

Nueva York, 5 de agosto de 2002

Comité sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)

Re: Información adicional sobre México
Presentación del informe ante CEDAW prevista para agosto de 2002

Estimados miembros del Comité:

Esta carta tiene como propósito entregar información adicional a aquella entregada por México en su informe periódico, por ser revisado durante la 26a Sesión del Comité de CEDAW. El Centro legal para los derechos reproductivos y políticas públicas (CRLP), una organización no-gubernamental independiente, espera fomentar el trabajo del Comité entregándole información independiente acerca de los derechos protegidos bajo el Protocolo de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Esta carta resalta varias áreas de preocupación relacionadas con la salud y los derechos reproductivos de la mujer en México. Más específicamente, se centra en las leyes discriminatorias o inadecuadas y políticas relacionadas con los derechos reproductivos de la mujer en México.

Por ser los derechos reproductivos fundamentales para la igualdad y salud de las mujeres, es que el compromiso de los estados partes para protegerlos debe ser tomado muy en serio. Por lo demás, los derechos y la salud reproductiva están explícitamente protegidos bajo CEDAW. El artículo 12 le exige a los estados parte “tomar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación en contra de las mujeres en el área de los cuidados de salud”, y especifica que los gobiernos deben asegurar el acceso a “servicios apropiados relacionados con el embarazo, parto y el periodo postnatal, asegurando la entrega de servicios gratuitos cuando sea necesario, así como también nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.”¹ El artículo 10(h) exige que una mujer tenga “acceso a información educativa específica para ayudar a asegurar la salud y bienestar de las familias.”²

La Recomendación General del Comité sobre “La mujer y la salud” considera responsabilidad de los estados partes “garantizar la eliminación de todas las barreras al acceso de la mujer a los servicios, la educación y la información sobre salud, inclusive en la esfera de la salud sexual y genésica” y de “dar prioridad a la prevención del embarazo no deseado mediante la planificación de la familia y la

educación sexual y reducir las tasas de mortalidad derivada de la maternidad mediante servicios de maternidad sin riesgo y asistencia prenatal.”³

Nos gustaría dirigir la atención del Comité sobre los siguientes temas de preocupación que afectan directamente la salud reproductiva y vidas de numerosas mujeres en México:

1. Derecho a servicios de atención médica y de planificación de la familia (Art. 12 y 14(2)(b)(c) y 10(h) de la Convención sobre la mujer)

Como ya lo mencionamos antes, el artículo 12 de la Convención de la Mujer le exige a los estados partes “tomar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación en contra de las mujeres en el área de los cuidados de salud.” Más específicamente, el artículo 12 exige que las mujeres tengan acceso a servicios relacionados con el embarazo, parto y el periodo postnatal, así como también que cuenten con una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia. El artículo 10(h) exige que las mujeres tengan acceso “al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia.” Los artículos 14(2)(b) y (c) alientan a los estados partes a garantizar que las mujeres en zonas rurales tengan acceso a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia y que se beneficien directamente de los programas de seguridad social. En sus Recomendaciones Generales sobre “La mujer y la salud”, el Comité de CEDAW afirma que el acceso a la atención de la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico previsto bajo CEDAW.⁴

A. Mortalidad Materna

Se estima que la tasa de mortalidad de México puede llegar a alcanzar un índice de 130 por cada 100,000 personas que nacen.⁵ Estas tasas varían en las diferentes áreas rurales y urbanas de los distintos estados y se agravan en los casos de adolescentes en donde la tasa de mortalidad en 1998 era de 70 por cada cien mil nacimientos.⁶ De acuerdo a la Secretaría de Salud, en México fallecen 1,400 mujeres por problemas relacionados con el embarazo y 40 mil niñas y niños mueren antes de cumplir los doce meses.⁷ 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,⁸ faltando el Gobierno entonces a su obligación de garantizar a las mujeres servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto.

Aunque la Secretaría de Salud se había planteado disminuir la tasa de mortalidad materna en un 50% para el año 2000, hasta la fecha no lo ha cumplido.⁹

B. Demanda Insatisfecha de Planificación Familiar

Este Comité ha señalado al Gobierno de México su preocupación sobre la alta demanda insatisfecha de anticonceptivos especialmente entre las mujeres pobres de las zonas urbanas y rurales así como de los adolescentes.¹⁰ Sin embargo, de acuerdo a la Dirección General de Salud Reproductiva, cien mil comunidades rurales dispersas¹¹ no tendrán cobertura de

planificación familiar en el corto plazo, debido al alto costo que estos programas representan.¹²

El Plan Estratégico en Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud¹³, sigue privilegiando únicamente dos métodos anticonceptivos que son el dispositivo intrauterino o DIU y la anticoncepción quirúrgica voluntaria, métodos sobre los cuales las mujeres dependen de los médicos para ejercer sus derechos reproductivos. De acuerdo al Plan Estratégico el 65% de las mujeres recurre a estos dos métodos¹⁴. De otra parte, sólo el 20% de la población masculina utiliza algún método de planificación familiar como el condón, la vasectomía, el retiro o el ritmo.¹⁵ El rol que asumen los hombres en materia de planificación familiar, refleja la necesidad de reforzar los programas educativos e informativos, con el fin de lograr mayor apertura y conciencia hacia el uso de métodos anticonceptivos.¹⁶

Por todo lo anterior, es evidente que el Gobierno está incumpliendo su obligación de garantizar el acceso a información y servicios sobre los diferentes métodos anticonceptivos y de planificación familiar.

C. Anticoncepción de Emergencia (AE)¹⁷

Este Comité ya ha recomendado al Gobierno de México que autorice el uso de la anticoncepción de emergencia por consistir en un método económico y sencillo de usar,¹⁸ sin embargo hasta la fecha no se han tomado las medidas necesarias para que las mujeres tengan acceso a este.

Es obligación de las autoridades actualizar cada cinco años¹⁹ las Normas Oficiales Mexicanas (NOM); sin embargo, la Norma Oficial Mexicana para los Servicios de Planificación Familiar²⁰ que actualmente se encuentra vigente es de 1993, por lo que es urgente que ésta sea actualizada lo antes posible y que se incluya la AE dentro de la misma.²¹

Dentro del Plan Estratégico en Salud Reproductiva 2001-2006, al hablar de las estrategias incluidas en el componente de planificación familiar no se habla de la AE a pesar de que el mismo texto del Plan se establece la meta de ofrecer la mayor cantidad de métodos anticonceptivos, teniendo en cuenta los adelantos tecnológicos que sean útiles para los usuarios. Para que esto suceda, es necesario que la AE sea autorizada en la Norma Oficial Mexicana de Planificación Familiar.²²

La Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC), ha señalado que el desconocimiento sobre la AE, así como la incapacidad de los servicios de salud y de los profesionales del área para aplicar ese método a tiempo, son lo que impiden a la población femenina de la región utilizar este recurso en especial en casos de violación.²³ Finalmente es necesario regular el procedimiento de atención a víctimas de violencia sexual, para que el Ministerio Público tenga la obligación de proporcionarles AE, ya que es el único método que impide la gestación después de una relación sexual sin protección.

D. Aborto

El aborto es considerado por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) la cuarta causa de muerte materna.²⁴ El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) la considera entre la

segunda y la cuarta. Sin embargo, estudios realizados por organismos de la sociedad civil la sitúan en tercer lugar²⁵ y las agencias de noticias indican que anualmente abortan por lo menos un millón y medio de mujeres.²⁶

A pesar de los avances obtenidos en las recientes modificaciones al Código Penal²⁷ del Distrito Federal,²⁸ médicos especialistas coinciden en que para hacer efectiva su aplicación es necesario reglamentar los procedimientos hospitalarios en la Ley de Salud del Distrito Federal, así como aumentar el presupuesto del sector salud.²⁹ De la misma manera opinan que es necesario que las futuras reglamentaciones establezcan el servicio gratuito y obligatorio de ultrasonido a las madres para detectar deformaciones genéticas en el feto en formación.³⁰

Vemos entonces que la penalización del aborto no es el único problema con el que se enfrentan las mujeres en México, ya que aun en los casos que se adecuen a las excepciones mencionadas en la ley donde el aborto no es punible, este derecho no puede ejercerse debido a la inexistencia de mecanismos ni legales ni institucionales para que las mujeres que pueden ejercer su derecho a un aborto legal se beneficien de esta excepciones. La falta de reglamentación abre las puertas a que los funcionarios encargados de interrumpir el embarazo actúen de acuerdo a sus creencias personales. El caso de Paulina Ramírez actualmente siendo litigado ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, es ilustrativo de los obstáculos con los que las mujeres violadas se enfrentan.³¹ Es obligación del Estado el garantizar el real acceso a un aborto seguro y sin complicaciones en el sistema de salud.

El Gobierno Federal ha tomado esta iniciativa al anunciar en abril del 2002, un nuevo reglamento³² en materia de aborto que permite a las mujeres capitalinas ejercer su derecho a la interrupción del embarazo, en cualquiera de los 26 hospitales públicos de la ciudad, siempre y cuando cumplan con las causales establecidas en el Código Penal vigente. Es obligación del Gobierno hacer cumplir este reglamento para garantizar a las mujeres un pleno ejercicio de sus derechos y asimismo promover estas reformas. en los demás estados de la República.

Finalmente, es preocupante que sectores de la sociedad civil estén adelantando una campaña que busca influir en el gobierno para eliminar totalmente las excepciones que existen frente a la penalización del aborto.³³

E. VIH-SIDA

Se estimó que en México en el año 1999 había 150 mil adultos de edades entre 15 y 49 años portadores del VIH/SIDA, de los cuales 22 mil eran mujeres.³⁴ Recientes estudios llevados a cabo entre varones que tienen relaciones sexuales con varones en México, han puesto de manifiesto que algo más del 14% son VIH-positivos.³⁵

México no cuenta con lineamientos claros y unificados que puedan guiar a los médicos y usuarios en los distintos sectores del sistema de salud, por lo que es necesario que se definan las políticas públicas para combatir el SIDA.³⁶

F. Adolescentes

Estudios demuestran que la población adolescente en México, que representa aproximadamente el 23.2% de la población total del país,³⁷ tiene un limitado acceso a los servicios de salud.³⁸ Por lo que corresponde al comportamiento reproductivo en los jóvenes muestra que la edad promedio de la primera unión matrimonial (19 años) y la edad media de nacimiento del primer hijo (21 años) no ha variado en los últimos cinco años. El 16% de los nacimientos de 1996 correspondieron a madres adolescentes.³⁹

Ejemplo de ello es el hecho que 64 % de las mujeres mexicanas entre 15 y 19 años con vida sexual activa no usa métodos anticonceptivos,⁴⁰ lo que se refleja en altas tasas de embarazo adolescente muchos de los cuales terminan en abortos realizados en condiciones de riesgo.⁴¹ Al respecto se ha demostrado que las adolescentes recurren al aborto en etapas avanzadas, lo que aumenta aún más el riesgo de salud reproductiva para la mujer.⁴²

2. Violencia contra la mujer (Art. 5 y 16(c) de la Convención sobre la mujer)

CEDAW contiene varias provisiones que requieren de la intervención del estado para prevenir la violencia basada en el sexo. El artículo 5 exige a los estados “Modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres” con miras a alcanzar la eliminación de prácticas basadas en la idea de la inferioridad de la mujer. Además, la violencia contra la mujer dentro del matrimonio y la familia está condenada por el artículo 16(c) que asegura a mujeres y hombres los “mismos derechos y responsabilidades durante el matrimonio...”

El Comité de CEDAW, en sus Recomendación General 19 sobre “La violencia contra la mujer”, reconoce que la violencia basada en el sexo discrimina a la mujer y por lo tanto impide gravemente que goce de derechos y libertades en pie de igualdad con el hombre.⁴³ El Comité define “violencia basada en el sexo” como “violencia dirigida contra la mujer porque es mujer o que la afecta en forma desproporcionada.”⁴⁴ Incluye actos que infligen daños o sufrimientos de índole sexual.⁴⁵ El Comité pone énfasis en que CEDAW no se limita a los actos cometidos por los gobiernos o en su nombre, sino también por aquellos practicados por terceros. Los gobiernos tienen la obligación de adoptar medidas con la diligencia debida para prevenir tales actos entre individuos que vivan bajo sus jurisdicciones.⁴⁶

A. Femicidio en Ciudad Juárez

Desde hace casi nueve años en Ciudad Juárez, Chihuahua, se han reportado 269 homicidios de niñas y mujeres en su mayoría de edades entre los 15 y 25 años,⁴⁷ sin tenerse resultados concretos acerca de las investigaciones. Igualmente existen más de 450 jóvenes desaparecidas con averiguación judicial abierta pero sin ningún resultado. Casi todas las víctimas eran migrantes y trabajadoras de la industria maquiladora, de pequeñas tiendas o estudiantes.⁴⁸ A pesar de desconocerse el motivo de estos homicidios, se presume que el 50% de los casos se deben a razones sexuales como la violación,⁴⁹ sin embargo se puede pensar en varios escenarios que van desde el tráfico de órganos hasta el narcotráfico o la trata de mujeres, pero hasta el momento las autoridades no han esclarecido lo que está pasando.⁵⁰

Siendo suficientemente grave la situación de los homicidios, el gobierno se ha atrevido a justificar la situación argumentando que las víctimas eran mujeres de doble vida y doble moral señalando que ellas mismas fueron las responsables de su propia victimización.

Varios organismos internacionales ya han expresado su preocupación por la impunidad que parecen tener estos crímenes y la falta de voluntad del gobierno mexicano por solucionar esta situación.⁵¹ La negligencia de las autoridades, la ineficacia de la administración de justicia y la poca voluntad del gobierno para investigar a fondo estos casos, demuestra la falta del gobierno mexicano de cumplir con los compromisos internacionales asumidos a través de la ratificación de la CEDAW.

3. Discriminación contra la mujer en la esfera del empleo (Art.11(2)(a), (b), y (c) de la Convención de la mujer)

El artículo 11 de CEDAW requiere que los estados partes adopten “todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera del empleo.” El artículo 11(2)(a) exige a los estados partes prohibir el despido por motivo de embarazo o licencia de maternidad y el artículo 11(2)(b) ordena establecer la licencia de maternidad con sueldo pagado o con prestaciones sociales comparables sin pérdida del empleo previo, la antigüedad o beneficios sociales. El artículo 11(2)(c) obliga a los estados partes a “alentar el suministro de los servicios sociales de apoyo necesarios para permitir que los padres combinen las obligaciones para con la familia con las responsabilidades del trabajo...” El Comité de CEDAW, en sus Recomendación General 19 sobre “La violencia contra la mujer”, recalca que “la igualdad en el empleo puede verse seriamente perjudicada cuando se las somete a... hostigamiento sexual en el lugar de trabajo.”⁵² CEDAW reconoce que “este tipo de conducta puede ser humillante y puede constituir un problema de salud y de seguridad.”⁵³

A. Maquiladoras

Por otro lado, un problema que se vive en México desde hace ya varios años, es la discriminación que enfrentan las mujeres que trabajan en las maquiladoras, ya que para conseguir y mantener su empleo se les exige pruebas negativas de embarazo.⁵⁴ A pesar de que es una práctica que se realiza comúnmente en las maquiladoras se cree que se aplica en otros sectores del ámbito laboral.⁵⁵ La Comisión de Expertos sobre la Aplicación de Convenciones y Recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en el Informe del 2000, condenó esta práctica por considerarla violatoria del convenio de la OIT sobre discriminación en el empleo. Asimismo se han presentado casos sobre esta problemática bajo el acuerdo paralelo de derechos laborales del Tratado de Libre Comercio (TLC). Esta conducta es claramente discriminatoria y violenta no sólo normas internacionales sino la propia legislación mexicana.⁵⁶

B. Empleo Doméstico

Una problemática importante que se vive en México es la desprotección⁵⁷ bajo la que se encuentran las mujeres, en su mayoría indígenas, que se dedican al empleo doméstico. Estas constituyen más de un millón setecientos mil mujeres⁵⁸, estando el 10%

concentrado en el Distrito Federal. La Ley Federal del Trabajo no define los derechos laborales de este grupo de trabajadoras, y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) impide su registro en el régimen obligatorio. Esto significa que están totalmente desamparadas frente a enfermedades y necesidades reproductivas. Este grupo de trabajadoras es víctima de la vulneración de varios de sus derechos constitucionales en particular el derecho a la salud.

El Comité debería considerar también, hacer las siguientes preguntas al gobierno mexicano:

- ¿Qué se está haciendo para eliminar las barreras con las cuales las mujeres se enfrentan al momento de acceder a salud reproductiva y servicios de planificación de familia completos y accesibles, particularmente entre las adolescentes y mujeres que viven en áreas rurales? ¿Qué medidas se están tomando para enfrentar la alta tasa de mortalidad materna en México?
- ¿Qué medidas ha adoptado el gobierno mexicano a fin de asegurar que los proveedores de servicios de salud respondan por la violencia física y psicológica y discriminación sufrida por mujeres dentro de las instituciones prestadoras de salud? ¿Qué medidas se han tomado para garantizar la calidad de los servicios de salud como componente del acceso a los mismos? ¿Se han hecho esfuerzos para divulgar los derechos de los usuarios de servicios de atención médica o para promover una ley sobre los derechos de las usuarias mujeres?
- ¿Qué se ha hecho para establecer un seguimiento a las recomendaciones del Comité en relación con la revisión de la legislación que penaliza el aborto? ¿Se ha llevado a cabo algún tipo de esfuerzo con vistas a revisar la ley que viola los derechos del usuario, al obligar a los proveedores de servicios de salud a informar a la policía sobre casos de abortos inducidos?
- ¿Qué esfuerzos se han llevado a cabo con el fin de hacer cumplir las políticas de estado y enfrentar casos de impunidad relacionados con violencia sexual y doméstica contra la mujer? Más específicamente, ¿Existen hoy en día mecanismos para denunciar y registrar casos de violencia sexual y doméstica y para hacer un seguimiento a medidas de protección y sentencias contra los autores de aquellos crímenes?
- ¿Qué medidas ha tomado el gobierno con el fin de garantizar un acceso por parte de las mujeres a servicios de información para la prevención y tratamiento del VIH/SIDA y para prevenir y castigar cualquier discriminación contra aquellas mujeres portadoras de VIH/SIDA? ¿Ha tomado el gobierno medidas para enfrentar los factores determinantes en la creciente vulnerabilidad a contraer VIH/SIDA tales como la relación de poder desigual frente a los hombres y la subordinación social?

Existe una brecha importante entre lo establecido en la Convención sobre la mujer y la realidad en la vida y salud reproductiva de estas mismas. Apreciamos el constante interés que el Comité ha mostrado en materia de salud y derechos reproductivos de los adolescentes así como las observaciones finales y recomendaciones que ha emitido en el pasado, recalcando 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 con lo establecido en la Convención sobre la mujer. En caso que tuviesen cualquier duda o necesitaran mayor información, por favor no duden en ponerse en contacto con las abajo firmantes.

Atentamente,

Luisa Cabal
Asesora legal
para Latinoamérica y el Caribe

Laura Katzive
Asesora legal
ara proyectos globales

¹ Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), adoptada el 18 de diciembre, 1979, Asamblea General, Res.34/180, U.N.GAOR, Sesión 34, Supp. No.46. at 193, U.N. Doc. A/34/46 (1979), entrada en vigor el 3 de septiembre, 1981, art.12(2),

<<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/sconvention.htm>>, visitada el 2 de agosto de 2002.

² *Ibid.*

³ COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER (COMITÉ DE CEDAW), *Recomendación General 24, La mujer y la salud*, art.12, pár. 31(b)(c), U.N.Doc A/54/38Rev.1(1999),

<<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/sgenre.htm>>, visitada el 2 de agosto de 2002.

⁴ *Ibid.*, art.12, pár. 31(a).

⁵ WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Maternal Mortality in 1995: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA*, 2001, p. 35.

⁶ SAVE DE CHILDREN, *State of the World's Mothers 2001 a report by Save the Children*, Westport, mayo de 2001, p.35.

⁷ SECRETARÍA DE SALUD, *Comunicado de prensa No. 022*, 20 de febrero, 2002.

⁸ UNICEF MÉXICO, *Programa de Mortalidad Materna*, 2001,

<<http://www.unicef.org/mexico/programas/mortalidad.htm>>, visitada el 11 de junio de 2002.

⁹ Esto de acuerdo al boletín oficial del Grupo Académico de Apoyo a Programas de Población, con el objetivo de cumplir con el compromiso internacional asumido en la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y Desarrollo del Niño, en la Cumbre Mundial en favor de la infancia. Citado en Silvia Magally, "persisten altas cifras de mortalidad materna en México" [high rates of maternal mortality persist in Mexico], Cimacnoticias, 25 de febrero de 2002,

<http://www.cimacnoticias.com/noticias/02feb/02022503.html>

¹⁰ COMITÉ DE CEDAW, *Informe del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer 1998 (18° y 19° período de sesiones)*, Naciones Unidas, Nueva York, 1998, pár. 394.

¹¹ En virtud de la descentralización del sector salud, la cobertura de su demanda es responsabilidad de los gobiernos estatales por lo que depende de la voluntad política de las autoridades estatales. Sin embargo, esto no libera a México de la obligación internacional de garantizar servicios e información de planificación familiar a toda la población.

¹² "Sin cobertura en planificación familiar 100 mil comunidades rurales", *El Heraldo de México - La Prensa*, 1° de junio de 2002 citado por Grupo De Información En Reproducción Asistida(GIRE),

<<http://www.gire.org.mx/home.html>>, visitada el 11 de junio de 2002.

¹³ SECRETARÍA DE SALUD, *Programa Nacional de Salud 2001-2006*,

<<http://www.ssa.gob.mx/docprog/pns2001-2006.htm>>, visitada el 11 de junio 2002.

¹⁴ SECRETARÍA DE SALUD, *Programa Nacional La cobertura del programa nacional de planificación familiar en 1996* fue de 66.5% para las mujeres en edad fértil, y los mayores incrementos fueron en las mujeres sin instrucción primaria completa, en las que la cobertura pasó de 23.7 en 1987 a 48.4% en 1995. Los principales métodos utilizados fueron oclusión tubárica bilateral (41.3%), dispositivo intrauterino (21.9%), métodos tradicionales (13.4%), anticonceptivos orales (12.7%) e inyecciones (4.6%).

¹⁵ *Ibid.* De este porcentaje, el 1.8 por ciento corresponde a vasectomía y 5.5 por ciento al condón.

¹⁶ CIMAC, "Casi la mitad de población femenina en México "pide permiso" para usar métodos anticonceptivos: Conapo", *Cimacnoticias*, 28 de marzo de 2002,

<<http://www.cimacnoticias.com/noticias/02mar/02032804.html>>, visitada el 11 de junio de 2002.

¹⁷ Las pastillas de anticoncepción de emergencia cuentan con el aval de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y consisten en tomar una dosis de píldoras anticonceptivas convencionales durante las 72 horas después tener relaciones sexuales sin protección.

¹⁸ COMITÉ, *Informe*, pár. 408.

¹⁹ Ley Federal de Metodología y Normalización, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1° de julio de 1992, art.51,

<<http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/tcfed/109.htm>>, visitada el 11 de junio de 2002. "Las normas oficiales mexicanas deberán ser revisadas cada 5 años a partir de la fecha de su entrada en vigor, debiendo notificarse al secretario técnico de la Comisión nacional de Normalización los resultados de la revisión, dentro de los 60 días naturales posteriores a la terminación del periodo quinquenal correspondiente. De no hacerse la notificación, las

normas perderán su vigencia y las dependencias que las hubieran expedido deberán publicar su cancelación en el Diario Oficial de la Federación. La Comisión podrá solicitar a la dependencia dicha cancelación”.

²⁰ NOM 005-SSA2-1993, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de mayo de 1994.

²¹ La Norma Oficial Mexicana para los Servicios de Planificación Familiar tienen la finalidad de dar cumplimiento a los derechos reproductivos y al derecho a la protección a la salud, específicamente a lo relacionado con planificación familiar. El 25 de marzo del 2002 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Programa Nacional de Normalización 2002. Dentro de lo correspondiente a la Secretaría de Salud se incluyó la revisión de la mayoría de las NOM relevantes en materia de salud incluyendo los servicios de planificación familiar. Las autoridades tienen la obligación de incluir dentro de esta NOM la opción de todos los métodos de planeación familiar de los que se haya demostrado su eficacia terapéutica, suministrarlos gratuitamente y difundir la información relativa a estos métodos, incluida la AE.

²² En septiembre de 1999, las ONGs que forman parte del Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva colaboraron en una propuesta para la introducción de la AE en la Norma de Planificación Familiar como recomendación de métodos hormonales alternos y se preveía su obtención, tanto en unidades de atención médica como en los programas de planificación familiar en los sectores público y privado. A su vez, otros grupos de la sociedad civil están llevando a cabo proyectos de educación y distribución de la AE con las trabajadoras de las maquilas en la zona de Baja California.

²³ SILVIA MAGALLY, “Persisten prejuicios y barreras legales para acceder a la anticoncepción de emergencia”, *Cimacnoticias*, 26 de marzo de 2002,

<<http://www.cimacnoticias.com/noticias/02mar/02032603.html>>, visitada el 11 de junio de 2002.

²⁴ CONSEJO NACIONAL DE LA POBLACIÓN (CONAPO), *Ejecución del Programa de Acción*, p. 162. Estos datos se refieren a 1997.

²⁵ GIRE, *El ABC del aborto*, México, 1999.

²⁶ CECILIA NAVARRO, “IGLESIA CATÓLICA EN CAMPAÑA: Cerrando el milenio, Arzobispo junta firmas para influir la Constitución mexicana.”, *Fempres*,

<http://www.fempres.cl/214/revista/214_milenio.html>, visitada en junio de 2002.

²⁷ El aborto en México se encuentra penalizado, aunque en la legislación penal de todos los estados existen causales bajo las cuales el aborto no es punible en ciertas circunstancias. CENTER FOR REPRODUCTIVE LAW AND POLICY (CRLP) Y ESTUDIO PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LA MUJER (DEMUS), *Women of the World: Laws and Policies Affecting Their Reproductive Lives—Latin America and the Caribbean*, 1997, p.152.

²⁸ Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones del Código Penal para el Distrito Federal y del Código de Procedimientos Penales del Distrito Federal, Agosto del 2000. Legislación Federal de México, <<http://www.exploramexico.com/legal/>>, visitada el 14 de junio de 2002. En agosto del 2000 los artículos del Código Penal y Código de Procedimientos Penal del Distrito Federal relacionados con el aborto, fueron modificados para ampliar la posibilidad de obtener un aborto legal en los casos que la salud de la mujer esté en peligro o exista algún tipo de malformación fetal. La modificación también disminuye la pena máxima del delito de aborto y establece los procedimientos para obtenerlo cuando se trata de casos de violación.

²⁹ RAFAEL MAYA, “Pide comunidad médica reglamentos hospitalarios para aplicar Ley Robles”, *Cimacnoticias*, 15 de febrero del 2002,

<<http://www.cimacnoticias.com/noticias/02feb/02021502.html>>, visitada el 11 de junio de 2002.

³⁰ *Ibid.*

³¹ Paulina fue víctima de violación a los 13 años de edad y a pesar de que la legislación le permitía tener derecho a un aborto, éste le fue negado. El caso se presentó ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos el 8 de marzo del 2002 y se está en espera de la respuesta por parte del Gobierno Mexicano.

³² No obstante el reglamento, que apenas será publicado en la Gaceta Oficial del DF, les otorga a los médicos del sector público el derecho de objeción de conciencia, en caso de que se nieguen a practicar el procedimiento.

³³ FEMPRESS, Cecilia Navarro, <<http://www.fempres.cl/214/revista/214/milenio.html>>, visitada en octubre de 1999.

³⁴ PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS SOBRE EL SIDA (ONUSIDA), *Report on the global HIV-AIDS epidemic*, 3 de junio de 2000, pág. 5,

<http://www.unaids.org/epidemic_update/report/TableName_Xcel.xls>, visitada el 5 de junio de 2002.

³⁵ ONUSIDA, *Resumen Mundial de la Epidemia de VIH/SIDA*, diciembre de 2001,

<http://www.unaids.org/worldaidsday/2001/Epiupdate2001/Epiupdate2001_sp.doc>, visitada el 5 de junio de 2002.

³⁶ Cada institución sigue sus propios lineamientos, y aun al interior de una misma institución, los médicos no siempre siguen las mismas pautas. Cada lugar que visita un paciente le cambian de tratamiento sin consideraciones clínicas. Un claro ejemplo del desorden que existe dentro de este tema y sus graves consecuencias es el caso sobre el

cual la Comisión Nacional de Derechos Humanos emitió la recomendación 9/2002 el pasado 22 de abril del 2002 al gobernador de Yucatán, Patricio José Patrón Laviada por negligencia médica y discriminación cometida en contra de dos personas seropositivas que fallecieron en el año 2000. Estas personas no recibieron adecuada prestación de los servicios públicos de salud por parte del personal del Hospital General O'Horán, de la Secretaría de Salud y la Dirección de Servicios de Salud del Estado de Yucatán.

³⁷ PODER EJECUTIVO FEDERAL, *Programa Nacional de la Mujer, 1995-2000*, México, marzo de 1996, pág.4.

³⁸ CIMAC, “Juventud mexicana, grupo de alto riesgo frente a ETS y embarazo”, *Cimacnoticias*, citando a Catherine Menkes del Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM) de la UNAM, 21 de enero del 2001, <<http://www.cimac.org.mx/noticias/01ene/01012101.html>>, visitada el 11 de junio de 2002.

64.8 por ciento de los hombres y 65.1 por ciento de las mujeres entre 12 y 24 años no tienen acceso al servicio de salud.

³⁹ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, *México, Perfil de Salud del País*, Washington, 2001,

< <http://www.paho.org/Spanish/SHA/prflMEX.htm>>, visitada el 10 de junio de 2002.

⁴⁰ SILVIA MAGALLY, “Métodos anticonceptivos, ignorados por la mayoría de la adolescencia”, *Cimacnoticias*, 27 de febrero de 2002,

<<http://www.cimacnoticias.com/noticias/02feb/02022703.html>>, visitada el 11 de junio 2002.

⁴¹ CIMAC, “Juventud mexicana”, 21 de enero del 2001

⁴² *Ibid.*

⁴³ COMITÉ DE CEDAW, *Recomendación General 24, La violencia contra la mujer*, pág.1.

⁴⁴ *Ibid.*, pág.6.

⁴⁵ *Ibid.*

⁴⁶ *Ibid.*, pág.9.

⁴⁷ COMISIÓN MEXICANA DE DEFENSA Y PROMOCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS A.C., *Informe sobre la situación de las mujeres en Ciudad Juárez presentado ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos*, marzo de 2002, <<http://www.laneta.apc.org/cmdpdh/infimuieres.html>>, visitada el 11 de junio de 2002.

⁴⁸ *Ibid.*

⁴⁹ RED CIUDADANA DE NO VIOLENCIA Y DIGNIDAD HUMANA, *Reporte Ciudadano sobre el Femicidio en Juárez para ser presentado ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos*, Ciudad Juárez, 6 de marzo, 2002.

⁵⁰ COMISIÓN MEXICANA, *Informe*.

⁵¹ La Relatora de Ejecuciones Extrajudiciales, Sumarias y Arbitrarias, Asma Jahangir, quien visitó México en 1998; la Relatora para los Derechos de la Mujer de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos Marta Altolaguirre Laredondo, quien también visitó México en 1998 (*Ver Comunicado de Prensa*, 4/02, 13 de febrero del 2002., Comisión Interamericana de Derechos Humanos) y el Relator de Independencia de Jueces y Abogados quien también visitó el país en mayo del 2001.

⁵² COMITÉ DE CEDAW, *Recomendación General 19, La violencia contra la mujer*, pág. 17

⁵³ *Ibid.*, pág.18

⁵⁴ HUMAN RIGHTS WATCH, *SIN GARANTÍAS Discriminación sexual en el sector de maquiladoras de México*, 1996, < <http://www.hrw.org/spanish/informes/1996/mexico.html>>, visitada el 10 de junio de 2002.

⁵⁵ KEN GUGGENHEIM, “MEXICO: Women Subject To Illegal Pregnancy Test”, *AP/Philadelphia Inquirer*, 7 de noviembre 1999.

⁵⁶ La ley federal del trabajo en México prohíbe expresamente la discriminación sexual, artículo 3.

⁵⁷ SILVIA MAGALLY, “Doce años esperando turno para que se legisle a su favor”, *Cimacnoticias*, 9 de abril de 2002, < <http://www.cimacnoticias.com/noticias/02abr/s02040901.html>>, visitada el 11 de junio de 2002.

⁵⁸ Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática (INEGI), < <http://www.inegi.gob.mx> >, visitada el 11 de junio 2002.