



LO PÚBLICO ES NUESTRO

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

YUCATÁN



INSTITUTO DE LIDERAZGO SIMONE DE BEAUVOIR

Autoría:

Investigadoras del estado de Yucatán
Red de Mujeres Indígenas de Yucatán “Péepeno’ob”
Esther Noemí Tuz Canté
María del Rosario Nieto Pérez
Yamili Nidelvia Chan Dzul

Programa de Innovación Social y Participación Ciudadana (ISPC):

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

Programa de Mujeres Indígenas (Promui):

Zenaida Pérez Gutiérrez
Sharon Renee Cano Chulim
Guillermina Edith Juárez Leyva
Andrea Guadalupe González Bautista

Apoyo de investigación:

Ana Laura Flores Torres
Florencia Pérez Vela Quiroz

Directora:

Friné Salguero Torres

Subdirectora:

Valentina Zendejas Moheno

Coordinadora de edición:

Arabella Jiménez Sánchez

Diseño:

Murcio Editores, DR

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

LO PÚBLICO ES NUESTRO

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

YUCATÁN

ÍNDICE

06

Presentación

10

Situación del embarazo en la adolescencia en Yucatán

18

Hallazgos de la investigación

28

Disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva

32

Recomendaciones

36

Referencias

40

Bibliografía

Presentación

Lo Público es Nuestro es una iniciativa de contraloría social del Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir (ILSB) que busca fortalecer la participación ciudadana de jóvenes y mujeres indígenas en temas de salud sexual y reproductiva, con el objetivo de hacer incidencia informada mediante el uso de herramientas de transparencia y acceso a la información, e instrumentos de investigación de campo, a fin de fortalecer los servicios de salud sexual y reproductiva, y monitorear la implementación y el 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 la adolescencia: su tasa de fertilidad es de 69 nacimientos por cada 1000 adolescentes.¹ La Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (Enapea)² 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 (Inmu-

En este contexto surge Lo Público es Nuestro, un ejercicio de contraloría social para monitorear la provisión de servicios públicos de salud sexual y reproductiva en torno a 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",³ que, para los casos de violencia sexual, estipula el acceso a anticoncepción de emergencia, así como a la interrupción del embarazo.

¹ Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Registros Administrativos de Natalidad 2017 (en línea).

² La Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (Enapea) se inició en 2015.

³ 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.

⁴ Ver más en: <http://ilsb.org.mx/define>.

⁵ Ver más en: <http://ilsb.org.mx/promui>.

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

En el proceso de monitoreo se pone en el centro la perspectiva de juventudes y la interculturalidad en la provisión de los servicios de salud. Son las y los jóvenes, y las mujeres indígenas quienes participan como investigadores desde dos programas 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,⁴ y el Programa de Mujeres Indígenas (Promui),⁵ que contribuye a reducir las brechas de desigualdad de las mujeres indígenas por medio de procesos de fortalecimiento y articulación de liderazgos.

Uno de los aportes centrales de Lo Público es Nuestro es construir y replicar modelos de contraloría social de los servicios de salud a partir del ejercicio del derecho de acceso a la información y la investigación de campo, lo que fortalece la práctica de ciudadanía informada y participativa para la mejora de los servicios de salud sexual y reproductiva desde la visión y las necesidades de las y los usuarios. En el siguiente diagrama se explica la metodología y las distintas etapas en el monitoreo de los servicios de salud sexual y salud reproductiva.

Metodología del proyecto Lo Público es Nuestro



1. Talleres para el desarrollo de capacidades: Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. Acceso a la información e investigación de campo.

2. Definición y diseño de los instrumentos de investigación para cada red y estado.

3. Investigación y monitoreo de los servicios de salud por medio de: entrevistas a profundidad, cuestionarios de observación participativa, usuario simulado y solicitudes de acceso a la información.

4. Generación de hallazgos desde las redes para evaluar la entrega de servicios de salud y el sistema de transparencia en México.

5. Análisis y desarrollo de diagnósticos y recomendaciones.

6. Desarrollo de la estrategia de incidencia.

7. Implementación de la estrategia de incidencia.

8. Transformación de los servicios de SSyR, y de los sistemas de acceso a la información, para que sean de calidad, accesibles, asequibles, pertinentes culturalmente.

Resultados de la investigación

El proyecto Lo Público es Nuestro ha tenido dos generaciones de investigadoras en el estado de Yucatán. La primera realizó su investigación en torno a los siguientes ejes: abasto, acceso y promoción de métodos anticonceptivos, interculturalidad y corresponsabilidad en salud sexual y reproductiva, y corresponsabilidad de los hombres en la salud sexual y reproductiva. Mientras que la segunda generación⁶ centró su investigación en dos ejes: interculturalidad y conocimiento, e implementación de la NOM-046-SSA2-2005, "Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención". El presente documento reúne los principales hallazgos que las investigadoras de la segunda generación encontraron al término de su trabajo, así como sus recomendaciones para la mejora de los servicios de salud sexual y reproductiva relacionadas con su línea de investigación.

⁶ Esther Noemi Tuz Canté, Yamili Nidelvia Chan Dzul y María del Rosario Nieto Pérez, integrantes de la Red de Mujeres Indígenas de Yucatán "Péepeno'ob".



Situación del embarazo en la adolescencia en Yucatán

Yucatán tiene 2.09 millones de habitantes, de los cuales 375659 tienen entre 10 y 19 años, es decir, 19.97% de su población es adolescente. Según la Encuesta Intercensal 2015, del total de mujeres de entre 10 y 18 años del estado, 11% eran madres.



Resultados de la investigación

Esta situación se complejiza en contextos de exclusiones históricas, como sucede con la población indígena. Del total de la población del estado, 28.89% son personas de más de tres años hablantes de alguna lengua indígena (alrededor de 587000 personas); además, 65.40% de la población se considera indígena y 2.61%, indígena en parte. De la población de más de tres años que habla una lengua indígena, 98.14% habla maya.⁷

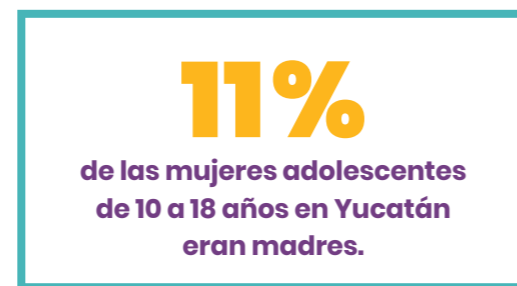
De acuerdo con datos de 2015, en Yucatán 11% de las mujeres adolescentes de 10 a 18 años eran madres. En los municipios de Mayapán (13.56%), Celestún (13.10%) y Akil (12.47%) se reportó un mayor porcentaje de madres adolescentes.⁸ Dichos nive-

Gráfica 1. Prevalencia del embarazo en la adolescencia en Yucatán

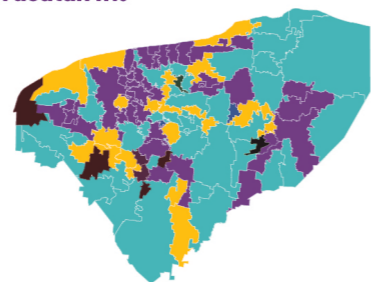


⁷ Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Encuesta Intercensal 2015 (en línea).
⁸ *Idem*.

les de prevalencia, a escala estatal y municipal, se encuentran por arriba de la media nacional (7.36%), lo cual resulta preocupante para el desarrollo del estado.



Estado: **Yucatán 11%**



Porcentaje de mujeres adolescentes con hijos o hijas

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

El embarazo en la adolescencia incide directamente en el plan de vida de ellas y ellos:

- A escala nacional, el embarazo en adolescentes es la sexta causa de abandono escolar entre jóvenes;⁹ para las mujeres es la segunda causa de deserción.¹⁰
- En Yucatán, la tasa de abandono total para mujeres en educación media superior es de 13.0%,¹¹ es decir, tan sólo 0.3% por debajo de la media nacional para mujeres, que es de 13.3 por ciento.

Si bien el embarazo en la adolescencia tiene implicaciones para mujeres y hombres, las afectaciones son mayores para ellas y, en el ejercicio de la maternidad, esta desigualdad se profundiza aún más:

- Las adolescentes que son madres reemplazan el estudio por las labores del hogar y de cuidado no remuneradas. Mientras que 72.69% de las mujeres sin hijas e hijos estudia, sólo 5.69% de las que son madres lo hace; por otro lado, sólo 13.08% de las mujeres sin hijas e hijos se dedica a quehaceres del hogar, mientras que 79.07% de las mujeres que son madres se dedica a dicha actividad.
- Las mujeres aceleran su ingreso al mercado de trabajo como menores de edad: mientras que 8.79% de las mujeres adolescentes sin hijas e hijos son económicamente activas, cuando son madres, esta cifra asciende a 11.28 por ciento.

⁹ Secretaría de Educación Pública, Reporte de la Encuesta Nacional de Deserción en la Educación Media Superior (en línea), p. 50.

¹⁰ *Ibid.*, p. 51.

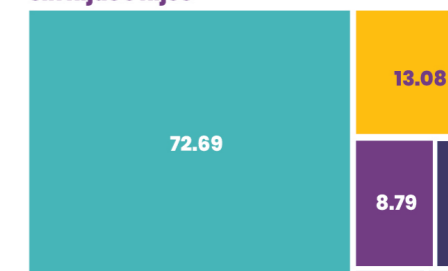
¹¹ Instituto Nacional de Evaluación de la Educación, Indicadores de Acceso y Trayectoria Escolar (en línea), p. 7.

¹² La Encuesta Intercensal llama a las labores domésticas y de cuidado "quehaceres del hogar".

Gráfica 2. Actividades principales de mujeres adolescentes

- Estudiante
- Económicamente activa
- Quehaceres del hogar¹²
- Otro tipo de actividad económica

Sin hijas e hijos



Con hijas e hijos



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

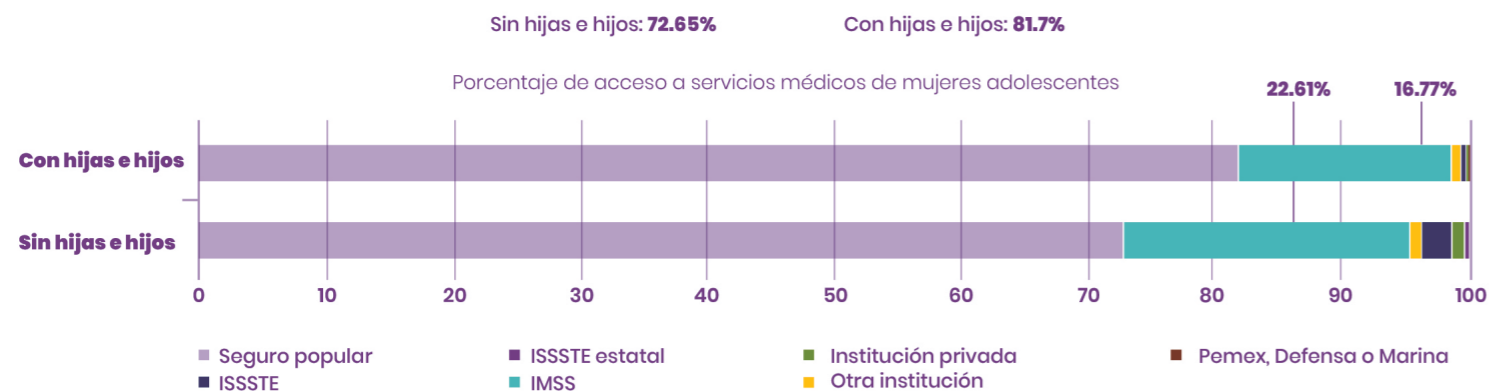


Resultados de la investigación

De manera general, el acceso a la salud se precariza cuando se es madre adolescente, ya que se deja de contar con la gratuidad en los servicios de seguridad social y aumenta su afiliación al Sistema de Protección Social en Salud o Seguro Popular, el cual no ofrece una gama amplia de servicios de salud ni cuenta con servicios adicionales, como el de guardería. El aumento en la afiliación al Seguro Popular puede obedecer a que las madres adolescentes no suelen tener empleos formales.¹³ Otra explicación puede ser que, al dejar de ser dependientes de sus padres, pierden su afiliación a la seguridad social. De acuerdo con los datos:

- El IMSS reporta un descenso de adolescentes afiliadas sin hijas e hijos de 22.61 a 16.77% con hijas e hijos; el ISSSTE lo reporta de 2.4 a 0.4 por ciento.
- En contraste, aumenta significativamente la afiliación al Seguro Popular cuando las mujeres adolescentes se convierten en madres: de 72.65% sin hijas e hijos a 81.70% cuando son madres.

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



¹³ De acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval), en México, en 2017, del total de personas ocupadas de entre 15 y 29 años, 59.9%, se encontraba en empleos informales. Coneval, "Principales Hallazgos de la Evaluación de la Política Social 2018" (en línea), lins. 43-46.

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

En cuanto a violencia hacia las mujeres, de acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (Endireh), 57.5% de las mujeres de más de 15 años reportó haber "sufrido al menos un incidente de violencia emocional, económica, física, sexual o discriminación a lo largo de su vida en al menos un ámbito y ejercida por cualquier agresor". El 43.6% de las mujeres de 15 años y más ha experimentado violencia por parte de su actual o última pareja, esposo o novio, mientras que 27% ha sufrido violencia sexual a lo largo de su vida.¹⁴

Por otra parte, la violencia sexual en Yucatán es un problema preocupante, ya que vulnera la vida y la integridad de las mujeres, cuya consecuencia puede ser un embarazo no deseado, incluso en niñas y adolescentes. En 2015 fueron denunciados 224 casos de violencia sexual, según cifras del Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (SESNSP), sin embargo, la Encuesta Nacional de Victimización (Envipe 2017) reportó 21 146 casos, lo que representa un índice de no denuncia de 98.9%. Para 2016, la Envipe reportó 570 casos de violencia sexual, lo cual, en contraste con el número de carpetas de investigación abiertas para este mismo delito, equivale a que, en dicho año, aproximadamente 61.22% de los casos que ocurrieron no fueron denunciados. Es importante señalar que esto no implica un descenso en la ocurrencia de los casos, únicamente se refiere a su denuncia.

Tabla 1. Cifras de violencia sexual en Yucatán

	Casos denunciados ¹⁵	Casos según la Envipe ¹⁶	Cifra negra ¹⁷
2015	224	21146	98.9%
2016	221	570	61.22%

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.

¹⁴ Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (Endireh) 2016. Estimaciones y medidas de precisión: Prevalencia de la Violencia (en línea).

¹⁵ Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública, "Incidencia delictiva del fuero común, nueva metodología. Reportes de delitos por año (formato XLSX) para 2017 y 2018" (en línea). Estos datos se integran con los delitos registrados en averiguaciones previas iniciadas o carpetas de investigación, reportadas por las procuradurías de justicia y fiscalías generales de las entidades federativas.

¹⁶ Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública 2017 y 2018 (Envipe) (en línea). En la Envipe de 2017 y 2018 no hay datos para este delito en Yucatán.

¹⁷ "Es el número total de casos en que las personas son victimizadas, en un tiempo y espacio determinados, pero no denuncian ante las autoridades competentes, sea por considerarlo impropio, por falta de tiempo, por temor o por el insuficiente conocimiento de sus derechos" (Centro de Formación Estudio Criminal).



Hallazgos

Los hallazgos que aquí se presentan son el resultado del ejercicio de contraloría social de la segunda generación de investigadoras de la Red de Mujeres Indígenas de Yucatán “Péepeno’ob”,¹⁸ quienes investigaron sobre dos ejes de análisis: el enfoque de interculturalidad en los servicios de salud sexual y reproductiva, y la atención de casos de violencia sexual, a partir del conocimiento e implementación de la NOM-046-SSA2-2005. Su investigación de campo fue realizada de marzo a octubre de 2018 en el Centro de Salud de Xoy, clínica rural de salud ubicada en la localidad de Xoy, y en el Centro de Salud de Peto, clínica urbana ubicada en la cabecera del municipio de Peto.

¹⁸ Yamili Nidelvia Chan Dzul y Esther Noemí Tuz Canté.



Resultados de la investigación

El valor agregado de esta investigación es que profundiza en los hallazgos obtenidos entre 2016 y 2017, periodo en el que la Red de Mujeres Indígenas de Yucatán “Péepeno’ob”¹⁸ participó en la primera generación de investigadoras de Lo Público es Nuestro.

En términos generales, la conclusión de la presente investigación es que se requiere incrementar los esfuerzos institucionales para asegurar que los servicios de salud sexual y reproductiva lleguen a jóvenes y mujeres indígenas, con un enfoque de interculturalidad, perspectiva de género y de juventud. Aunado a esto, se identificó que la pertinencia cultural de los servicios queda al arbitrio del personal de salud de cada unidad.

En cuanto a la atención de la violencia sexual, también es necesario decir que faltan esfuerzos institucionales para que mejore la atención a las víctimas: se requiere mayor capacitación en cuanto a la NOM-046-SSA2-2005, disponibilidad de insumos que prevengan un embarazo no deseado o contagio de enfermedades de transmisión sexual, atención psicológica, así como un correcto registro de los casos con información desagregada.

a. Enfoque de interculturalidad en los servicios de salud sexual y reproductiva

La valoración ciudadana de los servicios de salud de las clínicas rural y urbana investigadas se realizó mediante una evaluación de la disponibilidad de servicios de traducción profesionales, así como de la capacitación para el personal de salud en interculturalidad y la elaboración de materiales en lenguas indígenas, ya sean escritos o audiovisuales.

En esta materia, los hallazgos revelan que en las unidades de salud investigadas se procura proporcionar la atención de salud sexual y reproductiva con enfoque de interculturalidad, sin embargo no es una garantía. En general, se observó que en las clínicas de salud esta necesidad se “solventa” con algún

En los años
2016 Y 2017,
la Secretaría de Salud no impartió
talleres, seminarios u otro
tipo de capacitaciones sobre
interculturalidad al personal médico,
directivo y administrativo de las
unidades de salud del primer nivel

integrante del personal de salud o de intendencia que hable maya, sin tomar en cuenta otros elementos importantes que se deben considerar en el enfoque de interculturalidad en salud, como son respetar y tomar en cuenta sus conocimientos ancestrales en relación con sus cuerpos y enfermedades, las diversas formas de sanar por medio de plantas medicinales, la cosmovisión y las relaciones humanas dentro de la comunidad, entre otras, por lo que es importante que se capacite al personal de salud para una adecuada atención.

Lo anterior pone de manifiesto lo encontrado mediante solicitudes de acceso a la información: en 2016 y 2017, la Secretaría de Salud no impartió talleres, seminarios u otro tipo de capacitaciones sobre interculturalidad al personal médico, directivo y administrativo de las unidades de salud del primer nivel en los municipios del estado de Yucatán.¹⁹ Esta información se corroboró con los instrumentos aplicados en la investigación de campo, a partir de los cuales las personas entrevistadas informaron acerca de que no habían tenido ninguna capacitación sobre interculturalidad; esto se refleja en el desconocimiento de dicho término.

Respecto a los servicios de salud en lengua indígena, se constató en campo que, en ambas unidades médicas, el servicio de traducción se da por el propio personal de la clínica. En el caso de la urbana, es personal médico y, en el caso de la rural, es personal de enfermería o, en su defecto, se puede solicitar un servicio auxiliar de traducción de otro empleado de la misma clínica. Esto responde correctamente a la necesidad de contar con al menos una persona por turno con conocimiento bilingüe.

En el ejercicio de usuaria simulada, y a partir de las entrevistas al personal médico, se pudo verificar que, en caso de que llegue una persona mayahablante, el personal de salud ubica a un empleado de la clínica que también lo sea, bajo el supuesto de que en las unidades médicas hay varios médicos o emplea-

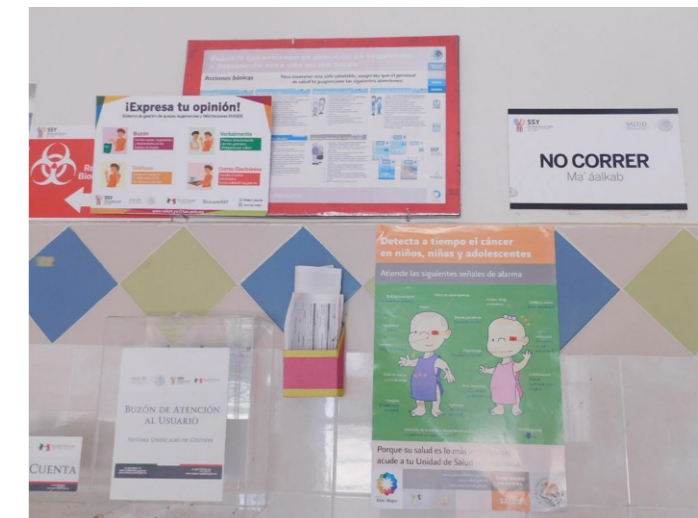


Imagen 1: señalética de “NO CORRER” en maya yucateco, ma’áalkab, junto con materiales completamente en español. Clínica rural en Yucatán.

dos mayahablantes, quienes asumen la traducción o interpretación. En consecuencia, a pesar del esfuerzo institucional por proporcionar un intérprete, no se puede saber con certeza si la traducción fue fidedigna, ya que no hay intérpretes especializados o certificados.

¹⁸ Yamili Nidelvia Chan Dzul y Esther Noemí Tuz Canté.

¹⁹ Folios de solicitudes de acceso a la información (SAI): 00211718 y 00211918.



Resultados de la investigación

Por otro lado, en las clínicas monitoreadas no hay ningún tipo de material audiovisual o folletos traducidos en maya yucateco, o alguna otra lengua indígena, que faciliten el acceso a la información que los centros de salud emiten sobre salud sexual y reproductiva;²⁰ lo único con lo que se cuenta en las unidades es con señalética en español traducida a maya yucateco. El personal de salud menciona que no cuenta con los recursos económicos, materiales ni humanos para difundir la información en la lengua indígena que se habla en la región, de hecho, ninguna de las clínicas investigadas presenta las condiciones para difundir información audiovisual, debido a que no cuentan con el equipo necesario (televisores y radios) para hacerlo.

b. Atención de casos de violencia sexual, así como de interrupción legal del embarazo en víctimas de dichos tipos de violencia

La valoración ciudadana de la atención a casos de violencia sexual y la interrupción del embarazo en víctimas de dichos tipos de violencia se hizo mediante la evaluación del número de capacitaciones recibidas sobre la NOM-046-SSA2-2005, así como en torno al presupuesto disponible para la interrupción legal del embarazo (ILE) y la atención recibida en las clínicas para las víctimas de violencia sexual.

Respecto a los casos de violencia sexual, y de acuerdo con las respuestas brindadas a las solicitudes de acceso a la información realizadas a los Servicios de Salud del Estado de Yucatán (SSY), se reporta un total de 3483 casos en seguimiento para 2016 y de 3608 casos en seguimiento para 2017,²¹ atendidos en los Módulos Especializados de Atención a la Violencia Familiar (sin especificar el tipo de violencia, jurisdicción o municipio).

²⁰ Folios de SAI: 00212218 y 00212318.

²¹ Hay que aclarar que la respuesta a la solicitud dice "Seguimiento a los casos", por lo que es importante mencionar que no sabemos si, de un año a otro, son casos nuevos o de seguimiento a los de 2016. Folios de solicitudes de acceso a la información (SAI) con números 00209818 y 00210118.



Imagen 2: consultorio en clínica rural.

Por otro lado, los SSY reportan 774 casos atendidos por violencia familiar y 34 por violencia sexual en 2016, y 1363 casos de violencia familiar y 57 de violencia sexual en 2017;²² éstos se registraron en la Hoja de Registro de Atención por Violencia y/o Lesiones, sin embargo, tampoco se especifican los municipios ni las jurisdicciones en donde estos casos tuvieron lugar. Es decir, no hay claridad sobre el número de casos atendidos o en seguimiento en el estado.

Como se mencionó con anterioridad, las agresiones sexuales en el estado son un fenó-

meno prevaleciente, aun cuando el índice de denuncia sea bajo; de acuerdo con el personal de salud, "existen más situaciones de violencia sexual de las que se han atendido (sólo tres casos), debido a que no se acude al área de atención por diversos motivos o a que los centros no llevan un buen registro". Es decir, no se conoce con precisión el número de mujeres violentadas sexualmente en la entidad.

Las inconsistencias en el registro de las víctimas de violencia sexual repercuten en la calidad de la atención, especialmente cuando hablamos de emergencias médicas, la forma en que se clasifica la violencia sexual según la NOM-046-SSA2-2005, la cual permite el acceso a la interrupción legal del embarazo por la causal de violación.

De acuerdo con la Secretaría de Salud de Yucatán y los Servicios de Salud del Estado de Yucatán, para 2017 se presentaron únicamente cuatro solicitudes de ILE, mismas que fueron practicadas en Mérida, Yucatán; las edades de las pacientes son 12, 19, 32 y 37 años; todos estos embarazos fueron resultados de violación sexual.²³ En contraste, entre el número de denuncias de casos de violencia sexual y las ILE realizadas, no se puede conocer si hay un subregistro o una falta de acceso a los servicios de interrupción legal del embarazo.

Por otro lado, para la atención de la violencia sexual son fundamentales las capacitaciones al personal de salud de acuerdo con la NOM-046-SSA2-2005. En la primera investigación de Lo Público es Nuestro se señaló que había desconocimiento del personal de salud de esta NOM para la provisión de anticoncepción de emergencia y de profilaxis de emergencia para prevenir infecciones de transmisión sexual (ITS), por lo que se sugirió garantizar y mejorar las capacitaciones en torno al tema.²⁴

²² Idem.

²³ Folios de SAI: 00211618 y 00211818.

²⁴ Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir. "Lo Público es Nuestro: juventudes evalúan servicios de salud sexual y reproductiva a través de mecanismos de transparencia y rendición de cuentas en Yucatán" (en línea).

²⁵ Folio de SAI: 00211718.

Por otro lado, para la atención de la violencia sexual son fundamentales las capacitaciones al personal de salud de acuerdo con la NOM-046-SSA2-2005.

En esta segunda investigación se aprecia que Yucatán hizo esfuerzos relevantes respecto al periodo evaluado con anterioridad, ya que, de acuerdo con lo reportado en las solicitudes de acceso a la información para los años 2016 y 2017, sí se impartieron capacitaciones a médicos y paramédicos sobre sensibilización en torno a la violencia familiar, sexual, el procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo y otros aspectos básicos de la implementación de la NOM-046-SSA2-2005.²⁵ No obstante, el número de capacitaciones aún es bajo.

El personal médico capacitado en este tema para 2016 incluyó a 33 personas en un taller de sensibilización sobre violencia familiar, 35 en un taller para la atención de la violencia sexual y 139 en un curso para la implementación de la NOM-046-SSA2-2005; para 2017 se registró un total de 139 personas capacitadas en un curso-taller para la implementación de



Resultados de la investigación

esta misma NOM y 22 en un taller para la atención de la violencia sexual; las y los participantes eran personal médico de primer y segundo nivel de atención.²⁶ En 2016, en total se capacitaron 207 personas, mientras que en 2017 lo hicieron 161; si bien sólo se refiere a personal de primer y segundo nivel, esta cantidad de personal capacitado resulta baja en relación con el número de médicos que se encuentran en los servicios de atención a la salud en todos sus niveles: 91790 médicos y especialistas generales, y 158877 enfermeras en contacto con la o el paciente.²⁷

En la investigación de campo se identificó el avance en cuanto al personal capacitado en la NOM-046-SSA2-2005. En la unidad urbana, la psicóloga de la unidad forma parte del personal capacitado y comentó que hay otros médicos que acuden a estos cursos, sin embargo, en la unidad rural el médico no proporcionó información detallada sobre la NOM-046-SSA2-2005 y la enfermera dijo desconocer esta norma. Como se aprecia, Yucatán aún tiene que incrementar esfuerzos con el fin de que todo el personal de salud conozca e implemente la NOM-046-SSA2-2005.

En el estado, la atención puesta al cumplimiento de la NOM-046-SSA2-2005 es inconsistente; por un lado, se incrementó el presupuesto para las capacitaciones al personal de salud, pero, por otro, aún persisten grandes deficiencias en la atención a las víctimas de violencia sexual, particularmente cuando son mujeres, adolescentes o niñas indígenas.

Tabla 2. Presupuesto utilizado para capacitaciones de la NOM-046 en 2016 y 2017

2016	\$62946.00
2017	\$293910.00

Fuente: respuesta a las SAI con folios 00211018, 00111318 y 00211518.

Es importante señalar que, de acuerdo con la información brindada por la Secretaría de Salud de Yucatán y los Servicios de Salud del Estado de Yucatán, el presupuesto destinado para capacitaciones de la NOM-046-SSA2-2005 para el año 2016 fue de \$62946.00, el cual se utilizó para 10 talleres en total; por otra parte, para 2017 se destinaron \$293910 para nueve cursos.²⁸ Observamos que, aunque en 2017 se dio un taller menos, el presupuesto para éstos aumentó en más de 50% respecto al presupuesto de 2016. Se desconocen las razones por las que aumentó el presupuesto, a pesar de ser menos talleres, así como el contenido de los mismos; en la información solicitada tampoco se indicó el número de personal médico capacitado, desagregado por funciones o puestos.

Es preciso un análisis sobre el presupuesto y la distribución de pruebas de VIH, sífilis y profilaxis para casos de violencia sexual, dado que,

mediante solicitudes de acceso a la información, los servicios de salud respondieron que no contaban con dicha información,²⁹ sin embargo, en las visitas de campo, el personal de salud manifestó que sí se contaba en la clínica con pruebas rápidas de algunas ITS. No obstante, con la falta de información certera de las autoridades, en contraste con la información de campo, no se puede asegurar que haya el suficiente abasto para responder a los casos de violencia sexual.

La atención de los casos de violencia sexual o familiar en Yucatán es un área de oportunidad, debido a que aún es preocupante y es necesario aterrizar rutas de atención dirigidas a mujeres indígenas que habitan en el estado. De acuerdo con información obtenida en el trabajo de campo, el personal de salud de la unidad urbana tiene claridad en los pasos a seguir cuando se presenta un caso de violencia sexual o familiar, aunque no se cuenta con información sobre el proceso de registro de dichos casos. Por otro lado, en la unidad rural, tanto la enfermera como el médico consideran que la clínica es el lugar menos indicado para atender una situación así, lo que crea duda no sólo sobre el registro, sino sobre si se atienden o no estos casos.

De acuerdo con los datos brindados mediante solicitudes de acceso a la información al Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, se debe garantizar el acceso a atención psicológica e integral a las y los pacientes víctimas de violencia familiar o sexual, ya sea en un centro de salud del primer nivel o en los especializados.³⁰ Sin embargo, en la visita de campo se constató que no se garantiza dicha atención en las unidades rurales; se mencionó que en el caso de que una paciente requiera el servicio de atención psicológica, se le refiere a la cabecera municipal para recibir dicho servicio, sin considerar si la usuaria puede salir de su comunidad para recibirla. Únicamente la unidad de salud urbana cuenta con servicio de psicología, pero no es claro qué su-

²⁹ Folios de SAI: 00211118 y 00211218.

³⁰ Folios de SAI: 00210418 y 00210618.

³¹ Folios de SAI: 00212218 y 00212318.

cede con las víctimas de violencia sexual en el supuesto de que la psicóloga no estuviera presente en la clínica por cualquier motivo; es importante mencionar que se destacó la dificultad por parte de las víctimas para acudir al área de violencia y reportar su caso.

Respecto a los materiales de promoción de la salud, la información obtenida por la plataforma de acceso a la información indica que se cuenta con material referente a métodos anticonceptivos, como “trípticos, manuales y cápsulas de radio y audiovisuales”. A pesar de que es muy importante la existencia de éstos, las autoridades mencionan que no están traducidos al maya (lengua predominante) u otras lenguas,³¹ lo cual vulnera el derecho de la población no hablante de español. En las visitas a las clínicas se señaló la existencia de materiales de difusión, trípticos sobre violencia familiar, sexual y violencia sexual infantil, pero todos ellos en español, según comentó el personal en entrevista. Esta información se confirmó en la observación realizada en las clínicas; no se encontró ningún material traducido a la lengua maya yucateca.

La información brindada por la Secretaría de Salud de Yucatán y por los Servicios de Salud del Estado de Yucatán refiere la existencia

²⁶ Folio de SAI: 00211918.

²⁷ Secretaría de Salud, Recursos en Salud 2017 (en línea).

²⁸ Folios de SAI: 00211018, 00111318, 00211518, 00211718 y 00211918.

Resultados de la investigación

de cápsulas de radio y audiovisuales que contienen información sobre métodos anticonceptivos. No obstante, no se encontraron las cápsulas en las visitas realizadas a la unidad rural ni a la urbana; aunado a esto, los centros de salud en comunidades indígenas deberían estar equipados con televisores o radios para la difusión de estos materiales, sin embargo, no había este tipo de insumos durante las visitas de campo.³²

Respecto a la NOM-046-SSA2-2005, se identificó una gran desventaja entre la unidad rural y la urbana en cuanto a la atención integral y psicológica para los casos de violencia familiar o sexual. La clínica urbana cuenta con un módulo de atención a la violencia y su personal (psicóloga y personal médico) recibe capacitaciones sobre este tema.

En cuanto a la unidad rural, su personal no está capacitado ni cuenta con los conocimientos adecuados para llevar a cabo los procedimientos en casos de violencia; si bien existen registros de capacitaciones, éstas resultan aún insuficientes, además de que tampoco es clara la disponibilidad de insumos relacionados con garantizar la atención. La falta de capacitación del personal, así como de insumos, se refleja en la calidad de atención que se brinda en la clínica, en donde el propio personal médico considera que ésta es el lugar menos óptimo para atender casos de violencia familiar o sexual.

³² Considérese que, en Peto, se encuentra la radio comunitaria más importante de la región, Xepet, radiodifusora que administra el INPI y que tiene su transmisión en lengua maya.

Disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva

De acuerdo con la observación general 14 al artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC),³³ el derecho a la salud abarca los siguientes componentes: disponibilidad,³⁴ accesibilidad,³⁵ aceptabilidad³⁶ y calidad³⁷ (DAAC),³⁸ los cuales permiten que los “elementos de la SDR³⁹ pueden hacerse más tangibles”.⁴⁰ En este sentido, facilita la evaluación del marco de derechos humanos en la provisión de servicios de salud (ONU/OMS).

³³ Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, recomendación general núm. 14, “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud” (en línea), pp. 3-4.

³⁴ Los servicios de SSR deben estar disponibles en cantidad suficiente y ser suministrados de forma continua. Lena Kähler *et al.*, “DAAC y la salud y los derechos sexuales y reproductivos” (en línea), p. 7.

³⁵ Los servicios de SSR deben ser accesibles para todos, en términos de acceso físico, asequibilidad, acceso a la información y no discriminación. *Idem.*

³⁶ Los servicios de SSR deben ser aceptables para los consumidores, culturalmente pertinentes y sensibles a los grupos vulnerables. *Idem.*

³⁷ Los servicios de SSR deben cumplir con las normas de calidad aplicables. *Idem.*

³⁸ Helen Potts y Paul Hunt, “Participation and the right to the highest attainable standard of health” (en línea), secc. I Introduction, p. 12.

³⁹ Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos

⁴⁰ Lena Kähler *et al.*, “DAAC y la salud y los derechos sexuales y reproductivos” (en línea), p. 6.



Resultados de la investigación

La investigación realizada en el marco de Lo Público es Nuestro contiene una evaluación ciudadana de dichos servicios con el enfoque DAAC:

Eje de investigación	Disponibilidad	Accesibilidad	Aceptabilidad	Calidad
Perspectiva intercultural en la atención de la salud sexual y reproductiva	A pesar de que se cumple con la presencia de personal mayahablante o con conocimiento bilingüe en los centros de salud visitados, no es exclusivamente personal médico. Aunque se realizan esfuerzos dentro de los centros de salud investigados, todavía los servicios de salud no están apegados a los lineamientos interculturales.	No hay materiales impresos o audiovisuales en maya yucateco ni en otra lengua indígena en los centros de salud investigados.	La aceptabilidad de la infraestructura médica se limita a una señalética bilingüe en maya yucateco y español.	Cuando la población mayahablante acude a los servicios de salud, no encuentra información en su lengua ni atención culturalmente pertinente, por lo que no se puede hablar de atención de calidad.

Eje de investigación	Disponibilidad	Accesibilidad	Aceptabilidad	Calidad
Atención de casos de violencia sexual o familiar, a partir del conocimiento y la implementación de la NOM-046-SSA2-2005, "Violencia familiar, sexual y contra las mujeres"	El personal de salud manifestó que se cuenta con insumos suficientes de atención para violencia sexual, pero esta información no se pudo comprobar mediante solicitudes de acceso a la información, por lo que no conocemos su disponibilidad en las unidades de salud investigadas. En las clínicas no hay materiales disponibles en maya yucateco relacionados con los métodos anticonceptivos y la NOM-046-SSA2-2005.	En la unidad rural investigada había desconocimiento de la NOM-046-SSA2-2005 por parte del personal médico; además, en esa unidad mencionaron que "no había psicólogo y que no era el mejor lugar para atender estos casos". Las personas víctimas de violencia sexual aún no tienen acceso pleno a la atención en salud, en particular si sólo hablan maya.	Hace falta mayor capacitación del personal de salud, insumos disponibles, conocimiento de la NOM-046-SSA2-2005 y aplicación de la misma con perspectiva intercultural en salud.	El conocimiento y los insumos de atención a la violencia sexual son escasos, por lo que la atención que se brinda continúa careciendo de calidad.



Recomendaciones



Resultados de la investigación

Con base en los resultados de los ejes de investigación, Yucatán sigue los pasos adecuados para garantizar los derechos sexuales y reproductivos en la atención a la salud, pero su principal obstáculo es la ausencia de directrices institucionales ideales apegadas a su contexto étnico, para brindar una atención con perspectiva intercultural y adecuada a la edad y el género de las y los pacientes indígenas, lo cual requiere ser acompañado de una dotación presupuestaria suficiente para la capacitación del personal y la elaboración de materiales específicos sobre estas materias.

En Yucatán, el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva es relativo, pues la atención no está adaptada al género, edad y origen étnico de las y los pacientes, lo que provoca una atención de salud que no cumple con estándares de calidad y que vulnera los derechos de niñas y niños, adolescentes y mujeres indígenas.

Por tal motivo, derivadas de estos hallazgos y en ejercicio de nuestra ciudadanía, elaboramos las siguientes recomendaciones para alcanzar una atención de calidad en la materia:

- **Asegurar la implementación de los criterios de interculturalidad para la entrega de servicios de salud con pertinencia cultural:**
 - Sensibilizar al personal médico sobre interculturalidad, haciendo énfasis en la realidad del estado, así como en el contexto donde se encuentra cada unidad de salud.
 - Adoptar las directrices institucionales sobre el enfoque de interculturalidad en salud emitidas por la Subdirección de Medicina Tradicional, la NOM-046-SSA2-2005 y los formatos de consejería amigable, aunque no se trate de clínicas con servicios amigables.
 - Garantizar el servicio de traducción profesional en lenguas indígenas y la ruta para acceder a dicho servicio en el caso de que se requiera.
 - Contar con materiales sobre salud sexual y reproductiva (audiovisuales e im-

presos) en las lenguas indígenas que son habladas mayoritariamente por las y los usuarios de los centros de salud (en este caso, en maya yucateco), así como con insumos para proyectar o difundir dicho material.

- Asegurar que el personal médico respete los sistemas tradicionales de curación de la población indígena.
- **Priorizar la atención a la salud en casos de violencia sexual, en concordancia con la NOM-046-SSA2-2005, “Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención”; la NOM-010-SSA2-2010, “Para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana”, y la Ley General de Víctimas, todo ello con perspectiva intercultural:**
 - 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-SSA2-2005 y la sensibilización sobre dichos casos.
 - Atender la violencia sexual como emergencia médica y ofrecer servicios de interrupción legal del embarazo cuando éste sea producto de una violación.
 - Dotar de insumos suficientes (pastillas de anticoncepción de emergencia y profilaxis postexposición para prevenir la transmisión de ITS) a las clínicas de salud para que puedan atender a las víctimas de violencia sexual adecuadamente.
 - Garantizar atención médica integral y adecuada para las víctimas de violencia sexual.
 - Asegurar que el registro de las víctimas de violencia sexual sea estandarizado y desagregado por pertenencia étnica de las usuarias, para facilitar el seguimiento y la respuesta a los casos en cumplimiento de la norma, a fin de incrementar los niveles de confianza y rendición de cuentas.



Referencias



Resultados de la investigación

Fuentes estadísticas

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Encuesta Intercensal 2015 (en línea), México, Inegi, 2015, <https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/default.html#Microdatos> (consulta: 11 de marzo de 2019).

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública 2017 y 2018 (Envipe) (en línea), México, Inegi, <https://www.inegi.org.mx/programas/envipe/2017/> y <https://www.inegi.org.mx/programas/envipe/2018/> (consulta: 23 de abril de 2019).

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (Endireh) 2016. “Tabulados predefinidos. Estimaciones y medidas de precisión: prevalencia de la violencia” (en línea), México, Inegi, 2017, <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2016/default.html#Tabulados> (consulta: 25 de junio de 2019).

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Registros Administrativos de Natalidad 2017 (en línea), México, Inegi, 2018, <https://www.inegi.org.mx/programas/natalidad/default.html#Microdatos> (consulta: 6 de mayo de 2019).

Instituto Nacional de Evaluación de la Educación, Indicadores de Acceso y Trayectoria Escolar (en línea), México, INEE, 2017, <https://www.inee.edu.mx/wp-content/uploads/2019/04/AT02d-2017.pdf> (consulta: 12 de junio de 2019).

Secretaría de Educación Pública, Reporte de la Encuesta Nacional de Deserción en la Educación Media Superior (en línea), México, SEP, 2012, http://www.sems.gob.mx/work/models/sems/Resource/10787/1/images/Anexo_6Reporte_de_la_ENDEMS.pdf (consulta: 12 de junio de 2019).

Secretaría de Salud, Recursos en salud, nivel central, Recursos 2017 (en línea), México, <https://datos.gob.mx/busca/dataset/recursos-en-salud-nivel-central/resource/bc17cf02-052f-4ba3-b582-cb4e854d28c1> (consulta: 23 de febrero de 2019).

Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública, “Incidencia delictiva del fuero común, nueva metodología. Reportes de delitos por año (formato XLSX) para 2017 y 2018” (en línea), México, SESNSP, <https://www.gob.mx/sesnsp/acciones-y-programas/incidencia-delictiva-del-fuero-comun-nueva-metodologia?state=published> (consulta: 23 de abril de 2019).



Bibliografía



Resultados de la investigación

Bibliografía

American Academy of Pediatrics, “Contraception for adolescents”, en *Pediatrics. Official Journal of the American Academy of Pediatrics* (en línea), 2014, <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2014/09/24/peds.2014-2299.full.pdf> (consulta: 5 de febrero de 2019).

Centro de Formación Estudio Criminal, “Qué es la cifra negra” (en línea), España, CFEC, <https://www.estudiocriminal.eu/blog/que-es-la-cifra-negra> (consulta: 13 de noviembre de 2019).

Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment No. 14: “The Right to the Highest Attainable Standard of Health” (en línea), UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), <https://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf> (consulta: 10 de febrero de 2019).

Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir, “Lo Público es Nuestro: juventudes evalúan servicios de salud sexual y reproductiva a través de mecanismos de transparencia y rendición de cuentas en Oaxaca” (en línea), México, 2017, <http://ilsb.org.mx/embarazoadolescentes/assets/files/Oaxaca.pdf> (consulta: 5 de febrero de 2019).

Instituto Nacional de Lenguas Indígenas, “Catálogo de las lenguas indígenas nacionales: variantes lingüísticas de México con sus autodenominaciones y referencias geoestadísticas” (en línea), México, Inali, en el *Diario Oficial de la Federación*, última actualización: 14 de enero de 2008, https://www.inali.gob.mx/pdf/CLIN_completo.pdf (consulta: 10 de febrero de 2019).

Kähler, Lena, *et al.*, “DAAC y la salud y los derechos sexuales y reproductivos” (en línea), Instituto Danés de Derechos Humanos, Dinamarca, 2017, https://www.humanrights.dk/sites/humanrights.dk/files/media/dokumenter/udgivelser/aaaq/aaaq-srhr_issue_paper_dih_r_2017_spanish.pdf (consulta: 12 de febrero de 2019).

Potts, Helen, y Paul H. Hunt, “Participation and the right to the highest attainable standard of health” (en línea), project report, Human Rights Centre, Colchester, Essex, 2008, <http://repository.essex.ac.uk/9714/1/participation-right-highest-attainable-standard-health.pdf> (consulta: 5 de febrero de 2019).

Sabaté, Eduardo, “Adherence to Long-term therapies: Policy for Action” (en línea), World Health Organization, *Med. Clin. (Barc.)*, 2001; 116 (supl. 2): 141-146, <https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherencerep.pdf> (consulta: 10 de febrero de 2019).

Normas y reglamentos

Cámara de Diputados, Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas (en línea), México, última actualización: 20 de junio de 2018, http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/257_200618.pdf (consulta: 10 de febrero de 2019).

Cámara de Diputados, Ley General de Salud, México, última actualización: 29 de noviembre de 2019, http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV_130418.pdf (consulta: 10 de diciembre de 2019).

Cámara de Diputados, Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública (en línea), México, 2005, <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGTAIP.pdf> (consulta: 10 de febrero de 2019).



Resultados de la investigación

Cámara de Diputados, Ley General de Víctimas (en línea), México, última actualización: 3 de enero de 2013, http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGV_030117.pdf (consulta: 10 de febrero de 2019).

Gobierno de la República, Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (en línea), México, Consejo Nacional de Población, 2015, https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/232826/ENAPEA_0215.pdf (consulta: 11 de marzo de 2019).

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (en línea), México, última actualización: 13 de abril de 2018, http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV_130418.pdf (consulta: 10 de febrero de 2019).

Norma Oficial Mexicana, NOM-005-SSA2-1993, “De los servicios de planificación familiar” (en línea), México, 2010, <https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR10.pdf> (consulta: 15 de febrero de 2019).

Norma Oficial Mexicana, NOM-010-SSA2-2010, “Para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana” (en línea), México, 2010, <https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR04.pdf> (consulta: 15 de febrero de 2019).

Norma Oficial Mexicana, NOM-046-SSA2-2005, “Violencia familiar, sexual y contra las mujeres” (en línea), México, 2009, <https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR19.pdf> (consulta: 15 de febrero de 2019).

Norma Oficial Mexicana, NOM-047-SSA2-2015, “Para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad” (en línea), México, 2015, <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/53624/NOM-047-SSA2-2015.pdf> (consulta: 13 de febrero de 2019).

Secretaría de Salud, “Guía de implantación/implementación: lineamientos interculturales para la operación de los servicios de salud” (en línea), México, <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29327/LineamientosInterculturalesOperacion.pdf> (consulta: 26 de febrero de 2019).

Solicitudes de acceso a la información

Servicios de Salud de Yucatán

Folios: 00211718, 00211918, 00210618, 00212418, 00212518, 00209818, 00210118, 00209518, 00209618, 00209918, 00210018, 00212218, 00212318, 00210518, 00210718, 00211018, 00211318, 00211518, 00209218, 00209318, 00211118, 00211218, 00208918, 00209018, 00210918, 00210518, 00210718, 00744418, 00745718, 00745718

Fiscalía General del Estado

Folios: 00209118, 00209418, 00209718, 00210218, 00210318, 00210818, 00210918, 00211418, 00212018, 00212118

