carácter que una tenga”. Si bien el joven habló directamente sobre la influencia de las acciones de las mujeres en la violencia sexual, la respuesta de la joven es menos clara. Es posible que ella estuviera hablando de la valentía como un rasgo de carácter. Estas creencias fueron atípicas entre las respuestas de los jóvenes incluidos en la muestra, pero reflejan sentimientos globales sobre cómo las niñas y las mujeres tienen la culpa por haber experimentado la violencia.

El objetivo de la ENAPEA de fomentar un entorno propicio que permita a los adolescentes tomar

decisiones informadas y responsables con respecto a su SSR y, específicamente, a la prevención del embarazo, incluye líneas de acción para fortalecer la prevención de la violencia y el abuso sexual de niñas, niños y adolescentes.¹⁴ La necesidad de leyes y políticas más robustas que protejan y respeten a las niñas y las mujeres es innegable, pero las medidas preventivas y las respuestas comunitarias también son críticas para proteger a estos grupos. Otros objetivos de la ENAPEA, sobre la educación integral en sexualidad y el fortalecimiento del entorno propicio, pueden tener poderosos impactos socioculturales en la prevención de la violencia. Por ejemplo, discusiones con adolescentes y jóvenes dentro y fuera de las escuelas sobre ideas de consentimiento y autonomía corporal o la creación de espacios seguros, que faciliten denuncias confidenciales y la recuperación terapéutica, podrían mitigar la preocupación diaria entre niñas y mujeres.

D) CONFUSIÓN ENTRE LAS OSC Y LAS AGENCIAS GUBERNAMENTALES SOBRE LA EXISTENCIA DEL PROGRAMA IMSS PROSPERA

El programa IMSS-Prospera, ahora denominado IMSS-Bienestar, atendió a aproximadamente 12.3 millones de personas en 28 entidades federativas, 77% de las cuales viven en alta marginación y 1/3 de las cuales son de comunidades predominantemente indígenas. En octubre de 2019, se aprobó la creación del INSABI, el nuevo Instituto de Salud para el Bienestar, que reemplazará el Seguro Popular, garantizará servicios de salud y medicamentos gratuitos para los que carecen de seguridad social, y absorberá al programa IMSS-Prospera. Antes de este anuncio, el programa Prospera se discutió en conversaciones y en los grupos focales con la sociedad civil, así como con los representantes de las instituciones incluidos en este estudio, quienes llamaron la atención sobre la ambigüedad de si el



programa seguiría y cómo funcionaría bajo la nueva administración federal. Mientras los representantes de las instancias federales tenían la impresión de que Prospera todavía estaba operando a una escala reducida, los representantes de OSC creían que el programa se había cerrado o desaparecido debido a la baja asignación de recursos. Esta confusión en torno al programa es significativa ya que Prospera brindaba cobertura y servicios de salud a muchos indígenas de Chiapas y Oaxaca que no tenían otra

alternativa de atención a la salud. También cubría a muchas personas indígenas en el área rural que estaban bajo el régimen de Seguro Popular pero que no tenían acceso geográfico a clínicas de la Secretaría de Salud. Aunque el INSABI entró en vigor en enero de 2020, quedan muchas preguntas sobre el financiamiento y las operaciones de la nueva instancia.

Nadie duda de la necesidad de leyes y políticas más fuertes para proteger a las niñas y a las mujeres. Pero es también fundamental para proteger a dichos grupos de población establecer medidas preventivas tales como la educación temprana como prevención contra la violencia y las respuestas a nivel comunitario, como por ejemplo el registro de casos.

Conclusiones

Como lo sugieren los resultados de los grupos focales, se detectan las siguientes situaciones que necesitan ser atendidas:

1. ATENCIÓN A LA SSR CON ENFOQUE INTERCULTURAL.

Existe una necesidad urgente de mejorar o crear estrategias de interculturalidad en la atención a la salud para responder a las necesidades de los jóvenes indígenas, una población marginada y vulnerable en todo el país.

2. BARRERAS INSTITUCIONALES, SOCIOCULTURALES Y DE POLÍTICAS PÚBLICAS.

Las barreras institucionales, las normas socioculturales, y las políticas públicas existentes, específicamente la ENAPEA, no abordan adecuadamente las experiencias, necesidades e inquietudes de los jóvenes indígenas y menos aún de los enfoques culturalmente relevantes y aceptables que podrían mejorar la atención a la SSR para este grupo clave. La ENAPEA prioriza categóricamente a los municipios con una población indígena total de 20% o más y con más de 1,000 personas de 3 años en adelante que hablan una lengua indígena. Sin embargo, la implementación de la ENAPEA ha sido limitada en los estados y municipios.

El análisis de los impactos que las barreras institucionales y las normas socioculturales tienen sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes y jóvenes indígenas en Chiapas y Oaxaca, las políticas gubernamentales existentes, más, las barreras del idioma y la comunicación para la atención de SSR son particularmente preocupantes, ya que conjuntan los hallazgos relacionados con la falta de conocimiento y comprensión de los servicios de SSR, SDSR y los derechos humanos de los jóvenes indígenas en general. El esfuerzo limitado para transmitir la información de manera apropiada culturalmente es un rechazo inaceptable hacia los pueblos indígenas de México. Incluso el desorden en torno a Prospera, un programa de gran valor para los pueblos indígenas debido a la falta de acceso a otros servicios de salud viables, demuestra la inadecuada atención a estos grupos de ciudadanos mexicanos.



3. FALTA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL DE JÓVENES INDÍGENAS EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DESTINADAS A ELLOS.

Para responder con eficacia a las complejas necesidades de SSR de los jóvenes indígenas y asegurar que los planes y políticas del gobierno para una “cuarta transformación” inclusiva lleguen realmente a los jóvenes indígenas en Chiapas y Oaxaca, las voces de los jóvenes, como las representadas en los grupos focales, deben ser elevados y escuchados con más frecuencia dentro de los espacios de formulación de políticas. Su inclusión en los diálogos de formulación de políticas públicas garantizará que estas y los programas se desarrollen e implementen de tal manera que respondan a las muchas y diversas realidades de los adolescentes y jóvenes indígenas en México.

4. EVIDENCIA LIMITADA PARA LA TOMA DE DECISIONES.

Los datos cuantitativos y cualitativos que deben servir como evidencia para el desarrollo de políticas son escasos, su recopilación y difusión ampliaría el alcance de la atención y el apoyo a estas poblaciones, además de enfatizar aún más el apoyo que necesitan. En el desarrollo e implementación de líneas de acción alineadas con la ENAPEA, deben ser conscientes de incluir beneficios para todos los pueblos de México y la administración debe hacer esfuerzos para beneficiar de manera equitativa la salud de las poblaciones indígenas marginadas del país a través de la política pública.



Referencias

- ¹ Pan American Health Organization and World Health Organization. (2018). *Adolescent and Youth Health – 2017 Country Profile Mexico*. <https://www.paho.org/adolescent-health-report-2018/images/profiles/Mexico-PAHO%20Adolescents%20and%20Youth%20Health%20Country%20Profile%20V5.0.pdf>
- ² United Nations Population Division, World Population Prospects. (2019). [*Adolescent fertility rate (births per 1,000 women ages 15-19) – Mexico*]. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.ADO.TFRT?end=2017&locations=MX&start=1960&view=chart>
- ³ Secretaría de Salud. (2016, February 2). *Programa Sectorial de Salud: PROSESA 2013-2018*. Sacado de <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/programa-sectorial-de-salud-21469>
- ⁴ Secretaría de Salud. (2013). Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Sacado de <http://evaluacion.ssm.gob.mx/pdf/Prosesa-2013-2018.pdf>
- ⁵ Sochet, M.S. (2014). ¿Exclusión o inclusión indígena? [Indigenous exclusion or inclusion?] *Estudios Políticos (México)*, 31. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16162014000100005
- ⁵ Serna, A.M.G. (2016). Seguimiento a la Estrategia Nacional para la Prevención de Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) en Chiapas 2016. OMM. Sacado de http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/ENAPEA_Chiapas_2016.pdf
- ⁶ Comisión Nacional de los Derechos Humanos [National Commission for Human Rights]. (2016). *La Consulta Previa, Libre, Informada, de Buena Fe y Culturalmente Adecuada: Pueblos Indígenas, Derechos Humanos y el Papel de las Empresas* [*The Free, Informed, Good Faith and Culturally Appropriate Pre-Consultation*]. <http://informe.cndh.org.mx/uploads/menu/10064/Laconsultaprevia.pdf>
- ⁷ Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (CERD) [The Committee for the Elimination of Racial Discrimination]. (2019). Observaciones finales sobre los informes periódicos 18 a 21 combinados de México [Final observations regarding Mexico's combined periodical reports 18 to 21]. http://hchr.org.mx/images/doc_pub/CERD_C_MEX_CO_18-21_36936_S.pdf
- ⁸ Serna, A.M.G. (2016). Seguimiento a la Estrategia Nacional para la Prevención de Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) en Chiapas 2016 [Monitoring the National Strategy for the Prevention of Adolescent Pregnancy (ENAPEA) in Chiapas 2016]. <https://omm.org.mx/blog/seguimiento-a-la-estrategia-nacional-para-la-prevencion-de-embarazo-en-adolescentes-enapea>
- ⁹ Observatorio de Mortalidad Materna en México. (n.d.) Situación del Embarazo en Niñas y Adolescentes en Chiapas [Situation of Adolescent and Child Pregnancy in Chiapas]. Public Letter.
- ¹⁰ Gómez, F. (2018) *Masculinidades indígenas. Una autopsia a los hombres zinacantecos* [*Indigenous masculinities. An autopsy on the Zinacanteco men*] (Master's thesis, Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social [Center for Research and Higher Studies in Social Anthropology], Chiapas, Mexico). Sacado de <http://ciesas.repositorioinstitucional.mx/jspui/handle/1015/891>
- ¹¹ Freyermuth Enciso, G. et al. (2014) *Monitoreo de la atención de la salud sexual y reproductiva en adolescentes indígenas*. México: CIESAS-INMUJERES. Sacado de http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101242.pdf
- ¹² Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. (2015). Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes [National Strategy for the Prevention of Teen Pregnancy]. <http://www.issste.gob.mx/images/downloads/home/ENAPEA.pdf>
- ¹³ Ibid.
- ¹⁴ Gobierno de México [Government of Mexico]. (2017). Programa IMSS-PROSPERA: Capítulo VIII [Programa IMSS-PROSPERA: Chapter VIII]. <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20172018/12-Cap08.pdf>

¿QUIÉNES SOMOS?

En PAI estamos motivados por una verdad poderosa: Una mujer que está a cargo de su salud reproductiva puede cambiar su vida y transformar su comunidad.

Nuestra misión es promover el acceso universal a la salud y los derechos sexuales y reproductivos a través de la investigación, la incidencia política, y las alianzas innovadoras. Lograr esto mejorará drásticamente la salud y la autonomía de las mujeres, reducirá la pobreza y fortalecerá la sociedad civil.

ACCESO

Acceso es una iniciativa de PAI que brinda apoyo técnico a organizaciones subregionales y nacionales en Latinoamérica y el Caribe para cerrar las brechas en los servicios de salud sexual y reproductivos. Aunque la región ha logrado avances importantes en las últimas dos décadas, los altos niveles de desigualdad socavan el acceso universal a la salud sexual y reproductiva.

A través de la incidencia política de alto impacto para la reforma del sector de la salud, los socios locales de PAI involucran a gobiernos, redes regionales y líderes comunitarios para mejorar el acceso a servicios de alta calidad y fortalecer la seguridad anticonceptiva.

¿QUÉ ES EL OMM?

El OMM es una red intersectorial e independiente con sede en Chiapas, México, compuesta por la sociedad civil, las instituciones de salud y el sector académico. Fundada en 2010, su principal objetivo consiste en contribuir a la reducción de la mortalidad materna. A través de la elaboración de información estratégica y bases de evidencia, el OMM busca influir en el diseño y en la ejecución de políticas públicas que favorezcan la salud materna desde un enfoque basado en los derechos.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN, POR FAVOR, PÓNGASE EN CONTACTO CON:

Shilpa Kothari | PAI
1300 19th Street NW, Suite 200
Washington, DC, 20036-1624 USA
+1 (202) 557-3430
skothari@pai.org

Dr. Hilda Eugenia Argüello Avendaño | OMM
Carretera a Chamula No. 108
Barrio La Quinta San Martín
San Cristobal de las Casas, Chiapas, MX 29247
+52 (967) 674-9100, ext. 4016
observatoriomuertematerna@gmail.com

