

INFORME SOBRE LA SITUACIÓN DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS DE NIÑAS, ADOLESCENTES Y MUJERES EN MÉXICO



Resumen ejecutivo

INFORME SOBRE LA SITUACIÓN DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS DE NIÑAS, ADOLESCENTES Y MUJERES EN MÉXICO

En virtud de la presentación y análisis de los informes 7º y 8º de México ante el Comité CEDAW, 25 organizaciones la sociedad civil dedicadas a la promoción y defensa de los derechos de las mujeres, presentan el *Informe alternativo sobre la situación de los derechos reproductivos de niñas, adolescentes y mujeres en México*.

El informe señala la falta de cumplimiento por parte del Estado mexicano de sus obligaciones respecto de la eliminación de la discriminación de las mujeres (artículo 2) en el ejercicio de los derechos a la salud incluyendo la salud sexual y reproductiva (artículo 12), a la educación (artículo 10), al trabajo (artículo 11), y a la planificación familiar (artículo 16.e), así como los derechos de las mujeres rurales (artículos 14.2.b y 14.2.h), reconocidos en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).

A pesar de que han pasado más de treinta años desde la ratificación de la CEDAW por parte del Estado Mexicano y de las reiteradas recomendaciones que el Comité ha realizado en materia de derechos reproductivos, la protección de estos derechos sigue siendo una asignatura pendiente.

A partir de la investigación, del análisis normativo, de políticas públicas y estadístico, así como del acompañamiento de casos, en este informe se incluyen nueve problemáticas de alta preocupación relacionadas con el respeto, protección y garantía de los derechos reproductivos de las mujeres:

1. La presentación constante por parte de legisladores de iniciativas que atentan contra los derechos reproductivos de las mujeres (por ejemplo para dotar al embrión de personalidad jurídica o desincentivar información sobre el uso del condón) y la no aprobación de iniciativas clave para la protección de los derechos reproductivos de las mujeres (por ejemplo en materia de reproducción asistida).
2. Los altos índices de mortalidad materna y la falta de acciones efectivas para su reducción desde una perspectiva de derechos humanos. En cinco años las muertes maternas no han disminuido de forma significativa. En 2010, la razón de muerte materna en México fue de 51.5 muertes por cada 100,00 nacimientos y las propias autoridades han señalado que muy probablemente no se cumplirá con el Objetivo de Desarrollo del Milenio de reducir la razón de muerte materna a 22.3 para 2015. A pesar de que existen programas para combatir la muerte materna, la implementación de los mismos en los tres niveles de gobierno es bastante precaria. La atención hospitalaria es muy deficiente, ocho de cada nueve muertes maternas ocurren en hospitales. Las mujeres más afectadas son mujeres indígenas y mujeres jóvenes.
3. Los rezagos en materia de servicios de salud y servicios sociales para una adecuada protección de la maternidad que permitan compatibilizar la maternidad con el trabajo fuera del hogar, incluyendo la falta de acceso a estancias y las licencias de paternidad. El cuidado del hogar y la familia sigue recayendo en las mujeres: 78.5% de las y los niños menores de 6 años son cuidados por sus madres, mientras que el 2.6% son cuidados en guarderías públicas.

4. El impacto negativo y las posibles violaciones a los derechos reproductivos de las mujeres que han tenido las reformas constitucionales locales que protegen la vida desde la concepción. Estas reformas, que tenían la intención de blindar las constituciones locales de una despenalización del aborto como ocurrió en el Distrito Federal, han generado un clima de persecución hacia las mujeres y de confusión en los funcionarios en términos de sus obligaciones en relación con la provisión de servicios de salud reproductiva. Aunque las causales legales de aborto siguen vigentes en los estados donde dichas reformas fueron aprobadas, los funcionarios no tienen claridad sobre esto y ello puede agudizar la negación de servicios de interrupción del embarazo e incluso acceso a técnicas de reproducción asistida o anticonceptivos.
5. La negación de información y obstaculización en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva para mujeres víctimas de violación sexual. De acuerdo a la normativa nacional, las mujeres víctimas de violación sexual tienen derecho a interrumpir su embarazo y a que se les proporcionen información y servicios sobre anticoncepción de emergencia y al tratamiento de infecciones de transmisión sexual y VIH. Sin embargo, en muchos casos las autoridades de procuración de justicia y de salud no proporcionan esta información y servicios.
6. La necesidad insatisfecha de anticonceptivos para mujeres en edad reproductiva en todo el país, en particular para jóvenes. Para 2006, sólo 11.7 millones de mujeres en edad fértil y unidas usaban anticonceptivos, menos de la mitad de todas las mujeres en edad reproductiva de México (cerca de 26.5 millones).
7. La falta de acceso de las y los adolescentes y jóvenes a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, así como la falta de una educación sexual integral. El embarazo adolescente y en mujeres jóvenes ha crecido de manera alarmante en los últimos años. La educación sexual en el país es muy deficiente y las adolescentes enfrentan muchos obstáculos para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva.
8. Las violaciones a los derechos reproductivos que sufren las mujeres privadas de libertad. De las 10,120 mujeres privadas de libertad que existen en el país, sólo el 25%, (2,530) se encuentran en espacios destinados exclusivamente para población femenina en reclusión. Las mujeres privadas de libertad no tienen por lo general acceso regular a servicios de atención ginecológica, anticoncepción y los centros de detención no están acondicionados para que las mujeres puedan ejercer su maternidad.
9. La falta de una política de atención a la salud reproductiva de las mujeres que viven con VIH. Según estimaciones del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-SIDA en México existen 59,000 mujeres con VIH, quienes son víctimas de discriminación en el ejercicio de sus derechos reproductivos, tales como el acceso a anticonceptivos y el acceso a servicios integrales de salud reproductiva.

El informe incluye una serie de recomendaciones que se espera el Comité CEDAW pueda incorporar en sus Observaciones Finales al Estado Mexicano con la finalidad de fortalecer la garantía de los derechos reproductivos de las niñas, adolescentes y mujeres en el país.

**INFORME SOBRE LA SITUACIÓN DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS DE
NIÑAS, ADOLESCENTES Y MUJERES EN MÉXICO**

Lista de organizaciones que contribuyeron en la elaboración del presente informe:

-Academia Mexicana de Derechos Humanos- Afluentes, SC- Asistencia Legal por los Derechos Humanos, AC (ASILEGAL)- Balance. Promoción para el desarrollo y juventud, AC- Cátedra UNESCO de Derechos Humanos de la UNAM- Católicas por el Derecho a Decidir- Centro Las Libres- Centro Mujeres, AC- Centro Mujeres Graciela Hierro, AC- Consorcio para el Diálogo Parlamentario y la Equidad- Defensa Jurídica y Educación para las Mujeres SC “Vereda Themis”- Elige. Red de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos, AC- Equidad de Género. Ciudadanía, Trabajo y Familia, AC- Equis: Justicia para las Mujeres- Federación Mexicana de Universitarias. Capítulo Sinaloa (FEMU-Sinaloa)- Foro de Mujeres y Políticas de Población México- Fundar, Centro de Análisis e Investigación, AC- Grupo de Información en Reproducción Elegida, AC (GIRE)- Ipas, México- Colectiva Ciudad y Género, AC- Litiga OLE. Organización de Litigio Estratégico- Population Council- Programa Universitario de Estudios de Género, UNAM- Red por los derechos sexuales y reproductivos en México (ddeser)- Servicios Humanitarios en Salud Sexual y Reproductiva, AC- UNASSE, AC-

Se autoriza la publicación del presente informe en el portal del Comité CEDAW.

Introducción

En los últimos años se han registrado importantes avances en el reconocimiento y la protección de los derechos humanos de las mujeres, particularmente en el ámbito del marco normativo. El 10 de junio de 2011 se publicó una reforma al artículo 1º constitucional, en materia de derechos humanos, 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.

A partir de esta modificación constitucional, los derechos humanos de las mujeres reconocidos en normas internacionales son parte de la Constitución. Por esta razón todas las autoridades se encuentran obligadas a aplicar dichas normas jurídicas de conformidad con los estándares internacionales de protección establecidos por los órganos de interpretación de los tratados, entre ellos las recomendaciones emitidas por el Comité CEDAW.

En la última década, se ha emitido normativa que amplía la protección de los derechos humanos de las mujeres, particularmente en lo relativo a: violencia por razones de género, igualdad y no discriminación.¹

A pesar de que han pasado más de treinta años desde la ratificación de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), por parte del Estado Mexicano, y de la reiteración constante de las recomendaciones de este Comité, la protección de los derechos reproductivos sigue siendo una asignatura pendiente para México.

A partir de la investigación, del análisis normativo, de políticas públicas y estadístico, y del acompañamiento de casos, las organizaciones firmantes, hemos detectado nueve temáticas de preocupación relacionadas con el ejercicio de los derechos reproductivos de mujeres, niñas, y adolescentes. Estas situaciones evidencian la falta de implementación de un sinnúmero de recomendaciones elaboradas por mecanismos nacionales e internacionales al Estado mexicano en esta materia.

Estas nueve temáticas dan cuenta del grado de cumplimiento de la CEDAW y de las recomendaciones emitidas por este Comité. Señalamos específicamente la falta de aplicación, por parte de México de: los artículos 1, 2.b, 2.d y 2.f; en relación con los artículos 10 (educación), 11 (trabajo), 12 (salud), 14.2.b y 14.2.h (mujeres rurales), y 16.e

¹ Véase *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*, del 1 de febrero de 2007, disponible en <<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>> [consulta: 7 de junio de 2012] y sus correspondientes leyes estatales. *Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres*, de 2 de agosto de 2006, disponible en <<http://mexico.justia.com/federales/leyes/ley-general-para-la-igualdad-entre-hombres-y-mujeres/gdoc/>> [consulta: 7 de junio de 2012].

(relaciones familiares); de la Recomendación General 24 sobre mujer y salud; y de las recomendaciones ya hechas por el Comité con motivo del 6° Informe periódico de México, en materia de mortalidad materna, acceso a servicios de aborto seguro, atención de la salud reproductiva, educación sexual y servicios de planificación familiar.

A continuación, se hace una breve descripción de estas temáticas, así como una serie de recomendaciones, que esperamos el Comité tome en consideración para emitir las Observaciones Finales en relación con los informes periódicos 7° y 8° de México.

I. Iniciativas legislativas

A pesar de estos avances normativos, en materia de armonización legislativa consideramos que las recomendaciones hechas al Estado mexicano por parte del Comité, están pendientes de cumplimiento. Una somera revisión de los trabajos de la LXI Legislatura del Congreso de la Unión —septiembre de 2009 a abril de 2012—, muestra un panorama de los pocos avances de armonización legislativa en el ámbito de los derechos reproductivos.

Además de la reforma al artículo 1° constitucional en materia de derechos humanos, en marzo de 2012 se aprobaron dos reformas constitucionales para fortalecer la laicidad del Estado mexicano (artículos 24 y 40) mismas que se encuentran turnadas a los congresos estatales para su aprobación.

Estas reformas son vitales para ejercicio efectivo de los derechos reproductivos de las mujeres en México, pues justamente se fortalece la implementación de políticas públicas que respondan a las necesidades de todas las personas, sin sesgos religiosos, morales o de otro tipo.

Si bien las mencionadas reformas a tres artículos constitucionales representan un avance integral para el ejercicio de los derechos humanos en un marco de laicidad, también debemos señalar que la armonización legislativa muestra aún un panorama gris. Desde el Poder Ejecutivo se han impulsado prioritariamente cuatro temas:² igualdad, vida libre de violencia, no discriminación y combate a la trata de personas. Aunque el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) ha asesorado, promovido o acompañado reformas —tanto en el ámbito federal como estatal—, aún es necesario completar el entramado jurídico en estos rubros. Más aún, fuera de estas áreas, el Ejecutivo no suele acompañar o respaldar las acciones/iniciativas del Poder Legislativo federal.

Los derechos reproductivos han sido motivo de propuestas legislativas tanto en sentido positivo como negativo. En sentido negativo, se acentuó la producción de iniciativas como reacción a la despenalización del aborto en el DF, con la intención de limitar una potencial despenalización en el país o en otras entidades federativas.

En general, los derechos reproductivos se encuentran en un terreno pantanoso, que deja poco espacio para lograr avances. La mayoría de las iniciativas —tanto para reformar la Constitución como para modificar leyes secundarias— no prosperó. Ha sido tarea de las

² Ver el portal del Instituto Nacional de las Mujeres del Gobierno Federal, <<http://www.inmujeres.gob.mx/index.php/ique-es-el-inmujeres/legislacion>> [consulta: 7 de junio de 2012].

organizaciones de la sociedad civil vigilar el trabajo legislativo y acercar información a los legisladores, para orientar y alentar la discusión de las propuestas.

Los ejemplos de iniciativas de reformas que se muestran en el cuadro de la siguiente página ponen en evidencia la tensión entre las posturas en pro y en contra de una adecuada regulación de los derechos reproductivos y el escaso avance en la materia en el ámbito legislativo.

Cabe destacar que los legisladores conservadores hicieron uso de iniciativas para garantizar el derecho a la reproducción de las parejas que desean utilizar las técnicas de reproducción asistida para intentar introducir propuestas para dotar de personalidad jurídica a los embriones. Este asunto fue ampliamente discutido en el Congreso de la Unión, y fue la participación de las organizaciones civiles y del sector médico, lo que impidió que propuestas conservadoras y técnicamente inadecuadas fueran aprobadas.

Fecha	Legislador/a	Propuesta	Estatus
Iniciativas de reforma constitucional			
Abril 2011	Carlos Navarrete (PRD)	Elevar a rango constitucional “el derecho fundamental de las mujeres mexicanas a continuar o no con su embarazo dentro de las primeras doce semanas de gestación”, reconociendo el concepto de autonomía reproductiva.	No se discutió
Diciembre 2009	Leticia Quezada (PRD)	Promover y proteger los derechos sexuales y reproductivos, garantizar la distribución de anticonceptivos modernos y la interrupción legal del embarazo ante solicitud de la mujer.	Desechada en noviembre de 2011
Noviembre de 2009	Congreso del estado de Veracruz	Reconocer el derecho a la vida desde el momento de la concepción, con la intención de limitar el acceso al aborto seguro de las mujeres en México y el acceso a la anticoncepción de emergencia.	No fue dictaminada
Noviembre de 2010	María Joann Novoa (PAN)	Garantizar la protección integral de los derechos del niño no nacido (sic) desde la concepción	Desechada en 2011
Febrero de 2012	María Joann Novoa (PAN)	Garantizar la protección integral de los derechos del niño no nacido (sic) desde la concepción	No fue dictaminada
Iniciativas de reforma a leyes secundarias			
Diciembre 2009	Leticia Quezada (PRD)	Crear la Ley General para la Prevención, Atención Integral y Control del VIH/SIDA	Desechada
Julio 2011	Leticia Quezada (PRD)	Incluir en la Ley General de Salud un capítulo de atención integral al VIH, reconociendo los derechos sexuales y reproductivos de las personas con VIH	No fue dictaminada
Diciembre 2009	César Augusto Santiago (PRI)	Incluir en la Ley General de Salud, un capítulo de atención a la salud reproductiva enfocada a diversos grupos poblacionales vulnerables, como adolescentes, mujeres indígenas. Regular el acceso a la anticoncepción de emergencia y que los servicios públicos de salud de cada estado ofrecieran el acceso al aborto en los casos contemplados por la ley.	Se desechó en marzo de 2012
Enero 2011	Paz Gutiérrez (PAN)	Desincentivar el uso del condón, mediante regulaciones innecesarias a la publicidad colocada en los empaques de los condones	Desechada
Marzo 2012	Paz Gutiérrez y Miguel Osuna (PAN)	Desincentivar el uso del condón, mediante regulaciones innecesarias a la publicidad colocada en los empaques de los condones	Desechada
Octubre 2011	Velia Aguilar (PAN)	Desincentivar el uso del condón, mediante regulaciones innecesarias a la publicidad colocada en los empaques de los condones	No fue dictaminada
Junio 2011	Celia Cora Pineda (Nueva Alianza)	Fomentar la responsabilidad en materia sexual, asegurando la posibilidad de tomar decisiones con respecto a la propia sexualidad y ejercerla libremente sin presión, violencia o discriminación y garantizar los derechos reproductivos.	No fue discutida

En México el respeto, protección y garantía de los derechos humanos de las mujeres es bastante precario, debido a la discriminación, a la falta de implementación de políticas públicas y a la persistencia de obstáculos estructurales que dificultan el ejercicio de los derechos. Aunado a lo anterior, el marco normativo —especialmente en el ámbito local— no se encuentra plenamente armonizado con los estándares internacionales en materia de derechos humanos de las mujeres, y existen enormes discrepancias entre la legislación de unas entidades federativas y otras. Por otra parte, en el diseño e implementación de políticas públicas, persisten graves deficiencias. Lo mismo en cuanto a los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas, lo que dificulta significativamente la evaluación de la efectividad de las medidas adoptadas.

II. Mortalidad materna

Toda muerte materna (MM) constituye el reflejo de una suma de inequidades y deficiencias en el sistema de salud, discriminaciones que mantienen a las mujeres fuera de los espacios de poder, y que conceden poca o nula importancia al cuidado de su salud y las conducen —fatalmente— a perder la vida durante el proceso reproductivo. Adicionalmente, atrás de la MM, existe una historia de incumplimiento y violaciones a los derechos humanos de las mujeres, particularmente de los derechos sexuales, reproductivos y a la salud.

Históricamente, la MM se considera un indicador de insuficiencia en la cobertura y la calidad de los servicios de salud materna y reproductiva en el país. Su estrecha relación con las condiciones socioeconómicas de la población, permite evaluar los progresos alcanzados en la lucha contra la desigualdad y la pobreza. La evidencia internacional muestra que la enorme mayoría de las causas actuales de MM, pueden detectarse oportunamente y tratarse con eficacia. Las medidas básicas para lograr reducirla incluyen: prevenir embarazos no deseados fortaleciendo el acceso a métodos anticonceptivos, garantizar el acceso al aborto legal y seguro, promover y aumentar el acceso a servicios de atención prenatal y garantizar atención humanizada y calificada, con énfasis en atención a la emergencia obstétrica en caso de complicaciones de embarazo, aborto, parto y puerperio.

En México, la razón de muerte materna (RMM) en 2008 fue de 57.2, en 2009 de 62.2 y en 2010 de 51.5 muertes maternas por cada 100,000 nacimientos.³ En números absolutos, en México, de 1990 a 2010, fallecieron 27,071 mujeres por complicaciones durante el embarazo, aborto, parto o puerperio.^{4/5} Estas cifras muestran que los esfuerzos son insuficientes y no se están cumpliendo los compromisos asumidos en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM 5.a y 5.b), que incluyen disminuir la RMM a 22.3

³ Observatorio de Mortalidad Materna en México, *Mortalidad materna en México. Numeralia 2010*, p. 6, disponible en <www.omm.org.mx/images/stories/documentos/Numeralia/nmrl%20FnI.pdf> [consulta: 7 de junio de 2012].

⁴ Véase el análisis de Ipas México. Schiavon, R., E. Troncoso y G. Polo, “Analysis of maternal and abortion-related mortality in Mexico over the last two decades, 1990-2008” en *IJGO (Int. Journal of Gynaecology and Obstetrics)*, [en prensa].

⁵ Observatorio de Mortalidad Materna en México, *Numeralia 2009*, disponible en <<http://www.omm.org.mx/images/stories/documentos/NumeraliaMM2009.pdf>> [consulta: 7 de junio de 2012]. *Numeralia 2010*, op. cit. (ver supra, nota 3).

defunciones por cada 100,000 nacidos vivos, lo que significaría que —para 2015— deberíamos tener un máximo de 417 muertes maternas al año.

Para 2010, en cinco entidades federativas se concentraba el mayor porcentaje de MM, correspondiente a 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 mujeres no contaba con seguridad social, mientras que alrededor del 40% estaba afiliada al Sistema Nacional de Protección Social en Salud.⁶ Estas cifras muestran la situación de vulnerabilidad y discriminación en la que se encuentran las mujeres indígenas.

A lo largo de las últimas dos décadas, una de cada ocho MM se presentó en menores de 20 años. En 2010, del total de muertes maternas, 10% correspondieron a jóvenes menores de 19 años, alcanzando niveles de entre 20 y 30% en San Luis Potosí, Tabasco, Nuevo León, Chihuahua y Aguascalientes. Adicionalmente se ha registrado en todo el país un incremento de los embarazos no deseados entre las adolescentes y jóvenes, en particular entre las menores de 15 años. En 2009, de todas las hospitalizaciones de niñas entre 10 y 14 años, 29.7% se debió a causas relacionadas con embarazo, parto y aborto.⁷

En 2010, más del 91% de las mujeres que fallecieron por una causa materna, llegó a un establecimiento hospitalario y recibió algún tipo de atención antes de morir, lo que habla de una deficiente calidad en la atención de las emergencias obstétricas en los servicios de salud. Pero en estados como Oaxaca, Guerrero y Chiapas, alrededor de una de cada cuatro mujeres murió en su casa; hasta 15% falleció en la vía pública en Guerrero y San Luis Potosí. Estas cifras evidencian un serio problema de acceso a los servicios de salud en los estados más marginados.⁸

Las causas principales de la muerte materna en México están vinculadas con abortos inseguros, enfermedades hipertensivas del embarazo, hemorragia del embarazo, parto y puerperio y causas obstétricas indirectas. La distribución geográfica de estas causas demuestra los retos ligados a situaciones inequitativas de desarrollo socioeconómico y de nuevas emergencias epidemiológicas.⁹

El aborto, que fue responsable del 7% —en promedio— de todas las muertes maternas a lo largo de los últimos 20 años,¹⁰ en 2010 causó el 9.3% de las muertes. Sin embargo, representó entre el 11 y el 25% de todas las causas de MM en nueve estados de la

⁶ Observatorio de Mortalidad Materna en México. *Numeralia 2010*, op. cit. (ver *supra*, nota 3).

⁷ Ipas México, *Numeralia sobre morbi-mortalidad materna en adolescentes. México 1990-2009*, 28 de mayo de 2011, disponible en <http://elrostrodelamortalidadmaterna.cimac.org.mx/sites/default/files/numeralia_2011_morbi_mortalidad_materna_en_adolescentes_1990-2008_y_2009__2_1..pdf> [consulta: 7 de junio de 2012].

⁸ Observatorio de Mortalidad Materna en México. *Numeralia 2010*, op. cit. (ver *supra*, nota 3).

⁹ Observatorio de Mortalidad Materna en México, *Numeralia 2009* y *Numeralia 2010*, op. cit. (ver *supra*, notas 3 y 5).

¹⁰ Véase análisis de Ipas México, op. cit. (ver *supra*, nota 4).

República (Campeche, Chihuahua, Jalisco, México, Morelos, Nayarit, San Luis Potosí, Veracruz y Zacatecas).¹¹

La gravedad de la situación en relación con la MM ha sido expuesta incluso por funcionarios públicos. El 23 febrero de 2012, el doctor Romeo Rodríguez Suárez, titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad del Gobierno Federal, declaró que el ODM 5.a no se cumpliría, y señaló que ocho de cada nueve muertes maternas ocurren en hospitales, debido a la falta de atención médica adecuada en los centros de salud.¹² Dichas declaraciones reflejan que los servicios de salud materna no cumplen con los estándares internacionales del derecho a la salud, en específico el de calidad.

El gobierno de México ha generado programas fundamentados en la Ley de Planeación, la Ley General de Salud y el Programa Nacional de Desarrollo. En estos, se establece que la atención materno-infantil es prioritaria y que forma parte de la salubridad nacional.¹³ El *Programa Nacional de Salud 2007-2012* también propone, como meta, disminuir a la mitad la tasa de mortalidad materna en los cien municipios con menor índice de desarrollo humano, incrementar en 92% la atención del parto por personal calificado y establecer redes de atención de alto nivel. Al mismo tiempo, en el período 2007-2012, se continuó con el programa de acción específico Arranque Parejo en la Vida, que tiene como objetivo: “Brindar información y servicios de salud de calidad para garantizar un embarazo saludable, un parto seguro y un puerperio sin complicaciones a todas las mujeres mexicanas.”¹⁴ 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. Finalmente, a partir de este año, se inició una estrategia focalizada que busca reducir entre 7 y 14% las muertes que se esperarían para este año. Sin embargo, las muertes maternas no se han reducido significativamente, lo que demuestra una falta de efectividad de los programas, así como una deficiente implementación de los mismos en los tres niveles de gobierno (federal, estatal y municipal).

Por lo tanto, consideramos que la persistente e inaceptable situación de la mortalidad materna en el país, no puede atribuirse a ausencia de políticas y programas, por lo menos en lo declarativo. Más bien, los retos radican en una implementación adecuada de estos

¹¹ Observatorio de Mortalidad Materna en México, *Numeralia 2009* y *Numeralia 2010*, *op. cit.* (ver *supra*, notas 3 y 5).

¹² “Reconocen no se cumplirán metas del milenio en mortalidad materna” en *El Informador*, 23 de febrero de 2012. Disponible en <www.informador.com.mx/jalisco/2012/359329/6/reconocen-no-se-cumpliran-metas-del-milenio-en-mortalidad-materna.htm> [consulta: 7 de junio de 2012].

¹³ Artículo 61 de la Ley General de Salud. Disponible en <<http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/tcfed/180.htm?s=>> [consulta: 7 de junio de 2012].

¹⁴ Secretaría de Salud, *Programa de acción específico 2007-2012. Arranque Parejo en la Vida*, México, 2008, p. 32. Disponible en <http://www.spps.gob.mx/images/stories/SPPS/Docs/proy_prog/8._apv.pdf> [consulta: 7 de junio de 2012].

programas, en una asignación progresiva de recursos, y en un monitoreo transparente y efectivo de su aplicación.

Recomendaciones

De manera paralela a las actividades que se están planteando desde el Sistema Nacional de Salud, recomendamos reforzar las acciones considerando las siguientes estrategias:

Establecer la maternidad segura como un fin en sí mismo de las políticas que promuevan la equidad. El acceso universal a la educación y a servicios de anticoncepción para prevenir embarazos no deseados, la atención prenatal de calidad, la asistencia de todos los partos por personal calificado, y la resolución de las emergencias obstétricas para todas las mujeres que presentan complicaciones, constituyen una sola estrategia que precisa decisión política, una adecuada implementación técnica y gerencial, y una asignación presupuestal suficiente y progresiva, así como una aplicación transparente de los recursos necesarios a nivel de las entidades federativas y de todo el fragmentado sistema de salud.

Fortalecer la implementación de políticas públicas destinadas a las mujeres indígenas, como un grupo prioritario, y desarrollar diálogos entre la medicina tradicional y la occidental. Así como impulsar acciones dirigidas a las mujeres que residen en áreas urbano-marginadas.

Posicionar la maternidad segura como un asunto de derechos humanos, ya que detrás de una muerte materna evitable, existe un camino de violaciones a los derechos humanos de las mujeres.

Incrementar el presupuesto directo destinado al fortalecimiento de todas las acciones y programas dirigidos a la salud materna, asimismo a las orientadas específicamente a la reducción de la muerte materna, y facilitar las acciones de monitoreo, seguimiento y transparencia en el ejercicio fiscal de presupuesto, en los ámbitos federal y de las entidades federativas.

III. Rezagos en la protección de la maternidad

La protección de la maternidad es parte del derecho de las mujeres a que se respeten sus decisiones reproductivas y que se les garanticen los servicios de salud y sociales necesarios para que puedan decidir libremente sobre cómo y cuándo ser madres. De acuerdo con la CEDAW, el Estado tiene la obligación de implementar todas las medidas necesarias a fin de proteger la maternidad, en los ámbitos de la salud y del trabajo. Esta Convención también señala medidas especiales de protección, de manera tal que se reconozca, por una parte, la función social de la maternidad y, por otra, que es responsabilidad común de hombres y mujeres la crianza de sus hijas e hijos.

En materia de salud, este Comité recomendó a México ampliar la cobertura de los servicios —en particular— de atención a la salud reproductiva, situación que sigue sin cumplirse a cabalidad. Muestra de ello es el caso de una mujer de 24 años, con siete meses de embarazo, que tuvo que acudir en nueve ocasiones al Centro de Salud y al Hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de Alvarado, Veracruz, hasta lograr ser

atendida. Debido a las complicaciones de su embarazo, tuvo que ser trasladada de emergencia a un hospital del IMSS en la capital del estado (ciudad de Veracruz) en dos ocasiones. Durante el segundo traslado, murió en la ambulancia.

En el ámbito laboral, el Estado refiere en su informe la adopción de medidas como las licencias de paternidad en ciertas instituciones públicas, tales como el Poder Judicial de la Federación, la Comisión de Derechos Humanos del DF, el Instituto Nacional de las Mujeres, la Secretaría de Gobernación y el Instituto Federal Electoral. Sin embargo, en la Ley Federal del Trabajo no se encuentran contemplados ni el derecho a la licencia ni la oferta de guarderías a las que los padres puedan recurrir, lo cual impide que los trabajadores en general puedan ejercer este derecho.

Además se señala el proceso de consulta para la posible ratificación del Convenio N° 156 de la Organización Internacional del Trabajo sobre los trabajadores con responsabilidades familiares,¹⁵ hecho que sin lugar a duda representa un avance en el tema, sin embargo este esfuerzo no resulta completo sin la ratificación del Convenio N° 183 sobre la protección de la maternidad.

La conciliación entre el trabajo doméstico y el extra-doméstico sigue siendo un tema pendiente en México. Las cifras muestran que el cuidado del hogar y de la familia continúa recayendo en las mujeres: 78.5% de las y los niños menores de 6 años son cuidados por sus madres, mientras que 2.6% son cuidados en guarderías públicas,¹⁶ dichas cifras muestran que el Estado no ha llevado a cabo las acciones necesarias para conciliar la vida familiar y laboral de las mujeres. En 2010, de los 43.2 millones de mujeres mayores de 14 años, 61.8% realizaron trabajo no remunerado, mientras que de los 39.1 millones de hombres mayores de 14 años, sólo 26.3% no percibieron remuneración por su trabajo.¹⁷

Recomendaciones

Regular y garantizar el ejercicio del derecho de las mujeres a una maternidad libre y voluntaria, con acceso a servicios de salud de calidad, accesibles y asequibles como: adecuado control prenatal, programas de prevención de riesgos, identificación de signos de alarma, acceso a parto humanizado, y atención universal y gratuita de las complicaciones.

Adoptar las medidas necesarias de armonización legislativa y de implementación, para crear programas sociales de apoyo a la función social de la maternidad, la permanencia laboral y la contratación de mujeres embarazadas, implementar programas adecuados de apoyo para las mujeres y sus familias durante el embarazo, parto y puerperio. Así como

¹⁵ Comité CEDAW, *Examen de los informes presentados por los Estados partes: México*, 17 de mayo de 2011, [CEDAW/C/MEX/7-8], párrafo 151, p. 46.

¹⁶ Porcentaje obtenido del Cuadro 3.41. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) e Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social. 2009*, México, 2010, p. 71. Disponible en <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/encuestas/hogares/concep_eness09.pdf> [consulta: 7 de junio de 2012].

¹⁷ Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) e Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), *Mujeres y Hombres en México. 2011*, México, 2012, p. 141.

políticas públicas y leyes que permitan a los hombres compartir la responsabilidad en la crianza de los hijos, como las licencias de paternidad y el acceso a guarderías.

IV. Reformas constitucionales en el ámbito local, para proteger la vida desde la concepción

En 2006, en las Observaciones finales de este Comité con motivo del 6° Informe Periódico de México, se recomendó al Estado armonizar la legislación relativa al aborto en los niveles federal y estatal, así como aplicar una estrategia amplia que incluya el acceso efectivo a servicios de aborto seguro en las circunstancias previstas en la ley.

Lejos de cumplir con estas recomendaciones, a partir de 2008, el país ha sido testigo de una oleada de reformas en las constituciones locales de varios estados, para proteger la vida desde el momento de la concepción. Estas reformas tenían la intención limitar los derechos reproductivos de las mujeres, en una respuesta franca y abierta contra la despenalización de la interrupción del embarazo en el DF.

Las reformas mencionadas, lejos de garantizar derechos, se han convertido en una serie de obstáculos para las mujeres en el ejercicio de su derecho a una maternidad libre, voluntaria, sana, gozosa y compartida. Dichas legislaciones instrumentalizan a la mujer en tanto *embarazada*, sin hacerse cargo de la complejidad que implica *ejercer la maternidad*, y pone en riesgo el acceso a servicios que el Estado está obligado —por ley— a garantizar a todas las mujeres en el país.

Dichas reformas han generado confusión entre el personal de servicios de salud y entre las mujeres, obstaculizando el acceso a servicios de aborto seguro en los supuestos permitidos por la ley, sin que el Estado haya reportado medidas específicas de solución a esta problemática, ni cifras sobre el número de mujeres que hayan accedido a servicios de aborto legal, en las entidades en las que se llevaron a cabo estas reformas.

Sin embargo, México reporta que la legalización de la interrupción del embarazo en el DF, constituyó una medida de fortalecimiento de los servicios de salud sexual y reproductiva, así como de consejería médica y social.¹⁸ Dado este reconocimiento de avances en la protección de los derechos reproductivos de las mujeres, resulta contradictorio que el Estado no promueva reformas en el mismo sentido en otros estados del país.

En septiembre de 2011 la Suprema Corte de Justicia de la Nación (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 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.

¹⁸ Comité CEDAW, *Examen de los informes presentados por los Estados partes: México*, 17 de mayo de 2011, [CEDAW/C/MEX/7-8], párrafo 170, p. 52.

Lamentablemente, para declarar estas reformas como inconstitucionales se necesitaban ocho votos (del total de once ministros) y se consiguieron solamente siete, 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 de los ministros,¹⁹ y la reforma constitucional en derechos humanos, ponen de manifiesto que estas reformas tienen que interpretarse de forma que no pongan en riesgo los derechos reproductivos de las mujeres. Así, deberían garantizarse el acceso al aborto legal (en las causales establecidas por los códigos penales), el acceso a todos los anticonceptivos (incluida la anticoncepción de emergencia), y el acceso a técnicas de reproducción asistida.

Este Comité también ha expresado su preocupación sobre la criminalización de las mujeres que se someten a abortos, situación que ha ocurrido y que ha sido reconocida por el propio Estado en su Informe²⁰ y en la respuesta a las preguntas elaboradas por este Comité.²¹

Ejemplo de lo anterior es el caso de una mujer en Puebla (estado en el que se reformó la constitución para proteger la vida desde la concepción), que fue denunciada por el personal del hospital en el que fue atendida a causa de una hemorragia. Se trata de una mujer con sangre RH negativo, que necesitaba un aborto porque el embarazo ponía en riesgo su vida. No se le practicó la interrupción legal del embarazo a la que tenía derecho, pero se presentó muerte fetal y ella llegó al hospital con un aborto en curso. Fue denunciada por la médica que la atendió y consignada ante un juez de lo penal. Durante el proceso judicial, el médico legista certificó la muerte del producto, gracias a lo cual fue liberada. Este caso es claro ejemplo de cómo la reforma constitucional ha provocado que el personal de servicios de

¹⁹ Ministro Arturo Zaldívar Lelo de Larrea: “definitivamente la norma impugnada al equiparar o al modificar el contenido del titular de los derechos implica avasallar, desconocer, eliminar los derechos humanos de las mujeres[...] negar a la mujer en ciertos supuestos la facultad de interrumpir el embarazo, implicaría continuar con este círculo de marginación y de discriminación.” Versión taquigráfica de la sesión pública ordinaria del pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, celebrada el miércoles 28 de septiembre de 2011, p. 28. Disponible en <http://www.scjn.gob.mx/PLENO/ver_taquigraficas/pl20110928v2.pdf> [consulta: 8 de junio de 2012].

Ministra Margarita Luna Ramos: “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://www.scjn.gob.mx/PLENO/ver_taquigraficas/pl20110927v3.pdf> [consulta: 8 de junio de 2012].

²⁰ Comité CEDAW, *Examen de los informes presentados por los Estados partes: México*, 17 de mayo de 2011, [CEDAW/C/MEX/7-8], párrafo 170, p. 52.

²¹ Comité CEDAW, *Respuestas a la lista de cuestiones y preguntas relativas a los informes periódicos séptimo y octavo combinados*, 14 de marzo de 2012, [CEDAW/C/MEX/7-8], párrafo 129, p. 35. Disponible en <<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N12/264/08/PDF/N1226408.pdf?OpenElement>> [consulta: 8 de junio de 2012].

salud y de procuración de justicia denuncien y consignen a las mujeres antes de corroborar los hechos.

Recomendaciones

Interpretar las reformas a las constituciones estatales que establecen la protección absoluta a la vida desde la concepción-fecundación en el marco del artículo 1° de la Constitución federal, en virtud del cual se reconocen los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. A partir de ello, se deberá aplicar, en todo momento, la norma que más beneficie a la persona (en este caso a las mujeres) de conformidad con los estándares internacionales.

Garantizar que, en todas las entidades federativas, las mujeres que se encuentren en alguno de los supuestos de aborto legal, accedan a servicios seguros. Así como fortalecer los servicios de salud sexual y reproductiva, con base en la experiencia del gobierno del DF, a partir de las reformas en materia de legalización del aborto en 2007.

Implementar los mecanismos jurídicos necesarios para garantizar que no se enjuicie ni condene a las mujeres por haber recurrido a un aborto.

V. Negación de información y obstaculización en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva para mujeres víctimas de violación sexual

En la Recomendación General 19, el Comité CEDAW instó a los Estados a proporcionar a las víctimas de violación sexual protección y apoyo apropiados; capacitar a los funcionarios judiciales, los agentes del orden público y otros funcionarios para aplicar la CEDAW; tomar medidas para impedir la coacción con respecto a la fecundidad y la reproducción, para que las mujeres no se vean obligadas a buscar procedimientos médicos riesgosos, como abortos ilegales, por falta de servicios apropiados en las instituciones de salud. Este Comité también recomendó a los Estados garantizar que en las zonas rurales los servicios para víctimas de violencia sean asequibles a las mujeres.

El 16 de abril de 2009, entró en vigor la *Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención* (NOM-046),²² cuyo objeto es establecer los criterios a observar en la detección, prevención, atención médica y orientación que se proporciona a las usuarias de los servicios de salud que hayan sido víctimas de violencia familiar o sexual. Dicha norma garantiza el acceso a la anticoncepción de emergencia, la profilaxis contra el VIH/SIDA y la interrupción legal del embarazo.

Sobre la normativa aplicable en casos de violación sexual, cabe señalar que el 30 de abril de 2012 el Congreso de la Unión aprobó la Ley General de Víctimas, en la que 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. A la fecha de elaboración de

²² La NOM-046 fue resultado de un acuerdo de solución amistosa suscrito el 8 de marzo de 2006 por el Estado mexicano ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.

este informe, dicha ley se encuentra pendiente de publicación por parte del Presidente de la República.

En México la interrupción del embarazo derivado de una violación sexual es legal en todo el país. No obstante, existe una obstaculización de los funcionarios públicos que reciben las denuncias sobre violación, impidiendo el acceso a dicho servicio.²³

Según cifras obtenidas a través del Sistema de Acceso a la Información Pública (INFOMEX), desde la entrada en vigor de la NOM-046 hasta la fecha, sólo las secretarías de salud de 14 estados reportaron que atendieron a 3,760 mujeres víctimas de violación, cifra muy baja, si se compara con la información que dieron las procuradurías de justicia de los mismos estados, respecto al número de denuncias de víctimas de violación en el mismo período: 12,831.²⁴ Esta desproporción de cifras muestra que cada vez son más las mujeres que denuncian este tipos de agresiones; sin embargo, a partir de estos datos, podemos señalar la falta de coordinación entre las autoridades de procuración de justicia y los prestadores de servicios de salud en materia de atención integral a las mujeres víctimas de violación. Otra situación que hemos detectado, es que las mujeres no llegan a los Centros Especializados de Atención a la Violencia debido a la ubicación de los mismos, pues éstos se encuentran en las capitales de los estados y en las cabeceras municipales, lo que dificulta el acceso de las mujeres que viven en las comunidades más alejadas y marginadas.

Los datos proporcionados por las secretarías de salud estatales, vía INFOMEX, son muy limitados; sin embargo nos permiten conocer cómo se está implementando la NOM-046 en 10 estados.²⁵ En el cuadro de la siguiente página presentamos la información obtenida.

La deficiente información disponible sobre la consejería y la provisión de anticoncepción de emergencia, el tratamiento para prevenir las infecciones de transmisión sexual y el acceso al aborto legal para las víctimas de violación sexual, indica que las secretarías de Salud en estos estados no están cumpliendo a cabalidad con los criterios de atención integral establecidos en la NOM-046, por ejemplo, en el estado de Hidalgo, sólo se tiene el reporte de que se está proporcionando la atención psicológica, pero no la anticoncepción de emergencia, los tratamientos para prevenir infecciones de transmisión sexual ni los servicios de aborto legal.

²³ Véase el capítulo V. Human Rights Watch, *Víctimas por partida doble: Obstrucciones al aborto legal por violación en México*, marzo 2006, vol. 18, núm. 1, pp. 39-79.

²⁴ Las cifras corresponden a los estado de Aguascalientes, Coahuila, Colima, Chihuahua, Durango, México, Jalisco, Hidalgo, Nayarit, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa y Veracruz; los 3,760 casos registrados de víctimas de violación reportados por las secretarías de salud de los estados, corresponden al período de junio de 2009 a junio de 2010, INFOMEX. En el caso de los 12,831 casos reportados por las procuradurías generales, 7,465 corresponden al 2009, dicha información se obtuvo del informe: Comisión especial para el seguimiento de los feminicidios, Cámara de Diputados LXI Legislatura, INMUJERES, ONU Mujeres y El Colegio de México, *Feminicidio en México. Aproximación, tendencias y cambios, 1985-2009*. Disponible en <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/00_feminicMx1985-2009.pdf> [consulta: 8 de junio de 2012]. Los 5,366 casos restantes corresponden al periodo junio de 2010 a junio de 2011, dicha información se obtuvo vía INFOMEX.

²⁵ Aguascalientes, Chihuahua, Coahuila, Colima, Durango, estado de México, Hidalgo, Querétaro, Quintana Roo y Sinaloa.

Sin embargo, en algunas entidades federativas, se han normado los protocolos para el aborto por violación sexual, mismos que se han ido implementando,²⁶ gracias a lo que este derecho empiece a ser una realidad para las mujeres.

Otra situación común se presenta cuando la mujer víctima de una violación sexual acude a las instancias de impartición de justicia o de salud a solicitar la interrupción del embarazo y las autoridades se niegan, por no considerarse competentes para autorizar el aborto. A este obstáculo se suman la demanda de requisitos innecesarios e injustificados y/o el retraso de la autorización, factores que —en muchos casos— impiden que la interrupción del embarazo se realice (debido al requisito de temporalidad existente en la mayoría de los estados). Un claro ejemplo es el caso de una niña en el estado de Morelos. Violada por su padrastro, acudió a los servicios de salud pública y a la procuraduría de Justicia del estado a solicitar la autorización para el aborto. Dado que recibió una negativa en ambas instancias, tuvo que viajar al DF (con el apoyo de la Organización Fondo María) para poder interrumpir el embarazo.

Estado	Víctimas de violación sexual	Anticoncepción de emergencia		Aplicación de tratamiento ITS	Mujeres embarazadas	ILE		Seguimiento médico y psicológico
		Información	Suministro			Solicitudes	Realizadas	
Aguascalientes	13	0	0	0	INP	INP	INP	INP
Coahuila	41	0	0	0	INP	INP	INP	INP
Colima	426	100%	76.2%	100%	1	INP	INP	59.8%
Chihuahua	20	90%	90%	40%	3	INP	1	INP
Durango	176	100%	2.8%	99.4%	INP	INP	INP	99.4%
México	220	0	25.9%	25.9%	26	12	12	INP
Hidalgo	194	INP	INP	INP	9	INP	INP	99.4%
Querétaro	76	100%	INP	69.7%	INP	INP	INP	INP
Quintana Roo	494	100%	INP	100%	INP	INP	INP	INP
Sinaloa	29	0	0	0	INP	INP	INP	INP

INP: Información no proporcionada

Recomendaciones

Contar con registros sobre los casos de las víctimas de violación sexual y sobre el número de mujeres que accedieron a la anticoncepción de emergencia y al tratamiento para prevenir infecciones de transmisión sexual; sobre el número de mujeres embarazadas a consecuencia de una violación que solicitaron un aborto, y el número de interrupciones del embarazo realizadas por esta causa; y, en su caso, sobre el número de mujeres a quienes no se proporcionó el aborto legal, y las razones para negarlo.

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

²⁶ Baja California Sur, Colima, Distrito Federal, México, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo y Zacatecas.

sexual y garantizar el acceso a información, anticoncepción de emergencia, aborto y profilaxis y tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

Monitorear, con participación ciudadana, la implementación de la *NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención* por parte del personal de las procuradurías estatales de justicia y de las secretarías de salud.

Garantizar la accesibilidad a los Centros Especializados de Atención a la Violencia, para las mujeres que viven en comunidades alejadas de las capitales de los estados y de las cabeceras municipales.

VI. Necesidad insatisfecha de anticonceptivos

En 2006, en las Observaciones Finales de este Comité a México, se recomendó aplicar una estrategia para garantizar el acceso a una amplia variedad de métodos anticonceptivos.

En doce años, el aumento en la cobertura de métodos anticonceptivos fue apenas de cuatro puntos porcentuales. El porcentaje de uso de estos métodos en mujeres en edad fértil unidas, pasó de 68.5 en 1997 a 70.9% en 2006. Lo anterior significa que, para 2006, sólo 11.7 millones de mujeres en edad fértil y unidas usaban anticonceptivos, menos de la mitad de todas las mujeres en edad reproductiva de nuestro país (cerca de 26.5 millones).²⁷ Para 2009, la cobertura anticonceptiva se elevó a 72.5% entre todas las mujeres unidas, pero fue sólo de 58.5% entre mujeres indígenas, 63.7% en mujeres de zonas rurales, y 60.5% entre mujeres sin escolaridad.²⁸ Uno de los factores asociados directamente con esta problemática es la ausencia de campañas de difusión masiva que divulguen los beneficios del uso de métodos anticonceptivos.

El embarazo temprano sigue siendo motivo de preocupación. 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%).²⁹ Dichas cifras muestran los altos índices de embarazos en adolescentes que se presentan en el país, lo cual está relacionado con los bajos porcentajes de uso de anticonceptivos de las y los jóvenes. Las encuestas muestran que 92.5% de las y los jóvenes conoce algún método anticonceptivo, pero sólo 64.1% utiliza alguno y —alarmantemente—56% de las jóvenes entre 15 y 19 años reporta no haber utilizado protección anticonceptiva en su primera relación sexual.³⁰

²⁷ Estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) con base en la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica 1997 y 2006. Disponible en <<http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/SaludReproductiva/2009/4.%20Anticoncepcion%20en.pdf>> [consulta: 11 de junio de 2012].

²⁸ CONAPO, *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID)*. 2009. Disponible en <http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=455&Itemid=15> [consulta: 7 de junio de 2012].

²⁹ Estimaciones del CONAPO con base en las ENADID 1997 y 2006 (ver *supra*, nota 26).

³⁰ Instituto Mexicano de la Juventud (INJUVE), *Encuesta Nacional de Juventud 2005. Resultados Preliminares*, México, mayo 2006. Disponible en <http://sic.conaculta.gob.mx/centrodoc_documentos/292.pdf> [consulta: 8 de junio de 2012].

En 2009, sólo 38.4% de las mujeres adolescentes, refirió haber usado un método anticonceptivo durante su primera relación sexual.³¹

En México, la prestación de servicios de anticoncepción está establecida en la Ley General de Salud, por virtud de la cual todas las instituciones de salud del país tienen la obligación de garantizar el acceso a métodos anticonceptivos. Tanto los métodos de anticoncepción regulares como la anticoncepción de emergencia están incluidos en varias normas oficiales emitidas por la Secretaría de Salud federal. Con ello, los servicios de salud de todos los ámbitos (federal y local, público y privado), deben cumplir con dichas indicaciones. Desde el 21 de enero de 2004, la anticoncepción de emergencia está incluida en la *Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA2-1993. De los servicios de planificación familiar*. A pesar de esta normativa, persisten obstáculos en el acceso a la anticoncepción de emergencia, debido a la falta de información sobre su uso y —en ocasiones— a la resistencia a proporcionar este método, por parte de los prestadores de servicios de salud y del personal de procuración de justicia (en el caso de mujeres víctima de violación sexual).

Las estadísticas dan cuenta de una demanda insatisfecha en términos de acceso a anticonceptivos de calidad, que sean adecuados para las necesidades específicas de cada mujer. El Consejo Nacional de Población (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.³² Algunos de los problemas que persisten para asegurar el acceso a anticonceptivos son: desabasto, sobre todo en zonas rurales; obstáculos administrativos en los centros de salud; falta de información sobre los métodos y su forma correcta de uso; limitada oferta de distintos anticonceptivos, para que las mujeres elijan el de su preferencia; falta de servicios de calidad, que garanticen la confidencialidad y privacidad, aspecto de especial relevancia en el caso de las adolescentes.

Recomendaciones

Generar estrategias y campañas comunicativas que garanticen el acceso a información clara y basada en el conocimiento científico sobre métodos anticonceptivos para toda la población, en especial para las y los jóvenes, la población indígena, rural y con bajo nivel de escolaridad.

Garantizar la oferta de la más amplia gama de métodos anticonceptivos gratuitos, de calidad, adecuados a las necesidades específicas de las mujeres adultas y de las adolescentes.

Monitorear la implementación de la *Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA2-1993. De los servicios de planificación familiar*, mediante mecanismos de evaluación con participación ciudadana, así como garantizar el acceso gratuito a la anticoncepción de emergencia previsto por esta norma.

³¹ CONAPO, *ENADID 2009, op. cit.* (ver *supra*, nota 27).

³² CONAPO, *ENADID 2009, op. cit.* (ver *supra*, nota 27).

VII. Invisibilización de la salud reproductiva de las y los adolescentes

La salud reproductiva de las y los jóvenes y el respeto a sus derechos reproductivos es un tema que aún se encuentra invisibilizado en la aplicación de las políticas públicas en México. Los embarazos no deseados, el incremento de las infecciones de transmisión sexual en jóvenes y la violencia sexual, son problemas evidentes que afectan a este sector de la población.

Los embarazos no deseados en mujeres jóvenes, los abortos inseguros, así como los riesgos para la salud a causa de estos últimos, han sido el resultado de un limitado acceso a servicios de salud de calidad.

De las mujeres jóvenes del país, 45% ha tenido al menos un hijo nacido vivo. Los índices de embarazos no deseados en mujeres menores de 24 años son muy altos. Según datos de la Secretaría de Salud del DF, recabados entre el 25 de abril de 2007 (cuando se despenalizó el aborto y se empezó a dar el servicio) y el 30 de abril de 2012, 78,544 mujeres (residentes en el DF o en alguno de los estados) han interrumpido un embarazo en instituciones de Salud del gobierno del Distrito Federal. De estas 471 mujeres tenían entre 11 y 14 años de edad y 3,142 mujeres de 15 a 17 años de edad. En cifras relativas al mismo período de tiempo, las jóvenes (entre 11 y 24 años) representan 52.4% de las mujeres que abortan, siendo el grupo de 18 a 25 años el más numeroso.³³

A la falta de reconocimiento de derechos se suman otros factores que limitan el acceso de las mujeres jóvenes a los servicios de aborto seguro, como son: el estigma social en torno a la juventud y al aborto, la falta de sistemas de justicia y de salud eficientes, y la falta de reconocimiento de los derechos de las mujeres y de las jóvenes, específicamente para elegir libremente sobre su reproducción. Para que las menores de edad puedan acceder a una interrupción del embarazo, frecuentemente se les solicita la autorización de una persona adulta (madre, padre o tutor), lo que las orilla a la búsqueda y exposición a servicios de aborto inseguro y sin acompañamiento.

Otro factor importante en el ejercicio de los derechos reproductivos de las y los jóvenes ha sido la falta de promoción de una educación sexual de calidad, con contenidos adecuados y basados en evidencia científica. A partir de 1997 el Estado incorporó la visión integral en educación sexual, con el eje de la perspectiva de género y de los derechos sexuales y reproductivos en los planes y programas de estudio de educación básica.

Dicha estrategia tuvo un impacto en la reducción del embarazo adolescente. Sin embargo, desde el año 2000, con la alternancia partidista en el Poder Ejecutivo federal, los contenidos de educación sexual han ido en detrimento. El efecto regresivo de las acciones del gobierno federal en los últimos 10 años, está documentado incluso por el CONAPO. La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2009, encontró que la maternidad de las mujeres menores de 20 años revirtió su tendencia, es decir, dejó de descender y creció por primera vez: pasó de 16 a 17.4 del total de nacimientos en México, entre 2000 y 2008. La misma tendencia se observa en términos de tasas específicas de fecundidad, el CONAPO

³³ Véanse datos constantemente actualizados en la página web del Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), http://www.gire.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=504&Itemid=1397&lang=es.

estima que, en el trienio 2003-2005, por cada mil mujeres adolescentes entre los 15 y 19 años, aproximadamente 65 habían tenido un hijo. La cifra subió a 69.5 en el trienio 2006-2008.³⁴ Hoy, menos de la mitad de las mujeres unidas entre 15 y 19 años de edad utiliza un método anticonceptivo (44.7%).³⁵

La forma más efectiva de reducir el número de abortos, es evitar los embarazos no deseados con un efectivo acceso a métodos anticonceptivos, así como a información clara sobre su uso correcto, ya que la realidad en México demuestra que las y los jóvenes ha sido un sector que difícilmente acude a los servicios de salud, ya sea por miedo a ser víctima de discriminación, o por falta de información para acceder a ellos.

Recomendaciones

Fortalecer y alinear las políticas públicas, la asignación de recursos y la formación de recursos humanos capacitados y sensibilizados para permitir el acceso oportuno de las adolescentes a servicios integrales de salud reproductiva. El acceso a información y a métodos de anticoncepción, tiene un evidente impacto en la reducción de embarazos adolescentes, y —en consecuencia— en la disminución de abortos inseguros, complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, y muertes maternas.

Garantizar la producción y actualizar los contenidos y métodos didácticos de los planes de estudio de manera que se aborde una educación sexual integral, basada en evidencia científica, reconocida por organizaciones internacionales. Promover —para ello— la participación de especialistas, de la sociedad civil y de la comunidad (incluidos las niñas, niños, adolescentes, jóvenes, docentes, madres y padres de familia).

VIII. Violencia institucional en el campo de la salud reproductiva ejercida contra las mujeres privadas de libertad

Actualmente, en México, existen al menos 10,120 mujeres privadas de libertad, que representan el 4.5% de la población penitenciaria del país (222,550 personas).³⁶ No obstante, sólo 25% de estas mujeres se encuentran en espacios destinados exclusivamente para población femenina en reclusión; el 75% restante habita en espacios improvisados, al interior de los centros penitenciarios de varones, donde sufren de carencias sustanciales y falta de oportunidades a las que sí tiene acceso la población masculina.

En relación con la salud reproductiva de las mujeres en esta situación, se ha encontrado que no hay un acceso continuo a métodos anticonceptivos y de protección contra ITS, y que

³⁴ CONAPO, *Principales indicadores de Salud Reproductiva. ENADID 2009*. Disponible en <<http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/SaludReproductiva/2009/1.%20Transiciones%20de%20vida%20BIS.pdf>> [consulta: 7 de junio de 2012].

³⁵ CONAPO, *Principales indicadores de Salud Reproductiva. ENADID 2009*. Disponible en <<http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/SaludReproductiva/2009/4.%20Anticoncepcion%20en.pdf>> [consulta: 7 de junio de 2012].

³⁶ Secretaría de Seguridad Pública, Cuadernos Mensuales de Información Estadística Penitenciaria, julio de 2011.

tampoco se ha planeado un programa eficiente de detección de enfermedades relacionadas con la vida sexual.³⁷ Tampoco se ofrece a las internas en centros penitenciarios capacitación e información sobre su salud sexual y reproductiva. Hay una ausencia visible de atención ginecológica y obstétrica dentro de los centros, así como una precariedad en la dieta alimenticia de las mujeres embarazadas, que no es adecuada a sus necesidades específicas de nutrición.

La salud reproductiva no se limita a los momentos de la concepción, embarazo y parto, se prolonga hasta asegurar el bienestar de la madre y de la hija o el hijo. En relación con esta cuestión, se analizaron los reglamentos de los Centros de Readaptación Social de los estados de Querétaro, Guerrero, Guanajuato y Puebla, en ninguno de ellos³⁸ se prevé el establecimiento de un módulo especial destinado a las madres y sus hijas/os, lo que puede condicionar la autonomía reproductiva, es decir, las mujeres no pueden elegir de forma libre sobre su maternidad, pues las condiciones estructurales de los centros penitenciarios las obligan, en la mayoría de los casos, a abstenerse de convertirse en madres.

Del 86% de las mujeres entrevistadas, que refirieron haber estado embarazadas en algún momento, 39% dijo haber llevado a término su embarazo en el centro penitenciario en el que están recluidas. La mayoría de ellas (38%) se encuentran privadas de la libertad en los centros penitenciarios del estado de Guanajuato.³⁹

Es especialmente preocupante el caso de la esterilización quirúrgica voluntaria (llamada AQV por “anticoncepción quirúrgica voluntaria”, es un método permanente e irreversible) entre la población femenina en reclusión. A pesar de que la AQV está autorizada en México, se requiere, por ley, obtener el consentimiento consciente, voluntario y por escrito de la mujer.⁴⁰ Sin embargo, en el caso de algunas mujeres privadas de la libertad, el consentimiento es un paso omitido. De las mujeres entrevistadas en los Centros de Reinserción Social (CERESO) de Oaxaca, Guerrero, Querétaro, Puebla y Baja California, 90% sí decidió tener el procedimiento, pero 8% no decidió. De este 8%, 5% recibió el procedimiento por orden de las autoridades y 3% reportó que no tuvo conocimiento del procedimiento en el momento que le fue practicado. Esta cifra es alarmante y significa que casi 10% de las mujeres⁴¹ que recibieron este procedimiento médico, fueron sometidas al mismo en contra de su voluntad o sin saberlo, es decir, fueron robadas de su capacidad

³⁷ Véase Asistencia Legal por los Derechos Humanos (ASILEGAL), *Mujeres privadas de libertad. ¿Mujeres sin derechos?*, México, Instituto de Derechos Humanos Ignacio de Ellacuría SJ, Universidad Iberoamericana de Puebla, 2011.

³⁸ *Idem*.

³⁹ ASILEGAL encontró que la aplicación de exámenes médicos para determinar si han adquirido alguna infección es discontinua: las mujeres manifiestan que sólo se les practica cada seis meses la prueba de VIH/sida y esporádicamente el Papanicolaou. Véase *Mujeres privadas de libertad...*, op. cit. (ver *supra*, nota 36).

⁴⁰ Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas (CRLP), *Derechos Reproductivos de la Mujer en México: Un Reporte Sombra*, Nueva York, 1997, p. 12. Disponible en <http://www.amdh.org.mx/mujeres3/biblioteca/Doc_basicos/5_biblioteca_virtual/9_informes/ONG/37.pdf> [consulta: 8 de junio de 2012].

⁴¹ Véase *Mujeres privadas de libertad...*, op. cit. (ver *supra*, nota 36).

biológica reproductiva. Esta omisión puede derivarse de la inexistente perspectiva de género de las autoridades penitenciarias, que ven la anticoncepción como un método de coerción hacia las mujeres y la solución a la incapacidad de los centros de reclusión a la hora de albergar a las madres con hijos e hijas.

Resulta un hecho grave la presencia de acciones de anticoncepción forzada, como una práctica sistemática y formal, implementada por las autoridades penitenciarias dada su incapacidad para proporcionar a las mujeres privadas de libertad y sus hijas/os la infraestructura física e institucional necesarias para la realización de una vida con dignidad. Esta práctica se encuentra presente, sobre todo, en los reglamentos penitenciarios, particularmente en el caso del estado de Puebla, donde estas acciones se han visto concretadas y son una práctica común.

Recomendaciones

Garantizar que en las áreas de salud de los CERESO se cuente con especialistas, cuando menos en el área ginecológica, que brinden atención médica (ginecológica y obstétrica) a las mujeres privadas de la libertad.

Generar mecanismos que permitan a las mujeres decidir sobre la posibilidad de utilizar algún método anticonceptivo, así como un procedimiento que certifique el otorgamiento del consentimiento informado de las mujeres para utilizar determinado método anticonceptivo, en especial la AQV.

IX. Fallas en la atención a las mujeres que viven con VIH

De acuerdo con la Recomendación General 15 de este Comité, los Estados tienen la obligación de incluir en los informes que preparen en cumplimiento del artículo 12 de la Convención, información acerca de los efectos del VIH/SIDA en las mujeres, y de las medidas adoptadas para atender a las necesidades de mujeres con VIH e impedir la discriminación de las afectadas por el VIH/SIDA.⁴² Asimismo, la Recomendación General 24 insta a los Estados a asignar recursos a programas orientados a las adolescentes para la prevención y el tratamiento de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA.

A pesar de estas recomendaciones, el Estado ha sido omiso frente a la obligación de reportar al Comité sobre las medidas adoptadas para atender a las mujeres afectadas por el VIH/SIDA, ya que en el Informe nada se dice sobre este tema.

En el mundo, la mitad de las nuevas infecciones por VIH ocurren en personas que tienen entre 15 y 29 años de edad. Las mujeres jóvenes son las más vulnerables, ya que tienen 1,6

⁴² Comité CEDAW, *Lista de cuestiones y preguntas relativas al examen de los informes periódicos: México*, 1 de noviembre de 2011, [CEDAW/C/MEX/7-8], párrafo 19, p. 4. Disponible en <<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N11/574/96/PDF/N1157496.pdf?OpenElement>> [consulta: 8 de junio de 2012].

veces más riesgo de adquirir el virus.⁴³ En México, al 30 de septiembre de 2011 se registraron 151,614 casos acumulados de SIDA, 18% en mujeres.⁴⁴ Según estimaciones del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-SIDA (ONUSIDA) en México en realidad existen 220,000 personas con VIH, de las cuales, 59,000 son mujeres.⁴⁵ Hoy en día, las mujeres representan una cuarta parte de las personas con el virus, lo cual es un cambio significativo en la epidemia del país, y demanda respuestas contundentes.

Las mujeres jóvenes son vulnerables a contraer el VIH⁴⁶ debido también a factores sociales y culturales como son: el poco acceso a la información sobre el uso correcto del condón masculino y del condón femenino (y el acceso a los mismos, que les permitieran tener mayor control para prevenir una infección de transmisión sexual en cada relación sexual), el limitado reconocimiento de la capacidad de las mujeres para tomar decisiones sobre su vida y su cuerpo, las pocas campañas focalizadas que contemplen la diversidad juvenil y en las que se sientan identificadas, así como el escaso compromiso de las diferentes entidades federativas para garantizar una educación en sexualidad que sea integral, laica y científica en concordancia con sus derechos humanos. Hasta la fecha, han sido muy pocas, las campañas focalizadas que contemplen la diversidad juvenil, y que permitan una plena identificación entre adolescentes y jóvenes.

En general, las mujeres con VIH se encuentran en edad reproductiva, lo cual implica una demanda de servicios de salud reproductiva y la necesidad de promover y proteger sus derechos reproductivos.

De acuerdo con lo reportado por mujeres con VIH, dentro de los derechos violados con mayor frecuencia, en términos del ejercicio de sus derechos reproductivos, se encuentran los siguientes:

- 1) el derecho a la no discriminación: las mujeres con VIH que desean ejercer su derecho a la maternidad son calificadas con adjetivos como “irresponsables”. Para acceder a servicios de detección, como el estudio de Papanicolaou tienen que cumplir con condiciones que otras mujeres no cumplen, como traer su

⁴³ World Health Organization (WHO) y United Nations Children’s Fund (UNICEF), *Global consultation on strengthening the health sector response to care, support, treatment and prevention for young people living with HIV. Meeting report*, Blantyre, Malawi, 2006.

⁴⁴ Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA), *El VIH/SIDA en México 2011. Numeralia epidemiológica*, México, 2011, p. 6. Disponible en <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2011/NUMERALIA_SIDA_2011.pdf> [consulta: 8 de junio de 2012].

⁴⁵ United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), *2010 Global Report. Annex 1: HIV and AIDS Estimates and Data, 2009 and 2001*, pp. 26 y 28 Disponible en <www.unaids.org/documents/20101123_GlobalReport_Annexes1_em.pdf> [consulta: 8 de junio de 2012].

⁴⁶ Torres Pereda, María del Pilar (ed.), *Mujeres, adolescentes y niñas mexicanas: una mirada comprensiva en torno al VIH y el SIDA. Epidemiología, prevención, atención y mejores prácticas en México*, México, CENSIDA, INMUJERES e Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), 2010, [Serie Ángulos del SIDA, 10]. Disponible en <<http://www.insp.mx/centros/evaluacion-y-encuestas/publicaciones/1255-resumenes-ejecutivos.html>> [consulta: 12 de junio de 2012].

propio espéculo y esperar hasta el final de la consulta. Otra de las violaciones más comunes es la negación a realizarles la cesárea;

2) el derecho a la información adecuada y el consentimiento para intervenciones médicas: se les niega información y por lo tanto acceso a los esquemas de tratamiento antirretroviral más adecuados para mujeres con VIH que están embarazadas o se quieren embarazar, tampoco se brinda información acerca de la posibilidad de inseminación y embarazo seguro. Las mujeres son presionadas para aceptar las intervenciones, en lugar de recibir consejería acorde con la normatividad;

3) el derecho a decidir sobre el número y el espaciamiento de los hijos, en parte por la presión que reciben para realizarse la oclusión tubaria bilateral (OTB) o que se las realicen sin haber expresado su consentimiento informado.⁴⁷

Además, una investigación en el centro-sur de México ha constatado la necesidad insatisfecha de anticonceptivos en mujeres con VIH, una de las principales causas es la falta de consejería sobre anticonceptivos en los centros especializados de VIH.⁴⁸ Consultas con 42 mujeres con VIH líderes de toda la República, indican que esta situación está presente en todo el país.⁴⁹

México cuenta con un Plan Estratégico Nacional de VIH, en cuyo marco teórico se menciona la perspectiva de género, sin embargo la ausencia de acciones específicas para la prevención con mujeres es notable. El Plan no plantea acciones de prevención para los grupos específicos de mujeres, como son las mujeres unidas y las mujeres que viven violencia de género. En investigaciones recientes a nivel internacional, se ha detectado que la mayoría de las nuevas infecciones en mujeres, se dan en relaciones estables y que la violencia de género ha sido vinculada con mayor probabilidad de vivir con VIH.⁵⁰

⁴⁷ Kendall, Tamil, "Reproductive Rights Violations Reported by Mexican Women with HIV" en *Health and Human Rights: An International Journal*, vol. 11, núm. 2, 2009, pp. 79-89. Disponible en <<http://www.hhrjournal.org/index.php/hhr/article/viewFile/175/273>> [consulta: 8 de junio de 2012].

⁴⁸ Kendall, Tamil, "Reproductive rights, reproductive choice: Access to reproductive health services for Mexican women with HIV" intervención en *XIX Annual Canadian Conference on HIV/AIDS Research*, Saskatoon, Canadá, 13-16 de mayo de 2010. Kendall, Tamil, "Políticas públicas en materia de VIH y sida dirigidas a mujeres: Un análisis comparativo en América Latina" en *Foro Liderazgo en Acción: una agenda política en mujer y VIH/sida*, México DF, 29 de noviembre de 2010.

⁴⁹ Kendall, Tamil y Eugenia López-Urbe, *Consulta con ICW- Capítulo México y Red de Mexicanas en Acción Positiva sobre la prevención perinatal del VIH y los derechos sexuales y reproductivos*, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, 27 de noviembre de 2009.

⁵⁰ Dunkle, KL, RK Jewkes, HC Brown, GE Gray, JA McIntyre y SD Harlow, "Gender based violence, relationship power, and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa" en *The Lancet*, vol. 363, núm. 9419, 1 de mayo de 2004, pp. 1415-1421. Silverman, JG et al., "Intimate partner violence and HIV infection among married Indian women" en *JAMA*, vol. 300, núm. 6, 13 de agosto de 2008, pp. 703-710.

Tampoco se contemplan estrategias diferenciadas por género para las mujeres de poblaciones clave y vulnerables, tales como: usuarias de drogas, parejas de hombres que tienen sexo con otros hombres, privadas de libertad, migrantes, parejas de migrantes, indígenas, afrodescendientes, jóvenes, y —ni siquiera— mujeres con VIH. El Plan Estratégico Nacional de VIH no menciona específicamente la salud reproductiva de las mujeres con VIH, no incluye lineamientos para métodos anticonceptivos y para el diagnóstico y tratamiento oportuno de otras infecciones de transmisión sexual incluyendo el virus del papiloma humano (VPH). Tampoco se concede importancia a brindar los servicios médicos dentro de un marco de perspectiva de género.⁵¹

Finalmente, hay que señalar que la única información que genera el Estado sobre la situación de las mujeres y el VIH es el indicador de cobertura de tratamiento antirretroviral entre mujeres embarazadas, que demanda ONUSIDA dentro de los informes de la Declaración de Compromiso de Lucha contra el SIDA (UNGASS). No existe información generada por el Estado sobre la vulnerabilidad de las mujeres al VIH, ni sobre las políticas públicas para atender los otros tres pilares de la Consulta de Glion para integrar la salud sexual y reproductiva con el VIH,⁵² a pesar de que la Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH menciona la necesidad de abordar la fertilidad y el uso de anticonceptivos como parte de la consulta médica, el uso correcto de antirretrovirales durante el embarazo, la prevención de la transmisión perinatal del VIH y la entrega de sucedáneos a la leche materna durante los primeros 6 meses de edad. Estos aspectos de salud sexual y reproductiva no son ofrecidos por las instituciones de salud.

Recomendaciones

Desarrollar e implementar programas de prevención del VIH con perspectiva de género, que contemplen mujeres unidas, mujeres jóvenes, mujeres que viven violencia física o sexual, así como prevención diferenciada por género entre personas usuarias de drogas, parejas de hombres que tienen sexo con hombres, mujeres privadas de libertad, indígenas, afrodescendientes, mujeres migrantes y otros grupos en situación de vulnerabilidad.

⁵¹ Kendall, T y E Lopez-Urbe, “Improving the HIV response for women in Latin America: Barriers to integrated advocacy for sexual and reproductive health and rights” en *Global Health Governance*, vol. 4, núm. 1, otoño 2010, pp. 1-15. Disponible en <http://www.ghgj.org/Kendall%20and%20Lopez_final.pdf> [consulta: 8 de junio de 2012]. Kendall, T y G García-Patiño, “Prevención y atención al VIH en mujeres y su integración con la salud materno-infantil: Rezagos mexicanos para lograr los Objetivos del Desarrollo del Milenio y cumplir con la Declaración de Compromiso sobre el VIH y sida” en Freyermuth, G y P Sesia (eds), *Monitoreo, diagnósticos y evaluación en salud sexual y reproductiva: Nuevas experiencias de contraloría social*, Chiapas, México, CIESAS y Comité Promotor por una Maternidad Segura en México, [en prensa].

⁵² Prevención primaria del VIH en mujeres, Prevención de embarazos no deseados en mujeres con VIH y Atención de la salud de las mujeres y sus familias. Véase *The Glion Call to Action on Family Planning and HIV/AIDS in Women and Children*, 3 al 5 de mayo de 2004. Disponible en <http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/333_filename_glion_cal_to_action.pdf> [consulta: 11 de junio de 2012].

Implementar todos los mecanismos necesarios para garantizar el derecho a la no discriminación y posibilitar la toma de decisiones informadas y el acceso a métodos anticonceptivos, así como garantizar la salud integral de las mujeres con VIH.

Implementar de manera efectiva los lineamientos de la Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH sobre la historia y los deseos reproductivos, el uso de anticonceptivos, el uso correcto de los antirretrovirales durante el embarazo, la prevención de la transmisión perinatal del VIH y la entrega de sucedáneos de la leche materna durante los primeros 6 meses de edad.

Asignar de manera progresiva presupuesto para la prevención y la atención universal de las mujeres con VIH.