

Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres 2016

Aportes para
un balance
de las políticas
públicas





Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres 2016
Aportes para un balance de las políticas públicas
Salud Integral para la Mujer, A. C.
Febrero de 2017
Disponible en www.sipam.org.mx

Salud Integral para la Mujer, A. C.
Salud Integral para la Mujer, A. C. –SIPAM– es una organización feminista, ciudadana y autónoma, fundada en la Ciudad de México en 1987 y constituida legalmente como Asociación Civil en 1989; dedicada a la promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.
Contacto: monitoreo@sipam.org.mx

Vista Hermosa N° 89 Col. Portales
Del. Benito Juárez
03300 Ciudad de México

Índice

A manera de introducción:

Los derechos sexuales y reproductivos en el marco
de los derechos humanos de las mujeres 5

Las mujeres indígenas 9

El derecho a la protección de la salud 13

Métodos Anticonceptivos: información,
acceso y poder de decisión 17

Prevención y atención del VIH/SIDA 29

Interrupción de un embarazo
no deseado 39

Mortalidad materna 47

Género, salud y migración 61

Violencia contra las mujeres 69

A manera de conclusión:

Un contexto de violaciones
a los Derechos Humanos 89





A manera de introducción:

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos en el marco de los derechos humanos de las mujeres

En el país existen avances importantes en leyes y programas hacia la igualdad sustantiva entre mujeres y hombres que no se reflejan en la vida de la mayoría de las mujeres. Algunos de estos son la Ley General para la Igualdad entre hombres y mujeres,¹ la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia,² la obligada transversalidad de género en legislación, políticas públicas, actividades administrativas, económicas y culturales en las instituciones públicas y privadas, la también obligada la planeación presupuestal con perspectiva de género y la etiquetación de recursos públicos destinados a las mujeres; así como la reforma constitucional en materia de derechos humanos³ que obliga al Estado a cumplir con los derechos humanos de la población de acuerdo a los contenidos, disposiciones y estándares de los tratados internacionales que México ha suscrito.

Los derechos reproductivos de las mujeres y algunos de los derechos sexuales tienen un marco dentro de los principios, acuerdos y tratados internacionales en materia de derechos humanos. Así, los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos, y deben concebirse como componentes fundamentales de la construcción y ejercicio de la ciudadanía de las mujeres en tanto son “una de las herramientas más importantes para la expansión y el arraigo de los derechos civiles, políticos y económicos, ya que el ejercicio de los derechos sexuales toca las fibras más sensibles de la experiencia humana”.⁴

1 Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 2 de agosto de 2006. Última modificación publicada 24 de marzo de 2016.

2 Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1° de febrero de 2007. Última modificación publicada 17 de diciembre de 2015.

3 Publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 10 de junio de 2011.

4 Ver Ortiz, Adriana. Elementos y obstáculos a tomar en cuenta en la conceptualización y apropiación de los derechos sexuales y reproductivos. Estudios Demográficos y Urbanos, núm. 57, septiembre-diciembre, 2004, pp. 599-637. El Colegio de México, A.C.



La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, CIPD, y su Programa de Acción (El Cairo, 1994) y la Declaración y Plataforma de acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, (Beijing, China, 1995) jugaron un papel central en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, PIDESC (1976)⁵ tiene una relevancia particular en el ámbito de la igualdad entre mujeres y hombres (Artículo 3) y del derecho a la protección de la salud en tanto plantea el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (Artículo 12). Así como en la Observación general N° 14, relativa al Artículo 12 sobre cuestiones sustantivas del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y la Observación general N° 16 al Artículo 3, relativa a la igualdad de derechos de mujeres y hombres.

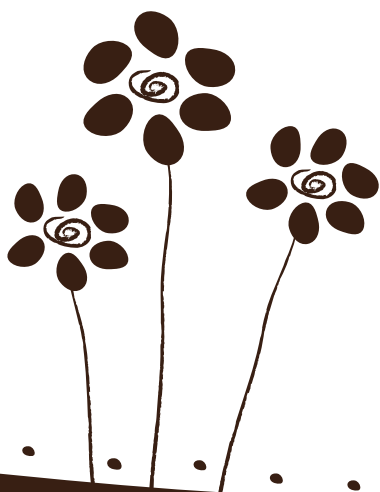
Otros tratados firmados y ratificados por México fundamentales en materia de derechos humanos de las mujeres son la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (Belém do Pará) y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW) y su Protocolo Facultativo.⁶

En relación a los derechos de los pueblos indígenas, sobresalen la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, así como el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo, OIT.

No obstante, lo anterior, la distancia entre los derechos formalmente reconocidos y la realidad de las mujeres es abismal. Los avances en la normatividad, leyes y programas -también en discursos oficiales- parecen responder más a la presión y avances en el marco jurídico internacional de los derechos humanos de las mujeres que a la voluntad y compromiso real por parte del Estado mexicano de cumplir su obligación de respetar, proteger, garantizar y promover los derechos humanos de las mujeres.

⁵ El Estado mexicano, se adhirió al PIDESC el 23 de marzo de 1981, entrando en vigor en nuestro país el 12 de mayo de ese año.

⁶ Que entró en vigor en diciembre de 2000.



Actualmente, los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres reportan pocos o nulos avances, en algunos casos francos retrocesos. La situación de violencia sexual contra las mujeres y el feminicidio como forma extrema de violencia, evidencian que el Estado, cuya omisión en su obligación de prevenir y castigar, es un Estado que viola los derechos humanos de las mujeres.

En los siguientes apartados damos cuenta de la situación de que guardan algunos de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres como resultado de las principales políticas públicas en la materia.





Las mujeres indígenas

México es reconocido como una nación pluricultural en el artículo 2 de la Constitución Política. A pesar de este reconocimiento, no existen cifras desagregadas en los principales indicadores en informes y estadísticas oficiales que den cuenta de la situación de salud de la población indígena. Los informes e indicadores existentes en materia de salud sexual y reproductiva no permiten conocer situación en que se encuentran las mujeres indígenas con respecto a las no indígenas ni los resultados de las políticas públicas de salud en las comunidades y pueblos indígenas.⁷

En México se reconoce que existen 68 Pueblos Indígenas. Según el Censo de Población y Vivienda 2010, a cargo del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), la población indígena estaba conformada por 15 millones 700 mil personas. Para 2015, el mismo INEGI reporta de acuerdo a la Encuesta Intercensal 2015, que la población indígena en México la integran 7 millones 382 mil 785 personas de 3 años y más de edad que hablan alguna lengua indígena, lo que representa el 6.5% del total nacional. Sin embargo, la cifra de personas que se reconocen a sí mismas como indígenas es de 24 millones 400 mil personas, independientemente de hablar o no alguna lengua indígena. Esta cifra representa 21.5% de la población mexicana y es tres veces mayor al 6.5% que contabiliza a la población hablante de alguna lengua indígena.⁸

Según la mencionada encuesta, la población indígena que no está afiliada a alguna institución de salud es 15.1%, lo que representa 1 millón 114 mil 800 personas indígenas, tomando como base la cifra de 7 millones 300 mil 785 personas indígenas.



⁷ Algunos datos se pueden encontrar en la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, CDI. En <http://www.gob.mx/cdi/documentos/indicadores-de-la-poblacion-indigena>

⁸ INEGI. Estadísticas a propósito del Día Internacional de los Pueblos Indígenas. México, 5 de agosto de 2016.

En México se viven grandes desigualdades. El informe Desigualdad extrema en México. Concentración del poder económico y político⁹ publicado por Oxfam México en junio de 2015, señala que México “está inmerso en un ciclo vicioso de desigualdad, falta de crecimiento económico y pobreza. Siendo la decimocuarta economía del mundo, hay 53.3 millones de personas viviendo la pobreza”. La riqueza -señala- “se encuentra concentrada en un grupo selecto de personas que se han beneficiado del poco crecimiento económico del que ha gozado México en las últimas dos décadas. Mientras el PIB per cápita crece a menos del 1% anual, la fortuna de los 16 mexicanos más ricos se multiplica por cinco”. Dicho informe hace referencia a un reporte de 2014 que señala que “el 10% más rico de México concentra el 64.4% del total de la riqueza del país. Así, a pesar del incremento en la riqueza de los más ricos, las tasas de pobreza patrimonial, de capacidades y alimentaria se mantuvieron constantes prácticamente durante las últimas dos décadas”.

El mismo informe señala que para la población indígena, la más marginada, la tasa de pobreza extrema “es casi 4 veces más alta que la de la población en general: Mientras que el 38% de la población hablante indígena vive en pobreza extrema, el porcentaje correspondiente para la población total es inferior al 10%”.

La Constitución, en el mencionado artículo, obliga a la Federación, los Estados y los Municipios a “promover la igualdad de oportunidades de los indígenas y eliminar cualquier práctica discriminatoria, establecerán las instituciones y determinarán las políticas necesarias para garantizar la vigencia de los derechos de los indígenas y el desarrollo integral de sus pueblos y comunidades, las cuales deberán ser diseñadas y operadas conjuntamente con ellos.

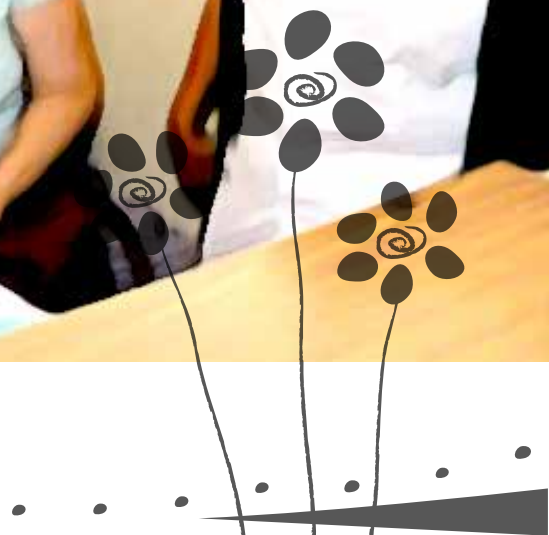
⁹ Cuyo autor es Gerardo Esquivel Hernández. En <http://www.oxfamMexico.org/desigualdad-extrema-en-mexico-concentracion-del-poder-economico-y-politico/#.WFHZflwdpKA>



Asimismo, plantea que para abatir las carencias y rezagos que afectan a los pueblos y comunidades indígenas, dichas autoridades, tienen la obligación de:

- III. Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional, así como apoyar la nutrición de los indígenas mediante programas de alimentación, en especial para la población infantil.
- V. Propiciar la incorporación de las mujeres indígenas al desarrollo, mediante el apoyo a los proyectos productivos, la protección de su salud, el otorgamiento de estímulos para favorecer su educación y su participación en la toma de decisiones relacionadas con la vida comunitaria.





El derecho a la protección de la salud

Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres son derechos humanos que se fundamentan en los principios de igualdad, autodeterminación y dignidad humana. Suponen condiciones, entre muchas otras, que deben ser garantizadas con el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva; incluyen el derecho a acceder a información sobre salud sexual y reproductiva, el derecho a acceder a métodos anticonceptivos, el derecho al aborto, el derecho a la atención obstétrica, entre otros.

El derecho a la protección de la salud de toda la población es una deuda del Estado mexicano. El Sistema Nacional de Protección Social en Salud -Seguro Popular- creado para dar acceso a algunos servicios de salud a las personas no derechohabientes, ha representado un instrumento financiero para las entidades federativas más que el cumplimiento de garantizar la protección de salud a toda la población.

Según la Encuesta Intercensal 2015¹⁰, la población total estimada fue de 119 millones 938 mil 473 personas, de las cuales 98 millones 224 mil 540 se encontraban afiliadas a algún servicio de salud. De éstas, 49.9% al Seguro Popular; 39.2 al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); 7.7 al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); 1.2 a Pemex, Defensa-Marina; 3.3 a alguna institución privadas y 1.6 a otra no especificada. Estas cifras suponen que 21 millones 713 mil 933 personas no contaban con derechohabiencia a algún servicio de salud.¹¹

El Estado incumple su obligación de garantizar el derecho a la protección de la salud de toda la población y para quienes tienen acceso a servicios de salud, las condiciones bajo las cuales se prestan dichos servicios



¹⁰ INEGI. Encuesta Intercensal 2015. Principales Resultados. México. s/f

¹¹ Según cifras oficiales en 2014, de acuerdo con el Padrón General de Salud existían más de 8 millones de personas registradas en al menos dos de las tres principales instituciones de salud: IMSS, ISSSTE y Seguro Popular.

son extremadamente desiguales de manera que no se está garantizando la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, como elementos esenciales del derecho a la protección de la salud.¹²

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 plantea como objetivo en materia de salud, asegurar el acceso a los servicios de salud, para lo cual contempla como estrategias: 1. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal. 2. Hacer de las acciones de protección, promoción un eje prioritario para el mejoramiento de la salud. 3. Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad. 4. Garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud de calidad. 5. Promover la cooperación internacional en salud.

Como parte de la estrategia de crear el Sistema Nacional de Salud Universal, el 7 de abril de 2016 se firmó el Acuerdo Nacional hacia la Universalización de los Servicios de Salud, que plantea, como paso inicial, el intercambio de servicios de salud entre instituciones. Este acuerdo señala como objetivo estratégico:

“... el desarrollo de acciones coordinadas y articuladas que permitan a la población tener un acceso efectivo con calidad a los servicios de salud, independientemente de su edad, lugar de residencia, condición social o laboral y sin restricciones financieras, geográficas o de oportunidad, a fin de lograr gradualmente la universalización en la prestación de los servicios de salud”.¹³

Este acuerdo, que supone el intercambio de servicios entre los hospitales del IMSS, del ISSSTE y de las secretarías de salud federal y estatales, sin importar a cuál de estas dependencias esté afiliada la persona que requiere

12 Ver Informe sobre la salud de los mexicanos 2016. Diagnóstico General del Sistema Nacional de Salud de la Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud. México, 2016.

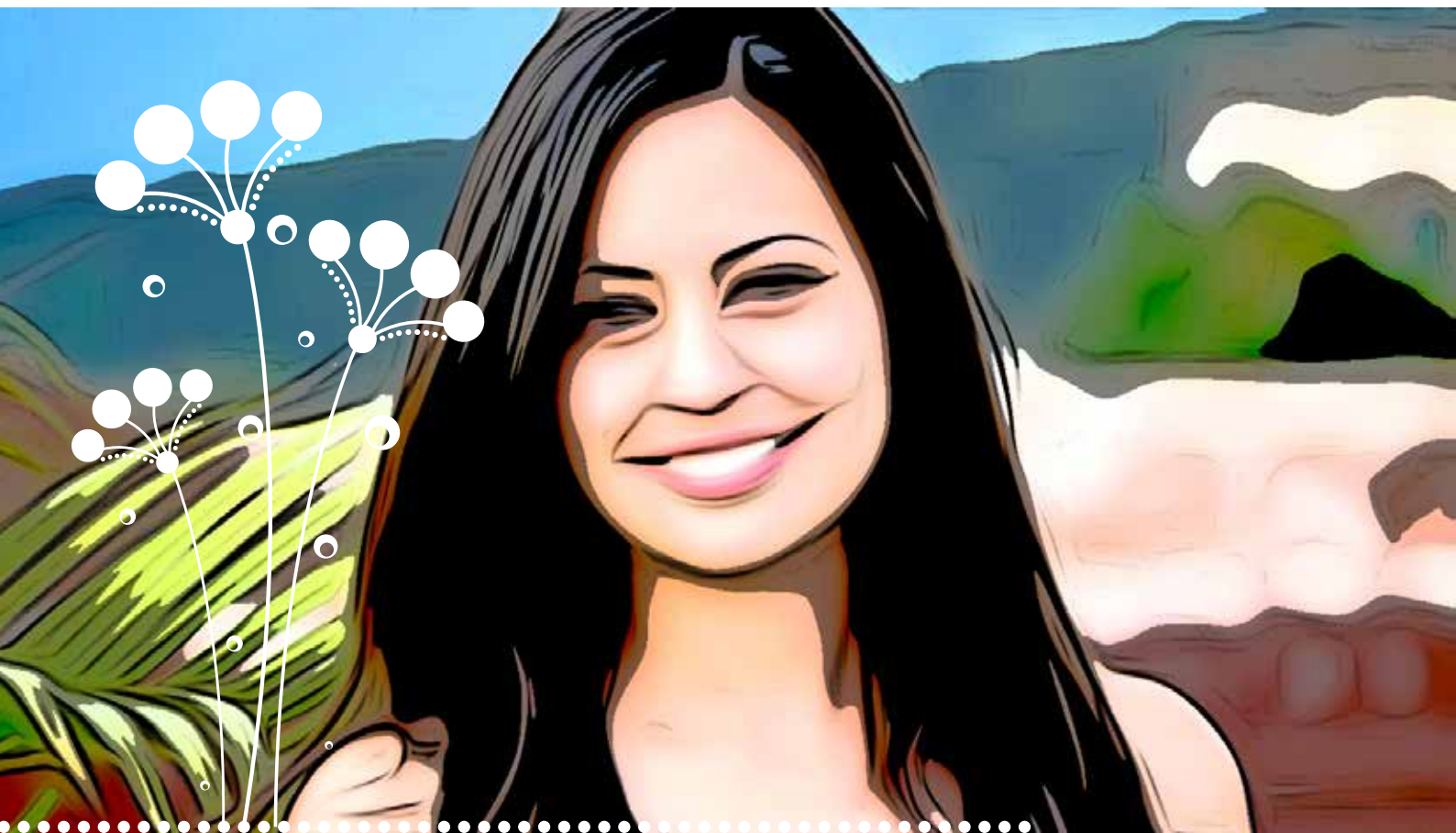
13 Acuerdo Nacional hacia la Universalización de los Servicios de Salud firmado por titulares de la Secretaría de Salud, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), entre otros, el 7 de abril de 2016.



atención, no resuelve la falta de acceso a servicios de salud de millones de personas ni las deficiencias en la calidad de la prestación de servicios de salud que se han denunciado en los últimos años, tales como la falta de infraestructura hospitalaria en zonas rurales e indígenas, la falta de personal médico, la falta de medicamentos, equipo y material adecuado para estudios clínicos, así como trato discriminatorio y maltrato por parte de personal de salud, negligencia médica, prácticas médicas inadecuadas y una muy deficiente atención a la salud materna.¹⁴



14 Sólo como aproximación a la problemática, ver Informe de Actividades del 1° de enero al 31 de diciembre de 2016 de la Comisión Nacional de Derechos Humanos. México, enero de 2017.



Métodos Anticonceptivos: información, acceso y poder de decisión

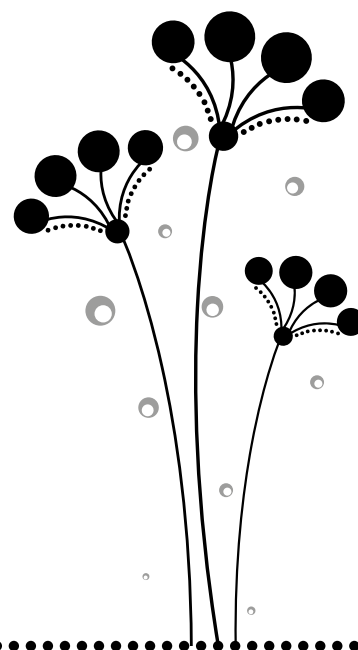
El derecho a decidir tener o no hijos, cuándo y cuántos implica el acceso a información veraz y oportuna sobre la amplia gama de métodos anticonceptivos, el acceso a éstos en los servicios de salud, incluyendo la anticoncepción de emergencia (anticoncepción hormonal poscoito) y el poder decidir sobre uso.

Decidir sobre la sexualidad y reproducción no sólo está relacionado con diversos aspectos de la salud sexual y reproductiva de las mujeres; fundamentalmente tiene implicaciones para su desarrollo, proyecto de vida y para el ejercicio de sus derechos en todos los ámbitos de la vida.

Muchas mujeres tienen obstáculos para decidir sobre su sexualidad y reproducción en tanto subordinan su voluntad a las decisiones del hombre que es su pareja, compañero o esposo. Es sabido que en los servicios de salud se presentan innumerables casos de mujeres que solicitan métodos anticonceptivos pidiendo a prestadores del servicio que no lo informen a sus maridos o parejas porque les han prohibido usar alguno.

Por otro lado, se ha denunciado que personal médico en los servicios de salud reproductiva no dan métodos anticonceptivos cuando son solicitado por mujeres adolescentes, por considerar que no tienen edad para tener relaciones sexuales; y que el personal médico tiene temor a utilizar un dispositivo intrauterino o un implante en mujeres adolescentes, en tanto los consideran métodos para mujeres que ya tuvieron algún hijo. Asimismo, se denunció que en ejercicios con usuarias simuladas, los médicos piden a las adolescentes acudir con un adulto o presentar una identificación oficial para proporcionarles anticonceptivos.¹⁵

¹⁵ Ver nota periodística de Paloma Villanueva / Agencia Reforma "Usan anticonceptivos sólo el 50% de mujeres en edad fértil bajo responsabilidad de la Ssa. Caducan en las bodegas de los estados porque no los quieren utilizar" en El Sur Periódico de Guerrero. Septiembre 28, 2016.





Según datos de CONAPO, en 2015, a nivel nacional, hay alrededor de 33 millones 400 mil mujeres en edad fértil (MEF), que son aquellas que tienen entre 15 y 49 años de edad. Esta cifra representa 53.9 % de la población femenina total.¹⁶

Como ya se señaló, no existen cifras que desagreguen la población indígena – las mujeres indígenas, en este caso- ni en lo nacional ni por entidad federativa, no obstante son las mujeres indígenas quienes presentan un mayor rezago en el acceso a servicios de salud, obstáculos para recibir información sobre métodos anticonceptivos en su propia lengua; también es común que los hombres no permitan que las mujeres utilicen anticoncepción o que sean revisadas por médicos.

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, CIPD, realizada en El Cairo en 1994, fue fundamental para avanzar en el contenido y reconocimiento de los derechos reproductivos. El derecho a tener control de la sexualidad, a decidir libre y responsablemente sin coerción, el derecho de todas las parejas e individuos a decidir de manera libre y responsable el número y espaciamiento de sus hijos y a disponer de la información, la educación y los medios para ello, así como a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva fueron contenidos fundamentales en el Programa de Acción de dicha Conferencia.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y culturales (PIDESC) exige a los Estados que garanticen progresivamente el derecho a la salud de toda la población; incluye derechos relacionados con un estándar adecuado de vida, los niveles más altos alcanzables en salud física y mental, incluido libre acceso a servicios de atención a la salud reproductiva; así como el disfrute de los beneficios de libertad cultural y el progreso científico.

Asimismo, la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, CEDAW, exige a los estados “Asegurar en condiciones de igualdad a hombres y mujeres los mismos derechos a deci-

¹⁶ CONAPO. Situación de la salud sexual y reproductiva. República Mexicana. México, noviembre de 2016.

dir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos”.

El artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos contiene el derecho de toda persona a decidir, de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

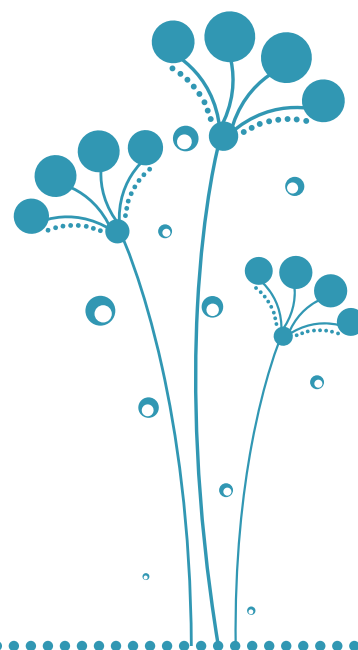
La Ley General de Salud contiene el Capítulo VI. Disposiciones para la Prestación de Servicios Planificación Familiar. En el Artículo 118 señala que “Será obligación de las instituciones de los sectores público, social y privado proporcionar de manera gratuita dentro de sus instalaciones, los servicios en los que se incluya información, orientación y motivación respecto a la planificación familiar, de acuerdo a las normas oficiales mexicanas que emita la Secretaría”.

En ese sentido, la Norma Oficial Mexicana, NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar¹⁷ señala:

4.1.3. La prestación de los servicios de planificación familiar deben ofrecerse sistemáticamente, a toda persona en edad reproductiva que acuda a los servicios de salud, independientemente de la causa que motive la consulta y demanda de servicios, en especial a las mujeres portadoras de mayor riesgo reproductivo, cuidando de no condicionar los otros servicios a la aceptación o negación al uso de métodos anticonceptivos.

Es importante mencionar que una de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, fue lograr para el 2015 el acceso universal a la salud reproductiva para la cual se definieron 3 indicadores relacionados con el acceso a métodos anticonceptivos, de los cuales México reportó en su informe 2015:

¹⁷ Actualizada y publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) del 21 de enero de 2004.



“...en las últimas dos décadas la prevalencia de uso de anticonceptivos en mujeres unidas en edad fértil prácticamente, se estancó como resultado de la falta de campañas de promoción en los últimos años, situándose en

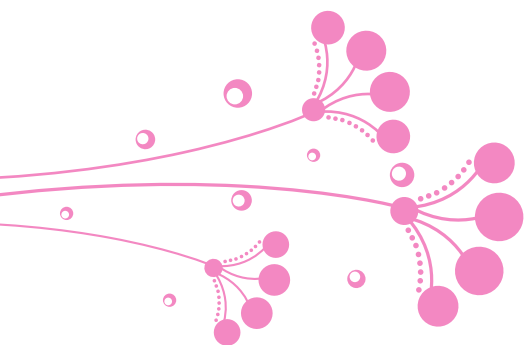
72.3% en 2009. En consecuencia, la demanda no satisfecha de métodos anticonceptivos fue de 10.0% en el mismo año, con mayores niveles en mujeres adolescentes de 15 a 19 años (24.8%), en población que habla lengua indígena (21.7%) y en población rural (15.9%), así como en los estados de Chiapas, Guerrero, Michoacán de Ocampo y Oaxaca”.¹⁸

Así, las cifras alcanzadas, según dicho informe para los 3 indicadores vinculados con métodos anticonceptivos son las siguientes:

Indicador	Cifras Línea base 1990	Cifras informadas en 2015
Aumentar la prevalencia de uso de anticonceptivos en mujeres unidas en edad fértil	63.1 (1992)	72.3 (2014)
Reducir la tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años	76.8	65.7 (2014)
Reducir la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos	25.1 (1987)	5.0 (2014)

El Programa de Acción Específico (PAE) Planificación Familiar y Anticoncepción, 2013-2018, tiene como finalidad contribuir a que la población disfrute de su vida sexual y reproductiva de manera informada, libre, satisfactoria, responsable y sin riesgos, bajo la rectoría de la Secretaría de Salud. Los objetivos que dicho Programa plantea son: 1. Incrementar el acceso efectivo a servicios de planificación familiar y anticoncepción y mejorar la calidad de la atención. 2. Atender las necesidades específicas de planificación familiar y anticoncepción, particularmente en grupos en situación de desventaja social. 3. Incentivar la paternidad activa y elegida, así como la responsabilidad del hombre en la planificación familiar y la anticoncepción.

18 Oficina de la Presidencia de la República. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México. Informe de avances 2015. Oficina de la Presidencia de la República. México, agosto 2015. p.52



Este programa, en su objetivo de Incrementar el acceso efectivo a servicios de planificación familiar y anticoncepción y mejorar la calidad de la atención, se plantea como indicador la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil unidas (MEFU), el cual no aporta información ni acciones sobre mujeres en edad fértil no unidas. Así, se propone pasar del 73.9% registrado en 2013, al 76.7% para 2018.

La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) incorporó en los levantamientos de 2009 y 2014, información sobre que da cuenta del grupo de mujeres en edad fértil sexualmente activas (MEFSA), definiéndolas como aquellas mujeres entre 15 y 49 años de edad que tuvieron al menos una relación sexual en el mes previo al levantamiento de la ENADID, con lo cual se determina “la población objetivo a partir de la actividad sexual, independientemente de su situación conyugal” lo que permite incluir a todas las mujeres que demandan atención en salud sexual y reproductiva y que están en riesgo de tener un embarazo no planeado o no deseado.

El Informe de labores de la Secretaría de Salud del gobierno federal, publicado en septiembre de 2016¹⁹, reporta haber asegurado el total abasto de métodos anticonceptivos en las unidades médicas de la SS: “Hoy en día todas las unidades médicas de la institución cuentan con métodos anticonceptivos temporales para la regulación de la fertilidad, incluyendo anticonceptivos reversibles de acción prolongada, como el dispositivo intrauterino y el implante subdérmico.”²⁰

No obstante lo anterior, reporta que “Al 30 de junio de 2016, se tienen registradas 4.2 millones de usuarias activas de un método anticonceptivo, lo que representa una cobertura de 50.1% del total de mujeres casadas o unidas de 15 a 49 años de edad que son responsabilidad de la SS”.

19 Secretaría de Salud. 4º Informe de Labores 2015-2016. México, septiembre 1º de 2016.

20 Informa que por tercer año consecutivo, se realizó una compra centralizada de catorce métodos anticonceptivos por un monto de 892.9 millones de pesos. p.69

Asimismo, el informe reporta que a la misma fecha, “se registraron 457 mil 656 adolescentes usuarias de algún método anticonceptivo, lo que representa una cobertura de 55% del total de mujeres de 15 a 19 años con vida sexual activa, que son responsabilidad de la SS”.

Estas cifras contrastan con las que reporta CONAPO en el documento Situación de la salud sexual y reproductiva. República Mexicana, presentado en noviembre de 2016, Ahí reporta como estimación de la prevalencia anticonceptiva de las mujeres en edad fértil sexualmente activas es de 75.54, en base a datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014. La prevalencia por rangos de edad estimada por CONAPO es la que sigue:

Prevalencia anticonceptiva de las mujeres en edad fértil sexualmente activas

Grupo de edad de las mujeres	Prevalencia
Nacional	75.54
15 a 19	58.97
20 a 24	67.67
25 a 29	72.44
30 a 34	76.60
35 a 39	80.40
40 a 44	81.48
45 a 49	78.82

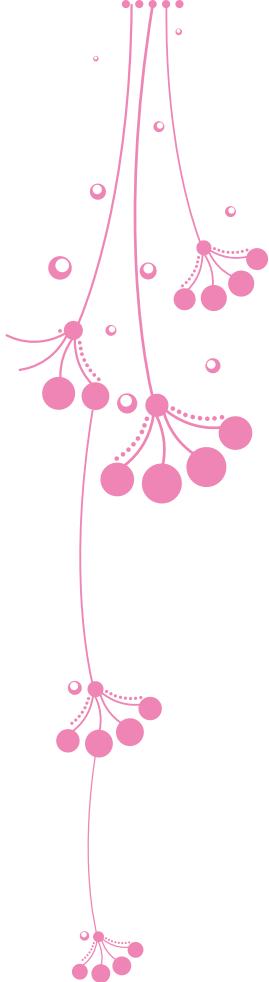


El mismo documento de CONAPO registra para cada entidad federativa las siguientes cifras de prevalencia anticonceptiva de las mujeres en edad fértil sexualmente activas.

Prevalencia anticonceptiva de las mujeres en edad fértil sexualmente activas

Grupo de edad de las mujeres	Prevalencia	Grupo de edad de las mujeres	Prevalencia
Nacional	75.54	Morelos	77.25
Aguascalientes	75.10	Nayarit	76.63
Baja California	77.66	Nuevo León	74.45
Baja California Sur	75.88	Oaxaca	68.07
Campeche	72.04	Puebla	77.62
Coahuila	74.64	Querétaro	76.31
Colima	76.85	Quintana Roo	76.23
Chiapas	63.84	San Luis Potosí	73.87
Chihuahua	76.45	Sinaloa	78.63
Ciudad de México	78.62	Sonora	76.99
Durango	76.27	Tabasco	70.39
Guanajuato	71.27	Tamaulipas	75.00
Guerrero	72.26	Tlaxcala	78.81
Hidalgo	76.69	Veracruz	72.81
Jalisco	75.70	Yucatán	76.87
Estado de México	81.11	Zacatecas	72.19
Michoacán	73.03		

Contrario a lo que comúnmente se piensa, el conocimiento sobre la amplia gama de métodos anticonceptivos y la forma de uso así como el acceso, son temas aún pendientes. En el mencionado estudio, CONAPO se refiere a la diferencia entre el conocimiento que las mujeres tienen sobre la “existencia” de métodos anticonceptivos y el “conocimiento funcional” que reporta el conocimiento sobre la forma en que estos métodos deben



utilizarse o sus formas de aplicación, y señala que, en general, es mayor el número de mujeres que reportan conocer de la existencia de algún método anticonceptivo que las que tienen conocimiento funcional sobre éstos:

En la mayoría de las entidades federativas se aprecia que el porcentaje de mujeres que conoce la existencia de al menos un método anticonceptivo es muy cercano al cien por ciento, excepto en Chiapas cuyo porcentaje es de 90 por ciento; pero sobresale que en casi todas las entidades al indagar sobre el conocimiento funcional disminuye la proporción de mujeres que además de identificarlos, realmente sabe usar al menos un método anticonceptivo. Los estados en donde más se reduce dicho conocimiento son Chiapas, Oaxaca, Michoacán, Puebla, Yucatán y Veracruz.

Embarazo en adolescentes

En enero de 2015 se hizo público el inicio de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, ENAPEA, dirigida a erradicar los nacimientos en niñas de 10 a 14 años y reducir la tasa de fecundidad en 50% en las adolescentes de 15 a 19 años. La ENAPEA involucra diversas instituciones: Consejo Nacional de Población (CONAPO), la Secretaría de Salud (SS), el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Programa IMSS-Oportunidades actualmente IMSS Prospera, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la Secretaría de Educación Pública (SEP) y el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE). Dicha estrategia tiene como objetivo general:

Reducir el número de embarazos en adolescentes en México, con absoluto respeto a los derechos humanos, particularmente los derechos sexuales y reproductivos. Y como objetivos específicos se busca: a) contribuir al desarrollo humano y ampliar las oportunidades laborales y educativas de las y los adolescentes en México; b) propiciar un entorno habilitante que favorezca las decisiones libres, responsables

e informadas de las y los adolescentes sobre el ejercicio de su sexualidad y la prevención del embarazo; c) asegurar el acceso efectivo a una gama completa de métodos anticonceptivos, incluyendo los reversibles de acción prolongada (ARAP), para garantizar una elección libre e informada y la corresponsabilidad del varón en el ejercicio de la sexualidad; d) incrementar la demanda y calidad de la atención de los servicios de salud sexual reproductiva para adolescentes; e) garantizar el derecho de las niñas, los niños y la población adolescente a recibir educación integral en sexualidad en todos los niveles educativos de gestión pública y privada.

En ese mismo sentido, el Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018 señala como objetivos: 1. Favorecer el acceso universal a información, educación, orientación y servicios en salud sexual y reproductiva para adolescentes. 2. Reducir embarazos no planeados e ITS en adolescentes, mediante el acceso efectivo a servicios de calidad específicos para esta población. 3. Incidir en los determinantes que impiden el ejercicio pleno de la sexualidad y salud reproductiva de la población adolescente. Y plantea como una de sus metas principales:

Reducir la tasa específica de fecundidad en adolescentes, de 63.0 en 2013, a 65 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 19 años de edad.²¹

- Según el INEGI, en base a datos de la Encuesta Intercensal 2015, el 7.8% de las adolescentes de 12 a 19 años ya son madres.
- Según datos del Instituto Nacional de Perinatología, cada año nacen alrededor de 397 mil 420 hijos o hijas de madres menores de edad, de las cuales, alrededor de 8 mil 621 tienen menos de 14 años.²²
- Según otro estudio, en México, el 20% de los nacimientos anuales se presenta en madres menores de 20 años. Entre 2003 y 2012 ocurrie-

21 CNEGSR de la Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018. México, 2014.

22 En nota de prensa de Blanca Valadez. En México cada día se embarazan 24 niñas. En milenio.com el 2 de junio de 2016.



ron en promedio 2 millones 59 mil nacimientos anuales, lo que representa un promedio anual de 448 mil nacimientos anuales en madres menores de 20 años en el momento del parto, lo que constituye el 20% de los nacimientos anuales a esta edad.²³

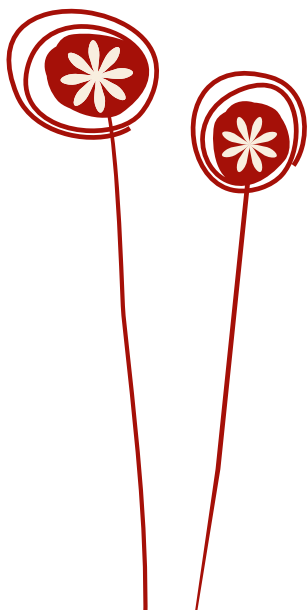
La OMS señala que las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre jóvenes de 15 a 19 años en todo el mundo. Cada año se practican unos 3 millones de abortos peligrosos entre muchachas de 15 a 19 años, lo que contribuye a la mortalidad materna y a problemas de salud prolongados. La procreación prematura aumenta el riesgo tanto para las madres como para los recién nacidos. Los recién nacidos de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de registrar peso bajo al nacer, con el consiguiente riesgo de efectos a largo plazo.²⁴

En la sociedad prevalecen patrones culturales que obstaculizan el acceso a la información sobre sexualidad y prevención de embarazos entre las y los adolescentes con la idea de que la ignorancia les llevará a postergar el inicio de las relaciones sexuales; esta idea también se presenta en funcionarios públicos y prestadores de servicios de salud que niegan a adolescentes servicios de consejería, así como métodos anticonceptivos.

Sobre las maternidades, un factor fundamental presente en la sociedad es la representación hegemónica que existe de lo femenino, desde la cual se asume que la maternidad legitima el rol como mujeres, asumiéndola como “un hecho natural”, como un destino inherente al ser mujer. Aunado a ello, otros factores que propician el embarazo a edades tempranas son la pobreza, la falta de acceso a la educación y a servicios de salud sexual y reproductiva, entre otros; así, la mayoría de los embarazos a edades tem-

23 Mora Cancino, A.M. y Hernández Valencia M. Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. *Revista Perinatología y Reproducción Humana del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes*. Vol.29 N°2 Junio de 2015. pp. 76-82

24 OMS. El embarazo en la adolescencia. Nota descriptiva. Septiembre de 2014.



pranas se considera consecuencia de la situación de desventaja social en la que se encuentran las jóvenes antes del embarazo.²⁵

Por otro lado, es frecuente que embarazos a edades tempranas sean producto de la violencia sexual -se señala que entre menor edad tenga la madre adolescente, existe una mayor probabilidad-, que en la mayoría de los casos no es denunciada. Generalmente los abusadores son hombres de la familia -entre los cuales se encuentran padres, tíos, hermanos, cuñados, etc.- o bien, amigos o conocidos. Esta problemática, silenciada en la sociedad, no ha sido atendida por las autoridades y su dimensión es alarmante.

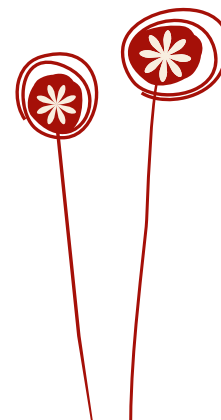
En el país se cometen 600 mil delitos sexuales anualmente contra los menores de edad; nueve de cada 10 víctimas son mujeres, y cuatro de cada 10 casos son menores de 15 años. La mitad de los delitos son cometidos en el hogar de la víctima y en 60 por ciento de ellos son perpetrados por personas conocidas.²⁶

Si bien, la reciente modificación a la NOM-046-SSA2-2005²⁷ representa un avance -aunque insuficiente- en materia de atención a la violencia sexual, en tanto obliga a los servicios de salud a realizar la interrupción voluntaria de embarazos en casos de violación cuando así sea solicitado; de NOM-007-SSA2-2016²⁸ que obliga a que el personal médico que atienda a una mujer embarazada, de manera particular si es adolescente menor de 15 años, busque señales de violencia sexual, familiar o de género y en caso de encontrar evidencia proceder conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.

26 Ver nota de Matilde Pérez. El abuso sexual contra niños y adolescentes, muy fuerte: CEAV. La Jornada, 21 de julio de 2016.

27 Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. Modificada y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 24 de marzo de 2016.

28 Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Modificada y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de abril de 2016.





Prevención y atención del VIH y sida

En México, del total del registro de casos notificados de sida, el 18.0 % corresponde a mujeres y de casos notificados de VIH, representan el 24.5%.²⁹ La principal categoría de transmisión es la vía sexual. CENSIDA calcula que cada día, 30 personas adquieren VIH en México, por lo que al año se presentan alrededor de 11 mil nuevos casos de VIH.³⁰

La población considerada clave en la respuesta a la epidemia son hombres que tienen sexo con hombres, personas que utilizan drogas inyectadas, trabajadores sexuales y personas trans-; y si bien, los casos de VIH y sida se concentran en hombres, es evidente la ausencia de estrategias de prevención del VIH dirigidas a las mujeres.

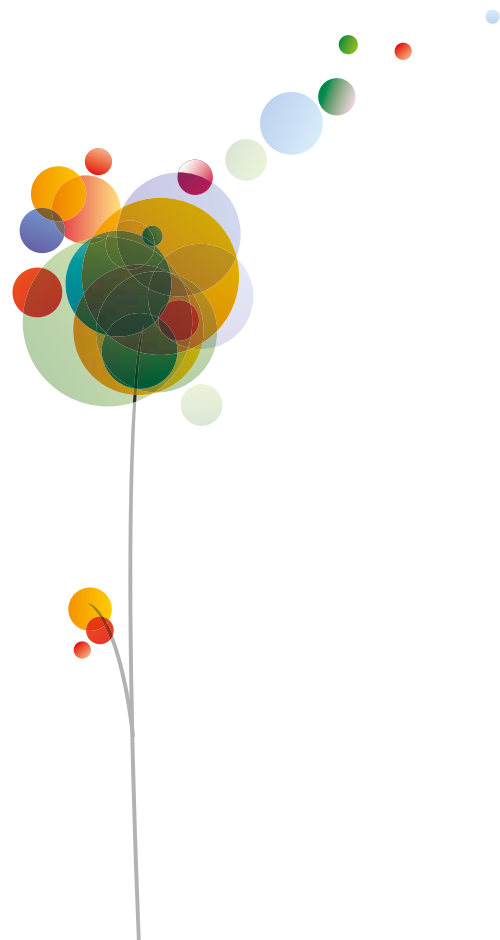
La desigualdad de género que enfrentan muchas mujeres en relaciones sexo-afectivas con hombres, las coloca en una situación de riesgo al enfrentar obstáculos para decidir sobre su sexualidad y protección, aunado a la falta de información y el desconocimiento sobre la diversidad de prácticas sexuales que tienen muchos hombres -sexo con otros hombres así como la multiplicidad de parejas sexuales- son condiciones que juegan un papel de vulnerabilidad para las mujeres.

Factores biológicos también juegan un papel de vulnerabilidad en las mujeres. "Se ha comprobado que en las relaciones heterosexuales la mujer es de dos a cuatro veces más vulnerable a la infección por el VIH que el hombre. La transmisión del hombre a la mujer es más probable, puesto que durante el coito vaginal el área superficial del aparato genital femenino expuesta a las secreciones sexuales del compañero es más grande que la del hombre. Además, la concentración de VIH generalmente es más alta en el semen del hombre que en las secreciones sexuales de la mujer".³¹

29 Todas las cifras de este apartado, a excepción de cuando se señale otra fuente, corresponden a CENSIDA. Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro nacional de casos de SIDA. Actualización al 15 de noviembre de 2016.

30 SIDA. Día mundial del sida. 1° de diciembre de 2016.

31 SIDA. Día mundial del sida. 1° de diciembre de 2016.



El su Informe 2015, CENSIDA reporta que “Los casos de VIH y sida diagnosticados durante el 2014 en hombres denotan con claridad la mayoritaria presencia de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en la dinámica de transmisión del VIH. Se puede apreciar claramente que, al menos, el 70% de las infecciones en hombres se relaciona con alguna de las categorías que conforman el concepto epidemiológico de transmisión por prácticas de HSH”.³²

Asimismo, se ha demostrado “que la violencia ejercida por la pareja íntima puede aumentar el riesgo de infección por el VIH en torno a un 50% y que una de cada tres mujeres la sufre al menos una vez a lo largo de su vida. También hay pruebas de que la violencia o el miedo a sufrirla dificultan el acceso a los servicios de tratamiento, cuidado y apoyo para las mujeres que viven con el VIH”.³³

México tiene una epidemia concentrada³⁴ de acuerdo con la tipología de ONUSIDA. Se considera como población clave de mayor riesgo de exposición al VIH a: hombres que tienen sexo con hombres, personas que utilizan drogas inyectadas, hombres trabajadores sexuales, personas trans y mujeres trabajadoras sexuales.

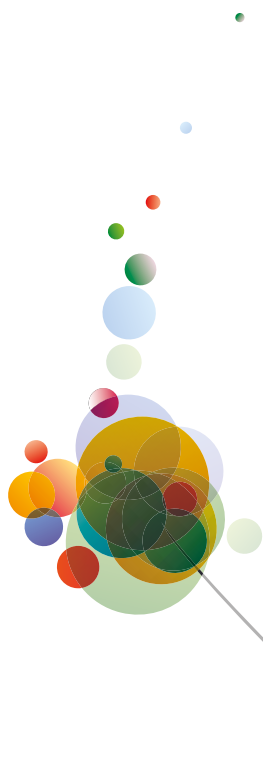
De 1983, en que se reportó el primer caso de sida en México, a noviembre de 2016, existe un registro acumulado de 250 mil 761 personas que se han infectado por el VIH o desarrollado el sida, de las cuales 99 mil 337 ya fallecieron y 15 mil 909 se desconoce su status actual. Mientras que 135 mil 515 personas se encontraban vivas.³⁵

32 CENSIDA. Informe nacional de avances en la respuesta al VIH y el sida. Periodo reportado: Enero-diciembre de 2015. México, abril de 2016.

33 ONUSIDA. Unidos contra la violencia y el sida. Marzo de 2014.

34 Según ONUSIDA, una epidemia concentrada se refiere a que el VIH se ha propagado rápidamente por una o más poblaciones, pero aún no se ha extendido entre la población general.

35 CENSIDA. Día mundial del sida. 1° de diciembre de 2016



Las categorías de transmisión que se conocen de los casos notificados de sida de 1983 a 2016 son: sexual, 94.5 %; sanguínea, 2.1 %; UDI, 1.4 % y perinatal, 2.0 %.

Combatir el VIH y sida fue también uno de los Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) que estableció como metas para el 2015: 6.A: Haber detenido y comenzar a reducir la propagación del VIH y el sida para el año 2015. Meta 6.B. Lograr, para el año 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/sida de todas las personas que lo necesiten.³⁶

México se comprometió junto con otros países de la región, lograr para el año 2020: Aumentar a 90% la proporción de personas con VIH que conoce su diagnóstico, aumentar a 90% la proporción de personas bajo tratamiento antirretroviral y aumentar a 90% la proporción de personas bajo tratamiento con carga viral indetectable. Estas metas -llamadas 90-90-90- fueron acordadas en el Primer Foro Latinoamericano y del Caribe sobre el Continuo de Atención del VIH, llevado a cabo en mayo de 2014 en la Ciudad de México³⁷. En la segunda edición de dicho Foro, celebrada en Brasil en agosto de 2015³⁸, se acordó también como meta para el 2020, reducir en un 75% de las nuevas infecciones y eliminar las leyes que puedan ser usadas para discriminar a las personas que viven con VIH o sida.

En junio de 2016, se emitió la Declaración política³⁹ en la Asamblea General de las Naciones Unidas para poner fin al sida en el año 2030, vinculando la llamada agenda 90-90-90 con los Objetivos de Desarrollo Sustentable (ODS) que plantea metas para el 2030.



36 Ver Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México. Informe de avances 2015. Oficina de la Presidencia de la República. p.25

37 Declaración Llamado a la Acción del "Primer Foro Latinoamericano y del Caribe sobre el continuo de la atención", Ciudad de México, 26-28 de mayo de 2014.

38 Declaración Llamado a la Acción. Segundo Foro Latinoamericano y del Caribe sobre el Continuo de Atención: "Mejorar la prevención combinada del VIH para fortalecer el continuo de la prevención y la atención". Rio de Janeiro, Brasil, 18-20 de agosto de 2015.

39 Asamblea General de Naciones Unidas. Declaración Política sobre el VIH/SIDA: En la vía rápida para acelerar la lucha contra el VIH y poner fin a la epidemia del SIDA para 2030. A/70/L.52. Nueva York, EEUU; 7 de junio de 2016. http://www.hlm2016aids.unaids.org/wp-content/uploads/2016/06/2016-political-declaration-HIV-AIDS_es.pdf

En dicha Declaración, se señala:

Observamos con profunda preocupación que la epidemia del VIH sigue siendo un grave problema social y para la salud, el desarrollo y los derechos humanos que inflige un sufrimiento inmenso a los países, las comunidades y las familias de todo el mundo, y que desde el comienzo de la epidemia ha habido alrededor de 76 millones de infecciones por el VIH y 34 millones de personas han muerto a causa del SIDA, que el SIDA es la principal causa de muerte entre las mujeres y las niñas adolescentes en edad de procrear (15 a 49 años de edad) a nivel mundial, que alrededor de 14 millones de niños han quedado huérfanos a causa del SIDA y que todos los días se producen 6.000 nuevas infecciones por el VIH, principalmente entre la población de los países en desarrollo, y observamos con alarma que, entre los 36,9 millones de personas que viven con el VIH, más de 19 millones no saben que son seropositivas (Párrafo 33)

Seguimos profundamente preocupados porque, a nivel mundial, las mujeres y las niñas son aún las más afectadas por la epidemia y soportan una parte desproporcionada de la carga asistencial, observamos que el progreso hacia la igualdad de género y el empoderamiento de todas las mujeres y las niñas ha sido inaceptablemente lento y que las mujeres y las niñas siguen viendo reducida su capacidad de protegerse del VIH a causa de factores fisiológicos, desigualdades entre los géneros, como unas relaciones de poder desiguales entre hombres y mujeres, niños y niñas, su situación de desigualdad jurídica, económica y social, el acceso insuficiente a la asistencia sanitaria y los servicios de atención de la salud, incluida la salud sexual y reproductiva, y todas las formas de discriminación y violencia en la vida pública y privada, incluida la trata de personas, la violencia sexual y la explotación y las prácticas nocivas (Párrafo 41).

En dicha Declaración, se establecen 13 compromisos específicos dirigidos a lograr el objetivo “Búsqueda de respuestas transformadoras al SIDA para contribuir a la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de

todas las mujeres y niñas⁴⁰ en concordancia con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen. En ese sentido, se reconoce la importancia del acceso universal a la salud reproductiva y se compromete a alcanzar la igualdad de género, invertir en el liderazgo de las mujeres y poner fin a toda forma de violencia y discriminación contra las mujeres y jóvenes como manera de incrementar su capacidad para protegerse del VIH, entre otros.

La actual NOM-010-SSA2-2010 Para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana⁴¹ establece la obligatoriedad de todos los servicios de salud que integran el Sistema nacional de Salud de ofrecer la prueba de detección del VIH a todas las personas de manera voluntaria y confidencial para el cuidado de su salud, con especial énfasis en todas mujeres embarazadas para prevenir la infección materno-infantil.

El Programa de Acción Específico Respuesta al VIH, SIDA e ITS 2013–2018 señala:

Si bien el VIH y sida en México está concentrado en población clave (HSH, personas trans, TS y PUDI), en el escenario internacional reiteran ser incluyentes de personas que pueden encontrarse en desventaja para infectarse con este virus, simplemente por estar en situación de desigualdad, y por lo tanto deben ser incorporados a la política nacional, a saber, mujeres y jóvenes.

Las mujeres migrantes, trabajadoras sexuales, usuarias de drogas inyectables, embarazadas con VIH, mujeres en situación de reclusión y mujeres que tienen parejas hombres que tienen sexo con hombres, tienen

40 Asamblea General de Naciones Unidas. Declaración Política sobre el VIH/SIDA: En la vía rápida para acelerar la lucha contra el VIH y poner fin a la epidemia del SIDA para 2030. A/70/L.52. Nueva York, EEUU; 7 de junio de 2016. pp. 19-22

41 Para la cual, desde 2015 y durante 2016 se lleva a cabo un proceso para su revisión y actualización.



un elemento común: encontrarse en situación de desigualdad y vulnerabilidad a la infección del VIH y otras ITS. Aunado a lo anterior, las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) incluyen en este grupo a mujeres indígenas, mujeres en situación de calle, mujeres jóvenes y adolescentes en condición de pobreza, y mujeres trabajadoras domésticas.

Llama la atención que dicho Programa integra únicamente un indicador de avance de las estrategias dirigidas a las mujeres, el cual es: Porcentaje de cambio entre el año base y el año de registro de casos nuevos confirmados de VIH/sida por transmisión vertical: 2013-2018, el cual mide de forma indirecta la efectividad de la detección temprana de casos de VIH en mujeres embarazadas o parturientas para intervenir oportunamente con el tratamiento que evite la transmisión de madre a hija(o). Así, se propone, partiendo de 131 casos (Número absoluto) pasar el 84.6% en 2018.

- Durante el 2016⁴², se reportan 5 mil 145 casos nuevos diagnosticados de VIH y 4 mil 112 casos de sida notificados en el mismo año.

1983-2016	Total	Hombres	%	Mujeres	%
Casos de sida notificados	186,655	153,035	82.0	33,620	18.0
Casos de VIH notificados	64,106	48,424	75.5	15,682	24.5



Casos Notificados de Sida según Estado de Residencia y Sexo México, 1983-2016

Estado	Hombres	Mujeres	Total	Porcentaje de casos respecto al total
Aguascalientes	922	175	1,097	0.6
Baja California	6,580	1,558	8,138	4.4
Baja California Sur	841	187	1,028	0.6
Campeche	1,896	532	2,428	1.3
Coahuila	1,689	291	1,980	1.1
Colima	1,048	225	1,273	0.7
Chiapas	7,070	2,571	9,641	5.2
Chihuahua	4,404	820	5,224	2.8
Ciudad de México	24,155	2,914	27,069	14.5
Durango	1,217	246	1,463	0.8
Guanajuato	3,054	590	3,644	2.0
Guerrero	7,111	2,362	9,473	5.1
Hidalgo	1,800	472	2,272	1.2
Jalisco	10,782	2,210	12,992	7.0
Estado de México	16,228	3,335	19,563	10.5
Michoacán	4,711	1,057	5,768	3.1
Morelos	3,195	864	4,059	2.2
Nayarit	1,987	453	2,440	1.3
Nuevo León	4,949	724	5,673	3.0
Oaxaca	5,011	1,355	6,366	3.4
Puebla	6,476	1,798	8,274	4.4
Querétaro	1,253	243	1,496	0.8
Quintana Roo	2,392	532	2,924	1.6
San Luis Potosí	1,965	429	2,394	1.3
Sinaloa	2,972	657	3,629	1.9
Sonora	3,363	648	4,011	2.1
Tabasco	3,302	792	4,094	2.2
Tamaulipas	3,763	887	4,650	2.5
Tlaxcala	1,311	381	1,692	0.9
Veracruz	12,515	3,406	15,921	8.5
Yucatán	3,871	703	4,574	2.5
Zacatecas	809	160	969	0.5
Extranjeros	330	38	368	0.2
No especificado	63	5	68	0.0
TOTAL	153,035	33,620	186,655	100.0

Respecto de los casos de sida notificados por grupo de edad y sexo en el periodo de 1983 a 2016, destaca que es similar el rango de edad de mujeres y hombres en los cuales se concentran los casos de sida, siendo el rango de 20 a 49 años de edad. En este rango de edad se concentra el 84% de hombres y el 78.7 % de los casos de mujeres.⁴³

Casos Notificados que Continúan Registrados como Seropositivos a VIH según Estado de Residencia y Sexo; México, 1984-2016

Estado	Hombres	Mujeres	Total	Porcentaje de casos respecto al total
Aguascalientes	278	98	376	0.6
Baja California	1,662	748	2,410	3.8
Baja California Sur	315	134	449	0.7
Campeche	566	163	729	1.1
Coahuila	531	188	719	1.1
Colima	278	119	397	0.6
Chiapas	1,637	1,019	2,656	4.1
Chihuahua	1,987	646	2,633	4.1
Ciudad de México	10,535	1,322	11,857	18.5
Durango	276	117	393	0.6
Guanajuato	1,162	388	1,550	2.4
Guerrero	769	421	1,190	1.9
Hidalgo	478	151	629	1.0
Jalisco	1,718	466	2,184	3.4
Estado de México	3,504	870	4,374	6.8
Michoacán	766	317	1,083	1.7
Morelos	605	182	787	1.2
Nayarit	231	135	366	0.6
Nuevo León	1,996	514	2,510	3.9
Oaxaca	1,525	824	2,349	3.7

43 Elaboración propia, con datos de CENSIDA. Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro nacional de casos de SIDA. Actualización al 15 de noviembre de 2016.



Estado	Hombres	Mujeres	Total	Porcentaje de casos respecto al total
Puebla	2,199	650	2,849	4.4
Querétaro	771	161	932	1.5
Quintana Roo	1,522	516	2,038	3.2
San Luis Potosí	621	220	841	1.3
Sinaloa	778	309	1,087	1.7
Sonora	855	258	1,113	1.7
Tabasco	1,598	749	2,347	3.7
Tamaulipas	1,807	743	2,550	4.0
Tlaxcala	181	48	229	0.4
Veracruz	4,628	2,601	7,229	11.3
Yucatán	2,238	479	2,717	4.2
Zacatecas	333	105	438	0.7
Extranjeros	74	21	95	0.1
TOTAL	48,424	15,682	64,106	100.0

Respecto de los casos notificados que continúan como seropositivos al VIH por grupo de edad y sexo en el periodo de 1983 a 2016, también en similar el rango de edad de mujeres y hombres en los cuales se concentran la mayoría de casos, siendo el rango de 20 a 39 años de edad. En este rango de edad se concentra el 72.9 % de hombres y el 66.8 % de los casos de mujeres.⁴⁴

44 Elaboración propia, con datos de CENSIDA. Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro nacional de casos de SIDA. Actualización al 15 de noviembre de 2016.

La Secretaría de Salud informa que al 30 de junio de 2016, en la Secretaría de Salud se encontraban 78 mil 563 personas en tratamiento antirretroviral (TAR), a través del Fideicomiso de Gastos Catastróficos del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS).⁴⁵ CENSIDA reporta que en todo el país, son 125 mil personas las que tenían acceso al TAR a junio de 2016, de las cuales 26 mil 238 son mujeres, lo que representa el 21% del total de personas en TAR.⁴⁶



45 Secretaría de Salud. 4° Informe de Labores 2015-2016. México, septiembre 1° de 2016. p.68

46 CENSIDA. Día Mundial del Sida, México 2016. 1° de diciembre de 2016.

Interrupción de un embarazo no deseado

Ninguna mujer debe ser condenada a continuar con un embarazo que no desea. Si bien, el aborto representa el último recurso para una mujer, se constituye en el único recurso cuando hay un embarazo no deseado; por ello, el acceso al aborto legal y seguro se considera un requisito para que las mujeres ejerzan el derecho a decidir sobre sus propios cuerpos, su sexualidad y su capacidad reproductiva.

El aborto legal y seguro se considera como parte de los derechos reproductivos de las mujeres y se fundamenta en el derecho a la integridad física, el derecho a la salud y a la autonomía reproductiva de las mujeres.

Los embarazos no deseados son indicativos de la desigualdad entre mujeres y hombres cuando se les niega a las mujeres el derecho a decidir si desean o no un hijo. Este hecho es aún más grave en contextos en los que las mujeres frecuentemente no ejercen el control de su sexualidad y su reproducción, no hay un pleno acceso a métodos anticonceptivos y en los que la violencia sexual contra niñas y mujeres es un problema de dimensiones más grandes de lo que las autoridades y la misma sociedad reconocen públicamente.

Las leyes restrictivas que, además, criminalizan a las mujeres que abortan, dan lugar a prácticas inseguras y clandestinas que ponen en riesgo la salud y la vida de las mujeres. Así lo muestra el hecho de que el aborto sigue siendo una de las principales causas de muerte materna.

Existe consenso en el marco internacional de los derechos humanos sobre el vínculo que existe entre el acceso al aborto y el ejercicio efectivo de los derechos humanos de las mujeres; en el ámbito de la salud también es claro que el acceso al aborto seguro y legal puede salvar la vida y facilitar la igualdad de las mujeres.



La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala:

Durante las últimas dos décadas, la evidencia relacionada con la salud, las tecnologías y los fundamentos lógicos de los derechos humanos para brindar una atención segura e integral para la realización de abortos han evolucionado ampliamente. A pesar de estos avances, se estima que cada año se realizan 22 millones de abortos en forma insegura, lo que produce la muerte de alrededor de 47 000 mujeres y discapacidades en otras 5 millones de mujeres. Casi cada una de estas muertes y discapacidades podría haberse evitado a través de la educación sexual, la planificación familiar y el acceso al aborto inducido en forma legal y sin riesgos, y a la atención de las complicaciones del aborto.⁴⁷

Los principales instrumentos internacionales en el marco de los derechos humanos de las mujeres y en particular, de los derechos sexuales y reproductivos, que hacen referencia a lo señalado, son el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas (El Cairo, 1994)⁴⁸ y la Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995)⁴⁹. También lo la Convención sobre

47 OMS. Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. 2ª. ed. 2012

48 Párrafo 8.25 "En ningún caso se debe promover el aborto como método de planificación de la familia. Se insta a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes a incrementar su compromiso con la salud de la mujer, a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas como un importante problema de salud pública y a reducir el recurso al aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación de la familia. Las mujeres que tienen embarazos no deseados deben tener fácil acceso a información fidedigna y a asesoramiento comprensivo. En los casos en que el aborto no es contrario a la ley, deben realizarse en condiciones adecuadas. En todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de los abortos."

49 Párrafo 97 "Los abortos realizados en condiciones de riesgo ponen en peligro la vida de muchas mujeres, lo cual representa un problema de salud pública grave. La mayoría de estas muertes, los problemas de salud y las lesiones podrían prevenirse mediante un mayor y mejor acceso a servicios adecuados de atención en salud, incluyendo métodos seguros y efectivos de planificación familiar y atención obstétrica de urgencia..."



la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW) y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (Belém do Pará).

No obstante que el aborto es reconocido oficialmente como una de las principales causas de muerte materna y que públicamente las autoridades de salud reconocen que el aborto es un problema de salud pública, el Estado mexicano no ha impulsado políticas o reformas legales para resolver el problema del aborto inseguro al que recurren cientos de miles de mujeres.

La Secretaría de Salud del gobierno federal registra en 2012, la atención de 222 mil 248 abortos en instituciones federales del sistema de salud y reconoce que las muertes maternas por aborto van de 7.4 a 8.2% del total de las defunciones maternas.⁵⁰

Por otra parte, la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes⁵¹ señala que “En relación con el aborto, la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2009) señala que 9.2% de los embarazos en mujeres de 15 a 19 años ocurridos entre 2004 y 2009 terminó en aborto. Otros estudios estiman tasas de aborto de alrededor de 44 por cada mil mujeres de 15 a 19 años a nivel nacional y de 51 por cada mil en los estados fronterizos del norte. La tasa anual de hospitalizaciones por aborto en adolescentes de 15 a 19 años se ha incrementado en el país de 6.1 por cada mil en el año 2000 a 9.5 en el 2010”.

A pesar de lo anterior, prevalece la falta de una política nacional sobre el acceso al aborto legal y seguro basada en la científicidad en asuntos de la salud, en el precepto de justicia social, en la autonomía de las mujeres para decidir sin el tutelaje del Estado ni de un hombre, parece responder a la existencia de un simulado Estado laico en el que prevalecen prohibiciones y sanciones penales sustentadas en la moralidad religiosa y por ende, contrarias a la igualdad sustantiva entre mujeres y hombres.

⁵⁰ Programa de acción específico Salud Materna y Perinatal 2013-2018. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud. p.21
⁵¹ Gobierno de la República. Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. México, 2015.



En México hay retrocesos relevantes para las mujeres en materia de acceso al aborto legal y seguro. Una andanada de reformas constitucionales en 17 estados de la República que han incorporado, desde 2008 a la fecha, “la protección de la vida desde la concepción”, ha generado un contexto de criminalización de las mujeres que desean abortar, ambigüedad para hacer efectivas las causales que permiten el aborto en los códigos penales de cada entidad y códigos penales que castigan a las mujeres que abortan, con cárcel, trabajo para la comunidad, multas económicas o tratamiento psicológico.

Reformas constitucionales

Entidad Federativa	Artículo constitucional modificado	Fecha de aprobación en los Congresos Locales
Veracruz	Art. 4	27 de julio de 2016
Tamaulipas	Art. 16	23 de diciembre de 2010
Chiapas	Art. 4	18 de diciembre 2009
Oaxaca	Art. 12	9 de septiembre 2009
Querétaro	Art. 2	1° de septiembre 2009
Yucatán	Art. 1°	15 de julio de 2009
San Luís Potosí	Art. 16	21 de mayo de 2009
Guanajuato	Art. 1°	8 de mayo de 2009
Quintana Roo	Art. 13	21 de abril de 2009
Nayarit	Art. 7	17 de abril de 2009
Durango	Art. 1°	7 de abril de 2009
Jalisco	Art. 4 y 15	26 de marzo de 2009
Puebla	Art. 26	12 de marzo de 2009
Colima	Art. 1°	17 de febrero de 2009
Morelos	Art. 2	11 de noviembre de 2008
Baja California	Art. 7	23 de octubre de 2008
Sonora	Art. 1°	21 octubre de 2008
Chihuahua	Art. 5	1° de octubre de 1994

Un avance en la normatividad -que no se refleja hasta ahora en la realidad- es la modificación a la NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, publicada en el DOF el 23 de marzo del 2016, la cual, en casos de embarazo por violación, obliga a las instituciones públicas prestadoras de servicios de atención médica, a prestar servicios de “interrupción voluntaria del embarazo en los casos permitidos por ley...” sin que el personal de salud que participe en el procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo esté obligado a verificar el dicho de la solicitante.

El aborto en los casos de embarazo por violación es la única causal no punible en todas las entidades del país. Otras causales son: Imprudencial culposo, en 30 entidades; cuando hay peligro de muerte de la madre, en 25 estados; por alteraciones genéticas, en 16; por afectación de la salud, en 14; por inseminación no consentida en 13. Por razones económicas en 2 entidades (Yucatán y Michoacán) y por decisión libre de la mujer, hasta la semana 12 de gestación, únicamente en la Ciudad de México.⁵²

Diversas organizaciones civiles han denunciado que hay mujeres presas en todo el país por haber abortado, imputándoles a muchas de ellas el delito de homicidio por parentesco. Las cifras en las denuncias van de 30 a 700 mujeres presas.⁵³ No fue posible tener cifras oficiales al respecto, sin embargo, las autoridades sanitarias han guardado un silencio cómplice respecto a la criminalización de las mujeres que abortan, no obstante reconocen que el aborto es un asunto y problema de salud pública.

Cifras oficiales reportan que en la Ciudad de México, desde la aprobación en abril de 2007 a febrero de 2016, 155 mil 468 mujeres solicitaron y les fue brindada la Interrupción Legal del Embarazo. Mientras que en el período de septiembre de 2015 a septiembre de 2016, fueron 21 mil 627 mujeres.

52 GIRE. Causales de aborto en Códigos Penales estatales. www.gire.org.mx

53 Ver CIMACNoticias. Sin unificación de causales legales, hay 30 presas en el país. 24 de marzo de 2016. Ver también BBCMundoMéxico. “¡Bésalo, pídele perdón! ¡Tú lo mataste!”: el drama de las 700 mujeres presas por aborto en México, muchas veces espontáneo. 25 de julio de 2016.



ILE realizados de septiembre de 2015 a septiembre de 2016⁵⁴

Total de mujeres que abortaron voluntariamente	21,627
Menores de edad	1,880
Lugar de residencia de las mujeres:	
Ciudad de México	15,005
Estado de México	5,822
Otro	800
Procedimiento empleado:	
Medicamento	18,368
Medicamento + AMEU	3,256
Medicamento + LUI	3

La Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de México reporta:

Reformas constitucionales

Atención ILE ⁵⁵	2013	2014	Septiembre 2015 a septiembre 2016
Total	20,765	20,559	21,627
Menores de edad	1,040	1,593	1,880
En hospitales	6,446	6,980	6,917
En Centros de Salud	14,319	13,579	14,710
Lugar de residencia:			
Ciudad de México	14,923	14,731	15,005
Estado de México	5,175	5,133	5,822
Otras entidades	667	695	800
Método empleado:			
Medicamento	16,797	17,105	18,368
Aspiración	3,962	3,451	3,256
Legrado uterino instrumentado	6	3	3

55 Cifras de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. 4° Informe de Gobierno. Glosa al Cuarto Informe de Labores del Gobierno de la Ciudad de México. s/f. pp. 106-107

55 Cifras de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. 4° Informe de Gobierno. Glosa al Cuarto Informe de Labores del Gobierno de la Ciudad de México. s/f. pp. 106-107

Ante esta realidad, es relevante recordar que existen diversas recomendaciones generales y en particular al Estado mexicano por parte de la CEDAW sobre el aborto legal y seguro. La recomendación general 24 plantea que en la medida de lo posible se debería modificar la legislación que castiga el aborto, con el propósito de abolir las medidas punitivas impuestas a mujeres que hayan decidido interrumpir su embarazo. Asimismo, de 2003 a la fecha se reiteran las recomendaciones al Estado mexicano en el sentido de a) revisar la legislación que penaliza el aborto; b) a los estados de la República, que revisen sus leyes para que, cuando proceda, se garantice el acceso rápido y fácil al aborto; c) la conveniencia de emprender acciones encaminadas a disminuir la mortalidad provocada por el aborto ilegal; d) que armonice sus leyes en la materia en los niveles federal, estatal y local.





Mortalidad materna

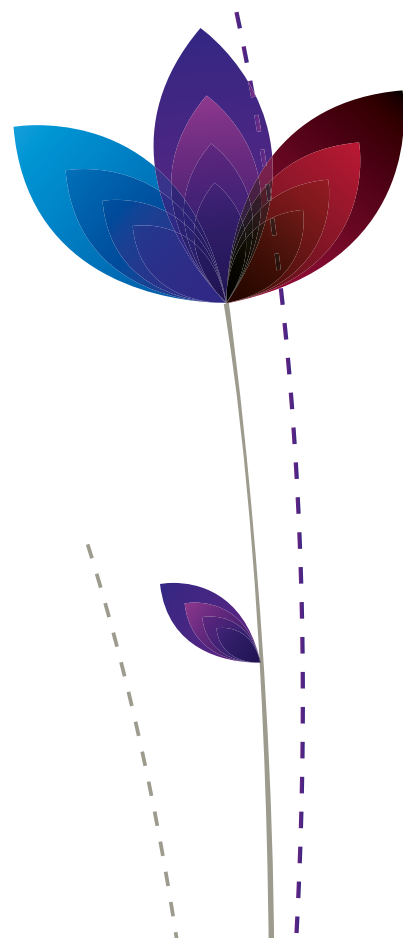
La mortalidad materna -muerte ocasionada por problemas relacionados con el embarazo, parto y puerperio-⁵⁶ es uno de los principales problemas de salud de las mujeres en edad reproductiva en México y representa un indicador de la profunda desigualdad social, del incumplimiento del derecho a la protección de la salud por parte del Estado y de la falta de calidad en los servicios de salud. Las muertes maternas están estrechamente vinculadas con la pobreza, con la falta de acceso a servicios de salud con calidad y con la desigualdad de género como obstáculo para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

La salud materna supone múltiples condiciones individuales y sociales para ser una realidad. Supone al menos, que las mujeres cuenten con información y medios para decidir libremente tener hijos o no, su número y espaciamiento, el acceso a servicios de salud con calidad

El marco normativo de la salud materna parte de lo establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. El artículo 1° señala que “todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección que establecen que todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos...” mientras que en el artículo 4 se reconoce que “Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. Toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. El Estado lo garantizará. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud”.

Los tratados internacionales reconocidos en el artículo 1° de la Constitución, suponen el cumplimiento por parte del Estado mexicano de dos

⁵⁶ Es “la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales”.



tratados que destacan en materia del derecho a la salud y de derechos reproductivos: El Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, PIDESC y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, CEDAW.

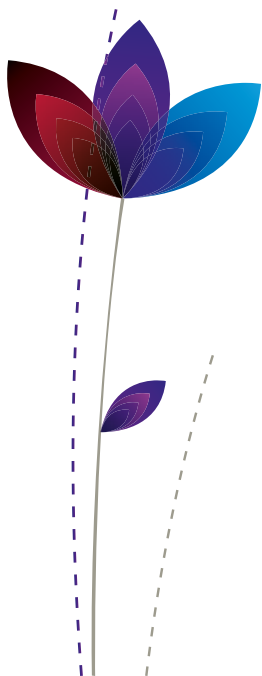
El PIDESC, en el artículo 12, reconoce “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. Y en el artículo 10, inciso 2, señala que “Se debe conceder especial protección a las madres durante un período de tiempo razonable antes y después del parto. Durante dicho período, a las madres que trabajen se les debe conceder licencia con remuneración o con prestaciones adecuadas de seguridad social”.

Las protecciones de estos derechos obligan al Estado mexicano a cumplir los principios de Progresividad, No regresión y Máximo uso de recursos disponibles para el cumplimiento de la protección de los derechos.

Por su parte, la CEDAW, establece en el artículo 12 la obligación del Estado de adoptar “todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia” así como “garantizar a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia”.

Asimismo, otros dos instrumentos fundamentales que señalan algunos consensos internacionales, así como planes de acción vinculadas con la salud materna son la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo, CIPD, (Cairo, 1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995).

La CIPD establece como un principio “Promover la equidad y la igualdad de los sexos y los derechos de la mujer, así como eliminar la violencia de todo tipo contra la mujer y asegurarse de que sea ella quien controle su propia fecundidad son la piedra angular de los programas de población y desarrollo” y establece como medida de acción:



7.6 Mediante el sistema de atención primaria de salud, todos los países deben esforzarse por que la salud reproductiva esté al alcance de todas las personas de edad apropiada lo antes posible y a más tardar para el año 2015. La atención de la salud reproductiva en el contexto de la atención primaria de la salud debería abarcar, entre otras cosas: asesoramiento, información, educación, comunicaciones y servicios en materia de planificación de la familia; educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgos, y atención después del parto, en particular para la lactancia materna y la atención de la salud materno-infantil, prevención y tratamiento adecuado de la infertilidad; interrupción del embarazo de conformidad con lo indicado en el párrafo 8.25, incluida la prevención del aborto y el tratamiento de sus consecuencias.

La Declaración de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, en el párrafo 17, establece que “El reconocimiento explícito y la reafirmación del derecho de todas las mujeres a controlar todos los aspectos de su salud, en particular su propia fecundidad, es básico para la potenciación de su papel”.

La Ley General de Salud establece como prioritarias la protección materna y la promoción de la salud materna en el Capítulo V, Atención Materno-Infantil y establece las acciones para dicha protección, entre las que se encuentran “la atención integral de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio”, “la atención de la transmisión del VIH/Sida y otras Infecciones de Transmisión Sexual en mujeres embarazadas a fin de evitar la transmisión perinatal”, el derecho de “toda mujer embarazada a obtener servicios de salud” con estricto respeto de sus derechos humanos así como la “atención expedita a las mujeres embarazadas que presenten una urgencia obstétrica, solicitada de manera directa o a través de la referencia de otra unidad médica, en las unidades con capacidad para la atención de urgencias obstétricas, independientemente de su derechohabencia o afiliación a cualquier esquema de aseguramiento”.





La Norma Oficial Mexicana -NOM-007-SSA2-2016- para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, modificada y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de abril de 2016, incorpora el término de emergencia obstétrica, para que todos los servicios de salud atiendan las urgencias por complicaciones en el embarazo:

Aquellos establecimientos que no cuenten con el servicio de atención de urgencias obstétricas, el personal debe procurar en la medida de su capacidad resolutive, y una vez resuelto el problema inmediato y estabilizado, se procederá a su referencia a uno que cuente con los recursos humanos y el equipamiento necesario para su atención.

Dicha NOM establece que deben ser como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras ocho semanas de gestación, a fin de que el personal médico realice intervenciones integrales y preventivas para detectar riesgos fetales y maternos.

Establece también la obligatoriedad de las instituciones de salud de ofertar la prueba de VIH a todas las mujeres que acudan a una cita médica para atender un embarazo o que, sin ser gestantes, acudan por consejería en materia de salud reproductiva.

La NOM también señala que:

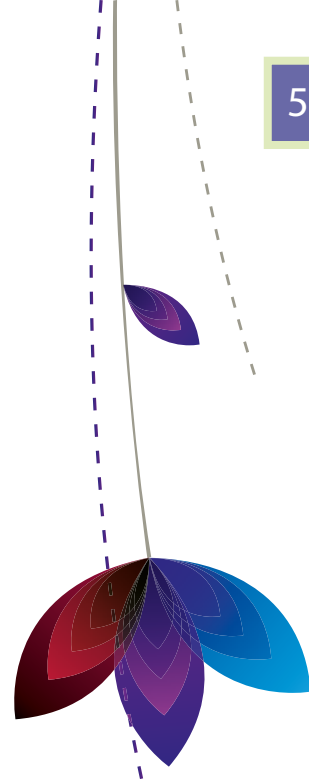
La atención del parto respetuoso con pertinencia cultural se debe promover en los establecimientos para la atención médica de segundo nivel de atención, mediante la adecuación de espacios físicos, procedimientos de atención, implementos utilizados y permitiendo la elección de la posición por parte de la mujer. Esto se debe efectuar de acuerdo a las condiciones clínicas de la embarazada y del producto, así como de la adecuación de la infraestructura hospitalaria y la capacitación del personal para este tipo de atención. Dicha capacitación debe ser promovida por las instituciones que forman parte del Sistema Nacional de Salud, en los lugares donde es culturalmente utilizado y aceptado.

Un aspecto relevante de la nueva NOM es que obliga a que el personal médico que atienda a una mujer embarazada, de manera particular si es adolescente menor de 15 años, busque señales de violencia sexual, familiar o de género y en caso de encontrar evidencia proceder conforme a las disposiciones jurídicas aplicables, es decir que pueda avisar al Ministerio Público.

La violencia o maltrato hacia las mujeres durante el embarazo aumenta la probabilidad de sufrir abortos espontáneos, muerte fetal, parto prematuro y bajo peso al nacer, para lo cual la NOM reconoce que es necesario realizar acciones de prevención primaria de la violencia familiar y de género, así como canalizar a servicios especializados a las mujeres que la viven, sobre todo si se encuentran en etapa gestacional.

Sobre lo anterior, es importante mencionar que la NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, modificada y publicada en el DOF el 23 de marzo del 2016, establece que:

6.4.2.7. En caso de embarazo por violación, las instituciones públicas prestadoras de servicios de atención médica, deberán prestar servicios de interrupción voluntaria del embarazo en los casos permitidos por ley, conforme a lo previsto en las disposiciones jurídicas de protección a los derechos de las víctimas, previa solicitud por escrito bajo protesta de decir verdad de la persona afectada de que dicho embarazo es producto de violación; en caso de ser menor de 12 años de edad, a solicitud de su padre y/o su madre, o a falta de éstos, de su tutor o conforme a las disposiciones jurídicas aplicables. El personal de salud que participe en el procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo no estará obligado a verificar el dicho de la solicitante, entendiéndose su actuación, basada en el principio de buena fe a que hace referencia el artículo 5, de la Ley General de Víctimas. En todos los casos se deberá brindar a la víctima, en forma previa a la intervención médica, información completa sobre los posibles riesgos y consecuencias del procedimiento a que se refiere el párrafo



anterior, a efecto de garantizar que la decisión de la víctima sea una decisión informada conforme a las disposiciones aplicables.

El Programa de Salud Materna y Perinatal 2013-2018 de la Secretaría de Salud a cargo del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva señala como algunos de los obstáculos para disminuir la muerte materna hechos tales como el que “la cobertura se ha visto frenada debido a la fragmentación del sistema de salud, lo que sumado a la descentralización de los servicios de salud, da lugar a niveles muy heterogéneos de calidad y cobertura, todo lo cual afecta en especial a la población marginada y de alta vulnerabilidad, indígena y adolescente,⁵⁷ y expone que dicho Programa “pone mayor énfasis en mejorar la calidad de la atención prenatal, elevar la capacidad resolutoria de las unidades médicas para la atención de las emergencias obstétricas, mediante la capacitación, el equipamiento adecuado, el fortalecimiento de las redes de servicios y los sistemas de referencia y contra referencia, así como a través de facilitar el traslado oportuno de las pacientes con complicaciones, mediante el apoyo de la comunidad y de agentes institucionales relevantes”.⁵⁸

Asimismo, plantea que La muerte materna en México se presenta en las zonas metropolitanas o ciudades medias, el 60% de estas muertes ocurre en mujeres de 20 a 34 años, más del 90% tuvieron atención prenatal, en hospitales públicos y por causas prevenibles, asociadas con la mala calidad de la atención.⁵⁹

Si bien, no hay embarazos sin riesgos, la mayor parte de las muertes maternas son evitables. Se considera que alrededor del 95% de las muertes maternas podrían evitarse con los conocimientos disponibles.



57 Programa de acción específico Salud Materna y Perinatal 2013-2018. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud. p.31

58 Programa de acción específico Salud Materna y Perinatal 2013-2018. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud. p. 16

59 Programa de acción específico Salud Materna y Perinatal 2013-2018. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud. p.31

Es importante mencionar que los Objetivos de Desarrollo del Milenio contemplaron como su objetivo 5. Mejorar la Salud Materna. Dicho objetivo suponía dos metas 1) Reducir la Razón de mortalidad materna (RMM)⁶⁰ en tres cuartas partes entre 1990 y 2015, lo que significaba que en México se debía alcanzar una RMM de 22.2 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos. Y 2) Lograr el acceso universal a la salud reproductiva. No se alcanzó ninguna de las dos metas.⁶¹

Un nuevo esfuerzo en el marco internacional de Naciones Unidas para orientar las acciones de los Estados es Los Objetivos de Desarrollo Sostenible, ODS, de la Agenda de Desarrollo Post-2015 para los próximos 15 años (conocido como Agenda 2030) que integra 17 Objetivos y 169 metas globales; cada país debe fijar sus metas nacionales en consonancia con las metas globales. En materia de salud los ODS, plantea el Objetivo 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades y para avanzar hacia la igualdad sustantiva, se propone el Objetivo 5. Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas.

Las cifras oficiales señaladas en el 4° Informe de Gobierno de la Presidencia de la República 2015-2016, presentado en septiembre señalan:

Mortalidad Materna

Año	Muertes maternas	Razón	Año	Muertes maternas ⁶²	Razón
1990	2,190	89.0	2011	971	43.0
1995	1,977	83.2	2012	960	42.3
2000	1,751	74.1	2013	861	38.2
2005	1,242	54.0	2014	872	38.9
2010	992	44.1	2015*	850	38.2
			2016		

* Se señala que las cifras correspondientes a 2015 son estimadas “debido a que INEGI publica las cifras definitivas de defunciones un año después del cierre, con base en las fechas programadas en su calendario de difusión”.

** No registra cifras para 2016, señala como No disponible.

60 La Razón de mortalidad materna (RMM) se estima de acuerdo con el número de muertes maternas en un determinado año y por cada 100 mil nacidos vivos registrados (NVR).
61 Ver Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México. Informe de avances 2015. Oficina de la Presidencia de la República.
62 Presidencia de la República. 4° Informe de Gobierno 2015 - 2016. México, septiembre de 2016. Anexo estadístico. p.145

El Observatorio de Mortalidad Materna en México⁶³ señala que durante 2016 se registraron 760 muertes maternas; esta cifra es la reportada por la Dirección General de Epidemiología a través del Boletín Epidemiológico del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Sistema Único de Información, por semana epidemiológica.⁶⁴

En la misma fuente, se registran las muertes maternas por entidad federativa:

Muertes Maternas 2016

Entidad		Muertes Maternas	Entidad		Muertes Maternas
1	Estado de México	87	17	Sinaloa	18
2	Ciudad de México	73	18	Tamaulipas	18
3	Chiapas	55	19	Baja California	16
4	Puebla	44	20	Querétaro	12
5	Guanajuato	39	21	San Luis Potosí	12
6	Jalisco	39	22	Yucatán	12
7	Nuevo León	38	23	Durango	10
8	Veracruz	38	24	Zacatecas	10
9	Guerrero	33	25	Morelos	9
10	Oaxaca	31	26	Quintana Roo	9
11	Michoacán	25	27	Tlaxcala	8
12	Coahuila	23	28	Nayarit	7
13	Chihuahua	22	29	Campeche	6
14	Hidalgo	21	30	Aguascalientes	4
15	Sonora	20	31	Colima	2
16	Tabasco	19	32	Baja California	0

⁶³ <http://www.omm.org.mx>

⁶⁴ En http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/boletin/intd_boletin.html

Las principales causas de muerte materna son las causas obstétricas indirectas, trastornos hipertensivos del embarazo, la hemorragia obstétrica, el aborto y la infección puerperal.⁶⁵

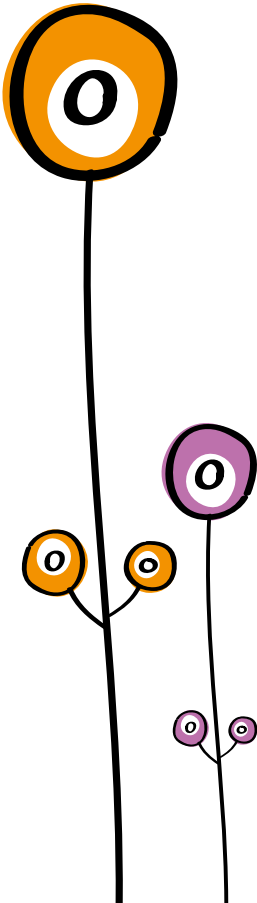
El aborto se registra como la 4ª causa de muerte materna. La propia Secretaría de Salud expresa que entre 2007 y 2012, las muertes maternas por aborto van de 7.4 a 8.2% del total de las defunciones maternas.⁶⁶

La meta para reducir la mortalidad materna del Programa de Salud Materna y Perinatal 2013-2018 es alcanzar una razón de 30.0. Las cifras por entidad federativa que ofrece dicho programa (con datos al cierre del 2012) muestran 14 entidades federativas con una razón de MM por encima de la media nacional que para ese año fue 42.3

Muertes Maternas 2016

Entidades federativas con la más alta RMM y superiores a la RMM nacional		Razón de muerte materna
1	Guerrero	75.9
2	Oaxaca	65.3
3	Chiapas	60.6
4	Tlaxcala	59.4
5	Durango	52.5
6	Veracruz	51.0
7	Puebla	50.6
8	Quintana Roo	50.4
9	Yucatán	50.1
10	Aguascalientes	47.7
11	Chihuahua	46.7
12	Nayarit	45.5
13	Campeche	42.8
14	Estado de México	42.7

65 Programa de acción específico Salud Materna y Perinatal 2013-2018. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud. p.32
66 Programa de acción específico Salud Materna y Perinatal 2013-2018. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud. p.21



El 16 de diciembre de 2016 se publicó en el DOF un decreto con el que se reformó Ley General de Salud⁶⁷ en sus artículos 61 y 64 y el 19 del mismo mes, fue publicado el Decreto con el que se adiciona el Capítulo VBIS Disposiciones para la Atención de Urgencias Obstétricas al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.⁶⁸

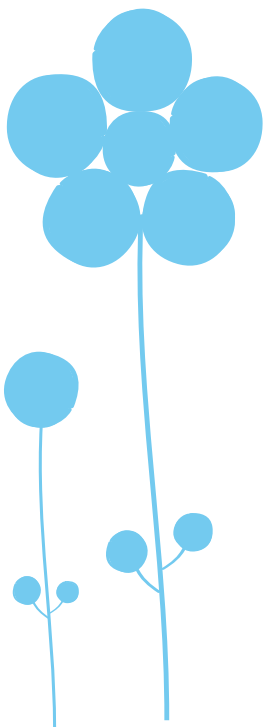
Dicha modificación “tiene por objeto regular la atención médica que se debe brindar a las mujeres que presenten una Urgencia Obstétrica, solicitada de manera directa o a través de la Referencia que realice una Unidad Médica Receptora, en las Unidades Hospitalarias, independientemente de su derechohabencia o afiliación a cualquier esquema de aseguramiento”. Dicho capítulo plantea:

ARTÍCULO 115 Bis 3.- Las instituciones de salud deberán capacitar a su personal médico y administrativo sobre la atención prioritaria que debe brindarse en sus establecimientos para la atención médica a las pacientes que presenten una Urgencia Obstétrica y, en su caso, sobre la Referencia a una Unidad Hospitalaria, conforme a lo previsto en el presente Capítulo.

ARTÍCULO 115 Bis 4.- Las instituciones de salud deberán emitir procedimientos estandarizados que prevean mecanismos ágiles de ingreso, Referencia y Contrarreferencia de las pacientes que presenten una Urgencia Obstétrica, con base en los lineamientos que para tal efecto emita la Secretaría, a fin de garantizar la calidad de la Atención de la Urgencia Obstétrica.

Asimismo, plantea la celebración de instrumentos jurídicos entre las instituciones de salud para definir los montos que deberán pagarse derivado de la prestación de los servicios médicos por la atención de las urgencias a pacientes derechohabientes de otra institución de salud, así como los mecanismos de pago correspondientes.

67 Decreto por el que se reforman y adicionan los artículos 61 y 64 de la Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación, 16 de diciembre de 2016 en http://www.dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?codnota=5465836&fecha=16/12/2016&cod_diario=273381
Decreto por el que se adicionan diversas disposiciones al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Diario Oficial de la Federación, 19 de diciembre de 2016 en http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5465965&fecha=19/12/2016

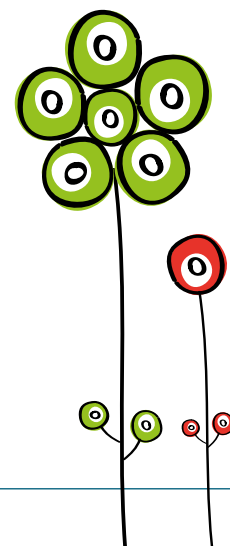


Nacimientos por cesárea. Desde 1985 la organización Mundial de la Salud considera en general que el porcentaje ideal de partos por cesárea debería situarse en entre un 10 y un 15 por ciento de los alumbramientos. Incluso, plantea que un porcentaje de hasta un diez por ciento de cesáreas se relaciona con una disminución de la mortalidad materno-infantil sin que se observe ninguna mejora cuando el porcentaje de cesáreas supera el 10 por ciento.

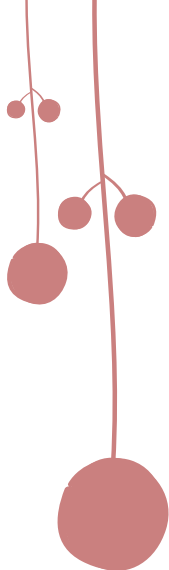
No obstante lo anterior, el Programa de acción específico Salud Materna y Perinatal 2013-2018 plantea como meta al 2018 tener un 25% de cesáreas. En el documento señalado, la Secretaría de Salud expone que “de los dos millones 462 mil 420 nacimientos registrados en 2014 en el país, 46% fueron cesáreas, de las cuales casi la mitad fueron programadas y 54% por urgencia” y no obstante reconocer que en el país se presenta un “incremento en la realización de cesáreas innecesarias principalmente por causas secundarias (Aseguradoras médicas, mala información de las embarazadas, deficiente interpretación de registros de cardiotocografía fetal, mala práctica de obstetras, etc.). En nuestro Sistema Nacional de Salud se ha observado en algunas instituciones incrementos por arriba de lo normado nacional e internacionalmente. En el 2012 se identificaron instituciones que tenían más del 50% de la atención de sus nacimientos por cesáreas”.⁶⁹ Por su parte, CONAPO señala que para 2014 el porcentaje nacional de partos atendidos por cesárea fue de 46.2%.⁷⁰

Violencia obstétrica

La violencia obstétrica se refiere a “una modalidad de la violencia institucional y de género, cometida por prestadores de servicios de la salud, por una deshumanizada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio que le genere una afectación física, psicológica o moral, que incluso llegue a provocar la pérdida de la vida de la mujer o, en su caso,



⁷⁰ CONAPO. Situación de la Salud Sexual y Reproductiva. República Mexicana. Noviembre de 2016



del feto o del recién nacido, derivado de la prestación de servicios médicos, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros”.⁷¹

La violencia obstétrica tiene origen en las relaciones asimétricas de poder donde converge el género, las jerarquías, la lucha por la posesión del conocimiento legitimado, y el ejercicio de prácticas patriarcales y autoritarias sobre las decisiones y el cuerpo de la mujer. La violencia obstétrica también puede lesionar los derechos reproductivos de las mujeres pero de manera focalizada, pues refiere específicamente al derecho que tienen las mujeres de recibir atención adecuada y oportuna por parte de los servicios de salud, ya sea durante el procedimiento de embarazo, de forma posterior y en las emergencias obstétricas.⁷²

No hay un registro oficial de casos de violencia obstétrica.⁷³ Según cálculos de académicas de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM⁷⁴, alrededor del 25% de las mujeres embarazadas han padecido algún tipo de maltrato en los Servicios de Salud, aunque consideran que la cifra puede ser considerablemente mayor en tanto que ejerce el personal de salud hacia las mujeres embarazadas se ve como “normal” por parte de las mujeres quienes generalmente prefieren no quejarse o denunciar.

71 CNDH. Análisis, seguimiento y monitoreo de la política nacional en materia de igualdad entre mujeres y hombres. Diagnóstico de la violencia contra las mujeres a partir de las leyes federales y de las entidades federativas. Principales resultados de la Observancia. México, 2016. p. 60

72 CNDH. Análisis, seguimiento y monitoreo de la política nacional en materia de igualdad entre mujeres y hombres. Diagnóstico de la violencia contra las mujeres a partir de las leyes federales y de las entidades federativas. Principales resultados de la Observancia. México, 2016. p. 60

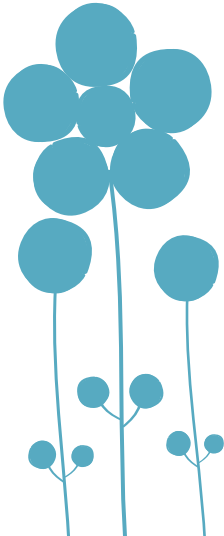
73 Algunos casos están documentados por GIRE en <http://informe2015.gire.org.mx/#/negacion-acceso>

74 SIPSE.COM. Una de cada 4 parturientas sufre maltrato. 11 de julio de 2016

La violencia obstétrica está tipificada en algunas de las leyes estatales de Acceso de las Mujeres a una vida Libre de Violencia y como delito en sus códigos penales. Las leyes en la materia de acceso que prevén la violencia obstétrica como una forma de violencia que se puede ejercer en contra de las mujeres son las que siguen:⁷⁵

Entidades que la prevén		Leyes que no la prevén
1. Aguascalientes	11. Hidalgo	1. Federal
2. Baja California	12. Morelos	2. Baja California Sur
3. Campeche	13. Nayarit	3. Ciudad de México
4. Chiapas	14. Puebla	4. Guerrero
5. Chihuahua	15. Querétaro	5. Jalisco
6. Coahuila	16. Quintana Roo	6. Michoacán
7. Colima	17. San Luis Potosí	7. Nuevo León
8. Durango	18. Tamaulipas	8. Oaxaca
9. Estado de México	19. Tlaxcala	9. Sinaloa
10. Guanajuato	20. Veracruz	10. Sonora
		11. Tabasco
		12. Yucatán
		13. Zacatecas

La declaración de la Organización Mundial de la Salud en 2014, Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud, “reclama un accionar más enérgico, diálogo, investigación y apoyo en relación con este importante problema de salud pública y de derechos humanos.





Género, salud y migración

México es país de origen, tránsito, destino y retorno de migrantes. Estados Unidos ocupa el primer lugar en el mundo como país receptor de migrantes y México, el primer lugar con el mayor número de emigrantes que tienen como destino Estados Unidos.

México enfrenta grandes desafíos en materia de política migratoria. La falta de desarrollo económico, social y político de países de origen de migrantes, han impulsado la migración de países centroamericanos hacia Estados Unidos y Canadá. Esto ha dado lugar a un incremento de la migración de tránsito de origen centroamericano que recorre el territorio nacional, de la frontera sur hacia la frontera norte. A su vez, una eventual reforma migratoria en EUA que conduzca a la posible elevación de controles fronterizos podría agudizar la ya de por sí crítica situación de las personas migrantes.⁷⁶

Según la Unidad de Política Migratoria de la Secretaría de Gobernación, durante 2016 (al mes de noviembre) se registraron en el país 174 mil 126 casos de personas migrantes ingresadas en las estaciones migratorias del Instituto Nacional de Migración bajo el procedimiento administrativo de presentación por no acreditar su situación migratoria. En su mayoría, procedentes de Centroamérica y El Caribe. De éstos, se informa que 136 mil 420 fueron devueltos a su país de origen, de los cuales 102 mil 747 son hombres y 33 mil 673 mujeres. En el caso de las mujeres, de las 33 mil 673, 23 mil 192 eran mayores de 18 años mientras que 10 mil 481 eran menores de edad.⁷⁷

La Organización Internacional para las Migraciones, OIM, señala que organizaciones de la sociedad civil organizada indican que el promedio anual de migrantes centroamericanos indocumentados que ingresan al país podría ser de hasta 400 mil. Debido a que no cuentan con papeles, no existe un registro certero de datos.⁷⁸

76 Organización Internacional para las Migraciones, OIM. Hechos y cifras 2014. En <http://oim.org.mx/hechos-y-cifras-2>

77 Unidad de Política Migratoria. Secretaría de Gobernación. Boletín mensual de estadísticas migratorias 2016. México 2016.

78 Organización Internacional para las Migraciones, OIM. Hechos y cifras 2014. En <http://oim.org.mx/hechos-y-cifras-2>



En el mundo, según la OIM, el 49% de migrantes en el mundo son mujeres. En México, las mujeres migrantes representan aproximadamente el 24.5%. Las mujeres son un grupo de población cuyo flujo migratorio va en aumento y tienen necesidades específicas de su sexo que es necesario destacar y diferenciar de las necesidades del sexo masculino para con esto generar programas y políticas públicas en beneficio de cada grupo en específico. Muchas mujeres que transitan por territorio mexicano no denuncian los abusos de los que son víctimas, debido al desconocimiento de sus derechos o por el temor a ser detenidas. Sufren agresiones físicas, abusos sexuales, secuestros, extorsiones, maltratos por parte de civiles como de las propias autoridades o son reclutadas por grupos de la delincuencia organizada que se dedican a la trata de personas, con el consecuente daño a su salud física y emocional.⁷⁹

La violencia está presente prácticamente a lo largo de todo el continuum de la migración. La modalidad de violencia en contra de las mujeres migrantes más difundida por los medios de comunicación es aquella que ocurre durante el tránsito, de la que son objeto principalmente las mujeres que viajan sin documentos. Pero la violencia puede permear la estructura social del lugar en el que viven, puede darse de manera emocional y psicológica para las mujeres que permanecen en las comunidades de origen por quedarse “solas”, al igual que en el país de destino tanto en el hogar como en el ámbito laboral, e incluso durante el retorno. La debilidad del sistema de justicia en México, ocasionada por la falta de recursos, la impunidad y corrupción, inhibe a las mujeres para acudir a las autoridades cuando se ven inmersas en una situación de violencia. La desconfianza de la autoridad, el temor a la deportación y a la “pérdida” de derechos, entre otros factores, contribuyen a la mínima denuncia de la violencia en contra de las mujeres en la migración, en especial de las migrantes en situación irregular.⁸⁰

79 Organización Internacional para las Migraciones, OIM. Hechos y cifras 2014. En <http://oim.org.mx/hechos-y-cifras-2>

80 Instituto para las Mujeres en la Migración, A. C., IMUMI. México y las mujeres migrantes. En <http://www.imumi.org/>



Una investigación sobre la migración en la frontera sur señala que “El hecho mismo de migrar pone en riesgo la salud, esto se refleja en daños diferenciados y específicos que sufren los sujetos que migran. El campo de la salud no sólo muestra la desigualdad social, también es un indicador significativo de distintas lógicas de subordinación expresadas en relaciones de género que naturalizan la violencia hacia las mujeres, las prácticas de discriminación étnica y los procesos de racialización de los sujetos migrantes”⁸¹

El mismo estudio expresa que la salud de la población migrante en tránsito por la frontera México-Centroamérica, es un ámbito en el cual confluyen otras problemáticas como el empobrecimiento, la violencia de género, la discriminación étnica, la trata de personas, la explotación laboral y la corrupción, entre otras.

Asimismo, se señala que, por un lado, los procesos migratorios cuestionan las formas tradicionales de los roles de género y pueden generar la apertura de nuevos espacios de participación para las mujeres. Por otro lado, enfatiza que los “procesos migratorios son experimentados, significados y muchas veces “resistidos” de manera diferenciada por hombres y mujeres, siendo estas últimas quienes resultan violentadas en su corporeidad y en el ejercicio de sus derechos humanos con mayor frecuencia. Esta situación se deriva de la naturalización e institucionalización de la violencia en su contra”.

Dicha investigación refiere como hallazgos en la salud de la población migrante en la frontera sur, que todos los servidores de salud afirman que en su centro de trabajo la atención médica se brinda por igual y de igual calidad a personas nacionales y extranjeras, sin embargo, a partir de testimonios de las propias personas migrantes, del personal de los albergues y de algunos servidores públicos de salud, se sabe que en algunos centros

81 Paz Carrasco, M.A., Cerda García, A. y Ledón Pereyra, A. Mirar las fronteras desde el Sur. Salud y migración en la frontera México-Centroamérica. Mesa de Coordinación Transfronteriza, Migraciones y Género/Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco/Voces Mesoamericanas, Acción con Pueblos Migrantes, A.C. Guatemala-México, 2016.





públicos de salud no se les brinda la atención adecuada, se les niega la atención o se les exige un cobro; asimismo, una buena parte de las y los migrantes en situación irregular deciden no acudir a los servicios de salud mexicanos por temor a ser denunciados ante el Instituto Nacional de Migración. Por otro lado, señala como algunos de los principales problemas de salud que enfrentan las mujeres migrantes: Problemas con infecciones de transmisión sexual relacionados con violencia sexual, situaciones de trata y trabajo sexual a los que están expuestas; necesidad de atención obstétrica: atención de embarazos, partos y abortos; y necesidad de atención adecuada para los casos de mujeres que vivieron violencia sexual.

Ley de Migración⁸² expone el reconocimiento de los derechos y garantías y se establece que, en cualquier caso y con independencia de su situación migratoria, no podrán ser objeto de prácticas discriminatorias, disfrutarán de la protección de las leyes mexicanas, tendrán acceso a la procuración e impartición de justicia y al reconocimiento de su personalidad jurídica. En su artículo 8 plantea:

Los migrantes tendrán derecho a recibir cualquier tipo de atención médica, provista por los sectores público y privado, independientemente de su situación migratoria, conforme a las disposiciones legales y reglamentarias aplicables.

Los migrantes independientemente de su situación migratoria, tendrán derecho a recibir de manera gratuita y sin restricción alguna, cualquier tipo de atención médica urgente que resulte necesaria para preservar su vida.

En la prestación de servicios educativos y médicos, ningún acto administrativo establecerá restricciones al extranjero, mayores a las establecidas de manera general para los mexicanos.

En dicha ley, el Título quinto De la protección a los migrantes que transitan por el territorio Nacional Capítulo único Disposiciones generales, establece que:

82 Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 25 de mayo de 2011. Última reforma publicada el 21 de abril de 2016.

Artículo 66. La situación migratoria de un migrante no impedirá el ejercicio de sus derechos y libertades reconocidos en la Constitución, en los tratados y convenios internacionales de los cuales sea parte el Estado mexicano, así como en la presente Ley. El Estado mexicano garantizará el derecho a la seguridad personal de los migrantes, con independencia de su situación migratoria.

Artículo 67. Todos los migrantes en situación migratoria irregular tienen derecho a ser tratados sin discriminación alguna y con el debido respeto a sus derechos humanos.

Artículo 68. La presentación de los migrantes en situación migratoria irregular sólo puede realizarse por el Instituto en los casos previstos en esta Ley; deberá constar en actas y no podrá exceder del término de 36 horas contadas a partir de su puesta a disposición.

Artículo 73. La Secretaría deberá implementar acciones que permitan brindar una atención adecuada a los migrantes que por diferentes actores o la combinación de ellos, enfrentan situaciones de vulnerabilidad como con las niñas, niños y adolescentes migrantes no acompañados, las mujeres, las víctimas de delitos, las personas con discapacidad y las adultas mayores.

El Programa Especial de Migración 2014-2018⁸³, de observancia obligatoria para la Secretaría de Gobernación y las entidades paraestatales coordinadas por la misma, reconoce que:

En un contexto en el que predominan políticas migratorias restrictivas, la mejor alternativa para reducir la migración irregular masiva es combatir sus causas estructurales, por medio de estrategias de desarrollo incluyente e inversiones en el capital humano en los países de origen, para que las decisiones migratorias no sean motivadas por las disparidades de ingreso o por situaciones de precariedad y marginación social” y plantea una política migratoria integral basada en

83 Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de abril de 2014.



características tales como: Garante en el respeto a los derechos de las personas migrantes, con perspectiva de género y de seguridad humana, entre otras.

En dicho Programa, también se reconoce la vulnerabilidad de la población migrante irregular al estar expuesta en las rutas migratorias en territorio mexicano, a ser víctimas de las actividades del crimen organizado (secuestros, extorsión, asesinatos, trasiego de armamento, incorporación forzada a la delincuencia organizada, trata de personas, agresiones sexuales y cobro de cuotas por uso de medios de transporte). Como parte de las líneas de acción dirigidas a las mujeres migrantes, se plantea:

1.3.4 Ampliar la difusión sobre los derechos de las mujeres, de las niñas, niños y adolescentes migrantes.

4.3.4 Asegurar la atención médica a mujeres migrantes víctimas de violencia sexual y a migrantes embarazadas durante su tránsito por México.

3.4.4 Implementar un protocolo específico para la repatriación segura y ordenada de mujeres, niñas, niños y adolescentes mexicanos no acompañados.

4.3.6 Facilitar servicios de salud física y mental a las mujeres y sus hijos en comunidades impactadas por la emigración.

4.6.9 Instrumentar estrategias intersectoriales para la atención y protección de mujeres y niñas migrantes víctimas de tráfico, trata, abuso sexual y secuestro.

El informe de la Secretaría de Salud 2015-2016⁸⁴ reporta que en junio de 2013 el Programa IMSSPROSPERA, por acuerdo con la Secretaría de Relaciones Exteriores, inició el otorgamiento de servicios de salud en apoyo a los migrantes que cruzan por nuestro país en su paso hacia Estados Unidos.

84 Secretaría de Salud. 4° Informe de labores 2015-2016. Como parte de la Estrategia 4.6. Fortalecer las acciones para la prevención, promoción y atención de la salud de la población migrante. pp.148-149

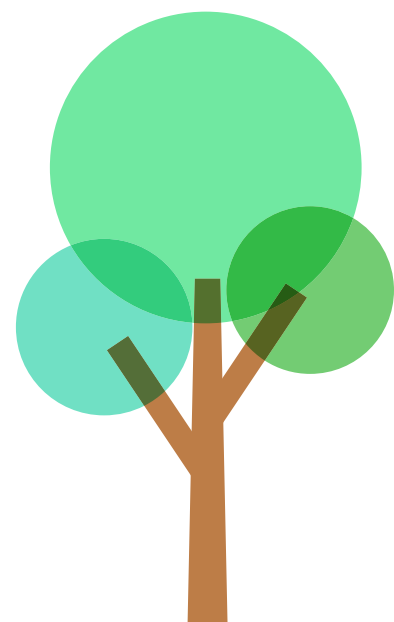
Actualmente se cuenta con nueve puntos de atención localizados en Baja California (uno), Chiapas (cinco), Oaxaca (uno) y Tamaulipas (dos). De septiembre de 2015 a junio de 2016 se ha atendido a 19,664 personas, 90.9% hombres y 9.1% mujeres. Las nacionalidades con mayor demanda de servicios son Honduras con 57.6%, El Salvador con 17.3% y Guatemala el 12.9%. Adicionalmente, en los Hospitales de Alta Especialidad de Ciudad Salud y en el de la Península de Yucatán se ha brindado atención médica a pacientes centroamericanos en cumplimiento de política de apoyo a población migrante y vulnerable.

No obstante contar con la Ley y con un Programa de Migración, la realidad que enfrenan las personas migrantes y en particular las mujeres, es de total vulnerabilidad y riesgo de vivir violencia tanto por parte de autoridades migratorias como de la delincuencia organizada.⁸⁵

El Estado mexicano ha sido señalado por hacer el trabajo sucio a los gobiernos de Estados Unidos, en el sentido de incrementar el control migratorio, las detenciones y las deportaciones en su frontera sur como parte del Plan Frontera Sur, firmado en 2014 en el marco del Plan Mérida que plantea la colaboración de Estados Unidos para combatir el crimen organizado. “El Programa Frontera Sur de México ha aumentado las violaciones de derechos humanos y delitos contra migrantes en el contexto de operativos de control migratorio. Los refugios de migrantes siguen documentando secuestros, extorsiones, robos y otros abusos en todo el país; muchos de ellos a manos de funcionarios corruptos”, según un estudio, que también reporta que entre 2014 y julio del año 2016, las autoridades mexicanas han detenido a 425 mil 58 migrantes.⁸⁶

85 Ver Informe Un camino de impunidad. Miles de migrantes en tránsito enfrentan abusos y medidas severas en México, septiembre de 2016. Wola, Fundar, Casa del Migrante Saltillo. También, Migración en tránsito por México: Rostro de una crisis humanitaria internacional, de la Red de Documentación de las Organizaciones Defensoras de Migrantes, REDODEM, s/f.

86 Wola, Fundar, Casa del Migrante Saltillo. Un camino de impunidad. Miles de migrantes en tránsito enfrentan abusos y medidas severas en México, septiembre de 2016. México. p. 3-8



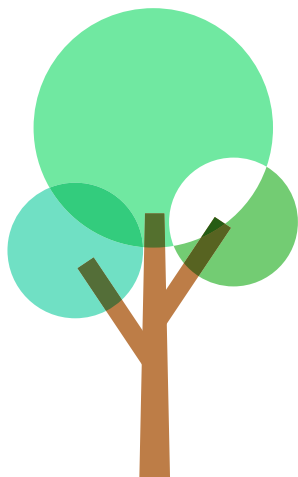
Al respecto, se señala que durante 2016, Estados Unidos deportó a 96 mil migrantes mientras que México deportó a 147 mil, no obstante que se considere probable el incremento de las deportaciones de personas migrantes en Estados Unidos. Entre 2008 y 2016, durante el gobierno de Obama, fueron deportadas 2 millones 800 mil personas.

El 8 de agosto de 2016 se modificó el artículo 11 Constitucional para incorporar el derecho a solicitar y recibir asilo, quedando como sigue:

Artículo 11. Toda persona tiene derecho para entrar en la República, salir de ella, viajar por su territorio y mudar de residencia, sin necesidad de carta de seguridad, pasaporte, salvoconducto u otros requisitos semejantes. El ejercicio de este derecho estará subordinado a las facultades de la autoridad judicial, en los casos de responsabilidad criminal o civil, y a las de la autoridad administrativa, por lo que toca a las limitaciones que impongan las leyes sobre emigración, inmigración y salubridad general de la República, o sobre extranjeros perniciosos residentes en el país.

Toda persona tiene derecho a buscar y recibir asilo. El reconocimiento de la condición de refugiado y el otorgamiento de asilo político, se realizarán de conformidad con los tratados internacionales. La ley regulará sus procedencias y excepciones.

Paradójicamente, de enero a junio de 2016, se registraban 3 mil 486 solicitudes de asilo al Estado mexicano. En ese mismo período, pero del año 2015, 7 mil 500 personas mexicanas solicitaron asilo en Estados Unidos.



Violencia contra las mujeres

La desigualdad entre hombres y mujeres y las diversas formas de opresión y subordinación de las mujeres están ligadas a la violencia de género. Todas las mujeres han vivido alguna forma de violencia de género en el curso de sus vidas, así como otros tipos de violencia. Las distintas formas de violencia de género contra las mujeres están ligadas a diversas formas de opresión y subordinación de las mujeres. Así, dominación y sexo son aspectos fundamentales en el reconocimiento de la especificidad de la violencia contra las mujeres.⁸⁷

Es importante identificar la violencia contra las mujeres como una manifestación de la violencia estructural en tanto las formas de violencia social se redefine por género y éstas ocurren en el marco de la desigualdad social en contexto determinados.

La violencia contra las mujeres está institucionalizada porque, contrario a la normatividad existente, la realización de programas, políticas públicas y la aplicación de normas jurídicas suelen contener un sentido que discrimina a las mujeres y reproduce las condiciones de desigualdad, protegiendo generalmente a quienes cometen delitos de violencia contra las mujeres. En la sociedad, hay una condena generalizada a la violencia, sin embargo, ésta no es tal cuando las víctimas son mujeres o cuando la violencia ocurre en el ámbito privado.

Existe en nuestro país un amplio marco normativo para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia; sin embargo, no es una realidad concreta para la mayoría de mujeres.



⁸⁷ Ver Marcela Lagarde. *Antropología, Feminismo y Política: Violencia feminicida y derechos humanos de las mujeres*. s/f



El Estado mexicano suscribió diversos instrumentos internacionales para prevenir, atender, sancionar y erradicar los distintos tipos de violencia contra las mujeres; particularmente la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)⁸⁸ así como su Protocolo Facultativo⁸⁹ y la Convención Interamericana para Prevenir Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, Belém do Pará⁹⁰.

Es relevante mencionar que la mencionada Agenda 2030, Objetivos para el Desarrollo Sostenible se propone como uno de sus 17 objetivos, lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y niñas, para el cual una de sus 9 metas plantea: “Eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y niñas en la esfera pública y privada incluida la trata y la explotación sexual. Esto resulta vital para erradicar la pobreza y alcanzar un desarrollo sostenible, la paz y la seguridad, y los derechos humanos”.

La Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) reconoce que la violencia contra las mujeres es un problema de salud pública y señala como violencia contra la mujer “todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada”.

Según la Organización Mundial de la Salud⁹¹:

- La violencia contra la mujer -especialmente la ejercida por su pareja y la violencia sexual- constituye un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos de las mujeres.
- Las cifras recientes de la prevalencia mundial indican que alrededor de una de cada tres (35%) mujeres en el mundo han sufrido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida.

88 Ratificada por México en 1981

89 Firmado por México en 2002

90 Ratificada por México en 1999

91 OMS. Violencia contra la Mujer. Nota descriptiva. Septiembre de 2016

- La mayoría de estos casos son violencia infligida por la pareja. En todo el mundo, casi un tercio (30%) de las mujeres que han tenido una relación de pareja refieren haber sufrido alguna forma de violencia física y/o sexual por parte de su pareja.
- Un 38% de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por su pareja.
- Estas formas de violencia pueden afectar negativamente a la salud física, mental, sexual y reproductiva de las mujeres y aumentar la vulnerabilidad al VIH.
- Las situaciones de conflicto, posconflicto y desplazamiento pueden agravar la violencia, como la violencia por parte de la pareja, y dar lugar a formas adicionales de violencia contra las mujeres.

La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia⁹² representó en su momento un avance en tanto dicha ley reconoce las distintas formas de violencia contra las mujeres y establece la coordinación institucional con la creación del Sistema Nacional para Prevenir, Atender y Sancionar la Violencia contra las Mujeres a la vez que obliga la designación de un presupuesto para asegurar su implementación.

La creación e implementación de una diversidad de instancias y acciones que exige la mencionada Ley General de Acceso, parecen tener hasta ahora resultados muy limitados; prevalecen los diversos tipos de violencia contra las mujeres, incluida la violencia extrema que es el feminicidio.

En diciembre de 2016, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos presentó dos importantes informes, uno en materia de igualdad entre mujeres y hombres⁹³ y otro en materia de violencia: Análisis, seguimiento y monitoreo de la política nacional en materia de igualdad entre mujeres y hombres. Diagnóstico de la violencia contra las mujeres a partir de las leyes federales y de las entidades federativas. Principales resultados de la Observancia.

⁹² Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1° de febrero de 2007.

⁹³ CNDH. Análisis, seguimiento y monitoreo de la política nacional en materia de igualdad entre mujeres y hombres. Diagnóstico de los principios de igualdad y no discriminación en leyes federales y estatales. Principales resultados de la Observancia. México, diciembre de 2016.



En dicho documento, la CNDH reitera la obligatoriedad de que el Estado tiene el deber de investigar y sancionar los delitos en los que se incluya el ejercicio de la violencia sexual sin que se pueda prejuzgar sobre el estilo de vida o condición socioeconómica de las mujeres. Asimismo, detalla la necesidad de homologación en las legislaciones de las entidades federativas en cuanto a definiciones, modalidades y consecuencias de los diferentes tipos de violencia. Señala que:

En términos generales, los resultados del monitoreo apuntan a que la violencia sexual si bien es reconocida en todas las leyes de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, aún quedan asuntos por atender, entre ellos resaltar la responsabilidad del Estado frente a ella, en tanto que vulnera diversos derechos de las mujeres, así como el reconocimiento expreso de que su ejercicio causa afectaciones psicológicas y físicas.

Es importante señalar que las cifras que existen sobre casos de mujeres que viven violencia varían según la dependencia que las emite. A la fecha no existe un registro actualizado de cobertura nacional que muestre la magnitud de las distintas formas de violencia contra las mujeres, particularmente de la violencia física y del feminicidio. Tampoco existen a la fecha criterios, categorías e indicadores homogéneos en los diversos instrumentos de medición.

En marzo de 2016, el Sistema Nacional de Prevención, Atención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres aprobó una serie de indicadores para la medición las acciones del Estado dirigidas a atender el grave problema de la violencia contra las mujeres, en el marco de lo establecido en la Convención de Belém do Pará y del Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI).⁹⁴

⁹⁴ Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI). Indicadores. En <http://www.oas.org/es/mesecvi/indicadores.asp>



El Programa de Acción Específico Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género 2013-2018, reporta como mujeres atendidas en servicios especializados en situación de violencia severa:

Mujeres atendidas en situación de violencia severa

Año	Número
2006	30,973
2007	56,439
2008	66,967
2009	92,602
2010	110,644
2011	150,757
2012	181,279

Dicho programa tiene únicamente 3 indicadores con base a las metas plateadas; éstos son:

- Porcentaje de mujeres de 15 años y más a las que se aplicó la herramienta de detección y resultaron positivas.
- Porcentaje de cobertura de atención especializada a mujeres víctimas de violencia familiar severa.
- Número de grupos de reeducación de hombres que renuncian a ejercer violencia de pareja a través de las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Violencia sexual

La violencia sexual implica generalmente otros tipos de violencia como la física y la psicológica y puede ser efectuada tanto dentro del ámbito familiar, en relaciones íntimas, en la comunidad, o bien, ser empleada como un mecanismo de intimidación y tortura por parte de agentes del Estado, y constituye una afectación tanto al derecho a la salud de las mujeres, como al derecho a ejercer de manera libre e informada su sexualidad.





Sólo en el ámbito escolar, la CNDH refiere que el porcentaje de mujeres que vivieron agresiones de carácter físico o sexual (entendiendo por éstas maltrato corporal, proposiciones de relaciones sexuales a cambio de calificaciones, caricias y manoseos sin consentimiento, represalias por no acceder a propuestas o las obligaron a tener relaciones sexuales) fue de 43.7%, según cifras del INEGI de 2011.

El documento llamado Primer diagnóstico sobre la atención de la violencia sexual en México 2010-2015, realizado por el Comité de Violencia Sexual de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, CEAV, cuyos resultados fueron dados a conocer en marzo de 2016, señala que:

- De 2010 a 2015 se registraron cerca de 3 millones de casos de violencia sexual.
- Del total de casos de violencia sexual, el 90% de las víctimas son mujeres.
- De dicha cifra se desprende que en ese período de 6 años, ocurrieron diariamente un promedio de 1,345 casos de violencia sexual.
- 4 de cada 10 víctimas son menores de 15 años de edad.
- 9 de cada 10 agresiones son cometidas por hombres de entre 15 y 45 años de edad.
- El 60% de las agresiones sexuales suceden en el hogar de las víctimas.

El mismo estudio señala que en el mismo período, sólo se iniciaron 83 mil averiguaciones previas y únicamente 10 de cada mil agresores sexuales fueron consignados ante un Ministerio Público.

El propio documento señala que “existe una amplia heterogeneidad en los formatos, procedimientos y sistemas de registro de información sobre las víctimas de violencia sexual, las características del evento de violencia ocurrido y los servicios brindados. Adicionalmente, la sistematización de información mostró graves errores y omisiones en la captura y sistematización de información.”⁹⁵

Por otra parte, la CNDH identifica el problema de la trata de persona y la explotación sexual “como una de las expresiones más alarmantes constitutivas de la violencia sexual” ya que “son ejercidos diversos tipos de violencia como la psicológica, económica, además de la sexual para la explotación económica de las mujeres o niñas, lo cual constituye violaciones claras a los derechos de las mujeres” y reconoce que son las mujeres migrantes y las mujeres indígenas quienes por sus condiciones “son más susceptibles de ver vulnerados sus derechos”.⁹⁶ Y las dimensiones de este problema son desconocidas o bien, ignoradas.⁹⁷

Un avance en materia de justicia, de derechos humanos y de salud para las mujeres víctimas de violencia sexual es el que se refiere al artículo 35 de la Ley General de Víctimas⁹⁸:

A toda víctima de violación sexual, o cualquier otra conducta que afecte su integridad física o psicológica, se le garantizará el acceso a los servicios de anticoncepción de emergencia y de interrupción voluntaria del embarazo en los casos permitidos por la ley, con absoluto respeto a la voluntad de la víctima; asimismo, se le realizará práctica periódica de exámenes y tratamiento especializado, durante el tiempo necesario para su total recuperación y conforme al diagnóstico y tratamiento médico recomendado; en particular, se considerará prioritario para su tratamiento el seguimiento de eventuales contagios de enfermedades de transmisión sexual y del Virus de Inmunodeficiencia Humana.

96 CNDH. Análisis, seguimiento y monitoreo de la política nacional en materia de igualdad entre mujeres y hombres. Diagnóstico de la violencia contra las mujeres a partir de las leyes federales y de las entidades federativas. Principales resultados de la Observancia. México, 2016

97 Ver Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, UNODC y Secretaría de Gobernación. Diagnóstico Nacional sobre la Situación de Trata de Personas en México. México, 2013.

98 Publicada en el DOF el 9 de enero de 2013. Última Reforma publicada en DOF el 03 de enero de 2017.



Otro avance importante en la normatividad lo representa la modificación de la llamada NOM046, Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, publicada el 24 de marzo de 2016. Dicha norma establece la obligación de los servicios de salud de brindar la interrupción del embarazo en caso de violación cuando sea solicitado por voluntad de la víctima, el cual es legal sin que sea obligatoria la denuncia penal de la violación para realizarla. En los casos de mujeres menores de 12 años se requiere la autorización de progenitores o tutores.

El avance que representa la NOM046 tiene una serie de obstáculos para que se lleven a cabo. La falta de una política de Estado firme en la materia, la presión de grupos de poder conservadores -como la jerarquía de la iglesia Católica- y la ignorancia o la misoginia de una buena parte del funcionario público han obstaculizado esta opción para mujeres y niñas víctimas de violencia sexual. La prensa ha documentado algunos de estos casos.⁹⁹

Feminicidio

El feminicidio se fragua en la desigualdad estructural entre mujeres y hombres, así como en la dominación de los hombres sobre las mujeres, que tienen en la violencia de género, un mecanismo de reproducción de la opresión de las mujeres. De esas condiciones estructurales surgen otras condiciones culturales como son el ambiente ideológico y social de machismo y misoginia, y de normalización de la violencia contra las mujeres. Se suman también, ausencias legales y de políticas democráticas con contenido de género del gobierno y de los órganos de justicia del Estado, lo que produce impunidad y genera más injusticia, así como condiciones de convivencia insegura, pone en riesgo su vida y favorece el conjunto de actos violentos contra las niñas y las mujeres.¹⁰⁰

99 Ver Diputados de Aguascalientes impugnan NOM que permite el aborto en caso violación, *Expansión*, 5 de mayo de 2016 en <http://expansion.mx/nacional/2016/05/05/diputados-de-aguascalientes-impugnan-nom-que-permite-el-aborto-en-caso-violacion>. También: Autoridades de Sonora niegan aborto a indígena de 13 años víctima de abuso, *La Jornada*, 3 de agosto de 2016 en <http://www.jornada.unam.mx/2016/08/03/estados/028n1est>.

100 Lagarde, Marcela. Ver Marcela Lagarde. *Antropología, Feminismo y Política: Violencia feminicida y derechos humanos de las mujeres*. s/f



El feminicidio está reconocido en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV) y tipificado como delito en el Código Penal Federal. El Capítulo V. De la violencia feminicida y de la alerta de violencia de género contra las mujeres, de la LGAMVLV señala:

Artículo 21.- Violencia Feminicida: Es la forma extrema de violencia de género contra las mujeres, producto de la violación de sus derechos humanos, en los ámbitos público y privado, conformada por el conjunto de conductas misóginas que pueden conllevar impunidad social y del Estado y puede culminar en homicidio y otras formas de muerte violenta de mujeres.

En los casos de feminicidio se aplicarán las sanciones previstas en el artículo 325 del Código Penal Federal.

El Código Penal Federal, en el artículo 325 establece¹⁰¹:

Comete el delito de feminicidio quien prive de la vida a una mujer por razones de género. Se considera que existen razones de género cuando concurra alguna de las siguientes circunstancias: I. La víctima presente signos de violencia sexual de cualquier tipo; II. A la víctima se le hayan infligido lesiones o mutilaciones infamantes o degradantes, previas o posteriores a la privación de la vida o actos de necrofilia; III. Existan antecedentes o datos de cualquier tipo de violencia en el ámbito familiar, laboral o escolar, del sujeto activo en contra de la víctima; IV. Haya existido entre el activo y la víctima una relación sentimental, afectiva o de confianza; V. Existan datos que establezcan que hubo amenazas relacionadas con el hecho delictuoso, acoso o lesiones del sujeto activo en contra de la víctima; VI. La víctima haya sido incomunicada, cualquiera que sea el tiempo previo a la privación de la vida; VII. El cuerpo de la víctima sea expuesto o exhibido en un lugar público. A quien cometa el delito de feminicidio se le impondrán de cuarenta a sesenta años de prisión y de quinientos a mil

101 Código Penal Federal. Última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 18 de julio de 2016.



días multa. Además de las sanciones descritas en el presente artículo, el sujeto activo perderá todos los derechos con relación a la víctima, incluidos los de carácter sucesorio. En caso de que no se acredite el feminicidio, se aplicarán las reglas del homicidio. Al servidor público que retarde o entorpezca maliciosamente o por negligencia la procuración o administración de justicia se le impondrá pena de prisión de tres a ocho años y de quinientos a mil quinientos días multa, además será destituido e inhabilitado de tres a diez años para desempeñar otro empleo, cargo o comisión públicos.

La CNDH, en el documento Diagnóstico de la violencia contra las mujeres a partir de las leyes federales y de las entidades federativas, llama la atención sobre “la inactividad del Estado como un factor determinante para que se pueda llevar a cabo la violencia feminicida”, “el incumplimiento del Estado en su deber de garantizar a las mujeres el acceso a una vida libre de violencia. Al ser la violencia feminicida el nivel más extremo en que puede ser realizada la violencia en contra de las mujeres, no es posible ignorar que cuando se priva de la vida a una mujer por razón de su género, este acontecimiento tiene origen en una sucesión de circunstancias que el Estado no pudo atender a tiempo para evitar su comisión. Así las omisiones pueden impactar en la investigación y sanción de los delitos cometidos, por lo que se propicia un contexto de impunidad”.¹⁰²

Asimismo, “señala que no existe homogeneidad en las leyes estatales sobre los términos que emplean para referirse a las circunstancias y ámbitos de desarrollo personal que se ven afectados por la violencia, por lo que se sugiere que sean homologados a través del uso de ámbitos, tipos y modalidades...”.

102 CNDH. Análisis, seguimiento y monitoreo de la política nacional en materia de igualdad entre mujeres y hombres. Diagnóstico de la violencia contra las mujeres a partir de las leyes federales y de las entidades federativas. Principales resultados de la Observancia. México, 2016

Una de las recomendaciones que hace la CNDH en el tema plantea que “Se considera de particular importancia, que dentro de todas las regulaciones, se incluya a la violencia feminicida, así como la responsabilidad del Estado en su comisión al no cumplir con sus deberes de prevenir, erradicar, investigar y sancionar las agresiones en contra de las mujeres. También es necesario que en las consecuencias, de esta violencia se señale la muerte en un contexto de violencia en contra de las mujeres, con independencia de si fue provocada por homicidio”.

Sobre el último punto, es importante mencionar que la Suprema Corte de Justicia de la Nación señaló “...con base en los derechos humanos a la igualdad y a la no discriminación por razones de género, cuando se investigue la muerte violenta de una mujer, los órganos investigadores deben realizar su investigación con base en una perspectiva de género, para lo cual, debe implementarse un método para verificar si existió una situación de violencia o vulnerabilidad en la víctima por cuestiones de género”.¹⁰³

El documento La violencia feminicida en México, aproximaciones y tendencia 1985-2014, publicado en abril de 2016 y elaborado por la Secretaría de Gobernación, el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) y ONU Mujeres, entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres, señala que “Una buena parte de las muertes violentas de mujeres quedan en la impunidad porque no se investigan, ni se actúa con la debida diligencia. Muchos de los homicidios que se cometen contra las mujeres no son investigados tomando en consideración que podrían tratarse de feminicidios” y reconoce que “en México no se ha podido lograr que la totalidad de las procuradurías generales de justicia de las entidades federativas integren sistemas de información que permitan hacer un seguimiento de los casos de feminicidio tal como están definidos en los respectivos códigos penales”.

103 En resolución del Amparo en Revisión 554/2013 sobre el asesinato de Mariana Lima Buendía por su pareja, investigado como suicidio y encubierto por las autoridades del Estado de México. En www2.scjn.gob.mx/juridica/engroses/cerrados/Publico/13005540.002-2697.doc



Ante la ausencia de registros oficiales, el estudio mencionado aborda las defunciones femeninas con presunción de homicidio (DFPH) como un acercamiento al feminicidio. Para ello, utiliza las estadísticas del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y de la Secretaría de Salud (SSA). Dicho documento señala que:

- Entre 1985 y 2014, se registró un total de 47,178 DFPH en el país.
- En 2014 ocurrieron 2,289 casos de DFPH en México. Dicho en otras palabras, en ese año, en el país tuvieron lugar en promedio 6.3 DFPH al día, una tasa de 3.7 de estas muertes por cada 100,000 mujeres.
- En el año anterior, 2013, las estadísticas señalan la ocurrencia de 2,594 casos de DFPH, lo que se traduce en un promedio de siete DFPH al día y en una tasa de 4.3 por cada 100,000 mujeres.

Este estudio reporta para 2014:

Mujeres atendidas en situación de violencia severa

Entidad federativa de ocurrencia	Número de defunciones femeninas con presunción de	Entidad federativa de ocurrencia	Número de defunciones femeninas con presunción de
Nacional	2,289	Sonora	55
Estado de México	359	Morelos	50
Guerrero	176	San Luis Potosí	41
Chihuahua	167	Hidalgo	40
Ciudad de México	141	Durango	28
Oaxaca	133	Tabasco	26
Tamaulipas	127	Tlaxcala	25
Jalisco	106	Nayarit	23
Veracruz	90	Quintana Roo	22
Puebla	89	Zacatecas	22
Sinaloa	88	Querétaro	19
Michoacán	79	Colima	17
Baja California	74	Campeche	12
Nuevo León	73	Baja California Sur	9
Guanajuato	65	Yucatán	8
Chiapas	64	Aguascalientes	4
Coahuila	57		

El Estado de México, Guerrero y Chihuahua ocupan los primeros lugares durante varios años que reporta dicho documento.

El feminicidio en el ámbito municipal que reporta el estudio es el siguiente:

Municipio	ENTIDAD	Número de defunciones femeninas con presunción de
Ecatepec de Morelos	Estado de México	60
Ciudad Juárez	Chihuahua	59
Acapulco de Juárez	Guerrero	51
Culiacán	Sinaloa	43
Tijuana	Baja California	42
Chihuahua	Chihuahua	38
Iztapalapa	Ciudad de México	27
Gustavo A. Madero	Ciudad de México	24
Guadalajara	Jalisco	22
León	Guanajuato	22

Los 10 municipios con el mayor número de defunciones femeninas con presunción de homicidio (DFPH) por año, son los siguientes:

Municipio	ENTIDAD	Número de DFPH ocurridas por año				
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ecatepec de Morelos, Estado de México	48	38	63	60	59	60
Ciudad Juárez, Chihuahua	136	393	218	104	56	59
Acapulco de Juárez, Guerrero	37	33	83	116	97	51
Culiacán, Sinaloa	44	43	41	27	29	43
Tijuana, Baja California	109	90	55	43	46	42
Chihuahua, Chihuahua	33	84	105	55	50	38
Iztapalapa, Ciudad de México			29			27
Gustavo A. Madero, Ciudad de México	20					24
Guadalajara, Jalisco			28	32		22

Municipio	ENTIDAD	Número de DFPH ocurridas por año				
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
León, Guanajuato						22
Monterrey, Nuevo León		35	123	64	46	
Torreón, Coahuila		32	45	94	36	
Nezahualcóyotl, Estado de México					36	
Naucalpan de Juárez, Estado de México		28			29	
Nuevo Laredo, Tamaulipas				46		
Tepic, Nayarit		29				
Toluca, Estado de México	26					
Mexicali, Baja California	21					
Reynosa, Tamaulipas	20					

El documento en cuestión, concluye señalando observaciones a la política pública en materia de prevención y atención de la violencia contra las mujeres:

- Priorizar la respuesta a la violencia contra las mujeres y las niñas en las agendas de todos los órdenes y niveles de gobierno.
- Declarar información de interés nacional toda aquella referida a la detección, atención, denuncia y sanción de la violencia feminicida.
- Homologar, en el ámbito local, todos los tipos de violencia contra las mujeres –incluidos el feminicidio y la violencia feminicida– contemplados tanto en la LGAMVLV como en el Código Penal Federal.
- Estandarizar los protocolos de actuación de las instituciones de procuración e impartición de justicia, para investigar todas las muertes violentas de mujeres y reducir la impunidad.
- Mejorar la prestación de servicios y atención para mujeres y niñas víctimas de violencia.
- Atender las recomendaciones que diversos organismos internacionales y regionales han dirigido al Estado mexicano, en especial las sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos sobre



el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia y las recomendaciones emitidas por el Comité de la CEDAW.

Otro estudio, Asesinatos de Mujeres en México, publicado por el Instituto Belisario Domínguez del Senado de la República en noviembre de 2016¹⁰⁴ hace referencia a los siguientes datos:

- Entre los años 2000 y 2015 en México se registraron 251,035 homicidios, de los cuales 28,175 que representan 11.2% fueron asesinatos de niñas y mujeres.
- Entre 2007 y 2012, la violencia homicida contra niñas y mujeres en México se incrementó en alrededor de 155%. Los asesinatos pasaron de 1,083 víctimas en 2007 a 2,764 en 2012.
- En 2015 se registraron 1,848 asesinatos de niñas y mujeres, lo que se traduce en poco más de 5 homicidios al día.
- De las 28,175 mujeres asesinadas entre 2000 y 2015, cerca de 56% (15,790) eran mujeres jóvenes y de edad mediana entre 15 y 39 años; 23.6% (6,640) tenía entre 40 y 64 años; 9.3% (2,610) eran niñas y adolescentes de 0 a 14 años y 8.2% (2,309) tenían 65 y más años de edad.
- Del análisis realizado de mujeres que perdieron la vida a causa de un homicidio se desprende que 68% tenía una relación de parentesco con el agresor, es decir, fueron asesinadas por una pareja íntima o en el marco de sus relaciones familiares.
- 36% de las mujeres fueron asesinadas en la vía pública, 34% en la vivienda y 16% en otro lugar, entre ellos, la escuela u oficina, en áreas industriales (taller, oficina u obra), comerciales, de servicios, deportivas y en el rancho o la parcela.
- El Estado de México representa la entidad con el mayor número de víctimas de homicidio femenino, entre 2000 y 2015 fueron asesinadas 5,163 niñas y mujeres en tierras mexiquenses.



104 Senado de la República. Asesinatos de Mujeres en México- Dirección General de Análisis Legislativo. Instituto Belisario Domínguez. Noviembre de 2016

- Chihuahua es la segunda entidad de mayor riesgo homicida para las niñas y mujeres al concentrar 2,654 víctimas (9.3%),
- El tercer lugar lo tiene la Ciudad de México con 2,024 seguida de Guerrero con 1,973, Oaxaca con 1,283 y Jalisco con 1,279 casos.

Según el INEGI, en promedio se estima que durante 2013 y 2014, fueron asesinadas siete mujeres diariamente en el país,¹⁰⁵ dato que coincide con las denuncias hechas por organizaciones como Amnistía Internacional y el Observatorio Ciudadano Nacional de Femicidio (OCNF)¹⁰⁶ y que persiste para 2016.

Las Alertas de Género

La Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres (AVGM), mecanismo interinstitucional establecido en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, tiene el objetivo de incrementar o mejorar las acciones gubernamentales ante situaciones consideradas de “emergencia” cuando exista violencia feminicida en un territorio determinado, para con ello “garantizar la seguridad de mujeres y niñas, el cese de la violencia en su contra y/o eliminar las desigualdades producidas por una legislación o política pública que agravia sus derechos humanos”.

Después de un burocrático y tardado procedimiento para justificar la necesidad de una declaratoria de AVGM, “corresponderá al gobierno federal a través de la Secretaría de Gobernación declarar la alerta de violencia de género y notificará la declaratoria al Poder Ejecutivo de la entidad federativa de que se trate”¹⁰⁷. Asimismo, la Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (Conavim) deberá iniciar la coordinación

105 INEGI. Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, 25 de noviembre. México, 23 de noviembre de 2015.

106 Amnistía internacional-México en www.amnistia.org.mx y OCNF en <http://observatoriofemicidiomexico.org.mx/>

107 Artículo 25 de la LGAMVLV



de las acciones interinstitucionales y transversales pertinentes con motivo de la emisión de una Alerta.¹⁰⁸

Llama la atención que a pesar de las cifras de asesinatos de mujeres que se presentan en la mayor parte del territorio nacional, el establecimiento de dichas Alertas se ha dado apenas en algunos municipios de 6 entidades de la República, mientras que en 2 entidades les fue negada dicha declaratoria y a la fecha, están en procedimiento de trámite 14 solicitudes en los estados de: Campeche, Colima, Guerrero, Jalisco, Nayarit, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tlaxcala y una más en Veracruz.

Es importante mencionar que diversas voces han expresado públicamente la necesidad de declarar la AVGM en todo el país.¹⁰⁹

Entidad	Fecha de la declaratoria de AVGM	Municipios que incluye la AVGM
Estado de México	31 de julio de 2015	11 municipios: Ecatepec de Morelos, Nezahualcóyotl, Tlalnepantla de Baz, Toluca, Chimalhuacán, Naucalpan de Juárez, Tultitlán, Ixtapaluca, Valle de Chalco Solidaridad, Cuautitlán Izcalli y Chalco
Morelos	10 de agosto de 2015	8 municipios: Cuautla, Cuernavaca, Emiliano Zapata, Jiutepec, Puente de Ixtla, Temixco, Xochitepec y Yautepec,
Michoacán	27 de junio de 2016	14 municipios: Morelia, Uruapan, Lázaro Cárdenas, Zamora, Apatzingán, Zitácuaro, Los Reyes, Pátzcuaro, Tacámbaro, Hidalgo, Huetamo, La Piedad, Sahuayo y Maravatío.
Chiapas	18 de noviembre de 2016	7 municipios: Comitán de Domínguez, Chiapa de Corzo, San Cristóbal de las Casas, Tapachula, Tonalá, Tuxtla Gutiérrez y Villaflores. Asimismo, requiere acciones específicas para la región de los Altos de Chiapas, la cual incluye los municipios de Aldama, Amatenango del Valle, Chalchihuitán, Chamula, Chanal, Chenalhó, Huixtán, Larráinzar, Mitontic, Oxchuc, Pantelhó, San Cristóbal de las Casas, San Juan Cancuc, Santiago El Pinar, Tenejapa, Teopisca y Zinacantán.
Nuevo León	18 de noviembre de 2016	5 municipios: Apodaca, Cadereyta Jiménez, Guadalupe, Juárez y Monterrey
Veracruz	23 de noviembre de 2016	11 municipios: Boca del Río, Coatzacoalcos, Córdoba, Las Choapas, Martínez de la Torre, Minatitlán, Orizaba, Poza Rica, Tuxpan, Veracruz y Xalapa.

Elaboración propia con información del Instituto Nacional de las Mujeres en <http://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/alerta-de-violencia-de-genero-contra-las-mujeres-80739?idiom=es>

108 Ver Auditoría de Desempeño de la Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres (CONAVIM) realizado por la Auditoría Superior de la Federación a la Cuenta Pública 2014. En http://informe.asf.gob.mx/Documentos/Auditorias/2014_0048_a.pdf

109 Ver nota 12 de noviembre de 2016 <http://www.zocalo.com.mx/seccion/articulo/solicitan-alerta-de-genero-en-el-pais>

Determinación de no declarar la AVGM

Entidad	Fecha de Solicitud de la AVGM	Fecha de la resolución	Resolución
Baja California	27 de enero de 2015	19 de mayo de 2016	La resolución señala que no hay “elementos objetivos suficientes” para declarar la AVGM en el estado.
Guanajuato	20 de marzo de 2014	Segundo semestre de 2015 (Documento sin fecha)	La resolución señala que no hay “elementos objetivos suficientes” para declarar la AVGM en el estado.

Si bien, las AVGM en el Estado de México y en Morelos tienen más de un año de haberse declarado, no existe a la fecha un informe oficial detallado sobre los avances y resultados de las acciones realizadas que suponen las alertas de género.¹¹⁰

El mecanismo de AVGM, considerado por la CONAVIM como “una estrategia de prevención única en el mundo y un catalizador para combatir los contextos de violencia contra la mujer generados por arraigadas prácticas y estereotipos sociales”, no parece dar resultados hasta ahora.

El caso del Estado de México

Durante 2016 en el Estado de México se registraron 263 asesinatos de mujeres que podrían ser configurados como feminicidio. Ecatepec es el municipio donde se registró el mayor número, con 39 casos durante el año; le sigue Naucalpan con 17; Toluca, 16; Chimalhuacán, 15; Chalco, 13, Nezahualcóyotl, 12; Tultitlán, 11; Ixtapaluca, Nicolás Romero y Tlalnepantla, con 9 y Cuautitlán Izcalli con 7. En todos ellos, fue implementada la Alerta de Género.

Ante el incumplimiento del marco normativo para prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, la ineficacia y negli-

110 SEM México. Servicio Especial de la Mujer del Servicio de noticias de la mujer de Latinoamérica y el Caribe. Se registran 263 asesinatos de mujeres en EDOMEX. Toluca, Estado de México, 1° febrero 2017. En <http://www.semmexico.com/nota.php?idnota=643>

gencia de las autoridades responsables de la investigación de asesinatos de mujeres y la resistencia a tipificar el feminicidio, han sido organizaciones y redes de la sociedad civil quienes dan seguimiento a los casos a través de la propia investigación y del recuento de casos reportados por los medios de comunicación; tal es el caso del Observatorio Ciudadano contra la Violencia, Desaparición y Feminicidio en el Estado de México (Mexfem).

Mexfem reporta que en el periodo de 2005 a 2010 –durante la gestión estatal de Enrique Peña Nieto– se registraron 922 asesinatos de mujeres en la entidad, según cifras oficiales. En los dos años siguientes, 2011 y 2012, el número de muertes violentas documentadas fue de 563 y al menos mil 258 niñas y adolescentes fueron reportadas como desaparecidas.¹¹¹

El 5º Informe de gobierno del Estado de México, señala que “Durante el periodo enero-julio 2016, la suma de feminicidios y homicidios dolosos de mujeres fueron 192, mientras que en el mismo periodo de 2015 fueron 196”.¹¹² De lo anterior, se podría concluir que a un año de declarada la AVGM en los 11 municipios del Estado de México, se logró la reducción de 4 feminicidios.¹¹³

Sobre la AVGM, el gobierno del Estado de México reporta en dicho informe la realización de una innumerable lista de acciones que forman parte de “un plan estratégico de políticas públicas encaminadas a la prevención, seguridad y justicia de las mujeres y niñas para atender las recomendaciones emitidas por el Sistema Nacional para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia en la alerta” entre las que destacan “patrullajes preventivos y el establecimiento de mecanismos para la búsqueda y localización de mujeres y niñas desaparecidas”, la formación de “células de género” integra-

111 CIMACNoticias. Nota de Hazel Zamora Mendieta. Ecatepec, municipio más violento para las mujeres: Mexfem. 31 de enero de 2017.

112 5º Informe de Resultados. Eruviel Ávila. Quinto informe de Gobierno. Septiembre de 2016 en <https://www.eruviel.com/5oInforme>

113 Un reportaje que muestra la realidad que enfrentan las mujeres en el Estado de México para denunciar la violencia es el publicado el 18 de diciembre de 2016 por Guillermo Rivera en NWNoticias en <http://nwnoticias.com/#!/noticias/morir-en-los-pantanos-del-mp>



das por policías municipales así como la conformación “células de reacción inmediata, como herramienta para reforzar los mecanismos de coordinación y colaboración existentes entre las instancias estatales y municipales relacionadas con el tema de la atención a mujeres y niñas víctimas de delitos de violencia de género”, la “conformación del Grupo Especializado en Investigación y Perspectiva de Género de la PGJEM, y se establecen los lineamientos para el análisis de los expedientes relacionados con homicidios dolosos de mujeres y feminicidios” y la creación de la página web <http://www.alertadegenero-edomex.com/> que ofrece información sobre el tema.



A manera de conclusión:

Algunos aspectos del contexto nacional

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos, en su dimensión de derechos humanos, no pueden separarse de los derechos económicos, sociales y culturales ni de los civiles y políticos. En ello, el Estado mexicano tiene una gran deuda en su obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.

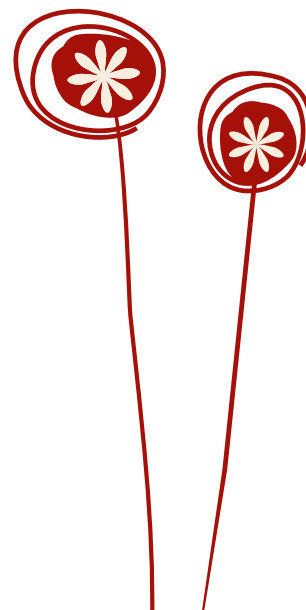
Los derechos sexuales y reproductivos no parecen avanzar firmemente, por el contrario, como señaló, parecen estancarse o bien, algunos reportan francos retrocesos.

Aunado a lo anterior y como marco nacional de los derechos humanos es relevante el contexto de inseguridad y violencia generalizada, el cual es sumamente desfavorable para el avance de los derechos sexuales y reproductivos al reducir los espacios para su ejercicio a la vez que genera espacio para las voces más conservadoras así como para el incremento de la violencia contra las mujeres. En ese contexto, el incumplimiento e inacción del Estado ante la desigualdad entre mujeres y hombres así como ante la violencia contra las mujeres, lo hace un Estado reproductor de la violencia contra las mujeres. Algunos aspectos generales de este contexto se señalan a continuación:

En México se viven grandes desigualdades sociales, graves niveles de corrupción e impunidad y, desde hace una década, una situación de creciente inseguridad y violencia.

Según la medición de la pobreza 2014 realizada por el CONEVAL, 63 millones 800 mil personas que se encuentran en pobreza por ingresos, la cual se refiere a la imposibilidad de obtener los satisfactores básicos.¹¹⁴

114 Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social, CONEVAL. Coneval informa los resultados de la medición de pobreza 2014. Comunicado de prensa N°005, México, 23 de julio de 2015.



El informe *Desigualdad extrema en México. Concentración del poder económico y político*¹¹⁵ publicado por Oxfam México en junio de 2015, señala que “la exacerbada concentración tanto del poder económico como del político, desembocan en un ciclo que perpetúa las ya de por sí acentuadas desigualdades”, y agrega, “estamos no sólo frente al fracaso de la política social como un instrumento capaz de reducir la pobreza en el país, también estamos frente a la concentración de los beneficios del crecimiento entre los segmentos más privilegiados de la población”.

La corrupción parece permear todas las estructuras del poder, las denuncias públicas de enriquecimiento inexplicable de servidores públicos, de colusión con el crimen organizado, de desfalco al erario, de despojo de territorios a comunidades en favor de negocios de trasnacionales, son apenas algunas de las expresiones. Se ha señalado que la impunidad tiene un alcance generalizado en México, que “estamos ante un fenómeno que retroalimenta y multiplica los efectos negativos de problemas igualmente complejos como la inseguridad, la violencia, el acceso desigual a la justicia o la violación a los derechos humanos. Los altos niveles de impunidad que caracterizan a México, se han traducido también en un deterioro creciente del desempeño institucional y en un profundo desprestigio de la clase política”.¹¹⁶

En este marco, se vive una creciente violencia que ha alcanzado niveles alarmantes. Algunos datos que muestran la situación:

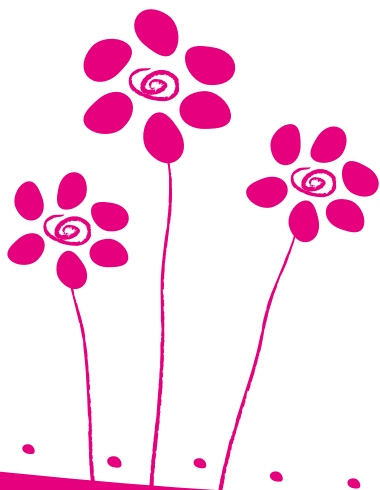
- La página web del Secretariado del Sistema Nacional de Seguridad Pública de la Secretaría de Gobernación indica como “Presuntos delitos” acumulados a octubre de 2016: 1 millón 297 mil 77.¹¹⁷

115 Esquivel Hernández, Gerardo. *Desigualdad Extrema en México: Concentración del Poder Económico y Político*. Publicado por Oxfam México/Campaña Iguales. México, junio de 2015

<http://www.oxfamMexico.org/desigualdad-extrema-en-mexico-concentracion-del-poder-economico-y-politico/#.WFHZflwdpKA>

116 Centro de Estudios sobre Impunidad y Justicia. Universidad de Las Américas Puebla. *Índice Global de Impunidad México 2016*. México, febrero 2016.

117 <http://secretariadodoejecutivo.gob.mx/>



- El informe de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, CIDH, de la Organización de Estados Americanos, OEA, La Situación de Derechos Humanos en México, reporta que, según cifras oficiales, de diciembre de 2006 a noviembre de 2012 se cometieron 102 mil 696 homicidios en el país y el Alto Comisionado de las Naciones Unidas hizo referencia a 151 mil 233 hasta agosto de 2015.¹¹⁸
- En 2016 fueron asesinadas 47 personas defensoras de Derechos Humanos, entre ellas seis mujeres.¹¹⁹
- Durante 2016, fueron asesinados 13 periodistas -una era mujer-. En 2015 se registraron 7 homicidios de comunicadores; 6 en el 2014 y 4 en 2013.¹²⁰
- El Registro Nacional de Datos de Personas Extraviadas o Desaparecidas (RNPED) reporta en su Informe 2015 (presentado en agosto de 2016) en base a la información aportada por las instancias competentes en las entidades federativas, que el total de personas desaparecidas o no localizadas del fuero común fue de 26 mil 898, de las cuales 19 mil 714 (73.3%) son hombres y 7,184 (26.7%) mujeres. En el caso de las mujeres, el mayor número de desaparecidas se encuentra en el rango de edad de 15 a 19 años de edad (2 mil 260), seguido por el de 10 a 4 años de edad (976). En el caso de los hombres, el mayor número se encuentra en el rango de edad que va de los 25 a los 34 años de edad (7 mil 724).¹²¹

118 <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/mexico2016-es.pdf>

119 Datos de la Red Nacional de Organismos Civiles de Derechos Humanos Todos los Derechos para Todas y Todos en nota de Cimac <http://www.cimacnoticias.com.mx/noticia/asesinan-47-personas-defensoras-de-derechos-humanos?platform=hootsuite>

120 Reporteros Sin Frontera. <http://www.rsf-es.org/news/mexico-rsf-condena-el-asesinato-del-periodista-jesus-adrian-rodriguez-samaniego/>

121 <http://www.gob.mx/sesnsf/acciones-y-programas/registro-nacional-de-datos-de-personas-extraviadas-o-desaparecidas-rnped>



Número de mujeres desaparecidas o no localizadas según entidad federativa en donde se le vio por última vez, fuero común

Estado de México: 1,323	Sinaloa: 265	Querétaro: 113	Tabasco: 15
Tamaulipas: 1,195	Chihuahua: 263	Oaxaca: 102	Campeche: 15
Baja California: 580	Sonora: 261	Hidalgo: 84	Yucatán: 13
Nuevo León: 560	Guerrero: 213	Zacatecas: 50	San Luis Potosí: 12
Puebla: 416	Michoacán: 200	Morelos: 40	Chiapas: 9
Coahuila: 411	Veracruz: 131	Durango: 39	Tlaxcala: 8
Ciudad de México: 283	Aguascalientes: 126	Quintana Roo: 24	Baja California Sur: 3
Jalisco: 279	Guanajuato: 126	Colima: 21	Nayarit: 0

- Asimismo, reporta al 31 de diciembre de 2015 en el registro del fuero federal, un total de 989 personas permanecían como desaparecidas o no localizadas, de las cuales 824 corresponden a hombres (83.3%) y 165, a mujeres (16.7%). El mayor número de personas desaparecidas o no localizadas en el caso de los hombres se ubicó en el rango de 25-29 años (118 personas) y en el de las mujeres, en el rango de 15-19 (34 personas).
- Al cierre del 2015, existía un total de 287 mil personas desplazadas internas, según un informe publicado en Ginebra por el Centro de Vigilancia de Desplazados Internos (IDMC, por sus siglas en inglés). Entre las causas de desplazamiento están la violencia de género, el reclutamiento forzado, la violencia política y la intolerancia religiosa.¹²² El cálculo realizado por Parametría, consultora privada¹²³ es de 1 millón 648 mil 387 personas desplazadas por la violencia. No existen cifras oficiales dado que la problemática del desplazamiento forzado interno no es reconocida en México. En mayo de 2016, la Comisión Nacional de Derechos Humanos publicó el Informe Especial sobre Desplazamiento Forzoso Interno (DFI) en México, en respuesta a una recomendación¹²⁴ de la CIDH que señaló la gravedad del problema de desplazamientos forzados interno, la ausencia de cifras oficiales y la falta de reconocimiento por parte de las autoridades mexicanas de la existencia de este problema.

122 <http://internal-displacement.org/database/country/?iso3=MEX>

123 http://www.parametria.com.mx/carta_parametrica.php?cp=4413

124 http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Informes/Especiales/2016_IE_Desplazados.pdf

