

## **Informe alternativo sobre la situación de los derechos reproductivos de niñas, adolescentes y mujeres en México**

### **Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C.**

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

#### **I. Introducción**

El Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C. (GIRE) es una organización feminista que trabaja por la justicia reproductiva a partir de seis temas prioritarios: el acceso al aborto legal y seguro, la muerte materna, la violencia obstétrica, la anticoncepción, las técnicas de reproducción asistida y la conciliación de la vida laboral con la vida personal. GIRE elabora el presente informe alternativo, con motivo del examen al noveno informe periódico de México, dentro del 70° período de sesiones del Comité de la Convención para Eliminar todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

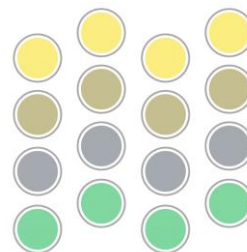
#### **II. Aborto legal y seguro**

En la actualidad, México cuenta con un marco jurídico que permite la interrupción del embarazo en casos de violencia sexual. Varios instrumentos jurídicos que regulan el acceso al aborto por violación para niñas y mujeres establecen que, a partir de los 12 años, el único requisito es solicitarlo por escrito y manifestando bajo protesta de decir verdad que su embarazo es producto de violación. Sin embargo, aún persisten obstáculos normativos para su acceso. A la fecha, en 12 legislaciones penales se establece un plazo límite para acceder al aborto en casos de violación —en general, durante el primer trimestre del embarazo—, 10 códigos penales refieren algún tipo de autorización para llevar a cabo el procedimiento, y 11 códigos establecen el requisito de presentar una denuncia para acceder al servicio.<sup>1</sup> Además, GIRE identificó 13 normas administrativas que contienen requisitos contrarios a la Ley General de Víctimas (LGV).<sup>2</sup>

No obstante, es imprescindible informar a todas las autoridades que la falta de armonización no es razón para negar el acceso al aborto en casos de violación, aunque de manera simultánea deban realizarse esfuerzos por armonizar la legislación penal e instrumentos administrativos con la LGV. Las autoridades que tienen contacto con víctimas, deben tener conocimiento de que la LGV es de aplicación obligatoria en todo territorio nacional, en conjunto con el actual marco constitucional en materia de derechos humanos.

<sup>1</sup> GIRE, *Violencia sin interrupción*, México, 2017, págs. 37 y 38. Disponible en <http://aborto-por-violacion.gire.org.mx/#/>

<sup>2</sup> *Ibidem*, págs. 21-23.



GIRE identificó que, del 1° de enero de 2009 al 30 de junio de 2016, las secretarías de salud locales reportaron haber llevado a cabo, en total, 63 procedimientos de aborto por violación.<sup>3</sup> Mientras que la Secretaría de Salud federal (SSA), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) reportaron no contar con dicha información.

Del período mencionado, 10 entidades federativas refirieron no tener casos de abortos por violación, y otras 10 entidades afirmaron que la información solicitada era inexistente. Lo anterior contrasta con los 433 mil 983 avisos al Ministerio Público por posibles casos de violencia sexual presentados durante el mismo período por instituciones de salud, de los cuales 49 mil 270 corresponden a mujeres menores de edad.<sup>4</sup> Todo lo anterior, en un país en donde se reportan cerca de 600 mil delitos sexuales al año; en el que nueve de cada diez víctimas de delitos de violencia sexual son mujeres; donde cuatro de cada diez víctimas de violencia sexual son menores de 15 años,<sup>5</sup> y en el que 41.3% de las mujeres mayores de 15 años han sufrido violencia sexual en algún momento de su vida.<sup>6</sup>

El Estado mexicano hizo referencia en su informe periódico a cifras sobre talleres de capacitación dirigidos a profesionales de la salud para mejorar la atención en casos de violencia contra las mujeres (párr. 134). Pero dichos talleres corresponden al período de 2012 a 2015. Es decir, fueron impartidos previo a las modificaciones a la NOM 046 que eliminaron los obstáculos para el acceso al aborto por violación, publicadas en marzo de 2016. Por otra parte, a través de una solicitud de acceso a la información, GIRE preguntó a la SSA acerca de la actualización y capacitación que ha recibido el personal de salud sobre la NOM 046. La Secretaría de Salud respondió que, a partir de las modificaciones, se realizó un taller de cuatro días para la formación de personal médico.

Las respuestas sobre la capacitación del personal, en conjunto con el bajo registro de interrupciones del embarazo por parte del sector salud, revelan el deficiente conocimiento por parte de prestadoras/es de servicios de salud respecto a la normativa aplicable.

Mientras la Ciudad de México es el único lugar donde se permite el aborto hasta las 12 semanas de gestación por voluntad de la mujer, las 31 entidades federativas restantes continúan restringiéndolo en la legislación penal, y permitiéndolo solo en casos específicos. Las mujeres siguen siendo víctimas de criminalización por interrumpir un embarazo: de 2015 a 2017 se tienen registradas en México mil 552 investigaciones iniciadas en Procuradurías Generales de Justicia y Fiscalías por el delito de aborto; en 2015 se iniciaron 512; en 2016, 538; y en 2017, 502.<sup>7</sup>

---

<sup>3</sup> *Ibidem*, p. 40

<sup>4</sup> *Ibidem*, p. 17

<sup>5</sup> Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, *Cartilla de Derechos de las Víctimas de Violencia Sexual Infantil*. Disponible en: <http://www.ceav.gob.mx/wp-content/uploads/2016/06/cartilla.pdf>

<sup>6</sup> Instituto Nacional de Estadística y Geografía, *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares*, México, agosto 2016. Disponible en [http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva\\_estruc/promo/endireh2016\\_presentacion\\_ejecutiva.pdf](http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/promo/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf)

<sup>7</sup> Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública, *Incidencia delictiva del fuero común*. Disponible en <https://www.gob.mx/sesnsp/acciones-y-programas/incidencia-delictiva-del-fuero-comun-nueva-metodologia?state=published>



### III. Muerte materna

México no cumplió con los compromisos asumidos en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM 5.a y 5.b) que buscaban disminuir la Razón de Muerte Materna (RMM) a 22.3 defunciones por cada cien mil nacidos vivos y, a tres años de superado el plazo para cumplir la mencionada meta, la situación en México continúa lejana a lo comprometido. A pesar de la normativa en México, existen todavía prácticas del sistema de salud que ponen en riesgo la vida de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, como la ausencia de controles prenatales de calidad, el debilitamiento de la atención en el primer nivel a partos sin complicaciones —que se atienden en hospitales y generan una saturación importante—; el aumento de las cesáreas injustificadas; la falta de calidad en la atención y la falta de cumplimiento de normas, lineamientos y protocolos basados en evidencia.

En el año 2013 hubo 861 muertes maternas en México, que correspondieron a una RMM de 38.2 defunciones por cada cien mil nacidos vivos.<sup>8</sup> En 2014, la RMM aumentó a 38.9, que en números absolutos se traduce a 872 muertes maternas en el país.<sup>9</sup> La RMM en 2015 fue de 36.4, lo que se traduce en 778 muertes.<sup>10</sup> En 2016, hubo 774 muertes maternas, la RMM fue de 34.4,<sup>11</sup> y en 2017, la Secretaría de Salud reportó —al 01 de enero de 2018— 722 muertes maternas, con una RMM de 32 defunciones por cada cien mil nacidos vivos.<sup>12</sup> Todas estas muertes maternas pudieron prevenirse a través de la correcta aplicación y monitoreo de la legislación y política pública actual en el Estado mexicano. A pesar de que ha habido una disminución en la RMM, ésta no ha sido homogénea y presenta variaciones importantes de acuerdo con la región y el perfil de las mujeres.

Del total de las muertes maternas en los últimos años en México, el porcentaje de mujeres hablantes de lengua indígena se ha mantenido prácticamente estático. En 2013, la muerte de mujeres hablantes de idioma indígena representó el 11.3% de la totalidad de muertes maternas; para 2014, fueron 9.9% y, en 2015, 11.2%. La cifra contrasta con el último censo en México, que reporta que la población indígena representa 6% de la población.

Existen entidades donde la muerte materna de mujeres indígenas es especialmente alta, como el caso de Chiapas. Con un porcentaje de personas indígenas de 27% en dicha entidad, 41.9% del total de muertes maternas en 2013 fue de mujeres hablantes de un idioma indígena. Si bien la cifra disminuyó ligeramente en 2014, en 2015 aumentó nuevamente a 40.3% del total de muertes maternas. Estas cifras dan cuenta de la desigualdad estructural que enfrentan las mujeres indígenas en el acceso a la salud reproductiva.

---

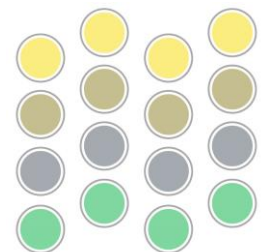
<sup>8</sup> Observatorio de Mortalidad Materna en México, *Mortalidad materna en México. Numeralia 2013*. Disponible en <http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/Numeralia%202013,%20OPS%20FINAL%20marzo%2030,%202015.pdf>

<sup>9</sup> Observatorio de Mortalidad Materna en México, *Mortalidad materna en México. Numeralia 2014*. Disponible en [http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/Numeralia\\_2014\\_Web.pdf](http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/Numeralia_2014_Web.pdf)

<sup>10</sup> Observatorio de Mortalidad Materna en México, *Mortalidad materna en México. Numeralia 2015*. Disponible en [http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/Numeralia\\_2015\\_11dic17.pdf](http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/Numeralia_2015_11dic17.pdf)

<sup>11</sup> Secretaría de Salud, *Informes Semanales para la Vigilancia Epidemiológica de Muertes Maternas 2016. Semana Epidemiológica 52*. Disponible en [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/178118/MMAT\\_2016\\_SE52.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/178118/MMAT_2016_SE52.pdf)

<sup>12</sup> *Ídem*.



#### **IV. Violencia obstétrica**

Durante los cinco años comprendidos de octubre de 2011 a octubre de 2016, un total de 8.7 millones de mujeres en México tuvieron al menos un parto. Durante el mismo período, 33.4% de las mujeres que tuvieron un parto sufrió algún tipo de maltrato por parte de quienes la atendieron; 26% de ellas son hablantes de un idioma indígena o se identifican como indígenas.<sup>13</sup>

Las situaciones más frecuentes de maltrato fueron gritos o regaños, retrasar la atención porque la mujer “se estaba quejando o gritando mucho”, ocultamiento de información sobre el parto, así como recibir presión para aceptar la colocación de un método anticonceptivo o de esterilización. De las mujeres que sufrieron maltrato durante el parto, 40.8% fueron atendidas en el IMSS.

Entre las poblaciones que pueden sufrir discriminación relacionada con servicios de salud reproductiva destacan las mujeres y niñas con discapacidad. Actualmente, la NOM-005-SSA2-1993- De los servicios de planificación familiar refiere el “retraso mental” como una indicación para el método anticonceptivo permanente denominado “oclusión tubaria bilateral”, lo cual supone que las mujeres con discapacidad mental no deben reproducirse. Esta disposición debe eliminarse por ser discriminatoria.

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) publicó una Recomendación General en materia de violencia obstétrica en julio de 2017.<sup>14</sup> Del documento deriva que “la falta de información estandarizada, exhaustiva y consensuada, criterios de identificación y definiciones sobre el maltrato a las mujeres durante el parto en las instalaciones de salud, complica la investigación y el desarrollo de herramientas para hacer frente a esta problemática”.<sup>15</sup> Cabe señalar que en el apartado de Recomendaciones no se vislumbra una perspectiva de interseccionalidad para la prevención y erradicación de la violencia obstétrica, misma que es susceptible de presentarse de forma desproporcionada en mujeres indígenas, habitantes de comunidades rurales, migrantes, con discapacidad o en situación de pobreza. Además, no se promueve la incorporación de la perspectiva de género y de derechos humanos desde la formación profesional del personal de la salud, sino que se limita a talleres, campañas o seminarios aislados.

Por otra parte, GIRE ha documentado, desde 2013, un total de 47 casos de violencia obstétrica. Entre éstos, en 19 hubo, además, muerte neonatal. Entre las Recomendaciones emitidas por la CNDH en casos representados por GIRE, se encuentran medidas de reparación como la indemnización, la rehabilitación y las medidas de no repetición. Sin embargo, el seguimiento a la implementación de tales medidas, ha sido deficiente tanto para el acceso a la justicia de las mujeres que han sobrevivido violencia obstétrica, como para la prevención de futuros casos.

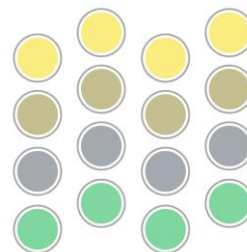
#### **V. Vida laboral de las mujeres**

---

<sup>13</sup> Instituto Nacional de Estadística y Geografía, *Op. cit.*, 2016.

<sup>14</sup> Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Recomendación General No. 31/2017 “Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud”, Ciudad de México, 31 de julio 2017. Disponible en [http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/generales/RecGral\\_031.pdf](http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/generales/RecGral_031.pdf)

<sup>15</sup> *Ibidem*, párr. 20.



En México no existen todavía condiciones que permitan a todas las personas conciliar la vida laboral con la vida personal. Esta situación afecta de manera desproporcionada en las decisiones de las mujeres respecto al ejercicio de su derecho a tener hijos o no, cuántos y con qué espaciamiento, así como en sus posibilidades de insertarse en el mercado laboral, en atención a que son mayoritariamente las niñas, adolescentes y mujeres quienes ejercen trabajo de cuidados no remunerado. En México las mujeres destinan en promedio 39 horas semanales al trabajo no remunerado (TNR) de cuidados, mientras que los hombres destinan poco menos de 12 horas a la semana a las tareas domésticas.<sup>16</sup> En su mayoría, son mujeres las únicas cuidadoras o quienes dedican más tiempo al cuidado en los hogares (entre 60 y 80%).<sup>17</sup>

Al presente, la Ley Federal del Trabajo (LFT) contempla el derecho de padres trabajadores a tomar una licencia de paternidad, no obstante, dicha licencia consta solamente de cinco días. A diferencia de la licencia de maternidad, el pago de la licencia de paternidad corre a cargo del empleador(a) y no cuenta con subsidio público. Al respecto, el IMSS reportó a GIRE no contar con un registro de trabajadores que hayan ejercido tal derecho. Por su parte, el ISSSTE reportó que, en 2015, sólo 522 trabajadores tomaron licencia de paternidad, en contraste con 45 mil 545 mujeres trabajadoras que tomaron licencia de maternidad en el mismo año.<sup>18</sup>

Por otra parte, la LFT contempla un pago de licencia de maternidad de 12 semanas, frente a las 14 que señala el Convenio 183 de la OIT. Es decir, en México se tiene una licencia menor al estándar internacional. En adición, para que el IMSS cubra el pago de las 12 semanas, la mujer debe haber cotizado por al menos 30 semanas anteriores a la licencia, de lo contrario, quedará a cargo del patrón el pago del salario íntegro. Esta distinción entre quienes han cotizado 30 semanas y quienes no lo han hecho, puede ser la causa de que las y los patronos recurran a la práctica discriminatoria de solicitar certificados de ingravidez al momento de la contratación, como refirieron en el período de 2011 a 2016, 11.8% de las mujeres entre 15 y 49 años que trabajaron.<sup>19</sup> Además, la diferencia de tiempo entre ambos tipos de licencia en la legislación actual perpetúa el estereotipo de que el cuidado de las hijas o hijos es responsabilidad primordial de las mujeres.

Del total de niños entre los cero a los seis años de edad que no son cuidados por sus padres, 51.2% son cuidados por sus abuelas, 11.3% asisten a estancias infantiles o guarderías públicas, 4.3% asisten a guarderías privadas y 33.3% se encuentran en el rubro de “otros”.<sup>20</sup> El acceso a estancias infantiles públicas o subrogadas para quienes están afiliados al IMSS se encuentra reconocido en la Ley del Seguro Social de forma exclusiva para mujeres trabajadoras y solamente de forma excepcional para padres trabajadores viudos, divorciados que por resolución judicial ejercen la custodia de sus hijos y no han contraído matrimonio nuevamente, o si ejercen la custodia de un menor y no pueden proporcionarle atención y cuidados. Estas disposiciones jurídicas reproducen la noción de que la responsabilidad de cuidar a niños y niñas es fundamentalmente de las mujeres

---

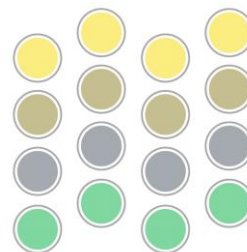
<sup>16</sup> Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Instituto Nacional de las Mujeres, *Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo*, México, 2009.

<sup>17</sup> Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Instituto Nacional de las Mujeres, *Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social*, México, 2012.

<sup>18</sup> GIRE, *Horas hábiles. Corresponsabilidad en la vida laboral y personal*, México, 2017, p. 148. Disponible en [http://corresponsabilidad.gire.org.mx/assets/pdfs/VIDA\\_LABORAL\\_Y\\_REPRODUCTIVA.pdf](http://corresponsabilidad.gire.org.mx/assets/pdfs/VIDA_LABORAL_Y_REPRODUCTIVA.pdf)

<sup>19</sup> Instituto Nacional de Estadística y Geografía, *Op. cit.*, 2016.

<sup>20</sup> GIRE, *Horas hábiles. Corresponsabilidad en la vida laboral y personal*, p. 215.





y, por tanto, es a ellas a quienes se debe otorgar la posibilidad de que sus hijos(as) sean cuidados en estancias infantiles.

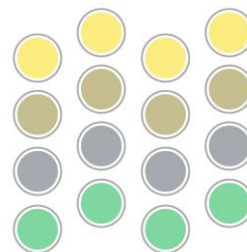
La Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha establecido, mediante tres resoluciones de casos acompañados por GIRE, que las normas antes mencionadas son inconstitucionales por discriminatorias.<sup>21</sup> Sin embargo, ello no se ha traducido en un cambio legislativo ni de política pública que garantice el acceso a estancias infantiles en condiciones de igualdad para madres y padres trabajadores.

## VI. Recomendaciones

- A) Armonizar la legislación penal y los instrumentos administrativos en materia de aborto por violación, con la Ley General de Víctimas y la NOM 046, eliminando los requisitos de plazo, denuncia y autorización previa.
- B) Garantizar la atención médica de urgencia en casos de violencia sexual por parte de las autoridades de salud, locales y federales, consistente en anticoncepción de emergencia, profilaxis para evitar infecciones de transmisión sexual e interrupción del embarazo, así como su registro, desagregadas por causa legal, edad, etnicidad y discapacidad, en su caso.
- C) Eliminar las disposiciones legales que criminalizan a las mujeres que interrumpen sus embarazos y modificar la legislación de salud para garantizar el acceso a todos los servicios de salud reproductiva para todas las mujeres.
- D) Fortalecer el acceso universal a las mujeres con urgencias obstétricas a todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud, a través de la disponibilidad de insumos y presupuesto público suficiente para cubrir las necesidades de atención médica de mujeres embarazadas, en especial en el primer nivel.
- E) Crear mecanismos para la identificación y erradicación de la violencia obstétrica como una forma específica de violación a derechos humanos y de violencia contra las mujeres, entre el personal que atiende embarazos, partos y puerperios, tanto en el ámbito público como privado.
- F) Eliminar del Apéndice informativo “A” de la NOM-005-SSA2-1993- De los servicios de planificación familiar, el supuesto de “Retraso mental” como indicador para ser candidata al procedimiento de Oclusión Tubaria Bilateral.
- G) Garantizar la reparación integral por violación a los derechos humanos en los casos de violencia obstétrica y muerte materna.
- H) Aumentar las licencias de maternidad a 14 semanas y las de paternidad a 15 días hábiles obligatorios; así como establecer incentivos a trabajadores y empleadores(as) para hacer uso de ellas, a través de fondos públicos que las subsidien.
- I) Realizar los cambios normativos necesarios para que trabajadores y trabajadoras tengan igual derecho a acceder a estancias infantiles para sus hijos(as).
- J) Garantizar que hombres y mujeres dispongan del mismo tiempo para combinar las responsabilidades laborales y familiares, a través de medidas como horarios de trabajo flexible, semanas comprimidas de

---

<sup>21</sup> Amparo en Revisión 59/2016, 29 de junio de 2016, ponente: Ministra Margarita Luna Ramos; Amparo en Revisión 700/2017, 06 de diciembre de 2017, ponente: Ministra Margarita Luna Ramos; Amparo en Revisión 1369/2017, 16 de mayo de 2018, ponente: Ministro Javier Laynez Potisek.



trabajo y la opción de trabajo a distancia, tanto en el ámbito público como privado; así como para que las mujeres trabajadoras puedan ejercer la lactancia.

