



Nueva York, 26 de abril de 2006

Comité sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR)

Re: Información adicional sobre México
Presentación del informe ante el CESCR prevista para mayo de 2006

Estimados miembros del Comité:

Esta carta tiene como propósito poner a disposición del Comité información adicional a la entregada por México en su informe periódico, que será revisado por el Comité sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales durante su 36a. sesión. El Centro de Derechos Reproductivos, el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) e Ipas, organizaciones no gubernamentales independientes, esperan contribuir con el trabajo del Comité facilitándole información alternativa respecto a los derechos protegidos en el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales. Esta carta enfatiza, particularmente, distintas áreas de preocupación relacionadas con el estado de la salud y los derechos reproductivos de las mujeres en México; concentrándose específicamente en leyes y políticas discriminatorias o inadecuadas que afectan los derechos reproductivos de las mujeres mexicanas.

Dado que los derechos reproductivos son esenciales para la salud y la igualdad de las mujeres, el compromiso de los Estados-parte para protegerlos debe ser asumido seriamente. Además, la salud y los derechos reproductivos son ampliamente protegidos por el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales. El artículo 12(1) del Pacto reconoce “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.”¹ Los artículos 2 (2) y 3 garantizan a todas las personas los derechos contenidos en el Pacto sin discriminación alguna específicamente en cuanto al “sexo, origen social o cualquiera otra condición.”² Al interpretar el derecho a la salud, este Comité, en su Comentario General No. 14, consideró que éste incluía el derecho a tener control sobre el propio cuerpo y la propia salud, abarcando libertades sexuales y reproductivas.³ Igualmente, el Comité afirmó que los Estados-parte están obligados a tomar medidas para mejorar la salud materno-infantil, los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo acceso a planificación familiar y servicios obstétricos de emergencia, acceso a la información así como a los recursos necesarios para actuar de acuerdo con dicha información.⁴ De acuerdo con el Comentario General No. 14, el ejercicio pleno del derecho a la salud de las mujeres implica retirar todas las barreras que impiden su acceso a servicios de salud, educación e información, incluida el área de la salud sexual y reproductiva.

Nos gustaría dirigir la atención del Comité hacia los siguientes temas de preocupación, que afectan directamente la vida y la salud reproductiva de las mujeres en México.

1. El derecho a la salud reproductiva de las mujeres (Artículos 10, 12 y 15(1)(b) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)

El artículo 12 del Pacto consagra el derecho de todas las personas al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. A su vez, el artículo 15 (1) (b) reconoce el derecho de toda persona a gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones. De acuerdo con este precepto, las mujeres tienen derecho a gozar de los avances del progreso científico también en lo relativo a su salud reproductiva. El artículo 10 reconoce una protección especial a las mujeres embarazadas antes y después del parto, así como a las niñas, niños y adolescentes. Estas disposiciones obligan, por lo tanto, a los gobiernos a garantizar que los servicios y la información relativos a la salud reproductiva, anticoncepción, planificación familiar y a la maternidad segura sean accesibles para las mujeres, incluidas las adolescentes.

El Comité ha establecido que la “salud reproductiva” implica, por un lado, la libertad de toda persona de decidir si desea o no reproducirse y cuándo; por el otro, implica el derecho de toda persona a estar informada y tener acceso a los métodos de anticoncepción y planificación familiar de su preferencia y a que éstos resulten seguros, efectivos, accesibles y aceptables. Finalmente, la salud reproductiva incluye, según el Comité, el derecho a acceder a servicios de salud reproductiva que permitan a las mujeres, por ejemplo, sobrevivir sin riesgos el embarazo y el parto.

A. Mortalidad Materna

Se estima que la tasa de mortalidad materna en México puede alcanzar un índice de 130 por cada 100,000 personas que nacen.⁵ Sin embargo, cifras oficiales señalan que en el año 2004 ocurrieron poco menos de 63 muertes maternas por cada 100,000 nacimientos.⁶ Esta proporción tiende a variar entre las diferentes áreas rurales y urbanas de los distintos estados. Por ejemplo, mientras en Nuevo León, en la frontera norte del país, la razón de mortalidad materna era de 16 muertes por 100,000 nacidos vivos, en los estados de Chiapas y Guerrero, con un alto índice de población indígena y rural, se registraba una tasa casi 10 veces más elevada, con 103 y 100 muertes respectivamente por cada 100 mil nacimientos.⁷

De igual manera, la proporción relativa a la mortalidad materna se agrava en el caso de adolescentes donde la tasa llegaba a 70 por cada cien mil nacimientos en 1998.⁸ De acuerdo a la Secretaría de Salud, en México fallecen 1,400 mujeres por problemas relacionados con el embarazo, de las cuales aproximadamente la mitad son menores de diecinueve años.⁹ En datos más recientes dados a conocer por la Secretaría de Salud en 2006, en 2004 fallecieron en México 1,239 mujeres por problemas relacionados con el embarazo, de las cuales el 60% estaba en el pleno de su vida reproductiva (entre 20 y 34 años de edad).¹⁰

El alto índice de mortalidad materna está relacionado con el problema de accesibilidad, oportunidad de intervenciones, costos implícitos y la calidad de los servicios obstétricos y perinatales.¹¹ De acuerdo con los testimonios presentados durante el Foro Nacional de Prevención de Muertes Maternas en México por miembros de comunidades indígenas marginadas, como “Hondura del Tigre” en la sierra de Guerrero, los servicios de salud más próximos están a tres horas de distancia en automóvil y a seis horas de distancia a pie.¹²

B. Acceso a servicios de salud reproductiva, incluyendo planificación familiar

En México, los servicios de planificación familiar se consideran servicios prioritarios de acuerdo con la ley.¹³ Esto significa que su prestación y la información acerca de los métodos disponibles debiera ser gratuita y universal. Sin embargo, en 1997 el 17.6 % de las mujeres sin escolaridad no conocía ningún método anticonceptivo, lo mismo ocurría con el 10% de las mujeres rurales y con el 20.5% de las mujeres indígenas.¹⁴

La demanda insatisfecha general de anticonceptivos en México, de acuerdo a la última Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica (ENADID 1997) se ha calculado en un 12.1%.¹⁵ El problema se agrava en las zonas rurales donde, según el Instituto Nacional de las Mujeres, una de cada cuatro mujeres¹⁶ no tuvo acceso a ningún método anticonceptivo a pesar de desearlo. En total, un 50% de las mujeres no usaba métodos anticonceptivos en las áreas rurales.¹⁷

Una encuesta nacional más reciente (Encuesta Nacional de Salud Reproductiva—ENSAR 2003¹⁸—realizada por la Secretaría de Salud) ubica la necesidad no satisfecha en 9.9%, persistiendo las inequidades relacionadas con la edad, el nivel de educación y el sitio de residencia (urbano-rural). Por ejemplo, de acuerdo a los datos de la ENSAR 2003, la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en 2003 habría llegado a 77.6% entre mujeres urbanas y a 65% entre mujeres rurales, cifra que corresponde a la prevalencia anticonceptiva en zona urbana aproximadamente 15 años antes.

Adolescentes

El embarazo adolescente y sus repercusiones en la salud y calidad de vida de las mujeres continúa mostrando en México niveles preocupantes. El porcentaje de nacimientos registrados de madres entre los 15 y los 19 años, después de disminuir constantemente entre 1990 y 1997, donde se ubicaba en el 16.3%, vuelve a exhibir un crecimiento sostenido hasta el 2004 donde el índice se ubica en el 17.2% del total de nacimientos.¹⁹

Según los expertos, la falta de acceso a anticonceptivos y la falta de información sobre los mismos, así como la insuficiencia de servicios de salud amigables para las adolescentes²⁰ son los factores que determinan la magnitud creciente del

problema.²¹ Por ejemplo, un estudio realizado por el Instituto Regional de Investigación en Salud Pública de la Universidad de Guadalajara revela que el 70% de las adolescentes no tiene ningún conocimiento sobre anticoncepción y el 19% utiliza los métodos en forma errónea.²² Al respecto, el Consejo Nacional de Población²³ asegura que un 45% de las mujeres adolescentes (entre 15 y 19 años) unidas utilizaban algún método anticonceptivo en 1997, porcentaje que persiste igual 5 años más tarde, de acuerdo a los resultados de la ENSAR 2003. Por su parte, el Instituto Mexicano de la Juventud²⁴ reporta que el porcentaje total de adolescentes—unidas o no—que usa algún método sólo llegaba al 36.6% en el 2000, mientras que el Population Reference Bureau señala que el porcentaje es apenas del 30%.²⁵ Según datos de la Encuesta Nacional de Salud, 2000, sólo el 0.7% de los y las adolescentes que utilizan algún método de prevención del embarazo, hizo uso de los servicios de salud reproductiva pertenecientes al sector público de salud.²⁶

Como lo muestran los datos presentados, la mortalidad materna se incrementa en grupos con acceso limitado tanto a servicios de salud reproductiva, incluidos los relativos a planificación familiar, como a información respecto de los mismos, tales como adolescentes, miembros de comunidades indígenas y población rural.

Esta falta de acceso impide que las mujeres elijan libremente sobre su reproducción, transiten sin riesgos por el embarazo y el parto, excluye a grupos vulnerables de los beneficios del progreso científico y constituye un incumplimiento del estado mexicano de su obligación de garantizar protección especial a los y las adolescentes.

De acuerdo con el Comentario General No. 14 de este Comité, no basta que los servicios relacionados con el cuidado de la salud, incluyendo la salud reproductiva, estén disponibles, sino que es necesario que estos servicios resulten aceptables y accesibles para las personas. El alto índice de mujeres rurales que no tuvieron acceso a un método anticonceptivo a pesar de desearlo, la prevalencia de mujeres rurales que no usa ningún método de regulación de la fecundidad y el mínimo porcentaje de adolescentes usuarios de anticonceptivos que acudió a los servicios de salud públicos demuestra no sólo un problema de acceso a los servicios, sino también que éstos no resultan confiables para estos grupos, sea porque sus expectativas de confidencialidad no se cumplen, sea porque la información disponible no tiene en cuentas sus necesidades específicas, sea porque resultan discriminatorios o intimidatorios.

Anticoncepción de Emergencia

Según la Norma Oficial Mexicana en Servicios de Planificación Familiar, los anticonceptivos post-coitales deben estar disponibles para todas *“las mujeres en edad fértil, incluyendo las adolescentes, (...) para evitar un embarazo no planeado en las siguientes condiciones: a) después de un coito practicado voluntariamente sin*

*protección anticonceptiva; b) después de un coito practicado de manera involuntaria sin protección anticonceptiva”.*²⁷

Sin embargo, según una encuesta del Instituto Mexicano de Sexología,²⁸ llevada a cabo en 9 estados de la República Mexicana: Baja California, Chiapas, Distrito Federal, Hidalgo, Morelos, Oaxaca, Tlaxcala y Zacatecas, 6 de cada 10 mexicanas todavía ignora la utilidad y forma de uso de la anticoncepción de emergencia.

A pesar de la efectividad de la anticoncepción de emergencia para prevenir embarazos no deseados y, por lo tanto abortos inseguros, la información sobre este método anticonceptivo no es sistemáticamente ofrecido por parte del personal de la Procuración de Justicia, incluido el que labora en las Agencias Especializadas de Atención, a las víctimas de violación o de inseminación artificial no consentida en la mayoría de los estados de la república.²⁹

La Norma Oficial Mexicana en Servicios de Planificación Familiar y su Modificación del 21 de enero de 2004, que incluye la anticoncepción post-coital o de emergencia, obligan a las instancias de salud en México a prestar consejería respecto a diferentes métodos anticonceptivos, incluida la anticoncepción de emergencia, y hacerlos disponibles y gratuitos. Sin embargo, el desabasto de anticonceptivos provoca un continuo incumplimiento de esta obligación. En este sentido, la inclusión de la anticoncepción de emergencia en el cuadro básico de medicamentos³⁰ constituye un esfuerzo del gobierno mexicano, en particular de la Secretaría de Salud, para garantizar el acceso al medicamento especialmente a las mujeres más pobres. La medida, sin embargo, no sólo está siendo combatida por grupos conservadores vinculados a la Iglesia Católica,³¹ sino también sistemáticamente cuestionada por la Secretaría de Gobernación en México debido a las convicciones religiosas y personales de su titular y a las presiones ejercidas por miembros de la jerarquía católica.³² Por ejemplo, el Consejo Nacional de Población (organismo dependiente de la Secretaría de Gobernación) ha retirado la información relativa a la anticoncepción de emergencia de la página de Planificanet (servicio en línea para consultas sobre planificación familiar).³³

Por su lado, la Secretaría de Salud ha defendido persistentemente la efectividad de la anticoncepción de emergencia para reducir dramáticamente el número de embarazos no deseados y, con ello, proteger la salud de las mujeres, y ha diseminado información con sustento científico respecto al método en su propia página oficial.

Un retroceso en este tema implicaría una violación de los compromisos internacionales contraídos por México, en especial la obligación derivada del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales a proveer el más alto nivel alcanzable de salud física y mental y a gozar de los beneficios del progreso científico.

C. Acceso a servicios de aborto seguro

El aborto en los últimos años ha representado entre la cuarta y la quinta causa de muerte materna en México³⁴ y se ha constituido como responsable del 6.7% de todos los egresos hospitalarios en mujeres en las instituciones de la Secretaría de Salud, solo después del parto único espontáneo.³⁵ Los trastornos hipertensivos del embarazo, parto y puerperio son la principal causa de defunción materna. En 2003 el número de defunciones por este motivo representó 31.6% del total de las muertes maternas. Las hemorragias obstétricas son la segunda causa con 26.1%, mientras que las complicaciones del aborto se han ubicado como la causa responsable de alrededor del 6% de las muertes. Estas tres causas en conjunto representaron cerca de las dos terceras partes del total de las defunciones de 2003 y en total aumentaron su peso relativo en 9.2 puntos porcentuales en comparación con 1990.³⁶

Para 1995, el Consejo Nacional de Población estima un total de 110,000 abortos inducidos y cerca de 102,000, para 1997.³⁷ En 1998 el Instituto Nacional Estadística, Geografía e Informática habla de 145,436 abortos.³⁸ En 2003, se registraron 167,000 procedimientos en todo el sector salud. Por su parte, el Instituto Guttmacher³⁹ mantiene la cifra de 533,100 abortos inducidos, de los cuales 66,000 corresponden a la población de mujeres entre 15 y 19 años.

La legislación penal mexicana sigue, en general, criminalizando el llamado aborto voluntario y restringiendo el derecho a decidir de las mujeres a causas muy específicas, no obstante la recomendación explícita en la Plataforma de Beijing sobre el tema: “considerar la posibilidad de revisar las leyes que prevén medidas punitivas contra las mujeres que han tenido aborto ilegales” (Párrafo 106 K). Sin embargo, las diversas legislaciones de los estados incorporan diferentes causas de excepción para permitir la práctica del aborto. El aborto se considera no punible en todo el país cuando el embarazo es producto de una violación. Las otras causas permitidas por la ley en los diferentes estados son: cuando el embarazo implica un riesgo de muerte para la mujer (29 estados); cuando existe un diagnóstico de alteraciones graves en el producto (13); cuando el embarazo es producto de una inseminación artificial no consentida por la mujer (11); cuando el embarazo implica un riesgo de grave afectación de salud de la mujer (10 estados) y por razones económicas, siempre que la mujer tenga al menos 3 hijos (1 estado). Como se ve, estas causas tienen una distribución desigual en la República generando desigualdad entre las mujeres mexicanas y desigualdad en el respeto y protección de su salud y de sus vidas. Por ejemplo, estados como Querétaro y Guanajuato no incluyen explícitamente la excepción por peligro de muerte de la mujer. Además, sólo 10 estados de 32 excluyen de sanción penal el aborto por riesgo a la salud de la mujer: Baja California Sur, Hidalgo,⁴⁰ Jalisco,⁴¹ Michoacán,⁴² Nayarit,⁴³ Nuevo León,⁴⁴ Tamaulipas,⁴⁵ Tlaxcala,⁴⁶ Zacatecas⁴⁷ y el Distrito Federal.⁴⁸ Sólo Morelos,⁴⁹ el Distrito Federal⁵⁰ y Baja California Sur⁵¹

establecen una obligación explícita a cargo de los servicios de salud para prestar servicios de aborto seguro en los casos en que está permitido por la ley.

No obstante la existencia de algunas reglamentaciones, el acceso de las mujeres al aborto legal sigue enfrentando serios obstáculos en México tales como desconocimiento de las causales; la actitud discrecional de los funcionarios encargados de aprobar los procedimientos (como el Ministerio Público en el caso de violación);⁵² la reticencia, negativa y tergiversación de información de ciertos miembros del personal médico a practicarlos, como se constató en el caso *Paulina Ramírez v. México*,⁵³ donde la conducta del personal de salud fue determinante para que no pudiera acceder al aborto legal; las limitaciones presupuestales y técnicas de los servicios;⁵⁴ la ausencia de procedimientos y/o políticas públicas claros en 29 de las 32 entidades federativas para obtener las autorizaciones de procuración de justicia, y la falta de un recurso efectivo para revertir oportunamente las negativas injustificadas.⁵⁵

De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional sobre Aborto realizada por el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) y Gallup, el 63% de la población mexicana ignora completamente los supuestos bajo los cuales el aborto está permitido en México.⁵⁶ Mientras que una investigación realizada por Diana Lara para el Population Council⁵⁷ indica que el 18% de los abortos que se realizan en condiciones inseguras obedecen a causas permitidas por la ley como salud, violación y malformación fetal. Según datos oficiales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, del año 2002 a abril del 2005, dicha dependencia realizó 44 abortos legales, de los cuales 28 corresponden a embarazos producto de una violación y 16 a embarazos que ponían en riesgo la salud de la mujer. La Secretaría de Salud no registra ninguna interrupción legal de embarazo por inseminación artificial no consentida ni por malformaciones congénitas o genéticas del producto.⁵⁸

La parcial criminalización del aborto en México, la falta de información sobre las causas por las que la ley permite el aborto, la disparidad de causas entre un estado y otro, así como la ausencia de reglamentaciones precisas provoca confusión, tanto en las mujeres como en los prestadores de servicios de salud y funcionarios del ámbito de procuración de justicia respecto al marco legal aplicable y a las alternativas disponibles para interrumpir legalmente un embarazo.⁵⁹ Además, coloca a las mujeres en situación de impotencia antes las instituciones. Quienes pueden obtener asesoría o acompañamiento legal consiguen con mayor facilidad remontar los obstáculos; quienes carecen de ella, a pesar de ubicarse en las causas de excepción, enfrentan dificultades en el acceso a un aborto seguro. La campaña “El aborto por violación es legal”⁶⁰ demuestra lo señalado anteriormente, a partir del acompañamiento particularizado a algunas mujeres durante el proceso de solicitud de una interrupción legal del embarazo (ILE) en casos de violación. Otro dato surgido de esta campaña es la importancia que tiene la información en el acceso a servicios de aborto legal: El 92% de las ILE (por violación) que la Secretaría de Salud del Distrito Federal practicó durante el 2004 coinciden en el

tiempo con esta Campaña informativa; y el número de ILE pasó de 5 en 2003 a 13 en el 2004, es decir, un aumento de más del doble.⁶¹ La iniciativa y responsabilidad de informar a las mujeres sobre su derecho a un aborto legal la han asumido, hasta el momento, sólo las organizaciones de la sociedad civil e investigadores comprometidos con el tema.

Por otra parte, la actitud discrecional de funcionarios públicos involucrados en la emisión de las autorizaciones se ve fortalecida por la ausencia de recursos legales efectivos para combatir oportunamente las negativas o dilaciones.⁶² En un procedimiento en donde el transcurso del tiempo aumenta significativamente el riesgo enfrentado por las mujeres, cualquier barrera u obstáculo pone en serio peligro su salud. Por tanto la existencia de estas barreras, así como la ausencia de un recurso efectivo para combatirlas en tiempo, supone un incumplimiento de las obligaciones internacionales derivadas del PESDC y a cargo del estado mexicano.

Dado que el aborto en México está despenalizado en ciertos supuestos, las instituciones de salud pública estarían obligadas a prestar servicios de aborto legal, de conformidad con las leyes y reglamentos vigentes en materia de prestación de servicios de salud y atención médica,⁶³ ajustándose a las causas de no punibilidad contempladas en cada entidad federativa. Sin embargo, se carece de legislaciones, normas o lineamientos en materia de salud, tanto de los estados como de la federación—con excepción del Distrito Federal y Baja California Sur⁶⁴—que establezcan explícitamente la obligatoriedad de la prestación de este servicio de atención médica tanto en las instituciones de salud pública que dependen de la Federación como aquellas que dependen de los estados. Una reforma a la Ley General de Salud o la emisión de normas, regulaciones y lineamientos podría establecer de forma clara esta obligación y coadyuvaría en la disponibilidad de este servicio en todos los estados de la república.

Otro aspecto que está ausente en la mayoría de las leyes de salud de México es la regulación y reconocimiento que las instituciones públicas se declaren no objetoras y la posibilidad de la objeción de conciencia por parte de prestadores de servicios de salud, para intervenir en procesos de interrupción legal de embarazo. Esto es importante, pues dicha objeción—aunque muchas veces no sea explícita—resulta fundamental en el acceso a servicios de aborto legal. La ley de salud del DF (artículo 16 bis 7) regula, por primera vez en México, la objeción de conciencia con el objetivo de proteger el derecho de las mujeres. En esta ley queda perfectamente claro que la objeción de conciencia de ninguna manera puede ser institucional, pues la Secretaría de Salud del Distrito Federal debe garantizar la permanente disponibilidad de médicos no objetores de conciencia. Los límites que se establecen al objetor son claros: debe remitir a la mujer con un médico no objetor y no puede apelar a la objeción de conciencia en los casos de urgencia, es decir, cuando peligre la salud o vida de la mujer. Esta regulación tiene una ventaja adicional, pues aquellos médicos que no sean objetores tienen el respaldo institucional y jurídico para realizar un aborto legal.⁶⁵ Esta ley es la *única* que existe en México sobre la materia.

2. Violencia contra las mujeres (Artículos 12, 10(3) y 3 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)

Los artículos 10 y 12 del Pacto abarcan la protección de las mujeres contra cualquier forma de violencia sexual y física. El Comité ha resaltado los graves efectos de la violencia en la salud física y mental de las mujeres y ha recomendado a los Estados partes la adopción de medidas efectivas para combatirla.⁶⁶ Igualmente, al emitir su Comentario General No. 16 que establece el alcance del derecho contenido en el artículo 3 del Pacto,⁶⁷ el Comité ha insistido en la necesidad de garantizar a las mujeres el goce de los derechos consagrados en base de igualdad con el varón a través de la debida protección de la ley.

De esta forma, los Estados-parte deben informar acerca de las medidas legislativas y de política pública tomadas para combatir la violencia contra las mujeres y las niñas, como un medio para garantizar el pleno ejercicio de su derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

No obstante México está organizado como una república federal y los estados dictan sus leyes en forma autónoma, este hecho no lo excluye de su responsabilidad internacional ni excluye a las autoridades locales, incluidas las judiciales, de su obligación de adecuar sus leyes, políticas y decisiones o sentencias a los convenios y tratados celebrados por México los cuales, según la propia Constitución Mexicana,⁶⁸ prevalecen por encima de las leyes federales y locales.

A. Violencia doméstica

Los datos encontrados en la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las mujeres 2003⁶⁹ revelan que al menos 60.4% de las mujeres mexicanas ha sido víctima de violencia alguna vez en su vida, ya sea por parte de su pareja o de sus familiares, y que el 21.5% de las mujeres vive en situación de violencia con la pareja actual. A pesar de esta alta prevalencia, sólo un promedio de 18 entidades federativas—de 32—ha puesto en vigor medidas de distinto carácter para combatirla. Estas medidas son de carácter penal en 17 estados,⁷⁰ de tipo administrativo en 18 estados⁷¹ y de carácter civil en 12 estados.⁷² Aún existen 16 estados⁷³ que no incluyen la violencia doméstica entre las causas para solicitar un divorcio.

Las medidas de protección para las víctimas de violencia doméstica, instrumento eficaz para separar temporalmente a las mujeres de situaciones de violencia,⁷⁴ no están disponibles en todos los estados de la república o los procedimientos para obtenerlas, no obstante su necesidad urgente, no son expeditos.

B. Violación sexual

A pesar de algunos avances jurisprudenciales que sostienen la preeminencia del dicho de la víctima en los delitos de orden sexual⁷⁵ y los supuestos para probar el

delito de violación aun en ausencia de certificado médico,⁷⁶ las rutinas de las autoridades encargadas de la investigación de estos delitos siguen siendo prejuiciosas e inquisitivas respecto de las víctimas. Al igual que en otros países, los expertos consideran que ésta sigue siendo la principal razón por la cual sólo una de cada diez violaciones se denuncian en México.

En materia de violación entre cónyuges, la Suprema Corte de Justicia de la Nación modificó, mediante sentencia 9/2005-PS, emitida en noviembre de 2005, la jurisprudencia que señalaba que si el agresor sexual era el esposo, la violación no se configuraba y estableció, en su lugar, que el carácter del agresor sexual es indiferente para la configuración de este delito. Sin embargo, persiste por resolver el problema de acceso a la justicia en estos casos, dada la ausencia de garantías reales de protección para las víctimas y la actitud de los operadores de justicia que ignoran el estado de la ley y siguen negando en la práctica la vigencia de esta nueva jurisprudencia.

Cuando se trata de violaciones en el ámbito doméstico,⁷⁷ en particular en contra de mujeres menores de edad, la situación de vulnerabilidad de las víctimas, la presión de los familiares y la falta de una notificación sistemática y responsable de estos casos por parte de los prestadores de servicios de salud limita el conocimiento de los mismos por parte de las autoridades de procuración de justicia.⁷⁸

C. Hostigamiento sexual

El hostigamiento o acoso sexual sólo es considerado delito en la mitad de los estados que conforman la república mexicana: Aguascalientes, Baja California, Chiapas, Chihuahua, Colima, Distrito Federal, Estado de México, Guerrero, Jalisco, Morelos, Nuevo León, Oaxaca, Sonora, Tabasco, Veracruz, Yucatán y Zacatecas. En 15 de ellos, las mujeres víctimas no tienen acceso a un recurso efectivo para obtener reparación o combatir la práctica.

Las medidas legislativas y de política pública tomadas por el gobierno mexicano para enfrentar la violencia contra las mujeres y las niñas resultan todavía insuficientes para garantizar la legítima aspiración de justicia de las víctimas a través de recursos legales efectivos tanto para obtener reparación como para preservar su integridad personal. De esta manera, México continúa incumpliendo con su obligación de garantizar el derecho a la salud de las mujeres y las niñas, al no proveer las condiciones necesarias para que éstas disfruten del más alto nivel posible de salud física y mental.

Con el propósito de clarificar en qué medida está cumpliendo con las obligaciones derivadas del Pacto, el Comité podría formular las siguientes preguntas al gobierno mexicano:

- ¿Qué medidas está tomando para reducir efectivamente los índices de mortalidad materna en general y en especial entre mujeres en situación vulnerable como indígenas y adolescentes?
- ¿Qué medidas específicas ha puesto en práctica para eliminar los obstáculos que la población rural y las mujeres pertenecientes a comunidades indígenas enfrentan para acceder efectivamente a servicios de salud relacionados con el embarazo y el parto?
- ¿Qué estrategias ha desarrollado para conseguir que la información relativa a anticonceptivos y planificación familiar y a los servicios relacionados con la misma resulte ampliamente conocida por grupos vulnerables, especialmente mujeres rurales, indígenas y adolescentes?
- ¿Qué medidas específicas ha puesto en práctica para garantizar que los servicios de salud reproductiva respeten la confidencialidad de las usuarias adolescentes, tomen en cuenta sus necesidades particulares y no resulten discriminatorios o intimidantes?
- ¿Qué medidas ha puesto en práctica para favorecer que las mujeres conozcan ampliamente sus diferentes alternativas anticonceptivas, incluida la anticoncepción de emergencia?
- ¿De qué manera el gobierno mexicano garantiza que las mujeres víctimas de violencia sexual tengan acceso inmediato a la anticoncepción de emergencia, incluida su disponibilidad en Agencias del Ministerio Público y en Centros Especializados de Atención en materia de Violencia? Así mismo, ¿Qué estrategias de difusión ha emprendido para que las mujeres conozcan la existencia del método, su eficacia y forma de funcionamiento?
- Tomando en consideración la persistencia del aborto como cuarta causa de muerte materna en México y la diversidad legislativa al respecto, ¿qué medidas ha tomado el gobierno mexicano, tanto en los niveles estatales como a nivel federal, para impulsar una creciente despenalización de la práctica o para generar uniformidad en las leyes y reglamentos respecto a los supuestos en que el aborto está permitido?
- ¿De qué manera el gobierno mexicano garantiza el acceso a servicios de aborto seguro en los supuestos en que la práctica está permitida por la ley? En particular, ¿qué medidas legislativas y de política pública ha llevado a cabo para garantizar la información respecto a este derecho, la canalización por parte de las instancias de justicia y sociales involucradas, y, finalmente, la prestación de estos servicios

en los hospitales pertenecientes al sector público de salud, incluyendo la atención post-aborto?

- En los lugares donde actualmente se prestan servicios de aborto legal ¿qué medidas legislativas y de política pública ha adoptado el gobierno mexicano para garantizar que estos servicios resulten accesibles, disponibles y aceptables para las mujeres, garantizando, entre otras cosas, su derecho a decidir, su dignidad y respetando su privacidad?
- En lo referente a violencia doméstica, ¿qué medidas legislativas y de política pública ha tomado para combatir eficazmente su prevalencia? Especialmente, ¿qué recursos legales están efectivamente disponibles para las víctimas en los diferentes estados y qué tanto toman en cuenta sus necesidades de seguridad y protección?
- En lo relativo a la violencia sexual, ¿qué medidas legislativas y de política pública ha tomado para facilitar el acceso a la justicia de las víctimas de estos delitos, y para evitar que prácticas como el hostigamiento sexual impidan el pleno ejercicio del derecho a trabajar y a la educación?

Existe una brecha importante entre lo establecido en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la realidad en la vida y salud reproductiva de las mujeres. Apreciamos el constante interés que el Comité ha mostrado en materia de salud y derechos reproductivos de las mujeres así como las observaciones finales y recomendaciones que ha emitido en el pasado, recalando la necesidad de los gobiernos de tomar medidas para asegurar la realización de estos derechos.

Esperamos que esta información sea útil durante la sesión de revisión del informe que será presentado por el gobierno de México con el fin de asegurar el cumplimiento por parte del gobierno mexicano de las obligaciones derivadas del PIDESC. En caso que tuviesen cualquier duda o necesitaran mayor información, por favor no duden en ponerse en contacto con las abajo firmantes.

Atentamente,

CRR

GIRE

IPAS

-
- ¹ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), adoptado el 16 de diciembre, 1966, entró en vigor el 3 de enero, 1976.
- ² *Ibid.*, art. 2(2).
- ³ COMMITTEE ON ECONOMIC, SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS, *General Comment 14, The Right to the Highest Attainable Standard of Health*, U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000), pár. 8. Nuestra traducción.
- ⁴ *Ibid.*, pár. 14.
- ⁵ WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Maternal Mortality in 1995: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA*, 2001, p. 35.
- ⁶ SECRETARÍA DE SALUD, *Salud México 2004, Información para la rendición de cuentas*, México, 2005, p. 201.
- ⁷ *Ibid.*
- ⁸ SAVE THE CHILDREN, *State of the World's Mothers 2001*, Westport, mayo de 2001, p. 35.
- ⁹ SECRETARÍA DE SALUD, *Comunicado de prensa No. 022*, 20 de febrero de 2002.
- ¹⁰ SECRETARÍA DE SALUD, datos no oficiales, presentados a febrero de 2006.
- ¹¹ UNICEF MÉXICO, *Programa de Mortalidad Materna*, 2001, <<http://www.unicef.org/mexico/programas/mortalidad.htm>>, visitada el 19 de abril de 2006.
- ¹² CIMAC, NOTICIAS, <<http://www.cimacnoticias.com>>, visitada el 19 de abril de 2006.
- ¹³ Ley General de Salud, artículos 27 y 62, <<http://www.juridicas.unam.mx/infjur/leg/>>, visitada el 19 de abril de 2006.
- ¹⁴ *Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica* (ENADID 1997), analizada por el INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES, México, <<http://www.inmujeres.gob.mx>>, visitada el 19 de abril de 2006.
- ¹⁵ CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN, *Prontuario demográfico de México 2000-2003*, México, CONAPO, 2003.
- ¹⁶ *Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica*, *supra* nota 14.
- ¹⁷ *Ibid.*
- ¹⁸ SECRETARÍA DE SALUD, *Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003*, <<http://www.conapo.gob.mx/prensa/ensar02.pdf>>, visitada el 19 de abril de 2006.
- ¹⁹ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA, *Estadísticas de Natalidad*, 2005, <<http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=mpob29&c=3206>>, visitada el 19 de abril de 2006.
- ²⁰ DEBORAH BILLINGS, FRANCISCO ROSAS y NADINE GASMAN, *En México sí se pueden ofrecer servicios de anticoncepción a adolescentes*, Ipas, México, 2004.
- ²¹ Patricia Uribe Zuñiga, Directora del Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva, y Elena Zuñiga Herrera, secretaria del Consejo Nacional de Población, citadas en CIMAC, NOTICIAS, <<http://www.cimacnoticias.com>>, visitada el 19 de abril de 2006.
- ²² INSTITUTO REGIONAL DE SALUD PÚBLICA, <<http://www.cucs.udg.mx>>, visitada el 19 de abril de 2006.
- ²³ CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN, *Cuadernos de Salud Reproductiva República Mexicana*, México, CONAPO.
- ²⁴ INSTITUTO MEXICANO DE LA JUVENTUD, *Encuesta Nacional de la Juventud 2000*, México, IMJ, 2000.
- ²⁵ POPULATION REFERENCE BUREAU, *La juventud del mundo 2000*, Washington, D.C., PRB, 2000.
- ²⁶ Citada en BILLINGS, ROSAS y GASMAN, *supra* nota 20.
- ²⁷ SECRETARÍA DE SALUD, *Resolución por la que se modifica la Norma Oficial Mexicana en NOM-005-SSA2 1993 de los Servicios de Planificación Familiar*, Apartado 5.3.1.1, <<http://www.salud.gob.mx>>, visitada el 19 de abril de 2006.
- ²⁸ MARIANA VIAYRA RAMÍREZ, “El 60 % de las mexicanas no saben para qué sirve la pastilla de emergencia”, *La Crónica*, 26 de enero de 2005, <<http://www.cronica.com.mx/nota.php?idc=163886>>, visitada el 19 de abril de 2006.
- ²⁹ ADRIANA ORTEGA, abogada, entrevista, 15 de julio de 2005.
- ³⁰ La medida apareció publicada en el Diario Oficial de la Federación el 11 de julio de 2005 y constituyó una actualización al cuadro básico y catálogo de medicamentos. Visible en <<http://www.gobernacion.gob.mx>>, visitada el 19 de abril de 2006.
- ³¹ NURIT MARTÍNEZ y GUILLERMINA GUILLÉN, “Condena el clero autorización de la píldora de emergencia”, *El Universal*, 13 de julio de 2005,

<http://www2.eluniversal.com.mx/pls/impreso/noticia.html?id_nota=127177&tabla=nacion>, visitada el 19 de abril de 2006.

³² RUTH RODRÍGUEZ y ARTURO ZÁRATE, “Ssa: No habrá marcha atrás e la pildora de emergencia”, *El Universal*, 20 de julio de 2005, <www.el-universal.com.mx>, visitada el 19 de abril de 2006.

³³ CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN, <<http://www.conapo.gob.mx/planificanet/planificaNet.php>>, visitada el 19 de abril de 2006.

³⁴ SECRETARÍA DE SALUD, *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de Avance 2005*, México, 2005, p. 72.

³⁵ SECRETARÍA DE SALUD, *Anuario Estadístico 2004*, <www.salud.gob.mx>, visitada el 19 de abril de 2006.

³⁶ SECRETARÍA DE SALUD, *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México*, *supra* nota 34, p. 72.

³⁷ CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN, *Informe de Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 1994-2003*. México, México, 2004, p. 232.

³⁸ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA, *Estadísticas del Sector Salud y Seguridad Social*, cuaderno No. 16, Aguascalientes, México, INEGI, 2001.

³⁹ INSTITUTO GUTTMACHER, *Aborto inducido a nivel mundial*, Nueva York, NY, Instituto Guttmacher, 2001.

⁴⁰ Artículo 158, Fracción III, Código Penal del Estado de Hidalgo, <<http://www.juridicas.unam.mx/infjur/leg>>, visitada el 19 de abril de 2006.

⁴¹ Artículo 229, pár. 2, Código Penal del Estado de Jalisco, <<http://www.juridicas.unam.mx/infjur/leg>>, visitada el 19 de abril de 2006.

⁴² Artículo 291, Código Penal del Estado de Michoacán, <<http://www.juridicas.unam.mx/infjur/leg>>, visitada el 19 de abril de 2006.

⁴³ Artículo 339, Código Penal del Estado de Nayarit, <<http://www.juridicas.unam.mx/infjur/leg>>, visitada el 19 de abril de 2006.

⁴⁴ Artículo 331, Código Penal del Estado de Nuevo León, <<http://www.juridicas.unam.mx/infjur/leg>>, visitada el 19 de abril de 2006.

⁴⁵ Artículo 361, Fracción III, Código Penal del Estado de Tamaulipas, <<http://www.juridicas.unam.mx/infjur/leg>>, visitada el 19 de abril de 2006.

⁴⁶ Artículo 280, Código Penal del Estado de Tlaxcala, <<http://www.juridicas.unam.mx/infjur/leg>>, visitada el 19 de abril de 2006.

⁴⁷ Artículo 313, Criminal Code del Estado de Zacatecas, <<http://www.juridicas.unam.mx/infjur/leg>>, visitada el 19 de abril de 2006.

⁴⁸ Artículo 148, Fracción II, Código Penal del Distrito Federal, <<http://www.juridicas.unam.mx/infjur/leg>>, visitada el 19 de abril de 2006.

⁴⁹ Artículo 141 bis del Código de Procedimientos Penales del estado de Morelos, <<http://www.juridicas.unam.mx/infjur/leg>>, visitada el 19 de abril de 2006.

⁵⁰ Artículo 131 bis del Código de Procedimientos Penales del Distrito Federal y artículo 16 bis de la Ley General de Salud del Distrito Federal, <<http://www.juridicas.unam.mx/infjur/leg>>, visitada el 19 de abril de 2006.

⁵¹ Artículo 61 de la Ley de Salud para el Estado de Baja California Sur, <http://www.gire.org.mx/publica2/LeySalud_BCS04.pdf>, visitada el 19 de abril de 2006.

⁵² HUMAN RIGHTS WATCH, *Víctimas por partida doble. Obstrucciones para el aborto legal en México*, marzo de 2006, <<http://hrw.org/spanish/informes/2006/mexico0306>>, visitada el 19 de abril de 2006.

⁵³ GIRE, *Paulina en el nombre de la ley*, México, 2000. *Paulina Ramírez Jacinto v. México*, Petición 161/02, 8 de marzo de 2006.

⁵⁴ ELSA ANCONA y NORMA UBALDI, GIRE, entrevista, 20 de julio 2005.

⁵⁵ ADRIANA ORTEGA ORTIZ, abogada, entrevista, 15 de julio 2005.

⁵⁶ GIRE-GALLUP, *Encuesta nacional sobre aborto*, mimeo, México, 2004.

⁵⁷ DIANA LARA *et al.*, *El aborto en México*, Population Council, 2003, p. 4.

⁵⁸ Datos enviados por la titular de la SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL, a solicitud de GIRE.

⁵⁹ HUMAN RIGHTS WATCH, *supra* nota 52.

⁶⁰ Esta Campaña impulsada por GIRE y promovida también por Católicas por el Derecho a Decidir y Equidad de Género, cuenta con el apoyo de importantes instancias públicas: Secretaría de Salud del Distrito Federal, Instituto de las Mujeres del Distrito Federal, Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal y la Universidad Nacional Autónoma de México.

-
- ⁶¹ Oficios de la SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL enviados a GIRE (SSDF391/04 – SSDF/524/04 – SSDF/020/05). Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias de la SSDF.
- ⁶² LUISA CABAL, MÓNICA ROA y LILIAN SEPÚLVEDA-OLIVA, “What Role Can International Litigation Play in the Promotion and Advancement of Reproductive Rights in Latin America?”, *Health and Human Rights*, vol. 7, 2003, pp. 51-58.
- ⁶³ ADRIANA ORTEGA, “The Statutory Defence for Abortion Based on Health Risks in Mexico from the Women’s Fundamental Rights Perspective”, Thesis, LLM, Universidad de Toronto, 2005, pp. 81-84.
- ⁶⁴ Ley General de Salud del Distrito Federal, art. 16 bis, <<http://www.juridicas.unam.mx/infjur/leg>>, visitada el 19 de abril de 2006.
- ⁶⁵ Véase GIRE, *Leyes sobre el aborto en México: los avances en la Ciudad de México*, México, 2004.
- ⁶⁶ CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS y UNIVERSITY OF TORONTO PROGRAM IN SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH, *Bringing Rights to Bear: An Analysis of the Work of U.N. Treaty Monitoring Bodies on Reproductive and Sexual Rights* (2002) citando las Observaciones Finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; por ejemplo, República Dominicana, 12/12/97, E/C.12/2000/4, Add.16; Bolivia 21/05/2001, E/C.12/1 Add 60; Argentina 08/12/99, E/C.12/1 Add. 38.
- ⁶⁷ COMMITTEE ON ECONOMIC, SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS, *General Comment 16, The equal right of men and women to the enjoyment of all economic, social and cultural rights*, U.N. Doc. E/C/ 12/2005/3 (2005), p. 9.
- ⁶⁸ Artículo 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- ⁶⁹ La Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres fue realizada en una muestra de 26,042 usuarias de los servicios de salud de 15 años o más que acudieron entre noviembre de 2002 y marzo de 2003 a diversas instituciones públicas de salud. SECRETARÍA DE SALUD, *La Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003*, <http://www.mujerysalud.gob.mx/mys/doc_pdf/encuesta.pdf>, visitada el 19 de abril de 2006.
- ⁷⁰ Aguascalientes, Baja California, Distrito Federal, Chihuahua, Coahuila, Estado de México, Morelos, Guanajuato, Guerrero, Michoacán, Nuevo León, Oaxaca, San Luis Potosí, Sonora, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.
- ⁷¹ Aguascalientes, Baja California, Campeche, Chiapas, Coahuila, Colima, Distrito Federal, Durango, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Michoacán, Morelos, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas y Yucatán.
- ⁷² Aguascalientes, Chihuahua, Durango, Distrito Federal, Nuevo León, Morelos, Puebla, San Luis Potosí, Sonora, Veracruz, Yucatán, Zacatecas.
- ⁷³ Baja California, Campeche, Chiapas, Estado de México, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Morelos, Nayarit, Querétaro, Quintana Roo, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Yucatán y Zacatecas.
- ⁷⁴ CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA, “Modelo integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual”, 2004. Documentos preliminares “Marco legal de la violencia en México”, Ipas, 2003.
- ⁷⁵ LUISA CABAL, MÓNICA ROA y JULIETA LEMAITRE (eds.), CENTRO DE DERECHOS REPRODUCTIVOS y FACULTAD DE DERECHO UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, *Cuerpo y Derecho: Legislación y Jurisprudencia en América Latina*, Editorial Temis S.A., Bogotá, 2001, p. 359.
- ⁷⁶ *Ausencia del certificado médico ginecológico respecto al delito de violación: La omisión del certificado médico ginecológico no tiene relevancia jurídica en el delito de violación, si éste se comprueba por otros medios*, Séptima Época, Primera Sala, Apéndice de 1995, Tomo II, Parte SCJN, Tesis 37, p. 206.
- ⁷⁷ CIMAC, NOTICIAS, <<http://www.cimacnoticias.com>>, visitada el 19 de abril de 2006.
- ⁷⁸ CLAUDIA MORENO y CELIA RAMOS, Ipas, entrevista, 15 de julio de 2005.