

OMISIÓN E INDIFERENCIA DERECHOS REPRODUCTIVOS EN MÉXICO

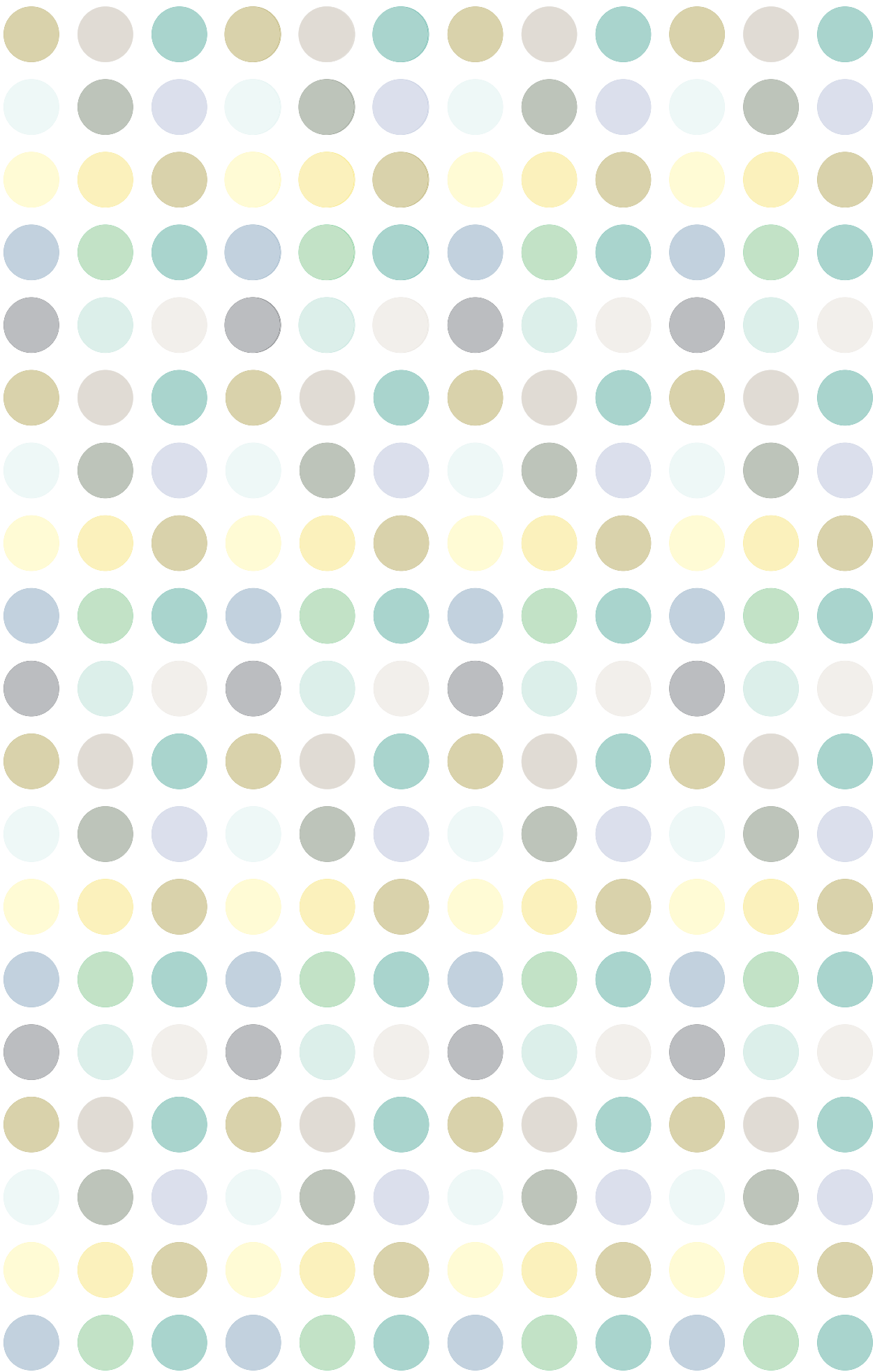
ABORTO / ANTICONCEPCIÓN / MORTALIDAD MATERNA / VIOLENCIA OBSTÉTRICA / VIDA LABORAL Y REPRODUCTIVA / REPRODUCCIÓN ASISTIDA



RED DE ABOGADOS POR LA DEFENSA
DE LA REPRODUCCIÓN ELEGIDA



GRUPO DE INFORMACIÓN
EN REPRODUCCIÓN ELEGIDA



OMISIÓN E INDIFERENCIA DERECHOS REPRODUCTIVOS EN MÉXICO

ABORTO / ANTICONCEPCIÓN / MORTALIDAD MATERNA / VIOLENCIA OBSTÉTRICA / VIDA LABORAL Y REPRODUCTIVA / REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Dirección / Regina Tamés Noriega

Coordinación / Ximena Andión y Rebeca Ramos

Investigación y textos / Ximena Andión, Alma Luz Beltrán y Puga, Fernanda Díaz de León, Marisol Escudero, Isabel García, Mariana García, Rebeca Ramos, Brenda Rodríguez, Itzel Silva, Martín Vera, y la Red de Abogadas y Abogados por la Defensa de la Reproducción Elegida (RADAR 4º).

Cuidado editorial / Dunia Campos

Diseño / María Carral

AGRADECIMIENTOS

Revisión de capítulos /

Lourdes Motta (reproducción asistida y anticoncepción)

Raffaella Schiavon (mortalidad materna)

Apoyo en el registro y documentación de casos /

Alianza Nacional por el Derecho a Decidir; Red por los derechos sexuales y reproductivos en México (DDESER);

Meritxell Calderón Vargas y Pysche Calderón Vargas de la Red Iberoamericana Pro Derechos Humanos, A.C.;

Abraham Cortez Bernal y Julieta Hernández de Sí Hay Mujeres en Durango, A.C.

Consejo Directivo /

Lucero González, Marta Lamas, María Consuelo Mejía, Patricia Mercado y Sara Sefchovich.

Consejo Asesor /

Gerardo Barroso, Luisa Cabal, Roy Campos, Karla Iberia Sánchez, Francisca Pou, María Luisa Sánchez Fuentes, Roberto Tapia, Rodolfo Vázquez, Ana Francisca Vega, Jenaro Villamil y José Woldenberg.

Este informe se realizó gracias al apoyo de un donante anónimo y de la Fundación Ford, Oficina para México y Centroamérica.

.....

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	11
1. ABORTO LEGAL Y SEGURO	15
1.1 INTRODUCCIÓN	16
1.2 SITUACIÓN EN MÉXICO	17
1.3 MARCO NORMATIVO	18
1.3.1 CÓDIGO PENAL FEDERAL	19
1.3.2 CÓDIGOS ESTATALES	19
<i>A. Mapa de causales legales</i>	20
<i>B. Sanciones</i>	23
1.3.3 REGULACIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL	26
1.3.4 PROCEDIMIENTOS Y LINEAMIENTOS PARA LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO CUANDO SEA PRODUCTO DE UNA VIOLACIÓN SEXUAL	26
1.4 IMPLEMENTACIÓN DEL MARCO NORMATIVO	28
1.4.1 NIVEL FEDERAL	29
1.4.2 NIVEL LOCAL	30
<i>A. Distrito Federal</i>	30
<i>B. Acceso a aborto por violación</i>	31
B.1 CASOS EMBLEMÁTICOS	35
<i>C. Acceso al aborto en otras causales</i>	38
<i>D. Criminalización de mujeres por el delito de aborto</i>	39
D.1 CASOS EMBLEMÁTICOS	43
<i>E. Regulación de la objeción de conciencia</i>	49
<i>F. Secreto profesional vs. obligación de denuncia</i>	50
<i>G. Impacto de las reformas que protegen la vida desde la concepción</i>	53
1.5 CONCLUSIONES	55
1.6 RECOMENDACIONES	56
1.6.1 NORMATIVAS	56
1.6.2 IMPLEMENTACIÓN DE LA NORMATIVA	57
1.6.3 GENERACIÓN DE INFORMACIÓN Y DATOS ESTADÍSTICOS	57



2. ANTICONCEPCIÓN 67

2.1 INTRODUCCIÓN 68

2.2 SITUACIÓN EN MÉXICO 69

2.3 MARCO NORMATIVO 70

2.3.1 LEY GENERAL DE SALUD Y SU REGLAMENTO 70

2.3.2 LEY GENERAL DE POBLACIÓN Y SU REGLAMENTO 72

2.3.3 ANTICONCEPCIÓN. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-005-SSA2-1993,
DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR 73

2.3.4 ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (ANTICONCEPCIÓN HORMONAL POSTCOITAL).
NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-046-SSA2-2005, VIOLENCIA FAMILIAR, SEXUAL
Y CONTRA LAS MUJERES 73

2.3.5 REGULACIÓN DE LA ANTICONCEPCIÓN EN LAS ENTIDADES FEDERATIVAS 75

2.3.6 CONSENTIMIENTO INFORMADO 77

2.3.7 ACCESO PARA ADOLESCENTES 79

2.4 IMPLEMENTACIÓN DEL MARCO NORMATIVO 80

2.4.1 ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA 80

A. Entidades federativas 85

2.4.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO 87

2.4.3 ACCESO PARA ADOLESCENTES 88

A. Secretaría de Salud federal y secretarías de salud locales 88

2.5 CONCLUSIONES 91

2.6 RECOMENDACIONES 92

2.6.1 NORMATIVAS 92

2.6.2 IMPLEMENTACIÓN DE LA NORMATIVA 93

2.6.3 GENERACIÓN DE INFORMACIÓN Y DATOS ESTADÍSTICOS 93

3. MORTALIDAD MATERNA 97

3.1 INTRODUCCIÓN 98

3.2 SITUACIÓN EN MÉXICO 99

3.3 MARCO NORMATIVO 103

3.3.1 LEY GENERAL DE SALUD Y SU REGLAMENTO 103

3.3.2 NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-1993, ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE
EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO Y DEL RECIÉN NACIDO 104



**3.4 IMPLEMENTACIÓN DEL MARCO NORMATIVO:
ACCESO A LA JUSTICIA Y RENDICIÓN DE CUENTAS 105**

3.4.1 COMITÉS DE PREVENCIÓN DE MORTALIDAD MATERNA E INFANTIL 106

3.4.2 QUEJAS ADMINISTRATIVAS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD 107

3.4.3 PROCESOS ADMINISTRATIVOS EN CONTRA DE SERVIDORES PÚBLICOS 108

3.4.4 RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DEL ESTADO 108

3.4.5 PROCESOS PENALES A NIVEL LOCAL 109

3.4.6 COMISIONES DE DERECHOS HUMANOS 109

3.4.7 CASO EMBLEMÁTICO 110

3.4.8 COMISIONES DE ARBITRAJE MÉDICO 112

3.5 CONCLUSIONES 112

3.6 RECOMENDACIONES 113

4. VIOLENCIA OBSTÉTRICA 119

4.1 INTRODUCCIÓN 120

4.2 SITUACIÓN EN MÉXICO 122

4.3 MARCO NORMATIVO 126

4.3.1 VIOLENCIA OBSTÉTRICA 126

A. Tipificación del delito de violencia obstétrica 127

4.3.2 NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-1993, ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE
EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO Y DEL RECIÉN NACIDO 129

4.3.3 ESTERILIZACIÓN FORZADA 130

4.4 IMPLEMENTACIÓN DEL MARCO NORMATIVO 135

4.4.1 ATENCIÓN AL PARTO 135

A. Atención al parto: situación en las entidades federativas 136

4.4.2 VIOLENCIA OBSTÉTRICA 138

A. Violencia obstétrica: situación en las entidades federativas 140

B. Sanciones 142

4.5 CONCLUSIONES 143

4.6 RECOMENDACIONES 144

4.6.1 NORMATIVAS 144

4.6.2 IMPLEMENTACIÓN DE LA NORMATIVA 144

5. VIDA LABORAL Y REPRODUCTIVA 148

5.1 INTRODUCCIÓN 149

5.2 SITUACIÓN EN MÉXICO 150

5.3 MARCO NORMATIVO 151

 5.3.1 REFORMA A LA LEY FEDERAL DEL TRABAJO (2012) 154

 5.3.2 VACÍOS Y DEFICIENCIAS EN LA NORMATIVA EXISTENTE 156

5.4 IMPLEMENTACIÓN DEL MARCO NORMATIVO 157

 5.4.1 CASO EMBLEMÁTICO 159

5.5 CONCLUSIONES 161

5.6 RECOMENDACIONES 162

 5.6.1 NORMATIVAS 162

 5.6.2 IMPLEMENTACIÓN DE LA NORMATIVA 162

6. REPRODUCCIÓN ASISTIDA 165

6.1 INTRODUCCIÓN 166

6.2 SITUACIÓN EN MÉXICO 167

6.3 MARCO NORMATIVO 168

 6.3.1 GESTACIÓN SUBROGADA 170

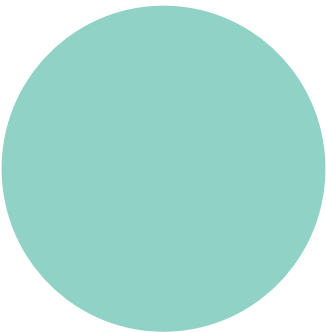
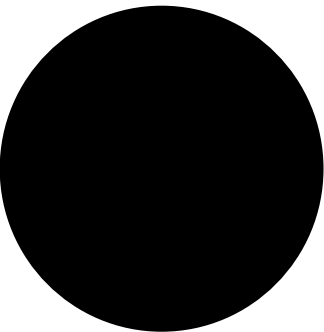
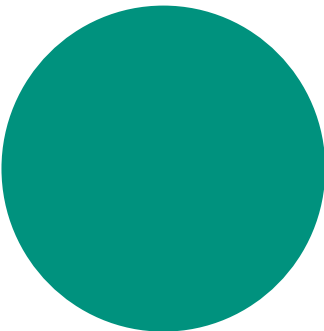
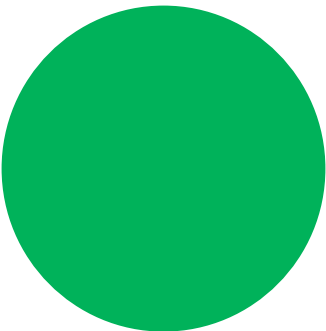
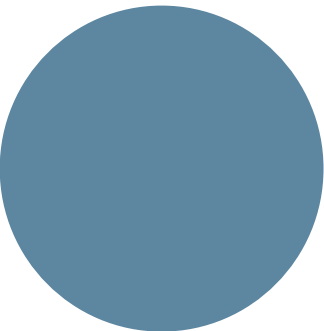
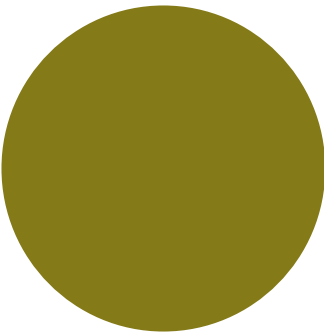
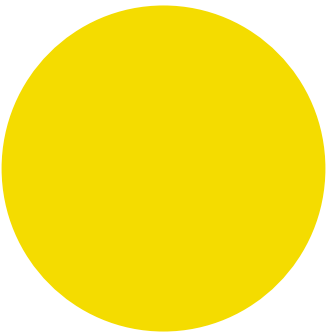
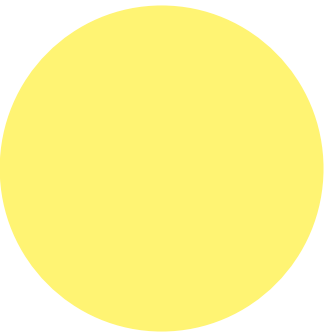
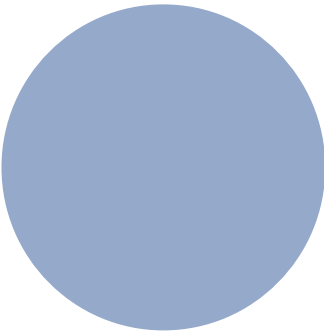
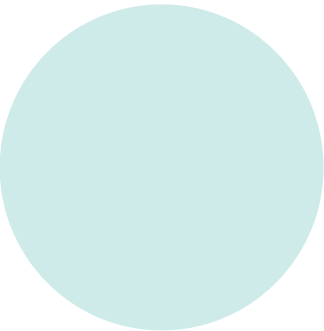
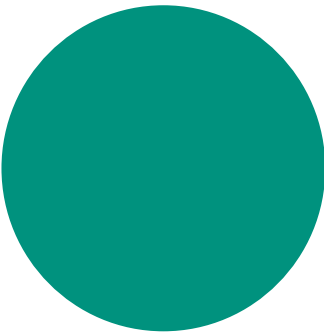
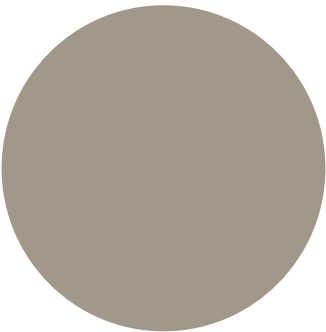
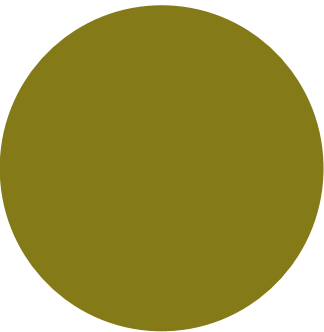
6.4 CONCLUSIONES 174

 6.4.1 CONTENIDO ADECUADO DE UNA NORMATIVA INTEGRAL SOBRE REPRODUCCIÓN ASISTIDA 175

6.5 RECOMENDACIONES 175

ANEXO 179

SOLICITUDES DE ACCESO A LA INFORMACIÓN 180



INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

Desde hace más de veinte años el Grupo de Información en Reproducción Elegida, AC (GIRE) se ha dedicado a la defensa y promoción de los derechos reproductivos de las mujeres en el marco de los derechos humanos. Durante este tiempo se han observado con preocupación los obstáculos normativos y de implementación para el ejercicio pleno de los derechos reproductivos de las mujeres en México. Esta situación se ha mostrado especialmente grave en algunas entidades federativas. Por esta razón, en 2008 se creó la Red Nacional de Abogadas y Abogados por la Defensa de la Reproducción Elegida (RADAR 4º), impulsada por GIRE, con la finalidad de revertir estos obstáculos e incidir en la protección de los derechos de las mujeres.¹

El presente informe tiene la finalidad de mostrar una radiografía de la situación de los derechos reproductivos en México, a partir del análisis de seis temas que GIRE ha definido como prioritarios para su trabajo, sin que se considere una lista exhaustiva de los temas o subtemas que integran los derechos reproductivos:

1. ABORTO LEGAL Y SEGURO
2. ANTICONCEPCIÓN
3. MORTALIDAD MATERNA
4. VIOLENCIA OBSTÉTRICA
5. VIDA LABORAL Y REPRODUCTIVA
6. REPRODUCCIÓN ASISTIDA

EL INFORME MUESTRA EN UN SOLO DOCUMENTO UN ANÁLISIS DETALLADO DE LOS AVANCES, PENDIENTES Y RETROCESOS EN MATERIA DE DERECHOS REPRODUCTIVOS EN MÉXICO.

Este informe presenta y analiza el marco normativo de derechos reproductivos vigente en México, tanto a nivel federal como local, así como la implementación de dicho marco e identifica los obstáculos a los que se enfrentan las mujeres en el ejercicio de sus derechos reproductivos.

El análisis tuvo como base la confrontación de las fuentes documentales con los estándares más altos de protección de derechos humanos, con la finalidad de coadyuvar en el diseño, elaboración y evaluación de cambios normativos y de políticas públicas que signifiquen una mayor protección de los derechos reproductivos de las mujeres en México. Por ello, el informe incluye recomendaciones y propuestas en cada capítulo con la finalidad de brindar respuestas o soluciones para que el Estado mexicano dé cumplimiento a sus obligaciones en materia de derechos reproductivos, mismas que cobran especial relevancia a partir de la reforma constitucional en materia de derechos humanos de junio de 2011.²

METODOLOGÍA

La información presentada en este documento cubre el periodo de abril de 2007 a enero de 2013. Para la elaboración de este informe se contó con fuentes documentales: leyes y normas administrativas federales y locales, casos documentados por GIRE, datos estadísticos e información pública obtenida mediante solicitudes de acceso a la información. Dicha información se sistematizó y analizó mediante cuadros, gráficas e infografías de normativa y datos específicos, correspondientes a cada uno de los seis capítulos del informe. En el caso de la normativa, GIRE elaboró matrices de información por cada tema, en las que asentó la regulación establecida en leyes federales y locales. El trabajo de investigación y llenado de las matrices estuvo a cargo de las abogadas y el abogado de RADAR 4º, así como de GIRE.

Para la obtención de la información estadística se tomaron como fuente primordial los datos generados por instituciones públicas, como el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, el Consejo Nacional de Población y el Observatorio de Mortalidad Materna, en el caso específico del capítulo *Mortalidad Materna*.

El acceso a la información pública se realizó por GIRE, por medio de la presentación de solicitudes de información a las instituciones públicas encargadas de implementar la normativa en materia de derechos reproductivos. Se presentaron más de 600 solicitudes de información a dependencias federales y locales de los 31 estados y el Distrito Federal, a través de las diversas plataformas informáticas o portales en línea creados para la consulta pública de información gubernamental. El proceso de presentación y sistematización de la información obtenida se dio entre el 12 de abril y el 14 de diciembre de 2012.

OBSTÁCULOS EN EL ACCESO Y OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN PÚBLICA

Las autoridades tienen la obligación de producir o procesar información según lo establecido por normas constitucionales --incluidas las internacionales--, así como lo establecido en la legislación. El Estado debe adoptar medidas positivas para la generación y procesamiento de información debidamente desagregada, que no sólo sea garantía de una política pública, sino una herramienta necesaria para el cumplimiento de sus deberes.³ Sin embargo, la presentación de las solicitudes de información pública, así como el seguimiento, obtención y recopilación de las respuestas fue un proceso que enfrentó diversas dificultades.

Las barreras que se encontraron respecto al acceso y recepción de información para la elaboración del presente informe fueron: la normatividad vigente,⁴ los aspectos de desarrollo tecnológico de las plataformas digitales,⁵ la escasa calidad de la información contenida en las respuestas y el criterio de los funcionarios designados para atender las solicitudes de información.

En particular, la información obtenida para este informe resultó deficiente por la calidad de las respuestas entregadas y el escaso registro documental de los temas solicitados. La mayoría de las respuestas no cumplen con la obligación de entregar información oportuna, completa, accesible, fidedigna y oficiosa, ni responden sustancialmente a las solicitudes de información que les fueron formuladas; tampoco suministraron la información solicitada de manera oportuna, completa y accesible.

Las respuestas a las solicitudes de información tienen las siguientes características:

- A. Un número importante se entrega de manera incompleta.
- B. La información entregada, en la mayoría de los casos, no se encuentra desglosada por indicadores relevantes.
- C. La información no siempre cumple con los principios de veracidad y confiabilidad.
- D. Existe una tendencia a entregar las respuestas en formato PDF o JPG, lo que imposibilita que la información sea técnicamente localizable, recuperable, reutilizable o que se pueda indizar.

Estas barreras imposibilitan que el acceso a la información pública se convierta en una herramienta de empoderamiento y exigencia social, lo que obstaculiza que las mujeres adopten decisiones libres, fundamentadas y responsables en materia de reproducción, y puedan ejercer realmente sus derechos reproductivos.

NOTAS

¹ Actualmente RADAR 4° tiene presencia en doce estados.

² En México, en materia de reconocimiento de los derechos humanos, en los últimos años se han presentando avances en el marco normativo, siendo el más relevante la reforma de 2011, en virtud de la cual: 1) se incorporan a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos las normas de derechos humanos contenidas en los tratados internacionales de los que México es parte; 2) se establece la obligación de las autoridades de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos, de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad; y 3) se establecen como criterios de aplicación de las normas de derechos humanos los principios pro persona y de interpretación conforme.

³ CIDH. Informe Anual 2008. OEA/Ser.L/V/II.134. Doc. 5. 25 de febrero de 2009. Vol. III: *Informe Anual de la Relatoría Especial para la Libertad de Expresión*. Cap. III. párrafo. 162. Disponible en: <<http://bit.ly/UzRf-pX>> [consulta: 9 de noviembre de 2012].

⁴ En la legislación de acceso a la información frecuentemente existen disposiciones que son invocadas por las autoridades con el objetivo de justificar la escasa sistematización de sus registros y no atender apropiadamente las solicitudes de información. A través de la figura de inexistencia de información, los funcionarios responden al solicitante que la información requerida no se encuentra documentada en sus archivos. También la legislación permite entregar la información como se encuentra en sus archivos, lo que les dispensa la generación y sistematización de información, alegando la carga excesiva de trabajo que puede generar dicha actividad.

⁵ El Sistema *Infomex*, una plataforma web que permite capturar y enviar solicitudes de información, recibir respuestas e interponer inconformidades, se encuentra en funcionamiento para el Ejecutivo federal, en 25 estados y en el Distrito Federal, y para otros sujetos obligados como la Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Sin embargo, las particularidades de adaptación de cada plataforma *Infomex* local redundan en serias dificultades para el ejercicio del derecho de acceso a la información.

Es necesario resaltar que con excepción de Baja California Sur, Tamaulipas y Michoacán, todas las entidades cuentan con plataformas digitales, *Infomex* o sistemas alternos para ingresar solicitudes de información.

Resulta relevante señalar que para las solicitudes dirigidas a los organismos públicos de derechos humanos, sólo 15 entidades cuentan con sistema *Infomex* (Aguascalientes, Chiapas, Chihuahua, Coahuila, Distrito Federal, Guanajuato, Hidalgo, Morelos, Nayarit, Puebla, Sinaloa, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz y Zacatecas) y cinco con sistemas alternos remotos (Baja California, México, Nuevo León, Oaxaca y Yucatán). Para el resto de los organismos se tuvieron que dirigir las solicitudes de acceso a través de correos electrónicos y formularios de los propios portales web.

En el caso de los poderes judiciales, poco más la mitad poseen una forma accesible de recibir solicitudes de información al estar incorporados al sistema *Infomex* correspondiente a cada entidad. Ellos representan a 17 entidades (Aguascalientes, Chiapas, Coahuila, Colima, Chihuahua, Distrito Federal, Durango, Hidalgo, Morelos, Nayarit, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz y Zacatecas).

1.

ABORTO LEGAL Y SEGURO

1.1 / INTRODUCCIÓN

El acceso al aborto legal y seguro es parte esencial de los servicios de salud reproductiva a los que tienen derecho las mujeres. El acceso al aborto legal y seguro se fundamenta en los derechos a la vida; la salud, incluida la salud reproductiva; la integridad física; la vida privada; la no discriminación y la autonomía reproductiva de las mujeres. Estos derechos se encuentran reconocidos tanto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos como en los tratados internacionales en materia de derechos humanos.

A nivel internacional, los estudios especializados más recientes¹ evidencian que el aborto es un problema de salud pública, que genera casi 47,000 muertes al año alrededor del mundo, aportando 13% de todas las causas de muerte materna; y casi cinco millones de complicaciones, algunas de ellas permanentes; es decir, el aborto realizado en condiciones inseguras y marcos legales restringidos se relaciona con una elevada morbilidad y mortalidad materna.

Asimismo, un reciente estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) demuestra que la ilegalidad y la criminalización del aborto sólo impactan en la inseguridad de los procedimientos y sus consecuentes efectos en la vida, la salud y la libertad de las mujeres, mas no en su incidencia.²

Los mecanismos internacionales y regionales en materia de derechos humanos han expresado reiteradamente su preocupación por las consecuencias que tienen los abortos ilegales, o realizados en condiciones de riesgo, en el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres y han recomendado a los Estados liberalizar las regulaciones de aborto, así como garantizar el acceso al aborto en los supuestos establecidos en la ley.

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW), que vigila el cumplimiento de la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), establece en su Recomendación General 24 sobre la Mujer y la Salud que la negación de servicios de salud que sólo las mujeres necesitan es discriminación.³ Tanto este Comité como el de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el de Derechos Humanos, ambos de Naciones Unidas, han señalado que la prohibición total del aborto viola los derechos humanos de las mujeres, y que éste debería estar permitido y ser accesible al menos en los casos de embarazos producto de una violación sexual, de malformaciones incompatibles con la vida, y cuando la vida y la salud de la mujer estén en riesgo.⁴ Estos mecanismos de derechos humanos también han expresado preocupación por la criminalización de las mujeres que son orilladas a recurrir a abortos clandestinos, así como por el riesgo a su salud y su vida que representa un aborto inseguro.⁵

En México a partir del 11 de junio de 2011, los derechos contenidos en los tratados internacionales ratificados por el Estado son parte integral de la Constitución y todas las autoridades tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad, tomando en consideración las resoluciones emitidas por los órganos de vigilancia de los tratados internacionales.⁶

Cuando los servicios de aborto son inaccesibles para las mujeres que los necesitan o cuando las leyes de aborto son restrictivas, los Estados pueden ser responsables a nivel constitucional e internacional por las violaciones a los derechos humanos de las mujeres. La falta de acceso al aborto legal y seguro es una violación a los derechos reproductivos de las mujeres y tiene un impacto negativo en el ejercicio de sus derechos humanos, sus oportunidades de vida y su futuro.

1.2 / SITUACIÓN EN MÉXICO

En México el aborto es un delito que se regula a nivel local con exclusiones de responsabilidad, es decir que en determinados casos, a las personas que llevan a cabo un aborto, no se les impone una sanción. Estas exclusiones varían dependiendo de la entidad federativa, situación de la que se dará cuenta en la sección de marco normativo de este capítulo.

El Distrito Federal (DF) es la única entidad federativa donde el aborto es legal en las primeras doce semanas de gestación. Asimismo, el aborto en casos donde el embarazo es producto de una violación es legal en todo el país.

Sin embargo, el acceso efectivo de las mujeres a las causales legales de aborto en las entidades federativas es bastante precario o nulo, lo cual denota una gran brecha entre la ley y el ejercicio efectivo de este derecho.

Así, el acceso al aborto depende del lugar de residencia de la mujer y de su estatus socioeconómico, lo cual hace que el acceso al aborto en México sea un tema de justicia social y de discriminación de género. Las mujeres con recursos económicos e información pueden acudir al DF o viajar fuera del país para realizarse un aborto, en cambio las mujeres en situación de pobreza o marginadas no tienen esta opción, salvo que sean apoyadas por instituciones de la sociedad civil como el Fondo María,⁷ cuyos recursos son limitados.

En este sentido, un estudio muy reciente documenta que las mujeres pobres, menos educadas e indígenas, tienen nueve veces más probabilidad de tener un aborto inseguro que las mujeres con mayores posibilidades económicas, más educadas y que no pertenecen a etnias indígenas. Adicionalmente, las mujeres que viven en los estados más pobres del país tienen más riesgo de tener un aborto inseguro; allí es, además, donde hay una mayor proporción de mujeres sexualmente activas que no utilizan métodos anticonceptivos o no conocen de ellos.⁸

La legislación restrictiva en materia de aborto y la falta de acceso aun en las causales legales, orilla a que muchas mujeres recurran a abortos clandestinos que ponen en riesgo su salud y su vida. Se calcula que la tasa de abortos inducidos en 2009 fue de 38 por cada 1,000 mujeres entre 15 y 44 años, lo que se traduce en números totales en 1,025,669 abortos inducidos.⁹ Ello implica que los abortos inducidos en México han aumentado, de poco más de 500,000 abortos estimados en 1990 a 874,747 abortos en 2006, con una tasa que subió de 25 a 38 abortos por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva, para ubicarse entre las más altas del mundo.¹⁰

El grado de desarrollo, de información y las condiciones socioeconómicas de las mujeres son factores que inciden directamente en la prevalencia de embarazos no deseados y en el alza de las tasas de abortos inducidos.¹¹ Además de los aspectos socioeconómicos, la edad de las mujeres es otro factor que incide en esta situación, en varias entidades federativas se registraron tasas muy altas de abortos inducidos en adolescentes.¹²

Sólo una de cada seis mujeres que se realizan un aborto clandestino busca u obtiene atención hospitalaria, por lo que las restantes carecen de atención sanitaria adecuada.¹³ De acuerdo con la organización civil Ipas México, las atenciones hospitalarias por aborto han aumentado año por año, alcanzando un total de 1,604,976 mujeres de 10 a 54 años de edad en los hospitales públicos de México entre 2000 y 2008.¹⁴

Según datos de la Secretaría de Salud federal, en 2010 el aborto significó 11% de las muertes maternas.¹⁵ Estas muertes, enteramente prevenibles, se hubieran evitado con el acceso de las mujeres al aborto legal y seguro. Aunado a las muertes, muchas mujeres sufren complicaciones de salud por abortos inseguros: sólo en el año 2009 el número de mujeres que acudieron al hospital por complicaciones de abortos inseguros fue de 159,005.¹⁶

Aun cuando los abortos ilegales se realicen en condiciones seguras, las mujeres que se someten a un aborto clandestino se encuentran expuestas a ser sujetas de procesos penales cuya resolución puede constituir penas que van desde multas, tratamientos médicos o pérdida de la libertad. Con datos de los tribunales superiores de justicia, obtenidos a través de solicitudes de acceso a la información, en el periodo del 1 de abril de 2007 al 31 de julio de 2012 en 19 entidades federativas existen 127 sentencias por el delito de aborto.¹⁷ Por su parte la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) presentó cifras en relación con el número de denuncias de mujeres que acuden a los servicios de salud en busca de atención post aborto, durante el periodo 1992-2007, las cuales consisten en aproximadamente 1,000 causas penales y averiguaciones previas tramitadas en relación con este el delito,¹⁸ lo que resulta en un promedio de 62.5 mujeres denunciadas y/o procesadas al año en el país.

En contraste, a partir de la aprobación de las reformas constitucionales en varios estados que protegen la vida desde la concepción, durante el periodo 2009-2011, 679 mujeres han sido denunciadas por el delito de aborto, es decir, 226.3 mujeres en promedio al año.¹⁹ Ello implica un incremento significativo, ya que, en el comparativo entre ambos períodos, un promedio de 163.8 mujeres más son denunciadas cada año.

1.3 / MARCO NORMATIVO

En México el aborto es un tema de regulación local, es decir que cada entidad federativa establece cuándo el aborto es delito o no, qué procedimientos debe seguir una mujer para solicitar la interrupción legal del embarazo y cómo debe prestarse el servicio en las instituciones de salud.

Con base en el artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos,²⁰ el aborto es un delito de competencia local, excepto en los casos en que se aplique excepcionalmente el Código Penal Federal.²¹

Dado lo anterior, el aborto se regula por la normatividad en materia penal y de salud de cada entidad. En el ámbito penal se establecen las conductas que califican como delito de aborto, las personas que lo pueden cometer, las sanciones correspondientes, así como los casos en los que dichas conductas excluyen de responsabilidad penal a la persona que las lleva a cabo.

Por su parte, la normativa de salud regula la forma de proveer los servicios de atención médica. Esta regulación corresponde tanto a autoridades federales como a locales, por tratarse de una facultad concurrente. En este sentido, la Ley General de Salud sirve como ordenamiento base para la actuación de las autoridades federales y las leyes locales para la actuación de las autoridades de las entidades federativas.

Las normas que regulan el acceso al aborto deben estar armonizadas con los estándares de protección más alta de derechos humanos,²² e incluso, en caso de que no lo estuvieran, la interpretación y aplicación que de ellas hagan las autoridades judiciales y administrativas deberán aplicar estos estándares.²³

1.3.1 CÓDIGO PENAL FEDERAL

La regulación del aborto como delito corresponde al ámbito local, sin embargo el Código Penal Federal también contempla la tipificación del delito de aborto.²⁴

Esta norma se aplica en algunos de los casos establecidos en el artículo 2º del Código Penal Federal²⁵ y 50 de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación,²⁶ por ejemplo, cuando sea cometido en el extranjero por agentes diplomáticos, personal oficial de las legaciones de la República y cónsules mexicanos; en las embajadas y legaciones extranjeras; o en los buques y aeronaves nacionales. Estas situaciones son excepcionales, sin embargo podría darse el caso, por esta razón en el siguiente cuadro se presenta la forma en la que el delito de aborto se encuentra penalizado a nivel federal.

CÓDIGO PENAL FEDERAL ARTÍCULOS 329, 330, 331, 332, 333 Y 334	
ABORTO: LA MUERTE DEL PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN EN CUALQUIER MOMENTO DE LA PREÑEZ	
SANCIONES MUJER	1 A 5 AÑOS. ABORTO <i>honoris causa</i> : NO MALA FAMA, HAYA OCULTADO SU EMBARAZO Y SEA FRUTO DE UNA UNIÓN ILEGÍTIMA: 6 MESES A 1 AÑO.
SANCIONES TERCERA PERSONA	CON CONSENTIMIENTO DE LA MUJER: 1 A 3 AÑOS.
	SIN CONSENTIMIENTO DE LA MUJER: 3 A 6 AÑOS.
	CON VIOLENCIA: 6 A 8 AÑOS.
	MÉDICO, CIRUJANO, COMADRÓN, PARTERA: ADEMÁS DE LA PENA SUSPENSIÓN DEL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN DE 2 A 5 AÑOS.
CAUSALES	IMPRUDENCIA DE LA MUJER.
	VIOLENCIA. ²⁷
	PELIGRO DE MUERTE.

1.3.2 CÓDIGOS ESTATALES

La regulación del delito de aborto varía de entidad a entidad, con lo cual se genera una situación de discriminación jurídica, en que las mujeres tienen más o menos derecho a interrumpir un embarazo dependiendo del lugar de su residencia. Las regulaciones son muy heterogéneas y en general restrictivas, excepto en el DF donde el aborto está permitido en las primeras doce semanas de gestación.

El aborto es, en todas las entidades federativas, un delito con causales de exclusión de responsabilidad penal. De la revisión de la legislación se puede concluir que la normativa de la mayoría de los estados carece de perspectiva de género y de bases científicas. En más de diez códigos penales se refieren a la mujer que aborta como “la madre”; en 28 definen al aborto como la “muerte del producto de la concepción”, cuando según la Organización Mundial de la Salud aborto es la interrupción del embarazo y el embarazo inicia con la implantación²⁸ y no con la “concepción”, es decir, cuando el óvulo fecundado se adhiere a la pared del útero y no en el momento de la fecundación, cuando se unen el óvulo y el espermatozoide, a lo que pareciera referirse el término “concepción”. Incluso aunque se mantenga el término “concepción” en la legislación de estos estados, con fundamento en el artículo 1º constitucional, dicha acepción se deberá interpretar como implantación, de acuerdo con la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso *Artavia Murillo y otros (“Fecundación in Vitro”) vs. Costa Rica*.²⁹

A. MAPA DE CAUSALES LEGALES

El aborto en casos donde el embarazo es producto de una violación sexual, es la única causal legal que existe en todo el país; en diez estados de la República³⁰ se establece expresamente que durante el primer trimestre del embarazo se puede llevar a cabo el aborto por esta causal, mientras que en las 22 entidades restantes no existe tal disposición, es decir no se establecen plazos para la interrupción, hecho que protege los derechos humanos pues permite a las mujeres a las que se les presenten situaciones que pongan en peligro su salud o su vida, decidir no continuar con el embarazo sin presión de plazos.

En cuanto a las otras causales legales, de una revisión de los códigos penales se registra lo siguiente: aborto imprudencial en treinta entidades,³¹ peligro de muerte en 25 entidades,³² malformaciones de producto en 14 entidades,³³ graves daños a la salud de la mujer en 13 entidades,³⁴ inseminación forzada en once entidades,³⁵ causas económicas (cuando se tengan al menos tres hijos) en una entidad,³⁶ y voluntad de la mujer en las primeras doce semanas de gestación en una entidad.³⁷

EL ABORTO EN MÉXICO



EL ABORTO EN MÉXICO	
ENTIDADES	CAUSALES ³⁸
GUANAJUATO	VIOLACIÓN IMPRUDENCIAL O CULPOSO
QUERÉTARO	
AGUASCALIENTES	VIOLACIÓN IMPRUDENCIAL O CULPOSO PELIGRO DE MUERTE
DURANGO	
SINALOA	
SONORA	
CAMPECHE	VIOLACIÓN IMPRUDENCIAL O CULPOSO GRAVE DAÑO A LA SALUD
NUEVO LEÓN	
CHIAPAS	VIOLACIÓN PELIGRO DE MUERTE ALTERACIONES GENÉTICAS O CONGÉNITAS GRAVES EN EL PRODUCTO
GUERRERO	
CHIHUAHUA	VIOLACIÓN IMPRUDENCIAL O CULPOSO GRAVE DAÑO A LA SALUD INSEMINACIÓN ARTIFICIAL NO CONSENTIDA
BAJA CALIFORNIA	
SAN LUIS POTOSÍ	
TABASCO	
JALISCO	VIOLACIÓN IMPRUDENCIAL O CULPOSO PELIGRO DE MUERTE GRAVE DAÑO A LA SALUD
MICHOACÁN	
NAYARIT	
TAMAULIPAS	
TLAXCALA	VIOLACIÓN IMPRUDENCIAL O CULPOSO PELIGRO DE MUERTE ALTERACIONES GENÉTICAS O CONGÉNITAS GRAVES EN EL PRODUCTO
ZACATECAS	
COAHUILA	
MÉXICO	
OAXACA	VIOLACIÓN IMPRUDENCIAL O CULPOSO PELIGRO DE MUERTE ALTERACIONES GENÉTICAS O CONGÉNITAS GRAVES EN EL PRODUCTO
PUEBLA	
QUINTANA ROO	VIOLACIÓN IMPRUDENCIAL O CULPOSO PELIGRO DE MUERTE ALTERACIONES GENÉTICAS O CONGÉNITAS GRAVES EN EL PRODUCTO INSEMINACIÓN ARTIFICIAL NO CONSENTIDA
MORELOS	
VERACRUZ	

EL ABORTO EN MÉXICO

ENTIDADES	CAUSALES ³⁸
HIDALGO	VIOLACIÓN IMPRUDENCIAL O CULPOSO GRAVE DAÑO A LA SALUD ALTERACIONES GENÉTICAS O CONGÉNITAS GRAVES EN EL PRODUCTO INSEMINACIÓN ARTIFICIAL NO CONSENTIDA
YUCATÁN	VIOLACIÓN IMPRUDENCIAL O CULPOSO PELIGRO DE MUERTE ALTERACIONES GENÉTICAS O CONGÉNITAS GRAVES EN EL PRODUCTO CAUSAS ECONÓMICAS GRAVES Y JUSTIFICADAS SIEMPRE QUE LA MUJER EMBARAZADA TENGA YA CUANDO MENOS TRES HIJOS
BAJA CALIFORNIA SUR COLIMA	VIOLACIÓN IMPRUDENCIAL O CULPOSO PELIGRO DE MUERTE ALTERACIONES GENÉTICAS O CONGÉNITAS GRAVES EN EL PRODUCTO GRAVE DAÑO A LA SALUD INSEMINACIÓN ARTIFICIAL NO CONSENTIDA
DISTRITO FEDERAL	VIOLACIÓN IMPRUDENCIAL O CULPOSO ALTERACIONES GENÉTICAS O CONGÉNITAS GRAVES EN EL PRODUCTO GRAVE DAÑO A LA SALUD INSEMINACIÓN ARTIFICIAL NO CONSENTIDA VOLUNTAD DE LA MUJER HASTA LAS DOCE PRIMERAS SEMANAS DE GESTACIÓN

En esta clasificación se distingue entre la causal de grave daño a la salud y peligro de muerte toda vez que así es como se encuentra establecido en los diferente códigos penales. Sin embargo, la causal de peligro de muerte debiera interpretarse como subsumida en la de grave daño a la salud, situación que incluiría a Campeche, Chihuahua, Distrito Federal e Hidalgo. Esta interpretación es la que ofrece mayor protección a los derechos reproductivos de las mujeres.

Este cuadro pone de manifiesto las grandes restricciones legales que existen para acceder al aborto en el país. **LAS ENTIDADES EN DONDE SE ENCUENTRA LA LEGISLACIÓN MÁS RESTRICTIVA EN MATERIA DE ABORTO SON GUANAJUATO Y QUERÉTARO, EN LAS QUE SÓLO SE ADMITEN COMO CAUSALES DE EXCLUSIÓN DE RESPONSABILIDAD LA VIOLACIÓN SEXUAL Y EL ABORTO IMPRUDENCIAL.** Asimismo, existen únicamente ocho entidades federativas que tienen más de cuatro causales.³⁹

B. SANCIONES

Dadas las restricciones legales y el precario acceso al aborto, las mujeres recurren frecuentemente a abortos clandestinos, por lo que están en riesgo de ser procesadas y sentenciadas por “cometer” el delito de aborto, incluso cuando se encuentran en alguna de las causales legales.

En 27 entidades federativas⁴⁰ el aborto es un delito no grave, es decir que las mujeres pueden seguir el proceso penal en libertad. En estos casos, la mujer puede permanecer en libertad mediante el pago de una caución o fianza y continuar el proceso fuera de prisión, según lo establecido en el artículo 19 de la Constitución.⁴¹ Las fianzas impuestas en los casos que GIRE ha documentado van de los 1,000 a los 197,000 pesos. Muchas de las mujeres sujetas a proceso penal son de escasos recursos económicos, por lo que el pago de estas fianzas les implica grandes estragos.

En las cinco entidades federativas restantes el aborto sí es un delito grave,⁴² lo cual implica que las mujeres a las que se les inicia un proceso penal están recluidas durante el mismo.⁴³

Llama la atención el caso de Tlaxcala en el que se registra la penalidad más baja y sin embargo el delito de aborto se encuentra en el catálogo de los delitos graves, lo cual es una contradicción y rompe con la política criminal de esa entidad.

SANCIONES PENALES POR EL DELITO DE ABORTO	
SANCIÓN	ENTIDADES
PENA PRIVATIVA DE LIBERTAD (30)	15 DÍAS A DOS MESES: TLAXCALA
	TRES A SEIS MESES: DISTRITO FEDERAL ⁴⁴
	CUATRO MESES A UN AÑO: JALISCO ⁴⁵
	SEIS MESES A UN AÑO: AGUASCALIENTES Y NUEVO LEÓN
	DOS MESES A DOS AÑOS: BAJA CALIFORNIA SUR ⁴⁶
	SEIS MESES A DOS AÑOS: CAMPECHE ⁴⁷ Y QUINTANA ROO
	OCHO MESES A DOS AÑOS: ZACATECAS
	SEIS MESES A TRES AÑOS: CHIHUAHUA, GUANAJUATO, SINALOA Y TABASCO
	UNO A TRES AÑOS: COAHUILA, COLIMA, DURANGO, GUERRERO, HIDALGO, MÉXICO, MICHOACÁN, NAYARIT, QUERÉTARO Y SAN LUIS POTOSÍ
	UNO A CINCO AÑOS: BAJA CALIFORNIA, MORELOS, ⁴⁸ OAXACA, PUEBLA, TAMAULIPAS ⁴⁹ Y YUCATÁN ⁵⁰
	UNO A SEIS AÑOS: SONORA
TRABAJO A LA COMUNIDAD (2)	CAMPECHE ⁵¹ Y DISTRITO FEDERAL ⁵²
MULTA ⁵³ (11)	AGUASCALIENTES, ⁵⁴ BAJA CALIFORNIA SUR, COAHUILA, COLIMA, GUANAJUATO, HIDALGO, MICHOACÁN, MORELOS, NAYARIT, SAN LUIS POTOSÍ Y SONORA
TRATAMIENTO MÉDICO (6)	CHIAPAS, ⁵⁵ JALISCO, ⁵⁶ MORELOS, TAMAULIPAS, ⁵⁷ VERACRUZ ⁵⁸ Y YUCATÁN ⁵⁹

Como se puede apreciar en el cuadro, en todas las entidades de la República la interrupción del embarazo constituye un delito, lo que varía es la sanción, la cual puede ir desde la privación de la libertad hasta la aplicación de un tratamiento médico o psicológico, incluso trabajo para la comunidad.

La sanción de prisión más baja se encuentra en Tlaxcala con 15 días a dos meses de prisión, mientras que en Sonora se encuentra la mayor, con penalidades que van desde uno a seis años. Caso especial es el de Aguascalientes en el que además de la prisión y la multa a la mujer se le impone la sanción de reparar los daños y perjuicios ocasionados, situación absurda pues en el delito de aborto la única persona sobre quien se pueden registrar daños y perjuicios es a la mujer que aborta, ya que el embrión no es persona, además de que no se le podrían reparar los daños, tal y como lo ha señalado la Corte Interamericana de Derechos Humanos:

“La Corte concluye que la Sala Constitucional se basó en el artículo 4 de la Convención Americana, el artículo 3 de la Declaración Universal, el artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Convención sobre los Derechos del Niño y la Declaración de los Derechos del Niño de 1959. No obstante, de ninguno de estos artículos o tratados es posible sustentar que el embrión pueda ser considerado persona en los términos del artículo 4 de la Convención. Tampoco es posible desprender dicha conclusión de los trabajos preparatorios o de una interpretación sistemática de los derechos consagrados en la Convención Americana o en la Declaración Americana.”⁶⁰

En varias entidades federativas, la pena privativa de la libertad puede sustituirse por trabajo comunitario o “tratamiento médico”.

La pena de tratamiento médico es considerada por quienes la promueven como una medida menos gravosa para las mujeres, hay quienes incluso la presentan como una especie de despenalización, sin embargo, esta sanción obedece a las mismas razones de imposición de penas privativas de la libertad y sigue siendo una medida que criminaliza a las mujeres que interrumpen un embarazo y que las trata como si tuvieran algún padecimiento. Otra problemática de estas sanciones es que no se sabe a qué tipo de tratamiento se refieren, quién lo aplica ni cuánto tiempo dura.

En el caso de los estados de Jalisco, Tamaulipas y Yucatán en los que el objetivo del tratamiento es explícitamente “reafirmar el valor de la maternidad y el fortalecimiento de la familia”, se pone de manifiesto la racionalidad conservadora y discriminatoria detrás de esta medida.

Independientemente de que la pena por el delito de aborto sea prisión u otro tipo de sanción, como la de tratamiento psicológico, es importante no perder de vista el hecho mismo de la criminalización del aborto y los efectos negativos que esto tiene en la vida y el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres. Aunado a las consecuencias jurídicas de ser sometidas a un proceso penal e incluso ser privadas de la libertad, la criminalización genera un estigma y discriminación que puede provocar graves afectaciones en el entorno social y familiar de las mujeres.

El análisis de la legislación estatal demuestra que es discriminatoria y violatoria de los derechos humanos, en tanto no permite que las mujeres tengan acceso a servicios de salud reproductiva que sólo ellas necesitan y no los hombres, por ser las mujeres quienes tienen la capacidad biológica de embarazarse. Esta falta de acceso a servicios de salud pone en riesgo su vida, su salud y su libertad. La legislación resulta doblemente discriminatoria dada la falta de uniformidad que provoca que las mujeres tengan acceso a ciertas causales de aborto dependiendo de la entidad donde residan. Situación que con fundamento en el artículo 1º constitucional resulta violatoria de los derechos humanos de las mujeres.

En este sentido, cabe mencionar que en julio de 2012 el Comité CEDAW analizó los informes 7° y 8° de México sobre el cumplimiento de la Convención y en sus Observaciones Finales expresó su preocupación por la falta de uniformidad de la legislación sobre aborto:

“El Comité observa que en la Ciudad de México el aborto está despenalizado, mientras que en el resto del país solo es legal en caso de violación. Observa también incongruencias en cuanto a otros motivos jurídicos para practicar abortos en los marcos jurídicos de los 32 estados. Le preocupa que las enmiendas introducidas en las constituciones locales que protegen la vida desde el momento de la concepción hayan puesto en peligro el disfrute por la mujer de su salud y derechos sexuales y reproductivos, aun cuando esas enmiendas no hayan modificado los motivos jurídicos ya establecidos para practicar un aborto. Otro motivo de preocupación son los casos en que los proveedores de servicios médicos y trabajadores sociales han denegado el acceso al aborto legal a embarazadas que cumplían los restrictivos criterios reglamentarios y, a continuación, las denunciaron ante las autoridades judiciales, quienes a su vez las condenaron a largas penas de prisión por infanticidio o asesinato.”⁶¹

De conformidad con esta preocupación, el Comité CEDAW recomendó al Estado mexicano lo siguiente:

- a) Armonice las leyes federales y estatales relativas al aborto a fin de eliminar los obstáculos que enfrentan las mujeres que deseen interrumpir un embarazo de forma legal y amplíe también el acceso al aborto legal teniendo en cuenta la reforma constitucional en materia de derechos humanos y la recomendación general núm. 24 (1999) del Comité;
- b) Informe a los proveedores de servicios médicos y trabajadores sociales que las enmiendas constitucionales locales no han derogado los motivos para interrumpir un embarazo de forma legal y les comunique también las responsabilidades que les incumben;
- c) Se asegure de que en todos los estados las mujeres que tengan motivos legales que justifiquen la interrupción de un embarazo tengan acceso a servicios médicos seguros, y vele por la debida aplicación de la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, en particular el acceso de las mujeres que han sido violadas a anticonceptivos de emergencia, al aborto y a tratamiento para la prevención de enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA.”⁶²

Estas recomendaciones, los estándares internacionales en la materia y el artículo 4° constitucional que garantiza la autonomía reproductiva de las mujeres, establecen claramente la necesidad y urgencia de que las entidades federativas en cumplimiento de sus obligaciones en materia de derechos humanos reformen su legislación en el sentido de ampliar las causales con miras a avanzar hacia la despenalización del aborto, ya que de lo contrario prevalecerá la discriminación jurídica de las mujeres que no residen en el DF.

Finalmente, es fundamental mencionar que a pesar de la existencia de supuestos legales en los cuales se permite la interrupción legal del embarazo, en la mayoría de las entidades federativas existe un precario o nulo acceso, lo cual será analizado en el apartado de implementación de este capítulo.

1.3.3 REGULACIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL

El 26 de abril de 2007 se publicó en la Gaceta Oficial la reforma al Código Penal y a la Ley de Salud del Distrito Federal, en virtud de la cual se despenalizó el aborto hasta las doce primeras semanas de gestación y se disminuyeron las penas a las mujeres que interrumpían su embarazo después de ese término, quedando como sanción una pena de prisión de tres a seis meses o trabajo a favor de la comunidad de 100 a 300 días.

Además del aborto voluntario en las primeras doce semanas de gestación, quedaron como excluyentes de responsabilidad las interrupciones por razones de violación, de malformaciones congénitas o genéticas graves del producto o por grave riesgo a la salud de la mujer.⁶³

Esta reforma sin precedentes en el país tuvo un largo camino desde 1931 --fecha en que se aprobó el Código Penal Federal para el Distrito y Territorios Federales-- hasta abril de 2007, en que se logró la despenalización. Uno de los antecedentes más importantes ocurrió en el año 2000, con la aprobación por parte de la Asamblea Legislativa de la iniciativa de la Jefa de Gobierno, Rosario Robles, para aumentar las causales legales de aborto y establecer mecanismos claros para acceder al aborto por violación y por inseminación artificial no consentida.

De las reformas de 2007 es fundamental resaltar que no sólo se modificó la ley para despenalizar el aborto durante las doce primeras semanas de gestación, sino que también se establecieron las bases legales para la provisión de los servicios de salud para garantizarlo en condiciones seguras y con pleno respeto a los derechos humanos de las mujeres.

1.3.4 PROCEDIMIENTOS Y LINEAMIENTOS PARA LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO CUANDO SEA PRODUCTO DE UNA VIOLACIÓN SEXUAL

El aborto es legal en todo el país cuando el embarazo es producto de una violación sexual. En este sentido, en abril de 2006 se publicó la NOM-046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención (NOM 046),⁶⁴ en la cual se establecen los servicios de salud a los que tienen derecho las mujeres que han sido víctimas de una violación sexual, entre ellos la interrupción legal del embarazo. Esta normativa obliga a todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud, a prestar el servicio.⁶⁵

En la NOM 046 se establece que la interrupción del embarazo en los casos que sea producto de una violación sexual, ésta debe ser autorizada por autoridad competente según la normativa de cada entidad. Asimismo, en algunas entidades federativas⁶⁶ se han establecido procedimientos o lineamientos para regular el acceso de las mujeres a la interrupción legal del embarazo por esta causal. El objetivo de estos procedimientos es,

en teoría, facilitar y detallar las obligaciones del personal encargado de administrar e impartir justicia en la atención a mujeres que han sufrido violencia sexual. Estas regulaciones se encuentran en los códigos de procedimientos penales y/o en normas administrativas.

En México, la autoridad facultada para garantizar la atención médica de urgencia a las víctimas del delito y para tomar las medidas cautelares y providencias necesarias para la protección y restitución de sus derechos, así como hacer cesar las consecuencias de un delito es, en general, el Ministerio Público.⁶⁷ Sin embargo, a partir de 2008 con la reforma al sistema de justicia penal, en el que hay un mayor control por parte de los jueces del proceso penal, algunos estados han establecido que sea el llamado “juez de control” quien esté facultado para autorizar dichas diligencias.⁶⁸

*En ocho entidades federativas el procedimiento para la interrupción legal del embarazo por violación se encuentra previsto en los códigos de procedimientos penales.*⁶⁹

La mayoría de estas legislaciones señalan al Ministerio Público como la autoridad competente para autorizar la interrupción del embarazo en casos de delito (violencia sexual o inseminación artificial no consentida), mientras que en el estado de México, Puebla y Zacatecas, debido a la implementación del sistema acusatorio de justicia penal, se señala al juez de control como autoridad facultada,⁷⁰ en Quintana Roo la autoridad facultada para autorizar el aborto es el Ministerio Público, siempre y cuando no haya ejercido acción penal, en caso contrario será el juez de instrucción quien emita la autorización.

De forma concreta, para que una mujer víctima de violencia sexual tenga acceso a una debida protección en el sentido de decidir continuar o no con un embarazo producto de la violación sexual, las autoridades competentes tienen las siguientes obligaciones:

OBLIGACIONES DE LAS AUTORIDADES EN CASO DE VIOLACIÓN SEXUAL
PROPORCIONAR INFORMACIÓN VERAZ, IMPARCIAL, OBJETIVA Y SUFICIENTE SOBRE LOS DERECHOS DE LA VÍCTIMA A ACCEDER A ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA, SERVICIOS DE INTERRUPCIÓN DE EMBARAZO EN CONDICIONES DE CALIDAD Y SEGURIDAD, Y TRATAMIENTOS EN CONTRA DE POSIBLES INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.
ASEGURARSE QUE EN CASO DE ASÍ REQUERIRLO, LA MUJER ACCEDA DE FORMA INMEDIATA A ESTOS SERVICIOS DE SALUD.

En este sentido vale la pena retomar la regulación del DF,⁷¹ la cual establece un término de 24 horas, a partir de la solicitud de la mujer, para que el Ministerio Público autorice la interrupción, con los siguientes requisitos:

1. Existencia de denuncia por el delito de violación o inseminación artificial no consentida.
2. Declaración de la víctima de la existencia del embarazo.
3. Comprobación de la existencia del embarazo en cualquier instituto del sistema público o privado de salud.
4. Existencia de elementos que permitan suponer que el embarazo es producto de una violación o inseminación artificial.
5. Solicitud de la mujer embarazada.

Asimismo, en esta entidad no imponen a las mujeres mayores exigencias, como en otras en las que les requieren justificar haber recibido información especializada, como el estado de México, o cubrir los gastos cuando no se encuentran en una situación económicamente precaria antes de acceder al aborto, como el caso de Hidalgo.

Si bien los códigos penales no establecen explícitamente el requisito de una denuncia para garantizar el acceso al aborto por violación, los procedimientos y lineamientos en once entidades establecen esta obligación.⁷² Ello parte de la interpretación de que al ser el Ministerio Público, o en su caso el juez, la autoridad facultada para autorizar este procedimiento, deben contar con algún tipo de evidencia que permita suponer la comisión del delito de violación o inseminación forzada. Sin embargo, tal requisito, lejos de contribuir a dar certeza jurídica a las mujeres y a los servidores públicos, a la vez que garantizar el acceso, puede convertirse en una barrera para el acceso, dados los bajos índices de denuncia que existen para el delito de violencia sexual. Asimismo, cabe preguntarse si la existencia de protocolos y lineamientos ha contribuido o no a mejorar el acceso de las mujeres a la interrupción del embarazo producto de una violación. Lo anterior, será analizado en la sección de implementación de la normativa de este capítulo.

Es importante recordar que, independientemente de la existencia de protocolos o lineamientos, todas las entidades federativas están obligadas a garantizar a las mujeres que así lo deseen los servicios de aborto seguro, con fundamento en sus códigos penales y en la NOM 046.

I.4 / IMPLEMENTACIÓN DEL MARCO NORMATIVO

El hecho de contar con causales legales de aborto no garantiza el acceso real de las mujeres a la interrupción del embarazo. Entonces, no basta con elaborar un análisis en abstracto de las normas que regulan el aborto, es necesario analizar el nivel de implementación de la normativa y los obstáculos que en la práctica enfrentan las mujeres que deciden interrumpir un embarazo.

Para tratar de determinar el nivel de implementación se realizó un análisis de la información pública obtenida a través de medios remotos, sistemas Infomex y alternos, a nivel federal y local. Las solicitudes de información a nivel federal fueron dirigidas a la Secretaría de Salud federal (SSA), al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Procuraduría General de la República (PGR); a nivel local las solicitudes se dirigieron a las secretarías de salud, las procuradurías generales de justicia, las secretarías de seguridad pública y los poderes judiciales locales. Asimismo, se incorpora información de algunos de los casos documentados por GIRE.

Como se señala en la *Introducción* de este informe, en el proceso de presentación de las solicitudes y análisis de la información obtenida, se pudo observar que existen graves deficiencias en el acceso a la información en materia de aborto, lo cual impacta directamente en el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres, a nivel de elaboración, implementación y evaluación de políticas públicas, como en la toma de decisiones de las mujeres en temas de los procesos reproductivos.

1.4.1 NIVEL FEDERAL

A nivel federal se presentaron solicitudes de acceso a la información pública a la SSA, al IMSS y al ISSSTE respecto a las interrupciones legales del embarazo llevadas a cabo en instituciones de salud que dependen de estas autoridades. Asimismo, se presentaron solicitudes a la PGR en lo que se refiere al número de denuncias por los delitos de violación y aborto cuando aplique el Código Penal Federal, así como el número de autorizaciones de abortos por violación.

Se preguntó respecto del Código Penal Federal debido a la falta de claridad de las autoridades federales sobre su deber de aplicar la normativa local en el caso de provisión de servicios de aborto legal y saber si al menos se emiten autorizaciones en las causales establecidas en el ordenamiento federal. Sobre este particular, cabe resaltar que la provisión de servicios de salud de acuerdo a la Constitución y a la Ley General de Salud⁷³ es una facultad concurrente por lo que se plantea la interrogante de si las instancias de salud federales en las entidades federativas deberían estar proporcionando servicios de aborto en las causales legales aplicables previstas en el Código federal o en los locales.

Una de las primeras cuestiones a resaltar sobre la información proporcionada por la Secretaría de Salud federal es que no clasifica los abortos por causal.⁷⁴ Las instituciones reportan que sólo registran el número de servicios de aborto otorgados y el número de ingresos y egresos hospitalarios por aborto. Esto dificulta el análisis sobre el acceso de las mujeres a servicios de aborto legal. Hay que recordar que el delito de aborto es de competencia local, en ese sentido los hospitales públicos federales deberían proveer los servicios de aborto con base en la normativa local.

Ante la pregunta sobre el número de interrupciones legales del embarazo llevadas a cabo en instituciones de salud federales, la Secretaría de Salud indicó que la provisión de servicios de interrupción legal del embarazo no es competencia de las instituciones de salud a su cargo, debido a que no se trata de hospitales del Gobierno del Distrito Federal.⁷⁵

En el caso del ISSSTE se obtuvieron dos respuestas: por una parte, la Dirección de Finanzas señaló que no cuenta con la información del número de interrupciones legales del embarazo por violación sexual, debido a que la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) no contiene la causal violación. Sin embargo, informó que de 2007 a 2010 se llevaron a cabo 261 egresos por aborto médico.⁷⁶ Por otra, la Dirección Médica señaló que en la institución no se realizan abortos legales por ser un órgano público descentralizado y que la responsabilidad corresponde a la Secretaría de Salud del DF debido a las reformas a la Ley de Salud para el Distrito Federal. Resulta preocupante que en la misma institución se tengan respuestas diferentes, pero sobre todo alarma que en la Dirección Médica se considere a la Secretaría de Salud del DF como la única instancia de salud obligada a proveer servicios de aborto legal, cuando en todos los códigos penales de los estados y en el federal se tiene por lo menos la causal de violación.

El IMSS respondió que en sus sistemas de información no cuentan con registros de causas externas sobre los abortos registrados en las derechohabientes, situación que no permite conocer el número de abortos realizados por motivo de violación sexual y por lo tanto el acceso que las mujeres, víctimas de este tipo de violencia, tienen a la interrupción legal del embarazo.

Al parecer, las mujeres no tienen acceso a las causales legales de aborto establecidas en el Código Penal Federal en los hospitales de la Secretaría de Salud federal ni a las causales legales establecidas para cada entidad federativa, lo que significa que esta normativa no se aplica e implica una barrera para las mujeres en el ejercicio de sus derechos reproductivos.

Respecto a la información solicitada a la PGR sobre denuncias y averiguaciones previas por delito de aborto, en 2007 se da cuenta de una en contra de un hombre,⁷⁷ lo cual indicaría que no hay mujeres procesadas por aborto en los supuestos establecidos en la normativa federal.

Sobre el número de autorizaciones para interrupción legal del embarazo en casos de violación sexual, la Fiscalía Especial para los Delitos de Violencia contra las Mujeres y Trata de Personas informó que después de haber realizado “una búsqueda exhaustiva en los registros internos de dicha unidad, no se encontró antecedente alguno respecto a la información solicitada”.⁷⁸ Esta situación contrasta con las 88 averiguaciones previas iniciadas de 2007 a 2012 por el delito de violación sexual⁷⁹ y deja la interrogante en relación a si ninguna de las mujeres víctimas de violación sexual quedó embarazada, solicitó la autorización para la interrupción del embarazo o no se presentó ninguna situación como ésta.

1.4.2 NIVEL LOCAL

A. DISTRITO FEDERAL

Como resultado de la despenalización del aborto en las doce primeras semanas de gestación, el Gobierno del DF puso en marcha un programa de servicios de salud para las mujeres que deseen interrumpir su embarazo. En el siguiente cuadro se presentan las cifras sobre el programa de interrupción legal del embarazo (ILE) en instituciones públicas de salud al 31 de diciembre de 2012.

CIFRAS SOBRE LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LA CIUDAD DE MÉXICO DE ABRIL DE 2007 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2012		
TOTAL: 92,363		
LUGAR DE RESIDENCIA	EDAD	ESTADO CIVIL
DISTRITO FEDERAL: 73.2% ESTADO DE MÉXICO: 23.5% OTROS ESTADOS Y EXTRANJERAS: 3.3%	11 A 14 AÑOS: 0.7% 15 A 17 AÑOS: 4.7% 18 A 24 AÑOS: 47.9% 25 A 29 AÑOS: 22.2% 30 A 34 AÑOS: 13.2% 35 A 39 AÑOS: 7.9% 40 A 44 AÑOS: 2.8% 45 A 54 AÑOS: 0.1% SIN REGISTRO: 0.5%	SOLTERAS: 45.5% CASADAS: 26.3% DIVORCIADAS: 4.1% UNIÓN LIBRE: 23.5% VIUDA: 0.3% SIN DATO: 0.3%
NÚMERO DE HIJOS	EDUCACIÓN	OCUPACIÓN
SIN HIJOS: 33.8% 1 HIJO: 26.1% 2 HIJOS: 22.7% 3 HIJOS: 10.9% MÁS DE 3 HIJOS: 6.5%	PRIMARIA: 8.7% SECUNDARIA: 32.4% PREPARATORIA: 38.9% SUPERIOR: 17.5% TÉCNICO: 0.6% NINGUNA: 1.8%	HOGAR: 33.7% ESTUDIANTE: 30.6% EMPLEADA: 27.3% COMERCIANTE: 5.3% DOMÉSTICA: 2.0% OTRA: 0.8% OBRERA: 0.2% PROFESIONISTA: 0.1%

CIFRAS SOBRE LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LA CIUDAD DE MÉXICO			
DE ABRIL DE 2007 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2012			
TOTAL: 92,363			
MÉTODO MÉDICO	SEMANA DE GESTACIÓN		SEGURIDAD SOCIAL
MISORPOSTOL: 67.4%	0 SEMANA: 0.1%	7 SEMANAS: 19.8%	GRATUIDAD: 80.9%
AMEU*: 29.4%	1 SEMANAS: 0.2%	8 SEMANAS: 16%	IMSS: 10.4%
LUI**: 3.2%	2 SEMANAS: 0.2%	9 SEMANAS: 13.2%	OTRA: 6.9%
	3 SEMANAS: 0.1%	10 SEMANAS: 10.2%	ISSSTE: 1.6%
*AMEU: ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA	4 SEMANAS: 3.5%	11 SEMANAS: 10.2%	PEMEX: 0.1%
**LUI: LEGRADO UTERINO INSTRUMENTADO	5 SEMANAS: 8.9%	12 SEMANAS: 1.8%	
	6 SEMANAS: 15.8%		
REINCIDENCIA	RELIGIÓN		ANTICONCEPTIVOS POST-ILE
PORCENTAJE DE MUJERES QUE HAN REALIZADO MÁS DE UNA ILE: 2.09%	CATÓLICA: 82.9%		CONDÓN: 7.7%
	CRISTIANA: 2.9%		PASTILLAS: 14.9%
	OTRAS: 1.7%		DIU: 39.1%
	NINGUNA: 12.5%		OTB: 4.6%
			OTRO: 12.1%
			INYECTABLE: 4.8%
			NO ACEPTÓ: 16.8%

Fuente: Elaboración propia de GIRE a partir de datos obtenidos mediante solicitudes de información.

El cuadro indica que de 2007 al 31 de diciembre de 2012 se han llevado a cabo, solamente en instituciones públicas de salud y de forma gratuita, 92,363 interrupciones legales del embarazo.⁸⁰ A este número hay que sumarle la cifra de abortos seguros llevados a cabo en instituciones privadas, los cuales, según un estudio, se estima que asciendan a 21,600 anualmente,⁸¹ lo cual indica que en los últimos cinco años más de 200,000 mujeres han accedido a servicios de aborto legal y seguro en el DF.

El perfil de las usuarias de los servicios públicos de ILE señala que acceden a este servicio no sólo mujeres residentes en el DF sino de otros estados de la República y países, donde el aborto está penalizado o es inaccesible. La mayor parte de las mujeres que vienen de otros lugares son del estado de México, lo cual se relaciona de forma directa con la cercanía con el DF. Para otras mujeres residentes en las entidades federativas es difícil o imposible acudir al DF para practicarse una interrupción legal del embarazo.

La reforma en el DF prioriza la atención de la salud sexual y reproductiva y establece que “los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos”.⁸²

También vale la pena resaltar que debido a la despenalización del aborto en las primeras doce semanas de gestación y la existencia de un programa sensible e integral de provisión de servicios de ILE, 83.2% de las mujeres que han accedido al servicio han aceptado un método anticonceptivo, y el porcentaje de mujeres que han tenido acceso a más de una interrupción es de 2.09%, datos que indican una reducción en la incidencia de embarazos no deseados.

B. ACCESO AL ABORTO POR VIOLACIÓN

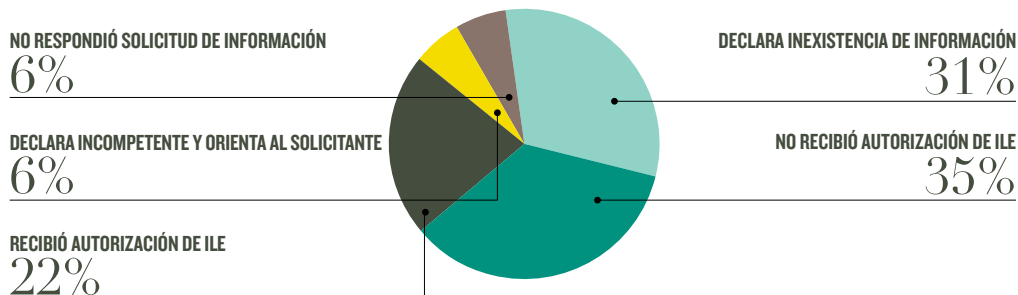
El aborto por violación es legal en todo el país, lo cual implica la obligación de las autoridades de prestar los servicios de interrupción del embarazo. Por esta razón se solicitó a las instancias competentes, procuradurías de justicia y secretarías de salud locales información sobre el número de autorizaciones de aborto por violación emitidas y reportadas.

AUTORIZACIONES DE ILE POR ENTIDAD 2007-2012		
ENTIDAD	EMITIDAS POR LAS PROCURADURÍAS GENERALES DE JUSTICIA LOCALES	REPORTADAS POR LAS SECRETARÍAS DE SALUD LOCALES
AGUASCALIENTES	0	DECLARA INEXISTENCIA DE INFORMACIÓN.
BAJA CALIFORNIA	3	2
BAJA CALIFORNIA SUR	0	1
CAMPECHE	DECLARA INEXISTENCIA DE INFORMACIÓN.	0
CHIAPAS	DECLARA INCOMPETENCIA PARA RESOLVER LA SOLICITUD DE INFORMACIÓN Y ORIENTA A PEDIR LA INFORMACIÓN A LA SECRETARÍA DE SALUD.	DECLARA INEXISTENCIA DE INFORMACIÓN.
CHIHUAHUA	DECLARA INEXISTENCIA DE INFORMACIÓN.	0
COAHUILA	NO EMITE AUTORIZACIONES DE ILE.	0
COLIMA	0	0
DISTRITO FEDERAL	30	18
DURANGO	1	1
GUANAJUATO	0	0
GUERRERO	3	NO RESPONDIÓ A SOLICITUD DE INFORMACIÓN.
HIDALGO	NO RESPONDIÓ A SOLICITUD DE INFORMACIÓN.	0
JALISCO	DECLARA INEXISTENCIA DE INFORMACIÓN.	DECLARA INEXISTENCIA DE INFORMACIÓN.
MÉXICO	LA AUTORIZACIÓN DE ILE LA REALIZA EL JUEZ DE CONTROL, POR LO QUE LA PROCURADURÍA NO ES COMPETENTE PARA ATENDER A LAS SOLICITUDES DE INFORMACIÓN. ORIENTA A SOLICITAR INFORMACIÓN AL PODER JUDICIAL.	33
MICHOACÁN	DECLARA INEXISTENCIA DE INFORMACIÓN.	DECLARA INEXISTENCIA DE INFORMACIÓN.
MORELOS	DECLARA INEXISTENCIA DE INFORMACIÓN. SEÑALA QUE NO SE ENCUENTRA NORMADA ILE.	DECLARA INEXISTENCIA DE INFORMACIÓN.
NAYARIT	NO RESPONDIÓ A SOLICITUD DE INFORMACIÓN.	0
NUevo LEÓN	DECLARA INEXISTENCIA DE INFORMACIÓN.	0
OAXACA	2	DECLARA INEXISTENCIA DE INFORMACIÓN.
PUEBLA	DECLARA INEXISTENCIA DE INFORMACIÓN.	0
QUERÉTARO	0	1
QUINTANA ROO	0	DECLARA INEXISTENCIA DE INFORMACIÓN.
SAN LUIS POTOSÍ	DECLARA INEXISTENCIA DE INFORMACIÓN. SEÑALA QUE EL CÓDIGO PENAL DEL ESTADO NO CONTEMPLA LA ILE EN CASO DE VIOLACIÓN SEXUAL.	0
SINALOA	DECLARA INEXISTENCIA DE INFORMACIÓN.	DECLARA INEXISTENCIA DE INFORMACIÓN.
SONORA	NO EMITE AUTORIZACIONES DE ILE, YA QUE EL ABORTO EN CUALQUIER CIRCUNSTANCIA ES UN DELITO.	NO RESPONDIÓ A SOLICITUD DE INFORMACIÓN.
TABASCO	0 ⁸³	DECLARA INCOMPETENCIA, SEÑALA QUE CORRESPONDE A LA PROCURADURÍA DE JUSTICIA DE TABASCO.
TAMAULIPAS	DECLARA INEXISTENCIA DE INFORMACIÓN. SEÑALA QUE NO SE ENCUENTRA FACULTADA PARA EMITIR AUTORIZACIÓN DE ILE.	0
TLAXCALA	NO RESPONDIÓ A SOLICITUD DE INFORMACIÓN.	3
VERACRUZ	NO EMITE AUTORIZACIONES DE ILE.	DECLARA INEXISTENCIA DE INFORMACIÓN.
YUCATÁN	0	DECLARA INEXISTENCIA DE INFORMACIÓN.
ZACATECAS	0	DECLARA INCOMPETENCIA, LA INFORMACIÓN SOLICITADA LA POSEE LA PROCURADURÍA GENERAL DE JUSTICIA DEL ESTADO; ÉSTA INFORMA QUE NO SE HAN REALIZADO ILE.

Fuente: Elaboración propia de GIRE a partir de datos obtenidos mediante solicitudes de información.

Las siete secretarías de salud locales que recibieron autorizaciones de ILE por violación sexual fueron: Baja California, Baja California Sur, Distrito Federal, Durango, México, Querétaro y Tlaxcala, siendo el estado de México la entidad con el mayor número de autorizaciones de ILE recibidas con 33.

AUTORIZACIÓN DE ILE RECIBIDAS, SECRETARÍAS DE SALUD 2007-2012



Resulta preocupante que la mayor parte de las secretarías de salud que respondieron señalen que no recibieron solicitudes para practicar abortos en casos de violación sexual, lo cual hace parecer que no se emiten autorizaciones o no las recibieron. Ello tomando en cuenta los altos índices de violación sexual en toda la República, así como las dificultades para acceder a la anticoncepción de emergencia, las cuales se detallan en el capítulo *Anticoncepción*.

Por otra parte, se dirigieron solicitudes de información pública a las procuradurías generales de justicia requiriendo el número de autorizaciones emitidas para la ILE por violación. Los datos arrojados son los siguientes: tres no respondieron,⁸⁴ diez declararon inexistencia de la información,⁸⁵ doce no han emitido autorizaciones de ILE,⁸⁶ dos declararon incompetencia⁸⁷ y sólo en cinco entidades se informó de la emisión de autorizaciones de ILE.⁸⁸

Resulta preocupante que cuatro procuradurías, Coahuila, Sonora, Tamaulipas y Veracruz, señalen que no tienen competencia para emitir autorizaciones para interrupción del embarazo por violación.

La procuraduría de Sonora abiertamente señaló que no emite autorizaciones por ser el aborto un delito.⁸⁹ Ello pone de manifiesto el desconocimiento de la normativa en materia de ILE por violación o la falta de voluntad de las procuradurías para emitir autorizaciones a pesar de la ley.

Es relevante señalar que en el periodo 2007-2012 se emitieron en total 39 autorizaciones de ILE, siendo el Distrito Federal la entidad con el mayor número de autorizaciones (30), seguida por Baja California (3), Guerrero (3), Oaxaca (2) y Durango (1).

De esta información se desprende que la mayoría de las procuradurías no están emitiendo autorizaciones para aborto por violación, ya sea porque se declaran “no competentes” a pesar de que la ley señala lo contrario, o porque no tienen información, en cuyo caso puede concluirse que no se emiten o que no lo han hecho.

Respecto de las entidades que sí respondieron, destaca que el número de autorizaciones para interrupción del embarazo producto de violación es muy bajo en contraste con los datos sobre el número de averiguaciones previas por el delito de violación en el mismo lapso.

Los estados de Baja California, Guerrero y Tlaxcala reportaron sólo tres autorizaciones, respectivamente, durante el periodo 2007-2012.⁹⁰ En el caso de Baja California se registraron un total de 1,826 violaciones sexuales y sólo tres autorizaciones para la interrupción del embarazo, lo cual resulta preocupante, ello sin contar el subregistro de incidencia del delito de violación debido a la falta de denuncias.

Incluso de las procuradurías que sí respondieron, los datos proporcionados son cuestionables. Por ejemplo, en el caso de Guerrero, la procuraduría señaló que no se encontraron datos relacionados con denuncias y averiguaciones previas presentadas por el delito de violación sexual en contra de mujeres,⁹¹ lo que, además de ser difícil de creer, se contradice con la información proporcionada por la misma procuraduría sobre la emisión de tres autorizaciones para la interrupción del embarazo producto de violación.

La Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal registró treinta autorizaciones en el periodo 2007-2012.⁹² Dada la despenalización en las doce primeras semanas de gestación a voluntad de la mujer, podría presuponerse que algunas de las interrupciones legales realizadas durante estas semanas corresponden a embarazos producto de violación.

La Secretaría de Salud del DF informó haber registrado sólo 18 autorizaciones, número que no concuerda con las treinta autorizaciones emitidas, reportadas por la Procuraduría; al respecto, cabe señalar que no se entiende cuál es el motivo por el que las cifras no coinciden.

A pesar de que en nueve entidades federativas⁹³ se cuenta con procedimientos o lineamientos específicos para la autorización de interrupciones legales del embarazo por violación, según la información emitida por las procuradurías de las seis entidades en las que corresponde al Ministerio Público otorgar la autorización,⁹⁴ solamente en Baja California, Distrito Federal y Oaxaca, se emitieron autorizaciones. Ello pone en entredicho que la existencia de procedimientos y lineamientos esté generando por sí sola un mayor acceso de las mujeres a la interrupción del embarazo en casos de violación.

Los datos obtenidos dejan constancia del poco o nulo acceso que tienen las mujeres a la interrupción legal del embarazo cuando éste es producto de una violación sexual. Ello a pesar de que la causal de aborto por violación es la única legal en todo el país y debería formar parte de la atención integral que se les brinde a las víctimas de violación sexual.

Es posible que no todas las mujeres que quedan embarazadas producto de una violación decidan interrumpir el embarazo, pero también resulta difícil creer que ninguna quiera hacerlo. En conclusión: por un lado, las mujeres no tienen conocimiento sobre la posibilidad de interrumpir un embarazo producto de violación y, por otro, las autoridades no tienen conocimiento de esta causal legal o niegan las autorizaciones para interrumpir el embarazo.

B.1 CASOS EMBLEMÁTICOS

Los obstáculos que enfrentan las mujeres víctimas de una violación sexual para acceder a los servicios de aborto legal quedan de manifiesto en los siguientes casos documentados y registrados por GIRE.⁹⁵ Los nombres de las mujeres han sido modificados para resguardar la confidencialidad de la información.

ADRIANA

Adriana,⁹⁶ de 28 años, en Durango fue violada sexualmente y secuestrada por *Rodrigo*, su ex pareja, quedando embarazada como consecuencia de este acto. Previamente, *Adriana* había estado sujeta a violencia doméstica por parte de *Rodrigo*. La Fiscalía la rescató del secuestro y detuvo al agresor. *Adriana* denunció a *Rodrigo* por violación sexual. Sin embargo, la Fiscalía no le proporcionó información sobre anticoncepción de emergencia, profilaxis para prevenir o tratar ITS o sobre su derecho a interrumpir legalmente el embarazo.

Adriana decidió no continuar con el embarazo, por lo que solicitó la interrupción legal ante la Fiscalía. *Adriana* enfrentó varios obstáculos para ejercer su derecho a un aborto legal, como la falta de información objetiva y actualizada por parte del médico legista; la solicitud de varias pruebas médicas para comprobar el embarazo; y demoras injustificadas en la emisión de diligencias ministeriales para que se autorizara la interrupción. Finalmente, después de que se emitió la autorización de ILE por la Fiscalía, pasaron diez días para la práctica del aborto en servicios públicos de salud, donde no se contaba con personal médico capacitado y disponible. Durante ese tiempo, *Adriana* recibió amenazas de muerte constantes de *Rodrigo*, sin que la fiscalía le diera protección alguna.

Meses después, debido a las amenazas de muerte hacia ella y su familia, siendo presionada por el abogado de *Rodrigo*, *Adriana* se retractó de las acusaciones realizadas para que éste “saliera libre”. La Fiscalía de Durango, en lugar de investigar las amenazas y otorgar medidas de protección contra la violencia para *Adriana* y su familia, la acusó por el delito de falsedad de declaraciones y aborto, solicitando la reparación del daño patrimonial ocasionado. A febrero de 2013, *Adriana* se encuentra detenida, en un estado de afectación psicológica severa, y enfrentando un proceso legal sin las medidas de protección necesarias frente a la violencia. A pesar de la intervención de GIRE y una organización civil de Durango frente a la falta de debida diligencia de la Fiscalía respecto de la violencia, la autoridad no ha prestado la atención especializada y adecuada al caso, revictimizando a *Adriana* e incurriendo en violencia institucional.

MÓNICA

*Mónica*⁹⁷ es una menor de doce años de edad, indígena mazateca que no habla español, con residencia en el estado de Oaxaca, en una comunidad lejana de la capital, que quedó embarazada como consecuencia de una violación sexual cometida por un conocido. Al denunciar la violación ante el Ministerio Público, solicitó la

interrupción del embarazo de conformidad con la legislación penal local. A pesar de que el Ministerio Público otorgó la autorización, *Mónica* se enfrentó a diversas barreras durante el proceso para interrumpir el embarazo, tales como: falta de recursos necesarios para traslado al hospital público y hospedaje en la ciudad de Oaxaca para *Mónica* y su madre, así como peritos traductores durante el proceso penal y al inicio, durante y después de la práctica médica. Finalmente, el embarazo fue interrumpido durante la décima segunda semana de gestación. GIRE participó en el presente caso mediante asesoría jurídica al Ministerio Público para el cumplimiento de su obligación de garantizar los derechos reproductivos de *Mónica*, promover y asegurar el acompañamiento durante el procedimiento médico y su realización por personal capacitado.

LOURDES

*Lourdes*⁹⁸ es una menor de 13 años de edad del estado de Morelos que quedó embarazada como consecuencia de la violación sexual cometida por un familiar. *Lourdes* denunció la violación ante el Ministerio Público y solicitó la interrupción del embarazo, a pesar de que la autoridad ministerial nunca le informó que tenía este derecho. El Ministerio Público no respondió su solicitud y, debido a que el embarazo no sobrepasaba las doce semanas de gestación, fue trasladada con recursos privados al DF para interrumpir el embarazo. GIRE participó en el caso mediante la promoción de un escrito dirigido a la Procuraduría General de Justicia de Morelos en el que se solicitó información relativa a la falta de respuesta sobre la autorización para la interrupción del embarazo. En dicho escrito, la Procuraduría General de Justicia de Morelos informó a GIRE que no existe en la legislación penal del estado la facultad expresa para que el Ministerio Público autorice una interrupción del embarazo por violación, alegando además que la víctima no lo solicitó. También señaló que no existe en el estado un protocolo del procedimiento a seguir en los casos de interrupción del embarazo por violación.

ESMERALDA

*Esmeralda*⁹⁹ es una menor de doce años de edad residente en el estado de Sonora que quedó embarazada como consecuencia de la violación sexual cometida por su padrastro. Al denunciar la violación ante el Ministerio Público, solicitó la interrupción del embarazo. La autoridad ministerial rechazó la solicitud y mientras los familiares de la menor buscaban asesoría jurídica para obtener la autorización ante el Ministerio Público la menor tuvo un aborto espontáneo. Posteriormente, la Procuraduría General de Justicia de Sonora informó a GIRE que debido que no existe en la legislación penal facultad expresa para que el Ministerio Público autorice una interrupción del embarazo por violación, remitió la solicitud al juez de control quien nunca la contestó.

CLAUDIA

*Claudia*¹⁰⁰ es una adolescente de 17 años del estado de Veracruz que fue víctima de una violación sexual por parte de su padrastro. A pesar de que sí se le practicó un aborto legal en un hospital público de Veracruz, *Claudia* enfrentó varios obstáculos por parte de las autoridades ministeriales y judiciales para hacer efectivo su derecho a la interrupción del embarazo. Además de la falta de credibilidad y maltrato en la Agencia del Ministerio Público, a *Claudia* no se le dio información sobre su derecho a interrumpir el embarazo ni sobre cómo prevenir infecciones de transmisión sexual. Después de que detuvieron al padrastro, el asunto pasó a un juzgado. *Claudia* y su madre fueron en busca de ayuda al Instituto de las Mujeres de Veracruz, donde les informaron que era posible obtener un aborto legal. *Claudia* decidió solicitar la interrupción legal del embarazo ante el juez. GIRE dio acompañamiento a *Claudia* y a su madre para promover una respuesta judicial pronta, ya que a pesar de que la solicitud se realizó por escrito, después de dos semanas no había respuesta del juzgado. El juez, reconociendo el derecho a la libertad reproductiva de *Claudia*, con fundamento en la Constitución y en el derecho internacional de los derechos humanos, emitió la autorización judicial y le practicaron un aborto legal en un hospital público.

JIMENA

*Jimena*¹⁰¹ es una menor de 13 años de edad residente en el estado de Hidalgo que quedó embarazada como consecuencia de la violación sexual. A pesar de que denunció la violación ante el Ministerio Público, debido a que el embarazo tenía más de noventa días de gestación, no fue posible otorgarle la autorización de la interrupción del embarazo pues la legislación penal local establece este plazo como máximo para que se pueda llevar a cabo el procedimiento. Por esta razón, la menor tuvo que llevar a término el embarazo y dio a luz al bebé. GIRE registró el caso.

Estos casos ponen de manifiesto los obstáculos institucionales que enfrentan las mujeres para ejercer su derecho a interrumpir un embarazo producto de violación. Cabe resaltar que en la mayoría de los casos (5) se trata de niñas víctimas de violación sexual, los cuales se suman a la lista de casos paradigmáticos como el de Paulina,¹⁰² que demuestran las dificultades que las mujeres que deciden interrumpir un embarazo producto de violación sexual enfrentan ante el Ministerio Público y las instancias de salud.

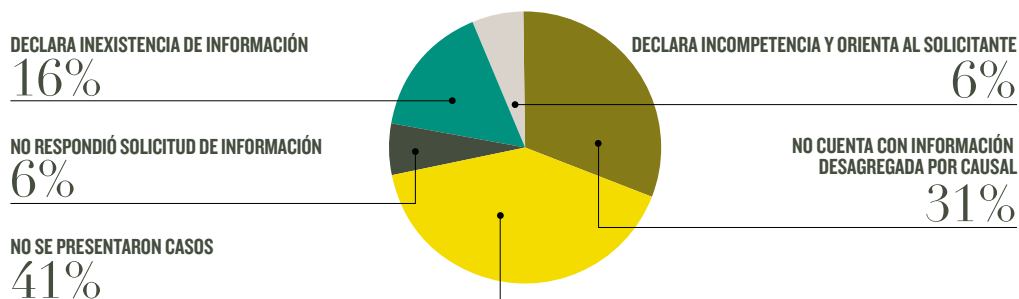
C. ACCESO AL ABORTO EN OTRAS CAUSALES

NÚMERO DE INTERRUPCIONES LEGALES DEL EMBARAZO POR OTRAS CAUSALES. SECRETARÍAS DE SALUD LOCALES 2007-2012	
AGUASCALIENTES	INEXISTENCIA DE INFORMACIÓN, POR NO SER UNA VARIABLE EN SUS ESTADÍSTICAS.
BAJA CALIFORNIA	ENTREGAN NÚMERO DE ABORTOS PRACTICADOS, PERO NO CUENTAN CON INFORMACIÓN DESAGREGADA POR CAUSAL.
BAJA CALIFORNIA SUR	NO RESPONDIÓ A SOLICITUD DE INFORMACIÓN.
CAMPECHE	NO SE REPORTAN CASOS.
CHIAPAS	INEXISTENCIA DE INFORMACIÓN.
CHIHUAHUA	ENTREGAN NÚMERO DE ABORTOS PRACTICADOS, PERO NO CUENTAN CON INFORMACIÓN DESAGREGADA POR CAUSAL.
COAHUILA	NO SE REPORTAN CASOS.
COLIMA	NO SE REPORTAN CASOS.
DISTRITO FEDERAL	NO SE REPORTAN CASOS, SIN EMBARGO SE HAN REALIZADO EN CASOS DE MALFORMACIONES CONGÉNITAS.
DURANGO	ENTREGAN NÚMERO DE ABORTOS PRACTICADOS, PERO NO CUENTAN CON INFORMACIÓN DESAGREGADA POR CAUSAL.
GUANAJUATO	NO CUENTAN CON LA INFORMACIÓN, POR NO SER UNA VARIABLE EN SUS ESTADÍSTICAS.
GUERRERO	NO SE REPORTAN CASOS.
HIDALGO	NO SE REPORTAN CASOS.
JALISCO	INEXISTENCIA DE INFORMACIÓN.
MÉXICO	ENTREGAN NÚMERO DE ABORTOS PRACTICADOS, PERO NO CUENTAN CON INFORMACIÓN DESAGREGADA POR CAUSAL.
MICHOACÁN	INEXISTENCIA DE INFORMACIÓN.
MORELOS	ENTREGAN NÚMERO DE ABORTOS PRACTICADOS, PERO NO CUENTAN CON INFORMACIÓN DESAGREGADA POR CAUSAL.
NAYARIT	NO SE REPORTAN CASOS.
NUEVO LEÓN	NO SE REPORTAN CASOS.
OAXACA	ENTREGAN NÚMERO DE ABORTOS PRACTICADOS, PERO NO CUENTAN CON INFORMACIÓN DESAGREGADA POR CAUSAL.
PUEBLA	NO SE REPORTAN CASOS.
QUERÉTARO	NO SE REPORTAN CASOS.
QUINTANA ROO	INEXISTENCIA DE INFORMACIÓN.
SAN LUIS POTOSÍ	NO SE REPORTAN CASOS.
SINALOA	NO SE REPORTAN CASOS.
SONORA	NO RESPONDIÓ A SOLICITUD DE INFORMACIÓN.
TABASCO	ORIENTA A SOLICITAR LA INFORMACIÓN A LA PROCURADURÍA GENERAL DE JUSTICIA DEL ESTADO DE TABASCO.
TAMAULIPAS	NO SE REPORTAN CASOS.
TLAXCALA	ENTREGAN NÚMERO DE ABORTOS PRACTICADOS POR VIOLACIÓN.
VERACRUZ	NO CUENTAN CON LA INFORMACIÓN, POR NO SER UNA VARIABLE EN SUS ESTADÍSTICAS.
YUCATÁN	INEXISTENCIA DE INFORMACIÓN.
ZACATECAS	ORIENTA A SOLICITAR LA INFORMACIÓN A LA PROCURADURÍA GENERAL DE JUSTICIA DEL ESTADO DE ZACATECAS.

Fuente: Elaboración propia de GIRE a partir de datos obtenidos mediante solicitudes de información.

De las 32 solicitudes de información a las entidades federativas, diez señalaron no contar con información al respecto por no estar en sus variables estadísticas,¹⁰³ 13 informaron que no se presentaron casos,¹⁰⁴ dos no respondieron,¹⁰⁵ cinco declararon inexistencia de información¹⁰⁶ y dos orientaron a solicitar la información a las procuradurías estatales de justicia.¹⁰⁷

NÚMERO DE ILE POR OTRAS CAUSALES SECRETARÍAS DE SALUD 2007-2012



Lo anterior pone de relieve las fallas en las estadísticas de las secretarías de salud y la deficiente o nula desagregación de la información, lo cual obstaculiza identificar dónde se encuentran las principales problemáticas.

Las secretarías de salud no registran los abortos que realizan por causal legal, ni siquiera por tipo de aborto. Ello impide conocer, por ejemplo, cuántos abortos se realizan por malformaciones genéticas incompatibles con la vida o cuántos cuando la vida o la salud de la mujer están en riesgo.

D. CRIMINALIZACIÓN DE MUJERES POR EL DELITO DE ABORTO

Aunado a los riesgos de salud y vida que representan los abortos clandestinos e inseguros, las mujeres pueden estar en riesgo de que se les inicie un proceso penal por un aborto clandestino o incluso por uno espontáneo.

Se realizaron solicitudes de acceso a la información a los poderes judiciales locales de los 31 estados y del Distrito Federal para conocer el número de mujeres procesadas y sentenciadas por el delito de aborto.

A pesar de la diversidad de los sistemas informáticos para solicitar la información o de los medios, se obtuvo la respuesta de las 32 entidades federativas. En seis se interpuso recurso de revisión debido a que las respuestas fueron nulas o poco satisfactorias. Cabe aclarar que al menos en cinco la respuesta a la solicitud fue de inexistencia de clasificación estadística del delito de aborto. Sin embargo, la mayoría de las entidades no generan estadísticas acerca del tipo de sentencia, edades de las inculpadas o sentenciadas por el delito de aborto, así como la cantidad de caución a la que tuvieron derecho si aplicaba.

PROCESOS PENALES POR EL DELITO DE ABORTO PODERES JUDICIALES LOCALES 2007-2012

ENTIDAD	CONSIGNACIONES ¹⁰⁸	PROCESOS PENALES	SENTENCIAS ¹⁰⁹
AGUASCALIENTES	6	SD	2
BAJA CALIFORNIA	RECURSO DE REVISIÓN		
BAJA CALIFORNIA SUR	SD	2	1
CAMPECHE	18	INEXISTENCIA DE INFORMACIÓN	INEXISTENCIA DE INFORMACIÓN
CHIAPAS	21	18	12
CHIHUAHUA	11	SD	2
COAHUILA	INEXISTENCIA DE INFORMACIÓN		
COLIMA	RECURSO DE REVISIÓN		
DISTRITO FEDERAL	19	SD	3
DURANGO	RECURSO DE REVISIÓN		
GUANAJUATO	21	SD	21
GUERRERO	SD	12	2
HIDALGO	SD	28	15
JALISCO	SD	32	25
MÉXICO	RECURSO DE REVISIÓN		
MICHOACÁN	SD	25	8
MORELOS	SD	1	1
NAYARIT	INEXISTENCIA DE INFORMACIÓN		
NUEVO LEÓN	2	7	2
OAXACA	SD	1	1
PUEBLA	24	SD	13
QUERÉTARO	SD	SD	1
QUINTANA ROO	INEXISTENCIA DE INFORMACIÓN		
SAN LUIS POTOSÍ	RECURSO DE REVISIÓN		
SINALOA	SD	5	INEXISTENCIA DE INFORMACIÓN
SONORA	6	6	5
TABASCO	RECURSO DE REVISIÓN		
TAMAULIPAS	43	SD	10
TLAXCALA	INEXISTENCIA DE INFORMACIÓN		
VERACRUZ	SD	9	2
YUCATÁN	SD	4	0
ZACATECAS	SD	1	1
TOTAL	171	151	127

Fuente: Elaboración propia de GIRE a partir de datos obtenidos mediante solicitudes de información. SD: Sin datos.

De la información obtenida se desprende que en muchas de las entidades federativas sí se han registrado casos de personas procesadas por el delito de aborto. De las 22 entidades federativas que respondieron con información más o menos precisa,¹¹⁰ se registran un total de 171 consignaciones por el delito de aborto. De estos 171 casos el número de sentencias se reduce a 127, lo que indica que algunos posiblemente fueron archivados y otros permanecen en juicio. De acuerdo con la información proporcionada, la mayoría de las personas procesadas salieron bajo caución, algunas de ellas cumplieron condenas que van de cuatro meses a seis años de prisión y otras gozaron de los beneficios de la suspensión condicional de la pena.¹¹¹

Cabe destacar que no existen estadísticas desagregadas por sexo por lo que no se puede determinar si las personas procesadas eran hombres o mujeres. Los escasos datos obtenidos respecto a la edad de las personas que recibieron sentencias condenatorias nos permiten señalar que en promedio tenían 22 años al momento de la sentencia. La pena privativa de la libertad no rebasó el año --sólo en un caso se tuvo una prisión por seis años-- y también hubo una sentencia con pena de tratamiento médico.

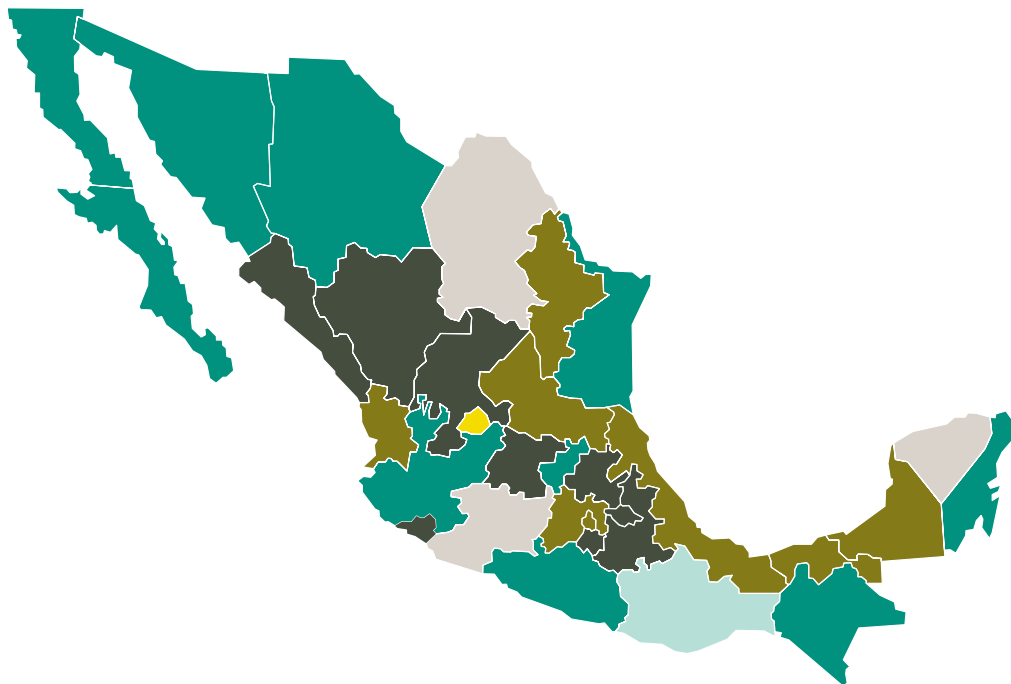
También se solicitó información a las secretarías de seguridad pública locales para conocer el número de personas que se encuentran en prisión por el delito de aborto, en el siguiente cuadro se presentan los datos obtenidos.

NÚMERO DE PERSONAS EN PRISIÓN PREVENTIVA SECRETARÍAS DE SEGURIDAD LOCALES 2007-2012	
ENTIDAD	RESPUESTA
AGUASCALIENTES	RESERVA INFORMACIÓN.
BAJA CALIFORNIA	1
BAJA CALIFORNIA SUR	2
CAMPECHE	ORIENTA A SOLICITAR LA INFORMACIÓN A LA PROCURADURÍA GENERAL DE JUSTICIA DEL ESTADO. LA PROCURADURÍA NO RESPONDIÓ.
CHIAPAS	2 ¹¹²
CHIHUAHUA	5 ¹¹³
COAHUILA	NO RESPONDIÓ A SOLICITUD DE INFORMACIÓN.
COLIMA	0
DISTRITO FEDERAL	ORIENTA A SOLICITAR LA INFORMACIÓN AL TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA, ÉSTE ENTREGA EL NÚMERO DE SENTENCIAS, 2010 (3) Y 2011 (2).
DURANGO	0
GUANAJUATO	0
GUERRERO	1 ¹¹⁴
HIDALGO	0
JALISCO	15
MÉXICO	ORIENTA A SOLICITAR LA INFORMACIÓN A LA PROCURADURÍA GENERAL DE JUSTICIA DEL ESTADO. LA PROCURADURÍA ORIENTA A SOLICITAR LA INFORMACIÓN A LA SECRETARÍA DE SEGURIDAD CIUDADANA.
MICHOACÁN	NO RESPONDIÓ A SOLICITUD DE INFORMACIÓN.
MORELOS	0
NAYARIT	ORIENTA A SOLICITAR LA INFORMACIÓN A LA PROCURADURÍA GENERAL DE JUSTICIA DEL ESTADO. LA PROCURADURÍA ORIENTA A SOLICITAR LA INFORMACIÓN A LA UNIDAD DE ENLACE Y ACCESO A LA INFORMACIÓN DE LA SECRETARÍA DE SEGURIDAD PÚBLICA ESTATAL. ¹¹⁵
NUEVO LEÓN	1 Y ORIENTA A SOLICITAR LA INFORMACIÓN A LA PROCURADURÍA GENERAL DE JUSTICIA DEL ESTADO.
OAXACA	INEXISTENCIA DE INFORMACIÓN.
PUEBLA	0
QUERÉTARO	2 ¹¹⁶
QUINTANA ROO	1 ¹¹⁷
SAN LUIS POTOSÍ	DECLARA INCOMPETENCIA Y ORIENTA A SOLICITAR LA INFORMACIÓN A LA PROCURADURÍA GENERAL DE JUSTICIA DEL ESTADO.
SINALOA	0
SONORA	2 ¹¹⁸
TABASCO	ORIENTA A SOLICITAR LA INFORMACIÓN A LA PROCURADURÍA GENERAL DE JUSTICIA DEL ESTADO.
TAMAULIPAS	9
TLAXCALA	0
VERACRUZ	DECLARA INCOMPETENCIA Y ORIENTA A SOLICITAR LA INFORMACIÓN AL PODER JUDICIAL DEL ESTADO.
YUCATÁN	DECLARA INCOMPETENCIA Y ORIENTA A SOLICITAR LA INFORMACIÓN AL PODER JUDICIAL DEL ESTADO.
ZACATECAS	0
TOTAL	41

Fuente: Elaboración propia de GIRE a partir de datos obtenidos mediante solicitudes de información.

A nivel federal se ingresó la solicitud a la Secretaría de Seguridad Pública, la misma orientó solicitar la información a la Procuraduría General de la República: al 14 de diciembre de 2012 no se recibió respuesta por parte de la PGR.

PERSONAS EN PRISIÓN PREVENTIVA POR DELITO DE ABORTO. SECRETARÍAS DE SEGURIDAD PÚBLICA LOCALES 2007-2012.



- 1 REGISTRO DE PERSONAS EN PRISIÓN PREVENTIVA POR DELITO DE ABORTO.¹¹⁹
- 2 NINGÚN CASO DE PRISIÓN PREVENTIVA POR DELITO DE ABORTO.
- 3 ORIENTARON DIRIGIR LA SOLICITUD DE INFORMACIÓN A LAS PROCURADURÍAS GENERALES DE JUSTICIA O TRIBUNALES LOCALES.¹²⁰
- 4 NO RESPONDIERON A LA SOLICITUD DE INFORMACIÓN.¹²¹
- 5 RESERVA DE INFORMACIÓN.
- 6 INEXISTENCIA DE LA INFORMACIÓN.

Es importante resaltar las graves deficiencias en el acceso a la información proporcionada por las secretarías de seguridad pública sobre el número de personas en prisión preventiva y el tipo de delito. A pesar de los límites de la información proporcionada, se puede concluir que existen al menos 41 personas en prisión preventiva por el delito de aborto. No se sabe cuántas de estas personas son mujeres.

D.1 CASOS EMBLEMÁTICOS

A continuación se presentan los casos de las mujeres que han sido sujetas de procesos penales documentados¹²² (8) y registrados¹²³ (18) por GIRE en el periodo que va de junio de 2011 a enero de 2013. Los nombres de las mujeres han sido modificados para resguardar la confidencialidad de la información.

Los datos obtenidos en la documentación de estos casos muestran que existe una criminalización de las mujeres por el supuesto delito de aborto. A través de este proceso intenso, que implica entrevistarse con la víctima y la revisión de expedientes judiciales, GIRE ha identificado los siguientes patrones:

- La mayoría de las mujeres tiene muy pocos recursos, incluidos los financieros y de información.
- La mayoría fueron denunciadas al Ministerio Público por parte del personal hospitalario (enfermeras, médicos, trabajadoras sociales, tanto locales como federales) en violación de la confidencialidad médico-paciente.
- Las mujeres informan haber sido presionadas para hacer confesiones por los médicos y la policía, en algunos casos como condición para recibir tratamiento médico, mientras que otras se encontraban aún bajo los efectos de la anestesia.
- Las mujeres fueron maltratadas física y verbalmente por el personal de salud y de las procuradurías, lo que constituye un trato cruel e inhumano.
- El debido proceso fue violado en la mayoría de los casos: a las mujeres no se les informó de los cargos en su contra, ni se les dijo que tenían el derecho a permanecer en silencio y a una representación legal.

CASOS DOCUMENTADOS

CARLA

En Baja California (estado que “protege la vida desde la concepción”), *Carla*,¹²⁴ de 32 años de edad, fue trasladada a un hospital público para ser atendida por una hemorragia ocurrida en el baño del supermercado en el que trabaja. Con base en una denuncia anónima, la procuraduría de justicia local inició una averiguación previa en su contra por el delito de aborto, presuntamente realizado con pastillas de Misoprostol, manteniendo en calidad de detenida y bajo custodia a *Carla* mientras se encontraba internada en el hospital. *Carla* tuvo que pagar una fianza para obtener su libertad provisional y no tener que pisar la cárcel. Ella nunca declaró haberse tomado las pastillas ni hubo pruebas que lo acreditaran. Un año después de presentada la denuncia, con el apoyo de GIRE se logró que el juez dictara un auto de libertad con reservas de ley. Esto significa que aunque se determinó que no había pruebas para iniciar un proceso penal, el Ministerio Público puede reiniciar la averiguación para recabar mayores pruebas, y reiniciar la averiguación ministerial debido a que el juez determinó que faltaban pruebas para sujetarla a proceso penal. GIRE participa en el presente caso a través del pago de la fianza y de la defensa legal de *Carla* junto con un abogado penalista y de una activista de derechos de las mujeres del estado promoviendo el cierre definitivo del asunto.

ÁNGELA

Ángela,¹²⁵ indígena otomí de 29 años que vive en condiciones de extrema pobreza en el estado de México, fue víctima en diversas ocasiones de violación sexual por parte de su ex pareja. Un día en su trabajo, mientras cargaba el maíz al molino, sintió fuertes dolores en el abdomen, acudió al hospital público local debido a una hemorragia, lugar en el que fue denunciada. Fue detenida por la policía y trasladada a la agencia del Ministerio Público, en donde permaneció 48 horas. Se inició una investigación ministerial en su contra por el delito de aborto, supuestamente cometido por la ingesta de pastillas de Misoprostol. El Ministerio Público decretó la libertad bajo reservas de ley por falta de elementos suficientes que pudieran acreditar un aborto inducido. Actualmente, la investigación continúa abierta. GIRE participa activamente en el caso brindando asesoría legal y seguimiento al estado que guarda ante el Ministerio Público, en búsqueda de su cierre definitivo.

REBECA

Rebeca,¹²⁶ de 33 años, quien cursaba un embarazo deseado de entre ocho y nueve semanas de gestación, fue detenida por autoridades ministeriales mientras era atendida en una clínica del IMSS en el estado de Hidalgo al ser denunciada por un médico de dicha institución. A pesar de seguir estrictamente sus controles prenatales, debido que tenía un embarazo de alto riesgo, y de que portaba una pulsera del IMSS que le permitía la prestación de servicios de urgencia médica, fue sujeta a proceso penal acusada de tentativa de aborto. Fue privada de la libertad en una cárcel de la entidad durante 19 días bajo condiciones precarias e insalubres, lo que deterioró su salud. Al enterarse del caso, GIRE cubrió la fianza para que Rebeca obtuviera la libertad provisional. Si bien su representación legal durante el proceso penal está a cargo de un defensor de oficio, GIRE promovió un amparo en contra del auto de formal prisión por las violaciones a los derechos humanos de Rebeca. El amparo presentado por GIRE fue ganado y se espera que próximamente el juez dicte un auto de libertad con base en cumplimiento del amparo.

MARÍA

María,¹²⁷ de 18 años, fue acusada por el delito de aborto mientras era atendida en un hospital público local en San Luis Potosí (estado que “protege la vida desde la concepción”) y denunciada por una trabajadora social de dicha institución. Durante las siete horas que permaneció en el hospital, *María* fue custodiada por la policía y trasladada posteriormente a los “separos”, donde permaneció una noche, siendo liberada al día siguiente por falta de pruebas. La investigación, sin em-

bargo, quedó abierta sin que ella lo supiera, por lo que tres años después un juez dictó una orden de aprehensión en su contra, siendo detenida nuevamente por la policía y trasladada al centro penitenciario del lugar, donde permaneció alrededor de veinte horas. Fue sujeta a proceso penal acusada de presuntamente haberse provocado un aborto mediante pastillas de Misoprostol. María tuvo que asumir el pago de una fianza para obtener su libertad provisional. Actualmente, continúa el proceso penal en su contra durante el que GIRE asumió la defensa legal, teniendo que acudir una vez al mes ante el juzgado.

SOFÍA

Sofía,¹²⁸ de veinte años, fue detenida por autoridades ministeriales mientras era atendida en un hospital general del IMSS localizado en Puebla (estado que “protege la vida desde la concepción”) al ser denunciada por una trabajadora social de dicha institución. Fue sujeta a custodia policial durante ocho horas en el citado hospital, y posteriormente trasladada a los “separos”, donde permaneció detenida por más de doce horas, acusada de presuntamente haberse provocado un aborto mediante pastillas de Misoprostol. *Sofía* tuvo que pagar una fianza para obtener su libertad provisional. El Ministerio Público de la localidad determinó no ejercer acción penal en contra de *Sofía* por falta de pruebas y archivó el asunto como concluido. GIRE brindó asesoría legal y asumió el pago de los honorarios de la defensa legal por un abogado particular del caso así como de los peritos médicos y psicológicos requeridos durante el proceso.

LAURA

En Puebla (estado que “protege la vida desde la concepción”), *Laura*¹²⁹ de 22 años, acudió de emergencia al hospital en donde fue denunciada por una trabajadora social de la institución ante las autoridades de justicia locales quienes la acusaron de inducir su aborto por medio de pastillas de Misoprostol. Permaneció en calidad de detenida y bajo custodia policial durante cinco días dentro del hospital. Finalmente, después de estar sometida a un proceso penal, el juez le otorgó el auto de libertad por falta de pruebas que la incriminaran. GIRE participó en el caso brindando asesoría y a través del pago de los honorarios de la defensa legal de *Laura*.

CLAUDIA

Claudia,¹³⁰ de 16 años de edad, fue detenida por autoridades ministeriales mientras era atendida en un hospital público local del estado de México al ser denunciada por una médica de dicha institución. Fue acusada de presuntamente haberse provocado un aborto mediante pastillas de Misoprostol, custodiada por la policía

durante cuatro días mientras permanecía en el hospital y mantenida en incomunicación con sus familiares. Finalmente, *Claudia* fue liberada para permanecer bajo la custodia de su madre. GIRE participó en el caso mediante la promoción de un amparo en contra del estado de incomunicación de la menor. Actualmente, se está a la espera de la confirmación del cierre de la averiguación previa.

TERESA

Teresa,¹³¹ de 19 años, con residencia en el Distrito Federal, fue atendida por una hemorragia en un primer momento por un grupo de paramédicos que acudió a su domicilio y posteriormente la trasladaron a un hospital del IMSS. Durante su estancia en el hospital, *Teresa* permaneció custodiada por la policía ministerial local por alrededor de 48 horas, ya que el Ministerio Público inició una investigación en su contra por el delito de aborto. Finalmente, a pesar de que *Teresa* no fue acusada ante el juez, la investigación sigue abierta. GIRE brindó asesoría jurídica a *Teresa* y a sus familiares y dio seguimiento al caso ante el Ministerio Público.

GIRE registró los siguientes casos a partir de diversas fuentes: notas periodísticas, información proporcionada por autoridades o integrantes de organizaciones civiles en el país y contacto con las víctimas o sus familiares. En general no existe suficiente información para realizar una documentación completa.

CASOS REGISTRADOS

NOMBRE ¹³²	EDAD	ENTIDAD	HECHOS
<i>Brenda</i>	16	MORELOS	FUE DETENIDA POR AUTORIDADES MINISTERIALES MIENTRAS ERA ATENDIDA EN UN HOSPITAL PÚBLICO LOCAL AL SER DENUNCIADA POR UN MÉDICO DE DICHA INSTITUCIÓN. SE INICIÓ UNA AVERIGUACIÓN PREVIA EN SU CONTRA POR EL DELITO DE ABORTO PRESUNTAMENTE PROVOCADO MEDIANTE PASTILLAS DE MISOPROSTOL, EL CUAL CONCLUYÓ EN UN PROCEDIMIENTO PENAL SIENDO SENTENCIADA A REALIZAR SERVICIO SOCIAL COMUNITARIO Y A RECIBIR TERAPIA PSICOLÓGICA DURANTE SEIS MESES.
<i>Flor</i>	27	MICHOACÁN	VIAJÓ AL DISTRITO FEDERAL DURANTE SU QUINTA SEMANA DE EMBARAZO PARA INTERRUPTIRLO DE MANERA LEGAL. SIN EMBARGO, FUE DENUNCIADA POR SU NOVIO ANTE EL MINISTERIO PÚBLICO DE MICHOACÁN, LO QUE DIO INICIO A UNA AVERIGUACIÓN PREVIA EN SU CONTRA POR EL DELITO DE ABORTO. DEBIDO A QUE FLOR PROBÓ QUE LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO SE HABÍA REALIZADO DE MANERA LEGAL EN LOS TÉRMINOS PERMITIDOS POR LA LEGISLACIÓN DEL DISTRITO FEDERAL, LA AUTORIDAD MINISTERIAL NO EJERCÍO ACCIÓN PENAL EN SU CONTRA.
<i>Roberta</i>	21	CHIHUAHUA	CURSABA SU SÉPTIMA SEMANA DE EMBARAZO CUANDO FUE DETENIDA POR LA POLICÍA MINISTERIAL LOCAL MIENTRAS ERA ATENDIDA POR UNA HEMORRAGIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO FEDERAL AL SER DENUNCIADA POR PERSONAL DE SALUD DE DICHA INSTITUCIÓN. SE INICIÓ UNA AVERIGUACIÓN PREVIA EN SU CONTRA POR LA COMISIÓN DEL DELITO DE ABORTO PRESUNTAMENTE REALIZADO POR MEDIO DE PASTILLAS DE MISOPROSTOL. ROBERTA FUE SUJETA A UN PROCESO PENAL Y, CON ASISTENCIA DE UNA ABOGADA PARTICULAR, OPTÓ POR LA "SUSPENSIÓN DE JUICIO A PRUEBA" (MEDIO ALTERNATIVO DE SOLUCIÓN AL CONFLICTO PENAL), ASUMIÉNDOSE CULPABLE. EL JUEZ LE ESTABLECIÓ LA OBLIGACIÓN DE FIRMAR CADA MES, ACUDIR A TERAPIA PSICOLÓGICA Y NO CAMBIAR DE RESIDENCIA.

Los estados sombreados cuentan con protección de la vida desde la "concepción" en sus constituciones locales. SD: Sin datos.

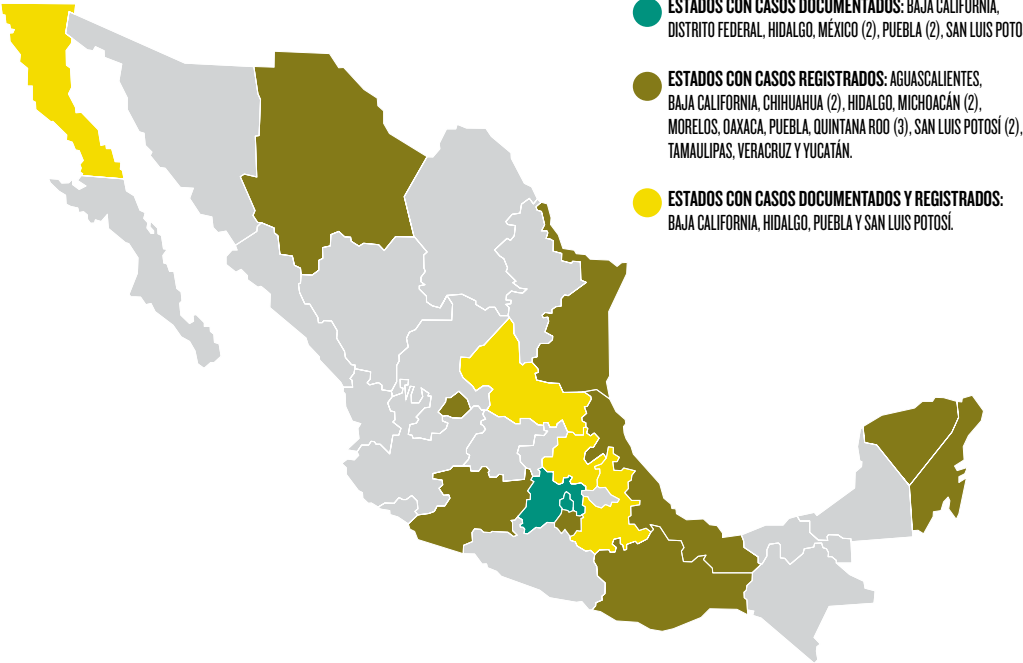
CASOS REGISTRADOS			
NOMBRE ¹³²	EDAD	ENTIDAD	HECHOS
<i>Carolina</i>	21	YUCATÁN	MUJER DE ESCASOS RECURSOS A LA QUE SU NOVIO PROPORCIONÓ UNAS PASTILLAS DICIÉNDOLE QUE ERAN "PASTILLAS DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA". SIN EMBARGO, LA SUSTANCIA ACTIVA DE LAS MISMAS ERA EN REALIDAD MISOPROSTOL, LO QUE PROVOCÓ A <i>Carolina</i> UN ABORTO EN CONTRA DE SU VOLUNTAD. FUE ATENDIDA EN UN HOSPITAL FEDERAL EN EL QUE PERMANECIÓ CUSTODIADA DURANTE TRES DÍAS POR LA POLICÍA MINISTERIAL LOCAL TRAS INICIÁRSELE UNA AVERIGUACIÓN PREVIA EN SU CONTRA POR EL DELITO DE ABORTO DEBIDO A LA DENUNCIA REALIZADA POR UNA TRABAJADORA SOCIAL DE LA INSTITUCIÓN. <i>Carolina</i> FUE DADA DE ALTA Y TRASLADADA A LA CÁRCEL DURANTE TRES DÍAS MÁS, TENIENDO QUE PAGAR UNA FIANZA PARA OBTENER SU LIBERTAD PROVISIONAL. DE ACUERDO CON LA INFORMACIÓN DISPONIBLE, <i>Carolina</i> Y SU NOVIO FUERON SUJETOS A PROCESO PENAL POR ABORTO.
<i>Sara</i>	22	HIDALGO	TENÍA UN EMBARAZO DE OCHO SEMANAS DE GESTACIÓN, FUE DETENIDA POR LA POLICÍA MINISTERIAL LOCAL MIENTRAS ERA ATENDIDA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DEL ESTADO AL SER DENUNCIADA POR EL DIRECTOR DE DICHA INSTITUCIÓN. FUE SUJETA A PROCESO PENAL ACUSADA DE HABERSE PROVOCADO UN ABORTO MEDIANTE PASTILLAS DE MISOPROSTOL E INYECCIONES DE NETRIGEN. SARA TUVO QUE PAGAR UNA FIANZA PARA OBTENER SU LIBERTAD PROVISIONAL. ELIGIÓ SER DEFENDIDA POR UN DEFENSOR PÚBLICO Y PRESUNTAMENTE FUE DECLARADA INOCENTE EN SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA.
<i>Rosa</i>	24	CHIHUAHUA	TENÍA 14 SEMANAS DE EMBARAZO CUANDO FUE DETENIDA POR LA POLICÍA MINISTERIAL LOCAL MIENTRAS ERA ATENDIDA EN UN HOSPITAL PÚBLICO. AL SER DENUNCIADA POR PERSONAL DE SALUD DE ESTA INSTITUCIÓN, SE INICIÓ UNA AVERIGUACIÓN PREVIA EN SU CONTRA POR LA COMISIÓN DEL DELITO DE ABORTO POR MEDIO DE PASTILLAS DE MISOPROSTOL, LA CUAL CONCLUYÓ EN UN PROCESO PENAL. CON ASISTENCIA DE UNA ABOGADA PARTICULAR, ROSA OPTÓ POR LA "SUSPENSIÓN DE JUICIO A PRUEBA" (MEDIO ALTERNATIVO DE SOLUCIÓN AL CONFLICTO PENAL), ASUMIÉNDOSE CULPABLE. EL JUEZ FIJÓ COMO PENA TRABAJO COMUNITARIO.
<i>Laura</i>	17	AGUASCALIENTES	FUE PRESIONADA POR SU NOVIO PARA QUE INTERRUMPIERA SU EMBARAZO MEDIANTE PASTILLAS Y DENUNCIADA POR SU MADRE ANTE EL MINISTERIO PÚBLICO LOCAL.
<i>Francisca</i>	33	TAMAULIPAS	AUTORIDADES MINISTERIALES INICIARON UNA AVERIGUACIÓN PREVIA POR EL DELITO DE ABORTO EN CONTRA DE <i>Francisca</i> QUIEN CURSABA UN EMBARAZO DE DOCE SEMANAS DE GESTACIÓN. LA DENUNCIA FUE REALIZADA POR PERSONAL DE SALUD DE UN HOSPITAL.
<i>Agustina</i>	20	SAN LUIS POTOSÍ	AUTORIDADES MINISTERIALES INICIARON UNA AVERIGUACIÓN PREVIA POR EL DELITO DE ABORTO EN CONTRA DE AGUSTINA, QUIEN CURSABA UN EMBARAZO DE 24 SEMANAS DE GESTACIÓN. LA DENUNCIA FUE REALIZADA POR PERSONAL DE SALUD DE UN HOSPITAL PÚBLICO LOCAL.
<i>Sandra</i>	20	MICHOACÁN	AUTORIDADES MINISTERIALES INICIARON UNA AVERIGUACIÓN PREVIA POR EL DELITO DE ABORTO EN CONTRA DE <i>Sandra</i> , QUIEN CURSABA UN EMBARAZO DE 21 SEMANAS DE GESTACIÓN. LA DENUNCIA FUE REALIZADA POR UN MÉDICO DE UNA POLICLÍNICA.
<i>Paula</i>	18	QUINTANA ROO	AUTORIDADES MINISTERIALES INICIARON UNA AVERIGUACIÓN PREVIA POR EL DELITO DE ABORTO EN CONTRA DE <i>Paula</i> , QUIEN CURSABA UN EMBARAZO DE VEINTE SEMANAS DE GESTACIÓN. LA DENUNCIA FUE REALIZADA POR PERSONAL DE UN HOSPITAL PÚBLICO LOCAL AL CUAL LLEGÓ PARA SER ATENDIDA POR UNA HEMORRAGIA TRAS HABER EXPULSADO AL PRODUCTO EN UN BAÑO DE LAS INSTALACIONES DE LA CRUZ ROJA, INSTITUCIÓN A LA CUAL LLEGÓ HORAS ANTES DEBIDO A UN DOLOR ABDOMINAL.
<i>Ana</i>	21	PUEBLA	AUTORIDADES MINISTERIALES DETUVIERON E INICIARON UNA AVERIGUACIÓN PREVIA EN CONTRA DE <i>Ana</i> , QUIEN CURSABA UN EMBARAZO DE ONCE SEMANAS DE GESTACIÓN, POR HABERSE PROVOCADO UN ABORTO MEDIANTE UN MEDICAMENTO INYECTABLE. LA DENUNCIA FUE REALIZADA POR PERSONAL DE UN HOSPITAL PÚBLICO AL CUAL ACUDIÓ DEBIDO A UNA HEMORRAGIA. TUVO QUE PAGAR UNA FIANZA PARA OBTENER SU LIBERTAD PROVISIONAL. AL MÉDICO TRATANTE DE <i>Ana</i> TAMBIÉN LE FUE INICIADA UNA AVERIGUACIÓN PREVIA EN SU CONTRA CUYA DEFENSA ESTÁ PRESUNTAMENTE A CARGO DE UN ABOGADO PRIVADO.
<i>Emilia</i>	SD	QUINTANA ROO	AUTORIDADES MINISTERIALES DETUVIERON E INICIARON UNA AVERIGUACIÓN PREVIA EN CONTRA DE <i>Emilia</i> POR HABERSE PROVOCADO UN ABORTO MEDIANTE PASTILLAS DE MISOPROSTOL. LA DENUNCIA FUE REALIZADA POR PERSONAL DE UN HOSPITAL FEDERAL. TUVO QUE PAGAR UNA FIANZA PARA OBTENER SU LIBERTAD PROVISIONAL.
<i>Julieta</i>	15	BAJA CALIFORNIA	AUTORIDADES MINISTERIALES DETUVIERON E INICIARON UNA AVERIGUACIÓN PREVIA POR TENTATIVA DE ABORTO MEDIANTE LA INTRODUCCIÓN DE UN GANCHO DE METAL VÍA VAGINAL EN CONTRA DE <i>Julieta</i> , QUIEN CURSABA UN EMBARAZO DE DIEZ SEMANAS DE GESTACIÓN. LA DENUNCIA FUE REALIZADA POR PERSONAL DE UNA CLÍNICA DEL IMSS EN LA QUE FUE ATENDIDA POR UNA HEMORRAGIA. <i>Julieta</i> FUE LIBERADA PERO SE DESCONOCE EN QUÉ TÉRMINOS.

Los estados sombreados cuentan con protección de la vida desde la "concepción" en sus constituciones locales. SD: Sin datos.

CASOS REGISTRADOS			
NOMBRE ¹³²	EDAD	ENTIDAD	HECHOS
Susana	21	OAXACA	AUTORIDADES MINISTERIALES DETUVIERON E INICIARON UNA AVERIGUACIÓN PREVIA POR EL DELITO DE ABORTO EN CONTRA DE <i>Susana</i> , QUIEN CURSABA UN EMBARAZO DE 17 SEMANAS DE GESTACIÓN. LA DENUNCIA FUE REALIZADA POR PERSONAL DE UN HOSPITAL PÚBLICO LOCAL EN EL QUE FUE ATENDIDA. DE ACUERDO CON LA INFORMACIÓN DISPONIBLE, LA AVERIGUACIÓN FUE CERRADA POR ACREDITARSE QUE FUE UN ABORTO ESPONTÁNEO.
Regina	SD	QUINTANA ROO	AUTORIDADES MINISTERIALES DETUVIERON E INICIARON UNA AVERIGUACIÓN PREVIA EN CONTRA DE <i>Regina</i> , QUIEN CURSABA UN EMBARAZO DE DOCE SEMANAS DE GESTACIÓN Y PRESUNTAMENTE ERA VÍCTIMA DE VIOLENCIA FÍSICA Y SEXUAL POR PARTE DE SU PAREJA. FUE ACUSADA DE PRESUNTAMENTE HABERSE PROVOCADO UN ABORTO MEDIANTE PASTILLAS DE MISOPROSTOL DEBIDO A LA DENUNCIA REALIZADA POR PERSONAL DE UN HOSPITAL PÚBLICO EN EL CUAL FUE ATENDIDA POR UNA HEMORRAGIA CAUSADA POR LA EXPULSIÓN DEL PRODUCTO EN SU LUGAR DE TRABAJO HORAS ANTES. DE ACUERDO CON LA INFORMACIÓN DISPONIBLE, LA AVERIGUACIÓN FUE CERRADA POR ACREDITARSE QUE FUE UN ABORTO ESPONTÁNEO.
Marcela	26	SAN LUIS POTOSÍ	AUTORIDADES MINISTERIALES DETUVIERON E INICIARON UNA AVERIGUACIÓN PREVIA EN CONTRA DE <i>Marcela</i> , QUIEN CURSABA UN EMBARAZO DE DOCE SEMANAS DE GESTACIÓN. FUE ACUSADA DE PRESUNTAMENTE HABERSE PROVOCADO UN ABORTO MEDIANTE PASTILLAS DE MISOPROSTOL. LA DENUNCIA FUE REALIZADA POR PERSONAL DE UN HOSPITAL PÚBLICO LOCAL EN EL QUE RECIBÍA ATENCIÓN MÉDICA.
Mercedes	20	VERACRUZ	AUTORIDADES MINISTERIALES DETUVIERON E INICIARON UNA AVERIGUACIÓN PREVIA EN CONTRA DE <i>Mercedes</i> , QUIEN CURSABA UN EMBARAZO DE 28 SEMANAS DE GESTACIÓN. FUE ACUSADA DE HABERSE PROVOCADO UN ABORTO MEDIANTE PASTILLAS DE MISOPROSTOL DEBIDO A LA DENUNCIA REALIZADA POR TERCEROS PARTICULARES QUIENES ENCONTRARON EL CUERPO DEL PRODUCTO A UNAS CUADRAS DEL HOGAR DE <i>Mercedes</i> . DE ACUERDO CON LA INFORMACIÓN DISPONIBLE, FUE LIBERADA SIN PAGAR FIANZA DEBIDO A QUE EL ABORTO NO ESTÁ CONSIDERADO EN LA LEGISLACIÓN PENAL DEL ESTADO COMO UN DELITO QUE AMERITE COMO SANCIÓN LA PRIVACIÓN DE LA LIBERTAD SINO “TRATAMIENTO EN LIBERTAD”.

Los estados sombreados cuentan con protección de la vida desde la “concepción” en sus constituciones locales. SD: Sin datos.

CASOS DOCUMENTADOS Y REGISTRADOS POR GIRE



E. REGULACIÓN DE LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

La objeción de conciencia se fundamenta en el derecho a la libertad de conciencia y religión, y establece que las personas pueden negarse a realizar ciertas actividades que consideren contrarias a sus creencias personales, incluidas las religiosas.¹³³ Sin embargo, esta prerrogativa no es absoluta y se debe garantizar que su práctica no ponga en riesgo o impida el ejercicio de otros derechos humanos. El ejercicio de la objeción de conciencia no puede limitar el acceso de las mujeres a los servicios de salud sexual y reproductiva.

Una parte fundamental de las obligaciones del Estado consiste en asegurar que no existan barreras que impidan a las mujeres acceder de forma efectiva a los servicios de salud reproductiva a los que tienen derecho, incluyendo el acceso a servicios de aborto legal. Si no se encuentra debidamente regulada, la objeción de conciencia de las y los prestadores de servicios de salud puede convertirse en una barrera para el acceso de las mujeres a los servicios de interrupción legal del embarazo.

La objeción de conciencia a prestar servicios de salud reproductiva tiene ciertos límites claros e impone obligaciones al Estado y responsabilidades a los profesionales de salud. Por un lado, las instituciones de salud no pueden ser objetoras, es decir, la entidad no puede objetar conciencia, éste es un derecho que corresponde a las personas en lo individual, y deben estar obligadas a contar siempre con personal “no objetor” para garantizar el derecho de las mujeres a interrumpir un embarazo. En este mismo sentido la objeción de conciencia se ejerce de forma individual por lo que no está permitida la objeción de conciencia “institucional”, es decir, un hospital no puede negarse a brindar ciertos servicios de salud reproductiva. Por otro lado, el personal objetor tiene la responsabilidad ética y profesional de referir a la mujer solicitante con otra persona con capacidad y disposición para atenderla.

Si la demora en la prestación del servicio fuera peligrosa para la mujer, no puede haber lugar para la objeción de conciencia: se debe prestar el servicio de salud de inmediato. La objeción de conciencia tampoco aplica en casos de emergencias médicas. Finalmente, la objeción de conciencia sólo puede invocarse por el personal que esté participando directamente en el procedimiento y no por el personal de apoyo o administrativo.

En este sentido, el Comité CEDAW ha mostrado su preocupación respecto a la legislación que permite la objeción de conciencia del personal que trabaja en hospitales,¹³⁴ y de las leyes que exigen que el personal médico denuncie a las mujeres que se realizan un aborto.¹³⁵

En México, en las leyes de salud de seis entidades¹³⁶ federativas se establece la objeción de conciencia del personal médico; en el siguiente cuadro se presenta la forma en que está regulada en cada una.

TEMA	AGUASCALIENTES ¹³⁷	COLIMA ¹³⁸	DISTRITO FEDERAL ¹³⁹	JALISCO ¹⁴⁰	QUERÉTARO ¹⁴¹	TLAXCALA ¹⁴²
SERVICIOS	GENERAL	INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO	INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO	GENERAL	GENERAL	INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO
¿QUIÉNES?	PERSONAL MÉDICO	PRESTADORES SERVICIOS DE SALUD	PERSONAL MÉDICO	PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD
REFERENCIA	NO	SÍ	SÍ	SÍ	NO ¹⁴³	SÍ
CASO DE URGENCIA	APLICA LA OBJECCIÓN	APLICA LA OBJECCIÓN	NO APLICA LA OBJECCIÓN	NO APLICA LA OBJECCIÓN	NO APLICA LA OBJECCIÓN	NO APLICA LA OBJECCIÓN
GARANTÍA DE LA INSTITUCIÓN DE CONTAR CON PERSONAL NO OBJETOR	NO	SÍ	SÍ	NO	NO	SÍ

Como se muestra en el cuadro anterior, en seis entidades se reconoce la objeción de conciencia del personal médico y/o de salud. Sólo tres de las seis entidades regulan específicamente la objeción de conciencia para el servicio de interrupción legal del embarazo.

Las entidades en las que se encuentra mejor regulada son el Distrito Federal y Tlaxcala, ya que se establecen claramente los supuestos en los cuales no se puede objetar conciencia (por ejemplo emergencias), las obligaciones específicas de los servidores públicos objetores (referencia a un profesional no objetor), así como las obligaciones de las instituciones, especialmente contar con personal no objetor.

Resulta preocupante que en el resto de las entidades federativas, 26, no esté regulada la objeción de conciencia del personal de las instancias de salud. Tratándose de un servicio de salud reproductiva, es fundamental que se asegure que las creencias personales de los servidores públicos no interfieran en el acceso de las mujeres al servicio de aborto. La falta de normativa se presta a abusos y constituye un obstáculo que pone en riesgo la salud reproductiva de las mujeres. Una regulación adecuada de la objeción de conciencia brinda certidumbre jurídica tanto a las mujeres como a los prestadores de servicios de salud.

F. SECRETO PROFESIONAL VS OBLIGACIÓN DE DENUNCIA

En materia de acceso a servicios de aborto legal y seguro, además de considerar las sanciones que se imponen a las mujeres que deciden interrumpir un embarazo, resulta de gran relevancia conocer las obligaciones que la ley impone a las y los prestadores de servicios de salud, tal es el caso del secreto profesional y la obligación de denuncia.

En materia de secreto profesional, el marco internacional de derechos humanos a través del reconocimiento y garantía de los derechos a la intimidad y a la salud, establece como un mecanismo de protección la obligación de las y los prestadores de servicios de salud de guardar el secreto profesional.¹⁴⁴

A nivel nacional, la Ley General de Salud salvaguarda el deber de confidencialidad y la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSAI-1998, Del expediente clínico establece el manejo discreto y confidencial de la información, la cual sólo puede ser dada a conocer mediante orden judicial y/o administrativa.¹⁴⁵

Por su parte en el Código Penal Federal¹⁴⁶ se tipifica el delito de revelación de secretos, el cual sanciona la develación de información recibida con motivo del empleo o ejercicio de una profesión, sin justa causa, hecho que pone en situación de vulnerabilidad a las mujeres que se han realizado un aborto y acuden a los servicios de salud, ya que la comisión del delito de aborto puede ser interpretado por algunos debido a la ambigüedad de la norma, como una justa causa.

Por su parte, en los códigos penales de las entidades federativas, la regulación suele ser parecida, y en algunos casos específicos como en el de Baja California Sur sólo se establece que cometen este delito quienes ejercen la abogacía, el sacerdocio, las y los mediadores y psiquiatras, sin considerar a las y los médicos, o en otros casos como el de San Luis Potosí ni siquiera se tiene tipificado el delito.

Además de lo anterior y de las sanciones que pueden imponerse al personal de salud que comete el delito de aborto, el cual se penaliza en la mayoría de los códigos penales con prisión y suspensión en el ejercicio de la profesión en un promedio de dos a cinco años y en algunos casos con inhabilitación definitiva, el derecho penal en México también prevé para las personas que tienen conocimiento de la realización de un hecho delictivo que no denuncian, la comisión del delito de encubrimiento, hecho que obstaculiza gravemente el acceso a servicios de aborto seguro y la atención de complicaciones derivadas de abortos inseguros, situación que afecta la salud y pone en riesgo la vida de las mujeres.

Además de la tipificación del delito de encubrimiento, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica establece la obligación de notificar al Ministerio Público casos que involucren lesiones y otros signos que presumiblemente se encuentren vinculados a la comisión de un delito.¹⁴⁷

Puede concluirse que en el marco normativo mexicano existen serias contradicciones entre el deber del personal médico de guardar el secreto profesional y la obligación de denunciar hechos que puedan ser ilícitos, dichas contradicciones implican incertidumbre jurídica para quienes prestan servicios de salud, pues no queda claro cómo actuarán las autoridades, lo cual puede traer como consecuencia que la aplicación de la ley dependa de los criterios personales de las personas facultadas para ello y no de obligaciones jurídicas. Además del riesgo para las y los profesionales de la salud, esta ambigüedad normativa obstaculiza el acceso a las mujeres a servicios de salud que sólo ellas requieren.

DEL TOTAL DE CASOS EMBLEMÁTICOS YA REFERIDOS QUE GIRE HA DOCUMENTADO Y REGISTRADO, ENTRE 2011 Y 2013, EN 21 LA DENUNCIA HA SIDO REALIZADA POR EL PERSONAL DE SALUD --MÉDICOS O TRABAJADORES SOCIALES--, EN UN CASO INCLUSO EL DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN. EN EL SIGUIENTE CUADRO SE PRESENTA ESTA INFORMACIÓN.

CASOS DOCUMENTADOS POR GIRE			
	CASO	ENTIDAD	DENUNCIANTE
1	Ángela	MÉXICO	TRABAJADORA SOCIAL HOSPITAL MUNICIPAL
2	Rebeca	HIDALGO	MÉDICO IMSS
3	María	SAN LUIS POTOSÍ	TRABAJADORA SOCIAL HOSPITAL ESTATAL
4	Sofía	PUEBLA	TRABAJADORA SOCIAL IMSS
5	Laura	PUEBLA	TRABAJADORA SOCIAL HOSPITAL ESTATAL
6	Claudia	MÉXICO	MÉDICA IMSS

Los estados sombreados cuentan con protección de la vida desde la "concepción" en sus constituciones locales.

CASOS REGISTRADOS POR GIRE			
	CASO	ENTIDAD	DENUNCIANTE
7	Brenda	MORELOS	MÉDICO HOSPITAL ESTATAL
8	Roberta	CHIHUAHUA	PERSONAL DE SALUD IMSS
9	Carolina	YUCATÁN	TRABAJADORA SOCIAL IMSS
10	Sara	HIDALGO	DIRECTOR HOSPITAL ESTATAL
11	Rosa	CHIHUAHUA	PERSONAL DE SALUD HOSPITAL ESTATAL
12	Francisca	TAMAULIPAS	PERSONAL DE SALUD
13	Agustina	SAN LUIS POTOSÍ	PERSONAL DE SALUD HOSPITAL
14	Sandra	MICHOACÁN	MÉDICO HOSPITAL
15	Paula	QUINTANA ROO	PERSONAL DE SALUD HOSPITAL
16	Ana	PUEBLA	PERSONAL DE SALUD HOSPITAL ESTATAL
17	Emilia	QUINTANA ROO	PERSONAL DE SALUD IMSS
18	Julieta	BAJA CALIFORNIA	PERSONAL DE SALUD IMSS
19	Susana	OAXACA	PERSONAL DE SALUD HOSPITAL
20	Regina	QUINTANA ROO	PERSONAL DE SALUD HOSPITAL
21	Marcela	SAN LUIS POTOSÍ	PERSONAL DE SALUD HOSPITAL ESTATAL

Los estados sombreados cuentan con protección de la vida desde la "concepción" en sus constituciones locales.

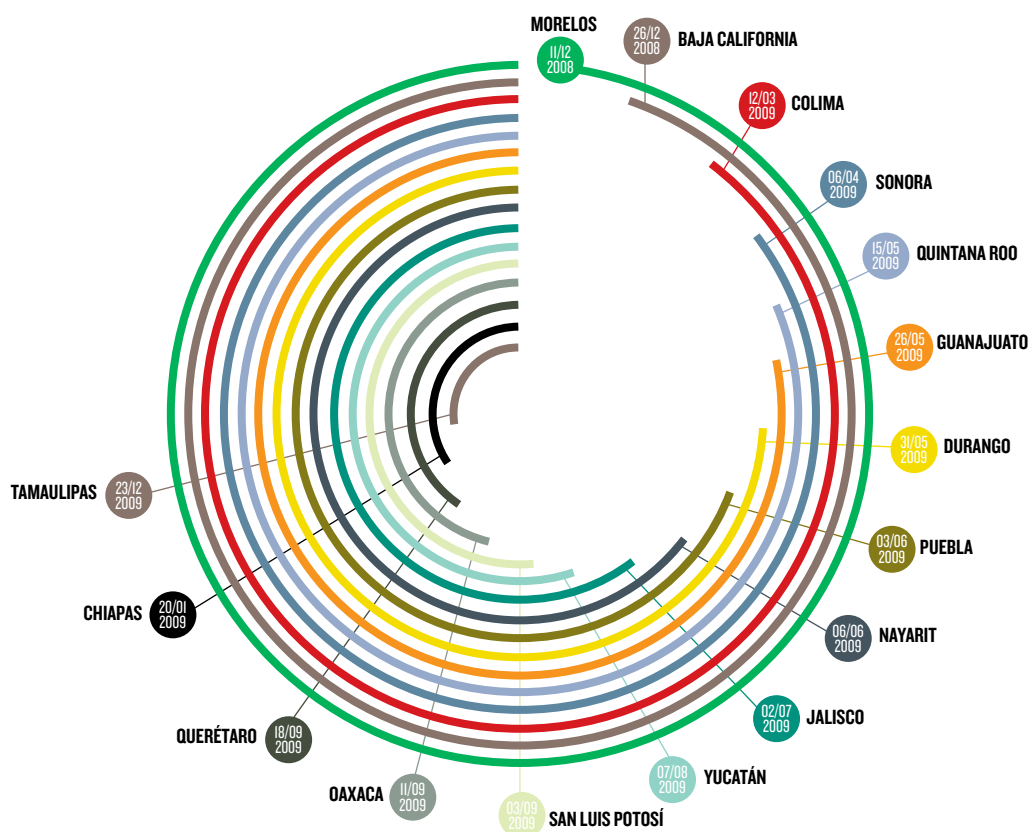
Dado lo anterior, resulta de primera importancia que los poderes legislativos federal y locales armonicen la normatividad en materia de secreto profesional y obligación de denuncia de conformidad con el principio pro persona, en virtud del cual se privilegie el derecho a la salud, la protección de la vida y la intimidad de las personas que requieren servicios de salud, ya que quienes fungen como funcionarios públicos en instituciones de salud tienen como obligación prestar servicios médicos y no constituirse en auxiliares de las autoridades encargadas de la procuración de justicia.

En este sentido, la Corte Interamericana de Derechos Humanos en la sentencia del caso *De la Cruz Flores vs. Perú* consideró “que la información que el médico obtiene en ejercicio de su profesión se encuentra privilegiada por el secreto profesional. Por ejemplo, el Código Internacional de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial dispone que “el médico debe guardar absoluto secreto de todo lo que se le haya confiado, incluso después de la muerte del paciente”.¹⁴⁸ Asimismo, “la Corte considera que los médicos tienen un derecho y un deber de guardar confidencialidad sobre la información a la que tengan acceso en su condición de médicos”.¹⁴⁹

G. IMPACTO DE LAS REFORMAS QUE PROTEGEN LA VIDA DESDE LA CONCEPCIÓN

A partir de 2008, el país ha sido testigo de una oleada de reformas en las constituciones locales de 16 entidades federativas para proteger la vida desde el momento de la “concepción”.¹⁵⁰ Estas reformas tenían la intención de limitar los derechos reproductivos de las mujeres como reacción frente a la despenalización de la interrupción del embarazo en el DF y la confirmación de validez constitucional por la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN).

REFORMAS CONSTITUCIONALES QUE PROTEGEN LA VIDA DESDE LA CONCEPCIÓN. 2008 - 2011



*CHIHUAHUA REFORMÓ SU CONSTITUCIÓN EN OCTUBRE DE 1994. NO SE CONTABILIZA DENTRO DEL CONJUNTO DE REFORMAS PARA EL PERIODO 2008-2011

A pesar de que estas reformas constitucionales locales no anulan las causales legales de aborto en las entidades federativas, sí han generado un clima de confusión e incertidumbre jurídica entre el personal de servicios de salud, de procuración de justicia y las propias mujeres sobre la legalidad o no del aborto en los supuestos establecidos en la ley. Estas reformas han generado un clima de persecución hacia las mujeres, incluso en casos donde el aborto es espontáneo.

La protección de la vida prenatal implica otro tipo de medidas que debe adoptar el Estado, a través de la protección de la mujer, entre ellas: asegurar un adecuado control médico prenatal para las mujeres embarazadas; asegurar la provisión gratuita y suficiente de ácido fólico y otros suplementos alimenticios durante el embarazo y los primeros años de vida y reducir al mínimo las tasas de morbilidad materna.¹⁵¹

Como se puede apreciar en los casos que GIRE ha documentado y registrado, un número importante de casos de criminalización de las mujeres y obstáculos para acceder a servicios de aborto legal se presentan en los estados que reformaron sus constituciones para proteger la vida desde la concepción: 17 de 26.

En septiembre de 2011 la SCJN discutió dos acciones de inconstitucionalidad en contra de las reformas que protegen de forma absoluta al producto de la concepción, tanto en San Luis Potosí como en Baja California. La mayoría de los ministros de la Corte, siete de once, se pronunciaron por la inconstitucionalidad de estas reformas, ya que la protección absoluta del producto de la concepción pone en riesgo los derechos reproductivos de las mujeres. Los ministros reconocieron que la protección de la vida prenatal es importante, pero que dicha protección tiene que ser compatible con los derechos de las mujeres, incluso la ministra Luna Ramos, quien votó a favor de constitucionalidad, señaló que la protección a la vida desde la concepción no puede tratarse de un absoluto.¹⁵²

Para declarar estas reformas como inconstitucionales se necesitaban ocho votos del total de once, es decir, una mayoría calificada y se consiguieron siete,¹⁵³ por lo que las acciones fueron desestimadas. Ello no implica que las reformas hayan sido declaradas constitucionales, sino que no se logró la mayoría calificada para declarar su inconstitucionalidad. Sin embargo, los argumentos vertidos por la mayoría, la reforma constitucional en derechos humanos y las recientes recomendaciones del Comité CEDAW ponen de manifiesto que estas reformas tienen que interpretarse de forma que no pongan en riesgo los derechos reproductivos de las mujeres. Así, debe garantizarse el acceso al aborto legal en las causales establecidas por los códigos penales.

1.5 / CONCLUSIONES

A partir de los datos estadísticos, del análisis normativo y de las respuestas a las solicitudes de acceso a la información pública presentadas a nivel federal y local, se puede concluir que las autoridades mexicanas están lejos de cumplir con sus obligaciones de promoción, respeto, protección y garantía del derecho a servicios de aborto legal y seguro para las mujeres.

A nivel normativo, en México se sigue considerando al aborto como un tema de política criminal y no como un asunto de derechos humanos, que implica establecer las condiciones necesarias para el ejercicio de los derechos sin discriminación. Es decir en lugar de reconocer a las mujeres como titulares de derechos, se les ubica como posibles criminales.

Hay que señalar que se han presentado avances muy importantes, como la despenalización en el Distrito Federal del aborto en las doce primeras semanas de gestación. Sin embargo, como reacción a esta normativa y a la sentencia de la SCJN que validó la reforma, se modificaron 16 constituciones locales en el sentido de proteger la vida prenatal en abstracto --sin considerar que esta protección pasa necesariamente por la protección de la vida y la salud de la mujer gestante--, con la clara intención de evitar una despenalización como la del DF. Dichas reformas han impactado de manera negativa en el acceso a servicios de aborto legal y seguro en varios estados del país.

A partir de la reforma constitucional en materia de derechos humanos, de las resoluciones de la SCJN y de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, así como de las recomendaciones emitidas a México por órganos internacionales, como el Comité CEDAW, tanto las legislaturas locales como el Congreso de la Unión tienen la obligación de armonizar la legislación en materia de aborto hacia la despenalización que se realizó en el DF, en abril de 2007, como una medida para cumplir con las obligaciones en materia de derechos humanos que impone la Constitución a todas las autoridades.

Sobre la implementación de las causales de aborto legal y de la NOM 046, preocupa la falta de acceso por parte de las instituciones federales, así como el número tan bajo de autorizaciones por parte de las procuradurías generales de justicia de los estados de interrupción legal del embarazo en caso de violación sexual.

Puede concluirse que en el caso de que las mujeres que acuden a los servicios médicos por causa de un aborto, la normativa vigente obstaculiza el acceso a los servicios de salud, pues no existe claridad sobre las obligaciones del personal en cuanto al secreto profesional o denuncia de hechos delictivos, como el aborto.

Otro tema preocupante es la criminalización de la que son objeto las mujeres en los estados que protegen la vida desde la concepción, lo cual ha generado un clima de obstaculización de servicios de salud y de persecución penal de las mujeres, como se demuestra en los casos documentados y registrados por GIRE.

1.6 / RECOMENDACIONES

1.6.1 NORMATIVAS

- Armonizar la legislación penal y de salud a nivel local y federal en materia de aborto, de conformidad con la reforma constitucional de derechos humanos, con la finalidad de eliminar la discriminación en el ejercicio de sus derechos, que viven las mujeres dependiendo de su lugar de residencia. En este sentido y considerando el principio pro persona y el estándar más alto de protección, los estados deben avanzar hasta lograr la despenalización del aborto al menos hasta las doce primeras semanas de gestación por libre voluntad de la mujer. Mientras se logra la despenalización, como medida temporal, los estados deben avanzar en la ampliación de causales legales de aborto de forma que se proteja la vida, la integridad y la salud de las mujeres.
- Reformar los códigos penales de los estados para reducir al mínimo las penas establecidas para el delito de aborto y que no sean privativas de la libertad.
- Reformar las leyes orgánicas de las procuradurías de justicia para establecer la obligación de los médicos que dependen de esta instancia de proporcionar información sobre la NOM 046, especialmente en materia de ILE, anticoncepción de emergencia y profilaxis de Virus de Inmunodeficiencia Humana e Infecciones de Transmisión Sexual.
- Reformar las leyes estatales de salud para regular la objeción de conciencia a servicios de salud reproductiva de forma que no implique una barrera para que las mujeres acceden a estos servicios. La regulación de conciencia debe establecer claramente quiénes y en qué circunstancias pueden alegar la objeción de conciencia. Asimismo, deben quedar establecidas las responsabilidades de los profesionales de salud objetores y la de las instituciones de salud para asegurar que los servicios de salud reproductiva se brinden de forma oportuna.

- Reformar la Ley General de Salud para garantizar el acceso a servicios de salud reproductiva, incluida la ILE y salvaguardar la confidencialidad médica y establecer que la información que reciba el personal de salud en el ejercicio de sus funciones no debe ser revelada. Asimismo, modificar los códigos penales estatales para eliminar la obligación de denuncia del personal de salud.

1.6.2 IMPLEMENTACIÓN DE LA NORMATIVA

- Garantizar que en todas las entidades federativas las mujeres que se encuentren en alguno de los supuestos de aborto legal accedan a servicios seguros de forma oportuna. Ello implica fortalecer los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Asegurar que las procuradurías de justicia de los estados, en cumplimiento de sus obligaciones, autoricen los abortos en casos de embarazo producto de violación, sin que se impongan requisitos adicionales que impliquen barreras para que las mujeres víctimas de violación sexual accedan a este servicio.
- Capacitar al personal de las procuradurías de justicia y de las secretarías de salud de los estados en el conocimiento de los derechos de las mujeres víctimas de una violación sexual y garantizar el acceso a servicios de aborto seguro.
- Capacitar al personal de salud y de justicia en los estados sobre las causales legales de aborto en los estados e informarles que en los estados que hay reformas que protegen la vida desde la concepción las causales legales siguen vigentes.
- Garantizar que las reformas constitucionales que protegen la vida desde la concepción se interpreten de forma compatible con los derechos humanos de las mujeres y que no impliquen la negación de servicios de aborto en las causales contempladas en la legislación estatal.

1.6.3 GENERACIÓN DE INFORMACIÓN Y DATOS ESTADÍSTICOS

- Asegurar que las secretarías de salud locales desagreguen los datos de aborto por tipo de causal (vida, salud, violación sexual, entre otras).
- Asegurar que las procuradurías de justicia locales que aún no lo hacen, tengan registros sobre el número de solicitudes de ILE por violación y el número de autorizaciones emitidas.
- Garantizar que las procuradurías de justicia locales y los poderes judiciales cuenten con estadísticas

NOTAS

¹ Grimes, D.A. *et al.*, “Unsafe abortion: the preventable pandemic” en *The Lancet*, Londres, vol. 368, no. 9550, 25 de noviembre de 2006, pp. 1908-1919. Disponible en <<http://bit.ly/1jllqk>>. “Unsafe abortion: eight maternal deaths every hour: editorial” en *The Lancet* Londres, vol. 374, no. 9698, 17 de octubre de 2009, p. 1301. Disponible en <<http://bit.ly/VV2f3a>>. Singh, S. *et al.*, *Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress*, New York, Guttmacher Institute, 2009. Disponible en <<http://bit.ly/snY6RF>> [consulta: 30 de octubre de 2012]. Guttmacher Institute, *Sharing Responsibility: Women, Society and Abortion Worldwide*, New York: Guttmacher Institute, 1999. Disponible en <<http://bit.ly/vwnKdE>> [consulta: 30 de octubre de 2012]. Sedgh, G. *et al.*, “Induced abortion: estimated rates and trends worldwide” en *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 de octubre de 2007, pp. 338–45. “Abortion: a woman’s right. Restrictive abortion laws do not prevent abortion” en *The Economist*, New York, 14 de octubre de 2009. Disponible en <<http://econ.st/U7wVkp>> [consulta: 30 de octubre de 2012]. *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*, 6th ed., Ginebra, OMS, 2011. Disponible en <<http://bit.ly/kdGgDa>> [consulta: 30 de octubre de 2012].

² Organización Mundial de la Salud, *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*, 2ª edición, Ginebra, OMS, 2012. Disponible en <<http://bit.ly/UF3mwO>> [consulta: 30 de octubre de 2012].

³ Comité CEDAW, *Recomendación General 24, Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer - La mujer y la salud*, 20º período de sesiones (1999), párrafo 11. Disponible en <<http://bit.ly/opp1tq>> [consulta: 19 de octubre de 2012].

⁴ Ver Comité CEDAW, *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: Chile*, 36º período de sesiones (2006), párrafo 19, [CEDAW/C/CH/CO/4]. Disponible en <<http://bit.ly/moh2hx>> [consulta: 21 de octubre de 2012]. Comité CEDAW, *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: Honduras*, 39º período de sesiones (2007), párrafo 25, [CEDAW/C/HON/CO/6]. Disponible en <<http://bit.ly/ZEwbqd>> [consulta: 21 de octubre de 2012]. Comité de Derechos Humanos, *Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos: Honduras*, 88º período de sesiones (2006), párrafo 8, [CCPR/C/HND/CO/1]. Disponible en <<http://bit.ly/YcIV6V>> [consulta: 21 de octubre de 2012]. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Chile*, 33º período de sesiones (2004), párrafo 25, [E/C.12/1/Add.105]. Disponible en <<http://bit.ly/UI3wD>> [consulta: 21 de octubre de 2012].

⁵ *Ibid.*

⁶ Artículo 1o.- En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece. Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia.

Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.

⁷ El Fondo de Aborto para la Justicia Social MARÍA fue creado con el objetivo de dar apoyo financiero a mujeres que no cuentan con suficientes recursos para poder acceder a los servicios de aborto legal disponibles en el DF. Disponible en <<http://bit.ly/3WOr3g>> [consulta: 19 de octubre de 2012].

⁸ Sousa, A., Rafael Lozano y Emmanuel Gakidou, “Exploring the Determinants of Unsafe Abortion: Improving the Evidence base in Mexico” en *Health Policy and Planning*, vol. 25, no. 4, 2010, p. 300-310. Disponible en <<http://bit.ly/12kvrGi>> [consulta: 30 de octubre de 2012].

⁹ Juárez, Fátima y Susheela Singh, “Incidence of Induced Abortion by Age and State, Mexico, 2009: New Estimates Using a Modified Methodology” en *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, Guttmacher Institute, vol. 38, no. 2, junio de 2012. Disponible en <<http://bit.ly/TWmrRs>> [consulta: 17 de octubre de 2012].

¹⁰ *Ibid.*

¹¹ *Ibid.*

¹² *Ibid.*

¹³ *Ibid.*

¹⁴ Ver Tabla 6 en Schiavon, R., Erika Troncoso y Gerardo Polo, “Analysis of maternal and abortion-related mortality in Mexico over the last two decades, 1990-2008” en *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 188, suplemento 2, septiembre de 2012, pp. S78-S86. Disponible en: <<http://bit.ly/12lqxIm>> [consulta: 30 de octubre de 2012].

¹⁵ Defunciones Maternas (992 muertes), por causa y por grupo de edad. Estados Unidos Mexicanos, (2010) – Grupo de 20 a 34 años. Ver Posadas Robledo, Javier. “Mortalidad materna avances del programa nacional de APV” en *Foro: La Protección de la Salud Materna desde una perspectiva de derechos humanos: avances y desafíos de salud materna*, México, diciembre de 2011. [Ponencia no publicada.]

¹⁶ Juárez, Fátima y Susheela Singh, “Incidence of Induced Abortion...”, *op. cit.* (ver *supra*, nota 9).

¹⁷ Aguascalientes, Baja California Sur, Chiapas, Chihuahua, Distrito Federal, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Sonora, Tamaulipas, Veracruz y Zacatecas.

¹⁸ Datos solicitados por la Suprema Corte, durante el proceso de análisis de la constitucionalidad de la despenalización del aborto en el DF, a los presidentes de los Tribunales Superiores de Justicia de los estados y del DF, a las Procuradurías Generales de Justicia de todas las entidades federativas y del DF, a los presidentes de los Tribunales Colegiados de Circuito especializados en Materia Penal y Mixtos, a los magistrados de Tribunales Unitarios de Circuito y a jueces de Distrito especializados en Materia Penal y Mixtos, a fin de que informaran el número de procesos penales, averiguaciones previas, amparos promovidos contra sentencias relativas al delito de aborto o amparos contra auto de aprehensión por el delito de aborto en el periodo 1992-2007. SCJN, *Aborto. Acción de Inconstitucionalidad 146/2007 y su acumulada 147/2007 del Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación*, México, SCJN, Programa de Equidad de Género, 2008, p. 122. Disponible en <<http://bit.ly/Zh4YXD>> [consulta: 20 de febrero de 2013].

¹⁹ Datos obtenidos a través de solicitudes de información, Procuradurías Generales de Justicia de 24 entidades federativas de la República: Aguascalientes, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Colima, Distrito Federal, Durango, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz y Zacatecas, marzo de 2012.

²⁰ Artículo 73.- El Congreso tiene facultad:

XVI.- Para dictar leyes sobre nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República.

²¹ Artículo 2o.- Se aplicará, asimismo:

I.- Por los delitos que se inicien, preparen o cometan en el extranjero, cuando produzcan o se pretenda que tengan efectos en el territorio de la República; o bien, por los delitos que se inicien, preparen o cometan en el extranjero, siempre que un tratado vinculativo para México prevea la obligación de extraditar o juzgar, se actualicen los requisitos previstos en el artículo 4o. de este Código y no se extradite al probable responsable al Estado que lo haya requerido, y

II.- Por los delitos cometidos en los consulados mexicanos o en contra de su personal, cuando no hubieren sido juzgados en el país en que se cometieron.

²² *Convención Americana sobre Derechos Humanos*

Artículo 2. Deber de Adoptar Disposiciones de Derecho Interno

Si el ejercicio de los derechos y libertades mencionados en el Artículo 1 no estuviere ya garantizado por disposiciones legislativas o de otro carácter, los Estados Partes se comprometen a adoptar, con arreglo a sus procedimientos constitucionales y a las disposiciones de esta convención, las medidas legislativas o de otro carácter que fueren necesarias para hacer efectivos tales derechos y libertades.

²³ Voto razonado del Juez Ad Hoc Eduardo Ferrer Mac-Gregor Poisot en relación con la sentencia de la Corte IDH en el *Caso Cabrera García y Montiel Flores vs. México*. Corte IDH, *Caso Cabrera García y Montiel Flores Vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 26 de noviembre de 2010. Serie C No. 220*, párrafo 66. Disponible en <<http://bit.ly/fJwmdz>> [consulta: 20 de febrero de 2013].

²⁴ Pareciera que la inclusión de los delitos de regulación local en el Código Penal Federal se debe a que antes de que se reconociera la facultad del Distrito Federal para dictar sus propias leyes, el Código Penal Federal se aplicaba como ordenamiento local en la Ciudad de México, es por ello que en éste se encuentran aún reglamentados delitos del fuero común, como el aborto.

²⁵ Artículo 2o. (ver *supra*, nota 21).

²⁶ Artículo 50. Los jueces federales penales conocerán:

I. De los delitos del orden federal.

Son delitos del orden federal:

c) Los cometidos en el extranjero por los agentes diplomáticos, personal oficial de las legaciones de la República y cónsules mexicanos;

d) Los cometidos en las embajadas y legaciones extranjeras;

g) Los cometidos en contra de un servidor público o empleado federal, en ejercicio de sus funciones o con motivo de ellas, así como los cometidos contra el Presidente de la República, los secretarios del despacho, el Procurador General de la República, los diputados y senadores al Congreso de la Unión, los ministros, magistrados y jueces del Poder Judicial Federal, los miembros de Consejo de la Judicatura Federal, los magistrados del Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación, los miembros del Consejo General del Instituto Federal Electoral, el presidente de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, los directores o miembros de las Juntas de Gobierno o sus equivalentes de los organismos descentralizados;

h) Los perpetrados con motivo del funcionamiento de un servicio público federal, aunque dicho servicio esté descentralizado o concesionado;

i) Los perpetrados en contra del funcionamiento de un servicio público federal o en menoscabo de los bienes afectados a la satisfacción de dicho servicio, aunque éste se encuentre descentralizado o concesionado.

²⁷ En la *Ley General de Víctimas*, publicada el 9 de enero de 2013, se prevé expresamente que las víctimas de una violación sexual tienen derecho al acceso a servicios de anticoncepción de emergencia, a solicitar la interrupción legal y segura del embarazo y a tratamientos para prevenir infecciones de transmisión sexual.

²⁸ OMS, “Emergency contraception: how effective is it?” en *Progress in Reproductive Health Research*, no. 51, 1999, p. 2. Disponible en <<http://bit.ly/UD4ckd>> [consulta: 10 de enero de 2013].

²⁹ Corte IDH, *Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación In Vitro) vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 28 noviembre de 2012 Serie C No. 257*, párrafo 189. Disponible en <<http://bit.ly/VUYz0A>> [consulta: 21 de diciembre de 2012].

³⁰ Baja California, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Coahuila, Colima, Hidalgo, Oaxaca, Quintana Roo y Veracruz.

³¹ Excepto Chiapas y Nuevo León.

³² Excepto Campeche, Chihuahua, Distrito Federal, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo y Querétaro.

³³ Baja California Sur, Coahuila, Colima, Chiapas, Distrito Federal Guerrero, Hidalgo, México, Morelos, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Veracruz y Yucatán.

³⁴ Baja California Sur, Campeche, Chihuahua, Colima, Distrito Federal, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Nayarit, Nuevo León, Tamaulipas, Tlaxcala y Zacatecas.

³⁵ Baja California, Baja California Sur, Colima, Chihuahua, Distrito Federal, Guerrero, Hidalgo, Morelos, San Luis Potosí, Tabasco y Veracruz.

³⁶ Yucatán.

³⁷ Distrito Federal.

³⁸ Para efectos de esta categorización, se designó un puntaje igual a todas las causales, salvo a la causal de inseminación artificial o forzada a la que se le dio un menor puntaje, y a la despenalización dentro de las doce semanas de gestación que se le otorgó el doble de puntuación.

³⁹ Baja California Sur, Chihuahua, Colima, Distrito Federal, Hidalgo, Morelos, Veracruz y Yucatán.

⁴⁰ Aguascalientes, Baja California, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Coahuila, Colima, Distrito Federal, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, Sinaloa, Tabasco, Tamaulipas, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

⁴¹ Artículo 19.- [...]El Ministerio Público sólo podrá solicitar al juez la prisión preventiva cuando otras medidas cautelares no sean suficientes para garantizar la comparecencia del imputado en el juicio, el desarrollo de la investigación, la protección de la víctima, de los testigos o de la comunidad, así como cuando el imputado esté siendo procesado o haya sido sentenciado previamente por la comisión de un delito doloso. El juez ordenará la prisión preventiva, oficiosamente, en los casos de delincuencia organizada, homicidio doloso, violación, secuestro, trata de personas, delitos cometidos con medios violentos como armas y explosivos, así como delitos graves que determine la ley en contra de la seguridad de la nación, el libre desarrollo de la personalidad y de la salud.

⁴² Baja California Sur, Jalisco, San Luis Potosí, Sonora y Tlaxcala.

⁴³ Artículo 19 (ver *supra*, nota 41).

⁴⁴ Interrupción del embarazo después de las doce semanas de gestación, sólo se penaliza el aborto consumado.

⁴⁵ Esta pena se aplica en los primeros cinco meses, después se duplica, la pena de prisión se puede sustituir por tratamiento médico.

⁴⁶ Se puede sustituir por 200 jornadas de trabajo a comunidad más una multa.

⁴⁷ Cuando el aborto se realiza después de las doce semanas de gestación, sólo se penaliza el aborto consumado.

⁴⁸ Se puede sustituir por tratamiento médico o psicológico.

⁴⁹ Se puede sustituir por tratamiento médico integral.

⁵⁰ *Ibid.*

⁵¹ Cuando el aborto se lleva a cabo antes de las doce semanas de gestación.

⁵² Cuando el aborto se lleva a cabo después de las doce semanas de gestación.

⁵³ Se aplica además de la pena de prisión.

⁵⁴ Reparación de los daños y perjuicios ocasionados.

⁵⁵ El tratamiento no puede exceder de dos años.

⁵⁶ Tiene como finalidad reafirmar los valores humanos de la maternidad y el fortalecimiento de la familia.

⁵⁷ *Ibid.*

⁵⁸ Tratamiento en libertad consistente en la aplicación de medidas educativas y de salud.

⁵⁹ Tiene como finalidad reafirmar los valores humanos de la maternidad y el fortalecimiento de la familia.

⁶⁰ Corte IDH, *Caso Artavia Murillo y otros (fecundación in vitro) vs. Costa Rica...*, op. cit., párrafo 244 (ver *supra*, nota 29).

⁶¹ Comité CEDAW, *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: México*, 52º período de sesiones (2012), párrafo 32, [CEDAW/C/MEX/CO/7-8]. Disponible en <<http://bit.ly/PgVxWq>> [consulta: 30 de octubre de 2012].

⁶² *Ibid.*, párrafo 33.

⁶³ Iniciativa presentada el 14 de agosto de 2000 por la Jefa de Gobierno del Distrito Federal ante la Asamblea Legislativa del Distrito Federal.

⁶⁴ Como parte del acuerdo de solución amistosa del caso Paulina se encontraba el compromiso de actualizar la Norma Oficial Mexicana sobre atención médica de la violencia familiar. La modificación incluía la obligación del personal de salud de ofrecer de inmediato y hasta en un máximo de 120 horas después de ocurrida la violación, la anticoncepción de emergencia, previa información completa sobre la utilización de este método; así como la información completa y prestación de servicios de interrupción del embarazo a solicitud de la víctima interesada.

⁶⁵ México, Secretaría de Salud, “Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar; para quedar como NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención” en *Diario Oficial de la Federación*, México, 16 de abril de 2009. Disponible en <<http://bit.ly/TWqlJZ>> [consulta: 22 de octubre de 2012].

⁶⁶ Baja California Sur, Chihuahua, Colima, Distrito Federal, México, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo y Zacatecas.

⁶⁷ Artículo 20. El proceso penal será acusatorio y oral. Se regirá por los principios de publicidad, contradicción, concentración, continuidad e inmediación: [...] C. De los derechos de la víctima o del ofendido: [...] III. Recibir, desde la comisión del delito, atención médica y psicológica de urgencia; [...] El Ministerio Público deberá garantizar la protección de víctimas, ofendidos, testigos y en general todas las personas que intervengan en el proceso. [...]; VI. Solicitar las medidas cautelares y providencias necesarias para la protección y restitución de sus derechos, [...].

⁶⁸ Ministerio Público o un juez --a partir de la reforma al sistema de justicia penal algunas entidades federativas establecieron al juez de control como autoridad responsable para la autorización del aborto, en los estados de México, Puebla y Zacatecas--, existen casos en los que no se establece quién es la autoridad competente, derivado de lo cual se puede presumir que es la Secretaría de Salud.

⁶⁹ Baja California Sur, Colima, Distrito Federal, México, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo y Zacatecas.

⁷⁰ El estado de México, al integrar el nuevo sistema de juicios orales en su Código de Procedimientos Penales, señala al Juez de Control como la autoridad competente para autorizar este procedimiento. En Zacatecas y Puebla, de igual forma es el Juez quien debe realizar esta autorización.

⁷¹ Sobre los requisitos en el DF, es importante mencionar que no se refieren únicamente a las interrupciones de embarazos producto de una violación, ya que se consideran también las que se dan por motivo de una inseminación artificial forzada. De las nueve entidades que cuentan con procedimientos, cuatro contemplan como causal de exclusión de responsabilidad en el delito de aborto la inseminación artificial forzada: Baja California Sur, Chihuahua, Colima y Distrito Federal.

⁷² En códigos de procedimientos penales: Baja California Sur, Colima, Distrito Federal, México, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo y Zacatecas. En protocolos de las procuradurías de justicia: Baja California, Chihuahua, Distrito Federal y Oaxaca.

⁷³ *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, artículos 73, 122 y 124, y *Ley General de Salud*, artículo 1°.

⁷⁴ Gobierno Federal, Secretaría de Salud, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 0001200251412. Disponible en <<http://bit.ly/ZujAqh>> [consulta: 20 de febrero de 2013].

⁷⁵ Gobierno Federal, Secretaría de Salud, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 0001200094812. Disponible en <<http://bit.ly/X1JU8S>> [consulta: 20 de febrero de 2013].

⁷⁶ Gobierno Federal, ISSSTE, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 0063700297312. Disponible en <<http://bit.ly/Wn9gdw>> [consulta: 20 de febrero de 2013].

⁷⁷ Gobierno Federal, Procuraduría General de la República, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 0001700168112. Disponible en <<http://bit.ly/157lkoY>> [consulta: 20 de febrero de 2013].

⁷⁸ Gobierno Federal, Procuraduría General de la República, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 0001700168212. Disponible en <<http://bit.ly/W99Xww>> [consulta: 20 de febrero de 2013].

⁷⁹ Gobierno Federal, Procuraduría General de la República, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 0001700168312. Disponible en <<http://bit.ly/XntqYe>> [consulta: 20 de febrero de 2013].

⁸⁰ Distrito Federal, Secretaría de Salud, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*: [consulta sobre el Programa de Interrupción Legal del Embarazo]. Disponible en <<http://bit.ly/1qNUG>> [consulta: 20 de febrero de 2013].

⁸¹ Schiavon, Raffaella *et al.*, “Characteristics of private abortion services in Mexico City after legalization” en *Reproductive Health Matters*, vol. 18, no. 36, noviembre de 2010, p. 133. Disponible en <<http://bit.ly/Z31x5W>> [consulta: 20 de febrero de 2013].

⁸² *Ley de Salud del Distrito Federal*, artículo 52.- La atención a la salud sexual, reproductiva y de planificación familiar es prioritaria. Los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad.

⁸³ No ha emitido autorizaciones de ILE, debido a que ninguna mujer lo solicitó. Ver, Tabasco, Procuraduría General de Justicia, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 03752912. Disponible en <<http://bit.ly/Wiqvjb>> [consulta: 20 de febrero de 2013].

⁸⁴ Hidalgo, Nayarit y Tlaxcala.

⁸⁵ Campeche, Chihuahua, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nuevo León, Puebla, San Luis Potosí, Sinaloa y Tamaulipas. San Luis Potosí señaló que el Código Penal del estado no contempla la interrupción legal del embarazo en caso de violación sexual.

⁸⁶ Aguascalientes, Baja California Sur, Coahuila, Colima, Guanajuato, Querétaro, Quintana Roo, Sonora, Tabasco, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

⁸⁷ Chiapas a la secretaría de salud y el estado de México orientó al juez de control.

⁸⁸ Baja California (3), Distrito Federal (30), Durango (1), Guerrero (3) y Oaxaca (2).

⁸⁹ Sonora, Procuraduría General de Justicia, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 00413712. Disponible en <<http://bit.ly/13ny6wP>> [consulta: 20 de febrero de 2013].

⁹⁰ Baja California, Procuraduría General de Justicia, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Particular*, Folio 120876. Disponible en <<http://bit.ly/XnubQQ>> [consulta: 20 de febrero de 2013]. Guerrero, Procuraduría General de Justicia, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 00108312. Disponible en <<http://bit.ly/YDbOWM>> [consulta: 20 de febrero de 2013]. Tlaxcala, Secretaría de Salud, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 000106612. Disponible en <<http://bit.ly/VyDltk>> [consulta: 20 de febrero de 2013].

⁹¹ Guerrero, Procuraduría General de Justicia, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 00184312. Disponible en <<http://bit.ly/UMCfLr>> [consulta: 20 de febrero de 2013].

⁹² Distrito Federal, Secretaría de Salud, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 0113000156612. Disponible en <<http://bit.ly/YJ0abj>> [consulta: 20 de febrero de 2013].

⁹³ Baja California Sur, Chihuahua, Colima, Distrito Federal, México, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo y Zacatecas.

⁹⁴ Baja California, Chihuahua, Colima, Distrito Federal, Oaxaca y Quintana Roo.

⁹⁵ La documentación de casos por GIRE implica el monitoreo y seguimiento a violaciones de derechos reproductivos. Durante la documentación GIRE interviene en los casos con diferentes acciones para la defensa legal de las mujeres. A través de la documentación y el litigio de casos, GIRE busca principalmente identificar patrones y tendencias en la violación a los derechos reproductivos de las mujeres, sentar precedentes judiciales sobre derechos reproductivos en el ámbito federal y local; promover la exigibilidad de los derechos reproductivos de las mujeres contenidos en la Constitución, incluidos los reconocidos en los tratados internacionales de derechos humanos de los que México es parte, así como elaborar informes y diagnósticos donde se visibilicen dichos patrones y tendencias.

⁹⁶ Se cambió el nombre de la mujer con la finalidad de proteger su identidad.

⁹⁷ *Ibid.*

⁹⁸ *Ibid.*

⁹⁹ *Ibid.*

¹⁰⁰ *Ibid.*

¹⁰¹ *Ibid.*

¹⁰² Ver Grupo de Información en Reproducción Elegida, *Paulina cinco años después*, 2ª edición, México, GIRE, 2009. Disponible en <<http://bit.ly/TrUCBM>> [consulta: 30 de octubre de 2012].

¹⁰³ Aguascalientes, Baja California, Chihuahua, Durango, Guanajuato, México, Morelos, Oaxaca, Tlaxcala y Veracruz.

¹⁰⁴ Campeche, Coahuila, Colima, Distrito Federal, Guerrero, Hidalgo, Nayarit, Nuevo León, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa y Tamaulipas.

¹⁰⁵ Al 14 de diciembre de 2012, Baja California Sur y Sonora.

¹⁰⁶ Chiapas, Jalisco, Michoacán, Quintana Roo y Yucatán.

¹⁰⁷ Tabasco y Zacatecas.

¹⁰⁸ Las consignaciones se refieren a la parte del proceso penal en el que el Ministerio Público ejerce acción penal, con la cual se inicia el procedimiento ante la autoridad judicial.

¹⁰⁹ En los estados de Guanajuato, Guerrero, Jalisco, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Sonora y Tamaulipas no se clasificaron las sentencias en condenatorias o absolutorias.

¹¹⁰ Aguascalientes, Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Distrito Federal, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

¹¹¹ Baja California Sur, Poder Judicial, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Particular*, Folio ITAIBCS_210-2012. Disponible en <<http://bit.ly/WfGdZe>> [consulta: 20 de febrero de 2013]. Chiapas, Poder Judicial, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 5204. Disponible en <<http://bit.ly/WfG6Nk>> [consulta: 20 de febrero de 2013]. Sonora, Poder Judicial, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 00385012. Disponible en <<http://bit.ly/YM0rKp>> [consulta: 20 de febrero de 2013].

¹¹² En 2007, un hombre de 45 años con pena de 23 años 6 meses y 3 días; en 2009, un hombre de 32 años y pena de 6 años de prisión.

¹¹³ En 2007, una persona; en 2008, una persona con una pena de 30 años; en 2009, una persona; en 2011, una persona y 2012, una persona. En los casos que no se informa la pena es porque no se ha sentenciado.

¹¹⁴ En 2012, un hombre.

¹¹⁵ Nayarit, Secretaría de Seguridad Pública, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 00144712. Disponible en <<http://bit.ly/12RYVO0>> [consulta: 20 de febrero de 2013].

¹¹⁶ Informa que en el Centro de Reinserción Social de San José El Alto, Querétaro, a la fecha se tiene a una persona reclusa por el delito de aborto, sentenciada a 32 años de prisión, y en el CERESO de San Juan del Río, a un interno por el citado delito, sentenciado a 28 años de prisión; en ambos casos, también se encuentran sentenciados por el delito de homicidio calificado. Se hace la aclaración de que en ambos casos se trata de hombres.

¹¹⁷ En 2009, una persona.

¹¹⁸ En 2008 un hombre, pena 28 años de prisión, y en 2009, un hombre.

¹¹⁹ Colima, Durango, Guanajuato, Hidalgo, Morelos, Puebla, Sinaloa, Tlaxcala y Zacatecas.

¹²⁰ Campeche, Distrito Federal, México, Nayarit, Nuevo León, San Luis Potosí, Tabasco y Veracruz.

¹²¹ Coahuila y Michoacán.

¹²² La documentación de casos por GIRE implica el monitoreo y seguimiento a violaciones de derechos reproductivos. Durante la documentación GIRE interviene en los casos con diferentes acciones para la defensa legal de las mujeres. A través de la documentación y el litigio de casos, GIRE busca principalmente identificar patrones y tendencias en la violación a los derechos reproductivo de las mujeres, sentar precedentes judiciales sobre derechos reproductivos en el ámbito federal y estatal; promover la exigibilidad de los derechos reproductivos de las mujeres contenidos en la Constitución y en los tratados internacionales

de derechos humanos, así como elaborar informes y diagnósticos donde se visibilicen dichos patrones y tendencias.

¹²³ En los presentes casos no existe una documentación completa. GIRE los registró a partir de diversas fuentes como notas periodísticas, información proporcionada por autoridades o integrantes de organizaciones civiles en el país y contacto con las víctimas o sus familiares. En todos ellos se ha cambiado el nombre para resguardar la confidencialidad de la información.

¹²⁴ Se cambió el nombre de la mujer con la finalidad de proteger su identidad.

¹²⁵ *Ibid.*

¹²⁶ *Ibid.*

¹²⁷ *Ibid.*

¹²⁸ *Ibid.*

¹²⁹ *Ibid.*

¹³⁰ *Ibid.*

¹³¹ *Ibid.*

¹³² *Ibid.*

¹³³ *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.*

Artículo 18. 3 La libertad de manifestar la propia religión o las propias creencias estará sujeta únicamente a las limitaciones prescritas por la ley que sean necesarias para proteger la seguridad, el orden, la salud o la moral públicos, o los derechos y libertades fundamentales de los demás.

¹³⁴ Comité CEDAW, *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: Polonia*, 37º período de sesiones (2007), párrafo 25, [CEDAW/C/POL/CO/6]. Disponible en <<http://bit.ly/R2g6a0>> [consulta: 22 de octubre de 2012].

¹³⁵ Comité CEDAW, *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: México... op. cit.* (ver *supra*, nota 61).

¹³⁶ Aguascalientes, Colima, Distrito Federal, Jalisco, Querétaro y Tlaxcala.

¹³⁷ *Ley de Salud del Estado de Aguascalientes*, artículos 139 Undecies y 139 Duodecies.

¹³⁸ *Ley de Salud del Estado de Colima*, artículo 20 bis 1.

¹³⁹ *Ley de Salud del Distrito Federal*, artículo 59.

¹⁴⁰ *Ley Estatal de Salud*, artículo 18 ter.

¹⁴¹ *Ley de Salud del Estado de Querétaro*, artículo 45.

¹⁴² *Ley de Salud del Estado de Tlaxcala*, artículo 44 bis-A.

¹⁴³ Sólo prevé la obligación de informar a la institución otorgante del servicio.

¹⁴⁴ *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos* y la *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*.

¹⁴⁵ Secretaría de Salud, “Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico” en *Diario Oficial de la Federación*, 15 de octubre de 2012. Disponible en <<http://bit.ly/RAelSX>> [consulta: 22 de octubre de 2012].

¹⁴⁶ Artículo 210.- Se impondrán de treinta a doscientas jornadas de trabajo en favor de la comunidad, al que sin justa causa, con perjuicio de alguien y sin consentimiento del que pueda resultar perjudicado, revele algo en secreto o comunicación reservada que conoce o ha recibido con motivo de su empleo, cargo o puesto.

¹⁴⁷ Artículo 19.- Corresponde a los responsables a que hace mención el artículo anterior llevar a cabo las siguientes funciones: [...] V.- Notificar al Ministerio Público y, en su caso, a las demás autoridades competentes, los casos en que se les requieran servicios de atención médica para personas con lesiones u otros signos que presumiblemente se encuentren vinculadas a la comisión de hechos ilícitos.

¹⁴⁸ Corte IDH, *Caso De la Cruz Flores Vs. Perú, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 18 de noviembre de 2004. Serie C No. 115*, párrafo 97. Disponible en <<http://bit.ly/12kCW02>> [consulta: 22 de octubre de 2012].

¹⁴⁹ *Ibid.*

¹⁵⁰ Las reformas constitucionales realizadas a partir de esta fecha fueron 17, sin embargo el 16 de agosto de 2012 el Congreso de Campeche reformó el artículo 6 de la constitución para eliminar el segundo párrafo en el que se protegía el derecho a la vida desde el momento de la “fecundación o concepción”.

Cabe mencionar que en la constitución de Chihuahua también se tiene prevista la protección a la vida desde el momento de la concepción en el artículo 5: “Todo ser humano tiene derecho a la protección jurídica de su vida, desde el momento mismo de la concepción”. Dicha reforma se publicó el 1 de octubre de 1994, es decir, antes de las reformas en reacción a la despenalización del aborto en el Distrito Federal.

¹⁵¹ Grupo de Información en Reproducción Elegida, *Derechos humanos de las mujeres y protección de la vida prenatal en México*, México, GIRE, 2013. Disponible en <<http://bit.ly/XJdkfs>> [consulta: 13 de marzo de 2013].

¹⁵² “No, en todo caso lo que nosotros tenemos que ver es si el artículo 7º, de alguna manera lo que está estableciendo es una protección del no nacido; una protección del no nacido y dice: Para nosotros a partir del momento de la concepción. Pero esto no quiere decir de ninguna manera que se trate de un absoluto, de algo que ya no permite para nada el poder establecer regulaciones al respecto [...]” Versión taquigráfica de la sesión pública ordinaria del pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, celebrada el martes 27 de septiembre de 2011, pp. 60 y 61. Disponible en <<http://bit.ly/Yd1asY>> [consulta: 8 de junio de 2012].

¹⁵³ Luis María Aguilar Morales, José Ramón Cossío Díaz, Fernando Franco González Salas, Olga Sánchez Cordero, Juan Silva Meza, Sergio Valls Hernández y Arturo Zaldívar Lelo de Larrea.

2.

ANTICONCEPCIÓN

2.1 / INTRODUCCIÓN

El respeto, la protección y la garantía del derecho a información y servicios de anticoncepción reviste especial importancia para las mujeres, dado que son ellas quienes asumen los principales efectos negativos de un embarazo no deseado. La falta de acceso a información y servicios de anticoncepción impacta de forma directa en el derecho de toda mujer a decidir de manera libre e informada si desea tener hijos y cuándo tenerlos, situación que viola el derecho reconocido en el artículo 4º constitucional.

El derecho a información y servicios de anticoncepción se fundamenta en los derechos a la vida; la salud, incluida la salud sexual y reproductiva; la vida privada; la igualdad y no discriminación; la autonomía reproductiva, y el derecho a decidir el número y espaciamiento de los hijos. Dichos derechos se encuentran reconocidos en la Constitución y en los tratados internacionales de derechos humanos de los que México es parte e implican la obligación de los Estados de asegurar el acceso a una amplia variedad de métodos anticonceptivos que se ajusten a las necesidades de las personas; el acceso a la información que permita tomar decisiones informadas, libres de coerción y violencia, así como el acceso a servicios de calidad que respeten la confidencialidad y sean adecuados para responder a las necesidades específicas de los diferentes sectores de la población, por ejemplo los adolescentes.

Los diversos mecanismos internacionales y regionales de derechos humanos han emitido recomendaciones a los Estados, tendientes a promover, respetar, proteger y garantizar el acceso a información y a servicios de anticoncepción. A partir de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, que se llevó a cabo en El Cairo en 1994, la Comunidad Internacional se comprometió a desarrollar políticas de población que tengan como eje central los derechos reproductivos de las mujeres, incluidos el derecho a decidir el número y espaciamiento de los hijos y el derecho a la salud sexual y reproductiva.¹

Por su parte, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW), en su Recomendación General 19 sobre Violencia contra la Mujer, señaló la necesidad de prevenir actos de coerción respecto de la fertilidad y la reproducción de las mujeres.² Ese mismo Comité en la Recomendación General 24 sobre la Mujer y la Salud aconseja a los Estados que emprendan acciones para abordar todos los aspectos de la atención a la salud para mujeres y niñas, incluido el acceso a anticoncepción y recursos de planificación familiar.³ Tanto ese Comité como el de Derechos Humanos han reconocido la necesidad del acceso a anticonceptivos para las mujeres como una forma de proteger su vida.⁴

Otro tema que preocupa a los mecanismos de derechos humanos es la necesidad de que las personas adolescentes tengan acceso a métodos anticonceptivos debido a las altas tasas de embarazo en ese grupo de edad. En ese tema en específico, en 2012 el Comité CEDAW se mostró preocupado sobre la situación en México,⁵ y el Comité de los Derechos del Niño ha recomendado a los Estados eliminar la exigencia de consentimiento de los padres en el acceso a los métodos referidos.⁶

Así pues, resulta fundamental analizar el cumplimiento del derecho a información y servicios sobre anticoncepción, tanto en términos de la normativa como del acceso real de las personas, particularmente mujeres y adolescentes.

2.2 / SITUACIÓN EN MÉXICO

En México el derecho a información y servicios de anticoncepción se regula por la normativa de población y la de salud; ambas tienen como base leyes generales emitidas por el Congreso de la Unión,⁷ el Reglamento de la Ley General de Población y el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; en el caso de la normativa de salud, por tratarse de una facultad concurrente, cada entidad federativa cuenta con una ley local.

Además de las normas anteriores, en esta materia se cuenta con dos normas oficiales mexicanas: la NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar (NOM 005), publicada el 21 de enero de 2004, y la NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres (NOM 046), publicada el 16 de abril de 2009. Dichas normas se analizan en el siguiente apartado de este capítulo.

De acuerdo con los datos estadísticos sobre provisión de servicios e información de anticoncepción, el acceso sigue siendo precario e insuficiente y resulta especialmente preocupante la falta de acceso para adolescentes y sectores de la población en situación de vulnerabilidad como es el caso de las mujeres indígenas. El porcentaje de uso de estos métodos en mujeres en edad fértil unidas pasó de 68.5% en 1997 a 72.5% en 2009.

Lo anterior significa que: para 2009, únicamente 12.1 millones de mujeres en edad fértil y unidas usaban anticonceptivos.⁸ En 2009, la cobertura anticonceptiva se elevó a 72.5% entre todas las mujeres unidas, pero fue sólo de 58.3% entre mujeres indígenas, 63.7% en mujeres de zonas rurales y 60.5% entre mujeres sin escolaridad.⁹

Estas cifras demuestran que uno de los principales desafíos que enfrenta nuestro país es ampliar la cobertura para sectores que se encuentran en una situación de mayor marginación o vulnerabilidad.

Información del año 2009 muestra que 97% de las mujeres jóvenes en edad fértil conocen algún método anticonceptivo, pero sólo 54.9% de las adolescentes entre 15 y 19 años sexualmente activas usan algún método y 61.5% de las jóvenes en ese rango de edad reportan no haber utilizado protección anticonceptiva en su primera relación sexual.¹⁰

Esta situación tiene un impacto directo en los índices de embarazo adolescente. De acuerdo con la información disponible, el primer embarazo se presenta con mayor frecuencia entre las menores de edad (26.8%), seguidas por quienes tienen entre 18 y 20 años (14.5%), y entre 21 y 23 años (20.7%).¹¹ En 2009, las adolescentes representaron poco más de 27% de la población sexualmente activa soltera.¹²

La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2009 encontró que la maternidad de las mujeres menores de veinte años revirtió su tendencia, es decir, dejó de descender y creció por primera vez:

pasó de 16 a 17.4 por cada 100,000 nacimientos en México, entre 2000 y 2008. La misma tendencia se observa en términos de tasas específicas de fecundidad: el Consejo Nacional de Población (CONAPO) estima que en el trienio 2003-2005, por cada 1,000 mujeres adolescentes entre los 15 y 19 años, aproximadamente 65 habían tenido un hijo. La cifra subió a 69.5 en el trienio 2006-2008.¹³

Las estadísticas dan cuenta de una demanda insatisfecha en términos de información y servicios de anticoncepción, de calidad y que sean adecuados para las necesidades específicas de cada mujer. El CONAPO reconoce que aún existen desigualdades en el acceso real a anticonceptivos, especialmente para adolescentes, mujeres con bajos niveles de escolaridad y mujeres que viven en zonas rurales.¹⁴

2.3 / MARCO NORMATIVO

La regulación del derecho a información y servicios de anticoncepción tiene su base constitucional en los artículos 4º y 73,¹⁵ así como en lo establecido en los tratados internacionales de los que México es parte, concretamente en los artículos 10, 12, 14 y 16 de la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).

A nivel nacional las normas aplicables a este tema son la Ley General de Salud, la Ley General de Población, el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, el Reglamento de la Ley General de Población, la Ley General de Víctimas y las normas oficiales mexicanas NOM 005 y NOM 046, así como las leyes locales de salud.

Es en este sentido y con fundamento en la reforma constitucional en materia de derechos humanos de junio de 2011 todas las autoridades competentes en materia de población y de salud tienen la obligación de cumplir con los estándares más altos de protección a los derechos humanos de las mujeres, en la regulación y ejercicio del derecho a información y servicios de anticoncepción.

Del ordenamiento constitucional, al igual que del resto de la normativa en la materia, cabe resaltar que la mayoría se refiere a la planificación familiar y no a la anticoncepción, por lo que es fundamental señalar que el concepto planificación familiar debe ser interpretado de conformidad con las normas de derechos humanos; de esta forma la titularidad del derecho a información y servicios de anticoncepción corresponde a todas las personas, sin que para su ejercicio se requiera contar con pareja o formar una familia.

2.3.1 LEY GENERAL DE SALUD Y SU REGLAMENTO

El ordenamiento base para la actuación de las autoridades federales y locales en materia de salud es la Ley General de Salud, en la cual se establece que la planificación familiar se encuentra entre los servicios básicos de salubridad general.¹⁶

En los artículos 67, 68, 69, 70 y 71 de esta ley se establecen los servicios e información en materia de planificación familiar que se proveen y las instancias responsables de proporcionarlos. En el siguiente cuadro se resume la forma en que la ley aborda el tema:

PLANIFICACIÓN FAMILIAR	
INFORMACIÓN	INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN EDUCATIVA PARA ADOLESCENTES.
	INFORMACIÓN ANTICONCEPTIVA, OPORTUNA, EFICAZ Y COMPLETA A LA PAREJA.
SERVICIOS MEDIO PARA EJERCICIO DEL DERECHO DE TODA PERSONA A DECIDIR DE MANERA LIBRE, RESPONSABLE E INFORMADA SOBRE EL NÚMERO Y ESPACIAMIENTO DE LOS HIJOS.	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE PROGRAMAS DE COMUNICACIÓN EDUCATIVA.
	ATENCIÓN Y VIGILANCIA DE LOS ACEPTANTES Y USUARIOS DE SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.
	ASESORÍA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.
	APOYO Y FOMENTO DE LA INVESTIGACIÓN EN LA MATERIA.
	PARTICIPACIÓN EN LOS MECANISMOS PARA LA DETERMINACIÓN, ELABORACIÓN, ADQUISICIÓN, ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCIÓN DE INSUMOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.
PROGRAMA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN: ELABORA.
	SECRETARÍA DE SALUD: INSTRUMENTA Y OPERA LAS ACCIONES DEL PROGRAMA.

De acuerdo con esta normativa, los servicios de planificación familiar constituyen un medio para el ejercicio de toda persona del derecho a decidir sobre el número y espaciamiento de los hijos. Dichos servicios incluyen información y consejería sobre anti-concepción, insumos y promoción.

En la Ley General de Salud se prevé el desarrollo de programas sobre planificación familiar, la atención y vigilancia de quienes aceptan y usan los servicios de planificación familiar, así como la asesoría para la prestación de estos servicios a cargo del sector público.

Sobre el Programa Nacional de Planificación Familiar, en la Ley General de Salud se establece que el órgano encargado de su diseño será el CONAPO, es decir, en México, la política pública en materia de información y servicios de anticoncepción se inserta tanto en las políticas de población y desarrollo como en las de salud. Esto no necesariamente tiene un impacto negativo para las mujeres, siempre y cuando el fundamento de esta política sea la protección y garantía de sus derechos reproductivos.

Uno de los desafíos a vencer por el Programa Nacional de Planificación Nacional, y el resto de los programas del Poder Ejecutivo, es la falta de continuidad de las políticas públicas y las acciones en la materia, dado que se modifican cada seis años y no hay mecanismos definidos para dar seguimiento a las acciones previas, por lo que muchas veces esto tiene un impacto negativo en la implementación de las políticas.

Por su parte, en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica¹⁷ se establecen las facultades de la Secretaría de Salud para emitir normas técnicas y proporcionar asesoría y apoyo técnico en las instituciones de los sectores público, social y privado para la prestación de los servicios básicos de planificación familiar.

El reglamento también establece que las instituciones públicas, sociales y privadas tienen la obligación de proporcionar de manera gratuita, en sus instalaciones, los servicios de información, orientación y motivación respecto a la planificación familiar de conformidad con las normas emitidas por la Secretaría.

2.3.2 LEY GENERAL DE POBLACIÓN Y SU REGLAMENTO

En el artículo 5 de la Ley General de Población se prevé la creación del CONAPO, cuya facultad es la planeación demográfica del país. El 14 de abril de 2000 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Reglamento de la Ley General de Población,¹⁸ en el cual se establece una sección sobre planificación familiar, que se sintetiza como sigue:

PLANIFICACIÓN FAMILIAR REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE POBLACIÓN	
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	ES EL EJERCICIO DEL DERECHO DE TODA PERSONA A DECIDIR, DE MANERA LIBRE, RESPONSABLE E INFORMADA, SOBRE EL NÚMERO Y EL ESPACIAMIENTO DE SUS HIJOS Y A OBTENER LA INFORMACIÓN ESPECIALIZADA Y LOS SERVICIOS IDÓNEOS.
PROGRAMAS DE PLANIFICACIÓN	INDICATIVOS Y CON ENFOQUE DE GÉNERO.
	PROPORCIONAR INFORMACIÓN GENERAL E INDIVIDUALIZADA SOBRE SUS OBJETIVOS, MÉTODOS Y CONSECUENCIAS.
	APTITUD DE EJERCER CON RESPONSABILIDAD EL DERECHO A DETERMINAR EL NÚMERO Y ESPACIAMIENTO DE SUS HIJOS.
	INFORMAR DE MANERA CLARA Y LLANA SOBRE FENÓMENOS DEMOGRÁFICOS Y DE SALUD REPRODUCTIVA.
	INSTRUIR SOBRE LOS MEDIOS PERMITIDOS POR LAS LEYES PARA REGULAR LA FECUNDIDAD.
INFORMACIÓN	GARANTIZAR A LA PERSONA LA LIBRE DECISIÓN SOBRE LOS MÉTODOS PARA REGULAR SU FECUNDIDAD.
	NO IDENTIFICAR LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR CON EL CONTROL NATAL U OTROS QUE IMPLIQUEN ACCIONES APREMIANTES O COACTIVAS PARA LAS PERSONAS QUE IMPIDAN EL LIBRE EJERCICIO DEL DERECHO A DECIDIR EL NÚMERO Y ESPACIAMIENTO DE LOS HIJOS.
	DAR A CONOCER LOS BENEFICIOS QUE GENERA DECIDIR DE MANERA LIBRE Y RESPONSABLE SOBRE EL NÚMERO Y ESPACIAMIENTO DE LOS HIJOS.
	INFORMACIÓN A LOS JÓVENES Y ADOLESCENTES.
	GRATUIDAD --CUANDO SEAN PRESTADOS POR EL SECTOR PÚBLICO--.
	PROGRAMAS PERMANENTES.
SERVICIOS	GARANTIZAR A LA PERSONA LA LIBRE DECISIÓN SOBRE LOS MÉTODOS PARA REGULAR SU FECUNDIDAD.
	ENFOQUE DE GÉNERO.
	PROHIBIDO OBLIGAR A LAS PERSONAS A UTILIZAR CONTRA SU VOLUNTAD MÉTODOS DE REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD.
	INTEGRAR Y COORDINAR CON SERVICIOS DE SALUD, SALUD REPRODUCTIVA, EDUCACIÓN, SEGURIDAD SOCIAL E INFORMACIÓN PÚBLICA.
	GRATUIDAD --CUANDO SEAN PRESTADOS POR EL SECTOR PÚBLICO--.
	PROGRAMAS PERMANENTES.
	NORMAS OFICIALES MEXICANAS.

Como se puede apreciar en el cuadro anterior, de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Población, los programas de planificación familiar deben basarse en el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos para tal fin. A partir de este reconocimiento, los programas, información, servicios y regulaciones deben garantizar el ejercicio de este derecho a todas las personas, incluidas adolescentes y jóvenes.

El reglamento también señala que, con fundamento en la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, se expedirán las normas oficiales mexicanas de los servicios de planificación familiar, de salud y salud reproductiva. En relación con lo anterior, en el siguiente apartado se presenta un análisis de las normas sobre anticoncepción y anticoncepción de emergencia. Dicha normativa es aplicable en todo el país.

2.3.3 ANTICONCEPCIÓN. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-005-SSA2-1993, DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

El 21 de enero de 2004 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la resolución por la cual se modificó la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar, cuyo contenido se resume a continuación:

NOM-005-SSA2-1993, DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	
OBJETIVO	UNIFORMAR LOS CRITERIOS DE OPERACIÓN, POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MÉXICO, DENTRO DE UN MARCO DE ABSOLUTA LIBERTAD Y RESPETO A LA DECISIÓN DE LOS INDIVIDUOS Y POSTERIOR A UN PROCESO SISTEMÁTICO DE CONSEJERÍA, BASADA EN LA APLICACIÓN DEL ENFOQUE HOLÍSTICO DE LA SALUD REPRODUCTIVA.
CAMPO DE APLICACIÓN	OBSERVANCIA OBLIGATORIA PARA TODAS LAS UNIDADES DE SALUD, PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE LOS SECTORES PÚBLICO, SOCIAL Y PRIVADO DEL PAÍS.
SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	PROPORCIONAR INFORMACIÓN, ORIENTACIÓN, CONSEJERÍA, SELECCIÓN, PRESCRIPCIÓN, CONTRAINDICACIONES Y APLICACIÓN DE MÉTODOS DE CONTROL DE LA FERTILIDAD. CONTRIBUIR A LA DISMINUCIÓN DE LOS EMBARAZOS NO PLANEADOS Y NO DESEADOS MEDIANTE: 1. PREVENCIÓN. 2. ORIENTACIÓN-CONSEJERÍA. 3. ATENCIÓN GENERAL Y ESPECÍFICA.
ACTIVIDADES DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	1. PROMOCIÓN Y DIFUSIÓN. 2. INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN. 3. CONSEJERÍA. 4. SELECCIÓN, PRESCRIPCIÓN Y APLICACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS. 5. IDENTIFICACIÓN Y REFERENCIA DE LOS CASOS DE INFERTILIDAD.
CRITERIOS DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	FORMA EN QUE LOS INDIVIDUOS Y LAS PAREJAS RECIBEN ATENCIÓN: 1. VARIEDAD DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DISPONIBLES PARA LA DECISIÓN. 2. INFORMACIÓN QUE SE PROPORCIONA A LOS USUARIOS. 3. COMPETENCIA TÉCNICA DE LOS PRESTADORES DE SERVICIO. 4. RELACIONES INTERPERSONALES DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS Y LOS USUARIOS. 5. MECANISMOS DE SEGUIMIENTO PARA FAVORECER LA CONTINUIDAD DEL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS. 6. CONJUNTO APROPIADO Y COORDINADO DE SERVICIOS DE SALUD. 7. CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD DE LA CONSEJERÍA.
ATENCIÓN A ADOLESCENTES	LA CONSEJERÍA DEBE DAR PARTICULAR ATENCIÓN A ADOLESCENTES.

2.3.4 ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (ANTICONCEPCIÓN HORMONAL POSTCOITAL). NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-046-SSA2-2005, VIOLENCIA FAMILIAR, SEXUAL Y CONTRA LAS MUJERES

En México, la anticoncepción de emergencia se ha incluido de manera progresiva en diversos ordenamientos de carácter general y obligatorio emitidos por la Secretaría de Salud y, con ello, los servicios de salud de todos los ámbitos, federal y local, públicos, sociales y privados, deben cumplir con las indicaciones de esas normativas y proporcionar información y servicios de anticoncepción de emergencia.

Desde el 21 de enero de 2004, la anticoncepción de emergencia está incluida en la NOM 005 para los casos de relaciones sexuales voluntarias sin protección anticonceptiva, relaciones sexuales involuntarias sin protección anticonceptiva, o cuando se use un método anticonceptivo y se presuma la falla del mismo. Posteriormente, el 11 de julio de 2005 se incluyó por primera vez un producto de anticoncepción de emergencia en el Cuadro Básico de Medicamentos del Sector Salud.

El 16 de abril de 2009 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la NOM 046, que sustituyó a la NOM-190-SSAI-1999, Prestación de servicios de salud, en donde también estaba contemplada la anticoncepción de emergencia para las mujeres que han sufrido violencia sexual.

NOM-046-SSA2-2005, VIOLENCIA FAMILIAR, SEXUAL Y CONTRA LAS MUJERES	
OBJETIVO	ESTABLECER 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 EN GENERAL Y EN PARTICULAR A QUIENES SE ENCUENTREN INVOLUCRADOS EN SITUACIONES DE VIOLENCIA FAMILIAR O SEXUAL.
CAMPO DE APLICACIÓN	OBSERVANCIA OBLIGATORIA PARA LAS INSTITUCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, ASÍ COMO PARA LOS Y LAS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE LOS SECTORES PÚBLICO, SOCIAL Y PRIVADO.
SERVICIOS DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN CASO DE VIOLACIÓN SEXUAL	SON URGENCIAS MÉDICAS Y REQUIEREN ATENCIÓN INMEDIATA. OFRECER DE INMEDIATO, HASTA EN UN MÁXIMO DE 120 HORAS DESPUÉS DE OCURRIDO EL EVENTO, LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA, PREVIA INFORMACIÓN COMPLETA SOBRE LA UTILIZACIÓN DE ESTE MÉTODO, A FIN DE QUE LA PERSONA TOMÉ UNA DECISIÓN LIBRE E INFORMADA.

Sobre la citada norma cabe señalar que fue impugnada por el Gobernador del estado de Jalisco, mediante una Acción de Inconstitucionalidad en la que señalaba presuntas violaciones a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, argumentando que no había sido emitida por una autoridad competente, ya que la normativa relacionada con la procuración de justicia y la planificación familiar correspondían a los congresos de los estados y la facultad de atender a víctimas de violencia familiar correspondía exclusivamente al Ministerio Público. Asimismo, sostenía que la norma permitía la práctica del aborto en supuestos no contemplados en las leyes de Jalisco, que imponía cargas a los particulares al establecer obligaciones de brindar atención médica a las víctimas de ciertos delitos y fomentaba la discriminación en contra de los prestadores de servicios de salud objetores de conciencia.¹⁹

El Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) determinó en mayo de 2010 la validez de la NOM 046. En su resolución, la SCJN estableció que la atención a las víctimas de un delito no es competencia única y exclusiva del Ministerio Público, ya que existen cuestiones que deben apreciarse desde el punto de vista de salud y, en ese sentido, corresponde a las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud la atención de estas personas. En relación con la competencia, la emisión de las normas oficiales mexicanas en materia de salubridad general es una facultad exclusiva del Ejecutivo federal,²⁰ por lo que sí puede emitir disposiciones relacionadas con esta materia.²¹

Cabe señalar que el 9 de enero de 2013 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Ley General de Víctimas, cuyo artículo 39 reconoce el derecho de las mujeres víctimas de violación sexual a acceder a los servicios de anticoncepción de emergencia; asimismo, establece que en cada una de las entidades públicas que brinden servicios, asistencia y atención a las víctimas se debe contar con personal capacitado en el tratamiento de violencia sexual y con un enfoque transversal de género.

Las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud están obligadas a ofrecer anticoncepción de emergencia a la mujer, en un plazo no mayor a 120 horas después de ocurrida la violación sexual, previa información sobre la utilización de este método.²²

2.3.5 REGULACIÓN DE LA ANTICONCEPCIÓN EN LAS ENTIDADES FEDERATIVAS

Además de la normativa general y federal, cada entidad federativa cuenta con una ley de salud, excepto el estado de México que tiene solamente un reglamento en la materia.²³ En la mayoría de dichas leyes²⁴ se prevén expresamente los servicios de acceso a información y anticoncepción, ya sea bajo la denominación de servicios de planificación familiar,²⁵ salud reproductiva,²⁶ salud sexual y reproductiva,²⁷ o salud sexual, salud reproductiva y planificación familiar.²⁸

En el siguiente cuadro se sintetiza la forma en que las entidades federativas regulan la información y los servicios de anticoncepción:

INFORMACIÓN Y SERVICIOS DE ANTICONCEPCIÓN			
ENTIDAD	DENOMINACIÓN	OBLIGACIÓN DE PROPORCIONAR INFORMACIÓN ANTICONCEPTIVA	SERVICIOS COMO MEDIO PARA EL EJERCICIO DEL DERECHO A DECIDIR DE MANERA LIBRE, RESPONSABLE E INFORMADA SOBRE EL NÚMERO Y ESPACIAMIENTO DE LOS HIJOS
AGUASCALIENTES	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	OPORTUNA, EFICAZ Y COMPLETA A LA PAREJA	SI
BAJA CALIFORNIA	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	OPORTUNA, EFICAZ Y COMPLETA A LA PAREJA	SI
BAJA CALIFORNIA SUR	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	OPORTUNA, EFICAZ Y COMPLETA A LA PAREJA	SI
CAMPECHE	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	OPORTUNA, EFICAZ Y COMPLETA A LA PAREJA	SI
CHIAPAS	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	NO HACE REFERENCIA A LA INFORMACIÓN ANTICONCEPTIVA	NO EXPRESAMENTE ²⁹
CHIHUAHUA	SALUD REPRODUCTIVA	NO HACE REFERENCIA A LA INFORMACIÓN ANTICONCEPTIVA EN GENERAL ³⁰	SI
COAHUILA	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	OPORTUNA, EFICAZ Y COMPLETA A LA PAREJA	SI
COLIMA	SALUD SEXUAL, SALUD REPRODUCTIVA Y DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ANTICONCEPTIVA	SE ESTABLECE COMO CONSEJERÍA MÉDICA EN MATERIA DE ANTICONCEPCIÓN	SI
DISTRITO FEDERAL	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	SE ESTABLECE COMO CONSEJERÍA MÉDICA EN MATERIA DE ANTICONCEPCIÓN	SI
DURANGO	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	OPORTUNA, EFICAZ Y COMPLETA A LA PAREJA	SI
GUANAJUATO	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	OPORTUNA, EFICAZ Y COMPLETA A LA PAREJA	SI
GUERRERO	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	OPORTUNA, EFICAZ Y COMPLETA A LA PAREJA	SI
HIDALGO	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	REMITE A LA LEY GENERAL DE SALUD	
JALISCO	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	NO HACE REFERENCIA A LA INFORMACIÓN ANTICONCEPTIVA	SI
MÉXICO	NO TIENE LEY DE SALUD ESTATAL		
MICHOACÁN	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	REMITE A LA LEY GENERAL DE SALUD	
MORELOS	SALUD REPRODUCTIVA	LA SALUD REPRODUCTIVA TIENE COMO OBJETIVO GENERAL PROPORCIONAR INFORMACIÓN, INCLUYENDO ACCIONES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	SI

INFORMACIÓN Y SERVICIOS DE ANTICONCEPCIÓN			
ENTIDAD	DENOMINACIÓN	OBLIGACIÓN DE PROPORCIONAR INFORMACIÓN ANTICONCEPTIVA	SERVICIOS COMO MEDIO PARA EL EJERCICIO DEL DERECHO A DECIDIR DE MANERA LIBRE, RESPONSABLE E INFORMADA SOBRE EL NÚMERO Y ESPACIAMIENTO DE LOS HIJOS
NAYARIT	SALUD SEXUAL, SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR	OPORTUNA, EFICAZ Y COMPLETA A LA PAREJA	SÍ
NUEVO LEÓN	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	NO HACE REFERENCIA A LA INFORMACIÓN ANTICONCEPTIVA	SÍ
OAXACA	SALUD REPRODUCTIVA	OPORTUNA, EFICAZ Y COMPLETA A LA PAREJA	SÍ
PUEBLA	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	OPORTUNA, EFICAZ Y COMPLETA A LA PAREJA	SÍ
QUERÉTARO	SALUD REPRODUCTIVA	NO HACE REFERENCIA A LA INFORMACIÓN ANTICONCEPTIVA	SÍ
QUINTANA ROO	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	OPORTUNA, EFICAZ Y COMPLETA A LA PAREJA	SÍ
SAN LUIS POTOSÍ	SALUD REPRODUCTIVA	OPORTUNA, EFICAZ Y COMPLETA A LA PAREJA ²¹	SÍ
SINALOA	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	NO HACE REFERENCIA A LA INFORMACIÓN ANTICONCEPTIVA	SÍ
SONORA	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	OPORTUNA, EFICAZ Y COMPLETA A LA PAREJA	NO
TABASCO	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	OPORTUNA, EFICAZ Y COMPLETA A HOMBRES Y MUJERES	SÍ
TAMAULIPAS	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	NO HACE REFERENCIA A LA INFORMACIÓN ANTICONCEPTIVA	SÍ
TLAXCALA	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	OPORTUNA, EFICAZ Y COMPLETA A LA PAREJA	SÍ
VERACRUZ	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	NO HACE REFERENCIA A LA INFORMACIÓN ANTICONCEPTIVA	SÍ
YUCATÁN	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	OPORTUNA, EFICAZ Y COMPLETA A LA PAREJA	SÍ
ZACATECAS	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	NO HACE REFERENCIA A LA INFORMACIÓN ANTICONCEPTIVA	SÍ

En términos generales, las leyes de salud de las entidades federativas establecen expresamente que los servicios de planificación familiar y/o salud reproductiva son un medio para el ejercicio del derecho a decidir el número y espaciamiento de los hijos. La base para la reglamentación local es la Ley General de Salud; en este sentido, es importante señalar que dicha legislación debe ser aplicada en conjunto con la NOM 005, la cual establece las especificaciones técnicas para la prestación de dichos servicios.

En la mayoría de las legislaciones se establece la provisión de servicios de anticoncepción para las parejas, lo cual representa una errónea reglamentación del artículo 4º constitucional, ya que decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos es un derecho en el que la titularidad corresponde a la persona y por lo tanto su ejercicio no depende de contar con una pareja o no. Asimismo, esto no puede significar que en la práctica se limite a las personas el derecho a la información y servicios de anticoncepción, ya que este derecho goza de protección a nivel constitucional. Es así que, de conformidad con las obligaciones del Estado en materia de derechos humanos, es necesario modificar las legislaciones estatales en este sentido para que estén en concordancia con la Constitución y los tratados internacionales.

Por otra parte, hay que destacar que en al menos nueve entidades federativas la normativa no hace referencia explícita a la provisión de información en materia de anticoncepción.

Si bien con fundamento en la Ley General de Salud, la Ley General de Población y las normas oficiales mexicanas en la materia existe la obligación de proporcionar esta información, sería deseable que la normativa a nivel estatal recogiera de forma explícita dicha obligación.



2.3.6 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para el ejercicio pleno del derecho a información y servicios de anticoncepción es importante que las mujeres cuenten con información veraz y objetiva para que puedan elegir entre la opción que mejor satisfaga sus intereses y necesidades reproductivas. Por lo anterior, las y los proveedores de servicios de salud deben garantizar que las mujeres den su consentimiento informado para cualquier procedimiento de salud reproductiva, sin ningún tipo de coerción, violencia o discriminación. En materia de anticoncepción esto resulta especialmente relevante para métodos semipermanentes (como el dispositivo intrauterino) o permanentes (como la esterilización).

En la Ley General de Salud se establece que serán sancionados quienes practiquen la esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita. Salvo esta mención específica, la referida ley no establece ningún otro precepto relativo al derecho de las mujeres a otorgar el consentimiento informado y las correspondientes obligaciones de las y los proveedores de salud. En el reglamento de la ley en materia de prestación de servicios de atención médica se señala que para la realización de salpingoclasias y vasectomías es indispensable obtener la autorización expresa y por escrito de quienes las soliciten, previa información sobre la intervención y sus consecuencias, asimismo se establece que dichas operaciones deben realizarse de conformidad con las normas técnicas correspondientes.

Por su parte, el Reglamento de la Ley General de Población es más específico y establece que:

Artículo 20.- Los servicios de salud, salud reproductiva, educativos y de información sobre programas de planificación familiar, garantizarán a la persona la libre decisión sobre los métodos que para regular su fecundidad desee emplear.

Queda prohibido obligar a las personas a utilizar contra su voluntad métodos de regulación de la fecundidad. Cuando las personas opten por el empleo de algún método anticonceptivo permanente, las instituciones o dependencias que presten el servicio deberán responsabilizarse de que las y los usuarios reciban orientación adecuada para la adopción del método, así como de recabar su consentimiento a través de la firma o la impresión de la huella dactilar en los formatos institucionales correspondientes.

La regulación de la Ley General de Salud, del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y del Reglamento de la Ley General de Población en materia de consentimiento informado es insuficiente y existen lagunas que resulta fundamental subsanar. Como ya fue señalado, la Ley General de Salud y su reglamento en materia de prestación de servicios de atención médica se refieren al consentimiento informado únicamente para efectos de la esterilización quirúrgica. Aunque el Reglamento de la Ley General de Población es un poco más amplio, existen cuestiones críticas para garantizar el consentimiento informado que no se mencionan y que emanan de lo establecido en los estándares internacionales en materia de derechos humanos. El Comité CEDAW en el caso *A.S. vs. Hungría* resolvió que el Estado violó los derechos humanos de A.S., mujer húngara de origen gitano, al no obtener su consentimiento informado al ser esterilizada.³²

En este sentido, la legislación debería establecer que la información que se proporcione sobre salud reproductiva, incluida la de anticoncepción, deberá contener todas las alternativas, riesgos y beneficios de los procedimientos, así como ser veraz, objetiva, imparcial, y libre de prejuicios y discriminación. Asimismo, debería establecer que la información se proporcione en un lenguaje adecuado para la usuaria y en condiciones apropiadas que estén libres de estrés y coerción.

Algunas de estas cuestiones que no se encuentran establecidas en las leyes sí lo están en la NOM 005. Por ejemplo, que la información que se proporcione a las personas deberá ser veraz, oportuna y confidencial, y que la consejería deberá ser un proceso de diálogo entre el prestador y el usuario. Éstos resultan fundamentales, aunque podría mejorarse el contenido en los aspectos que se mencionaron anteriormente. También podría fortalecerse la definición actual de la NOM 005 sobre consentimiento informado:

Consentimiento informado. Decisión voluntaria del aceptante para que se le realice un procedimiento anticonceptivo, con pleno conocimiento y comprensión de la información pertinente y sin presiones.

Valdría la pena incorporar a esta definición que el consentimiento informado debe basarse en los principios de autonomía y privacidad; que debe ser un proceso de diálogo entre el prestador de servicio de salud y la usuaria; establecer las características de la información que se debe proporcionar (veracidad, objetividad, entre otras) y cambiar el concepto de presiones por el de libre de coerción, violencia y discriminación.

De acuerdo con la NOM 005, sólo requieren de consentimiento informado por escrito los siguientes métodos anticonceptivos: oclusión tubaria bilateral (disposición 4.4.I.55) y vasectomía (disposición 4.4.I.5). En materia de anticoncepción de emergencia, la NOM 046 establece que las y los prestadores de servicios de salud deberán presentar a las mujeres víctimas de una violación sexual la información completa sobre la utilización del método de anticoncepción de emergencia, a fin de que la persona tome una decisión libre e informada.

A nivel local, en las leyes de salud de veinte estados de la República³³ se prevén, como en la Ley General de Salud, sanciones para aquellos que lleven a cabo procedimientos de esterilización contra la voluntad de la persona; sin embargo, no contemplan cláusulas específicas sobre consentimiento informado. Si bien a nivel local tiene aplicabilidad la NOM 005, sería importante que las leyes locales establecieran expresamente la obligación de los prestadores de salud de asegurar el consentimiento informado de las usuarias en materia de servicios de salud reproductiva, incluyendo el acceso a anticonceptivos.

2.3.7 ACCESO PARA ADOLESCENTES

Como se señaló en el apartado Situación en México de este capítulo, son preocupantes las consecuencias por la falta de reconocimiento, protección y garantía del derecho a información y servicios de anticoncepción para adolescentes durante los últimos años. De hecho, en julio de 2012 el Comité CEDAW recomendó al Estado mexicano garantizar el acceso universal a servicios de salud y a información, y educación sobre derechos sexuales y reproductivos a fin de prevenir los embarazos no deseados en adolescentes.³⁴

En relación con esta situación, en el artículo 67 de la Ley General de Salud se establece que dentro de los servicios de planificación familiar se deben incluir la información y la orientación educativa para las y los adolescentes y jóvenes.

De igual manera en las leyes de salud de 21 entidades federativas³⁵ se incluye explícitamente a las personas adolescentes en los servicios de planificación familiar. Mención especial merece la regulación del estado de Tabasco en la que se reconoce el derecho de toda persona en edad fértil a utilizar métodos anticonceptivos, independientemente de la edad, y establece expresamente que no se requiere autorización de los padres o tutores para proporcionárselos.³⁶

Como se puede apreciar, la normativa local en materia de anticoncepción no se encuentra plenamente armonizada con los estándares más altos de protección de los derechos humanos ni con la normativa federal, particularmente en lo referente al consentimiento informado y al acceso de las personas adolescentes a información y servicios de anticoncepción.

Resultan preocupantes los vacíos en la legislación local en materia de acceso a anticonceptivos para adolescentes, que se pueden traducir en negativas de acceso a servicios e información en esta materia. Por un lado, utilizar el concepto de planificación familiar y no el de anticoncepción representa *per se* una visión muy limitada del acceso a estos servicios para adolescentes y jóvenes. Por otro, el hecho de que en muchas legislaciones no se explicita el acceso de servicios e información sobre anticoncepción para adolescentes y jóvenes puede resultar una barrera para el acceso.

La definición de la legislación en Tabasco sirve de modelo para ajustar las legislaciones locales ya que establece la provisión de servicios sin importar la edad, además de hacer explícito que no se necesita el consentimiento de los padres o tutores para acceder a los servicios respectivos.

En el Reglamento de la Ley General de Población no se hace ninguna mención sobre el acceso de adolescentes a información y servicios de anticoncepción. Por su parte, en la NOM 005 sí se establece que las y los adolescentes merecen atención particular en los servicios de planificación familiar. Asimismo, existe actualmente un proyecto de norma oficial de la Secretaría de Salud (NOM 047-SSA2-2009, Para la Atención a la Salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad) en el cual se establecen criterios generales para el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios de salud, incluyendo los de salud sexual y reproductiva. Cabe destacar que el anteproyecto de dicha norma, que fue sometido a consideración de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria y que aún debe someterse al procedimiento de aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización respectivo, condiciona la consejería a adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva y la inspección médica a que estén presentes la madre, el padre o tutor.

En lugar de esto, organizaciones de la sociedad civil y expertas en el tema están solicitando que los servicios referidos se presten directamente al adolescente y únicamente en caso de que éste lo solicite sea acompañado por una persona adulta de su confianza, sin que necesariamente se trate del padre, la madre o el tutor. Asimismo, están solicitando que para la obtención del consentimiento informado del joven o adolescente para la realización de algún procedimiento médico de riesgo o invasivo se tomen en cuenta las capacidades evolutivas del menor y su interés superior, adicionalmente al consentimiento de los padres o tutores.

2.4 / IMPLEMENTACIÓN DEL MARCO NORMATIVO

Aunado al análisis del marco normativo, para la elaboración de este informe se presentaron solicitudes de acceso a la información pública a instituciones de salud federales y locales, a la Procuraduría General de la República (PGR) y a las procuradurías locales a fin de conocer el nivel de implementación de las normas que contemplan la anticoncepción de emergencia en cuanto información y suministro, así como el nivel de acceso de anticonceptivos para adolescentes y la manera en la que se hace constar el consentimiento informado.

2.4.1 ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

En materia de anticoncepción de emergencia se presentaron solicitudes de acceso a la información a la PGR y a las procuradurías generales de justicia de las entidades federativas, en las que se les preguntó qué información se proporciona a las mujeres víctimas de violación sexual sobre anticoncepción de emergencia.

Algunas procuradurías declararon que no disponen de dicha información, de lo que puede inferirse que no proporcionan información sobre anticoncepción o no sistematizan la provisión de esa información. Resulta preocupante que sobre una materia tan importante no se proporcione o genere la información necesaria.

INFORMACIÓN SOBRE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA PROCURADURÍAS GENERALES DE JUSTICIA LOCALES		
ENTIDAD	INFORMACIÓN ³⁷	FOLLETOS
AGUASCALIENTES	NO BRINDA INFORMACIÓN, NO CUENTA CON RECETARIOS NI MEDICAMENTOS. SEÑALA QUE SE CANALIZA AL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO, A LOS CENTROS DE SALUD O AL HOSPITAL HIDALGO.	NO

Fuente: Elaboración propia de GIRE a partir de datos obtenidos mediante solicitudes de información.

INFORMACIÓN SOBRE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA PROCURADURÍAS GENERALES DE JUSTICIA LOCALES		
ENTIDAD	INFORMACIÓN ³⁷	FOLLETOS
BAJA CALIFORNIA	EN LAS CIUDADES DE MEXICALI Y TIJUANA, LAS AGENCIAS DEL MINISTERIO PÚBLICO NO ENTREGAN INFORMACIÓN SOBRE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA A LAS MUJERES QUE ACUDEN A DENUNCIAR ESE DELITO, TAMPOCO SE ENTREGA NINGÚN TIPO DE FOLLETO O DOCUMENTO EN REFERENCIA; NO OBSTANTE, SE LES CANALIZA AL ÁREA DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DEL DELITO. EN LAS UNIDADES DE INVESTIGACIÓN DEL NUEVO SISTEMA DE JUSTICIA PENAL EN MEXICALI, SI SE TIENE CONOCIMIENTO DE UN HECHO DELICTIVO DE CARÁCTER SEXUAL, LAS VÍCTIMAS SON CANALIZADAS DIRECTAMENTE A LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DEL DELITO DE ESTA INSTITUCIÓN, EN DONDE, A SU VEZ, LAS CANALIZAN AL HOSPITAL GENERAL PARA EFECTO DE QUE SE LES BRINDE APOYO MÉDICO E INFORMACIÓN NECESARIA PARA SU DEBIDA ATENCIÓN, RELACIONADA CON EL HECHO DELICTIVO, SIENDO ÉSTA LA OFICINA ENCARGADA DE PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN INDICADA EN PARTICULAR. EN LA CIUDAD DE TECATE TAMPOCO SE LES ENTREGA FOLLETO O DOCUMENTO, SIN EMBARGO SE LES ORIENTA PARA QUE ACUDAN AL CENTRO DE SALUD MÁS CERCANO AL DEPARTAMENTO DE PLANEACIÓN FAMILIAR, A FIN DE QUE SE LES EXPLIQUEN LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA. LA SUBPROCURADURÍA DE ZONA CON SEDE EN ENSENADA INFORMA QUE A LAS VÍCTIMAS DE ESTE TIPO DE DELITO SE LES DA APOYO PSICOLÓGICO EN EL ÁREA DE COORDINACIÓN DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DEL DELITO Y SE CERTIFICA GINECOLÓGICAMENTE CON EL PERITO MÉDICO, EL CUAL A SU VEZ CANALIZA A ALGUNA INSTITUCIÓN MÉDICA EN CASO DE REQUERIRSE. EN EL MUNICIPIO DE PLAYAS DE ROSARITO NO SE HACE ENTREGA DE INFORMACIÓN SOBRE ANTICONCEPTIVOS A LA PARTE OFENDIDA, EN SU LUGAR Y UNA VEZ QUE RINDIÓ SU DECLARACIÓN MINISTERIAL, SE HACE ENTREGA DE UNA CONSTANCIA CON LOS DERECHOS DEL OFENDIDO Y UN FOLLETO TIPO TRÍPTICO DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DEL DELITO DE LA INSTITUCIÓN, EN EL CUAL SE HACE MENCIÓN DEL APOYO PROPORCIONADO POR DICHA DEPENDENCIA, ASÍ COMO LOS DOMICILIOS, TELÉFONOS Y HORARIOS DE LAS OFICINAS.	SÍ, EN ALGUNOS MUNICIPIOS
BAJA CALIFORNIA SUR	DENTRO DE LAS 72 HORAS DESPUÉS DE LA COMISIÓN DE LOS HECHOS POSIBLEMENTE CRIMINOSOS, LA SUBPROCURADURÍA DE ATENCIÓN A LA MUJER Y AL MENOR, POR CONDUCTO DE SU PERSONAL, HACE DEL CONOCIMIENTO DE LA MUJER VICTIMIZADA E INFORMA A PLENITUD (POSIBLES CONSECUENCIAS FISIOLÓGICAS, MÉDICAMENTE COMPROBADAS) QUE PUEDE TOMAR SI ES SU DESEO LA "PASTILLA DEL DÍA DESPUÉS", CON EL FIN DE BRINDARLE LA OPORTUNIDAD DE CONTINUAR CON SU PROYECTO DE VIDA.	NO
CAMPECHE	SE CUENTA CON DOS MÉDICOS PRESTADORAS DE SERVICIOS SOCIALES, LAS CUALES ATIENDEN A LAS VÍCTIMAS DE DELITO SEXUAL Y SE ENCARGAN DE DECIRLES A TODAS LAS MUJERES QUE PASAN AL CONSULTORIO DE MEDICINA LEGAL, REFERIDAS POR ALGÚN CASO SEXUAL –ABUSO, VIOLACIÓN, ESTUPRO– LO SIGUIENTE: CON BASE EN EL NUMERAL 6.4.2.3 DE LA NOM-046-SSA2-2005 DE VIOLENCIA FAMILIAR, SEXUAL Y CONTRA LAS MUJERES, EN CRITERIOS PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA ÉSTA ES CAPAZ DE PREVENIR UN EMBARAZO, PERO NUNCA DE INTERRUMPIRLO.	NO
CHIAPAS	CUANDO LAS MUJERES ACUDEN A DENUNCIAR EL DELITO DE VIOLACIÓN Y EL HECHO ESTÁ DENTRO DEL TÉRMINO DE 72 HORAS SE LES CANALIZA AL SECTOR SALUD PARA LOS EFECTOS DE VALORACIÓN, ORIENTACIÓN Y ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA, LO ANTERIOR DE CONFORMIDAD CON LA NORMA 046. CABE PRECISAR QUE, EN EL CASO SEÑALADO, ES UN DERECHO EXCLUSIVO DE LA MUJER EN COORDINACIÓN CON EL SECTOR SALUD PARA LA TOMA DE DECISIONES.	NO
CHIHUAHUA	CORRESPONDE A ESTA FISCALÍA CANALIZAR A LAS VÍCTIMAS U OFENDIDOS DEL DELITO A LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES QUE PROPORCIONEN SERVICIOS DE CARÁCTER MÉDICO, ENTRE OTROS, A FIN DE HACER EFECTIVO EL DERECHO A FAVOR DE LAS VÍCTIMAS DE RECIBIR ASISTENCIA MÉDICA DE URGENCIA, A QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 7, FRACCIÓN IV, DE LA LEY DE ATENCIÓN Y PROTECCIÓN A VÍCTIMAS U OFENDIDOS DEL DELITO DEL ESTADO DE CHIHUAHUA.	NO
COAHUILA	BRINDA ATENCIÓN Y ASISTENCIA SOCIAL, JURÍDICA Y PSICOLÓGICA A LAS VÍCTIMAS DE DELITOS DE VIOLACIÓN, LA CUAL INCLUYE DERIVACIÓN A UNA INSTITUCIÓN MÉDICA QUE PROPORCIONE ATENCIÓN DE URGENCIA, DE PREVENCIÓN DE EMBARAZO Y ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, LO ANTERIOR EN CONCORDANCIA CON LO ESTABLECIDO POR LA NOM-046-SSA2-2005, RELATIVA A LOS CRITERIOS PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR, SEXUAL Y CONTRA LAS MUJERES.	NO
COLIMA	LAS PERSONAS QUE ACUDEN A DENUNCIAR VIOLACIÓN SEXUAL SE CANALIZAN CON EL MÉDICO DE TURNO PARA SU VALORACIÓN FÍSICA, Y SE LES ASESORA PARA QUE ACUDAN A ALGUNA INSTITUCIÓN COMO EL CENTRO DE SALUD, SI ESTÁ AFILIADA AL IMSS, O EN SU CASO CON UN MÉDICO PARTICULAR PARA QUE LES RECOMIENDE EL ANTICONCEPTIVO ADECUADO ASÍ COMO PARA PREVENIR ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.	NO
DISTRITO FEDERAL	INFORMACIÓN DIRIGIDA A VÍCTIMAS DE SEXO FEMENINO, ADOLESCENTES Y ADULTAS, QUE HAYAN DENUNCIADO UNA AGRESIÓN DONDE EXISTIÓ EL CONTACTO VAGINA-PENE, LA CUAL CONSISTE EN UNA CANALIZACIÓN VÍA OFICIO (ELABORADO POR EL AGENTE DEL MINISTERIO PÚBLICO) A LA CLÍNICA DE ESPECIALIDADES CONDESA, EN DONDE A LA VÍCTIMA SE LE COMENTA, ENTRE OTRAS COSAS, SOBRE LA FORMA Y USO DE LA PASTILLA DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA.	SÍ

Fuente: Elaboración propia de GIRE a partir de datos obtenidos mediante solicitudes de información.

INFORMACIÓN SOBRE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA PROCURADURÍAS GENERALES DE JUSTICIA LOCALES

ENTIDAD	INFORMACIÓN ³⁷	FOLLETOS
DURANGO	TANTO POR PARTE DE LAS AGENCIAS DEL MINISTERIO PÚBLICO ADSCRITO A ESTA UNIDAD COMO POR LOS PERITOS MÉDICOS FORENSES DE CONFORMIDAD CON LA NORMA OFICIAL NOM-046, SE LE INFORMA A LA VÍCTIMA DE VIOLACIÓN SEXUAL SOBRE SUS DERECHOS A LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA, DÁNDOLES UNA BREVE EXPLICACIÓN DE LA MANERA EN QUE DEBE CONSUMIRSE Y EL MOMENTO, DEJANDO A CONSIDERACIÓN DE LAS MISMAS EL CONSUMO. ASIMISMO, EN CASO DE ACEPTAR, ES PROPORCIONADO POR PARTE DEL PERSONAL DEL SERVICIO MÉDICO FORENSE.	SÍ
GUANAJUATO	A LA VÍCTIMA DE VIOLACIÓN SE LE BRINDA INFORMACIÓN SOBRE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA, LO CUAL QUEDA REGISTRADO EN LA AVERIGUACIÓN PREVIA Y/O CARPETA DE INVESTIGACIÓN, SEGÚN CORRESPONDA. EN ESE TENOR, EL TITULAR DE LA AGENCIA DEL MINISTERIO PÚBLICO INFORMA SOBRE EL DERECHO QUE TIENE LA VÍCTIMA A QUE SE LE PROPORCIONE DE MANERA GRATUITA LA PASTILLA DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA SI SE ENCUENTRA DENTRO DE LAS PRIMERAS 72 HORAS POSTERIORES A LA EXISTENCIA DE LA VIOLACIÓN SEXUAL. SI ES DESEO DE LA VÍCTIMA RECIBIR LA PASTILLA, EL AGENTE DEL MINISTERIO PÚBLICO INFORMA A LA COORDINACIÓN DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DEL DELITO, CUYO PERSONAL ACUDE A LAS OFICINAS DEL REPRESENTANTE SOCIAL Y PROCEDE AL SUMINISTRO DE LA PASTILLA, PREVIO CONSENTIMIENTO DE LA VÍCTIMA O SU REPRESENTANTE EN CASO DE SER MENOR DE EDAD.	NO
GUERRERO	LA FISCALÍA ESPECIALIZADA PARA LA ATENCIÓN DE DELITOS SEXUALES Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR ORIENTA A LA VÍCTIMA AL RECIBIR LA TERAPIA PSICOLÓGICA RESPECTIVA, TAMBIÉN SE LE PROPORCIONA LA PÍLDORA DEL DÍA SIGUIENTE (PASTILLA ANTICONCEPTIVA DE EMERGENCIA) PARA ASÍ EVITAR EL EMBARAZO NO DESEADO. TAMBIÉN SE LE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA EJERCER SU DERECHO A DENUNCIAR LO SUCEDIDO, Y SE LE PROPORCIONA LA DOCUMENTACIÓN DEBIDA (FOLLETO) DE LAS CONDUCTAS CONSIDERADAS VIOLENCIA FAMILIAR.	SÍ
HIDALGO	LA COORDINACIÓN MÉDICO FORENSE DEPENDIENTE DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS PERICIALES SERVICIO MÉDICO FORENSE DE ESTA PROCURADURÍA GENERAL DE JUSTICIA DEL ESTADO DE HIDALGO ORIENTA E INFORMA DE MANERA VERBAL SUFICIENTEMENTE RESPECTO A: 1. QUÉ ES EL MÉTODO DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA O POSTCOITAL (LA PASTILLA DEL DÍA SIGUIENTE). 2. CUÁL ES EL MÉTODO ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA (PÍLDORA PARA EVITAR EMBARAZO NO DESEADO). 3. PERIODICIDAD EN LA INGESTA DEL ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA. 4. EL TIEMPO EN EL CUAL ES EFECTIVO EL USO DEL ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA. 5. EFECTOS SECUNDARIOS O COLATERALES DE LOS ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA. 6. CONTRAINDICACIONES DEL USO DE ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA. 7. SE LES ORIENTA A TODAS AQUELLAS QUE CORREN EL RIESGO DE EMBARAZO EN RAZÓN DE SU CICLO MENSTRUAL Y EL DÍA DE LOS HECHOS. 8. LA DECISIÓN DE MINISTRARSE EL ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA ES PROPIA DE LA PERSONA QUE SUFRIÓ EL ABUSO SEXUAL. 9. SI TENEMOS EL ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA (LEVONORGESTREL 0.75 MG) SE LOS PROPORCIONAMOS. 10. SE CANALIZAN DE INMEDIATO AL SECTOR SALUD DE ACUERDO A LA NORMA OFICIAL MEXICANA 190 DE ATENCIÓN INTEGRAL DE VIOLENCIA FAMILIAR. 11. NO CONTAMOS CON FOLLETOS PARA PROPORCIONARLOS.	NO
JALISCO	LA COORDINACIÓN GENERAL DE ATENCIÓN A DELITOS COMETIDOS EN AGRAVIO DE MENORES, SEXUALES, Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR SEÑALÓ: DENTRO DE ESTA COORDINACIÓN NO SE PROPORCIONA ALGÚN TIPO DE INFORMACIÓN DE RELACIÓN A ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA. LA COORDINACIÓN GENERAL DE DELEGADOS REGIONALES SEÑALÓ: LE INFORMO QUE DENTRO DE LAS DELEGACIONES REGIONALES A MI CARGO NO SE LOCALIZARON DATOS NI SOPORTE ALGUNO EN RELACIÓN A LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA. POR LO QUE SE LE INDICA A LA SOLICITANTE QUE LA PGJEJ NO PROPORCIONA INFORMACIÓN ALGUNA A LAS VÍCTIMAS DEL DELITO DE VIOLACIÓN SEXUAL RESPECTO DE MÉTODOS DE ANTICONCEPCIÓN, NI TIENE O DIFUNDE ALGÚN FOLLETO ALUSIVO A LOS MÉTODOS DE ANTICONCEPCIÓN REQUERIDOS.	NO
MÉXICO	LA PROCURADURÍA GENERAL DE JUSTICIA, A TRAVÉS DEL INSTITUTO DE ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS DEL DELITO, COMO PARTE DE LA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS MUJERES VÍCTIMAS DEL DELITO DE VIOLACIÓN, ORIENTA MUY ESPECIALMENTE EN RELACIÓN CON EL DERECHO QUE TIENE LA VÍCTIMA A LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA. IDENTIFICA POR MEDIO DE LA ENTREVISTA AQUELLOS CASOS DE MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA QUE SE ENCUENTRAN EN RIESGO DE UN EMBARAZO FORZADO, ADEMÁS DE ESTAR EN EL LÍMITE DE LAS 120 HORAS DE ACUERDO A LO SEÑALADO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, PARA REFERIRLAS A LAS DIFERENTES UNIDADES MÉDICAS DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO A FIN DE QUE ÉSTE, A TRAVÉS DE MÉDICOS ESPECIALIZADOS Y PREVIA EVALUACIÓN MÉDICA DE LA VÍCTIMA, PRESCRIBA Y SUMINISTRE LOS MEDICAMENTOS Y LA INFORMACIÓN NECESARIOS PARA LA CONSEJERÍA Y LA ADMINISTRACIÓN DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA, ASÍ COMO EL TRATAMIENTO QUIMIOPROFILÁCTICO PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.	NO

Fuente: Elaboración propia de GIRE a partir de datos obtenidos mediante solicitudes de información.

INFORMACIÓN SOBRE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA PROCURADURÍAS GENERALES DE JUSTICIA LOCALES		
ENTIDAD	INFORMACIÓN ³⁷	FOLLETOS
MICHOACÁN	AL MOMENTO DE RECIBIR UNA DENUNCIA POR EL DELITO DE VIOLACIÓN, LE INFORMO A LAS VÍCTIMAS DEL DELITO, LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA, QUIENES OFRECEN DE INMEDIATO Y HASTA EN UN MÁXIMO DE 120 HORAS, DESPUÉS DE OCURRIDO EL EVENTO, LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA, PREVIA INFORMACIÓN COMPLETA SOBRE LA UTILIZACIÓN DE ESTE MÉTODO A FIN DE QUE LA PERSONA TOMÉ UNA DECISIÓN LIBRE E INFORMADA; SE INFORMA DE LOS RIESGOS DE POSIBLES INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y DE LA PREVENCIÓN A TRAVÉS DE LA QUIMIOPROFILAXIS Y DE ACUERDO A LA EVOLUCIÓN DE RIESGO PRESCRIBIR LA PROFILAXIS CONTRA VIH/SIDA, TOMANDO EN CUENTA LA PERCEPCIÓN DE RIESGO DE LA VÍCTIMA (NORMA OFICIAL MEXICANA 046).	NO
MORELOS	EL MÉDICO LEGISTA INSTRUYE A LA VÍCTIMA SOBRE LA UTILIZACIÓN DE TODAS LAS ALTERNATIVAS DE ANTICONCEPCIÓN EXISTENTES. NO SE ENTREGAN FOLLETOS Y SE LES RECOMIENDA ASISTIR A LOS CENTROS DE SALUD.	NO
NAYARIT	NO RESPONDIÓ SOLICITUD DE INFORMACIÓN.	
NUEVO LEÓN	INFORMACIÓN INEXISTENTE	
OAXACA	A LAS USUARIAS SE LES PROPORCIONA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DE MANERA VERBAL: -EL MÉTODO DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA DEBE UTILIZARSE DENTRO DE LAS PRIMERAS 72 HORAS POSTERIORES A LA VIOLACIÓN, POR LO QUE SU ADMINISTRACIÓN TAN PRONTO COMO SEA POSIBLE TRAERÁ MEJORES RESULTADOS. -LA PRIMERA DOSIS DEBE ADMINISTRARSE EN LAS PRIMERAS 72 HORAS Y LA SEGUNDA DOSIS DOCE HORAS DESPUÉS DE LA PRIMERA. -ES UN MÉTODO QUE PREVIENE UN EMBARAZO, QUE NO INDUCE SU INTERRUPCIÓN EN CASO DE EMBARAZOS PREVIOS A LA VIOLACIÓN. -POSTERIOR A SU ADMINISTRACIÓN PUEDE HABER NÁUSEA, VÓMITO, SENSIBILIDAD EN LOS SENOS, ESTOS EFECTOS SON TEMPORALES CON UNA DURACIÓN DE UNO A DOS DÍAS. -COMER ALGO LIGERO ANTES DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA DOSIS REDUCIRÁ LOS SÍNTOMAS ANTERIORES. -LA SIGUIENTE MENSTRUACIÓN PUEDE EMPEZAR UNOS DÍAS ANTES O DESPUÉS DE LO NORMAL. -SI LA MENSTRUACIÓN NO EMPIEZA EN CUATRO SEMANAS SE DEBE REALIZAR UN EXAMEN DE EMBARAZO.	NO
PUEBLA	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER, ÚNICAMENTE BRINDA ASESORÍA A LAS MUJERES SOBRE SUS DERECHOS EN LA ETAPA DE LA AVERIGUACIÓN PREVIA, INFORMANDO SOBRE LAS INSTANCIAS RESPONSABLES DE PROVEER SERVICIOS SOCIALES Y DE SALUD Y EN SU CASO CANALIZARLAS A LAS MISMAS.	NO
QUERÉTARO	SE ENTREGAN FOLLETOS A LAS PACIENTES QUE FUERON VIOLADAS Y SON ATENDIDAS, ASÍ MISMO, EL LINK DONDE PUEDE CONSULTAR LA GUÍA DE ATENCIÓN PARA LAS PERSONAS VIOLADAS, YA QUE AHÍ TAMBIÉN SE EXPLICA CUÁL ES EL PROCEDIMIENTO A SEGUIR RESPECTO A LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA. ³⁸	SÍ
QUINTANA ROO	NO PROPORCIONA INFORMACIÓN	
SAN LUIS POTOSÍ	NO RESPONDIÓ SOLICITUD DE INFORMACIÓN	
SINALOA	SE INFORMA A LA VÍCTIMA DE SUS DERECHOS, Y SE LE EXPLICA SOBRE LA INTEGRACIÓN DE LA AVERIGUACIÓN PREVIA; EN LO QUE RESPECTA A LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ES EL MÉDICO LEGISTA EL QUE SE ENCARGA DE EXPLICÁRSELOS Y ORIENTARLAS.	NO
SONORA	LOS MÉDICOS LEGISTAS DE LA PROCURADURÍA GENERAL DE JUSTICIA DEL ESTADO TIENEN LA INSTRUCCIÓN DE QUE AL ATENDER UN CASO DE VIOLACIÓN RECOMIENDEN AL MINISTERIO PÚBLICO SE CANALICE A LA VÍCTIMA PARA SU ATENCIÓN Y MEDICACIÓN AL SECTOR SALUD O A LAS INSTITUCIONES QUE PERTENECE EL DERECHOHABIENTE, CON FUNDAMENTO EN LA NORMA OFICIAL MEXICANA Y EN LA LEY DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DEL DELITO EN EL ESTADO DE SONORA.	NO
TABASCO	EL SERVICIO MÉDICO FORENSE SÓLO PROPORCIONA ORIENTACIÓN RELACIONADA POR PROBABLE EMBARAZO Y QUE ACUDAN A LA SECRETARÍA DE SALUD PARA QUE SEA ÉSTA QUIEN PROPORCIONE ALGÚN MÉTODO DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA.	NO
TAMAULIPAS	NO PROPORCIONA INFORMACIÓN	
TLAXCALA	NO RESPONDIÓ SOLICITUD DE INFORMACIÓN	
VERACRUZ	NO RESPONDIÓ SOLICITUD DE INFORMACIÓN	
YUCATÁN	INFORMACIÓN INEXISTENTE	
ZACATECAS	SE PROPORCIONA INFORMACIÓN SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA A LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLACIÓN SEXUAL, ADÉMÁS DE ENTREGARLES LA PASTILLA DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA, ASÍ COMO UN FOLLETO QUE CONTIENE DICHA INFORMACIÓN.	SÍ

Fuente: Elaboración propia de GIRE a partir de datos obtenidos mediante solicitudes de información.

De las respuestas recibidas y sistematizadas en el cuadro anterior se desprende que 15 procuradurías locales³⁹ sí proporcionan información a las mujeres víctimas de violación sexual sobre su derecho a obtener servicios de anticoncepción de emergencia; en algunos casos, ésta se provee por el propio servicio médico dependiente del Ministerio Público, como son Distrito Federal, Durango, Guerrero y Zacatecas.

De acuerdo con las respuestas obtenidas, el motivo por el que las procuradurías no brindan información es que no consideran que dicha facultad sea de su competencia. Si bien las procuradurías podrían argumentar que no tienen la facultad de proporcionar servicios de anticoncepción de emergencia, ya que de conformidad con la NOM 046 corresponde a las instancias del Sistema Nacional de Salud, resulta preocupante que no reconozcan la obligación de proporcionar información como parte de la atención integral a las víctimas del delito.

Si una mujer acude a denunciar una violación sexual las autoridades de la procuraduría deben proporcionarle información sobre los servicios a los que tiene derecho y que se encuentran establecidos en la Ley General de Víctimas y en la NOM 046 (anticoncepción de emergencia, interrupción del embarazo y profilaxis de infecciones de transmisión sexual y Virus de Inmunodeficiencia Humana). No hacerlo pone en riesgo que las mujeres accedan efectivamente a estos servicios por la falta de información, y es una violación clara a los derechos de las víctimas del delito.

Cabe señalar la respuesta de la procuraduría de Hidalgo, la cual fundamenta su actuación en la Norma Oficial Mexicana I90, que perdió vigencia desde la emisión de la NOM 046.

Además es especialmente alarmante que las autoridades federales, en este caso la Procuraduría General de la República, no consideren como parte de sus obligaciones proveer información a las víctimas de violación sexual⁴⁰ respecto a los derechos de las que son titulares, máxime que esta Procuraduría tiene entre sus fiscalías especiales a la Fiscalía Especial para los Delitos de Violencia contra las Mujeres y Trata de Personas.

Las procuradurías están obligadas a proporcionar información adecuada y canalizar a la mujer a la instancia de salud que le pueda proporcionar la anticoncepción de emergencia de manera pronta y expedita. De hecho, sería muy importante que las procuradurías proporcionen información y que, tal y como lo hacen las procuradurías de Distrito Federal, Durango, Guerrero y Zacatecas, los médicos legistas también administren a las víctimas de violencia sexual la píldora de anticoncepción de emergencia, sobre todo considerando que ésta sólo funciona en las primeras 120 horas después de la violación (y va perdiendo efectividad conforme pasa el tiempo después del coito) y muchas veces es la única oportunidad para que la mujer reciba atención.

Sobre el suministro de la anticoncepción de emergencia se solicitó información a la Secretaría de Salud federal, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y a las secretarías de salud de las entidades federativas.

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA INSTITUCIONES DE SALUD FEDERALES								
ENTIDAD	NÚMERO DE MUJERES QUE SOLICITARON ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA				NÚMERO DE MUJERES A LAS QUE SE ENTREGÓ ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA			
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
SECRETARÍA DE SALUD	SD				27,175			
IMSS	SD				SD			
ISSSTE	SD				6,120	4,312	4,009	775

Fuente: Elaboración propia de GIRE a partir de datos obtenidos mediante solicitudes de información. SD: Sin datos.

A nivel federal resalta que ninguna de las tres instancias registra el número de solicitudes de anticoncepción de emergencia. Sin embargo, la Secretaría de Salud y el ISSSTE sí tienen registro del número de mujeres a las que se les proporcionó. Se pidieron ambos datos para determinar si en algunos casos hubo solicitud de anticoncepción de emergencia pero dicho insumo no fue proporcionado.

Los datos que se detallan en el cuadro anterior permiten presumir que el ISSSTE y la Secretaría de Salud sí están cumpliendo con la obligación establecida en la NOM 046 de proporcionar anticoncepción de emergencia a las víctimas de violación sexual, aunque la falta de registro del número de solicitudes impide determinar si hubieron negativas en la provisión de la píldora de emergencia, así como la oportunidad con la que ésta se proporcionó.

Preocupa sobremanera la falta de datos por parte del IMSS y ello impide determinar si no registran el número de mujeres a las que les brindan la anticoncepción de emergencia o si no están dando este servicio.

A. ENTIDADES FEDERATIVAS

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA SECRETARÍAS DE SALUD LOCALES								
ENTIDAD	NÚMERO DE MUJERES QUE SOLICITARON ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA				NÚMERO DE MUJERES A LAS QUE SE ENTREGÓ ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA			
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
AGUASCALIENTES	SD	SD	SD	SD	SD	406	826	217
BAJA CALIFORNIA	SD	SD	SD	SD	SD	326	575	114
BAJA CALIFORNIA SUR	SD	SD	SD	SD	SD	193	393	621
CAMPECHE	"EN LA SECRETARÍA DE SALUD DE CAMPECHE NO SE ENTREGAN PASTILLAS DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA"							

Fuente: Elaboración propia de GIRE a partir de datos obtenidos mediante solicitudes de información. SD: Sin datos.

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA
SECRETARÍAS DE SALUD LOCALES

ENTIDAD	NUMERO DE MUJERES QUE SOLICITARON ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA				NÚMERO DE MUJERES A LAS QUE SE ENTREGÓ ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA			
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
CHIAPAS	8				8			
CHIHUAHUA	2	2	3	0	2	2	3	0
COAHUILA	SD	SD	SD	SD	611	3,077	4,687	SD
COLIMA	SD	319	261	194	SD	319	503	356
DISTRITO FEDERAL	SD	SD	SD	SD	SD	449	662	871
DURANGO	SD	1,196	1,066	144	SD	1,196	1,066	144
GUANAJUATO	SD	SD	SD	SD	SD	2,271	2,566	679
GUERRERO	SD	402	830	254	SD	1,284	3,280	975
HIDALGO	SD	SD	SD	SD	SD	373	1,236	SD
JALISCO	MEDIO FÍSICO ⁴¹							
MÉXICO	SD	SD	1,360	1,875	SD	SD	4,341	4,719
MICHOACÁN	NO CUENTA CON LA INFORMACIÓN SOLICITADA							
MORELOS	SE DECLARÓ INCOMPETENTE							
NAYARIT	SD	SD	SD	1,303	SD	SD	SD	1,303
NUEVO LEÓN	32	35	64	14	32	35	64	14
OAXACA	SD	SD	SD	SD	SD	1,541	1,839	517
PUEBLA	NO CUENTA CON LA INFORMACIÓN SOLICITADA							
QUERÉTARO	NO CUENTA CON LA INFORMACIÓN SOLICITADA							
QUINTANA ROO	SD	SD	SD	SD	200	262	190	543
SAN LUIS POTOSÍ	NINGUNA USUARIA QUE VIVIÓ VIOLENCIA SEXUAL LO SOLICITÓ, NI SE OFERTÓ							
SINALOA	SD	50	50	8	SD	598		
SONORA	NO RESPONDIÓ SOLICITUD DE INFORMACIÓN							
TABASCO	NO RESPONDIÓ SOLICITUD DE INFORMACIÓN							
TAMAULIPAS	SD	SD	SD	SD	SD	67		92
TLAXCALA	SD	946	499	203	SD	948	499	203
VERACRUZ	SD	2,824	2,553	1,115	SD	2,824	2,553	1,115
YUCATÁN	INFORMACIÓN INEXISTENTE							
ZACATECAS	SD	SD	SD	3,881	SD	SD	SD	3,881

Fuente: Elaboración propia de GIRE a partir de datos obtenidos mediante solicitudes de información. SD: Sin datos.

De los 31 estados y el Distrito Federal, treinta entidades respondieron a la solicitud de acceso a la información. De los datos obtenidos, preocupa que algunas entidades respondieran que no cuentan con la información solicitada, lo que indica que no dan la anticoncepción de emergencia o no registran el suministro. Por otra parte, se observa que al menos 22 entidades sí están proporcionando anticoncepción de emergencia, aunque en algunas, como Chihuahua, el número es muy bajo en comparación con los datos de violación sexual. Según información de la Procuraduría de Justicia de ese estado, de 2007 a 2012 se presentaron un total de 831 denuncias por este delito;⁴² por su parte, en 2011 la Secretaría de Salud de la entidad proporcionó anticoncepción de emergencia a sólo tres mujeres.

Asimismo es muy alarmante la respuesta de la Secretaría de Salud de Campeche que señaló abiertamente que “no se entregan pastillas de anticoncepción de emergencia”.⁴³ De forma parecida la Secretaría de Salud de San Luis Potosí dijo que ninguna mujer solicitó la anticoncepción de emergencia y que no se les ofertó, lo que contraviene de manera evidente lo establecido en la NOM 046.⁴⁴

Estos datos ponen de manifiesto que las mujeres víctimas de violación sexual no están accediendo de forma efectiva a la información y servicios de anticoncepción de emergencia, lo cual resulta en evidente violación a sus derechos humanos. Las procuradurías y secretarías de salud estatales no están cumpliendo cabalmente con sus obligaciones en materia de atención a las víctimas de violación sexual de acuerdo con lo establecido en la NOM 046.

2.4.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sobre la obtención del consentimiento para el suministro de métodos anticonceptivos, se preguntó a la Secretaría de Salud federal y a las secretarías de salud locales si se obtenía consentimiento informado por escrito de las usuarias de métodos anticonceptivos permanentes.

CONSENTIMIENTO INFORMADO		
ENTIDAD	FORMATO CONSENTIMIENTO PARA ANTICONCEPTIVOS PERMANENTES	NÚMERO DE PERSONAS QUE LO FIRMARON
AGUASCALIENTES	SÍ. LA FORMA EN LA QUE SE REALIZA LA ORIENTACIÓN CONSEJERÍA PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO ES CON BASE EN LAS "RECOMENDACIONES SOBRE PRÁCTICAS SELECCIONADAS PARA EL USO DE ANTICONCEPTIVOS DE LA OMS".	PROPORCIONA EL DATO DE USUARIOS ACTIVOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE ENERO-SEPTIEMBRE 2012, SIN EMBARGO NO SEÑALA SI SE FIRMÓ CONSENTIMIENTO.
BAJA CALIFORNIA	SD	8,741
BAJA CALIFORNIA SUR	NO RESPONDIÓ SOLICITUD DE INFORMACIÓN	
CAMPECHE	SD	29,101
CHIAPAS	SÍ	463,621
CHIHUAHUA	SÍ	894,369
COAHUILA	SÍ	SD
COLIMA	SÍ	22,515
DISTRITO FEDERAL	SÍ	NO SE CUENTA CON ESTA INFORMACIÓN
DURANGO	SÍ	48,587
GUANAJUATO	NO	1,121,177
GUERRERO	SÍ	30,488
HIDALGO	SÍ	SD
JALISCO	MEDIO FÍSICO ⁴⁵	
MÉXICO	SÍ	SD
MICHOACÁN	SÍ	PROPORCIONA EL DATO DE USUARIOS ACTIVOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS 104, 467 DEL AÑO 2012.

Fuente: Elaboración propia de GIRE a partir de datos obtenidos mediante solicitudes de información. SD: Sin datos.

CONSENTIMIENTO INFORMADO		
ENTIDAD	FORMATO CONSENTIMIENTO PARA ANTICONCEPTIVOS PERMANENTES	NÚMERO DE PERSONAS QUE LO FIRMARON
MORELOS	SE DECLARA INCOMPETENTE	
NAYARIT	SÍ	15,143
NUEVO LEÓN	SÍ	18,581
OAXACA	SÍ	SD
PUEBLA	SÍ	INFORMACIÓN RESERVADA
QUERÉTARO	SÍ	168,259
QUINTANA ROO	SÍ	51,069
SAN LUIS POTOSÍ	SÍ	7,979
SINALOA	SÍ	NO CUENTA CON LA INFORMACIÓN
SONORA	NO RESPONDIÓ SOLICITUD DE INFORMACIÓN	
TABASCO	SÍ	289,656
TAMAULIPAS	NO RESPONDIÓ SOLICITUD DE INFORMACIÓN	
TLAXCALA	SÍ	46,685
VERACRUZ	SÍ	986,153
YUCATÁN	INFORMACIÓN INEXISTENTE	
ZACATECAS	NO RESPONDIÓ SOLICITUD DE INFORMACIÓN	

Fuente: Elaboración propia de GIRE a partir de datos obtenidos mediante solicitudes de información. SD: Sin datos.

De las secretarías de salud que respondieron, se desprende que sí requieren la firma de un consentimiento informado para métodos anticonceptivos permanentes. Ello es un indicador positivo que contribuye a evitar la coerción o la falta de información en la aplicación de este tipo de anticoncepción, sin embargo habría que hacer un análisis más cuidadoso para determinar si el consentimiento informado es realmente un proceso de diálogo entre el prestador de servicio y la usuaria o solamente el trámite para obtener una firma.

Por otra parte, se hizo una solicitud de acceso de información al IMSS para conocer cómo se implementa el consentimiento informado para métodos anticonceptivos permanentes.⁴⁶ En su respuesta, el IMSS señala que el formato de consentimiento informado se aplica para todo tipo de métodos anticonceptivos (temporales y permanentes), lo cual resulta violatorio de la normatividad aplicable. Si bien es necesario que se logre el consentimiento informado para todo tipo de anticonceptivos, el hecho de que exista un formato por escrito para todos los métodos podría inhibir el acceso a anticonceptivos a personas que no deseen revelar su identidad. Esto se agrava en el caso de adolescentes que buscan acceso, por ejemplo, a condones o pastillas anticonceptivas.

De los datos recopilados se desprende que muchas de las secretarías no registran información del número de mujeres a las que se les aplicaron métodos anticonceptivos permanentes y cabe resaltar el caso de Puebla que respondió que dicha información está clasificada como reservada,⁴⁷ sin ser claro el fundamento sobre el cual se reservó, ya que en la solicitud no se requirieron los datos personales de las usuarias.

2.4.3 ACCESO PARA ADOLESCENTES

A. SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL Y SECRETARÍAS DE SALUD LOCALES

Se presentaron solicitudes de acceso a la información pública a las secretarías de salud federal y de las entidades federativas sobre si se proporciona información y servicios de anticoncepción a las personas adolescentes y los requisitos que se solicitan.

ACCESO PARA ADOLESCENTES		
ENTIDAD	REQUISITOS	ENTREGA
AGUASCALIENTES	SÍ. ESTAS ACCIONES SE LLEVAN A CABO CONFORME A LA NOM-005-SSA2-1993, MODIFICADA EN EL 2004, DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, EL REQUISITO ES QUE SE SOLICITE EL SERVICIO DE ANTICONCEPCIÓN. LA ENTREGA ES GRATUITA DENTRO DEL SECTOR PÚBLICO Y LA APLICACIÓN SE REALIZA BAJO CONSENTIMIENTO INFORMADO Y BAJO CRITERIOS MÉDICOS DE LEGIBILIDAD DE LA OMS ENGLOBALADOS EN LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-005-SSA2-1993, MODIFICADA EN EL 2004 DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.	SÍ
BAJA CALIFORNIA	SÍ. ACUDIR A LA UNIDAD DE SALUD, RECIBIR ORIENTACIÓN CONSEJERÍA POR EL PERSONAL MÉDICO Y/O DE ENFERMERÍA Y EN CASO DE ENTREGA O COLOCACIÓN DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO FIRMAN HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.	FIRMA FORMATO
BAJA CALIFORNIA SUR	NO RESPONDIÓ SOLICITUD DE INFORMACIÓN	
CAMPECHE	NO	SÍ
CHIAPAS	NO	SÍ
CHIHUAHUA	NO	SÍ
COAHUILA	NO	SÍ
COLIMA	NO	SÍ
DISTRITO FEDERAL	NO	SÍ
DURANGO	NO	SÍ
GUANAJUATO	SÍ. PARA OTORGAR ATENCIÓN DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR NO SE REQUIERE DE NINGÚN REQUISITO INCLUYENDO POBLACIÓN ADOLESCENTE, SIN EMBARGO PARA EL OTORGAMIENTO DE UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO PREVIO A UNA ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA SE PROCEDE A REQUISITAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO DEBIDAMENTE FIRMADO POR EL USUARIO, EL MÉDICO QUE APLICA EL MÉTODO Y UN TESTIGO.	SÍ
GUERRERO	NO	SÍ
HIDALGO	SÍ. NO SE REQUIERE PRESENTAR DOCUMENTOS PARA OTORGARLES INFORMACIÓN INHERENTE A PLANIFICACIÓN FAMILIAR, EN CASO DE SOLICITAR UN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR ES INDISPENSABLE PROPORCIONEN SUS ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS PARA DARLAS DE ALTA COMO USUARIAS ACTIVAS EN LA PLATAFORMA DEL TARJETERO ELECTRÓNICO DE CONTROL DE USUARIA.	SÍ
JALISCO	MEDIO FÍSICO ⁴⁸	
MÉXICO	NO	SÍ
MICHOACÁN	NO	SÍ
MORELOS	DECLARA INCOMPETENCIA Y ORIENTA A SOLICITAR LA INFORMACIÓN A SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO	
NAYARIT	NO	SÍ
NUEVO LEÓN	NO	SÍ
OAXACA	SÍ. SE LES SOLICITA QUE PASEN A CONSULTA EN LAS UNIDADES MÉDICAS Y DE ESTA FORMA SE LES DA LA INFORMACIÓN REQUERIDA, O SI ES NECESARIO SE LES DA EL MÉTODO ANTICONCEPTIVO.	SÍ
PUEBLA	SÍ. NO SE REQUIERE DE NINGÚN DOCUMENTO, BASTA CON QUE SE LE REALICE SU HISTORIA CLÍNICA PARA DESCARTAR ALGUNA PATOLOGÍA QUE CONTRAINDIQUE EL USO DE HORMONALES Y EN ESTE CASO SE OFERTA EL DISPOSITIVO DE COBRE QUE NO CONTIENE HORMONALES. EL ÚNICO REQUISITO ES QUE FIRME EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL USO DEL IMPLANTE DÉRMICO O EL DISPOSITIVO INTRAUTERINO, POR SER MÉTODOS QUE SE IMPLANTAN DENTRO DEL CUERPO Y SON DE DEPÓSITO.	SÍ
QUERÉTARO	SÍ. LOS REQUISITOS SON QUE ACUDAN PRIMERO A LA CONSULTA A LAS UNIDADES DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, PARA UNA ATENCIÓN Y VALORACIÓN CLÍNICA Y QUE SE APEGUEN A SUS NECESIDADES CON EL MÉTODO ANTICONCEPTIVO ELEGIDO Y PLASMANDO SU NOMBRE Y SU FIRMA VOLUNTARIAMENTE EN EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA UTILIZACIÓN DE UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO AL PRESTADOR DE LOS SERVICIOS DE SALUD. Y ÉSTE PODRÁ PRESCRIBIR UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO.	SÍ

Fuente: Elaboración propia de GIRE a partir de datos obtenidos mediante solicitudes de información.

ACCESO PARA ADOLESCENTES		
ENTIDAD	REQUISITOS	ENTREGA
QUINTANA ROO	NO	SÍ
SAN LUIS POTOSÍ	NO RESPONDIÓ SOLICITUD DE INFORMACIÓN	
SINALOA	NO. SALVO LOS CASOS PARTICULARES EN LOS CUALES LOS CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD DE DIVERSOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ASÍ LO INDIQUEN.	SÍ
	NO RESPONDIÓ SOLICITUD DE INFORMACIÓN	
SONORA TABASCO	NO. SÓLO SE SOLICITA UN PROCESO DE ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA PREVIO Y DE UNA HISTORIA CLÍNICA PARA DETERMINAR EL MÉTODO ADECUADO A SU PERSONA, INCLUYENDO MÉTODO DEFINITIVO COMO OCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL EN LA MUJER O VASECTOMÍA PARA EL VARÓN.	SÍ
	NO RESPONDIÓ LA SOLICITUD DE INFORMACIÓN	
TAMAULIPAS TLAXCALA	SÍ. PASAR A CONSULTA MÉDICA PARA SU ORIENTACIÓN JURÍDICA. SE OTORGA MÉTODO GRATUITO UNA VEZ QUE SE DIO LA INFORMACIÓN SOBRE BENEFICIOS Y REACCIONES SECUNDARIAS. ACUDIR AL CENTRO DE SALUD TODA VEZ QUE LO CITEN. NO SE REQUIERE AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES. SI ACUDE A LOS SERVICIOS AMIGABLES LOS PASOS SON LOS MISMOS.	SÍ
VERACRUZ	NO RESPONDIÓ SOLICITUD DE INFORMACIÓN	
YUCATÁN	NO RESPONDIÓ SOLICITUD DE INFORMACIÓN	
ZACATECAS	NO RESPONDIÓ SOLICITUD DE INFORMACIÓN	

Fuente: Elaboración propia de GIRE a partir de datos obtenidos mediante solicitudes de información.

De las 32 entidades federativas, 23 secretarías de salud respondieron la solicitud, las cuales señalan que proporcionan información y anticonceptivos a adolescentes, poniendo como único requisito que acudan a una consulta médica para brindarles consejería. Llama la atención que ninguna secretaría señaló como necesario contar con el consentimiento de los padres para otorgar estos servicios, aunque no es claro si en la práctica así sucede realmente. Asimismo, destaca que en los estados de Baja California, Guanajuato, Puebla y Querétaro se les solicita firmar un formato de consentimiento informado a las personas adolescentes, especialmente en casos en los que se trata de métodos intradérmicos como el DIU y los implantes.

2.5 / CONCLUSIONES

Derivado de los datos estadísticos, del análisis normativo y de la información obtenida de las respuestas a las solicitudes de acceso a la información pública presentadas a nivel federal y en las entidades federativas, se puede concluir que las autoridades mexicanas están lejos de cumplir con sus obligaciones de promoción, respeto, protección y garantía del derecho a información y servicios de anticoncepción. El panorama en la materia resulta desalentador; es de especial preocupación la falta de acceso de las mujeres a la anticoncepción de emergencia.

La normativa aplicable no se encuentra adecuadamente armonizada con los estándares internacionales en la materia y hay una falta de coherencia entre las leyes generales, las normas oficiales de salud y las regulaciones de las entidades federativas. Una parte considerable de la legislación general y local incorpora únicamente el concepto de planificación familiar, lo cual tiene una connotación que vincula la sexualidad y el uso de anticonceptivos a la reproducción. Ello no responde a las necesidades de varios sectores de la población.

Las lagunas en la legislación general se registran principalmente en el tema de consentimiento informado y acceso para adolescentes. Asimismo, la normatividad podría ser más específica en términos del tipo de información que debe proporcionarse a las usuarias de servicios de salud y las condiciones para hacerlo.

Por su parte las leyes locales de salud tienen graves deficiencias, por ejemplo, ninguna desarrolla expresamente el tema del consentimiento informado y muy pocas contienen una mención específica al acceso a servicios de anticoncepción para adolescentes.

Otro aspecto relevante es que gran parte de la legislación de salud de las entidades no hace referencia explícita a la obligación de proporcionar información veraz y objetiva sobre anticoncepción. Si bien ello no implica que no estén obligados, dada la normativa general en la materia, sería importante que esta obligación quedara explícita en la legislación local.

En cuanto al acceso a anticonceptivos, desafortunadamente la información proporcionada no permite contar con elementos suficientes para realizar un diagnóstico; por ejemplo, sobre el caso de las personas adolescentes o sobre las condiciones y requisitos del consentimiento informado para métodos anticonceptivos.

En materia de anticoncepción de emergencia resulta especialmente preocupante el desconocimiento o negativa por parte de algunas procuradurías para proporcionar información sobre el derecho de las víctimas de violación sexual a obtener información e insumos de anticoncepción de emergencia de acuerdo con lo establecido en la NOM 046. Incluso en las entidades federativas que sí reportaron haber otorgado anticoncepción de emergencia, el número de mujeres que accedieron a este servicio es muy bajo, considerando los índices de violación sexual. Ello indica que en muchas entidades la NOM 046 es letra muerta y que las mujeres no tienen acceso a la información ni a servicios de anticoncepción de emergencia, fundamentales para prevenir un embarazo no deseado.

Como fue señalado en el presente capítulo, es fundamental que las procuradurías brinden información detallada sobre la NOM 046 y sería importante que proporcionen las píldoras en la misma procuraduría o que cuenten con eficientes sistemas de referencia a las instancias de salud, en cumplimiento de la recién publicada Ley General de Víctimas.

En materia de acceso a información es alarmante que las entidades federativas hayan negado o no generen información y datos clave para determinar el nivel de acceso y el uso de anticonceptivos. La falta de esta información tiene una incidencia negativa en la efectividad de las políticas y programas, ya que no permite evaluarlos de forma adecuada y, con ello, recomendar acciones para mejorar los resultados.

La falta de acceso a anticonceptivos para las mujeres en general y, en particular, para adolescentes y jóvenes se refleja en las estadísticas existentes sobre el bajo uso de anticonceptivos y los altos índices de embarazos no deseados. Esto es un grave problema de salud pública y derechos humanos que merece mayor atención por parte del Estado mexicano.

2.6 / RECOMENDACIONES

2.6.1 NORMATIVAS

- Modificar la Ley General de Salud para establecer de forma explícita que los proveedores de salud deberán obtener el consentimiento informado de las usuarias para los servicios de anticoncepción y para especificar que la información que se proporcione deberá incluir todas las alternativas, riesgos y beneficios de los procedimientos, ser veraz, objetiva, confidencial, libre de prejuicios y discriminación y utilizar un lenguaje accesible para la usuaria.
- Armonizar la Ley General de Salud y las leyes locales de salud con los estándares internacionales y con la NOM 005, particularmente en los siguientes aspectos:
 - Sustituir la expresión “servicios de planificación familiar para las parejas” por “servicios e información en materia de anticoncepción para las personas”.
 - Asegurar que la ley establezca de forma explícita el acceso de anticonceptivos para adolescentes o que se señale que el acceso será para todas las personas sin importar la edad.
 - Asegurar que la ley establezca explícitamente que no se requiere el consentimiento informado de los padres para que las adolescentes accedan a métodos anticonceptivos, excepto en el caso de la oclusión tubaria.
 - Asegurar que la ley establezca explícitamente que las instancias de salud deberán proporcionar información y consejería sobre métodos anticonceptivos; incluir todas las alternativas, riesgos y beneficios de los procedimientos, ser veraz, objetiva, libre de prejuicios y discriminación, y utilizar un lenguaje accesible para la usuaria.
 - Asegurar que la ley señale que los servicios e información en materia de anticoncepción deberán ser confidenciales y estar libres de cualquier forma de presión, coerción o violencia, asegurando el pleno respeto de los derechos humanos de las y los usuarios.
 - Asegurar que la ley establezca que los proveedores de salud deberán obtener el consentimiento informado de las usuarias para los servicios de anticoncepción y que éste debe ser el resultado de un proceso de diálogo e intercambio entre la usuaria y el proveedor.
- Modificar las leyes orgánicas de las procuradurías de justicia locales para incluir la obligación de los médicos legistas de esas instituciones de proporcionar información y suministrar los servicios de anticoncepción de emergencia como parte de la atención a las víctimas de violencia sexual.

2.6.2 IMPLEMENTACIÓN DE LA NORMATIVA

- Asegurar que las procuradurías de justicia locales brinden información sobre la NOM 046 que detalla los derechos de las mujeres víctimas de violación sexual a la anticoncepción de emergencia, la interrupción legal del embarazo y la profilaxis para el Virus de Inmunodeficiencia Humana e infecciones de transmisión sexual. Es fundamental que se le brinde a las mujeres información veraz, objetiva e imparcial y de manera oportuna sobre la anticoncepción de emergencia.
- Asegurar que a nivel federal y local todas las personas tengan acceso sin discriminación a la información y servicios de anticoncepción, especialmente las personas adolescentes y las mujeres indígenas, quienes se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad. Ello implica asegurar que las y los profesionales de salud no impongan requisitos que no están establecidos por la ley, como por ejemplo solicitar el consentimiento de los padres o tutores para que las y los adolescentes accedan a servicios de anticoncepción.
- Es fundamental que la Secretaría de Salud federal monitoree el abasto y provisión de anticonceptivos, incluida la anticoncepción de emergencia, por parte de las secretarías de salud locales y de las demás instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.

2.6.3 GENERACIÓN DE INFORMACIÓN Y DATOS ESTADÍSTICOS

- Registrar el número de solicitudes y entrega de información e insumos de anticoncepción de emergencia por parte de las procuradurías de justicia locales, las secretarías de salud locales, el IMSS y el ISSSTE para dimensionar de forma más clara la demanda.

NOTAS

¹ UNFPA, *Programa de Acción de la Conferencia Internacional Sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, Egipto, 5 al 13 de septiembre de 1994*. Disponible en <<http://bit.ly/ZQptsQ>> [consulta: 14 de enero de 2013].

² Comité CEDAW, *Recomendación General 19. La violencia contra la mujer*, 11º período de sesiones (1992), párrafo 24. Disponible en <<http://bit.ly/WAF1QA>> [consulta: 5 de noviembre de 2012].

³ Comité CEDAW, *Recomendación General 24. Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer - La mujer y la salud*, 20º período de sesiones (1999), párrafo 17. Disponible en <<http://bit.ly/opp1tq>> [consulta: 5 de noviembre de 2012].

⁴ Ver Comité CEDAW, *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: Jamaica*, 36º período de sesiones (2006), párrafo 35, [CEDAW/C/JAM/CO/5]. Disponible en <<http://bit.ly/WAKve9>> [consulta: 8 de noviembre de 2012]. Comité de Derechos Humanos. *Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos: República Democrática del Congo*, 86º período de sesiones (2006), párrafo 14, [CCPR/C/COD/CO/3]. Disponible en <<http://bit.ly/V24Bgs>> [consulta: 8 de noviembre de 2012].

⁵ Comité CEDAW, *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: México*, 52º período de sesiones (2012), párrafo 32, [CEDAW/C/MEX/CO/7-8]. Disponible en <<http://bit.ly/PgVxWq>> [consulta: 30 de octubre de 2012].

⁶ Comité de los Derechos del Niño, *Observaciones finales del Comité de los Derechos del Niño: Guatemala*, 27º período de sesiones (2001), párrafo 45, [CRC/C/15/Add.154]. Disponible en <<http://bit.ly/10zjqfI>> [consulta: 8 de noviembre de 2012].

⁷ *Ley General de Población y Ley General de Salud*.

⁸ Aproximaciones basadas en INEGI, *ENADID: Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009: Metodología y tabulados básicos*, México, INEGI, CONAPO, 2010. Disponible en <<http://bit.ly/Q9bIH8>> [consulta: 8 de noviembre de 2012].

⁹ CONAPO, *Principales indicadores de salud reproductiva: ENADID 2009: Anticoncepción en mujeres en edad fértil (MEFU)*. Disponible en <<http://bit.ly/12GRPLR>> [consulta: 10 de octubre de 2012].

¹⁰ CONAPO, *Principales indicadores de salud reproductiva: ENADID 2009: Uso de anticoncepción en la primera relación sexual*. Disponible en <<http://bit.ly/VVEJGY>> [consulta: 10 de octubre de 2012].

¹¹ Poder Ejecutivo Federal, *Plan Nacional de Desarrollo, 2007-2012*, México, Presidencia de la República, 2007, p. 221.

¹² CONAPO, *La situación actual de los jóvenes en México*, México, 2010, p. 86.

¹³ CONAPO, *Principales indicadores de salud reproductiva: ENADID 2009: Transiciones a la vida reproductiva y fecundidad*. Disponible en <<http://bit.ly/10zxh7e>> [consulta: 10 de octubre de 2012].

¹⁴ CONAPO, *Nuevas estimaciones de las necesidades insatisfechas de anticonceptivos en México*, México, 2012, p. 43.

¹⁵ Artículo 40.- ... Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

Artículo 73.- El Congreso tiene facultad:

XVI.- Para dictar leyes sobre nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República.

¹⁶ *Ley General de Salud*, artículos 3º y 27.

¹⁷ *Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica*, artículos 17, 116, 117, 118, 119 y 120.

¹⁸ *Reglamento de la Ley General de Población*, artículos 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 y 23.

¹⁹ Cossío Díaz, José Ramón, “Píldora de emergencia: las repercusiones del fallo de la Suprema Corte en el ámbito médico” en *Gaceta Médica de México*, vol. 146, no. 4, julio-agosto de 2010. Disponible en <<http://bit.ly/X2ZBZA>> [consulta: 7 de noviembre de 2012].

²⁰ *Ley General de Salud*, artículo 13.

²¹ Cossío Díaz, José Ramón, *op. cit.* (ver *supra*, nota 19).

²² *NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres*, disposición 6.4.2.3.

²³ En el estado de México sólo se cuenta con el *Reglamento de Salud del Estado de México*, el cual tiene como objeto “proveer en la esfera administrativa, el cumplimiento del Código Administrativo del Estado de México”. Disponible en <<http://bit.ly/10iAS4Z>> [consulta: 5 de noviembre de 2012].

²⁴ El artículo 3 de la *Ley de Salud para el Estado de Hidalgo* sólo establece que la planificación familiar es materia de salubridad general, y en el caso de Michoacán, el artículo 6 de la *Ley de Salud* del estado remite a la *Ley General de Salud*.

²⁵ Veintidós estados utilizan el concepto de planificación familiar (Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Coahuila, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Nuevo León, Puebla, Quintana Roo, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas).

²⁶ Cinco estados (Chihuahua, Morelos, Oaxaca, Querétaro y San Luis Potosí).

²⁷ Dos entidades (Distrito Federal y Tabasco).

²⁸ Dos estados (Colima y Nayarit).

²⁹ *Ley de Salud del Estado de Chiapas*, artículo 14.

³⁰ *Ley de Salud del Estado de Chihuahua*, artículo 62.

³¹ Información en general, no anticonceptiva, según establece la *Ley de Salud del Estado de San Luis Potosí*, artículo 57.

³² Comité CEDAW, *A.S. vs. Hungría. Comunicación No. 4/2004*, 36° período de sesiones (2006), párrafos 11.2-11.4, [CEDAW/C/36/D/4/2004]. Disponible en <<http://bit.ly/V2qb7f>> [consulta: 15 de noviembre de 2012].

³³ Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chihuahua, Coahuila, Durango, Guanajuato, Guerrero, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Yucatán y Zacatecas.

³⁴ Comité CEDAW, *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: México*, 52° período de sesiones (2012), párrafo 31, [CEDAW/C/MEX/CO/7-8]. Disponible en <<http://bit.ly/PgVxWq>> [consulta: 30 de octubre de 2012].

³⁵ Aguascalientes, Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Coahuila, Colima, Distrito Federal, Durango, Guanajuato, Guerrero, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sonora, Tabasco, Tlaxcala y Zacatecas.

³⁶ *Ley de Salud del Estado de Tabasco*, artículo 67.

³⁷ La información que se presenta es un resumen de las respuestas proporcionadas por las procuradurías y, en su mayoría, conservan la sintaxis original.

³⁸ Respondió Secretaría de Salud del estado de Querétaro.

³⁹ Baja California, Baja California Sur, Campeche, Distrito Federal, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, México, Morelos, Oaxaca, Puebla, Sinaloa y Zacatecas.

⁴⁰ Gobierno Federal, Procuraduría General de la República, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Informer*, Folio 0001700215512. Disponible en <<http://bit.ly/XIsgSL>> [consulta: 25 de enero de 2013].

⁴¹ A pesar de que la solicitud de información se realizó a través del *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, se puso a disposición la información únicamente a través de medio físico, lo cual obligaba a acudir personalmente a la Secretaría de Salud de Jalisco.

⁴² Chihuahua, Fiscalía General del Estado, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 067692012. Disponible en <<http://bit.ly/WsImmU>> [consulta: 25 de enero de 2013].

⁴³ Campeche, Secretaría de Salud, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 0100041312. Disponible en <<http://bit.ly/WzywNs>> [consulta: 25 de enero de 2013].

⁴⁴ San Luis Potosí, Servicios de Salud, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 00189112R. Disponible en <<http://bit.ly/127B1xs>> [consulta: 25 de enero de 2013].

⁴⁵ A pesar de que la solicitud de información se realizó a través del *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, se puso a disposición la información únicamente a través de medio físico, lo cual obligaba a acudir personalmente a la Secretaría de Salud de Jalisco.

⁴⁶ Gobierno Federal, Instituto Mexicano del Seguro Social, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 0064101094512. Disponible en <<http://bit.ly/VIW6E>> [consulta: 25 de enero de 2013].

⁴⁷ Puebla, Secretaría de Salud, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 00149912. Disponible en <<http://bit.ly/VuhgOB>> [consulta: 25 de enero de 2013].

⁴⁸ A pesar de que la solicitud de información se realizó a través del *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, se puso a disposición la información únicamente a través de medio físico, lo cual obligaba a acudir personalmente a la Secretaría de Salud de Jalisco.

3.

MORTALIDAD MATERNA

3.1 / INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna prevenible es una violación a los derechos humanos a la vida, a la integridad personal, a la salud –incluida la salud reproductiva–, a la autonomía reproductiva, a la vida privada, a la igualdad y no discriminación, a decidir sobre el número y espaciamiento de los hijos/as, a no ser sometida a torturas, tratos crueles, inhumanos y degradantes; a la educación, a la información y al goce de los beneficios del progreso científico y tecnológico.

De manera expresa, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) establece en el artículo 12 la obligación de los Estados de adoptar medidas tendientes a asegurar a las mujeres el acceso a servicios de salud en general, en igualdad de condiciones, los cuales incluyen los servicios apropiados en relación con el cuidado del embarazo, el parto y el periodo posterior al parto (puerperio).

La mortalidad materna se define como la muerte de la mujer durante el embarazo, el parto o los 42 días posteriores al parto, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio, o su manejo, pero no por causas accidentales.¹ A nivel internacional, la medida generalmente utilizada para identificar y evaluar la existencia y gravedad de las barreras para el acceso a los servicios de salud materna es la Razón de Mortalidad Materna (RMM), que expresa el número de mujeres que mueren durante el embarazo, parto o puerperio por cada 100,000 nacidos vivos.

Debido a que la mayoría de las muertes que se presentan bajo las circunstancias antes descritas son atribuibles a causas prevenibles, la mortalidad es un asunto de derechos humanos y así ha sido reconocido por varios mecanismos internacionales. En 2009, el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas reafirmó que la muerte materna es un asunto de derechos humanos y expresó su preocupación por la alta RMM en el mundo. Asimismo, solicitó a los Estados renovar su compromiso de eliminar los casos de mortalidad y morbilidad materna prevenibles en cumplimiento de sus obligaciones adquiridas en materia de derechos humanos.²

En 2011 el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW) decidió sobre el primer caso de este tipo presentado a nivel internacional, en el cual condenó al Estado de Brasil por la falta de medidas efectivas para prevenir la muerte materna de una joven afrobrasileña.³

Por otra parte, la reducción de la RMM en 75% entre 1990 y 2015 fue incluida como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Dicha inclusión representa el compromiso de los Estados para reducir la muerte materna y mejorar los servicios de salud,⁴ reiterando sus compromisos internacionales en el Programa de Acción de la Conferencia sobre Población de El Cairo de 1994⁵ y la Declaración de Beijing y su Plataforma de Acción de 1995.⁶

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), todos los días mueren 800 mujeres en el mundo por causas relacionadas con el embarazo y el parto. La mayor parte de estas muertes son prevenibles y un porcentaje muy grande corresponde a mujeres en situación de vulnerabilidad: rurales, indígenas, afrodescendientes y pobres.⁷ Las causas directas de la mortalidad materna incluyen la eclampsia y preeclampsia, las hemorragias, las infecciones y los abortos inseguros.⁸ Muchas de estas causas se relacionan con la falta de acceso a servicios de salud de calidad, que se asocian con costos elevados de la atención médica, deficiencias en los insumos y equipos, y la falta de personal capacitado. Asimismo, existen barreras estructurales como las leyes, políticas y prácticas que perpetúan la discriminación contra las mujeres en el ámbito social, económico y familiar.⁹

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) ha reiterado que la falta de acceso a servicios adecuados de salud materna constituye una violación de los derechos humanos de las mujeres, especialmente a su integridad personal, a la salud y a la no discriminación. Asimismo, ha señalado que es imprescindible que los Estados cumplan con sus obligaciones internacionales en esta materia y que se “requieren medidas prioritarias inmediatas” para atender la mortalidad materna.¹⁰ Dentro de las recomendaciones emitidas por la CIDH a los Estados miembros de la Organización de Estados Americanos para el cumplimiento de sus obligaciones se encuentra el acceso oportuno a recursos judiciales efectivos para las mujeres que consideren que el Estado no ha observado sus obligaciones en esta materia.¹¹ Por ello, aunado a las acciones de los Estados para evitar la muerte materna en el sector salud, es indispensable que se promueva el acceso a la justicia tanto en casos de muerte materna como de complicaciones severas e incapacitantes.

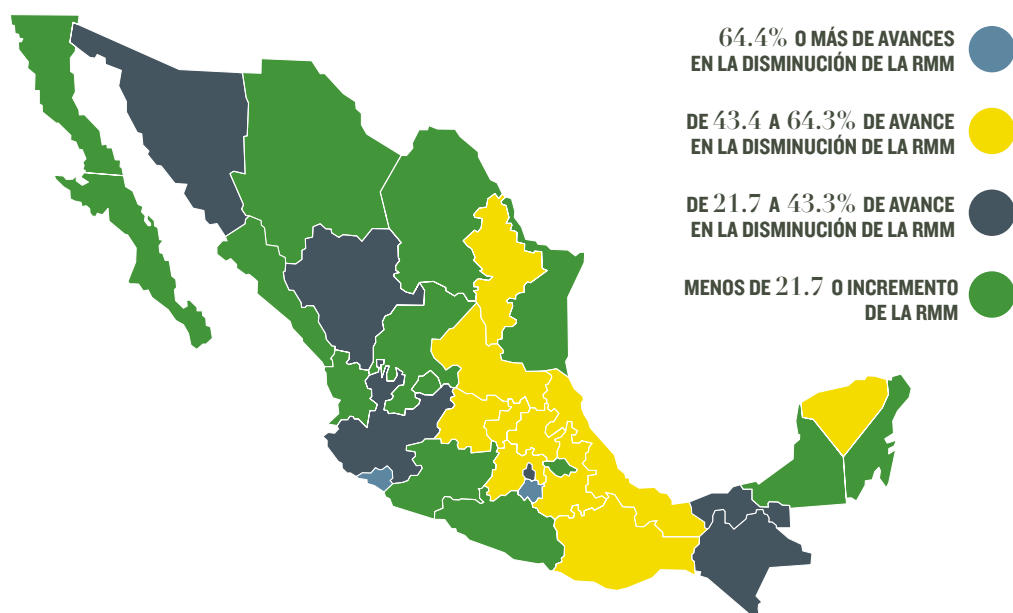
El principal mecanismo para garantizar la debida investigación de estas violaciones y su sanción es asegurar que las víctimas y sus familiares tengan acceso a recursos efectivos y protección judicial.¹² Asimismo, las investigaciones judiciales para determinar la atribución de la responsabilidad de los Estados resultan una medida necesaria para identificar y erradicar las prácticas discriminatorias que perpetúan la mortalidad materna, reparar el daño a las víctimas y promover medidas legislativas y de política pública para que dichos casos no se repitan.

3.2 / SITUACIÓN EN MÉXICO

La normativa nacional en el ámbito federal y local otorga carácter prioritario a la prestación de servicios de salud materna en las instituciones del Sistema Nacional de Salud. Las obligaciones internacionales de derechos humanos contraídas por México comprometen al Estado a prevenir la muerte materna; sin embargo, los datos estadísticos no muestran una reducción notable en los últimos cinco años. Tanto las principales causas como las entidades federativas con el mayor registro de casos han permanecido sin cambios.¹³ Esta situación es sin duda un reflejo de la existencia de problemas estructurales en el Sistema que impiden a las mujeres un acceso efectivo a los servicios de salud materna.

En México, la RMM en 2008 fue de 57.2, en 2009 de 62.2, en 2010 de 51.5 y en 2011 de 50.7 por cada 100,000 nacimientos.¹⁴ En números absolutos, de 1990 a 2011 fallecieron 28,042 mujeres por complicaciones durante el embarazo, aborto, parto o puerperio.¹⁵ Si analizamos los avances y retrocesos en términos de RMM, entre 1990 y 2010, de las 32 entidades federativas, 14 registraron avances mínimos, incluso un incremento, y 18 la redujeron.¹⁶ Cabe resaltar los casos de Colima y Morelos¹⁷ que la redujeron 64.4% o más. Hay que recordar que de conformidad con los ODM, México se comprometió a reducir la RMM en 75% para 2015. Dada la tendencia actual, es muy probable que el Estado mexicano no pueda cumplirlo.

PORCENTAJES DE AVANCE POR ENTIDAD FEDERATIVA EN EL OBJETIVO 5 DE DESARROLLO DEL MILENIO ENTRE 1990 Y 2010



FUENTE: Observatorio de Mortalidad Materna en México, *Porcentajes de avance por entidad federativa en el Objetivo 5 de Desarrollo del Milenio entre 1990 y 2010*.

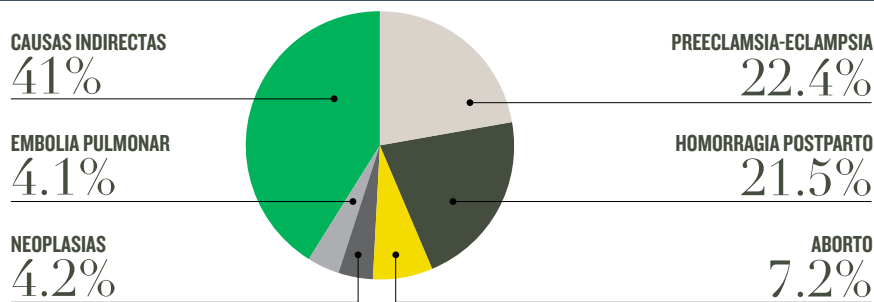
Para 2010, en cinco entidades federativas se concentraba el mayor porcentaje de muerte materna en mujeres hablantes de una lengua indígena: Oaxaca (55.9%), Guerrero (47.2%), Chihuahua (35.9%), Yucatán (25.0%) y Chiapas (24.6%).

En relación con el nivel educativo, a nivel nacional, 8.7% de las mujeres que fallecieron no tuvieron acceso a la educación, y en estados como Chihuahua, Chiapas, Guerrero, Puebla, Oaxaca, Michoacán, Hidalgo, Veracruz y Morelos este porcentaje oscila entre 10 y 25. Una de cada tres no contaba con seguridad social, mientras que alrededor de 40% estaban afiliadas al Sistema Nacional de Protección Social en Salud (SNPSS).¹⁸

En 2011 el patrón se repitió: a nivel nacional, 7.5% no tuvieron acceso a educación y 31% más sólo habían alcanzado nivel de primaria, completa o incompleta; 16% hablaban lengua indígena y de un total de 68% no tenían seguridad social 20% y eran afiliadas al SNPSS 48%.¹⁹

En la siguiente gráfica se muestra la distribución porcentual por causas de muerte materna de los casos registrados en México entre 2010 y 2012, datos que revelan que las dos principales causas siguen siendo la preeclampsia/eclampsia y las hemorragias ocurridas antes, durante y después del parto. La tercera causa de muerte en 2010 y 2012 fue el aborto; mientras que en 2011 fue la sepsis. Para 2012, las causas obstétricas indirectas se registran como la primera fuente de muerte materna a nivel nacional.

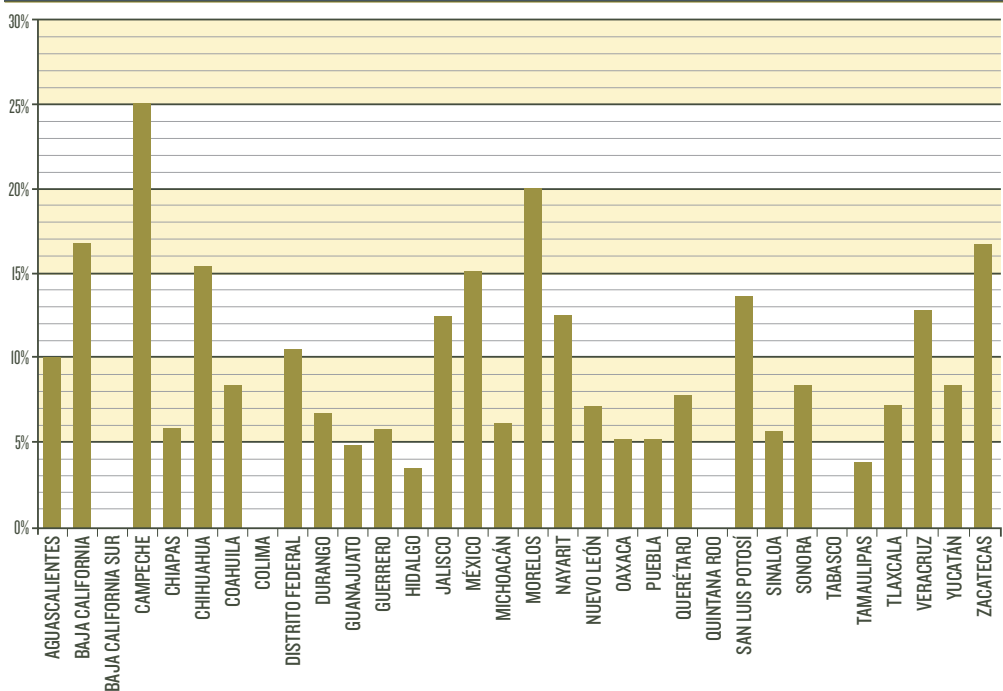
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA / MÉXICO 2012



Fuente: Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología.

El aborto, causa de 7% --en promedio-- de muerte materna durante los últimos veinte años,²⁰ en 2010 provocó 9.3% de los fallecimientos. Sin embargo, en 2010 representó entre 11 y 25% en diez estados de la República (como se muestra en el cuadro siguiente)²¹ y en 2011, en ocho estados, registró un porcentaje igual o mayor a diez.²²

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR ENTIDAD FEDERATIVA DE MUERTE MATERNA POR ABORTO / MÉXICO 2010



FUENTE: Observatorio de Mortalidad Materna en México, *Mortalidad materna en México. Numeralia 2010*.

Asimismo, en México un gran número de mujeres que mueren por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio pertenecen a comunidades indígenas y/o viven en condiciones de pobreza. Por ejemplo, 33.4% de los casos de muerte materna de 2004 a 2008 fueron de mujeres que vivían en localidades de menos de 2,500 habitantes, situación que aumenta la probabilidad de que no hayan contado con los medios necesarios para acceder de inmediato a algún servicio de hospitalización.²³

También existe una especial preocupación por la muerte materna en las adolescentes,²⁴ ya que el temprano inicio de su vida reproductiva las coloca en un riesgo dos a cinco veces más alto que las mayores de veinte años.²⁵ Entre 1990 y 2008, aproximadamente una de cada ocho defunciones maternas fue de adolescentes menores de 19 años.²⁶ Durante 2009, 2010 y 2011 el porcentaje fue de 13.8, 10 y 9.6, respectivamente.²⁷

En 2010, más de 91% de las fallecidas por una causa materna llegaron a un establecimiento hospitalario y recibieron algún tipo de cuidado antes de morir, lo que habla de una deficiente calidad en la atención de emergencias obstétricas en los servicios de salud. En Oaxaca, Guerrero y Chiapas alrededor de una de cada cuatro mujeres murió en su casa, y en Guerrero y San Luis Potosí 15% fallecieron en la vía pública, cifras que evidencian un serio problema de acceso a los servicios de salud en los estados marginados.²⁸

La institución que registró mayor muerte materna en los últimos tres años fue la Secretaría de Salud, con una cifra por encima de los 400 casos al año. Cabe destacar, sin embargo, que la misma Secretaría y los servicios estatales de salud son las instituciones que más eventos obstétricos (partos y abortos) atienden.

Los datos anteriores reflejan la precaria protección a la salud materna, particularmente de las mujeres que se encuentran en situación de vulnerabilidad, como las indígenas, adolescentes y pobres.

CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LA MUERTE MATERNA POR CAUSA E INSTITUCIÓN / MÉXICO 2010-2012									
	2010 ²⁹			2011 ³⁰			2012 ³¹		
TOTAL	992			955			949		
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR LAS TRES PRIMERAS CAUSAS	PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA	HEMORRAGIA EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	ABORTO	PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA	HEMORRAGIA POSTPARTO	SEPSIS E INFECCIÓN PUERPERAL	PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA	HEMORRAGIA POSTPARTO	ABORTO
	25%	19.6%	9.3%	24%	22.3%	7.6%	22.1%	21.2%	7.1%
DISTRIBUCIÓN POR INSTITUCIÓN	SERVICIOS ESTATALES DE SALUD 529 MUJERES MUERTAS			SECRETARÍA DE SALUD 464 MUJERES MUERTAS			SECRETARÍA DE SALUD 467 MUJERES MUERTAS		
	IMSS 169 MUJERES MUERTAS			SIN ATENCIÓN MÉDICA 200 MUJERES MUERTAS			IMSS 146 MUJERES MUERTAS		
	INSTITUCIONES PRIVADAS 85 MUJERES MUERTAS			IMSS 146 MUJERES MUERTAS			INSTITUCIONES PRIVADAS 88 MUJERES MUERTAS		

FUENTE: Elaboración propia de GIRE a partir de datos obtenidos del Observatorio de Mortalidad Materna y de la Secretaría de Salud.

De 2007 a 2012 se continuó con el programa de acción específico “Arranque Parejo en la Vida” que establece políticas encaminadas a orientar la prestación de los servicios de salud materna en todas las instituciones del país que forman parte del Sistema Nacional de Salud. Dicho programa también impulsó la elaboración de planes estatales de acción de salud materna y perinatal durante este periodo, con el objetivo de reconocer las necesidades de las entidades en esta materia. Además, el 28 de mayo de 2009 el Ejecutivo federal presentó la Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna, que incluye, entre otras medidas, la atención universal gratuita de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio en cualquier institución del sector salud, independientemente de si la mujer es derechohabiente o no (Convenio Interinstitucional para la Atención de Emergencias Obstétricas). A partir de ese año se inició una estrategia focalizada que busca reducir la muerte materna entre 7 y 14%.

Si bien el programa plantea un conjunto de acciones de incidencia --que abarcan desde la mejora en la infraestructura de los servicios de salud materna hasta la coordinación nacional para el registro estadístico de los casos de muerte materna-- de acuerdo con la meta nacional, los porcentajes de reducción de muerte materna son inferiores a lo establecido en los ODM. Además, la vigencia de este programa, y por lo tanto de los estatales, es de carácter sexenal por lo que su continuidad depende de la importancia que cada Gobierno federal otorga a la problemática.

A pesar de la existencia de programas como éste, la muerte materna no se ha reducido significativamente, lo que demuestra no sólo su falta de efectividad sino su deficiente implementación en los tres niveles de gobierno (federal, local y municipal).

Además de la nula reducción de la mortalidad materna, no hay acceso a recursos efectivos que proporcionen a los familiares de las víctimas la reparación del daño y la obtención de justicia.

El porcentaje de casos que son investigados y sancionados debidamente es preocupantemente bajo, como se verá en la sección sobre implementación.

La falta de acceso a la justicia y la impunidad en la que permanecen los casos constituyen una violación a los derechos humanos de las mujeres y sus familiares, e implican una responsabilidad internacional del Estado por la falta de debida diligencia en la investigación tanto de las irregularidades ocurridas en las instituciones de salud como de las responsabilidades del personal por negligencia médica.

3.3 / MARCO NORMATIVO

El derecho de las mujeres a la salud materna tiene como fundamento los derechos humanos a la vida, a la integridad personal, a la salud, a la autonomía reproductiva, a la vida privada, a la igualdad y no discriminación, reconocidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y los tratados internacionales ratificados por el Estado mexicano.

3.3.1 LEY GENERAL DE SALUD Y SU REGLAMENTO

La Ley General de Salud “establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general”³² y prevé como materia de salubridad general la atención materno infantil³³ la cual, a su vez, se considera como parte de los servicios básicos de salud para los efectos del derecho a la protección de la salud.³⁴

Los servicios específicos de atención materna están previstos en el capítulo V de esta ley, donde se indica que la protección materno infantil y la promoción de la salud materna “abarca el periodo que va del embarazo, parto, postparto y puerperio, en razón de la condición de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer y el producto”³⁵ y engloba, entre otras acciones, “la atención integral de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo la atención psicológica que requiera”.³⁶ Asimismo, esta ley enfatiza el derecho de las mujeres embarazadas a obtener servicios de salud “con estricto respeto de sus derechos humanos”.³⁷

En la Ley General de Salud se establecen diversas acciones encaminadas a identificar y erradicar los factores de riesgo para la salud de las mujeres embarazadas y fortalecer medidas para mejorar el acceso y la calidad de la atención del embarazo, parto y puerperio tales como la capacitación de parteras tradicionales en la atención obstétrica,³⁸ la participación de la sociedad civil y el sector privado mediante la creación de Redes de Apoyo a la Salud Materna;³⁹ “la vigilancia de actividades ocupacionales que puedan poner en peligro la salud física y mental de los menores y de las mujeres embarazadas”⁴⁰ y la creación de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil, a efecto de “conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes”.⁴¹

Por su parte, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica prevé un capítulo específico de disposiciones para la prestación de servicios de atención materno infantil en el cual se señala como una de las obligaciones de los responsables de un hospital gineco obstétrico, tomar las medidas necesarias para disminuir la mortalidad materna e infantil “acatando las recomendaciones que para el efecto dicten los comités nacionales respectivos”.⁴²

3.3.2 NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-1993, ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO Y DEL RECIÉN NACIDO

Esta norma, adoptada en 1993, establece el protocolo de atención médica para las mujeres durante todo el periodo del embarazo, el parto y el puerperio con el fin de garantizar una atención de calidad y reducir la mortalidad y morbilidad materno infantil.

Esta norma describe de forma general los pasos a seguir para el cuidado prenatal y el protocolo de atención en casos de emergencias obstétricas que pongan en riesgo la vida de la mujer embarazada.⁴³ El propósito es normar y homogeneizar los procedimientos de atención a la mujer gestante y evitar prácticas que pongan en riesgo el desarrollo del embarazo o que no respondan a los más altos estándares de calidad.

La NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido (NOM 007) establece la obligación de las unidades médicas de registrar el número de atenciones médicas a mujeres embarazadas, durante el parto y puerperio; también norma la notificación oportuna de los casos de muerte materna, información que debe ser concentrada por el personal responsable de la estadística de la unidad y de la institución para remitirla a la Secretaría de Salud con el propósito de alimentar el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS),⁴⁴ misma que se encuentra disponible en el sitio de internet del Sistema.⁴⁵

Esta norma es de cumplimiento obligatorio para todo el personal de salud que atiende a mujeres embarazadas en las unidades del sector público, social y privado a nivel nacional.

Aunado a esta normativa y para garantizar su implementación, el Gobierno federal y los gobiernos locales han establecido diversos programas y políticas para reducir la mortalidad materna. Algunos de estos programas fueron mencionados ya en la sección sobre la situación en México, especialmente el de “Arranque Parejo en la Vida”, sin embargo el apartado de implementación se centrará en el análisis de los mecanismos de rendición de cuentas y el acceso a la justicia en casos de muerte materna, y no de los programas existentes.

3.4 / IMPLEMENTACIÓN DEL MARCO NORMATIVO: ACCESO A LA JUSTICIA Y RENDICIÓN DE CUENTAS

El monitoreo y la rendición de cuentas son dos aspectos fundamentales para analizar el nivel de implementación del marco normativo en materia de salud materna.

Desde una perspectiva de derechos humanos, la rendición de cuentas implica el establecimiento de mecanismos que permitan identificar los vacíos y obstáculos en la implementación del marco normativo y las políticas públicas; así como mecanismos que aseguren un remedio efectivo y la reparación del daño para quienes han visto violados sus derechos.

Garantizar el acceso a la justicia a los familiares de las víctimas de muerte materna resulta de vital importancia, en todos aquellos casos que están relacionados con la violación de los derechos. En la actualidad, los familiares de las víctimas cuentan con instrumentos jurídicos limitados y poco efectivos para acceder a la justicia, situación que se agrava en el caso de personas en condición de pobreza.

Por su carácter, la atribución de la responsabilidad por la muerte de estas mujeres, puede concluir con una sanción a los prestadores de servicios, con la responsabilidad administrativa de la institución de salud o con la atribución de responsabilidad internacional del Estado por el incumplimiento de sus obligaciones en materia de derechos humanos.⁴⁶ Es importante que estos casos sean resueltos ante las instancias competentes, que permitan la investigación de los hechos y causas bajo los cuales sucedieron, y que determinen la eventual responsabilidad civil, administrativa, penal y en materia de derechos humanos, así como la consecuente reparación integral para las víctimas.

Sin duda, la gran mayoría de las muertes maternas prevenibles están relacionadas con fallas estructurales e institucionales del sistema de salud. Por eso, es importante que los procesos de rendición de cuentas y acceso a la justicia se comprendan como una oportunidad para mejorar los sistemas de salud y para coadyuvar en la prevención; que sean procesos de rendición de cuentas constructivos y contribuyan a que los prestadores de servicios de salud puedan realizar su trabajo en mejores condiciones.

El hecho de que existan mecanismos de monitoreo y rendición de cuentas permite evaluar la efectividad de las políticas y programas existentes, para luego llevar a cabo las reformas y modificaciones necesarias con el objetivo de mejorar su efectividad.

En 2012 el Comité CEDAW recomendó al Estado mexicano que “[...]intensifique sus esfuerzos para reducir la tasa de mortalidad materna, en particular adoptando una estrategia amplia de maternidad sin riesgos en que se dé prioridad [...] al establecimiento de mecanismos de vigilancia y asignación de responsabilidad [...]”⁴⁷

3.4.1 COMITÉS DE PREVENCIÓN DE MORTALIDAD MATERNA E INFANTIL

La Ley General de Salud establece que en los servicios de salud se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.⁴⁸ De conformidad con esta disposición, la NOM 007⁴⁹ establece la obligación de toda unidad médica de segundo nivel que brinde atención obstétrica, de integrar y operar un Comité de Estudios de Mortalidad Materna y un Grupo de Estudios de Mortalidad Perinatal.⁵⁰ Los dictámenes de dichos Comités y Grupos deben incluir acciones de prevención y mejoras específicas hacia los factores y las causas que ocasionan la muerte materna y perinatal.⁵¹

En 1995, la Secretaría de Salud federal creó el Comité Nacional para el Estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal (CNEMMP)⁵² con el objetivo de mejorar los registros y estimaciones de los indicadores sobre mortalidad materna y perinatal en todos los hospitales públicos y privados del país, con la intención de establecer estrategias para la reducción de dicha mortalidad.⁵³ En 2001 se publicó el acuerdo secretarial “por el que se crea el Comité Nacional del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida”, que deja sin efectos el CNEMMP.⁵⁴ En 2004 se publicó un acuerdo por medio del cual se intenta organizar y coordinar de mejor forma los comités de mortalidad materna.

ASÍ, LA ESTRUCTURA ACTUAL DE LOS COMITÉS ES LA SIGUIENTE:

- > Comité Nacional del Programa de Arranque Parejo en la Vida
- > Comité Institucional (nivel central) en dependencias diferentes a la Secretaría de Salud, como el IMSS, el ISSSTE y otras
- > Comité Estatal o Delegacional
- > Comité Jurisdiccional
- > Comité Local u Hospitalario

El Comité Nacional de Arranque Parejo en la Vida tiene como atribuciones proponer políticas, lineamientos, normas, procedimientos, estrategias y acciones para la operación del programa; vigilar y evaluar el cumplimiento de las normas, procedimientos y lineamientos generales, así como el desarrollo y los resultados del programa; proponer las medidas para mejorar la instrumentación del programa; promover, vigilar y, en su caso, acreditar que las unidades de atención médica cuenten con la infraestructura, así como con los insumos necesarios para realizar las acciones del programa, entre otras.⁵⁵ De acuerdo con lo anterior, las atribuciones del Comité Nacional y los comités estatales son amplias y coadyuvan al monitoreo y rendición de cuentas de las instancias médicas. Cabe preguntarse qué tipo de seguimiento le dan los comités a las políticas, lineamientos y recomendaciones que proponen para mejorar los servicios de salud materna y qué ocurre en casos donde se identifican responsabilidades específicas de servidores públicos. No puede deducirse de las atribuciones específicas que los comités estén habilitados para identificar este tipo de responsabilidades.

La implementación de los comités ha permitido disminuir el subregistro de muerte materna y su notificación tardía, precisar las causas y formular análisis clínicos y epidemiológicos. Sin duda, todo ello ha sido importante para identificar en cada institución las acciones que son necesarias para mejorar la calidad de la atención obstétrica básica y de emergencia. Sin embargo, no queda documentado qué tipo de acciones y lineamientos han sido propuestos por estos comités, sobre todo estatales, y qué grado de implementación se ha logrado.

Además de este complejo esquema existe una estructura de la sociedad civil para monitorear la mortalidad materna, y está compuesta por el Comité Promotor por una Maternidad Segura en México, los comités estatales en seis entidades federativas (Chiapas, Guerrero, Jalisco, Oaxaca, San Luis Potosí y Veracruz) y el Observatorio de Mortalidad Materna en México. Los comités están integrados por organizaciones de la sociedad civil, gubernamentales, académicas y agencias internacionales de cooperación preocupadas por la salud materna.⁵⁶ Los comités realizan trabajo de difusión, monitoreo e incidencia en políticas públicas relacionadas con la muerte materna, mientras que el Observatorio tiene como función monitorear los indicadores de avances o retrocesos en la salud materna.

3.4.2 QUEJAS ADMINISTRATIVAS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

El recurso más inmediato que tienen los familiares ante un caso de muerte materna es el del escrito de queja, por el cual las personas pueden reportar las deficiencias en la atención médica recibida en las instituciones del Sistema Nacional de Salud. Estas quejas, según la Ley General de Salud, “deberán ser atendidas y resueltas en forma oportuna y efectiva por los prestadores de servicios o por las instancias que las instituciones tengan definidas para tal fin, cuando la solución corresponda a su ámbito de competencia”.⁵⁷ La ley establece la facultad de cada institución de salud para determinar el procedimiento que considere necesario para que las personas puedan presentar estas quejas.⁵⁸

La importancia de la presentación de quejas radica en la posibilidad de la investigación que de manera interna pueden realizar las instituciones de salud para determinar y aplicar las medidas y sanciones administrativas correspondientes por el fallecimiento de las mujeres en los casos de muerte materna. Sin embargo,

la falta de un mismo procedimiento institucional que regule el mecanismo de acceso a la justicia en materia de salud, crea incertidumbre para las y los usuarios de los servicios, respecto del procedimiento que deben seguir ante las instituciones y en etapas posteriores.

Para este informe se preguntó a la Secretaría de Salud federal, a través de una solicitud de acceso a la información pública, el número de quejas presentadas durante el periodo de enero de 2008 a agosto de 2012 por casos en los que las mujeres fallecieron por negligencia en la atención de su embarazo. La Secretaría de Salud se declaró incompetente para proporcionar dicha información y remitió para su respuesta a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).⁵⁹ Ello ejemplifica la falta de claridad con la que el procedimiento de queja es reconocido por la autoridad en materia de salud, a pesar de su importancia. También pone en entredicho si los hospitales implementan formalmente estos procedimientos y si la autoridad federal les da algún tipo de seguimiento. La misma información fue solicitada a la CONAMED sin que se recibiera respuesta alguna.

3.4.3 PROCESOS ADMINISTRATIVOS EN CONTRA DE SERVIDORES PÚBLICOS

Las omisiones y deficiencias en la prestación de los servicios médicos para prevenir y diagnosticar adecuadamente las causas de muerte materna en las clínicas y hospitales públicos pueden generar responsabilidad administrativa. El personal médico que labora en las instituciones públicas de salud, como son el IMSS y el ISSSTE, están sujetos al régimen de responsabilidad de los servidores públicos. Por lo tanto, el personal de dichas instituciones debe cumplir su cargo con legalidad, honradez, imparcialidad y eficiencia.⁶⁰ De acuerdo con la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, las y los servidores públicos deben cumplir las obligaciones que correspondan al servicio que les sea encomendado y abstenerse de realizar actos u omisiones que no permitan la prestación del mismo o provoquen que se preste de una manera deficiente.⁶¹ Asimismo, los servidores públicos deben observar buena conducta y tratar con respeto a las personas con las que tengan relación en el desempeño de su servicio. Deben rendir cuentas sobre las funciones que les sean designadas, así como utilizar exclusivamente los recursos asignados para cumplir con los fines para los cuales han sido emitidos.⁶²

En caso de incumplimiento de sus obligaciones, el servidor público puede ser sometido a un procedimiento administrativo y a las sanciones correspondientes, que pueden ser: amonestación privada o pública; suspensión del empleo o cargo; destitución del puesto; sanción económica e inhabilitación temporal para desempeñar empleos, cargos o comisiones en el servicio público.⁶³ La investigación, tramitación, desarrollo y resolución del procedimiento administrativo está a cargo de las contralorías internas y de los titulares de las áreas de auditoría, de quejas y de responsabilidad de los órganos internos de control de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como de la Procuraduría General de la República.⁶⁴ Para iniciar procedimientos de esta naturaleza se debe presentar una queja o denuncia ante la unidad específica de la dependencia gubernamental (contraloría interna), incluyendo los datos y hechos que permitan verificar si el o la servidora pública ha incurrido, o no, en responsabilidad. Una vez realizada la investigación se aplican las sanciones correspondientes.

3.4.4 RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DEL ESTADO

Además de las sanciones previstas para los prestadores de servicios públicos de salud, existe la figura de la responsabilidad patrimonial del Estado, la cual es independiente de las sanciones referidas.

El 31 de diciembre de 2004 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado, que tiene como objeto fijar las bases y procedimientos para reconocer el derecho a

la indemnización de quienes sufran daños en cualquiera de sus bienes y derechos, como consecuencia de la actividad administrativa irregular del Estado.⁶⁵

La ley define la actividad administrativa irregular del Estado como aquella que cause daño a los bienes y derechos de las personas que no tengan la obligación jurídica de soportarlo, en virtud de no existir fundamento legal o causa jurídica de justificación para legitimar el daño de que se trate.⁶⁶

En el caso de las mujeres que hayan perdido la vida por causa de la deficiente y/o mala calidad de los servicios de salud, sus familiares tienen la opción de exigir del Estado el pago de una indemnización; al respecto, cabe señalar que esta reparación no resulta integral para los casos de violaciones de derechos humanos, pues sólo implica una parte --la económica-- y no incluye acciones que eviten la repetición de los hechos, tales como cambios normativos y estructurales.

3.4.5 PROCESOS PENALES A NIVEL LOCAL

Como ya fue señalado, la mayor parte de los casos de muerte materna se relacionan con las fallas estructurales del sistema de salud y las difíciles condiciones en las que muchas veces trabajan los servidores públicos. En este sentido, no resulta apropiado aplicar sanciones penales, excepto en los extremos donde exista dolo y haya una intención manifiesta de causar un daño a la mujer, como cuando se le esteriliza forzadamente después del parto.

Se presentaron solicitudes de acceso a la información a las 32 procuradurías de justicia locales sobre el número de averiguaciones previas relacionadas con casos de muerte materna de 2008 a 2012, de las cuales 25 respondieron. Tres⁶⁷ proporcionaron información relativa al número de averiguaciones previas por casos específicamente de muerte materna, sumando un total de 23; cuatro⁶⁸ señalaron que no se registró averiguación previa alguna por negligencia en la prestación de servicios de atención médica; seis dijeron tener un registro de averiguaciones previas iniciadas por negligencia en la prestación de servicios de atención médica, que suman menos de 15;⁶⁹ sin embargo, dado que estas averiguaciones están clasificadas bajo el rubro general de “negligencia médica” no se tiene certeza de si corresponden o no a casos de muerte materna. Doce entidades federativas⁷⁰ declararon inexistente la información solicitada bajo el argumento de no contar con ella de manera sistematizada en los términos requeridos o en sus expedientes.

3.4.6 COMISIONES DE DERECHOS HUMANOS

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) y las comisiones locales tienen dentro de sus funciones el ser organismos autónomos de denuncia de violaciones a los derechos humanos cometidas por el personal de la administración pública.

Dado que las comisiones no son instancias judiciales, el resultado de sus investigaciones concluyen con la emisión de recomendaciones que, si bien tienen como objetivo proteger y garantizar los derechos humanos reconocidos en la Constitución y en los tratados internacionales ratificados por el Estado mexicano, no son de cumplimiento obligatorio, ya que dependen, en última instancia, de la voluntad política de la institución pública correspondiente. Sin embargo la realización de una investigación diligente y la emisión de recomendaciones que establezcan claramente las obligaciones de las instituciones públicas pueden contribuir en la mejora de la actividad administrativa.

Para este informe, se preguntó a las comisiones, a través de una solicitud de acceso a la información pública, el número de quejas presentadas durante el periodo de enero de 2008 a noviembre de 2012 por violaciones a los derechos humanos en casos en los que las mujeres fallecieron por negligencia en la atención con motivo de su embarazo y parto.

La CNDH reportó haber emitido 23 recomendaciones, desde 1994 hasta 2012;⁷¹ cinco comisiones locales señalaron tener registradas una o dos quejas por muerte materna durante el periodo señalado,⁷² mientras que doce reportaron no contar con antecedentes de quejas bajo los criterios solicitados.⁷³

3.4.7 CASO EMBLEMÁTICO

Un caso que ilustra las fallas estructurales del sistema de salud en la atención a la salud materna y los obstáculos para acceder a la justicia es el de *Karla*,⁷⁴ mujer de 24 años que murió por causas prevenibles en la semana 36 del embarazo. *Karla* cursó los siete meses de embarazo sin ninguna complicación, sin embargo al octavo mes, cuando se encontraba viviendo en Alvarado, Veracruz, presentó signos de alarma. Acudió de emergencia a una consulta en la que se le diagnosticó un embarazo de alto riesgo, que alertaba sobre posibles complicaciones y la necesidad de cuidados hospitalarios.

El 7 de mayo de 2011 *Karla* empezó a tener inflamación, ardor y moretones en los pies, por lo que al día siguiente fue a una Unidad Médica Familiar (UMF) del IMSS, en Alvarado, donde los signos de alerta fueron ignorados. La doctora que la atendió sólo revisó la presión arterial de *Karla* y la frecuencia cardíaca del feto, señaló que los síntomas eran normales, le recomendó reposar y poner los pies en alto para reducir la inflamación. El 9 de mayo *Karla* continuó con la inflamación y el ardor de pies, así que acudió al Centro de Salud de Alvarado, donde fue atendida por un doctor. Este médico revisó nuevamente la presión arterial de *Karla* y la frecuencia cardíaca del feto, y le ordenó hacerse unos análisis de orina, permanecer en descanso y no comer sal. *Karla* acudió a un laboratorio particular para el estudio y la doctora de la UMF, después de revisar los resultados, aseguró que todo estaba bien y que debía permanecer en reposo.

Al día siguiente, *Karla* fue con un ginecólogo particular dado que el malestar no cedía. Este médico también le aseguró que se encontraba bien y que en los resultados del análisis de orina sólo aparecía una leve infección. Por cuarta ocasión, *Karla* buscó atención médica, regresando a la UMF del IMSS porque no se sentía mejor; no le realizaron exploración física ni estudio alguno. Dos días después regresó a la UMF con fiebre y los pies amoratados, la revisaron y finalmente le prescribieron un medicamento antimicrobiano, reiterándole que todo estaba normal. *Karla* fue enviada a su casa. La mañana siguiente se trasladó al Centro de Salud de Alvarado ante su nula mejoría. Ahí fue atendida por una doctora que le recetó una tableta de Paracetamol de 500 mg cada seis horas, medidas de hidratación oral, le ordenó análisis de sangre y la envió a su casa. Ese mismo día, *Karla* fue llevada con su médico particular quien afirmó que: a) el feto tenía arritmia, b) la infección urinaria persistía y c) ella presentaba un cuadro de salmonelosis.

Al día siguiente, ante la presencia de una hemorragia transvaginal, *Karla* acudió otra vez a la UMF. La atendió una doctora que sólo le tomó la temperatura y la presión arterial, y le señaló que todo se encontraba normal. Le ordenó ir al Hospital General del IMSS ubicado en Lerdo de Tejada, Veracruz. A las 11:20 de la mañana del mismo día fue trasladada al hospital en ambulancia, en compañía de su suegra; tenía hemorragia transvaginal, dolor abdominal y vómito. Al llegar a

la sala de urgencias, los médicos señalaron que aún no estaba en labor de parto porque no había dilatación, pese a la existencia de sangrado abundante que, por cierto, no fue atendido. El médico en turno informó que en dicho hospital no había ginecólogo de lunes a viernes y que debido a su disminución de plaquetas, *Karla* debía ser trasladada a la ciudad de Veracruz, que se encuentra a hora y media de ahí. La subieron a una ambulancia, junto con una enfermera y el médico tratante, para ser trasladada; en el trayecto su condición fue deteriorándose gravemente: falleció antes de llegar a la ciudad de Veracruz.

Los familiares de *Karla* comenzaron a exigir justicia de manera pública e iniciaron acciones legales, asistidos por un abogado particular. Esto derivó en el reconocimiento por parte del IMSS de su “responsabilidad objetiva institucional por la falta de recurso material y humano en las unidades médicas involucradas, sin encontrar responsabilidad civil en la atención médica otorgada a la finada, pues se proporcionó la atención médica requerida, con los recursos disponibles en cada unidad médica del IMSS”.⁷⁵ Bajo dicho reconocimiento, con fecha 12 de marzo de 2012, el esposo de *Karla* firmó un convenio de pago con el IMSS, en el que aceptó recibir una indemnización económica por reparación del daño, comprometiéndose al desistimiento de cualquier acción legal en contra del IMSS. Por la vía penal fue presentada una denuncia ante el Ministerio Público en contra de los médicos que atendieron a *Karla* en las diferentes consultas en los hospitales públicos a los que acudió. Hasta el momento no se tiene noticia alguna de avances al respecto. Asimismo, en agosto de 2011 fue presentada una queja ante la CNDH, pero en diciembre del mismo año la Comisión consideró cerrada la investigación, debido a que el IMSS informó de la atención a la queja y la reparación económica otorgada.

Dado que la demanda ante el IMSS terminó con el pago, no se cuenta con información relativa a si dicha institución realizó alguna acción de mejora ante la falta de recursos materiales y humanos para atender de forma pronta y adecuada las urgencias obstétricas que pudieran presentarse. Tampoco se sabe si se llevó a cabo un seguimiento administrativo en la institución para determinar una posible negligencia en la atención por parte de los prestadores de servicios de salud.

Hay que hacer notar la falta de continuidad otorgada al caso por parte de la procuraduría de justicia local, pues impidió concluirlo en un proceso penal ante una instancia de carácter judicial que sancionara a los responsables.

En este contexto, es cuestionable la actuación de la CNDH ya que se abstuvo de investigar con mayor diligencia y profundidad las causas de la muerte materna y la presunta responsabilidad de las autoridades de salud estatales. Asimismo, ante la resolución del asunto, se abstuvo de emitir una recomendación general para garantizar que casos como éste no se repitan. Cabe señalar que la declaración del IMSS --en el sentido de estar atendiendo el caso, haber aceptado una responsabilidad parcial en los hechos y otorgado una compensación económica-- bastó para que la CNDH diera por concluida y cerrada la queja sin verificar los términos de la atención proporcionada.

3.4.8 COMISIONES DE ARBITRAJE MÉDICO

La CONAMED creada en 1996, y sus similares de carácter local, son instituciones públicas que ofrecen mecanismos alternos de solución de controversias entre usuarios y prestadores de servicios médicos.

Estas comisiones fueron creadas por el Estado mexicano, a pesar de existir el procedimiento de queja en la Ley General de Salud, con el objetivo de proporcionar a los usuarios de los servicios de salud del país un mecanismo que les permita dilucidar posibles conflictos derivados de la prestación de estos servicios para “evitar grandes cargas de trabajo para los órganos jurisdiccionales, sin sustituirlos”. Sin embargo, las facultades de las comisiones están limitadas a lograr acuerdos entre las partes para determinar los daños de carácter civil derivados de la prestación de servicios médicos. No cuentan, por ende, con el registro de casos de muerte materna, ya que las conciliaciones no implican la investigación de hechos para atribuir responsabilidad administrativa o penal en contra de una de las partes.

El papel de las comisiones es relevante en los casos de muerte materna, respecto de la determinación y reconocimiento de responsabilidades de carácter civil por parte de las instituciones de salud, mismas que concluyen con el pago de alguna indemnización económica a favor de los familiares de las víctimas. Sin embargo, estas instancias no les garantizan el acceso a una justicia integral. De hecho, las comisiones pueden llegar a ser un incentivo para que los casos de muerte materna nunca sean investigados y procesados ante instancias jurisdiccionales y se mantengan en un estado de impunidad de facto.

3.5 / CONCLUSIONES

A pesar de la existencia de políticas y programas en materia de salud materna, la mortalidad materna en México no se ha reducido de forma significativa y la tendencia indica que no se alcanzará el Objetivo de Desarrollo del Milenio de reducir la RMM en 75% para 2015.

Los Comités de Mortalidad Materna son sin duda un mecanismo fundamental en el andamiaje para monitorear las políticas y programas en materia de salud materna. Sin embargo, las recomendaciones que emiten no son de cumplimiento obligatorio y no se les da seguimiento.

En materia de acceso a la justicia, aunque en la ley existen mecanismos de carácter civil, administrativo y penal para que los familiares de las víctimas de muerte materna prevenible puedan obtener un recurso efectivo, en la práctica esto no es así. El sistema de quejas administrativas en los hospitales parece no ser accesible, aunque se trate del recurso más inmediato para los familiares. Las instancias del Sistema Nacional de Salud no monitorean las quejas ni les dan seguimiento, y la normativa es demasiado laxa al establecer que cada institución de salud puede organizar su sistema de quejas, sin identificar los criterios que deben regir a estos mecanismos. Resulta preocupante que la Secretaría de Salud federal se declare incompetente al respecto y que la CONAMED no haya dado la información que le fue solicitada.

En términos de demandas administrativas contra el IMSS e ISSSTE, el caso de *Karla*, aquí relatado, refleja que si bien en ciertos casos se puede obtener una indemnización (si se cuenta con asesoría jurídica), estos procesos no se traducen en mejoras y cambios institucionales, y menos aún en la búsqueda e identificación de posibles responsabilidades de los profesionales de salud.

En cuanto a las averiguaciones previas es difícil hacer un balance dada la poca información recibida, pero todo indica que la negligencia médica que provoca la muerte materna no se traduce en procesos penales. Cabe destacar que la vía penal no es necesariamente la más adecuada para tratar estos casos, especialmente ante obstáculos y carencias estructurales que impiden brindar atención adecuada a las embarazadas; sin embargo, podrían darse casos donde esta vía sea una alternativa.

Las deficiencias de los mecanismos de monitoreo y rendición de cuentas son indudablemente un impedimento para avanzar en la reducción de la mortalidad materna prevenible, ya que es por medio de dichos mecanismos que las personas pueden obtener justicia y, a la vez, se logran identificar las barreras y obstáculos estructurales que enfrentan las mujeres durante la atención del embarazo, parto y puerperio.

3.6 / RECOMENDACIONES

- Fortalecer los mecanismos civiles, administrativos y penales de acceso a la justicia para los familiares de víctimas de muerte materna prevenible.
- Fortalecer los mecanismos de monitoreo y rendición de cuentas sobre las políticas y programas en materia de salud materna, con énfasis en la identificación de los patrones y las fallas estructurales.
- Asegurar, vía la Secretaría de Salud federal, que todas las instancias de salud cuenten con mecanismos accesibles y efectivos de quejas para las y los usuarios.
- Fortalecer el rol de los comités de mortalidad materna mediante el apoyo técnico, político y económico para su eficaz funcionamiento.
- Garantizar que las instituciones del Sistema Nacional de Salud implementen efectivamente las recomendaciones de los comités de mortalidad materna y todas aquellas relacionadas con el mejoramiento de los servicios de salud materna.
- Posicionar la maternidad segura como un asunto de derechos humanos y desarrollar acciones para atender las causas estructurales de tipo cultural, social y económico que inciden en este tipo de muerte.
- La CNDH y las comisiones locales deben poner especial atención al tema de la mortalidad materna por medio de la elaboración, difusión y promoción de informes especiales y tramitación de quejas y recomendaciones, enfocados no sólo en la indemnización sino también en la identificación y corrección de fallas estructurales y del personal del sistema de salud, así como en las violaciones a los derechos humanos de las mujeres, factores determinantes en la muerte materna.

NOTAS

¹ OPS, *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud* (CIE-10): vol. 1, 10ª revisión, Washington, D. C., Organización Panamericana de la Salud, 1995, p. 1169.

² Consejo de Derechos Humanos, *Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo: 11. Mortalidad y morbilidad maternas prevenibles y derechos humanos*, 11º período de sesiones (1999), [A/HRC/11/L.16/Rev.1]. Disponible en <<http://bit.ly/V6aXAO>> [consulta: 14 de enero de 2013].

³ Comité CEDAW, *Caso Alyne da Silva Pimentel vs. Brasil. Comunicación N° 17/2008*, 49º período de sesiones (2011), [CEDAW/C/49/D/17/2008]. Disponible en <<http://bit.ly/WGXrOd>> [consulta: 14 de enero de 2013].

⁴ Naciones Unidas, *Portal de la labor del sistema de Naciones Unidas sobre los objetivos de Desarrollo del Milenio. Objetivo 5: Mejorar la Salud materna*. Disponible en <<http://bit.ly/pQDL3F>> [consulta: 14 de enero de 2013].

⁵ UNFPA, *Programa de Acción de la Conferencia Internacional Sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, Egipto, 5 al 13 de septiembre de 1994*. Disponible en <<http://bit.ly/ZQptsQ>> [consulta: 14 de enero de 2013].

⁶ Naciones Unidas, *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995*. Disponible en <<http://bit.ly/sllUg5>> [consulta: 14 de enero de 2013].

⁷ OMS, *Mortalidad materna: nota descriptiva*, Ginebra, no. 348, mayo de 2012. Disponible en <<http://bit.ly/KWX7XF>> [consulta: 14 de enero de 2013].

⁸ OMS *et al.*, *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010*, Ginebra, 2012. Disponible en <<http://bit.ly/L5lRuQ>> [consulta: 14 de enero de 2013].

⁹ CIDH, *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*, Washington, 2010, párrafo 29, [OEA/Ser.L/V/II. Doc. 69, 7 de junio de 2010]. Disponible en <<http://bit.ly/WXZD3l>> [consulta: 14 de enero de 2013].

¹⁰ *Ibid.*, párrafo 20.

¹¹ *Idem.*

¹² *Idem.*

¹³ Chiapas, Distrito Federal, México y Veracruz.

¹⁴ Observatorio de Mortalidad Materna en México, *Mortalidad materna en México. Numeralia 2011*, México, 2012.

¹⁵ Véase el análisis de Schiavon, R., Erika Troncoso y Gerardo Polo, “Analysis of maternal and abortion-related mortality in Mexico over the last two decades, 1990-2008” en *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Reino Unido, vol. 188, suplemento 2, septiembre 2012, pp. S78-S86. Disponible en: <<http://bit.ly/12lqxIm>> [consulta: 30 de octubre de 2012].

¹⁶ 14 estados han reducido su razón de muerte materna en menos de 21.7% (Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chihuahua, Coahuila, Guerrero, Michoacán, Nayarit, Quintana Roo, Sinaloa, Tamaulipas, Tlaxcala y Zacatecas), seis entidades han reducido su razón de muerte materna entre 21.7% y 43.3% (Chiapas, Distrito Federal, Durango, Jalisco, Sonora y Tabasco) y dos la redujeron en 64.4% o más (Colima y Morelos). Ver Observatorio de Mortalidad Materna en México, *Porcentajes de avance por entidad federativa en el Objetivo 5 de Desarrollo del Milenio entre 1990 y 2010*. Disponible en <<http://bit.ly/Weh55o>> [consulta: 30 de octubre de 2012].

¹⁷ Colima y Morelos. Ver Observatorio de Mortalidad Materna en México... *op. cit.* (ver *supra*, nota 16).

¹⁸ Observatorio de Mortalidad Materna en México, *Mortalidad materna en México. Numeralia 2010*, México, 2011, p. 9. Disponible en <<http://bit.ly/11vmY4m>> [consulta: 14 de enero de 2013].

¹⁹ Observatorio de Mortalidad Materna en México... *op. cit.* (ver *supra*, nota 14).

²⁰ Ipas México, *Numeralia sobre morbi-mortalidad materna en adolescentes: México 1990-2009*, 28 de mayo de 2011. Disponible en <<http://bit.ly/ULK7Z2>> [consulta: 7 de junio de 2012]. Schiavon, R., Erika Troncoso y Gerardo Polo, "Analysis of maternal and abortion-related mortality in Mexico over the last two decades, 1990-2008" en *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Reino Unido, vol. 188, suplemento 2, septiembre 2012, pp. S78-S86. Disponible en: <<http://bit.ly/12lqxIm>> [consulta: 30 de octubre de 2012].

²¹ Observatorio de Mortalidad Materna en México... *op. cit.* (ver *supra*, nota 18).

²² Observatorio de Mortalidad Materna en México... *op. cit.* (ver *supra*, nota 14).

²³ Observatorio de Mortalidad Materna en México, *Situación actual*. Disponible en <<http://bit.ly/WYb3o0>> [consulta: 30 de octubre de 2012].

²⁴ Ver cifras proporcionadas en el apartado 2.2 "Situación en México" del capítulo Anticoncepción de este Informe.

²⁵ CIDH, *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*, Washington, 2010, párrafo 15, [OEA/Ser.L/V/II. Doc. 69, 7 de junio de 2010]. Disponible en <<http://bit.ly/WXZD3I>> [consulta: 14 de enero de 2013].

²⁶ Schiavon, R., Erika Troncoso y Gerardo Polo, "Analysis of maternal and abortion-related mortality in Mexico over the last two decades, 1990-2008"... *op. cit.* (ver *supra*, nota 15).

²⁷ Observatorio de Mortalidad Materna en México, *Numeralia 2009 y Numeralia 2010*. Disponible en <<http://bit.ly/Vgdwxm>> [consulta: 30 de octubre de 2012]. Observatorio de Mortalidad Materna en México... *op. cit.* (ver *supra*, nota 14).

²⁸ Observatorio de Mortalidad Materna en México... *op. cit.* (ver *supra*, nota 18).

²⁹ *Idem*.

³⁰ Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, *Informe semanal de vigilancia epidemiológica: defunciones maternas: semana epidemiológica 52, información actualizada al 28 de diciembre de 2011*. Disponible en <<http://bit.ly/J8r073>> [consulta: 30 de octubre de 2012].

³¹ Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, *Informe semanal de vigilancia epidemiológica: defunciones maternas: informe epidemiológico hasta la semana 52, [diciembre 2012]*. Disponible en <<http://bit.ly/122ZBPS>> [consulta: 28 de enero de 2013].

³² *Ley General de Salud*, artículo 1.

³³ *Ibid.*, artículo 3, fracción IV.

³⁴ *Ibid.*, artículo 27, fracción IV.

³⁵ *Ibid.*, artículo 61.

³⁶ *Ibid.*, artículo 61, fracción I.

³⁷ *Ibid.*, artículo 61 bis.

³⁸ *Ibid.*, artículo 6.

³⁹ *Ibid.*, artículo 64 bis.

⁴⁰ *Ibid.*, artículo 65.

⁴¹ *Ibid.*, artículo 62.

⁴² *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicio de Atención Médica*, artículo 99.

⁴³ *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido*, disposición 5.1.

⁴⁴ *Ibid.*, disposición 5.11.1 y 5.11.2.

⁴⁵ Secretaría de Salud, *Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS)*. Disponible en <<http://bit.ly/dB-Hezo>> [consulta: 30 de octubre de 2012].

⁴⁶ Caso Alyné vs. Brasil en el que el Comité CEDAW encontró que el Estado había discriminado en el acceso a servicios de urgencia obstétrica en el caso de una muerte prevenible de mujer afrodescendiente embarazada. Ver Comité CEDAW, *Caso Alyné da Silva Pimentel vs. Brasil. Comunicación N° 17/2008*, 49° período de sesiones, (2011) [CEDAW/C/49/D/17/2008]. Disponible en <<http://bit.ly/WGXrOd>> [consulta: 14 de enero de 2013].

⁴⁷ Comité CEDAW, *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: México*, 52° período de sesiones (2012), párrafo 31, [CEDAW/C/MEX/CO/7-8]. Disponible en <<http://bit.ly/PgVxWq>> [consulta: 30 de octubre de 2012].

⁴⁸ *Ley General de Salud*, artículo 62.

⁴⁹ *NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.*

⁵⁰ *Ibid.*, disposición 5.1.9.

⁵¹ *Ibid.*, disposición 5.1.10.

⁵² Secretaría de Salud, “Acuerdo número 127 por el que se crea el Comité Nacional para el Estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal” en *Diario Oficial de la Federación*, México, 2 de agosto de 1995. Disponible en <<http://bit.ly/XK6sGz>> [consulta: 22 de octubre de 2012].

⁵³ Preámbulo y artículo 1. Ver Secretaría de Salud, “Acuerdo número 127 por el que se crea el Comité Nacional para el Estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal” en *Diario Oficial de la Federación*, México, 2 de agosto de 1995. Disponible en <<http://bit.ly/XK6sGz>> [consulta: 22 de octubre de 2012].

⁵⁴ Secretaría de Salud, “Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida” en *Diario Oficial de la Federación*, México, 30 de octubre de 2011. Disponible en <<http://bit.ly/W47YVk>> [consulta: 18 de octubre de 2012].

⁵⁵ Secretaría de Salud, *Programa de Acción: “Arranque Parejo en la Vida”*, México, 2002. Disponible en: <<http://bit.ly/W48IcU>> [consulta: 22 de octubre de 2012].

⁵⁶ Comité Promotor por una Maternidad Segura en México. *Sitio web*. Disponible en <<http://bit.ly/113wlbE>> [consulta: 20 de enero de 2013].

⁵⁷ *Ley General de Salud*, artículo 51 bis 3.

⁵⁸ *Ibid.*, artículo 54.

⁵⁹ Gobierno Federal, Secretaría de Salud, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 0001200254712. Disponible en <<http://bit.ly/14oCez2>> [consulta: 20 de enero de 2013].

⁶⁰ *Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos*, artículo 7.

⁶¹ *Ibid.*, artículo 8, fracción I.

⁶² *Ibid.*, artículo 8, fracción III y IV.

⁶³ *Ibid.*, artículo 13.

⁶⁴ *Ibid.*, artículo 4.

⁶⁵ *Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado*, artículo 1.

⁶⁶ *Idem*.

⁶⁷ Aguascalientes, Procuraduría General de Justicia, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 17986, Folio 17986 Anexo 1. Disponible en <<http://bit.ly/WpAjoh>> y <<http://bit.ly/10Er7OI>> [consulta: 20

de enero de 2013]. Querétaro, Procuraduría General de Justicia, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 51212. Disponible en <<http://bit.ly/XDeIZm>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Oaxaca, Procuraduría General de Justicia, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Particular*, Folio 9059. Disponible en <<http://bit.ly/YqAntU>> [consulta: 20 de enero de 2013].

⁶⁸ Colima, Procuraduría General de Justicia, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 47712. Disponible en <<http://bit.ly/TxckYT>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Guerrero, Procuraduría General de Justicia, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 00109212. Disponible en <<http://bit.ly/W7niSM>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Morelos, Procuraduría General de Justicia, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 00219812. Disponible en <<http://bit.ly/W7nIss>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Quintana Roo, Procuraduría General de Justicia, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Particular*, Folio 00187812. Disponible en <<http://bit.ly/14drRi8>> [consulta: 20 de enero de 2013].

⁶⁹ Baja California, Procuraduría General de Justicia, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Particular*, Folio 120931. Disponible en <<http://bit.ly/14i6PhJ>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Coahuila, Procuraduría General de Justicia, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 00366812. Disponible en <<http://bit.ly/W4zR2n>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Durango, Procuraduría General de Justicia, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 00107112. Disponible en <<http://bit.ly/Vylm4y>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Puebla, Procuraduría General de Justicia, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 00302512. Disponible en <<http://bit.ly/WYNRpX>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Tabasco, Procuraduría General de Justicia, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 03785612. Disponible en <<http://bit.ly/WzZeq3>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Tamaulipas, Procuraduría General de Justicia, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Particular*, Folio con fecha 01/10/12. Disponible en <<http://bit.ly/Y3QGZB>> [consulta: 20 de enero de 2013].

⁷⁰ Campeche, Procuraduría General de Justicia, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 0100084212. Disponible en <<http://bit.ly/VnbEpt>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Chiapas, Procuraduría General de Justicia, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 5880. Disponible en <<http://bit.ly/V4ifBw>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Chihuahua, Fiscalía General del Estado, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 059952012. Disponible en <<http://bit.ly/Wr3nMe>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Distrito Federal, Procuraduría General de Justicia, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Particular*, Folio 0113000154812. Disponible en <<http://bit.ly/UqfhZ7>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Guanajuato, Procuraduría General de Justicia, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Particular*, Folio 12891. Disponible en <<http://bit.ly/SMxTD3>> [consulta: 20 de enero de 2013]. México, Procuraduría General de Justicia, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Particular*, Folio 00242. Disponible en <<http://bit.ly/VysZyV>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Morelos, Procuraduría General de Justicia, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 00219812. Disponible en <<http://bit.ly/W7nIss>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Nuevo León, Procuraduría General de Justicia, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 00119712. Disponible en <<http://bit.ly/Uqftra>> [consulta: 20 de enero de 2013]. San Luis Potosí, Procuraduría General de Justicia, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 3470212. Disponible en <<http://bit.ly/WVxjRf>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Sonora, Procuraduría General de Justicia, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 00408812. Disponible en <<http://bit.ly/Y3SrWF>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Veracruz, Procuraduría General de Justicia, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 00361812. Disponible en <<http://bit.ly/10WstKg>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Yucatán, Procuraduría General de Justicia, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Particular*, Folio 9190. Disponible en <<http://bit.ly/WA1hdZ>> [consulta: 20 de enero de 2013].

⁷¹ Comisión Nacional de los Derechos Humanos, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Particular*, Folio 00031712. Disponible en <<http://bit.ly/WYPap9>> [consulta: 20 de enero de 2013].

⁷² Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 3200000054212. Disponible en <<http://bit.ly/14dEA4w>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 00183812. Disponible en <<http://bit.ly/W4Gemj>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Michoacán, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Particular*, Folio ST/044/2012. Disponible en <<http://bit.ly/10WuJkG>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Comisión Estatal de Derechos Humanos de San Luis Potosí, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Particular*, Folio 10/2012. Disponible en <<http://bit.ly/YsyQUe>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Particular*, Folio 22712. Disponible en <<http://bit.ly/XFkSIB>> [consulta: 20 de enero de 2013].

⁷³ Comisión Estatal de Derechos Humanos de Aguascalientes, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Particular*, Folio 17931. Disponible en <<http://bit.ly/Wlypbs>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Comisión Estatal de Derechos Humanos de Chihuahua, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 059942012. Disponible en <<http://bit.ly/Tyolgx>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Comisión de Derechos

Humanos del Estado de Coahuila, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 00319512. Disponible en <<http://bit.ly/WZ7DSl>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 00289012. Disponible en <<http://bit.ly/WZ7K0m>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Particular*, Folio 00112 y Folio 00112 Anexo 1. Disponible en <<http://bit.ly/14egy9v>> y <<http://bit.ly/W50wMs>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Comisión de Derechos Humanos del Estado de Morelos, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 00207112. Disponible en <<http://bit.ly/VcsuC3>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Comisión Estatal de Derechos Humanos de Nuevo León, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Particular*, Folio con fecha 19/09/12. Disponible en <<http://bit.ly/SNthwm>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Comisión de Derechos Humanos del Estado de Puebla, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 00302412. Disponible en <<http://bit.ly/Vz6OSs>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Tabasco, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 03723712. Disponible en <<http://bit.ly/XFKBRe>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Comisión Estatal de Derechos Humanos de Tlaxcala, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 00100512. Disponible en <<http://bit.ly/VcsQsg>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Comisión Estatal de Derechos Humanos de Veracruz, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 00361712. Disponible en <<http://bit.ly/WWorLg>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Comisión de Derechos Humanos del Estado de Zacatecas, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 00177412. Disponible en <<http://bit.ly/XFKV2i>> [consulta: 20 de enero de 2013].

⁷⁴ Se cambió el nombre de la mujer con la finalidad de proteger su identidad.

⁷⁵ Oficio No. 3190051100/Q1323 de fecha 24 de octubre de 2011, emitido por la Coordinación Técnica de Quejas de la Coordinación de Atención y Orientación al Derechohabiente, Delegación Regional Veracruz Norte, del Instituto Mexicano del Seguro Social.



VIOLENCIA OBSTÉTRICA

4.1 / INTRODUCCIÓN

La violencia obstétrica es una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, incluyendo los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva. Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud —públicos y privados—, y es producto de un entramado multifactorial en donde confluyen la violencia institucional y la violencia de género:

Durante la atención institucional del parto, la violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres va desde regaños, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones, manipulación de la información y negación al tratamiento, sin referir a otros servicios para recibir asistencia oportuna, aplazamiento de la atención médica urgente, indiferencia frente a sus solicitudes o reclamos, no consultarlas o informarlas sobre las decisiones que se van tomando en el curso del trabajo de parto, utilizarlas como recurso didáctico sin ningún respeto a su dignidad humana, el manejo del dolor durante el trabajo de parto, como castigo y la coacción para obtener su 'consentimiento', hasta formas en las que es posible constatar que se ha causado daño deliberado a la salud de la afectada, o bien que se ha incurrido en una violación aún más grave de sus derechos.¹

Expertos en el tema identifican dos modalidades de violencia obstétrica, por un lado la física, la cual se “configura cuando se realizan a la mujer prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta [...] o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico”.²

AL RESPECTO LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) HA HECHO PÚBLICOS UNA SERIE DE LINEAMIENTOS QUE HA CLASIFICADO COMO:

1. Prácticas evidentemente útiles, que tendrían que ser promovidas;
2. Prácticas claramente perjudiciales o ineficaces, que habría que eliminar;
3. Prácticas sobre las que no existe una clara evidencia para fomentarlas y que deberían usarse con cautela hasta que nuevos estudios clarifiquen el tema y,
4. Prácticas que con frecuencia se utilizan inadecuadamente.³ Entre las prácticas recomendadas destacan, entre otras: no hacer intervenciones médicas innecesarias, es decir no hacer episiotomía, rasurado, monitoreo fetal y enema como prácticas de rutina; restringir el uso de oxitocina, analgesia y anestesia; mantener la tasa de cesáreas recomendada por la OMS, máximo entre 10 y 15% de los nacimientos.⁴

La segunda dimensión de la violencia obstétrica es la psicológica, que incluye “el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando la mujer va a pedir asesoramiento, o requiere atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica. Comprende también la omisión de información sobre la evolución de su parto”.⁵ Como alternativa, en años recientes ha adquirido fuerza un modelo de “parto humanizado”, el cual:

Pretende tomar en cuenta de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y su familia en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; teniendo como objetivo fundamental el que se viva la experiencia como un momento especial, placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea sujeto y protagonista de su propio parto, reconociendo el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, con quién parir.⁶

Aunado a las recomendaciones de la OMS, existe un vasto marco jurídico internacional que da sustento a la protección contra la violencia relacionada con la salud reproductiva. De acuerdo con el artículo I de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (“Convención de Belém do Pará”), se entiende como violencia contra la mujer: “cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”. Dicha Convención impone a los Estados obligaciones positivas para erradicar todas las manifestaciones de violencia contra las mujeres, y establece que se debe prestar especial atención cuando la mujer que es objeto de violencia se encuentra embarazada (artículo 9). En el ámbito internacional, la violencia contra las mujeres es reconocida como una forma de discriminación, que les impide a ellas el goce de derechos humanos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los hombres. En específico, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) establece la obligación de los Estados de adoptar las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera del acceso a servicios de atención médica, de manera que se garantice el acceso a servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto.⁷

En esta línea de ideas, las acciones o conductas que causen muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, por su condición de género, en el ámbito de la salud reproductiva constituyen formas de violencia y discriminación contra la mujer.

Los actos u omisiones que atentan contra los derechos reproductivos de las mujeres pueden constituir actos de tortura, tratos crueles, inhumanos y degradantes, en caso de que causen penas o sufrimientos físicos o mentales y se cometan con el fin de anular la personalidad o sus capacidades físicas o mentales o con cualquier otro fin. En este sentido, el Comité contra la Tortura ha resaltado que las situaciones en las que las mujeres corren riesgo de sufrir torturas o malos tratos, “incluyen la privación de libertad, [y] el tratamiento médico, particularmente en el caso de las decisiones relacionadas con la reproducción”.⁸

En el extremo de la violencia obstétrica sobresalen casos que revelan estrategias abusivas, como obtener la autorización para esterilizarlas o para colocarles un dispositivo intrauterino, durante el trabajo de parto (momento en que la mujer se encuentra en condiciones de vulnerabilidad, lo cual no es la condición idónea para dar el consentimiento informado).⁹

Esto es una constante que se ha observado sobre todo en población indígena.¹⁰ Lo anterior tiene una base cultural y sociológica que asocia los cuerpos de las mujeres pobres e indígenas con una amenaza para la salud pública y, por ello, enlazan la esterilización y el control de la fecundidad de este grupo específico de mujeres con los beneficios de programas sociales:

Aunque las esterilizaciones no son inherentemente 'opresivas' y muchas mujeres eligen estos procedimientos, lo que se reclama son las imposiciones bajo amenaza de pérdida de apoyos sociales. Además la experiencia de la imposición de métodos anticonceptivos y de esterilizaciones no consentidas pone en evidencia la existencia de valores sociales jerárquicos en torno a la maternidad y los cuerpos de las mujeres lo que muestra la intersección de múltiples ejes de opresión en torno a la maternidad.¹¹

La esterilización sin el debido consentimiento informado de la mujer constituye un acto de tortura y/o trato cruel, inhumano y degradante, y viola los derechos humanos a la salud y atención médica adecuada, a la igualdad y a la no discriminación, así como a la dignidad, todos ellos reconocidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en los tratados internacionales de los que México es parte.

En la esfera internacional, se han presentado ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) casos sobre esterilización forzada de mujeres con VIH, como es el de *F.C. vs. Chile*¹² y de mujeres indígenas, como el de *María Mamérita Mestanza Chávez vs. Perú*.¹³ Ante casos así, se alega la falta de protección de los Estados a las mujeres contra la violencia y la no discriminación, y la violación al derecho a decidir el número y espaciamiento de sus hijos. Asimismo, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW), en el caso *A.S. vs. Hungría*¹⁴ declaró al Estado húngaro responsable por no haber garantizado el derecho al acceso a la información de A.S., una mujer roma (grupo étnico gitano) que fue esterilizada sin su consentimiento informado.

4.2 / SITUACIÓN EN MÉXICO

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2010 siete de cada diez mexicanas de más de 15 años han tenido al menos un hijo vivo,¹⁵ lo que indica que 71.6% de la población femenina con vida reproductiva en México ha necesitado atención médica durante el período de embarazo, parto y puerperio.

Los datos sobre el número de partos y cesáreas atendidos en 2009, confirman lo que ya se ha documentado desde hace varios años: el incremento desproporcionado de los nacimientos por cesárea. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 38.1% del total de nacimientos suceden mediante cesáreas.¹⁶

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 refiere que México ocupa el cuarto lugar a nivel mundial (después de China, Brasil y Estados Unidos) en el uso de la práctica de cesáreas sin indicación médica. Además revela que

ha habido un incremento de 50.3% de la práctica de cesáreas en los últimos doce años. En el sector público se incrementó en un 33.7% y en el privado en 60.4%.¹⁷

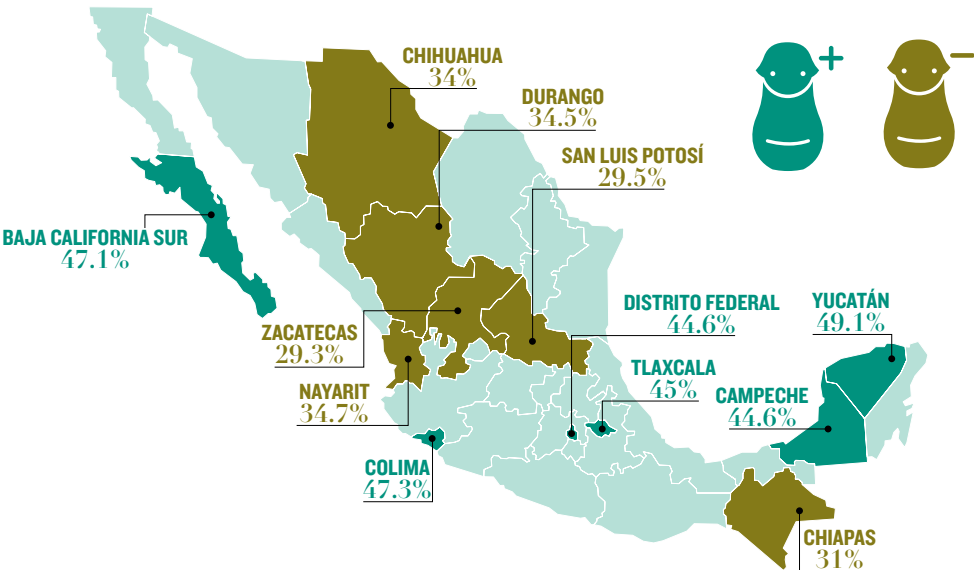
Del resto de los nacimientos, 59.7% fueron partos “eutócicos” (parto normal, entendido como el proceso que termina sin necesidad de intervención médica quirúrgica a la madre),¹⁸ 2% fueron partos “distócicos” (parto con complicaciones, que requiere apoyo médico especializado), en el 0.2% de los casos no se especifica.¹⁹

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR TIPO DE PARTO. MÉXICO 2009



Fuente: INEGI.

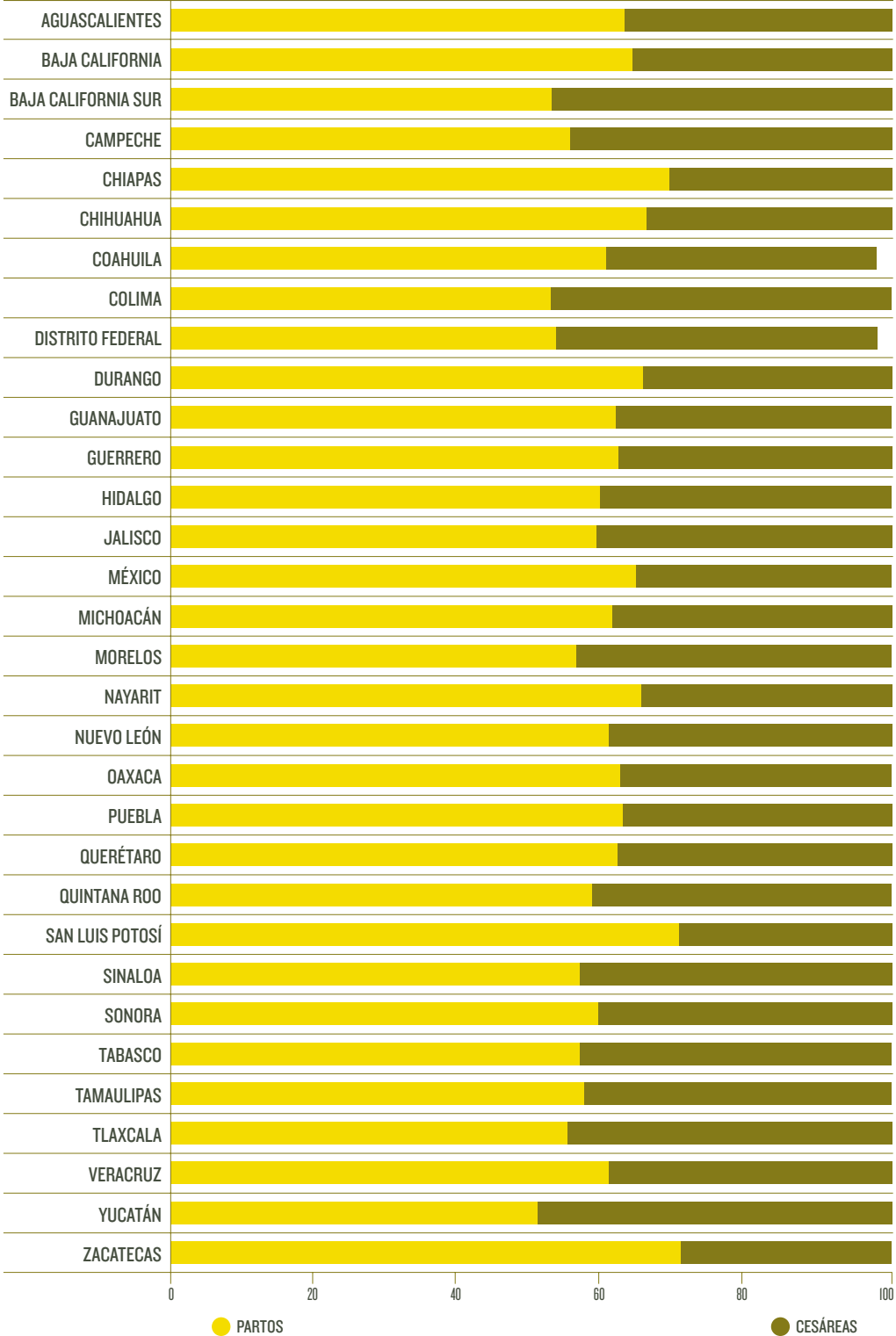
MENOR INCIDENCIA DE NACIMIENTOS POR CESÁREA²⁰



Se debe enfatizar que —como ya fue señalado— la OMS recomienda un máximo de 15% de cesáreas.²¹ México tiene más del doble de este porcentaje recomendado, lo que habla de un abuso de este procedimiento.

Los índices de cesáreas son el indicador más evidente de una cadena de prácticas negativas que se realizan en el marco de la atención del embarazo, el parto y el puerperio.

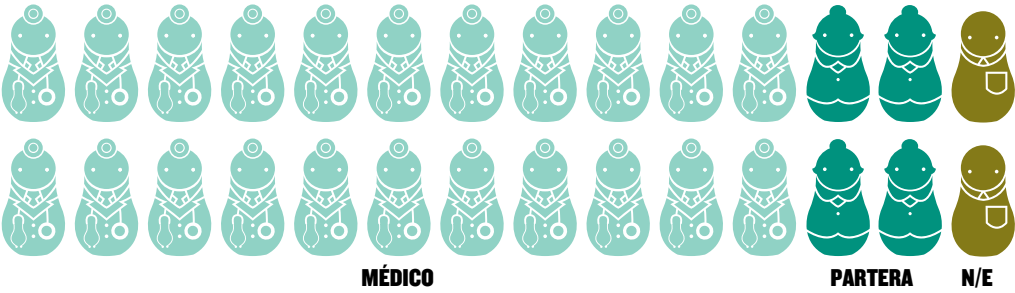
TIPO DE NACIMIENTO POR ENTIDAD / MÉXICO 2010



Fuente: Elaboración propia de GIRE a partir de la información del SINAIS.

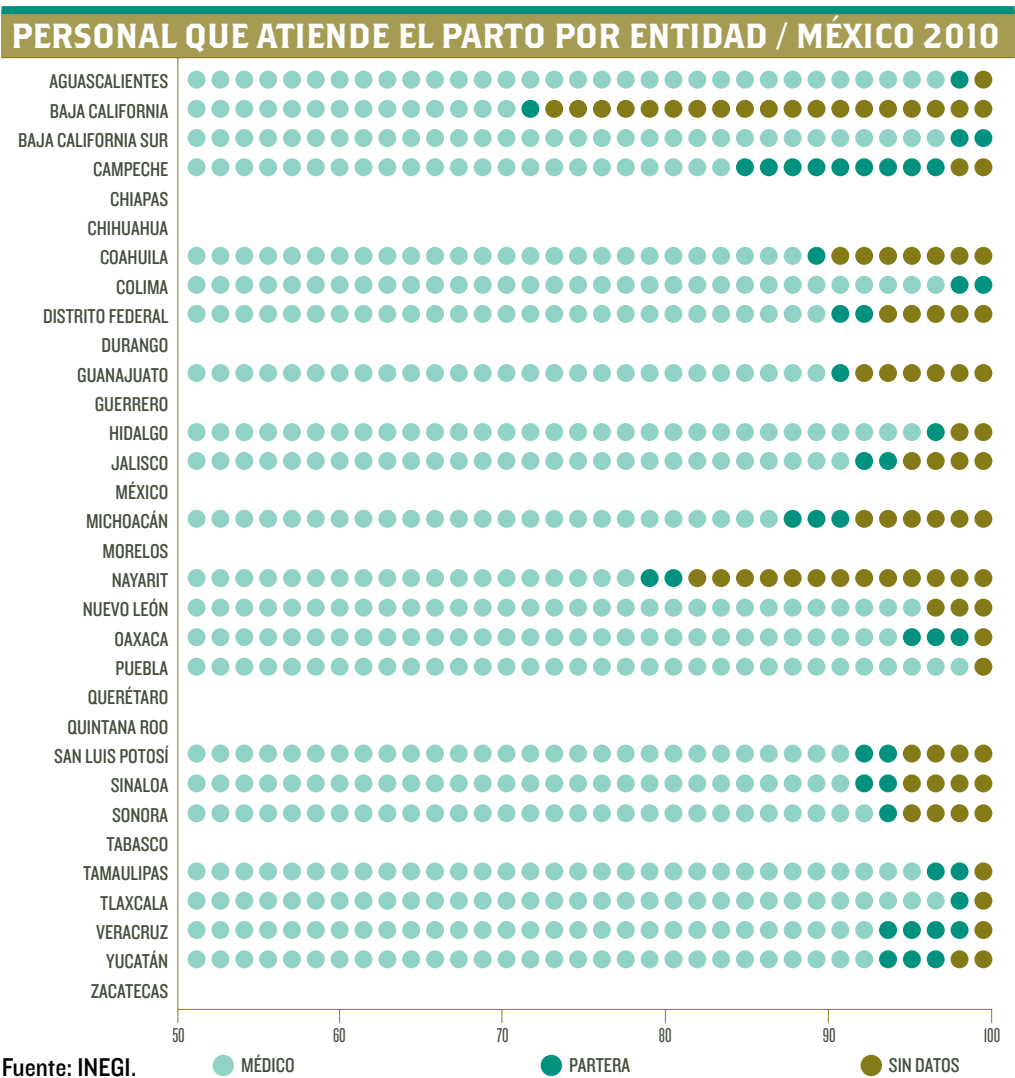
A nivel nacional, en 2010, 97 de cada 100 mujeres embarazadas fueron atendidas por un médico y 2% por una partera, el resto no especificó por quién fue atendida.²²

PERSONAL AL QUE SE ACUDE PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO. MÉXICO 2010



Fuente: INEGI.

En los estados, este porcentaje se mantiene estable, aunque resaltan los casos de Baja California y Nayarit con un porcentaje menor de partos atendidos por un médico.



Fuente: INEGI.

No existen estudios o informes cuantitativos que permitan dimensionar el problema de la violencia obstétrica, pero diversas investigaciones académicas con enfoques cualitativos dan cuenta de un patrón preocupante que es interesante hacer notar. En principio habría que señalar que “la violencia obstétrica continúa desapercibida en las políticas de calidad de los servicios de salud, así como en la discusión para la formación y práctica gineco-obstétrica”.²³

Las investigaciones que se han centrado en testimonios de mujeres resaltan las modalidades específicas que componen el maltrato y el abuso —lo que Castro y Erviti²⁴ identifican como las formas elementales del *continuum* de violación de los derechos reproductivos durante el parto o la cesárea— en la atención institucional del parto, las cuales —al no expresarse en un daño visible en la salud física de las mujeres— se encuentran invisibilizadas y naturalizadas tanto por las instituciones y el personal de salud como por las propias mujeres y sus familiares. No es objeto de este informe el estudio de estas formas de violencia obstétrica, pero sí es importante resaltar que los testimonios de las mujeres apuntan a una conclusión reveladora:

La violencia obstétrica ha sido naturalizada entre el personal médico y obstétrico, así como en la sociedad en su conjunto, incluidas las mismas mujeres que la padecen. La mayoría de las mujeres entrevistadas refirieron que prefieren olvidar las molestias y maltratos del parto (a veces considerados designios divinos) y concentrarse en el gozo de la nueva vida presente, para no complicar su estado emocional.²⁵

Por otro lado, las investigaciones que centran el análisis en las percepciones del personal de salud sobre la reproducción, la maternidad y las mujeres son coincidentes con la cita anterior y reflejan que “en las construcciones discursivas de los participantes emerge un entramado complejo de creencias, mitos y dispositivos sociales que permiten cuestionar la credibilidad de algunas mujeres y al mismo tiempo responsabilizarlas de los resultados de los embarazos”.²⁶

4.3 / MARCO NORMATIVO

4.3.1 VIOLENCIA OBSTÉTRICA

En México, los diversos tipos y modalidades de violencia contra las mujeres se contemplan en la Ley General y en las leyes locales de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (en adelante ley general y leyes de acceso), que regulan las políticas públicas en la materia. La ley general no incluye a la violencia obstétrica y a nivel local sólo los estados de Chiapas,²⁷ Guanajuato,²⁸ Durango,²⁹ y Veracruz³⁰ cuentan con definiciones de violencia obstétrica en sus leyes respectivas.

La ley del Distrito Federal contiene un tipo de violencia contra los derechos reproductivos que, aunque no menciona a la violencia obstétrica específicamente, en su definición hace referencia a que es “toda acción u omisión que limite o vulnere el derecho de las mujeres [...] en relación [...] a servicios de atención prenatal, así como a servicios obstétricos de emergencia”.³¹

La definición contenida en la Ley de Acceso de Guanajuato define a la violencia obstétrica como: “[...] todo acto u omisión intencional, por parte del personal de salud, que dañe, lastime o denigre a la mujer durante el embarazo y parto, así como la negligencia en su atención médica”.³²

Las definiciones de las leyes de acceso de los estados de Durango, Chiapas y Veracruz son más específicas respecto de los actos y omisiones que configuran la violencia obstétrica y en su definición todas comparten las siguientes conductas:

1. Omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas.
2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
3. Obstaculizar sin causa médica justificada el apego precoz del niño o niña con su madre, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer.
4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de las técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
5. Practicar la cesárea, aun cuando existen condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

En congruencia con la naturaleza e interés de este tipo de regulación, las leyes de acceso de esos tres estados contemplan que el perpetrador de este tipo de violencia es el personal de salud, sin especificarse su carácter, lo que implica que puede ser cualquier persona que brinde o participe en la prestación de un servicio de salud, ya sea público, social o privado.

A. TIPIFICACIÓN DEL DELITO DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

El Código Penal de Veracruz tiene tipificado el delito de violencia obstétrica. Dicha tipificación se realizó en el marco de una serie de modificaciones propuestas a este ordenamiento, para lograr un acceso efectivo de las mujeres a una vida libre de violencia, tal como se asegura en la exposición de motivos de la iniciativa de reforma del artículo 363 de dicho código:

[...] al revisar la Ley de Acceso podrán encontrarse en disposiciones legales que definieron diversos tipos y modalidades de violencia a que son sometidas las mujeres; no debe soslayarse que la Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia también posee una arista que ordena adoptar medidas suficientes para sancionar estos actos de violencia, y por esto es necesario realizar un esfuerzo para que algunos de esos tipos y modalidades de violencia se tipifiquen en el ordenamiento penal[...]³³

Tal como fue reformado, el artículo 363 establece que comete el delito de violencia obstétrica el personal de salud que:

- I. No atienda o no brinde atención oportuna y eficaz a las mujeres en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas;
- II. Altere el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer;
- III. No obstante existir condiciones para el parto natural, practique el parto por vía de cesárea, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer;
- IV. Acose o presione psicológica u ofensivamente a una parturienta, con el fin de inhibir la libre decisión de su maternidad;
- V. Sin causa médica justificada, obstaculice el apego del niño o la niña con su madre, mediante la negación a ésta de la posibilidad de cargarle o de amamantarle inmediatamente después de nacer; y
- VI. Aun cuando existan los medios necesarios para la realización del parto vertical, obligue a la mujer a parir acostada sobre su columna y con las piernas levantadas o en forma distinta a la que sea propia de sus usos, costumbres y tradiciones obstétricas.

Las penas contempladas van de tres a seis años de prisión y multa de hasta trescientos días de salario para el caso de las fracciones I, II, III y IV. Para quien incurra en los supuestos de las fracciones IV y V las sanciones van de seis meses a tres años de prisión y multa de hasta doscientos días de salario. Aunado a las penas señaladas, si el sujeto activo del delito fuere servidor público, se le impondrá la destitución e inhabilitación —hasta por dos años— para ejercer otro empleo, cargo o comisión públicos.

Si se compara la definición incorporada en la Ley de Acceso de Veracruz con las fracciones contenidas en el Código Penal del mismo estado, no se encuentra innovación o mayor descripción de las conductas que atentan contra la dignidad de las mujeres en materia de violencia obstétrica, salvo la fracción IV del artículo 363 del Código Penal estatal.

Sobre la tipificación del delito de violencia obstétrica cabe señalar que en los estados de Puebla y Oaxaca se han presentado³⁴ sendas iniciativas de reforma para tipificar la violencia obstétrica como delito, pero hasta el momento no se han aprobado.

A este respecto, si bien hay ciertas conductas que deberían estar codificadas en el derecho penal, especialmente la esterilización forzada, cabe preguntarse si para otro tipo de conductas la utilización del derecho penal como mecanismo coercitivo es la respuesta adecuada para erradicar este tipo de violencia. Las teorías modernas del derecho penal como *ultima ratio* o derecho penal mínimo,³⁵ sostienen que la criminalización de una conducta debe ser la última medida a utilizar para lograr el respeto y garantía de los derechos humanos y el orden social. Por lo tanto, antes de criminalizar deberían buscarse medidas de tipo administrativo y de política pública que refuercen el marco normativo y de derechos humanos. En su caso, el incumplimiento o violación de los derechos humanos tendría que sancionarse por la vía administrativa o civil.

En este sentido, se debe considerar un tipo penal, de forma que sancione sólo ciertas conductas de violencia obstétrica, tales como la esterilización forzada. Para otro tipo de conductas, en vez de fórmulas penales que podrían “engrosar” el brazo criminalizador del Estado más que poner fin a la problemática estructural, habría

que buscar otras alternativas o vías de solución que incluyan medidas administrativas y de política pública. La penal no es una vía idónea para evitar prácticas de violencia obstétrica ya que predispone a los médicos y no promueve un cambio de mentalidad ni de políticas públicas sobre parto humanizado.

4.3.2 NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-1993. ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO Y DEL RECIÉN NACIDO

El 6 de enero de 2005 se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* la resolución por la que se modificó la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 (NOM 007) que busca disminuir los daños obstétricos y los riesgos para la salud de las mujeres y de sus hijos en el marco de la atención del embarazo, el parto y el puerperio. Esta norma pone énfasis en la realización de actividades preventivas de riesgos durante el embarazo, así como la racionalización de ciertas prácticas que se llevan a cabo de forma rutinaria y que aumentan los riesgos o que son innecesarias. Asimismo, se plantea la necesidad de fortalecer la calidad y calidez de los servicios de atención médica durante el embarazo, el parto y el puerperio.

NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido	
OBJETIVO	Establecer los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido normales.
CAMPO DE APLICACIÓN	Observancia obligatoria para todo el personal de salud en las unidades de salud de los sectores público, social y privado a nivel nacional, que brindan atención a mujeres embarazadas, parturientas, puérperas y a los recién nacidos.
CRITERIOS PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO	Entre otras consideraciones, se recomienda:
	>Propiciar la deambulación alternada con reposo en posición de sentada y decúbito lateral para mejorar el trabajo de parto, las condiciones del feto y de la madre. Se deberá respetar sobre todo las posiciones que la embarazada desee utilizar, siempre que no exista contraindicación médica.
	>No emplear rutinariamente analgésicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto normal; en casos excepcionales se aplicará según el criterio médico, previa información y autorización de la parturienta.
	>No aplicar de manera rutinaria la inducción y conducción del trabajo de parto normal, ni la ruptura artificial de las membranas con el sólo motivo de aprontar el parto. Estos procedimientos deben tener una justificación por escrito y realizarse bajo vigilancia estrecha por médicos que conozcan a fondo la fisiología obstétrica. La Norma institucional al respecto debe aplicarse siempre.
	>Contar con lineamientos para la indicación de cesárea, cuyo índice, en relación con el total de nacimientos, se recomienda de 15% en los hospitales de segundo nivel y 20% en los del tercer nivel. Las unidades de atención médica deben aproximarse a estos valores.
	>Realizar sólo por indicación médica, y con el consentimiento de la mujer, el rasurado del vello púbico y la aplicación de enema evacuante, durante el trabajo de parto.
	>La episiotomía debe practicarse sólo por personal médico calificado que conozca la técnica de reparación adecuada. Su indicación deberá siempre asentarse por escrito e informar a la mujer.

Como se desprende del cuadro anterior, la NOM 007 indica las obligaciones de las y los prestadores de servicios de salud en la atención del embarazo, parto y puerperio, con las cuales se pretende evitar la práctica de la violencia obstétrica en contra de las mujeres. En este sentido, resulta fundamental reforzar entre el personal médico el hecho de que las normas oficiales mexicanas son ordenamientos que les obligan jurídicamente en la práctica de sus funciones médicas. Actualmente, la NOM se encuentra en revisión y lo ideal es que los estándares más altos establecidos por la OMS sean incorporados, entre otras cosas sería deseable la inclusión y el reconocimiento de las parteras en la atención del parto, para que pueden llevar a cabo tareas fundamentales durante el mismo.³⁶

4.3.3 ESTERILIZACIÓN FORZADA

La prohibición de la esterilización forzada está contemplada en la Ley General de Salud y en algunas leyes locales de salud. Asimismo, se encuentra tipificada como un delito en el Código Penal Federal y en algunos códigos penales de las entidades.

En la Ley General de Salud se establece que: “Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran”.³⁷ Las sanciones a las que se hace referencia podrán ser: 1) Amonestación con apercibimiento; 2) Multa; 3) Clausura temporal o definitiva (parcial o total), y 4) Arresto hasta por treinta y seis horas. Además, se sancionará con una multa de entre seis mil y doce mil veces el salario mínimo. En 19 entidades federativas se cuenta con disposiciones similares a las de la Ley General de Salud.

La tipificación en el Código Penal Federal del delito de “esterilidad provocada sin el consentimiento” se encuentra en el capítulo de delitos contra los derechos reproductivos, e impone al responsable entre cuatro y siete años de prisión y hasta setenta días de multa, reparación de los daños y perjuicios ocasionados, además de la suspensión del empleo o profesión por un plazo igual al de la pena de prisión impuesta o la inhabilitación definitiva. Ocho estados también tienen tipificado, en sus códigos penales, el delito de esterilización forzada, en términos similares al código federal.

ESTERILIZACIÓN FORZADA		
ENTIDAD	LEY DE SALUD LOCAL	CÓDIGO PENAL LOCAL (TIPIFICACIÓN DEL DELITO)
AGUASCALIENTES	ARTÍCULO 75 Quienes practiquen esterilización, implanten métodos anticonceptivos, o propicien el aborto sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita, serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.	

ESTERILIZACIÓN FORZADA		
ENTIDAD	LEY DE SALUD LOCAL	CÓDIGO PENAL LOCAL (TIPIFICACIÓN DEL DELITO)
BAJA CALIFORNIA	ARTÍCULO 26 Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita, serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal o civil en que incurran.	
BAJA CALIFORNIA SUR	ARTÍCULO 69 Quienes practiquen esterilización sin voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita, serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.	
CAMPECHE	ARTÍCULO 64 Quienes practiquen la esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita, serán sancionados conforme a lo dispuesto en la Ley General, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.	
CHIAPAS		ARTÍCULO 186 BIS A quien sin el consentimiento de una persona y a través de cualquier medio, le provoque esterilidad. Este delito se sancionará con una pena de cuatro a siete años de prisión y sanción pecuniaria de cuarenta a ciento veinte días de salario mínimo, más la reparación del daño.
CHIHUAHUA	ARTÍCULO 62 Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita, serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.	
COAHUILA	ARTÍCULO 62 Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.	

ESTERILIZACIÓN FORZADA		
ENTIDAD	LEY DE SALUD LOCAL	CÓDIGO PENAL LOCAL (TIPIFICACIÓN DEL DELITO)
DISTRITO FEDERAL		ARTÍCULO 151 BIS A quien sin consentimiento de persona mayor de dieciocho años realice en ella un procedimiento de esterilización, se le impondrán de cuatro a siete años de prisión.
DURANGO	ARTÍCULO 88 Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita, serán sancionados conforme a las disposiciones de la Ley General de Salud, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.	ARTÍCULO 236 Se impondrá de dos a seis años de prisión y multa de ciento cuarenta y cuatro a cuatrocientos treinta y dos días de salario y suspensión para ejercer la profesión de uno a tres años, al profesional de la medicina que: [...] IV. Practique esterilización con fines de infecundidad, sin la voluntad del paciente o ejerza presión para que éste la admita.
GUANAJUATO	ARTÍCULO 68 Quienes practiquen la esterilización o la colocación de instrumentos mecánicos anticonceptivos, sin el consentimiento del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.	
GUERRERO	ARTÍCULO 71 Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita, serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.	ARTÍCULO 147 B Comete el delito de esterilidad provocada, quien sin el consentimiento de una persona practique en ella procedimientos quirúrgicos con el propósito de provocar esterilidad. Se sancionará con una pena de cuatro a siete años de prisión y multa de cuarenta a ciento veinte días de salario mínimo, además de la reparación del daño.
MORELOS	ARTÍCULO 74 En el ámbito de los servicios de salud reproductiva, quienes practiquen una esterilización o un método de planificación familiar, sin la voluntad del paciente, o ejerzan presión para que éste la admita, serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de las responsabilidades penales en que incurran.	

ESTERILIZACIÓN FORZADA		
ENTIDAD	LEY DE SALUD LOCAL	CÓDIGO PENAL LOCAL (TIPIFICACIÓN DEL DELITO)
NAYARIT	ARTÍCULO 62 Quienes practiquen esterilización o cualquier otro método anticonceptivo sin la voluntad del o de la paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.	
OAXACA	ARTÍCULO 62 Quienes practiquen esterilización o cualquier otro medio contraceptivo sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.	
PUEBLA	ARTÍCULO 62 Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en la que incurran.	ARTÍCULO 343 TER A quien sin consentimiento previamente informado de persona mayor de dieciocho años realice en ella un procedimiento de esterilización irreversible, se le impondrán de diez a quince años de prisión. Si el procedimiento de esterilización es reversible se reducirá una tercera parte de la pena señalada.
QUINTANA ROO	ARTÍCULO 62 Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.	ARTÍCULO 113 QUÁTER Comete el delito de esterilidad provocada, quien sin el consentimiento de una persona practique en ella procedimientos quirúrgicos con el propósito de provocar esterilidad. Este delito se sancionará con una pena de cuatro a siete años de prisión y multa de cuarenta a ciento veinte días, más la reparación del daño.
SAN LUIS POTOSÍ	ARTÍCULO 57 Quienes practiquen esterilización sin la voluntad de la o el paciente, o ejerzan presión para que la admita, serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.	ARTÍCULO 158 Comete el delito de esterilidad provocada, quien sin el consentimiento de una persona practique en ella procedimientos quirúrgicos con el propósito de provocar esterilidad. Este delito se sancionará con una pena de dos a seis años de prisión y sanción pecuniaria de cuarenta a ciento veinte días de salario mínimo, más la reparación del daño.

ESTERILIZACIÓN FORZADA		
ENTIDAD	LEY DE SALUD LOCAL	CÓDIGO PENAL LOCAL (TIPIFICACIÓN DEL DELITO)
TABASCO	ARTÍCULO 66 Quienes practiquen esterilización sin voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.	
TLAXCALA	ARTÍCULO 105 Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita, serán sancionados conforme a las disposiciones de la Ley General de Salud, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.	
VERACRUZ		ARTÍCULO 160 BIS Comete el delito de esterilidad forzada quien practique u ordene que se realicen en una persona procedimientos quirúrgicos o de otro tipo sin su consentimiento, con el propósito de provocar esterilidad. Este delito se sancionará con una pena de tres a diez años de prisión y multa de hasta trescientos días de salario, más la reparación del daño, que consistirá, de ser procedente, en la reestructuración, apertura, recanalización de conductos deferentes o cualquier otro procedimiento quirúrgico que restablezca la función reproductora anulada y, en su caso, tratamiento psicológico, cuyo costo será a cargo del agresor. Además de las penas previstas, se impondrá al sujeto activo, en su caso, privación del derecho de ejercer la profesión por un tiempo igual al de la pena de prisión, y si fuere servidor público, se le impondrá también destitución e inhabilitación, hasta por diez años, para ejercer otro empleo, cargo o comisión públicos.
YUCATÁN	ARTÍCULO 68 Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.	
ZACATECAS	ARTÍCULO 41 Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme a la legislación civil y penal.	

Como se desprende del cuadro anterior, en las leyes de salud de estas 19 entidades federativas se establece que la esterilización forzada de una mujer tiene como consecuencia la imposición de sanciones administrativas, sin que ello excluya la posible sanción penal por considerarse también dicho acto como delito. En todos los estados la redacción es idéntica a la Ley General de Salud, excepto en Baja California en donde también se menciona la posible responsabilidad civil. Casi la mitad de las entidades federativas no establece la prohibición explícita de la esterilización forzada, lo cual resulta alarmante.

Es preocupante que la esterilización forzada no se contemple como delito en los códigos penales de la mayoría de las entidades federativas, considerando que atenta gravemente contra la integridad personal, la autonomía reproductiva y la salud de las personas.

4.4 / IMPLEMENTACIÓN DEL MARCO NORMATIVO

Para la elaboración de este informe se presentaron solicitudes de acceso a la información pública a instituciones de salud, federales y locales, y a las comisiones Nacional y locales de derechos humanos, a fin de conocer el grado de implementación de las normas relacionadas con la atención del embarazo y el parto, y con la violencia obstétrica. También se hicieron consultas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) sobre el número de quejas y las sanciones en esta materia. En el caso de Veracruz, se hizo además una consulta específica a la Secretaría de Salud y a la Procuraduría de Justicia locales para conocer el número de prestadores de salud que han sido denunciados por el delito de violencia obstétrica.³⁸

4.4.1 ATENCIÓN AL PARTO

Para obtener datos a nivel nacional en materia de atención al parto, se presentaron solicitudes de información a la Secretaría de Salud (SSA), al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

De la información obtenida se desprende que los hospitales de la SSA, que atienden a población no asegurada y concentran el mayor número de partos atendidos durante los años 2009, 2010 y 2011,³⁹ mantienen un índice más bajo de cesáreas (25.6% en promedio) en comparación con los hospitales del IMSS⁴⁰ y del ISSSTE que, aunque concentran menos de la mitad de la población atendida en estos tres años, mantienen altos promedios en la práctica de cesáreas: 51 y 40%, respectivamente.

NÚMERO DE PARTOS Y CESÁREAS 2009-2011									
Entidad	2009			2010			2011		
	Partos	Cesáreas	Total	Partos	Cesáreas	Total	Partos	Cesáreas	Total
SSA	993,655 74.5%	339,919 25.5%	1,333,574 100%	1,011,243 74.3%	349,855 25.7%	1,361,098 100%	1,040,481 74.5%	356,825 25.5%	1,397,306 100%
IMSS	233,215 49%	243,252 51%	476,467 100%	219,348 48%	237,885 52%	457,233 100%	224,485 49%	238,166 51%	462,651 100%
ISSSTE	38,450 60.2%	25,422 39.8%	63,872 100%	41,020 59.3%	28,135 40.7%	69,155 100%	39,671 59.5%	27,016 40.5%	66,687 100%

Fuente: Elaboración propia de GIRE a partir de datos obtenidos mediante solicitudes de información.

Es preocupante que las instituciones no hayan proporcionado información sobre la justificación médica para practicar cesáreas. En el caso del IMSS, donde se practica el mayor porcentaje de cesáreas, no atiende ni a sus propias recomendaciones, pues cuenta con dos guías, una para la vigilancia y el manejo del parto y otra para la cesárea, donde se detalla que la alta incidencia en la práctica de ésta es considerada un problema de salud pública:

Recientemente se ha identificado un aumento considerable en la práctica innecesaria de la operación cesárea, que ciertamente no es inocua y conlleva riesgos inherentes, quirúrgicos y anestésicos. Este incremento va de la mano con una mayor morbilidad y mortalidad materna ya que se eleva el riesgo de placenta previa y acretismo placentario, lo que condiciona una mayor posibilidad de hemorragia obstétrica y por lo tanto mayor probabilidad de muerte materna.⁴¹

Sobre la información que se proporciona a las mujeres sobre las opciones de parto y los riesgos y las ventajas que implica cada procedimiento, sólo el IMSS y el ISSSTE dieron respuestas, muy generales. En el primer caso, únicamente se informa de manera verbal sobre factores de riesgo obstétrico que sean evidentes para cada caso. En el segundo, la información que se proporciona también depende del caso y del médico tratante. Como se puede observar, no existe un protocolo establecido y en el ISSSTE —además— el tipo de información que se proporciona a la usuaria es a discreción del médico tratante. Ninguna de las instituciones hizo referencia a las recomendaciones de la OMS y de la NOM 007, lo cual refleja una preocupante falta de aplicación de las normas en la materia, establecidas tanto nacional como internacionalmente.

A. ATENCIÓN AL PARTO: SITUACIÓN EN LAS ENTIDADES FEDERATIVAS

A las secretarías locales de salud se hicieron las mismas preguntas que a la SSA: la información que se brinda a las embarazadas sobre las opciones de parto, sus riesgos y ventajas; el número de mujeres que parieron cada año, desglosado por grupos de edad, si los nacimientos fueron por parto o cesárea, y la justificación médica para los casos de cesárea. Al igual que sucedió con otra información solicitada para diversos temas de este informe, no todas las entidades federativas respondieron. En los casos en que sí se obtuvo información, los datos obtenidos fueron divergentes en cuanto a su contenido y detalle. Debido a los sesgos y diferencias que contienen las respuestas, resulta difícil sacar conclusiones que sean representativas de todos los estados.

No obstante, con los datos que se recibieron es posible adelantar algunos indicadores que permiten dar cuenta de un patrón persistente en la alta incidencia de la práctica de cesáreas, sin ninguna tendencia hacia la disminución. Por el contrario, en algunos estados se observa cómo de un año a otro se duplicó el número de cesáreas (Aguascalientes y Chiapas). Sólo en Colima se presentó una disminución en la práctica de la cesárea entre 2010 y 2011, habría que analizar con detenimiento cuáles fueron los factores que en este caso permitieron que esto sucediera.

NÚMERO DE PARTOS Y CESÁREAS 2009-2011						
	PARTOS			CESÁREAS		
ENTIDAD	2009	2010	2011	2009	2010	2011
AGUASCALIENTES	8,690	9,192	9,489	5,161	5,236	10,806
BAJA CALIFORNIA	23,288	23,306	23,233	5,794	5,478	6,264
BAJA CALIFORNIA SUR	No respondió solicitud de información					
CAMPECHE	Respondió que sólo proporcionaría información de manera personal, en sus oficinas en el estado					
CHIAPAS	39,366	41,217	44,487	13,707	14,628	28,546
CHIHUAHUA	22,279	19,675	23,621	6,008	5,552	6,721
COAHUILA	55,284	54,209	56,071	24,079	24,159	25,199
COLIMA	8,134	7,848	7,350	3,412	3,355	2,841
DISTRITO FEDERAL	No respondió solicitud de información					
DURANGO	12,079	11,344	12,058	4,407	4,637	4,486
GUANAJUATO	SD	SD	SD	20,805	20,570	22,172
GUERRERO	42,351	41,793	45,246	13,454	13,611	13,010
HIDALGO	26,255	25,844	26,514	9,611	9,877	10,989
JALISCO	No respondió solicitud de información					
MÉXICO	114,364	116,670	121,414	35,028	37,655	38,616
MICHOACÁN	No respondió solicitud de información					
MORELOS	La Secretaría de Salud del estado se declaró incompetente para responder a la solicitud de información y remitió a otro organismo, denominado Servicios de Salud de Morelos					
NAYARIT	No respondió solicitud de información					
NUEVO LEÓN	46,152	79,722	85,537	38,996	40,926	44,504
OAXACA	21,232	22,969	23,167	11,524	11,763	13,372
PUEBLA	49,228	47,777	49,726	16,590	16,282	16,374
QUERÉTARO	38,298	39,154	41,379	17,682	18,358	19,064
QUINTANA ROO	SD	SD	7,641	SD	SD	4,364
SAN LUIS POTOSÍ	No respondió solicitud de información					
SINALOA	SD	SD	SD	26,058	26,138	27,121
SONORA	No respondió solicitud de información					
TABASCO	37,374	36,727	SD	13,309	14,084	SD
TAMAULIPAS	No respondió solicitud de información					
TLAXCALA	8,421	8,617	9,072	6,130	6,297	6,306
VERACRUZ	No respondió solicitud de información					
YUCATÁN	No respondió solicitud de información					
ZACATECAS	18,231	18,755	19,771	5,145	5,072	5,238

Fuente: Elaboración propia de GIRE a partir de datos obtenidos mediante solicitudes de información a las secretarías de salud locales. SD: Sin datos.

En cuanto a la información que se proporciona sobre las opciones de parto, y los riesgos y ventajas de cada una, las veinte entidades que respondieron afirman que se brinda información ya sea por parte del médico, mediante el uso de material informativo o en talleres para embarazadas. Sin embargo, en todos los casos la decisión entre parto o cesárea la toma el personal de salud y sólo se informa a la mujer quien de manera verbal otorga su consentimiento.

Sobre las novedades y buenas prácticas que se observan a partir del análisis de las respuestas cabe resaltar lo siguiente:



> En las unidades de zonas indígenas de Chiapas se ha incluido la atención obstétrica de acuerdo con los usos y costumbres de la comunidad, lo que incluye el parto vertical y el acompañamiento.



> En Colima se da consejería sobre parto convencional, parto vertical y cesáreas.



> En Guerrero se está implementando el parto humanizado en ocho hospitales básicos comunitarios, los cuales ofrecen a la embarazada la opción de libre decisión, para fomentar el protagonismo de la mujer; evitar intervenir en el proceso natural, y respetar las necesidades individuales de las mujeres y su intimidad.

Como se puede constatar, aunque existen algunos signos de cambio en algunos servicios de salud estatales, estos son mínimos y no son —de ninguna manera— representativos del conjunto nacional.

4.4.2 VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Para la documentación de casos e incidencia de violencia obstétrica en los servicios de salud, se presentaron ante la SSA, las secretarías locales de salud, IMSS, ISSSTE y CONAMED sendas solicitudes de información. Se preguntó sobre el número de quejas recibidas contra prestadores de servicios de salud en el marco de la atención gineco-obstétrica, por malos tratos y/o negligencia médica contra mujeres y sobre las sanciones aplicadas en esos casos. A las comisiones locales y a la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), además, se les solicitó información sobre el número de quejas, recomendaciones emitidas, aceptadas y cumplidas, referentes a casos de malos tratos y negligencia médica con motivo de atención gineco-obstétrica.

A nivel federal, la SSA y el IMSS informaron que no cuentan con datos estadísticos sobre lo consultado ni con el detalle de las quejas en la materia. El ISSSTE reportó que para el periodo 2009-2012 ha recibido 122 quejas por malos tratos y/o negligencia médica contra mujeres en el marco de la atención gineco-obstétrica.

Resulta sumamente preocupante que ni el IMSS ni la SSA estén generando este tipo de información, que resulta indispensable para poder evaluar la calidad de la atención a las mujeres embarazadas en los términos que establece la NOM 007.

Por otro lado, la CONAMED informó que entre 2009 y 2011 han sido concluidas 17 investigaciones sobre quejas en casos de atención ginecológica y obstétrica, en los que se observó evidencia de mala práctica y/o maltrato hacia mujeres. La CNDH recibió también 122 quejas relacionadas con malos tratos y/o negligencia médica durante la atención del embarazo, parto y puerperio en el período 2009-2012, a partir de las cuales sólo se emitieron cuatro recomendaciones: tres fueron aceptadas y dos parcialmente cumplidas. Un índice por demás bajo, si se considera el alto número de quejas en relación con las recomendaciones emitidas y cumplidas.

QUEJAS PRESENTADAS ANTE LA CNDH	
AUTORIDAD PRESUNTAMENTE RESPONSABLE	NÚMERO DE QUEJAS
IMSS	92
ISSSTE	13
SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL	3
SECRETARÍA DE MARINA	3
SECRETARÍA DE SALUD	3
SIN SEÑALAR LA AUTORIDAD RESPONSABLE	2
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL PARA LAS FUERZAS ARMADAS MEXICANAS	1
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA	1
PETRÓLEOS MEXICANOS	1
SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL	1
SECRETARÍA DE SALUD DE HIDALGO	1
SECRETARÍA DE SALUD DE MÉXICO	1

Fuente: Elaboración propia de GIRE a partir de datos obtenidos mediante solicitudes de información.

RECOMENDACIONES EMITIDAS POR LA CNDH		
RECOMENDACIÓN	AUTORIDAD A LA QUE SE DIRIGE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
30/2010 JUNIO 2, 2010	PETRÓLEOS MEXICANOS	NO ACEPTADA
06/2011 FEBRERO 22, 2011	GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL ESTADO DE HIDALGO	PARCIALMENTE CUMPLIDA
37/2011 JUNIO 24, 2011	IMSS	PARCIALMENTE CUMPLIDA
14/2012 ABRIL 23, 2012	ISSSTE	ACEPTADA, EN TIEMPO DE PRESENTAR PRUEBAS DE CUMPLIMIENTO

FUENTE: Elaboración propia de GIRE a partir de datos obtenidos mediante solicitudes de información.

Con la escueta información recibida es posible identificar que existen pocas quejas relacionadas con violencia obstétrica y que en la mayoría de los casos se presentaron cuando han ocurrido hechos trágicos, como la muerte de la mujer o del producto en gestación. Lo anterior señala que el maltrato (físico y psicológico), las humillaciones, el no proporcionar información, y la falta de respeto hacia las decisiones de las mujeres no se consideran motivos para interponer quejas. La violencia obstétrica, como muestra esta información, es silenciosa. Las formas sutiles y naturalizadas de maltrato y abuso sólo se hacen visibles en casos límite:

Existe también una serie de mecanismos de carácter institucional que contribuyen a desincentivar el derecho de queja y reclamo que tienen los pacientes frente a los abusos, lo que a su vez contribuye a perpetuar ese ambiente propicio para la violación de sus derechos. El primero de ellos se refiere al anonimato con que los médicos interactúan con las pacientes. En muchos casos las mujeres no saben el nombre de quienes las atendieron, lo que dificulta enormemente identificar a quien eventualmente pudo haberla maltratado. Otro mecanismo, asociado con el anterior, se refiere a la frecuente rotación a la que está sujeto el personal de salud, lo que hace a veces muy difícil para las mujeres localizar a quienes la atendieron. Otros mecanismos, menos accidentales, se refieren a las advertencias que a veces reciben las mujeres en el sentido de que si se quejan les puede ir peor más adelante, justo cuando necesiten otra vez atención médica.⁴²

Resulta también inquietante notar que de las quejas recibidas por la CNDH sólo tres se tradujeron en una recomendación aceptada por la autoridad responsable. Cabe preguntarse qué pasó con las otras quejas (más de 100), si es que no hubo seguimiento o si se llegó a algún tipo de acuerdo. Lamentablemente, la CNDH no proporciona este tipo de información.

Como puede apreciarse en el cuadro sobre las quejas presentadas ante la CNDH, el IMSS tiene un alto número de quejas por actos que constituyen violencia obstétrica. Cabe enfatizar que este número podría ser sólo la punta del iceberg, si se considera —como ya fue señalado— que la mayor parte de los actos de violencia obstétrica muy probablemente no se denuncian o no son identificados como actos de violencia.

También se debe resaltar que es preocupante que las instituciones de salud pública más importantes del país no cuenten con registro y seguimiento de las quejas, pues para aplicar correctamente las normas debe darse un seguimiento puntual que permita su adecuada evaluación. Si bien las denuncias por sí mismas no cambian la realidad, sí permiten visualizar y dimensionar el problema a fin de tomar medidas concretas para modificar los patrones de violencia obstétrica.

A. VIOLENCIA OBSTÉTRICA: SITUACIÓN EN LAS ENTIDADES FEDERATIVAS

La situación en las entidades federativas no es muy diferente a lo que sucede en las instituciones públicas federales, en principio habría que señalar lo discordante de las respuestas recibidas de parte de las secretarías de salud y de los organismos públicos de derechos humanos locales. Nuevamente, la escasa transparencia y claridad en la información resaltan como una de las deficiencias más relevantes. Para mejorar las políticas públicas y la atención brindada por los servicios de salud, es indispensable contar con información que permita una correcta evaluación del problema.

De los datos obtenidos y sistematizados en el siguiente cuadro, destaca que sólo 17 instituciones de salud dieron respuesta, de las cuales seis dijeron no tener la información o no tener competencia para proporcionarla.

En cuanto a las comisiones de derechos humanos, 21 respondieron. La única que proporcionó mayor detalle sobre el contenido de las dos recomendaciones emitidas y aceptadas sobre el tema fue la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF).

La Recomendación 02/2009 de la CDHDF⁴³ se refiere a siete quejas presentadas entre 2007 y 2008. En ellas se analizan los casos de once mujeres atendidas en la red de hospitales de la Secretaría de Salud del DF, de las cuales siete tuvieron consecuencias graves —ya sea la muerte de la mujer, del producto del embarazo o de ambos— debido a negligencia médica, deficiencias en la disponibilidad de recursos materiales, falta de personal médico y omisión en la información en salud proporcionada a las mujeres para que dieran su consentimiento informado. Aunque lo detallado en esta recomendación podría no ser representativo de la situación en todas las entidades federativas, es interesante citarla a la luz de la poca información proporcionada por las comisiones locales y porque nuevamente se pone en evidencia que los casos de violencia obstétrica sólo llegan a visibilizarse cuando las consecuencias son muy graves.

NÚMERO DE QUEJAS POR VIOLENCIA OBSTÉTRICA 2009-2012					
	INFORMACIÓN DE LAS SECRETARÍAS DE SALUD LOCALES / 2009-2012	INFORMACIÓN DE LAS COMISIONES LOCALES DE DERECHOS HUMANOS / 2009-2012			
ENTIDAD	QUEJAS	QUEJAS	RECOMENDACIONES	RECOMENDACIONES	RECOMENDACIONES
AGUASCALIENTES	77	2	SD	SD	SD
BAJA CALIFORNIA	6	NO RESPONDIÓ SOLICITUD DE INFORMACIÓN			
BAJA CALIFORNIA SUR	INFORMACIÓN INEXISTENTE	3	0	0	0
CAMPECHE	NO RESPONDIÓ SOLICITUD DE INFORMACIÓN				
CHIAPAS	13	6	2	2	1 (PARCIALMENTE)
CHIHUAHUA	SE DECLARA INCOMPETENTE PARA RESPONDER SOLICITUD DE INFORMACIÓN, COMPETENCIA CORRESPONDE A CONAMED	33	3	SD	SD
COAHUILA	16	NO RESPONDIÓ SOLICITUD DE INFORMACIÓN			
COLIMA	INFORMACIÓN INEXISTENTE	NO RESPONDIÓ SOLICITUD DE INFORMACIÓN			
DISTRITO FEDERAL	NO RESPONDIÓ SOLICITUD DE INFORMACIÓN	11	2	2 (PARCIALMENTE)	0
DURANGO	0	NO RESPONDIÓ SOLICITUD DE INFORMACIÓN			
GUANAJUATO	NO RESPONDIÓ SOLICITUD DE INFORMACIÓN	23	4	4	3 (PARCIALMENTE)
GUERRERO	0	-	15	3	2
HIDALGO	INFORMACIÓN INEXISTENTE	21	3	2	1 (PARCIALMENTE)
JALISCO	NO RESPONDIÓ SOLICITUD DE INFORMACIÓN	-	8	6	2
MÉXICO	ES COMPETENCIA DE LA COMISIÓN DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO	20	0	0	0
MICHOACÁN	15	19	12	SD	7

Fuente: Elaboración propia de GIRE a partir de datos obtenidos mediante solicitudes de información. SD: Sin datos.

NÚMERO DE QUEJAS POR VIOLENCIA OBSTÉTRICA 2009-2012

ENTIDAD	INFORMACIÓN DE LAS SECRETARÍAS DE SALUD LOCALES / 2009-2012	INFORMACIÓN DE LAS COMISIONES LOCALES DE DERECHOS HUMANOS PERÍODO 2009-2012			
	QUEJAS	QUEJAS	RECOMENDACIONES	RECOMENDACIONES	RECOMENDACIONES
MORELOS	NO RESPONDIÓ SOLICITUD DE INFORMACIÓN	SD	6	6	4
NAYARIT	NO RESPONDIÓ SOLICITUD DE INFORMACIÓN	NO RESPONDIÓ SOLICITUD DE INFORMACIÓN			
NUEVO LEÓN	56	10	1	1	1
OAXACA	SE TUVO CONOCIMIENTO DE DOS CASOS PRESENTADOS ANTE EL ORGANISMO PÚBLICO DE DERECHOS HUMANOS	5	1	1	1 (PARCIALMENTE)
PUEBLA	15	6	0	0	0
QUERÉTARO	INFORMACIÓN INEXISTENTE	NO RESPONDIÓ SOLICITUD DE INFORMACIÓN			
QUINTANA ROO	2	SD	3	3	1 (PARCIALMENTE)
SAN LUIS POTOSÍ	NO RESPONDIÓ SOLICITUD DE INFORMACIÓN	NO RESPONDIÓ SOLICITUD DE INFORMACIÓN			
SINALOA	NO COMPETENTE	SD	6	SD	SD
SONORA	NO RESPONDIÓ SOLICITUD DE INFORMACIÓN	SD	0	SD	SD
TABASCO	7	SD	7	7	2 4 (EN VÍAS DE CUMPLIMIENTO)
TAMAULIPAS	NO RESPONDIÓ SOLICITUD DE INFORMACIÓN	NO RESPONDIÓ SOLICITUD DE INFORMACIÓN			
TLAXCALA	162	2	0	0	0
VERACRUZ	8	SD	12	12	12
YUCATÁN	NO RESPONDIÓ SOLICITUD DE INFORMACIÓN	NO RESPONDIÓ SOLICITUD DE INFORMACIÓN			
ZACATECAS	0	SD	4	4	4

Fuente: Elaboración propia de GIRE a partir de datos obtenidos mediante solicitudes de información. SD: Sin datos.

B. SANCIONES

Tanto en el ámbito federal como en el local, se solicitó información sobre las sanciones derivadas de las quejas en las instituciones de salud pública. En todos los casos, se argumentó falta de competencia por parte de las secretarías de salud y de la CONAMED para tomar medidas de este tipo. En suma, de los datos obtenidos se puede concluir que no existen personas sancionadas por hechos de violencia obstétrica.

Otro de los casos a destacar es el de Veracruz, la única entidad que tipifica como delito a la violencia obstétrica. Se solicitó a la Dirección de Asuntos Jurídicos de Servicios de Salud y a la Procuraduría General de Justicia del estado información sobre las denuncias contra prestadores de servicios de salud por el delito de violencia obstétrica, y cuántos han sido separados de sus cargos por este hecho.

La respuesta es que desde marzo de 2012 (fecha en que la reforma entró en vigor) no se tiene registro de ningún hecho relacionado. Esto pone de manifiesto que la existencia de un tipo penal de violencia obstétrica plantea desafíos en su persecución y que —al menos en Veracruz— no está siendo aplicado.

4.5 / CONCLUSIONES

La violencia obstétrica constituye una violación a diversos derechos humanos de las mujeres y forma parte de una problemática estructural, nacional y local. Está relacionada con la falta de respeto por la autonomía de las pacientes y su derecho a la información, con la deficiente atención y acceso de las mujeres a servicios de salud reproductiva de calidad, así como con las deficiencias del sistema social de salud para atenderlas durante el embarazo, el parto y el puerperio. Asimismo, es consecuencia de los vacíos presupuestales y las deficiencias en la gestión de los recursos, la falta de clínicas y centros de salud, el sobrecupo en las camas y la falta de información de las mujeres sobre sus derechos reproductivos, entre otras cuestiones. Esta problemática se agrava en casos de mujeres en situaciones de mayor riesgo de que se vulneren sus derechos por su condición de etnia, estatus económico y edad, tales como mujeres indígenas, marginadas, niñas y adolescentes.

A partir de los datos estadísticos, del análisis normativo y de las respuestas a las solicitudes de acceso a la información pública presentadas a nivel federal y en las entidades federativas, se puede concluir que la violencia obstétrica sigue siendo un problema invisibilizado y poco tratado por las autoridades mexicanas.

La visibilidad, como se ha mencionado, no depende tanto de las denuncias penales, sino de un seguimiento más detallado y sistematizado sobre la atención en los servicios de salud. Aunque, como se ha detallado en este informe, existen casos que ameritan ser considerados por el sistema penal, antes de la tipificación penal de la violencia obstétrica deberán buscarse medidas de tipo administrativo y de política pública que refuercen el marco normativo y de derechos humanos. En su caso, el incumplimiento o violación de los derechos humanos se debe sancionar por la vía administrativa o civil, considerar la reformulación del tipo penal propuesto, para no “engrosar” el brazo criminalizador del Estado. Ello con excepción de los casos de conductas más graves —como la esterilización forzada— que sí deberían estar tipificadas en el derecho penal.

En términos de la legislación, existen vacíos importantes que deberían atenderse. Por ejemplo, en casi la mitad de las leyes locales de salud no se prohíbe explícitamente la esterilización forzada y no se establecen sanciones adecuadas. La esterilización forzada tampoco está contemplada en la mayoría de los códigos penales locales, lo cual sería fundamental para lograr su correcta penalización. Por otra parte, la NOM 007, que contiene elementos importantes sobre el tratamiento de las mujeres embarazadas, a fin de prevenir actos de violencia obstétrica, no se implementa ni monitorea a cabalidad. Asimismo, la información proporcionada por las instituciones públicas da cuenta de que sólo los casos más extremos de violencia obstétrica se denuncian, e incluso la mayor parte de éstos siguen en la impunidad. Las sanciones administrativas, que representan una alternativa a las sanciones penales, parecen no aplicarse a este tipo de conductas.

Las estadísticas demuestran el continuo abuso de la práctica de cesáreas. El porcentaje de éstas que se realizan en México es alarmante y duplica o triplica el recomendado por la OMS. Ello sugiere que muchas cesáreas son innecesarias y que se realizan a conveniencia del médico o de la institución de salud, a costa de riesgos de salud para las mujeres embarazadas. Esta situación no ha sido visibilizada de forma recurrente y, en los casos en los que existen incluso órdenes administrativas al respecto, como es el caso del IMSS, éstas no se cumplen.

Existen vacíos de información muy importantes en términos de las quejas y denuncias por actos que pueden constituir violencia obstétrica, tanto en el ámbito de las entidades federativas como en el federal. Ello impide dimensionar de forma más completa la problemática de la violencia obstétrica en el país.

4.6 / RECOMENDACIONES

4.6.1 NORMATIVAS

- Tipificar la esterilización forzada como un delito en los códigos penales de las entidades y establecer sanciones adecuadas a esta práctica en las leyes locales de salud.
- Establecer mecanismos de monitoreo y sanciones administrativas que permitan visibilizar y sancionar la violencia obstétrica.

4.6.2 IMPLEMENTACIÓN DE LA NORMATIVA

- La SSA y las secretarías de salud locales deben asegurar la adecuada implementación de la NOM 007 mediante la difusión de su contenido y el monitoreo de su implementación y acatamiento por todos los profesionales de la salud.
- Las instituciones del Sistema Nacional de Salud deben llevar a cabo acciones para implementar —en su esfera de acción— el modelo de parto humanizado e integrar a enfermeras y parteras en el proceso.
- Asegurar la reducción en el número de cesáreas en todas las entidades federativas e instituciones del sistema federal, hasta llegar a los estándares recomendados por la OMS.
- Visibilizar la problemática de la violencia obstétrica y sensibilizar al personal de salud sobre el parto humanizado.
- Fortalecer los sistemas de quejas y campañas de información para las mujeres al interior de los hospitales e instituciones de salud, de forma que las usuarias puedan denunciar prácticas que constituyan violencia obstétrica.
- Las comisiones de derechos humanos deben incluir, dentro de sus catálogos de violaciones a estos derechos, las prácticas que constituyan violencia obstétrica.

NOTAS

¹ Villanueva-Egan, Luis Alberto, “El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra”, en *Revista CONAMED*, vol. 15, núm. 3, julio-septiembre 2010, p. 148. Disponible en <<http://bit.ly/hF16fY>> [consulta: 15 de noviembre de 2012].

² Medina, Graciela, “Violencia obstétrica”, en *Revista de Derecho y Familia de las Personas*, Buenos Aires, núm. 4, diciembre 2009. Disponible en <<http://bit.ly/UjH62l>> [consulta: 5 de noviembre de 2012].

³ OMS, *Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo*, Ginebra, 1996. Disponible en <<http://bit.ly/Y3UKMC>> [consulta: 10 de noviembre de 2012].

⁴ OMS, “Appropriate technology for birth”, en *The Lancet*, Reino Unido, vol. 326, núm. 8452, 24 de agosto de 1985, pp. 436-437.

⁵ Medina, Graciela, “Violencia obstétrica”, *op. cit.* (ver *supra*, nota 2).

⁶ Nueve Lunas, *Atención humanizada del parto y nacimiento. Carpeta Informativa*, México, 2011. Disponible en <<http://bit.ly/MN9YQa>> [consulta: 9 de noviembre de 2012].

⁷ Comité CEDAW, *Observación General 24. Artículo 12: La mujer y la salud*, 20° período de sesiones (1999), párrafo 2. Disponible en <<http://bit.ly/opp1tq>> [consulta: 9 de noviembre de 2012].

⁸ Comité contra la Tortura, *Observación General 2. Aplicación del artículo 2 por los Estados Partes*, 39° período de sesiones (2007), párrafo 22. Disponible en <<http://bit.ly/WdffCv>> [consulta: 9 de noviembre de 2012].

⁹ Castro, Roberto y Joaquina Erviti, “La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio”, en López, Paz, Blanca Rico, Ana Langer y Guadalupe Espinosa, *Género y Política en Salud*, México, Secretaría de Salud, 2003, p. 259.

¹⁰ Ver CNDH, *Recomendación General N° 4. Derivada de las prácticas administrativas que constituyen violaciones a los Derechos Humanos de los miembros de las comunidades indígenas respecto de la obtención de consentimiento libre e informado para la adopción de métodos de planificación familiar*, México, 16 de diciembre de 2002. Disponible en <<http://bit.ly/UEhmv>> [consulta: 15 de noviembre de 2012].

¹¹ Erviti, Joaquina, “Construcción de los objetos profesionales, orden corporal y desigualdad social. Una reflexión en torno a las interacciones médicos-usuarias de servicios ginecológicos”, en Castro, Roberto y Alejandra López Gómez (eds.), *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*, Montevideo, Universidad de la República, 2010, p. 107.

¹² Ver Center for Reproductive Rights, “Francisca’s story: Forcibly sterilized because of her HIV status”, s/f. Disponible en <<http://bit.ly/12uLpgb>> [consulta: 15 de noviembre de 2012].

¹³ CIDH, *María Mamérita Mestanza Chávez vs. Perú. Petición 12.191. Informe 71/03. Solución Amistosa*, 10 de octubre de 2003. Disponible en <<http://bit.ly/R1uSxG>> [consulta: 15 de noviembre de 2012].

¹⁴ Comité CEDAW, *A.S. vs. Hungría. Comunicación N° 4/2004*, 36° período de sesiones (2006). Disponible en <<http://bit.ly/V2qb7f>> [consulta: 15 de noviembre de 2012].

¹⁵ INEGI, “Estadísticas a propósito del Día de la Madre. Datos Nacionales”, México, 10 de mayo de 2012. Disponible en <<http://bit.ly/V2qcYW>> [consulta: 20 de noviembre de 2012].

¹⁶ *Idem.*

¹⁷ Instituto Nacional de Salud Pública, “Elevada recurrencia a las cesáreas: revertir la tendencia y mejorar la calidad en el parto”, en *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*, México, 2012. Disponible en <<http://bit.ly/TSk1H4>> [consulta: 13 de diciembre, 2012].

¹⁸ Las instituciones no hacen distinción de cuáles son las intervenciones médicas que realizan en estos casos. Es decir, no se sabe cuál es el porcentaje de nacimientos mediante partos naturales, sin ningún tipo de intervención, en los que se respetan los tiempos del proceso y de la mujer (con la simple vigilancia médica necesaria para intervenir en caso de que se requiera) y en cuántos casos se recurre a prácticas

médicas que aceleran el parto (como el uso de oxitocina), a la aplicación de la epidural o a la realización de la episiotomía.

¹⁹ INEGI, “Estadísticas a propósito del Día de la Madre...”, *op. cit.* (ver *supra*, nota 15).

²⁰ Porcentajes obtenidos a partir de la información desagregada por estados publicada en el *Boletín de Información Estadística del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS)*. Ver, SINAIS, *Boletín de Información Estadística. Volumen III: Servicios otorgados y Programas sustantivos*, México, Secretaría de Salud, núm. 30, 2010. Disponible en <<http://bit.ly/V2qCOQ>> [consulta: 14 de diciembre de 2012].

²¹ OMS, Cuidados en el parto normal..., *op. cit.* (ver *supra*, nota 3).

²² INEGI, “Estadísticas a propósito del Día de la Madre...”, *op. cit.* (ver *supra*, nota 15).

²³ Almaguer, José Alejandro, Hernán José García y Vicente Vargas Vite, “La violencia obstétrica: una forma de patriarcado en las instituciones de salud”, en *Género y salud en cifras*, México, vol. 8, núm. 3, septiembre-diciembre 2010, pp. 3-20.

²⁴ Castro, Roberto y Joaquina Erviti, “La violación de derechos reproductivos...”, *op. cit.* (ver *supra*, nota 9), p. 261.

²⁵ Almaguer, José Alejandro *et al.*, “La violencia obstétrica...”, *op. cit.* (ver *supra*, nota 23), p. 6.

²⁶ Erviti, Joaquina, “Construcción de los objetos profesionales...”, *op. cit.* (ver *supra*, nota 11), p. 109.

²⁷ “Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia para las Mujeres en el Estado de Chiapas”, en *Periódico Oficial del Estado de Chiapas*, núm. 152, 23 de marzo de 2009. Disponible en <<http://bit.ly/Zc1CZK>> [consulta: 20 de noviembre de 2012].

²⁸ “Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Guanajuato”, en *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Guanajuato*, año 97, tomo 148, núm. 189, 26 de noviembre de 2010, (véase la cuarta parte). Disponible en <<http://bit.ly/TVFpaK>> [consulta: 20 de noviembre de 2012].

²⁹ “Ley de las Mujeres para una Vida sin Violencia del Estado de Durango”, 30 de diciembre de 2007. Disponible en <<http://bit.ly/XErUmU>> [consulta: 7 de enero de 2013].

³⁰ “Ley Número 235 de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave”, en *Gaceta Oficial del Estado de Veracruz*, núm. ext. 65, 28 de febrero de 2008. Disponible en <<http://bit.ly/VKZW1A>> [consulta: 20 de noviembre de 2012].

³¹ “Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal”, en *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, 17ª época, núm. 263, 29 de enero de 2008. Disponible en <<http://bit.ly/VL0uV5>> [consulta: 20 de noviembre de 2012].

³² *Ley de Acceso a las Mujeres a una vida libre de violencia para el estado de Guanajuato*, artículo 5, fracción VIII.

³³ *Gaceta Legislativa del Congreso del estado de Veracruz*, año 2, núm. 94, 4 de diciembre de 2008, p. 7. Disponible en <<http://bit.ly/Tq7Qin>> [consulta: 20 de noviembre de 2012].

³⁴ En Puebla fue presentada por la diputada Myriam Galindo Petriz del Partido Acción Nacional (PAN) el 31 de mayo de 2012, y en Oaxaca en agosto de 2011 por Gabino Cué, Gobernador del estado.

³⁵ Baratta, A., *Criminología y sistema penal*, Buenos Aires, Editorial B de F, 2004. Ferrajoli, Luigi, “El derecho penal mínimo”, en Ferrajoli *et al.*, *Prevención y teoría de la pena*, Santiago de Chile, Editorial Jurídica Conosur, 1995.

³⁶ El Proyecto de Norma Oficial Mexicana “PROY-NOM-007-SSA2-2010. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido” fue publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 5 de noviembre de 2012.

³⁷ *Ley General de Salud*, artículo 67.

³⁸ No se enviaron solicitudes de información sobre el tema de esterilización sin consentimiento, por ello no será abordado en este apartado.

³⁹ Se solicitó también información para el período enero-julio de 2012, pero —hasta el 14 de diciembre de 2012— ninguna institución proporcionó datos.

⁴⁰ En el caso de la respuesta proporcionada por el IMSS, clasificaron como partos distócicos a las cesáreas.

⁴¹ Consejo de Salubridad General, *Guía de práctica clínica. Realización de operación cesárea. Evidencias y recomendaciones. Catálogo maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-048-08*, México, Secretaría de Salud, 2009, p. 7. Disponible en <<http://bit.ly/12uUSUY>> [consulta: 20 de noviembre de 2012].

⁴² Castro y Erviti, “La violación de derechos reproductivos...”, *op. cit.* (ver *supra*, nota 9), pp. 270-271.

⁴³ CDHDF, *Recomendación 02/2009. Negligencia médica y deficiencias en la disponibilidad de personal y de recursos materiales en la atención a la salud materno-infantil*, México, 30 de marzo de 2009. Disponible en <<http://bit.ly/V2yHTU>> [consulta: 21 de noviembre de 2012].

5.

VIDA LABORAL
Y REPRODUCTIVA

5.1 / INTRODUCCIÓN

La protección de la maternidad constituye un derecho fundamental que los Estados deben respetar, proteger y garantizar. El artículo 4º de la Constitución consagra la protección a la maternidad libre y voluntaria al proteger el derecho a “decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”.

Ello implica el deber del Estado de establecer las condiciones y adoptar las medidas necesarias para que las mujeres desarrollen sus embarazos adecuadamente y puedan ejercer su maternidad en situación de igualdad, libres de discriminación y con pleno respeto a sus derechos humanos.

Estas protecciones y garantías abarcan, pero no se limitan, al ámbito laboral y de seguridad social. De acuerdo con la Constitución (artículo 123), las mujeres trabajadoras tienen derecho a licencias de maternidad y prestaciones sociales, así como a descansos para la lactancia y evitar trabajos peligrosos para su salud durante la gestación.

El derecho internacional de los derechos humanos no ha sido ajeno a la protección de la maternidad. Esta protección se encuentra, por ejemplo, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos donde se establece que “la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencias especiales”¹ y en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales que obliga a los Estados a “conceder especial protección a las madres durante un periodo de tiempo razonable antes y después del parto”, así como licencias con remuneración o con prestaciones adecuadas de seguridad social durante dicho lapso.²

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) establece una concepción más amplia de la protección a la maternidad como función social relevante en el desarrollo de las familias. En este sentido, obliga a los Estados a adoptar las medidas necesarias para asegurar la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, garantizando sus derechos en el ámbito laboral, tales como: prohibir el despido por motivo de embarazo, maternidad, o estado civil; establecer obligaciones para los empleadores de implementar el pago de la licencia de maternidad o prestaciones sociales sin pérdida del empleo; alentar servicios sociales que permitan a los padres combinar la vida laboral y familiar, tales como licencias de paternidad y estancias infantiles.³

Esta protección integral de la maternidad que hace la CEDAW es muy relevante, ya que establece como obligación para los Estados tomar medidas apropiadas para modificar patrones socio culturales discriminatorios sobre los roles femeninos y masculinos, para lograr una mayor corresponsabilidad de hombres y mujeres en las tareas relacionadas con el trabajo y la familia. El fin último de esta protección deberá garantizar la posibilidad de que hombres y mujeres puedan conciliar su vida familiar y laboral en igualdad de circunstancias. Por lo tanto, el Estado mexicano tiene la obligación de establecer leyes y políticas públicas respetuosas de los derechos humanos que protejan la maternidad de las mujeres y garantizar el involucramiento de los hombres en la crianza y cuidado de los hijos/as.

Varios convenios de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), incluidos el III y el 183, establecen estándares y garantías para la protección de la maternidad. El Convenio III sobre discriminación en el empleo, ratificado por México el 11 de septiembre de 1961,⁴ establece la obligación de los Estados Partes de “formular y llevar a cabo una política nacional que promueva, por métodos adecuados a las condiciones y a la práctica nacionales, la igualdad de oportunidades y de trato en materia de empleo y ocupación, con objeto de eliminar cualquier discriminación a este respecto”.⁵

Por su parte, el Convenio 183⁶ y el 156⁷ establecen varias obligaciones específicas para la protección de la maternidad, incluida la obligación de otorgar una licencia de maternidad de al menos 14 semanas. Desafortunadamente estos dos convenios no han sido ratificados por el Estado mexicano.

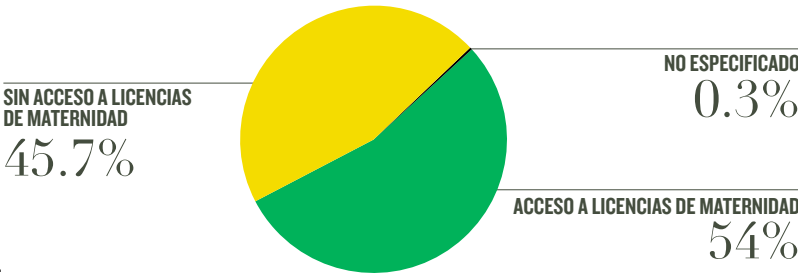
A nivel internacional, en el caso de *Fátima Regina Nascimento De Oliveira y Maura Tatiane Ferreira Alves vs. Brasil*,⁸ admitido por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, las peticionarias alegaron que fueron violados sus derechos a la vida familiar, los derechos del niño y a la igualdad ante la ley, reconocidos en la Convención Americana sobre Derechos Humanos, luego de haberseles negado la licencia de maternidad al recibir a su hija menor en adopción. Este caso es importante ya que pone de manifiesto la protección del derecho de toda persona a la maternidad sin que sea necesaria la existencia de matrimonio o parto.

El cuidado de los hijos e hijas, su protección y educación deben ser una responsabilidad compartida por todos los miembros de la sociedad y el Estado tiene que crear las condiciones para ello y apoyar en esta labor. Los estereotipos de género, arraigados en la cultura, han marcado la diferencia en la asignación de tareas para hombres y para mujeres. Sin embargo, cualquier persona, sin importar su sexo, tiene el derecho de ejercer la maternidad.

5.2 / SITUACIÓN EN MÉXICO

En México la protección de la maternidad está reconocida tanto a nivel constitucional como en diversas leyes secundarias. Sin embargo, este reconocimiento legal no es cumplido en la práctica. Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en 2009, 45.7% de las mujeres trabajadoras no tuvieron acceso a incapacidad o licencia médica después del parto.⁹

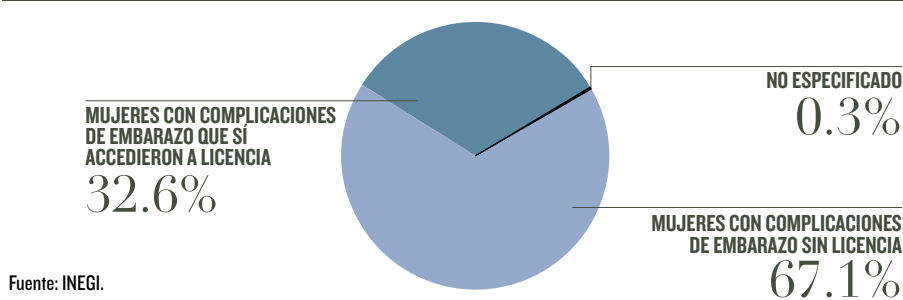
ACCESO A LICENCIAS DE MATERNIDAD. MÉXICO 2009



Fuente: INEGI.

Si se toman en cuenta los casos de complicaciones del embarazo o aborto, la cifra se eleva a 67.1% de mujeres trabajadoras que no tuvieron acceso a incapacidad o licencia médica.¹⁰ A esta cifra se le suma el número insuficiente de estancias infantiles, las cuales se analizarán más adelante en la sección sobre implementación. Como se desprende de estos datos, la falta de conciliación entre la vida laboral y la familiar afecta de manera grave a aproximadamente la mitad de las mujeres que trabajan.

ACCESO A LICENCIAS EN CASO DE COMPLICACIONES DEL EMBARAZO. MÉXICO 2009



Por otra parte, resultan alarmantes las cifras relativas a la discriminación de las mujeres en el empleo, incluida la que tiene lugar por motivos de embarazo. Una encuesta del INEGI reveló que, en 2011, 90% de los incidentes de violencia laboral en el trabajo se relacionaban con la solicitud de una prueba de embarazo a la mujer. De estas mujeres, 18% fueron despedidas, no les renovaron contrato o les bajaron el salario por estar embarazadas.¹¹

En este sentido el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW), en el último examen a México, mostró su preocupación por la persistencia de prácticas discriminatorias contra las mujeres en el ámbito laboral en el país, tales como el requisito de presentar certificados de ingravidez para acceder a un empleo o mantenerlo, así como la práctica de someter a las mujeres embarazadas a condiciones de trabajo difíciles o peligrosas. Por ello el Comité recomendó al Estado adoptar medidas tendientes a eliminar estas prácticas discriminatorias, así como ratificar el Convenio 156 de la OIT sobre los trabajadores con responsabilidades familiares.¹²

5.3 / MARCO NORMATIVO

En México la regulación laboral y de seguridad social tiene su fundamento constitucional en los artículos 73 y 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, a partir de la cual se establece que la facultad para emitir la normativa reglamentaria le corresponde al Congreso de la Unión.¹³ Además de esa regulación, con fundamento en la reforma constitucional en materia de derechos humanos, deben aplicarse a esta materia las normas relativas a los derechos laborales contenidas en los instrumentos internacionales de los que el Estado es parte, especialmente la CEDAW y los convenios de la OIT.

La normativa nacional aplicable a la protección de la maternidad en el ámbito laboral y de seguridad social se encuentra establecida en la Constitución, la Ley Federal del Trabajo, la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado (Reglamentaria del Apartado B del Artículo 123 Constitucional), la Ley del Seguro Social y la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. En el siguiente cuadro se presenta la forma en la que cada una de estas normas regula los derechos de las mujeres trabajadoras en relación con la protección de la maternidad en el ámbito laboral y de seguridad social; al respecto, cabe señalar que en el cuadro comparativo se presenta la regulación de la Ley Federal del Trabajo hasta antes de la reforma aprobada por el Congreso de la Unión en noviembre de 2012. En un apartado posterior se analiza dicha reforma a profundidad en lo que se refiere a la protección de la maternidad.

PROTECCIÓN A LA MATERNIDAD EN EL ÁMBITO LABORAL		
	TRABAJADORAS	TRABAJADORAS AL SERVICIO DEL ESTADO
	ARTÍCULO 123 CONSTITUCIONAL	
	APARTADO A	APARTADO B
TRABAJO	Se prohíben trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación.	Se prohíben los trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación.
LICENCIAS DE MATERNIDAD	Seis semanas anteriores a la fecha del parto y seis semanas posteriores al mismo. Salario íntegro. Conservar su empleo y los derechos que hubieren adquirido por la relación de trabajo.	Un mes de descanso antes de la fecha del parto y otros dos después del mismo. Salario íntegro. Conservar su empleo y los derechos que hubieren adquirido por la relación de trabajo.
PERIODO DE LACTANCIA	Dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos.	Dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos.
PRESTACIONES	Servicios de guardería.	Asistencia médica y obstétrica. Medicinas. Ayuda para la lactancia. Servicio de guarderías infantiles.
	LEY FEDERAL DEL TRABAJO ¹⁴	LEY FEDERAL DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO, REGLAMENTARIA DEL APARTADO B DEL ARTÍCULO 123 CONSTITUCIONAL ¹⁵
TRABAJO	Se prohíben trabajos que exijan esfuerzos considerables y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación --levantar, tirar o empujar grandes pesos--, que produzcan trepidación, estar de pie durante largo tiempo o que puedan alterar su estado psíquico y nervioso. Número suficiente de asientos o sillas a disposición de las madres trabajadoras.	Son condiciones nulas una jornada inhumana por lo notoriamente excesiva o peligrosa para la salud de la trabajadora embarazada o el producto de la concepción.
LICENCIAS DE MATERNIDAD	Descanso de seis semanas anteriores y seis posteriores al parto. Los periodos de descanso se prorrogarán por el tiempo necesario en el caso de que se encuentren imposibilitadas para trabajar a causa del embarazo o del parto. Durante los periodos de descanso percibirán su salario íntegro. En los casos de prórroga tendrán derecho al 50% de su salario por un periodo no mayor de sesenta días.	Un mes de descanso antes de la fecha del parto y otros dos después del mismo.

PROTECCIÓN A LA MATERNIDAD EN EL ÁMBITO LABORAL		
	TRABAJADORAS	TRABAJADORAS AL SERVICIO DEL ESTADO
LICENCIAS DE MATERNIDAD	Regresar al puesto que desempeñaban, siempre que no haya transcurrido más de un año de la fecha del parto. Computar en su antigüedad los periodos pre y postnatales.	
PERIODO DE LACTANCIA	Dos reposos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos.	Dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para amamantar a sus hijos.
ESTANCIAS INFANTILES	Los servicios de guardería infantil se prestarán por el Instituto Mexicano del Seguro Social.	Guarderías infantiles.
	LEY DEL SEGURO SOCIAL ¹⁶	LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO ¹⁷
PRESTACIONES POR MATERNIDAD	Asistencia obstétrica. Ayuda en especie por seis meses para lactancia. Canastilla de maternidad.	Asistencia obstétrica. Ayuda para la lactancia cuando, según dictamen médico, exista incapacidad física o laboral para amamantar al hijo. Esta ayuda será proporcionada en especie por un lapso de hasta seis meses con posterioridad al nacimiento. Canastilla de maternidad.
ESTANCIAS INFANTILES	Mujer trabajadora, trabajador viudo o divorciado o aquél al que judicialmente se le hubiera confiado la custodia de sus hijos. Asegurados que por resolución judicial ejerzan la patria potestad y la custodia de un menor, siempre y cuando estén vigentes en sus derechos ante el Instituto y no puedan proporcionar la atención y cuidados al menor. Turno matutino y vespertino, pudiendo tener acceso a alguno de éstos el hijo del trabajador cuya jornada de labores sea nocturna. Aseo, alimentación, cuidado de la salud, educación y recreación de los menores.	Servicios de atención para el bienestar y desarrollo infantil.

PROTECCIÓN A LA MATERNIDAD EN EL ÁMBITO LABORAL		
	TRABAJADORAS	TRABAJADORAS AL SERVICIO DEL ESTADO
ESTANCIAS INFANTILES	Instalaciones especiales, por zonas convenientemente localizadas en relación a los centros de trabajo y de habitación, y en las localidades donde opere el régimen obligatorio. Las madres aseguradas, los viudos, divorciados o los que judicialmente conserven la custodia de sus hijos, mientras no contraigan nuevamente matrimonio o se unan en concubinato, tendrán derecho a los servicios de guardería durante las horas de su jornada de trabajo. Menores desde la edad de cuarenta y tres días hasta cumplir cuatro años.	

Del cuadro anterior se desprende que la protección de la maternidad en el ámbito laboral y de seguridad social es similar entre las trabajadoras en general y las que prestan sus servicios al Estado; sin embargo, la regulación de las estancias infantiles es más amplia en la Ley del Seguro Social, ya que se establecen las edades de las niñas y niños que podrán asistir, así como los servicios que se prestan y las personas titulares de esta prestación. Resulta muy preocupante que la legislación promueva el estereotipo de que son las mujeres las primeras obligadas al cuidado de las y los hijos. Por ejemplo, la legislación establece que son titulares del derecho a estancias infantiles las madres aseguradas, los hombres viudos, divorciados o aquellos que tengan la patria potestad de los hijos, y no los trabajadores en general, es decir, sólo a falta de la madre se les reconoce a los hombres el derecho a las estancias, lo que sigue poniendo el énfasis del cuidado de las y los hijos en las mujeres.

5.3.1 REFORMA A LA LEY FEDERAL DEL TRABAJO (2012)

A partir de la presentación por parte del Ejecutivo Federal de una iniciativa preferente al Congreso de la Unión en el primer periodo ordinario de sesiones de la LXII Legislatura, el Senado y la Cámara de Diputados aprobaron diversas reformas a la Ley Federal del Trabajo.¹⁸ En materia de protección a la maternidad en el ámbito laboral y de seguridad social cabe destacar las siguientes reformas:

REFORMA A LA LEY FEDERAL DEL TRABAJO. 2012		
TEMA	TEXTO	ARTÍCULO
IGUALDAD Y PROHIBICIÓN DE DISCRIMINACIÓN	Igualdad sustantiva es la que se logra eliminando la discriminación en contra de las mujeres que menoscaba o anula el reconocimiento, goce o ejercicio de sus derechos humanos y las libertades fundamentales en el ámbito laboral. Se prohíbe negarse a aceptar trabajadores por razones de género, estado civil o cualquier criterio que pueda dar lugar a un acto discriminatorio.	2, 56 y 133 I
CERTIFICADOS DE NO EMBARAZO	Se prohíbe la presentación de certificados médicos de no embarazo para el ingreso, permanencia o ascenso en el empleo.	133 XIV

REFORMA A LA LEY FEDERAL DEL TRABAJO. 2012		
TEMA	TEXTO	ARTÍCULO
DESPIDO	Se prohíbe despedir a una trabajadora o coaccionarla para que renuncie por estar embarazada, por cambio de estado civil o por tener el cuidado de hijos menores.	133 XV
CONDICIONES LABORALES	En caso de declaratoria de contingencia sanitaria las mujeres embarazadas no podrán trabajar, ello sin perjuicio de su salario, prestaciones y derechos.	168
LICENCIA DE PATERNIDAD	Cinco días laborales con goce de sueldo a los hombres trabajadores, por el nacimiento de sus hijos o por adopción.	132 XXVII bis
LICENCIA DE MATERNIDAD	Seis semanas anteriores y seis posteriores al parto. Se podrán transferir hasta cuatro de las seis semanas anteriores al parto para después del mismo. En caso de discapacidad del hijo o hija o de requerir atención médica hospitalaria, la licencia podrá ser de hasta ocho semanas posteriores al parto. Seis semanas en caso de adopción.	170 II y II bis
LACTANCIA	Dos descansos de media hora al día por el término máximo de seis meses, con la posibilidad de sustituir el descanso por la reducción en una hora la jornada de trabajo.	170 IV
ESTANCIAS INFANTILES	Brindar servicios de guardería a los hijos/as de los trabajadores.	283 XIII

En términos generales la reforma a la Ley Federal del Trabajo en materia de protección a la maternidad establece una mayor protección para las mujeres trabajadoras respecto de la legislación anterior; por ejemplo, se prevén licencias de maternidad en caso de adopción, así como la posibilidad de extenderlas en caso de que el hijo o hija recién nacida tenga alguna discapacidad. En materia de discriminación de las mujeres por embarazo se señala expresamente la prohibición de negar la contratación, la permanencia o el ascenso a causa del estado de gravidez, así como despedir a alguna mujer por este hecho.

A pesar del avance que representan estas reformas, es importante enfatizar que subsiste la visión de que son las mujeres las principales responsables del cuidado de las y los niños, como queda demostrado con el plazo tan reducido de las licencias de paternidad.

El plazo aprobado de cinco días con goce de sueldo no sólo carece de una argumentación que motive la determinación de este número de días, sino que resulta insuficiente para alcanzar el objetivo de lograr una repartición igualitaria real de las responsabilidades en el cuidado y crianza de los hijos. Este plazo tan corto además fomenta la preservación del estereotipo de que son las mujeres quienes deben asumir en su totalidad, o la mayor parte, de la responsabilidad en el cuidado de los hijos.

Por otra parte, a pesar de que la figura de los permisos de paternidad no estaba regulada en la legislación mexicana, en los últimos años algunas instituciones públicas como el Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal y el Instituto Nacional de las Mujeres otorgan al menos un periodo de diez días hábiles, el doble de los que establece la Ley Federal del Trabajo.

5.3.2 VACÍOS Y DEFICIENCIAS EN LA NORMATIVA EXISTENTE

Como ya fue señalado, a pesar de los recientes avances en materia normativa para la protección de la maternidad en el ámbito laboral y de seguridad social, persisten lagunas y vacíos legislativos que contribuyen a perpetuar la discriminación y la desigualdad de género en el cuidado y la crianza de los hijos. Además, existen desafíos estructurales que impiden que las protecciones de seguridad social y laboral alcancen a todas las mujeres. El desafío más grande es, quizás, que un porcentaje muy grande de las mujeres carecen de seguridad social, ya sea porque están desempleadas, trabajan de forma no remunerada en el hogar o laboran en el sector informal. Una encuesta del INEGI de 2009 señala que seis de cada diez personas de la población económicamente activa que no están afiliadas a un esquema de seguridad social son mujeres.¹⁹

La falta de afiliación a los esquemas de seguridad social tiene como consecuencia que estas mujeres no tengan acceso a licencias, guarderías y otros servicios de protección que pueden contribuir a conciliar de mejor forma la maternidad y el trabajo, evitar dobles jornadas y fortalecer la corresponsabilidad entre hombres y mujeres en el cuidado de los hijos.

Por otra parte, la legislación nacional no está plenamente armonizada con los estándares internacionales en la materia. Por ejemplo, respecto a las licencias de maternidad el Convenio 183 de la OIT establece que deben ser de al menos 14 semanas y, de hecho, una recomendación de la OIT del año 2000 señala que lo aconsejable es al menos 18 semanas.²⁰ En México, la legislación establece doce, por debajo del estándar mínimo.²¹

Adicionalmente, la OIT recomienda en casos de embarazos múltiples que la licencia se extienda; al respecto, la legislación mexicana no contiene ninguna disposición.

Asimismo, los estándares de la OIT establecen que en la licencia de maternidad deberán ser obligatorias al menos seis semanas posteriores al parto con la finalidad de proteger la salud de la madre. La legislación en México establece seis anteriores y seis posteriores, con la posibilidad de transferir cuatro para después del parto. Sin embargo, la legislación debería permitir a la mujer decidir cuándo tomar el periodo correspondiente a las seis semanas previas dependiendo de sus necesidades.

Otro vacío importante es en términos de la lactancia, pues no se incluye en la legislación ninguna medida para que estos periodos sean efectivos en la práctica, por ejemplo el establecimiento de cuartos de lactancia en el lugar de trabajo o cerca del mismo.

5.4 / IMPLEMENTACIÓN DEL MARCO NORMATIVO

Para la elaboración de este capítulo se solicitó información pública al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), al Instituto de Servicios y Seguridad Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y a la Procuraduría de la Defensa del Trabajo respecto al número de licencias de maternidad otorgadas, estancias infantiles, demandas presentadas por despidos en razón del embarazo y quejas por la solicitud de certificados de ingravidez. En los siguientes cuadros se presentan las respuestas.

LICENCIAS DE MATERNIDAD / 2009-2012				
INSTITUCIÓN	LICENCIAS DE MATERNIDAD			
	2009	2010	2011	2012 (PRIMER TRIMESTRE)
IMSS	465,616	486,926	468,239	108,657
ISSSTE	39,680	39,844	41,783	10,214

Fuente: Elaboración propia de GIRE a partir de datos obtenidos mediante solicitudes de información.

Es interesante notar que de acuerdo con los datos presentados, el número de licencias de maternidad se ha mantenido estable en los últimos tres años (2009-2011). Cabe preguntarse la diferencia entre el porcentaje de mujeres derechohabientes embarazadas y el porcentaje de mujeres que obtuvieron licencias en los últimos tres años, lo cual permitiría determinar la proporción de mujeres que no accedieron a la licencia o no la solicitaron, sobre todo considerando que de acuerdo con una encuesta del INEGI de 2009, 45.7% de las mujeres trabajadoras no tuvieron acceso a incapacidad o licencia médica durante el parto. Las 468,239 licencias otorgadas en 2011 por el IMSS corresponden solamente a 4.3% de las 10,744,609 mujeres afiliadas o beneficiarias de este esquema de seguridad social.²²

Si cruzamos estos datos con los que se presentaron en la introducción sobre la discriminación en el empleo a mujeres embarazadas, se puede deducir que muchas no accedieron a las licencias de maternidad, renunciaron a sus empleos o fueron despedidas por motivos de embarazo. Aunado a lo anterior, estos datos sólo reflejan el número de afiliadas o beneficiarias de algún esquema de seguridad social; sin embargo,

un porcentaje muy alto de mujeres (casi 50% de las trabajadoras, según datos del INEGI²³) no cuentan con ningún tipo de esquema de seguridad social y por tanto no acceden a licencias de maternidad.

ESTANCIAS INFANTILES / 2009-2012	
INSTITUCIÓN	NÚMERO
IMSS	1,452
SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL	9,466
ISSSTE	PROPIAS: 136
	PARTICIPACIÓN SOCIAL: 120

Fuente: Elaboración propia de GIRE a partir de datos de la Secretaría de Desarrollo Social y solicitudes de información.

Del cuadro anterior se desprende que el número de estancias infantiles del ISSSTE representa aproximadamente la quinta parte de las estancias del IMSS, hecho que se relaciona con la diferencia en el número de afiliados con los que cuenta cada institución. Sin embargo, un hecho que llama la atención es que en el caso del ISSSTE el número de estancias de participación social es casi el mismo que el de las propias del Instituto; en este sentido, sería interesante conocer estos datos respecto de las estancias del IMSS. Asimismo, se contabilizan 9,466 estancias infantiles de la Secretaría de Desarrollo Social²⁴ que parten de un programa de apoyo a madres trabajadoras y padres solos, y que benefician a aquellas personas que no están afiliadas a los esquemas de seguridad social del IMSS o el ISSSTE. Por otra parte, a todas luces el número de estancias infantiles parece muy pequeño en relación a la amplitud del territorio nacional y al hecho de que al año nacen aproximadamente dos millones y medio de niños y niñas.²⁵

Ello quiere decir que un gran porcentaje de las y los niños no acceden a estancias infantiles públicas, lo que significa que asisten a guarderías de paga o permanecen bajo el cuidado de sus madres o familiares.

Por otra parte, se solicitó información a la Procuraduría de la Defensa del Trabajo respecto al número de denuncias de despidos por embarazo y quejas por solicitar certificados de ingravidez. La información proporcionada se resume en el siguiente cuadro.

DENUNCIAS Y QUEJAS / 2009-2012		
INSTANCIA	DENUNCIAS DESPIDO POR EMBARAZO	QUEJAS CERTIFICADOS DE INGRAVIDEZ
PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL TRABAJO	9	SD

Fuente: Elaboración propia de GIRE a partir de datos obtenidos mediante solicitudes de información. SD: Sin datos.

En su respuesta, la Procuraduría de la Defensa del Trabajo señaló que tienen registradas únicamente nueve denuncias de despido por motivos de embarazo entre enero de 2009 y marzo de 2012. Este número resulta bastante menor si consideramos que la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares de 2011 registró que al menos a 845,308 mujeres las despidieron, no les renovaron el contrato o les bajaron el salario por motivos de embarazo a lo largo de su vida.²⁶ Ello refleja que la mayoría de los casos de discriminación por embarazo no se están denunciando ante la Procuraduría de la Defensa del Trabajo y permanecen impunes.

Por otra parte, resulta muy preocupante que la Procuraduría no cuente con información respecto de las quejas por pruebas de ingravidez, lo cual indica que no registran dicha información o no les llegan denuncias por este motivo. Esta última hipótesis contrasta con los datos de la encuesta del INEGI antes mencionada, donde se indica que 4,099,531 mujeres señalaron que en algún momento sus empleadores les solicitaron pruebas de ingravidez.²⁷

Estos datos demuestran la enorme y persistente discriminación laboral que sufren las embarazadas y la impunidad en la que permanecen la mayor parte de estas prácticas.

5.4.1 CASO EMBLEMÁTICO

Un caso que ilustra la discriminación de la que son objeto las mujeres que deciden embarazarse es el de María Elena López Bretón,²⁸ de 33 años, que en 2011 se desempeñaba como Jefa del Departamento de Análisis e Integración de Informes de Evaluación de Desempeño de la Jefatura de la Oficina de la Gubernatura del Estado de Oaxaca, y quien fue víctima de hostigamiento laboral en razón de su embarazo.

En abril de 2011, María Elena logró embarazarse tras haberse sometido a diversos tratamientos médicos. Desde un inicio, los médicos diagnosticaron dicho embarazo como de alto riesgo, por lo que le ordenaron seguir puntualmente las citas e indicaciones del IMSS. Después de dar a conocer su situación de salud a su jefe, doctor Jesús Waldo Martínez Soria, éste mostró animadversión, no sólo cuestionándola por su decisión sino también requiriéndole continuamente realizar tareas inadecuadas para su estado, tales como el traslado de cajas pesadas. Este servidor público incluso negó a su colaboradora, en diversas ocasiones, la autorización para acudir a las citas médicas programadas. Más aún, le advirtió a María Elena que debido a la cantidad de trabajo, si ella solicitaba más permisos le pediría su renuncia.

A mediados de junio, y tras haberle sido concedida únicamente una hora para acudir a una cita médica, le fue notificado a María Elena por parte del médico tratante que el producto había muerto y que debía realizarse un aborto. A pesar de las emociones que esta noticia le generó, María Elena se comunicó inmediatamente con su jefe, quien al conocer lo ocurrido, le reprochó que abandonara así su trabajo y le exigió verla al día siguiente.

María Elena regresó a laborar semanas después, tras el periodo de incapacidad necesario dada su condición de salud. Su jefe incluso le pidió que trabajara desde el hospital. Al reincorporarse a sus labores, María Elena acudió con el entonces Jefe de la Oficina de la Gubernatura (actual Secretario Técnico del Titular del Poder Ejecutivo del Estado de Oaxaca), doctor Héctor Iturribarría Pérez, quien a pesar de haber sido informado de la violencia laboral ejercida contra ella por el doctor Martínez Soria, le pidió que entregara su renuncia, por una supuesta reestructuración en la oficina.

María Elena presentó una queja ante la Defensoría de Derechos Humanos del Pueblo de Oaxaca (DDHPO), que el 17 de noviembre de 2011 emitió la Recomendación 29/2011, donde se establece que, tras haber quedado embarazada, María Elena había sido objeto de hostigamiento laboral y de discriminación por parte del doctor Jesús Waldo Martínez Soria, así como de violencia laboral e institucional por razones de género.

La DDHPO no fue la única que conoció del caso de María Elena, ya que el 30 de noviembre de 2012, la CNDH emitió un acuerdo de conciliación debido a otras violaciones a derechos humanos cometidas en su contra durante la tramitación de la queja ante la citada Defensoría.

María Elena solicitó la intervención de la CNDH debido a que el doctor Héctor Iturribarría Pérez obtuvo y exhibió datos personales y confidenciales de ella ante la DDHPO, para justificar su actuación y la del jefe de ella. De acuerdo con el dicho del doctor Iturribarría Pérez, él mismo solicitó al IMSS un informe médico sobre lo ocurrido con el embarazo y la muerte del producto. Él mismo reconoce que presentó dicho Resumen Médico en papel membretado y con el sello correspondiente del IMSS ante la DDHPO. Tal documento contenía información médica confidencial de María Elena, que sólo el IMSS conocía y que no sólo fue exhibida ante la DDHPO sino también ante los compañeros de trabajo de ella, lo cual profundizó su afectación emocional.

El IMSS se ha deslindado de la emisión de dicho documento, afirma que no fue elaborado por el instituto y que las firmas al pie son falsas.

La CNDH ha recomendado al IMSS que determine la responsabilidad de los servidores públicos involucrados en el asunto, y que valore la posibilidad de dar vista a la autoridad ministerial por los hechos. Asimismo, ha recomendado al Gobierno de Oaxaca que inicie un procedimiento administrativo de investigación en contra de los servidores públicos involucrados.

Tanto el IMSS como el Gobierno de Oaxaca han aceptado las propuestas hechas por la CNDH, por lo que María Elena se encuentra en espera de su cumplimiento, con la expectativa de que ello logre resarcir de algún modo el daño que los referidos servidores públicos causaron en su vida.

5.5 / CONCLUSIONES

En México el derecho a la protección de la maternidad en el ámbito laboral y de seguridad social está reconocido a nivel constitucional tanto por la legislación interna como por el derecho internacional de los derechos humanos. Sin embargo, y a pesar de algunos avances normativos en la materia, el panorama es bastante desalentador y la constante son las violaciones al derecho a la protección de la maternidad entendida de forma amplia. Tanto en la legislación como en la práctica sigue prevaleciendo la visión de que son las mujeres quienes tienen la responsabilidad principal en el cuidado de los hijos e hijas.

La normativa nacional no se encuentra armonizada con los estándares internacionales en la materia; por ejemplo, en términos de la extensión de las licencias de maternidad y las condiciones para la lactancia. Asimismo, la extensión tan limitada de las licencias de paternidad no permite que esta medida contribuya de forma real a avanzar hacia la igualdad en las responsabilidades en el cuidado de los hijos e hijas.

En la práctica muchas mujeres no acceden a las licencias de maternidad y siguen dándose muchos casos de despido o no renovación de contrato por motivos de embarazo, contraviniendo las normas nacionales e internacionales en la materia. Las estancias infantiles son insuficientes para dar cabida a las niñas y niños, lo que limita enormemente las posibilidades de las mujeres de reintegrarse o integrarse al trabajo, dado que sobre ellas sigue recayendo casi la totalidad del cuidado de los hijos e hijas.

Las mujeres trabajadoras que no se encuentran afiliadas a ningún esquema de seguridad social se encuentran más desprotegidas ya que ni siquiera cuentan con la posibilidad de obtener el beneficio de las licencias de maternidad o acceder a las estancias infantiles afiliadas al IMSS e ISSSTE.

La discriminación hacia las mujeres por motivos de embarazo es muy generalizada y la mayor parte de los casos permanecen en la impunidad.

La normativa y la práctica en México están lejos de proporcionar una protección de la maternidad y de avanzar hacia la construcción de un modelo de sociedad donde las responsabilidades en la crianza y cuidado de los hijos sean compartidas, y donde las mujeres puedan hacer realmente compatible la maternidad y el trabajo.

5.6 / RECOMENDACIONES

5.6.1 NORMATIVAS

Reformar la Ley Federal del Trabajo para ajustarla a los estándares internacionales en la materia, en las siguientes cuestiones:

- > Ampliar la licencia de maternidad a 16 semanas (estándar recomendado por la Organización Internacional del Trabajo) y establecer que la mujer podrá decidir cuándo tomar las semanas de licencia.
- > Ampliar la licencia de paternidad de forma progresiva de modo que sirva como medida para fomentar la corresponsabilidad en el cuidado de los hijos e hijas.
- > Establecer la flexibilización de los horarios de trabajo de forma que se fomente la corresponsabilidad en el cuidado de los hijos e hijas.
- > Modificar las disposiciones relativas a las estancias infantiles para establecer que tanto los hombres como las mujeres trabajadoras tendrán acceso a este servicio independientemente de su estado civil.
- > Constituir un sistema de seguridad social universal que abarque a todas las mujeres y hombres trabajadores.

5.6.2 IMPLEMENTACIÓN DE LA NORMATIVA

- > Promover el acceso efectivo de las mujeres a las licencias de maternidad establecidas en ley.
- > Ampliar el número de estancias infantiles del IMSS, ISSSTE y la Secretaría de Desarrollo Social para cubrir de mejor forma las necesidades de cuidado de las y los niños.
- > Monitorear que las estancias infantiles tengan una infraestructura adecuada y brinden una atención de calidad a niños y niñas.
- > La Procuraduría de la Defensa del Trabajo debería monitorear de forma más cercana a las empresas para evitar actos de violencia y discriminación en contra de las mujeres embarazadas. Asimismo, investigar de forma expedita todas las denuncias de despido por embarazo y certificados de ingravidez.
- > Promover que las empresas y los centros de trabajo cuenten con guarderías y cuartos de lactancia para favorecer la compatibilidad de la maternidad y el trabajo fuera del hogar.

NOTAS

¹ Artículo 25.2 La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

² Artículo 10.2 Se debe conceder especial protección a las madres durante un periodo de tiempo razonable antes y después del parto. Durante dicho periodo, a las madres que trabajen se les debe conceder licencia con remuneración o con prestaciones adecuadas de seguridad social.

³ Artículo 11.2 A fin de impedir la discriminación contra la mujer por razones de matrimonio o maternidad y asegurar la efectividad de su derecho a trabajar, los Estados Partes tomarán medidas adecuadas para:

- a) Prohibir, bajo pena de sanciones, el despido por motivo de embarazo o licencia de maternidad y la discriminación en los despidos sobre la base del estado civil;
- b) Implantar la licencia de maternidad con sueldo pagado o con prestaciones sociales comparables sin pérdida del empleo previo, la antigüedad o los beneficios sociales;
- c) Alentar el suministro de los servicios sociales de apoyo necesarios para permitir que los padres combinen las obligaciones para con la familia con las responsabilidades del trabajo y la participación en la vida pública, especialmente mediante el fomento de la creación y desarrollo de una red de servicios destinados al cuidado de los niños;
- d) Prestar protección especial a la mujer durante el embarazo en los tipos de trabajos que se haya probado puedan resultar perjudiciales para ella.

⁴ OIT, *C111-Convenio sobre la discriminación (empleo y ocupación)*, 1958 (núm. 111), 25 de junio de 1958. Disponible en <<http://bit.ly/13gGPmf>> [consulta: 15 de noviembre de 2012].

⁵ OIT, *C111-Convenio sobre la discriminación (empleo y ocupación)*, 1958 (núm. 111): artículo 2, 25 de junio de 1958. Disponible en <<http://bit.ly/13gGPmf>> [consulta: 15 de noviembre de 2012].

⁶ OIT, *C183-Convenio sobre la protección de la maternidad*, 2000 (núm. 183), 15 de junio de 2000. Disponible en <<http://bit.ly/XJQLVS>> [consulta: 15 de noviembre de 2012].

⁷ OIT, *C156-Convenio sobre los trabajadores con responsabilidades familiares*, 1981 (núm. 156), 23 de junio de 1981. Disponible en <<http://bit.ly/Vb5RkL>> [consulta: 15 de noviembre de 2012].

⁸ CIDH, *Fátima Regina Nascimento De Oliveira y Maura Tatiane Ferreira Alves vs. Brasil*. Informe No. 7/10, Petición 12.378, 15 de marzo de 2010. Disponible en <<http://bit.ly/VDcXMI>> [consulta: 13 de noviembre de 2012].

⁹ INEGI, *Mujeres y hombres en México 2011*. México, INEGI, 2012, p. 164. Disponible en <<http://bit.ly/GNIJ19>> [consulta: 15 de noviembre de 2012].

¹⁰ *Idem*.

¹¹ INEGI, *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2011: tabulados básicos*. Disponible en <<http://bit.ly/VOoxnH>> [consulta: 15 de noviembre de 2012].

¹² Comité CEDAW, *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: México*, 52º periodo de sesiones (2012), párrafo 28 a 29 [CEDAW/C/MEX/CO/7-8]. Disponible en <<http://bit.ly/PgVxWq>> [consulta: 30 de octubre de 2012].

¹³ Artículo 73.- El Congreso tiene facultad:

X.- Para legislar en toda la República sobre hidrocarburos, minería, sustancias químicas, explosivos, pirotecnia, industria cinematográfica, comercio, juegos con apuestas y sorteos, intermediación y servicios financieros, energía eléctrica y nuclear y para expedir las leyes del trabajo reglamentarias del artículo 123.

¹⁴ *Ley Federal del Trabajo*, artículos 170, 171 y 172.

¹⁵ *Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B del Artículo 123 Constitucional*, artículos 14, 28, 43 y 88.

¹⁶ *Ley del Seguro Social*, artículos 94, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207 y 237 A.

- ¹⁷ *Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado*, artículos 4 y 39.
- ¹⁸ Reformas publicadas en el *Diario Oficial de la Federación* el 30 de noviembre de 2012. Disponible en <<http://bit.ly/Wy7mq2>> [consulta: 15 de enero de 2013].
- ¹⁹ INEGI, *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social. ENESS 2009*. México: INEGI, IMSS, 2010, p. 42. Disponible en <<http://bit.ly/d7n7ak>> [consulta: 15 de noviembre de 2012].
- ²⁰ OIT, *R191-Recomendación sobre la protección de la maternidad, 2000 (núm. 191)*, 15 de junio de 2000. Disponible en <<http://bit.ly/VEEFZ6>> [consulta: 15 de noviembre de 2012].
- ²¹ OIT, *C183-Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000 (núm. 183)*, 15 de junio de 2000. Disponible en <<http://bit.ly/XJQLVS>> [consulta: 15 de noviembre de 2012].
- ²² INEGI, *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social...*, *op. cit.* (ver *supra*, nota 19), p. 43.
- ²³ INEGI, *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social...*, *op. cit.* (ver *supra*, nota 19).
- ²⁴ Secretaría de Desarrollo Social, *Programa de Estancias Infantiles para apoyar a Madres Trabajadoras y Padres Solos: Estancias en operación por entidad federativa*. Disponible en <<http://bit.ly/WdcD71>> [consulta: 20 de noviembre de 2012].
- ²⁵ INEGI, *Natalidad: consulta interactiva de datos: información de 1985 a 2011*. Disponible en <<http://bit.ly/yFZBoi>> [consulta: 15 de noviembre de 2012].
- ²⁶ INEGI, *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares...*, *op. cit.* (ver *supra*, nota 11).
- ²⁷ *Idem.*
- ²⁸ María Elena López Bretón autorizó la publicación de su nombre en el presente documento.

6.

REPRODUCCIÓN ASISTIDA

6.1 / INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define la infertilidad como la incapacidad de lograr un embarazo después de doce meses o más de relaciones sexuales no protegidas.¹

Un estudio reciente sobre los niveles y las tendencias globales de la infertilidad de 1990 a 2010 señala que en 2010, 1.9% de las mujeres entre 20 y 44 años que deseaban un hijo no pudieron tenerlo (infertilidad primaria) y que 10.5% de las mujeres que ya tenían uno no pudieron tener otro (infertilidad secundaria), es decir, existieron 48.5 millones de parejas que no pudieron tener un hijo.²

Para auxiliar a las personas a lograr un embarazo se han aplicado con éxito, desde hace cuatro décadas, técnicas de reproducción asistida (TRA), que consisten en todos los tratamientos o procedimientos que incluyen la manipulación tanto de ovocitos como de espermatozoides o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo,³ también se ha utilizado la inseminación intrauterina, intracervical o intravaginal, con semen de la pareja o un donante.

Esto incluye, pero no está limitado, a la fecundación *in vitro* (FIV) y la transferencia de embriones, la transferencia intratubárica de gametos, la transferencia intratubárica de cigotos, la transferencia intratubárica de embriones, la criopreservación de ovocitos y embriones, la donación de ovocitos y embriones, y el útero subrogado.⁴

El acceso a la reproducción asistida implica el ejercicio de una serie de derechos humanos, entre ellos el derecho a fundar una familia, a la igualdad, a la no discriminación, a la autonomía reproductiva, a la salud y a beneficiarse del progreso científico, contenidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en los tratados internacionales que México ha ratificado y que de acuerdo con el artículo 1º constitucional son parte integrante de la Constitución.

La reproducción humana asistida ha puesto en escena una serie de discusiones que legisladores, prestadores de servicios de salud, asociaciones de expertos en reproducción asistida y sociedad en general deben considerar a fin de regular su uso.

En México el artículo 4º de la Constitución establece que todas las personas tienen el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada el número de hijos que desean tener y el espaciamiento entre ellos. Para ejercer plenamente este derecho, es necesario ampliar la cobertura de salud para asegurar la disponibilidad y el acceso a los servicios de planificación familiar, que deben incluir tanto los métodos anticonceptivos como los servicios de reproducción asistida, además del otorgamiento de información y orientación veraz y suficiente que contribuya a la toma de decisiones libres, responsables e informadas en materia reproductiva.

A nivel internacional, la Corte Interamericana de Derechos Humanos emitió el 28 de noviembre de 2012 la sentencia del caso *Artavia Murillo y otros (“Fecundación In Vitro”) vs. Costa Rica*, la cual se presentó con motivo de la prohibición general de practicar la técnica de FIV que desde el año 2000 está vigente en Costa Rica.⁵ En dicho proceso, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) consideró que

tal prohibición constituyó una injerencia arbitraria en los derechos a la vida privada y familiar, a formar una familia y a la igualdad de las personas con problemas de infertilidad en Costa Rica, en tanto el Estado les impidió el acceso a un tratamiento que les hubiera permitido superar su situación de desventaja respecto de la posibilidad de tener hijas o hijos biológicos. Además de lo anterior, la CIDH ha señalado que esta prohibición ha tenido un impacto desproporcionado en la vida de las mujeres, ya que constituye una fuente de sufrimiento físico y psicológico por el rol reproductivo que socialmente les ha sido impuesto.⁶ Tomando en consideración dichos elementos, la Corte resolvió que Costa Rica debe adoptar, con la mayor celeridad posible, las medidas apropiadas para que quede sin efecto la prohibición de practicar la FIV e incluirla dentro de sus programas y tratamientos de infertilidad, de conformidad con el deber de garantía respecto al principio de no discriminación.

6.2 / SITUACIÓN EN MÉXICO

En México, algunos estudios académicos estiman que 1.5 millones de parejas tienen problemas de infertilidad.⁷ Por su parte, el Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes” respondió a una solicitud de acceso a la información, señalando que 48,149 personas han sido atendidas en dicho instituto por tratamiento contra la infertilidad en el periodo de 2006 a junio de 2012;⁸ por su parte, el Sistema Nacional de Información en Salud señala que de 2004 a 2011 se reportaron 24,468 egresos hospitalarios en instituciones públicas de salud por infertilidad femenina y 1,528 por infertilidad masculina.⁹

Estas cifras indican que el problema de la infertilidad en México es una cuestión de salud pública de gran magnitud y que la reproducción asistida es una necesidad para miles de personas. Sin embargo, no existe normativa que regule específicamente esos servicios, lo que implica que se prestan bajo la regulación general que aplica a todos los establecimientos de salud y sin una verificación sanitaria adecuada que proteja los derechos, la seguridad y la integridad física de las personas que se someten a este tipo de tratamientos. Cabe mencionar que, según datos de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), en México existen a la fecha 52 centros autorizados para realizar TRA.¹⁰

Aunque hay expertos reconocidos en el campo de la reproducción asistida, quienes brindan sus servicios con apego a los más altos estándares internacionales, la ausencia de regulación abre la oportunidad para que otras personas incurran en abusos y discriminación en contra de quienes buscan acceder a los servicios de reproducción asistida, además de prestarse a otro tipo de prácticas como el tráfico de óvulos fertilizados o sin fertilizar.

6.3 / MARCO NORMATIVO

En México, la emisión de la normatividad aplicable a los servicios de salud, específicamente los de reproducción asistida, es competencia federal y, con fundamento en el artículo 73 constitucional, corresponde a la Ley General de Salud establecer las bases para su regulación. El artículo 3° de dicha ley establece que el control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y células es materia de salubridad general.

A pesar de lo anterior, y como ya se ha señalado, en México no se cuenta con una regulación en la materia, de ahí la importancia de que en el Congreso de la Unión se discuta y establezca la normativa que regule los aspectos generales del acceso y provisión de los servicios de reproducción humana asistida, así como la emisión por parte de la Secretaría de Salud federal de una norma oficial mexicana que establezca las disposiciones técnicas en la materia.

En los últimos años se han presentado iniciativas en ambas cámaras del Congreso con el propósito de normar la reproducción asistida; sin embargo, hasta el momento ninguna ha sido aprobada. Cabe señalar que algunas de esas iniciativas, lejos de proteger plenamente los derechos humanos de las personas, pretendían otorgarle personalidad jurídica al embrión, reconocer únicamente familias de parejas conformadas por un hombre y una mujer¹¹ o limitar de forma excesiva el acceso a los servicios de reproducción asistida.¹²

Otras iniciativas, más adecuadas, proponían una regulación integral de la materia, fundamentada en los derechos humanos y la evidencia científica.¹³

Únicamente en el periodo comprendido entre abril de 2008 y diciembre de 2012 se habían presentado en el Congreso de la Unión por lo menos ocho iniciativas para reformar la Ley General de Salud y abordar ahí el tema, así como la propuesta de creación de dos leyes específicas: la Ley de Reproducción Humana Asistida¹⁴ y la Ley de Subrogación Gestacional.¹⁵ En el siguiente cuadro se muestran los datos principales de las iniciativas federales presentadas de 2008 a 2012.

INICIATIVAS PRESENTADAS AL CONGRESO DE LA UNIÓN 2008-2012		
FECHA	LEGISLADOR/A	LEY
28 DE ABRIL DE 2008	SENADORES FERNANDO CASTRO TRENTI (PRI) Y ERNESTO SARO BOARDMAN (PAN)	LEY DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA LEY GENERAL DE SALUD
26 DE AGOSTO DE 2009	SENADORAS MARÍA DEL SOCORRO GARCÍA QUIROZ (PRI), MARÍA DE LOS ÁNGELES MORENO (PRI) Y SENADOR RAMIRO HERNÁNDEZ GARCÍA (PRI)	LEY GENERAL DE SALUD

INICIATIVAS PRESENTADAS AL CONGRESO DE LA UNIÓN 2008-2012

FECHA	LEGISLADOR/A	LEY
8 DE ABRIL DE 2010	DIPUTADA MARÍA CRISTINA DÍAZ SALAZAR (PRI)	LEY GENERAL DE SALUD
22 DE ABRIL DE 2010	DIPUTADA MARÍA DEL PILAR TORRE CANALES (PANAL)	LEY GENERAL DE SALUD
28 DE JULIO DE 2010	DIPUTADA LETICIA QUEZADA CONTRERAS (PRD)	LEY FEDERAL DE SUBROGACIÓN GESTACIONAL LEY GENERAL DE SALUD
14 DE DICIEMBRE DE 2010	SENADOR JULIO AGUIRRE MÉNDEZ (PRD)	LEY GENERAL DE SALUD
13 DE JULIO DE 2011 ¹⁶	SENADORAS MARÍA DE LOS ÁNGELES MORENO URIEGAS, MARÍA DEL SOCORRO GARCÍA QUIROZ (PRI) Y OTROS LEGISLADORES ¹⁷	LEY GENERAL DE SALUD
20 DE DICIEMBRE DE 2012	SENADORA MAKI ORTIZ DOMÍNGUEZ (PAN) Y OTROS LEGISLADORES ¹⁸	LEY DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA LEY GENERAL DE SALUD

Algunos aspectos preocupantes de estas iniciativas son: el uso de conceptos contrarios a la ciencia médica y a la regulación vigente, tales como concepción y fertilización, indistintamente. En materia de regulación, la remisión a lineamientos y/o protocolos para normar procesos específicos, cuando deberían hacerlo a normas oficiales mexicanas. Además, preocupa que se pretenda dotar de personalidad jurídica a los embriones, prohibiendo la criopreservación de óvulos fecundados, así como excluir del acceso a estas técnicas a las personas solteras y a las parejas del mismo sexo, situaciones que implican la violación de ciertos derechos humanos de las mujeres y de las personas que no cumplen con el prototipo de familia tradicional.

Respecto de estas iniciativas cabe resaltar que la presentada por la senadora María de los Ángeles Moreno en julio de 2011 es la única que señala como sujetos de las TRA a las personas y no a las parejas, e incluye la posibilidad de criopreservación del material genético, lo cual es consistente con una visión protectora de los derechos humanos.

En 2011, la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados discutía de manera conjunta un dictamen que agrupaba siete iniciativas sobre reproducción asistida que habían sido presentadas a lo largo de los doce años previos.¹⁹ El resultado de reunir propuestas tan diversas --algunas de ellas superadas, incluso, por el avance de la ciencia y la investigación-- podía traducirse en una regulación sumamente restrictiva e inconsistente con la reciente reforma constitucional en materia de derechos humanos.

Sobre aquel dictamen preocupaban los siguientes aspectos: la prohibición de la criopreservación de óvulos fertilizados por considerarlos personas con derechos, llegando al absurdo de sustentar dicha regulación como protección del interés superior del niño/a. Resultaba, además, discriminatorio e inconstitucional pues permitía solamente a parejas heterosexuales casadas o en concubinato acceder a la reproducción asistida. Asimismo, el proyecto de dictamen cerraba la puerta a la investigación con células embrionarias para su uso en la medicina regenerativa. Fueron todas estas razones las que provocaron que un grupo de legisladores²⁰ decidiera unirse para elaborar una propuesta que combatiera dichas deficiencias y presentaron una iniciativa conjunta el 13 de julio de 2011.²¹

En diciembre de 2012, la senadora Maki Ortiz Domínguez del PAN, presidenta de la Comisión de Salud del Senado, presentó una iniciativa sobre reproducción asistida,²² la cual retoma casi en su totalidad la presentada por los legisladores Saro Boardman y Castro Trenti en la Legislatura LX y reitera los aspectos de violación de derechos, inconstitucionalidad e imprecisiones técnicas de los que aquella adolecía. La iniciativa contiene, como se dijo, varias disposiciones que resultan violatorias de los derechos humanos y claramente inconstitucionales; a continuación se destacan algunas de ellas. En primer lugar, resulta discriminatoria ya que limita la reproducción asistida a parejas que sufran de infertilidad comprobada, por lo que deja fuera a personas solteras o a parejas del mismo sexo.

En segundo lugar, como ya ocurrió con otras de las iniciativas presentadas, se prohíbe la criopreservación de embriones, la producción y transferencia de más de tres embriones lo que, en caso de que no exista éxito en un primer intento --situación altamente probable dada la tasa de éxito comprobada científicamente, derivada de estos procedimientos-- obligaría a la mujer a sujetarse a más tratamientos y, por tanto, a riesgos innecesarios para su salud física y emocional.

Asimismo, la iniciativa prohíbe la investigación en embriones lo cual implica una limitación desproporcionada del derecho a beneficiarse del progreso científico.

Además, se prohíbe a la mujer heterogestante que solicite un aborto excepto en los casos en los que esté en peligro su vida, lo cual está en franca contradicción con la legislación local y los estándares internacionales en la materia.

Como se puede apreciar, la regulación de los servicios de reproducción humana asistida supone un análisis complejo de aspectos técnicos que escapan a los objetivos de este informe; sin embargo, en términos del marco normativo, cabe plantear algunas cuestiones relacionadas con el ejercicio de los derechos humanos, por ejemplo que el plazo extraordinario para la criopreservación sea el de la edad fértil de la mujer o que sólo se pueda utilizar la técnica de heterogestación cuando exista ausencia de útero funcional, entre otras.

Es fundamental que la normativa sobre reproducción asistida sea realmente integral y responda a los estándares más altos de protección de los derechos humanos y a los avances de la ciencia.

6.3.1 GESTACIÓN SUBROGADA

A pesar de que, como ya se señaló, la regulación de los servicios de reproducción asistida es competencia federal, algunas cuestiones de la gestación subrogada podrían ser objeto de regulación local, por lo tanto es necesario abrir la discusión y plantear la forma en que los aspectos en materia civil y familiar de esta práctica deben ser regulados.

En el Distrito Federal (DF) y Guerrero se han presentado iniciativas legislativas, mientras que en el estado de Puebla ya se preparó una iniciativa pero todavía no se presenta al congreso local. En Tabasco, el artículo 92 del Código Civil regula la gestación subrogada como un supuesto de filiación y determina qué debe entenderse por madre gestante sustituta y madre subrogada.

En el siguiente cuadro se resume dicha normativa:

ARTÍCULO 92 DEL CÓDIGO CIVIL DEL ESTADO DE TABASCO	
TÉRMINO	DEFINICIÓN
MADRE GESTANTE SUSTITUTA	MUJER QUE LLEVA EL EMBARAZO A TÉRMINO Y PROPORCIONA EL COMPONENTE PARA LA GESTACIÓN, MAS NO EL COMPONENTE GENÉTICO.
MADRE SUBROGADA	MUJER QUE LLEVA EL EMBARAZO A TÉRMINO Y PROPORCIONA EL COMPONENTE PARA LA GESTACIÓN Y EL COMPONENTE GENÉTICO.
MADRE CONTRATANTE	MUJER QUE CONVENGA EN UTILIZAR LOS SERVICIOS DE LA MADRE GESTANTE SUSTITUTA O DE LA MADRE SUBROGADA.
PRESUNCIÓN DE MATERNIDAD	EN EL CASO DE LOS HIJOS NACIDOS COMO RESULTADO DE LA PARTICIPACIÓN DE UNA MADRE GESTANTE SUSTITUTA, SE PRESUMIRÁ LA MATERNIDAD DE LA MADRE CONTRATANTE QUE LA PRESENTA, YA QUE ESTE HECHO IMPLICA SU ACEPTACIÓN. EN LOS CASOS EN QUE PARTICIPE UNA MADRE SUBROGADA, DEBERÁ ESTARSE A LO ORDENADO PARA LA ADOPCIÓN PLENA.

Si bien el tema de la filiación está regulado a través de esta disposición del Código Civil del estado de Tabasco, no hay mayor regulación sobre los contratos de gestación subrogada y bajo qué reglas y modalidades debe realizarse, de forma que no se pongan en riesgo los derechos de la mujer gestante y de las personas solicitantes. Es decir, existe un enorme vacío normativo que no se subsana con lo establecido en el código.

En el estado de Guerrero se presentó el 8 de septiembre de 2011 una iniciativa de Ley de Maternidad Subrogada que no fue discutida por el congreso local, la cual establecía los requisitos y formalidades para la gestación subrogada tanto en el ámbito civil como en el de salud. La propuesta contenía varios aspectos problemáticos que ponían en riesgo la garantía de los derechos humanos de las mujeres. En primer término, se hablaba del interés superior del menor cuando en realidad se refería al producto, que no puede equipararse con un menor de edad. Asimismo, la propuesta establecía que la mujer gestante tendría que llevar su embarazo a término en cualquier circunstancia, lo cual entra en colisión con el derecho de la mujer a optar por la interrupción del embarazo en los supuestos establecidos en el artículo 121, fracciones II y III, del Código Penal del estado. Aunado a lo anterior, aunque se establece que la maternidad subrogada debe realizarse sin fines de lucro, la ley es omisa en cuanto a garantizar a la mujer gestante el pago de los gastos médicos de control prenatal, parto y cualquier otro gasto relacionado. Un último aspecto preocupante de la iniciativa es que prohibía la crioconservación, lo cual excede las facultades del congreso del estado, ya que la disposición de células se trata de una regulación exclusiva de la federación.

Por su parte, la Asamblea Legislativa del Distrito Federal aprobó el 30 de noviembre de 2010 la Ley de Gestación Subrogada del Distrito Federal; sin embargo, dicha normativa no fue publicada. El Ejecutivo envió comentarios a la iniciativa el 17 de septiembre de 2011, mismos que fueron discutidos mas no aprobados.²³ En el siguiente cuadro se resumen las principales cuestiones abordadas por la referida ley, así como las observaciones elaboradas por el Ejecutivo local.

LEY DE GESTACIÓN SUBROGADA APROBADA POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DEL DISTRITO FEDERAL EL 30 DE NOVIEMBRE DE 2010

CONCEPTO	REGULACIÓN	OBSERVACIONES EJECUTIVO DF	ARTÍCULO
GESTACIÓN SUBROGADA	PRÁCTICA MÉDICA CONSISTENTE EN LA TRANSFERENCIA DE EMBRIONES HUMANOS EN UNA MUJER, PRODUCTO DE LA FECUNDACIÓN DE UN ÓVULO Y UN ESPERMATOZOIDE DE UNA PAREJA UNIDA MEDIANTE MATRIMONIO O QUE VIVE EN CONCUBINATO Y APORTA SU MATERIAL GENÉTICO.	LA GESTACIÓN SUBROGADA SE REALIZARÁ MEDIANTE LA TRANSFERENCIA DE EMBRIONES HUMANOS EN UNA PERSONA, PRODUCTO DE LA FECUNDACIÓN DE UN ÓVULO Y UN ESPERMATOZOIDE, A FAVOR DE UNA PAREJA UNIDA MEDIANTE MATRIMONIO O QUE VIVE EN CONCUBINATO DE ACUERDO CON LA LEGISLACIÓN SANITARIA APLICABLE.	2
	LA GESTACIÓN SUBROGADA SE REALIZARÁ SIN FINES DE LUCRO ENTRE LAS PERSONAS SOLICITANTES Y LA MUJER GESTANTE, ADEMÁS PROCURARÁ EL ADECUADO DESARROLLO DEL EMBARAZO UNA VEZ QUE SE REALICE LA IMPLANTACIÓN DEL EMBRIÓN.	LA GESTACIÓN SUBROGADA SE REALIZARÁ SIN FINES DE LUCRO ENTRE LAS PERSONAS SOLICITANTES Y LA PERSONA GESTANTE, QUIEN ADEMÁS PROCURARÁ EL ADECUADO DESARROLLO DEL EMBARAZO.	
MUJER SOLICITANTE	MUJER CON CAPACIDAD DE EJERCICIO QUE POSEE UNA IMPOSIBILIDAD PERMANENTE O CONTRAINDICACIÓN MÉDICA PARA LLEVAR A CABO LA GESTACIÓN EN SU ÚTERO Y APORTA SUS ÓVULOS PARA LA FECUNDACIÓN, Y ADEMÁS SE COMPROMETE MEDIANTE EL INSTRUMENTO PARA LA GESTACIÓN SUBROGADA DESDE EL MOMENTO DE LA IMPLANTACIÓN CON LAS REGLAS QUE DISPONE LA LEGISLACIÓN VIGENTE RESPECTO A LA MATERNIDAD, VELANDO POR EL INTERÉS SUPERIOR DEL MENOR Y EJERCIENDO LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES QUE EMANAN DE LA MATERNIDAD.	PERSONAS CON CAPACIDAD DE EJERCICIO CON IMPOSIBILIDAD FÍSICA O GENÉTICA PARA LLEVAR A CABO LA GESTACIÓN, Y SE COMPROMETEN MEDIANTE EL INSTRUMENTO PARA LA GESTACIÓN SUBROGADA A VELAR POR EL INTERÉS SUPERIOR DEL MENOR QUE NAZCA COMO CONSECUENCIA DE LA GESTACIÓN SUBROGADA Y EJERCER LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES QUE EMANAN DE LA MATERNIDAD Y/O PATERNIDAD.	3
PERSONAS SOLICITANTES	PERSONAS CON CAPACIDAD DE EJERCICIO QUE APORTAN SU MATERIAL GENÉTICO PARA LA FECUNDACIÓN Y SE COMPROMETEN MEDIANTE EL INSTRUMENTO PARA LA GESTACIÓN SUBROGADA DESDE EL MOMENTO DE LA IMPLANTACIÓN, A LAS REGLAS QUE DISPONE LA LEGISLACIÓN VIGENTE RESPECTO A LA PATERNIDAD, VELANDO POR EL INTERÉS SUPERIOR DEL MENOR Y EJERCIENDO LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES QUE EMANAN DE LA MATERNIDAD O PATERNIDAD.	PERSONAS CON CAPACIDAD DE EJERCICIO CON IMPOSIBILIDAD FÍSICA O GENÉTICA PARA LLEVAR A CABO LA GESTACIÓN, Y QUE SE COMPROMETEN MEDIANTE EL INSTRUMENTO PARA LA GESTACIÓN SUBROGADA A VELAR POR EL INTERÉS SUPERIOR DEL MENOR QUE NAZCA COMO CONSECUENCIA DE LA GESTACIÓN SUBROGADA Y EJERCER LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES QUE EMANAN DE LA MATERNIDAD Y/O PATERNIDAD.	3
MUJER GESTANTE	MUJER CON CAPACIDAD DE EJERCICIO QUE, SIN FINES DE LUCRO, SE COMPROMETE A PERMITIR LA IMPLANTACIÓN DEL EMBRIÓN PRODUCTO DE LA FECUNDACIÓN DE UNA PAREJA UNIDA MEDIANTE MATRIMONIO O CONCUBINATO QUE APORTA SU MATERIAL GENÉTICO Y A PROCURAR EL DESARROLLO DEL EMBARAZO, HASTA LA TERMINACIÓN DE ÉSTE, MOMENTO EN QUE CONCLUYE SU OBLIGACIÓN SUBROGADA.	PERSONA CON CAPACIDAD DE EJERCICIO QUE, SIN FINES DE LUCRO, SE COMPROMETE A PERMITIR LA TRANSFERENCIA Y EVENTUAL IMPLANTACIÓN DE UNO O MÁS EMBRIONES Y A PROCURAR EL DESARROLLO DEL EMBARAZO, HASTA LA TERMINACIÓN DE ÉSTE, MOMENTO EN QUE CONCLUYE SU OBLIGACIÓN SUBROGADA.	3
	LA MUJER GESTANTE PREFERENTEMENTE DEBERÁ TENER ALGÚN PARENTESCO POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD O CIVIL CON ALGUNA DE LAS PERSONAS SOLICITANTES.	LA PERSONA GESTANTE PREFERENTEMENTE DEBERÁ TENER ALGÚN PARENTESCO POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD O CIVIL CON ALGUNA DE LAS PERSONAS SOLICITANTES.	16

LEY DE GESTACIÓN SUBROGADA APROBADA POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DEL DISTRITO FEDERAL EL 30 DE NOVIEMBRE DE 2010			
CONCEPTO	REGULACIÓN	OBSERVACIONES EJECUTIVO DF	ARTÍCULO
INSTRUMENTO PARA LA GESTACIÓN SUBROGADA	CONTRATO MEDIANTE EL CUAL SE MANIFIESTA EL CONSENTIMIENTO ANTE NOTARIO PÚBLICO POR PARTE DE UNA MUJER CON CAPACIDAD DE EJERCICIO, PARA LA IMPLANTACIÓN DEL EMBRIÓN Y EL DESARROLLO DEL EMBARAZO, HASTA LA TERMINACIÓN DE ÉSTE, EN BENEFICIO DE DOS PERSONAS, UNIDAS EN MATRIMONIO O CONCUBINATO, QUIENES MANIFIESTAN TAMBIÉN SU CONSENTIMIENTO, Y QUE APORTAN SUS ÓVULOS Y ESPERMATOZOIDES PARA FERTILIZAR Y FORMAR UN EMBRIÓN E IMPLANTARSE EN EL ÚTERO DE LA MUJER GESTANTE.	CONVENIO MEDIANTE EL CUAL SE MANIFIESTA EL CONSENTIMIENTO ANTE NOTARIO PÚBLICO POR PARTE DE UNA PERSONA CON CAPACIDAD DE EJERCICIO, PARA LA TRANSFERENCIA DEL EMBRIÓN O LOS EMBRIONES Y, EN CASO DE IMPLANTACIÓN, EL DESARROLLO DEL EMBARAZO, HASTA LA TERMINACIÓN DE ÉSTE, EN BENEFICIO DE DOS PERSONAS, UNIDAS EN MATRIMONIO, CONCUBINATO O SOLTERAS QUE CUMPLAN CON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN EL PÁRRAFO 3 DEL ARTÍCULO 2 DE LA PRESENTE LEY, QUIENES MANIFIESTAN TAMBIÉN SU CONSENTIMIENTO PARA TRANSFERIR UNO O MÁS EMBRIONES EN EL ÚTERO DE LA PERSONA GESTANTE.	3
	EL INSTRUMENTO PARA LA GESTACIÓN SUBROGADA PODRÁ SER REVOCADO POR LAS PERSONAS SOLICITANTES O LA MUJER GESTANTE, ANTES DE CUALQUIER TRANSFERENCIA DE EMBRIONES HUMANOS. DE LA REVOCACIÓN NACERÁ EL DERECHO DE PAGO DE DAÑOS Y PERJUICIOS.	EL INSTRUMENTO PARA LA GESTACIÓN SUBROGADA PODRÁ SER REVOCADO POR LAS PERSONAS SOLICITANTES O LA PERSONA GESTANTE, ANTES DE CUALQUIER TRANSFERENCIA DE EMBRIONES HUMANOS. DE LA REVOCACIÓN NACERÁ EL DERECHO DE PAGO DE DAÑOS Y PERJUICIOS.	32
AUTORIZACIÓN	LA PRÁCTICA MÉDICA DE GESTACIÓN SUBROGADA SÓLO SE PODRÁ LLEVAR A CABO EN AQUELLAS INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICAS O PRIVADAS QUE CUENTEN CON LA AUTORIZACIÓN DE LA AUTORIDAD COMPETENTE PARA REALIZAR LA TRANSFERENCIA DE EMBRIONES HUMANOS.	LA TÉCNICA DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA QUE DARÁ ORIGEN A LA GESTACIÓN SUBROGADA SÓLO SE PODRÁ LLEVAR A CABO EN AQUELLAS INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICAS O PRIVADAS QUE CUENTEN CON LA AUTORIZACIÓN DE LA AUTORIDAD COMPETENTE PARA REALIZAR LA TRANSFERENCIA DE EMBRIONES HUMANOS.	4
ABORTO	SÓLO SE RECONOCE EL DERECHO DE LA MUJER GESTANTE A INTERRUPIR EL EMBARAZO EN LOS CASOS DE PELIGRO GRAVE DE SU SALUD Y ALTERACIONES GENÉTICAS O CONGÉNITAS DEL PRODUCTO QUE PUEDAN DAR COMO RESULTADO DAÑOS FÍSICOS O MENTALES.	EL CONOCIMIENTO DE LAS PARTES SOBRE EL DERECHO DE LA PERSONA GESTANTE A DECIDIR RESPECTO A LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO EN LOS TÉRMINOS QUE ESTABLECE LA LEGISLACIÓN PENAL Y SANITARIA VIGENTE EN EL DISTRITO FEDERAL.	20
PROHIBICIONES	FORMACIÓN DE EMBRIONES CON FINES DISTINTOS A LA PROCREACIÓN.	<i>Se eliminan estas prohibiciones.</i>	7
	TODA FORMA DE COMERCIALIZACIÓN O DE UTILIZACIÓN ECONÓMICA DE CÉLULAS Y TEJIDOS EMBRIONARIOS DERIVADOS DE LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA.		
	CRIOCONSERVACIÓN DE ÓVULOS Y ESPERMATOZOIDES QUE NO SEA CON EL FIN REPRODUCTIVO.		
DELITO	SE HARÁN ACREEDORES A LAS RESPONSABILIDADES CIVILES Y PENALES AQUELLOS MÉDICOS TRATANTES QUE REALICEN LA TRANSFERENCIA DE EMBRIONES HUMANOS SIN EL CONSENTIMIENTO Y PLENA ACEPTACIÓN DE LAS PARTES QUE INTERVIENEN, SIENDO APLICABLES LAS PENAS QUE ESTABLECE EL DELITO DE PROCREACIÓN ASISTIDA E INSEMINACIÓN ARTIFICIAL.	SE HARÁN ACREEDORES A LAS RESPONSABILIDADES CIVILES Y PENALES AQUELLOS MÉDICOS TRATANTES QUE REALICEN LA TRANSFERENCIA DE EMBRIONES HUMANOS SIN EL CONSENTIMIENTO DE LAS PARTES QUE INTERVIENEN, SIENDO APLICABLES LAS PENAS QUE ESTABLECE EL DELITO DE PROCREACIÓN ASISTIDA A QUE SE REFIERE EL CAPÍTULO PRIMERO, TÍTULO SEGUNDO DEL CÓDIGO PENAL VIGENTE PARA EL DISTRITO FEDERAL.	34

Sobre el contenido de esta iniciativa fueron motivo de preocupación la protección de los derechos a la igualdad y a la no discriminación, ya que no queda claro el acceso que personas solteras, que no sean mujeres, y parejas del mismo sexo tendrían a esta técnica, para lo que sería necesario prever la variante de fertilización heteróloga. Asimismo que se restrinja el acceso a la interrupción legal del embarazo. De acuerdo con el principio de exacta aplicación de la ley penal y de que los derechos no pueden ser transferidos por convenio, el Decreto debería hacer referencia a la legislación penal y sanitaria vigente, en lugar de establecer otro tipo de regulación específica para el caso.

Por otra parte, como se desprende del cuadro anterior, legislar la gestación subrogada como una técnica de reproducción asistida implica la regulación de aspectos que van más allá de esta técnica en específico, hecho que implica una invasión de competencias en agravio de la Federación. Por estas razones el Poder Ejecutivo del DF presentó las observaciones referidas.

Lo anterior refuerza la importancia de que el Congreso de la Unión emita normatividad en materia de reproducción asistida que incluya la gestación subrogada y, con base en esa normatividad, las entidades federativas regulen las cuestiones que corresponden a su competencia, tales como lo relativo a los convenios y a la filiación.

La regulación de úteros subrogados es una materia de suma complejidad que ha sido discutida a nivel internacional y nacional, sin que a la fecha se cuente con una normativa modelo con la cual se haya logrado conjuntar visiones médicas y jurídicas. Adicionalmente, la normativa que se llegue a adoptar en cada entidad federativa debería considerar los aspectos culturales que son fundamentales para evitar situaciones de discriminación, con la finalidad de garantizar los derechos de las mujeres que decidan permitir el uso de su útero para el desarrollo de un embarazo, así como el de las personas que tengan esa única opción para lograr la reproducción, sea por razones de salud o en el caso de las personas solteras o parejas homosexuales.

6.4 / CONCLUSIONES

La falta de una regulación sobre los servicios de reproducción asistida en México tiene un impacto negativo en el ejercicio de los derechos humanos, especialmente el derecho a fundar una familia y a decidir el número y espaciamiento de los hijos/as. Es fundamental contar con normas que respondan a la realidad y, en este caso, nuestro país está rezagado.

Resulta, pues, urgente que los órganos legislativos mexicanos regulen, mediante una normativa integral, los servicios de reproducción asistida para dar certeza jurídica y proteger los derechos humanos de todas las personas involucradas.

6.4.1 CONTENIDO DE UNA NORMATIVA INTEGRAL SOBRE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Una legislación integral en materia de reproducción asistida debe reconocer que el acceso a dichos servicios se sustenta en los derechos humanos de las personas y que, por tanto, el Estado tiene obligaciones específicas en la materia, que incluyen la garantía del acceso a éstos. Es fundamental regular a nivel federal los servicios de reproducción asistida que ya se prestan en México para dar certeza jurídica a la población y asegurar el acceso a los beneficios del progreso científico a aquellas personas que los necesiten por motivos de salud o porque decidan usarlos como alternativa reproductiva, de conformidad con los estándares más altos de protección a los derechos humanos reconocidos en la Constitución.

Asimismo, es indispensable que la regulación que desarrolle el Congreso de la Unión en torno a la reproducción humana asistida no implique otorgar categoría de persona a los embriones u óvulos fertilizados, situación que sin lugar a dudas limitaría el derecho a acceder a determinadas técnicas, el desarrollo de la investigación en células troncales embrionarias (células madre provenientes de óvulos fecundados), así como el derecho de las personas, especialmente mujeres, a la autonomía reproductiva. Otra situación que tendría que protegerse es, como ya se ha mencionado, la no exclusión del acceso a la reproducción asistida a personas que no cumplen con el modelo de familia tradicional; por ejemplo, las parejas del mismo sexo o personas solteras. Asimismo, debe asegurarse que la regulación en la materia prohíba el tráfico de óvulos fertilizados o sin fertilizar. Finalmente, en cumplimiento de la Constitución, es fundamental que la legislación respete la distribución de competencias entre la Federación y los estados.

Una regulación restrictiva, discriminatoria e inconsistente con los derechos humanos y con la ciencia implicaría el incumplimiento de las obligaciones del Estado mexicano, tanto las consagradas a nivel constitucional como las contenidas en los tratados internacionales de derechos humanos de los que México es parte. Las propuestas legislativas y de reglamentación deben ser integradas y analizadas desde una perspectiva democrática, respetuosa de los derechos humanos, así como del avance de la ciencia, y no basada en creencias morales o principios religiosos.

En este sentido valdría la pena analizar la regulación que sobre el tema han hecho países como Reino Unido, Alemania, Israel y Nueva Zelanda, los cuales cuentan con legislaciones respetuosas de los derechos humanos y no sólo permiten sino fomentan la investigación médica en células madre provenientes de óvulos fertilizados.

6.5 / RECOMENDACIONES

- El Congreso de la Unión debe regular los aspectos generales de los servicios de reproducción asistida para dar certeza jurídica y proteger los derechos humanos de quienes acceden a éstos.
- La Secretaría de Salud debe emitir una norma oficial mexicana para regular los aspectos técnicos de la prestación de los servicios de reproducción asistida en los ámbitos público, privado y social.
- Dicha normativa debe tener como base la protección de los derechos humanos y los avances científicos, lo que implica reconocer en todo momento los derechos reproductivos, especialmente los de las mujeres.

NOTAS

¹ *Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida (TRA). Versión revisada y preparada por el International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) y la Organización Mundial de la Salud (OMS)*, Santiago, Red Latinoamericana de Reproducción Asistida, 2010, p. 7. Disponible en <<http://bit.ly/XXTRPZ>> [consulta: 6 de febrero de 2013].

² Mascarenhas, Maya N. *et al.*, “National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis of 277 Health Surveys” en *PLOS Medicine*, vol. 9, núm. 12, diciembre 2012. Disponible en <<http://bit.ly/WiJKbg>> [consulta: 1 de febrero de 2013].

³ *Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida... op. cit.* (ver *supra*, nota 1).

⁴ *Ibid.*

⁵ Corte IDH, *Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación In Vitro) vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 28 noviembre de 2012 Serie C No. 257*. Disponible en <<http://bit.ly/VUYz0A>> [consulta: 21 de diciembre de 2012].

⁶ CIDH, *Caso No. 12.361. Gretel Artavia Murillo y otros. “Fecundación In Vitro”. Costa Rica. Nota de remisión del Caso a la Corte e Informe de Fondo, 29 de julio de 2011*. Disponible en <<http://bit.ly/QIMGkZ>> [consulta: 3 de diciembre de 2012].

⁷ González Cervera, Alfonso, “Subfecundidad e infertilidad en mujeres mexicanas” en *Papeles de Población*, no. 50, 2006, pp. 277-291. Carreño Meléndez, Jorge, “Guía clínica de intervención psicológica de la paciente con esterilidad” en *Perinatología y Reproducción Humana*, vol., 21, núm. 1, enero-marzo 2007, pp.44-53.

⁸ Gobierno Federal, Instituto Nacional de Perinatología, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 1225000007512. Disponible en <<http://bit.ly/WFV3Z5>> [consulta: 31 de enero de 2013].

⁹ Secretaría de Salud, Sistema Nacional de Información en Salud, *Base de datos de egresos hospitalarios por morbilidad en Instituciones Públicas del Sector Salud, 2004-2011*, México, SINAIS, 2013. Disponible en <<http://bit.ly/dBHezo>> [consulta: 31 de enero de 2013].

¹⁰ Gobierno Federal, Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 1215100150212. Disponible en <<http://bit.ly/XYxpHd>> [consulta: 31 de enero de 2013].

¹¹ “Iniciativa con Proyecto de Decreto por el que se crea la Ley de Reproducción Humana Asistida y se reforman distintos artículos de la Ley General de Salud, a cargo de los senadores Fernando Castro Trenti del Grupo Parlamentario del PRI y Ernesto Saro Boardman del Grupo Parlamentario del PAN” en Senado de la República, LX Legislatura, *Gaceta del Senado*, México, núm. 237, lunes 28 de abril de 2008. Disponible en <<http://bit.ly/U3vLIP>> [consulta: 31 de enero de 2013].

¹² “Iniciativa que reforma y adiciona los artículos 314 y 327 de la Ley General de Salud, a cargo de la diputada Oralia López Hernández del Grupo Parlamentario del PAN” en Cámara de Diputados, LXI Legislatura, *Gaceta Parlamentaria*, México, año XV, núm. 3427-IV, miércoles 11 de enero de 2012. Disponible en <<http://bit.ly/Wi0sJj>> [consulta: 31 de enero de 2013].

¹³ “Iniciativa de los legisladores María de los Ángeles Moreno Uriegas, María del Socorro García Quiroz, Rosalinda Elena Mondragón Santoyo *et al.* que contiene proyecto de decreto por el que se derogan, reforman y adicionan diversos artículos de la Ley General de Salud” en Senado de la República, LXI Legislatura, *Gaceta del Senado*, México, núm. 21, miércoles 13 de julio de 2011. Disponible en <<http://bit.ly/W2RxcM>> [consulta: 31 de enero de 2013].

¹⁴ “Iniciativa con Proyecto de Decreto por el que se crea la Ley de Reproducción Humana Asistida...” *op. cit.* (ver *supra*, nota 11).

¹⁵ “Iniciativa que crea la Ley Federal de Subrogación Gestacional, y adiciona y reforma diversas disposiciones de la Ley General de Salud, recibida de la diputada Leticia Quezada Contreras, del Grupo Parlamentario del PRD, en la sesión de la Comisión Permanente del miércoles 28 de julio de 2010” en Cámara de Diputados, LXI Legislatura, *Gaceta Parlamentaria*, México, año XIII, núm. 3064, viernes 30 de julio de 2010. Disponible en <<http://bit.ly/9QLTMv>> [consulta: 31 de enero de 2013].

¹⁶ En esta iniciativa participaron legisladores y legisladoras de la mayoría de los grupos parlamentarios, retomando y respaldando los conceptos contenidos en la iniciativa que habían presentado los senadores María del Socorro García Quiroz, María de los Ángeles Moreno y Ramiro Hernández García en 2009; el consenso creado por los legisladores que la firmaron en torno a la reproducción asistida puede rescatarse para orientar la discusión que se da actualmente sobre el tema en el Congreso de la Unión.

¹⁷ Rosalinda Elena Mondragón Santoyo, Margarita Villaescusa Rojo, Rodrigo Reina Liceaga, María Cristina Díaz Salazar, Diva Hadamira Gastélum Bajo, Carolina Viggiano Austria, Claudia Ruiz Massieu Salinas, Clara Gómez Caro, Yolanda de la Torre Valdez, Marcela Guerra Castillo (PRI); Yeidekol Polevnsky Gurwitz, Rosalinda López Hernández, María Rojo e Incháustegui, Francisco Javier Castellón Fonseca, Enoé Uranga Muñoz, Esthela Damián Peralta, Dolores de los Ángeles Názares Jerónimo, Heladio Gerardo Verver y Vargas, Olga Luz Espinosa Morales, Leticia Quezada Contreras (PRD); Ludivina Menchaca Castellanos, Javier Orozco Gómez y Rosario Brindis Álvarez (PVEM), y Víctor Hugo Círiga Vásquez (Convergencia).

¹⁸ Ernesto Javier Cordero Arroyo; José Rosas Aispuro Torres; Jorge Luis Lavalle Maury; Fernando Torres Graciano; César Octavio Pedrosa Gaitán; María del Pilar Ortega Martínez; Javier Corral Jurado; Salvador Vega Casillas; María Marcela Torres Peimbert; Daniel Gabriel Ávila Ruiz; José María Martínez Martínez; Víctor Hermosillo y Celada; Adrian Dávila Fernández; Silvia Guadalupe Garza Galván; Ernesto Rufo Appel; Roberto Gil Zuñarh; Francisco Domínguez Servián; Fernando Yunes Márquez; Sonia Mendoza Díaz; Francisco de Paula Búrquez Valenzuela; Raúl Gracia Guzmán; Carlos Mendoza Davis; Martín Orozco Sandoval; Francisco García Cabeza de Vaca; Francisco Salvador López Brito; Juan Carlos Romero Hicks; Héctor Larios Córdoba (PAN); Miguel Romo Medina, María Cristina Díaz Salazar; Manuel Cavazos Lerma, (PRI); Fernando Enrique Mayans Canabal, Víctor Manuel Camacho Solís; Isidro Pedraza Chávez; Dolores Padierma Luna; Alejandro de Jesús Encinas Rodríguez; Adán Augusto López Hernández; Angélica de la Peña Gómez (PRD); María Elena Barrera Tapia (PVEM); Martha Palafox Gutiérrez; Ana Gabriela Guevara Espinoza (PT); y Layda Sansores San Román (independiente).

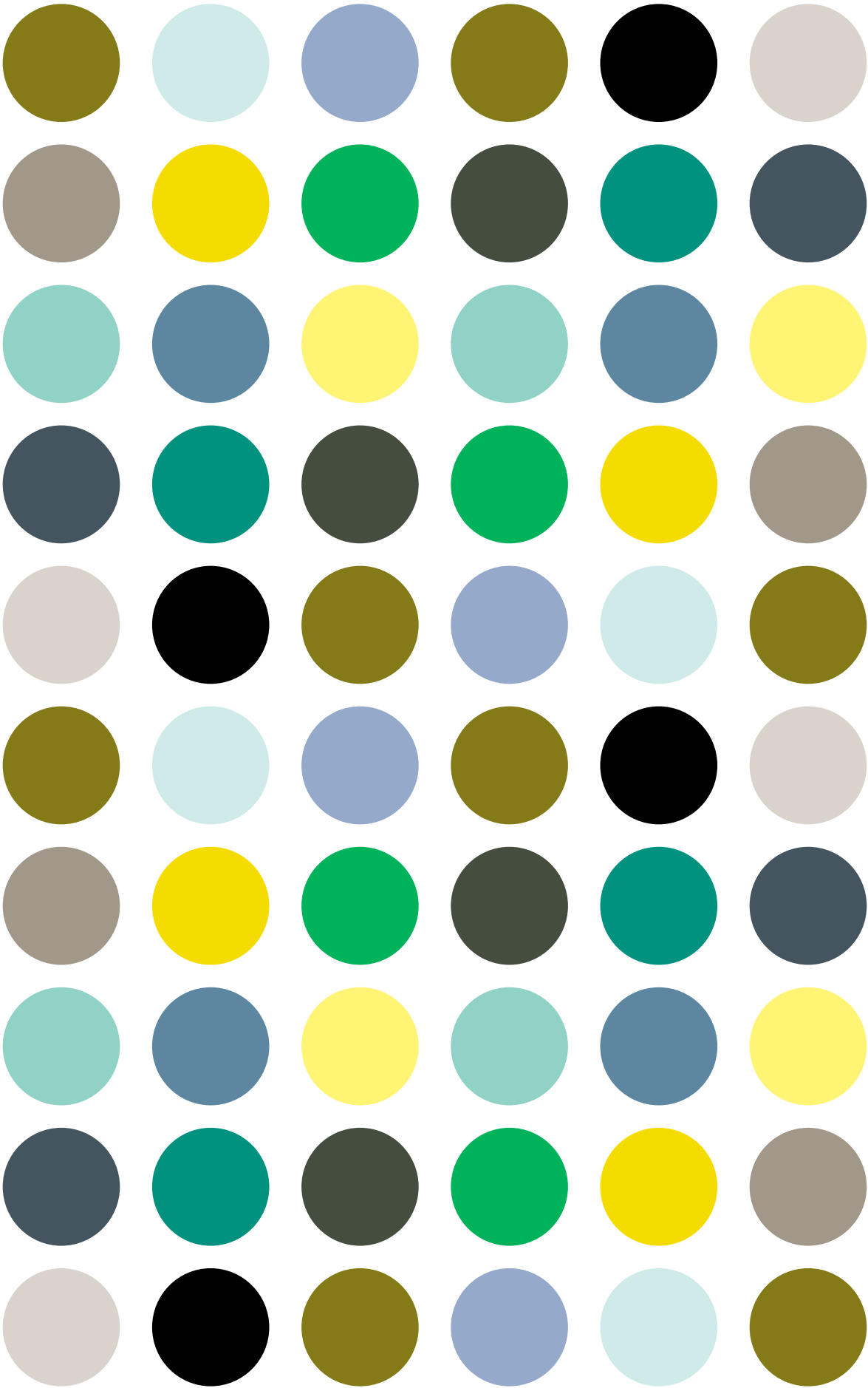
¹⁹ Iniciativa del diputado Emilio González Martínez (PVEM) presentada el 27 de abril de 1999. Disponible en <<http://bit.ly/UICEym>> [consulta: 20 de febrero de 2013]. Iniciativa del diputado Francisco Salvador López Brito (PAN), presentada el 26 de septiembre de 2002. Disponible en <<http://bit.ly/ZrVzAc>> [consulta: 20 de febrero de 2013]. Iniciativa del diputado Rafael García Tinajero Pérez (PRD), presentada el 2 de diciembre de 2004. Disponible en <<http://bit.ly/Vwdi5Z>> [consulta: 20 de febrero de 2013]. Iniciativa del diputado Jesús Emilio Martínez Álvarez (Convergencia), presentada el 19 de abril de 2005. Disponible en <<http://bit.ly/ZrWdxH>> [consulta: 20 de febrero de 2013]. Iniciativa de la diputada María Cristina Díaz Salazar (PRI), presentada el 28 de abril de 2005. Disponible en <<http://bit.ly/WaEHaW>> [consulta: 20 de febrero de 2013]. Iniciativa de la diputada María Cristina Díaz Salazar (PRI), presentada el 8 de abril de 2010. Disponible en <<http://bit.ly/WRaS1f>> [consulta: 20 de febrero de 2013]. Iniciativa de la diputada María del Pilar Torre Canales (Nueva Alianza), presentada 22 de abril de 2010. Disponible en <<http://bit.ly/ZrXqFf>> [consulta: 20 de febrero de 2013].

²⁰ Ver *supra*, nota 17.

²¹ Ver *supra*, nota 13.

²² “Iniciativa de la senadora Maki Esther Ortiz Domínguez, a nombre propio y de diversos senadores de los Grupos Parlamentarios, la que contiene proyecto de Ley de Reproducción Humana Asistida y reforma diversas disposiciones de la Ley General de Salud” en Senado de la República, LXII Legislatura, *Gaceta del Senado*, México, núm. 77, jueves 20 de diciembre de 2012. Disponible en <<http://bit.ly/VUccNI>> [consulta: 31 de enero de 2013].

²³ GIRE participó en la elaboración de dichas observaciones.



ANEXO

.....

.....

SOLICITUDES DE ACCESO A LA INFORMACIÓN

Para la elaboración del informe se presentaron más de 600 solicitudes de acceso a la información, las instituciones a quienes se dirigieron las solicitudes y las preguntas realizadas se señalan a continuación.

PERIODO DE PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	ABRIL A DICIEMBRE DE 2012
INSTANCIAS FEDERALES	SECRETARÍA DE SALUD INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO SECRETARÍA DE SEGURIDAD PÚBLICA PROCURADURÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN PROCURADURÍA FEDERAL DE LA DEFENSA DEL TRABAJO COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
INSTANCIAS AUTÓNOMAS	COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS
INSTANCIAS LOCALES	SECRETARÍAS DE SALUD SECRETARÍAS DE SEGURIDAD PÚBLICA CENTROS DE READAPTACIÓN SOCIAL PROCURADURÍAS GENERALES DE JUSTICIA PODERES JUDICIALES LOCALES ORGANISMOS PÚBLICOS DE DERECHOS HUMANOS COMISIONES LOCALES DE ARBITRAJE MÉDICO

1. ABORTO LEGAL Y SEGURO	
INSTANCIA	PREGUNTA
SECRETARÍAS DE SALUD (FEDERAL Y LOCALES)	"SOLICITO LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PÚBLICA, DOCUMENTOS QUE CONTENGAN: NÚMERO DE INTERRUPTIONES LEGALES DEL EMBARAZO POR MOTIVO DE VIOLACIÓN SEXUAL, EN EL PERÍODO COMPRENDIDO DEL 1 DE ABRIL DE 2007 AL 31 DE JULIO DE 2012. SOLICITO LA INFORMACIÓN DESAGREGADA POR: A) UBICACIÓN GEOGRÁFICA. B) MES Y AÑO. C) EDAD DE LAS MUJERES A LAS QUE LES FUE PRACTICADA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO. D) EDAD GESTACIONAL."
	"SOLICITO LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PÚBLICA, DOCUMENTOS QUE CONTENGAN: NÚMERO DE INTERRUPTIONES LEGALES DEL EMBARAZO POR CAUSAS COMO IMPRUDENCIAL O CULPOSO, PELIGRO DE MUERTE E INSEMINACIÓN ARTIFICIAL NO CONSENTIDA LLEVADAS A CABO EN EL PERÍODO DEL 1 DE ABRIL DE 2007 AL 31 DE JULIO DE 2012. DESGLOSAR ESTA INFORMACIÓN POR: A) UBICACIÓN GEOGRÁFICA. B) EDAD DE LAS MUJERES A LAS QUE LES FUE PRACTICADA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO. C) EDAD GESTACIONAL. D) MÉTODOS UTILIZADOS PARA LLEVAR A CABO EL PROCEDIMIENTO DE INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO."
	"SOLICITO LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PÚBLICA, DOCUMENTOS QUE CONTENGAN: NÚMERO DE AUTORIZACIONES QUE HA RECIBIDO POR PARTE DE LA PROCURADURÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA O LA PROCURADURÍA DE SU ESTADO PARA REALIZAR ABORTO LEGAL EN EL PERÍODO DEL 1 DE ABRIL DE 2007 AL 31 DE JULIO DE 2012."
PROCURADURÍAS DE JUSTICIA (FEDERAL Y LOCALES)	"SOLICITO LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PÚBLICA, DOCUMENTOS QUE CONTENGAN: NÚMERO DE DENUNCIAS SE PRESENTARON POR EL DELITO DE ABORTO EN CONTRA DE MUJERES Y HOMBRES DESAGREGADA POR GÉNERO Y AÑO DEL 1 DE ABRIL DE 2007 AL 31 DE JULIO DE 2012. INFORMAR FECHA Y UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA DENUNCIA. NÚMERO AVERIGUACIONES PREVIAS SE INICIARON POR EL DELITO DE ABORTO EN CONTRA DE MUJERES Y HOMBRES, DESAGREGADA POR GÉNERO DEL 1 DE ABRIL DE 2007 AL 31 DE JULIO DE 2012. INFORMAR FECHA Y UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA DENUNCIA."
	"SOLICITO LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PÚBLICA, DOCUMENTOS QUE CONTENGAN: NÚMERO DE AUTORIZACIONES DE INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO QUE HAN SIDO EMITIDAS POR SU INSTITUCIÓN PARA REALIZAR UNA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO POR MOTIVO DE VIOLACIÓN SEXUAL. ANEXAR VERSIONES PÚBLICAS DE DOCUMENTOS QUE CONTENGA EL PROCEDIMIENTO PARA EMITIR LA AUTORIZACIÓN, EL PERÍODO DE AUTORIZACIÓN (LAPSO ENTRE LA PRESENTACIÓN DE LA DENUNCIA Y LA EMISIÓN DE LA AUTORIZACIÓN) Y LOS REQUISITOS SOLICITADOS (POR EJEMPLO, REPORTES MÉDICOS, CONSENTIMIENTO LOS PADRES O TUTORES EN CASO DE MENORES DE EDAD) EN EL PERÍODO COMPRENDIDO DEL 1 DE ABRIL DE 2007 AL 31 DE JULIO DE 2012."
	"SOLICITO LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PÚBLICA, DOCUMENTOS QUE CONTENGAN: NÚMERO DE DENUNCIAS PRESENTADAS POR EL DELITO DE VIOLACIÓN SEXUAL EN CONTRA DE MUJERES DEL 1 DE ABRIL DE 2007 AL 31 DE JULIO DE 2012. DESAGREGADA POR FECHA Y UBICACIÓN GEOGRÁFICA. NÚMERO DE AVERIGUACIONES PREVIAS ABIERTAS POR EL DELITO DE VIOLACIÓN SEXUAL EN CONTRA DE MUJERES DEL 1 DE ABRIL DE 2007 AL 31 DE JULIO DE 2012. DESAGREGADA POR FECHA Y UBICACIÓN GEOGRÁFICA."
	"SOLICITO LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PÚBLICA: SEÑALAR SI EL ABORTO ES SANCIONADO EN TÉRMINOS DE SU NORMATIVIDAD, EN SU CASO INFORMAR SI SE SANCIONA CON TRATAMIENTO PSICOLÓGICO Y/O MÉDICO. SOLICITO QUE INFORMEN NÚMERO DE MUJERES HAN SIDO SENTENCIADAS POR EL DELITO DE ABORTO CON PENA DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO Y CUÁL ES LA EDAD DE ESTAS MUJERES EN EL PERÍODO DEL 1 DE ABRIL DE 2007 AL 31 DE JULIO DE 2012. DESAGREGAR FECHA Y UBICACIÓN GEOGRÁFICA. ASIMISMO DOCUMENTO QUE DESCRIBAN EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO Y/O MÉDICO, LA DURACIÓN Y CARACTERÍSTICAS LES HAN APLICADO A LAS MUJERES QUE HAN ABORTADO EN EL PERÍODO DEL 1 DE ABRIL DE 2007 AL 31 DE JULIO DE 2012."
SECRETARÍAS DE SEGURIDAD PÚBLICA (FEDERAL Y LOCALES) Y/O CENTROS DE READAPTACIÓN SOCIAL (LOCALES)	"SOLICITO LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PÚBLICA: NÚMERO DE PERSONAS ACUSADAS POR EL DELITO DE ABORTO QUE SE ENCUENTREN EN PRISIÓN PREVENTIVA. DESGLOSAR LOS DATOS POR AÑO, SEXO, EDAD Y EL TIPO DE ABORTO EN EL PERÍODO DEL 1 DE ABRIL DE 2007 AL 31 DE JULIO DE 2012. NÚMERO DE PERSONAS SENTENCIADAS POR EL DELITO DE ABORTO QUE SE ENCUENTRAN EN PRISIÓN Y SUS PENAS ESTABLECIDAS. DESGLOSAR LOS DATOS POR SEXO, EDAD Y TIPO DE ABORTO EN EL PERÍODO DEL 1 DE ABRIL DE 2007 AL 31 DE JULIO DE 2012."
PODERES JUDICIALES (FEDERAL Y LOCALES)	"SOLICITO LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PÚBLICA, DOCUMENTOS QUE CONTENGAN: NÚMERO DE JUICIOS PENALES SE INICIARON POR EL DELITO DE ABORTO EN CONTRA DE LA MADRE Y EN CUÁNTAS SE EJERCÍO LA ACCIÓN PENAL EN EL PERÍODO DEL 1 DE ABRIL DE 2007 AL 31 DE JULIO DE 2012. NÚMERO DE MUJERES SENTENCIADAS POR EL DELITO DE ABORTO CON PENA PRIVATIVA DE LA LIBERTAD Y CUÁNTAS TUVIERON DERECHO A PAGO DE FIANZA. DESGLOSAR POR EDAD DE ESTAS MUJERES DURANTE EL PERÍODO DEL 1 DE ABRIL DE 2007 AL 31 DE JULIO DE 2012 Y POR FECHA DE CONSIGNACIÓN. EN SU CASO INFORMAR SI HAY CASOS POR RESOLVER."

2. ANTICONCEPCIÓN

INSTANCIA	PREGUNTA
SECRETARÍAS DE SALUD (FEDERAL Y LOCALES)	"SOLICITO LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PÚBLICA: 1) PROCEDIMIENTOS Y LINEAMENTOS PARA LA ENTREGA DE PASTILLAS DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN LA SECRETARÍA DE SALUD ESTATAL. ANEXAR DOCUMENTO CON EL QUE CUENTAN SERVIDORES PÚBLICOS PARA LA ENTREGA DE PASTILLAS DE EMERGENCIA. 2) MARCA DE PASTILLAS DE ANTICONCEPCIÓN CON LAS QUE SE CUENTA E INFORMACIÓN QUE SE ENTREGA A MUJERES (ANEXAR DOCUMENTOS). 3) NÚMERO DE MUJERES QUE SOLICITARON LAS PASTILLAS DE EMERGENCIA Y NÚMERO DE MUJERES QUE ENTREGARON LA PASTILLA DE EMERGENCIA DE 2009 A 31 DE JULIO DE 2012. SE SOLICITA LA INFORMACIÓN DESAGREGADA POR EDAD Y CENTRO DE SALUD. 4) PRESUPUESTO ASIGNADO Y EJERCIDO PARA LA COMPRA DE PASTILLAS DE ANTICONCEPCIÓN DE 2009 A 2012. 5) CONTRATO ENTRE LA SECRETARÍA DE SALUD Y EL PROVEEDOR DE LAS PASTILLAS DE EMERGENCIA. 6) NÚMERO DE DOSIS DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA CUENTA LA SECRETARÍA DE SALUD ANUALMENTE."
	"SOLICITO LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PÚBLICA: ¿QUÉ REQUISITOS SE SOLICITAN A PERSONAS MENORES DE EDAD PARA QUE LE SEA ENTREGADA LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y EN SU CASO, LA ENTREGA O APLICACIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SOLICITADOS?"
	"SOLICITO LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PÚBLICA DURANTE EL PERÍODO 2009-2012: ENTREGAR REPORTE CON INFORMACIÓN SOBRE LA FORMA EN LA QUE SE EXPRESA EL CONSENTIMIENTO DE LAS/OS USUARIAS/OS PARA LA APLICACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PERMANENTES. ENTREGAR REPORTE CON DATOS DESAGREGADOS POR TIPO DE MÉTODO, SEXO Y EDAD DE LAS PERSONAS QUE EXPRESARON SU CONSENTIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS."
PROCURADURÍAS DE JUSTICIA (FEDERAL Y LOCALES)	"SOLICITO LA SIGUIENTE INFORMACIÓN: EN CASO DE VIOLACIÓN SEXUAL, ¿QUÉ INFORMACIÓN SOBRE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA SE ENTREGA A LAS MUJERES QUE ACUDEN A DENUNCIAR ESTE DELITO? EN CASO DE ENTREGARSE ALGÚN FOLLETO O DOCUMENTO, FAVOR DE ANEXARLO."

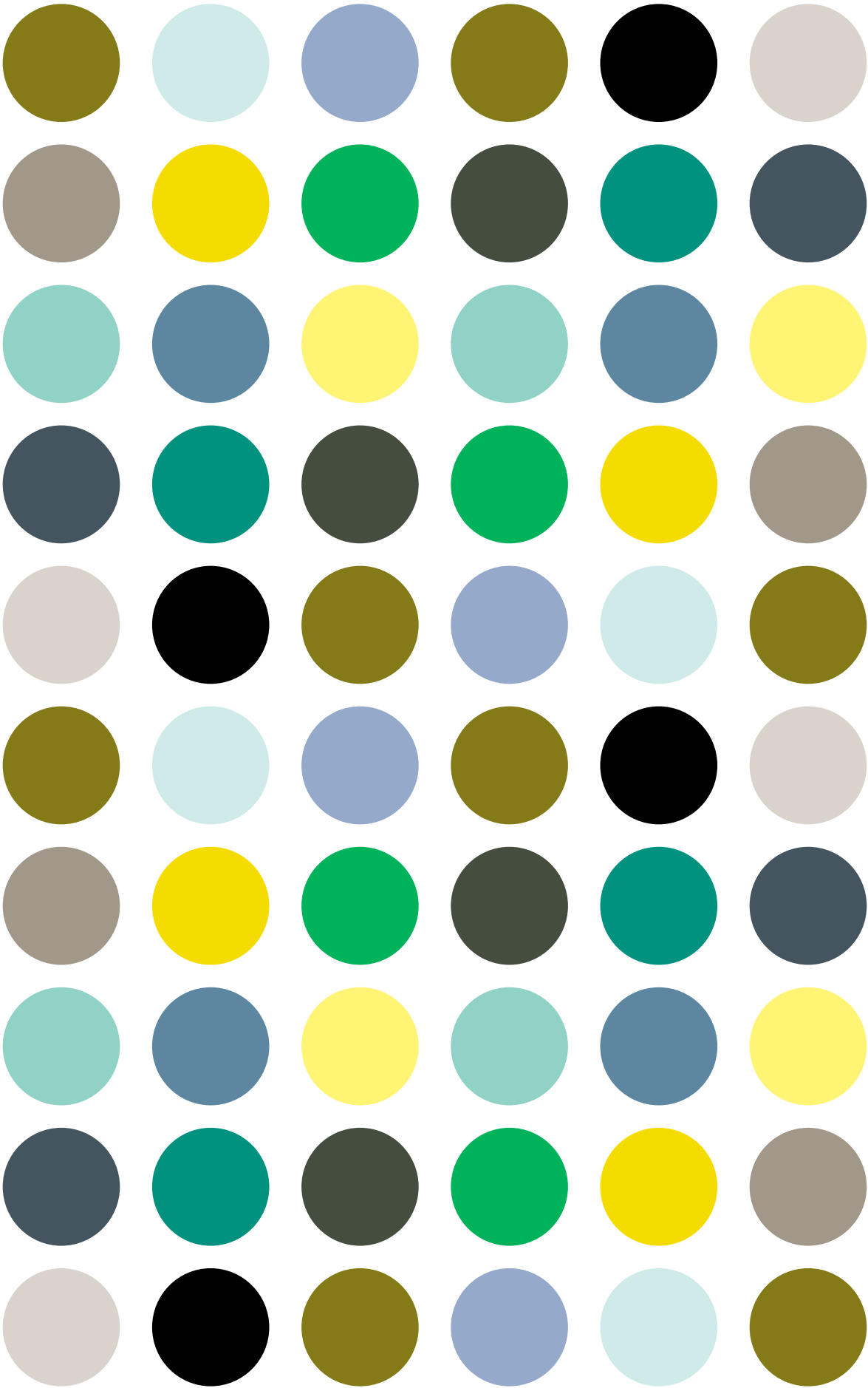
3. MORTALIDAD MATERNA

INSTANCIA	PREGUNTA
SECRETARÍAS DE SALUD (FEDERAL Y LOCALES)	"COPIA DEL PROGRAMA ESTATAL DE MORTALIDAD MATERNA Y MORBILIDAD MATERNA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE 2011." "COPIA DEL DOCUMENTO QUE CONTIENE LOS RESULTADOS OBTENIDOS DEL PROGRAMA ESTATAL DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD MATERNA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE 2011."
SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL	"NÚMERO DE QUEJAS PRESENTADAS POR CASOS DE MUERTE MATERNA EN LOS QUE LAS MUJERES FALLECEN POR LA FALTA DE NEGLIGENCIA EN LA ATENCIÓN MÉDICA CON MOTIVO DE SU EMBARAZO DE 2008 A 2012." "COPIA DE LOS BOLETINES DE CAMINANDO A LA EXCELENCIA CORRESPONDIENTES AL CIERRE DE 2011 Y LO QUE VA DE 2012."
PROCURADURÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA	"NÚMERO DE AVERIGUACIONES PREVIAS INICIADAS, ENTRE EL AÑO 2008 Y LO QUE VA DEL 2012, POR DELITOS COMETIDOS POR MÉDICOS, AUXILIARES Y OTROS, RELACIONADOS CON LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA, TRATÁNDOSE DE CASOS DE MUJERES EMBARAZADAS QUE FALLECEN POR NEGLIGENCIA EN LA ATENCIÓN MÉDICA CON MOTIVO DE SU EMBARAZO. DATO DESGLOSADO POR AÑO. CUÁNTAS DE ESTAS AVERIGUACIONES PREVIAS CONCLUYERON EN EJERCICIO DE LA ACCIÓN PENAL."
PROCURADURÍAS LOCALES DE JUSTICIA	"NÚMERO DE AVERIGUACIONES PREVIAS INICIADAS, ENTRE EL AÑO 2008 Y LO QUE VA DEL 2012, POR DELITOS COMETIDOS POR MÉDICOS, AUXILIARES Y OTROS, RELACIONADOS CON LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA, TRATÁNDOSE DE CASOS DE MUJERES EMBARAZADAS QUE FALLECEN POR NEGLIGENCIA EN LA ATENCIÓN MÉDICA CON MOTIVO DE SU EMBARAZO. DATO DESGLOSADO POR AÑO. CUÁNTAS DE ESTAS AVERIGUACIONES PREVIAS CONCLUYERON EN EJERCICIO DE LA ACCIÓN PENAL."
ORGANISMOS PÚBLICOS DE DERECHOS HUMANOS	"NÚMERO DE RECOMENDACIONES EMITIDAS POR ESA COMISIÓN POR QUEJAS RELACIONADAS CON CASOS DE MUJERES FALLECIDAS POR LA NEGLIGENCIA EN LA ATENCIÓN MÉDICA CON MOTIVO DE SU EMBARAZO Y COPIA DE DICHAS RECOMENDACIONES."
COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS	"NÚMERO DE RECOMENDACIONES EMITIDAS POR ESA COMISIÓN POR QUEJAS RELACIONADAS CON CASOS DE MUJERES FALLECIDAS POR LA NEGLIGENCIA EN LA ATENCIÓN MÉDICA CON MOTIVO DE SU EMBARAZO Y COPIA DE DICHAS RECOMENDACIONES."
PODERES JUDICIALES LOCALES	"NÚMERO DE PROCESOS PENALES POR AÑO INICIADOS ENTRE EL AÑO 2000 Y LO QUE VA DE 2012 POR DELITOS COMETIDOS POR MÉDICOS, AUXILIARES Y OTROS, RELACIONADOS CON LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA, TRATÁNDOSE DE CASOS EN QUE MUJERES EMBARAZADAS FALLECEN POR NEGLIGENCIA EN LA ATENCIÓN MÉDICA CON MOTIVO DE SU EMBARAZO Y SENTIDO DE LAS RESOLUCIONES DE DICHS PROCESOS."

4. VIOLENCIA OBSTÉTRICA	
INSTANCIA	PREGUNTA
SECRETARÍAS DE SALUD (FEDERAL Y LOCALES)	"SOLICITO LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PÚBLICA DURANTE EL PERÍODO COMPRENDIDO 2009-2012: ¿QUÉ INFORMACIÓN SE ENTREGA A LAS MUJERES EMBARAZADAS SOBRE LAS OPCIIONES DE PARTO, ASÍ COMO LOS RIESGOS Y VENTAJAS QUE IMPLICAN CADA UNO? ANEXAR PROTOCOLO. ¿CUÁNTAS MUJERES PARIERON POR AÑO? ANEXAR REPORTE CON DATOS POR EDAD DEL NÚMERO DE MUJERES QUE PARIERON POR AÑO. ¿CUÁNTAS CESÁREAS SE PRACTICARON POR AÑO? ANEXAR REPORTE CON DATOS POR EDAD Y JUSTIFICACIÓN MÉDICA DEL NÚMERO DE CESÁREAS PRACTICADAS POR AÑO."
	"SOLICITO LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PÚBLICA DEL PERÍODO COMPRENDIDO DE 2009-2012: ¿CUÁNTAS QUEJAS SE PRESENTARON POR AÑO, EN CONTRA DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR MALOS TRATOS Y/O NEGLIGENCIA MÉDICA A MUJERES, CON MOTIVO DE ATENCIÓN GINECOLÓGICA Y/O OBSTÉTRICA? ¿CUÁNTOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD FUERON SANCIONADOS POR MALOS TRATOS Y/O NEGLIGENCIA MÉDICA A MUJERES, CON MOTIVO DE ATENCIÓN GINECOLÓGICA Y/O OBSTÉTRICA? FAVOR DE ANEXAR REPORTE CON LAS SANCIONES IMPUESTAS."
COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS Y ORGANISMOS PÚBLICOS DE DERECHOS HUMANOS LOCALES	"SOLICITO LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PÚBLICA: DE LAS QUEJAS RECIBIDAS EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE EL 1 DE ENERO DE 2009 AL 31 DE JULIO DE 2012 EN CONTRA DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR MALOS TRATOS Y/O NEGLIGENCIA MÉDICA A MUJERES, CON MOTIVO DE ATENCIÓN GINECOLÓGICA Y/O OBSTÉTRICA, SOLICITO SE DESAGREGUE POR DEPENDENCIA Y FECHA DE RECOMENDACIÓN EMITIDA, ACEPTADA Y CUMPLIDA: > NÚMERO DE RECOMENDACIONES EMITIDAS > NÚMERO DE RECOMENDACIONES ACEPTADAS > NÚMERO DE RECOMENDACIONES CUMPLIDAS Y ESPECIFICAR LOS CASOS QUE HAYA SIDO POR CONCILIACIÓN."

5. VIDA LABORAL Y REPRODUCTIVA	
INSTANCIA	PREGUNTA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	"EN LA LEY FEDERAL DEL TRABAJO SE PREVEN DIVERSOS MECANISMOS DE PROTECCIÓN A LA MATERNIDAD, SOLICITAMOS LA SIGUIENTE INFORMACIÓN QUE COMPRENDA EL PERÍODO DEL 1 DE ENERO DE 2009 AL 31 DE MARZO DE 2012: 1. ¿CUÁNTAS LICENCIAS DE MATERNIDAD HAN SIDO AUTORIZADAS AL AÑO POR SU INSTITUCIÓN? FAVOR DE ANEXAR REPORTE CON DATOS POR EDAD Y CON PLAZOS DE LAS LICENCIAS DE MATERNIDAD AUTORIZADAS. 2. ¿CUÁL ES EL NÚMERO DE MUJERES DERECHOHABIENTES DE SU INSTITUCIÓN? FAVOR DE ANEXAR REPORTE CON EL NÚMERO DE MUJERES POR RANGO DE EDAD. 3. ¿CUÁL ES EL NÚMERO DE GUARDERÍAS QUE EXISTEN EN EL PAÍS DE SU INSTITUCIÓN? FAVOR DE ANEXAR REPORTE CON DATOS DESAGREGADOS POR NÚMERO DE GUARDERÍAS POR ESTADO Y NÚMERO DE NIÑAS/OS QUE ACCEDEN ELAS."
INSTITUTO DE SERVICIOS Y SEGURIDAD SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO	EN LA LEY FEDERAL DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO SE PREVEN DIVERSOS MECANISMOS DE PROTECCIÓN A LA MATERNIDAD, SOLICITAMOS LA SIGUIENTE INFORMACIÓN QUE COMPRENDA EL PERÍODO DEL 1 DE ENERO DE 2009 AL 31 DE MARZO DE 2012: 1. ¿CUÁNTAS LICENCIAS DE MATERNIDAD HAN SIDO AUTORIZADAS AL AÑO POR SU INSTITUCIÓN? FAVOR DE ANEXAR REPORTE CON DATOS POR EDAD Y CON PLAZOS DE LAS LICENCIAS DE MATERNIDAD AUTORIZADAS. 2. ¿CUÁL ES EL NÚMERO DE MUJERES DERECHOHABIENTES DE SU INSTITUCIÓN? FAVOR DE ANEXAR REPORTE CON EL NÚMERO DE MUJERES POR RANGO DE EDAD. 3. ¿CUÁL ES EL NÚMERO DE GUARDERÍAS QUE EXISTEN EN EL PAÍS DE SU INSTITUCIÓN? FAVOR DE ANEXAR REPORTE CON DATOS DESAGREGADOS POR NÚMERO DE GUARDERÍAS POR ESTADO Y NÚMERO DE NIÑAS/OS QUE ACCEDEN ELAS.
PROCURADURÍA FEDERAL DE LA DEFENSA DEL TRABAJO	"EN LA LEY FEDERAL DEL TRABAJO SE PREVEN DIVERSOS MECANISMOS DE PROTECCIÓN A LA MATERNIDAD, SOLICITAMOS LA SIGUIENTE INFORMACIÓN QUE COMPRENDA EL PERÍODO DEL 1 DE ENERO DE 2009 AL 31 DE MARZO DE 2012: 1. ¿CUÁNTAS DEMANDAS SE HAN PRESENTADO POR DESPIDO POR MOTIVO DE EMBARAZOS DEL 1 DE ENERO DE 2009 AL 31 DE MARZO DE 2012? FAVOR DE ANEXAR REPORTE CON DATOS POR EDAD Y OCUPACIÓN DE ESTAS MUJERES. 2. ¿CUÁNTAS QUEJAS SE PRESENTARON POR SOLICITAR UNA PRUEBA DE INGRAVIDEZ CON MOTIVO DE LA CONTRATACIÓN? FAVOR DE ANEXAR REPORTE CON DATOS POR EDAD Y OCUPACIÓN DE ESTAS MUJERES."

6. REPRODUCCIÓN ASISTIDA	
INSTANCIA	PREGUNTA
COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS	SOLICITO QUE ME PROPORCIONE EL LISTADO CON LA RAZÓN SOCIAL, DOMICILIO, NÚMERO DE LICENCIA SANITARIA Y NOMBRE DE LOS RESPONSABLES DE CADA UNO DE LOS CENTROS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA EN LA REPÚBLICA MEXICANA CON ACTUALIZACIÓN A OCTUBRE DE 2012.
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA	¿CUÁNTOS PACIENTES CON PROBLEMAS O PADECIMIENTOS DE INFERTILIDAD ATIENDE EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA (DE 2006 A LA FECHA)? ¿CUÁLES SON LOS TRATAMIENTOS QUE BRINDAN PARA ABATIR DICHO PADECIMIENTO? [PETICIÓN DE INFORMACIÓN EXTERNA LOCALIZADA A TRAVÉS DEL BUSCADOR DE SOLICITUDES DE INFORMACIÓN Y RECURSOS DE REVISIÓN DEL GOBIERNO FEDERAL UBICADO EN EL PORTAL DEL IFAI].



OMISIÓN E INDIFERENCIA / DERECHOS REPRODUCTIVOS EN MÉXICO
2013 Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C.
Viena 160, Colonia del Carmen, Delegación Coyoacán, C.P. 04100, México, D.F.

Teléfonos: 56 58 66 84 y 45
correo@giremx.org.mx
www.gire.org.mx

GIRE alienta la distribución pública de la presente obra y de los datos de esta investigación siempre que se reconozca y mencione nuestra autoría. En ningún caso esta obra podrá ser usada con fines comerciales, su difusión es gratuita.

Iª edición, abril de 2013

Se terminó la impresión de esta obra en marzo de 2013 en los talleres de Impregraphic® Impresores.
Majaditas No. 31, Colonia Guadalupe del Moral, 09300, México D.F.

Tiraje / 1000 ejemplares

IMPRESO EN MÉXICO

